

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik vertical dalam arti dari satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun horizontal dalam arti antara strata sarana pelayanan kesehatan yang sama.⁵

2.1.1 Macam-macam rujukan

Sesuai dengan jenis upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas, ada dua macam rujukan yang dikenal yakni :⁵

1) Rujukan upaya kesehatan perorangan

Cakupan rujukan pelayanan kesehatan perorangan adalah kasus penyakit. Apabila suatu puskesmas tidak mampu menanggulangi satu kasus penyakit tertentu, maka puskesmas tersebut wajib merujuknya ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih mampu (baik horizontal maupun vertical). Sebaliknya pasien pasca rawat inap yang hanya memerlukan rawat jalan sederhana, bias dirujuk kembali ke puskesmas.

Rujukan upaya kesehatan perorangan dibedakan atas tiga macam :

- a. Rujukan kasus untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan medik (missal operasi) dan lain lain.
- b. Rujukan bahan pemeriksaan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- c. Rujukan ilmu pengetahuan antara lain mendatangkan tenaga yang lebih kompeten atau melakukan bimbingan tenaga puskesmas dan atau menyelenggarakan pelayanan medik spesialis di puskesmas.

2) Rujukan upaya kesehatan masyarakat

Cakupan rujukan pelayanan kesehatan masyarakat adalah masalah kesehatan masyarakat, misalnya kejadian luar biasa, pencemaran lingkungan dan bencana. Rujukan pelayanan kesehatan masyarakat juga dilakukan apabila satu puskesmas tidak mampu menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat wajib dan pengembangan, padahal upaya kesehatan masyarakat tersebut telah menjadi kebutuhan masyarakat. Apabila suatu puskesmas tidak mampu menanggulangi masalah kesehatan masyarakat dan atau tidak mampu menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat, maka puskesmas wajib merujuknya ke dinas kesehatan kabupaten atau kota.

Rujukan upaya kesehatan masyarakat dibedakan atas tiga macam :¹

- a. Rujukan sarana dan logistik, antara lain peminjaman peralatan fogging, peminjaman alat laboratorium kesehatan, peminjaman alat audio visual, bantuan obat, vaksin, dan bahan bahan habis pakai dan bahan makanan.
- b. Rujukan tenaga, antara lain dukungan tenaga ahli untuk penyidikan kejadian luar biasa, bantuan penyelesaian masalah hukum kesehatan, penanggulangan gangguan kesehatan karena bencana alam.

c. Rujukan operasional, yakni menyerahkan sepenuhnya kewenangan dan tanggungjawab penyelesaian masalah kesehatan masyarakat (antara lain usaha kesehatan sekolah, usaha kesehatan kerja, usaha kesehatan jiwa, pemeriksaan contoh air bersih) kepada dinas kesehatan kabupaten / kota. Rujukan operasional diselenggarakan apabila puskesmas tidak mampu.

2.1.2 Keuntungan sistem rujukan

Keuntungan sistem rujukan adalah :¹⁰

1. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarga.
2. Penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing – masing.
3. Memudahkan masyarakat di daerah terpencil atau desa dapat memperoleh dan menikmati tenaga ahli dan fasilitas kesehatan dari jenjang yang lebih tinggi.

2.1.3 Tata Cara Pelaksanaan Sistem Rujukan

Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa dan layak untuk dirujuk. Adapun Kriteria pasien yang dirujuk adalah apabila memenuhi salah satu dari :¹⁰

1. Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi.
2. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata

tidak mampu diatasi.

3. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan.
4. Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di sarana kesehatan yang lebih mampu.

Dalam prosedur merujuk dan menerima rujukan pasien ada dua pihak yang terlibat yaitu pihak yang merujuk dan pihak yang menerima rujukan dengan rincian beberapa prosedur sebagai berikut :⁶

1. prosedur standar merujuk pasien
2. prosedur standar menerima rujukan pasien
3. prosedur standar memberi rujukan balik pasien
4. prosedur standar menerima rujukan balik pasien

1. Prosedur standar merujuk pasien

a. prosedur klinis

- (1). Melakukan anamesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosa utama dan diagnosa banding.
- (2). Memberikan tindakan pra rujukan sesuai kasus
- (3). Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan
- (4) untuk pasien gawat darurat harus didampingi petugas medis / paramedis yang berkompeten dibidangnya dan mengetahui kondisi pasien

(5) apabila pasien diantar dengan kendaraan puskesmas keliling atau ambulans, agar petugas dan kendaraan tetap menunggu pasien di IGD tujuan sampai ada kepastian pasien tersebut mendapat pelayanan dan kesimpulan dirawat inap atau rawat jalan.

b. Prosedur Administratif

- (1) dilakukan setelah pasien diberikan tindakan pra-rujukan
- (2) membuat catatan rekam medis pasien
- (3) memberi informed consent (persetujuan / penolakan rujukan)
- (4) membuat surat rujukan pasien rangkap 2

lembar pertama dikirim ke tempat rujukan bersama pasien yang bersangkutan. Lembar kedua disimpan sebagai arsip. Mencatat identitas pasien pada buku regist rujukan pasien.

- (5) menyiapkan sarana transportasi dan sedapat mungkin menjalin komunikasi dengan tempat rujukan.
- (6) pengiriman pasien sebaiknya dilaksanakan setelah diselesaikan administrasi yang bersangkutan

2. Prosedur standar menerima rujukan pasien

a. prosedur klinis

1. segera menerima dan melakukan stabilisasi pasien rujukan.
2. Setelah stabil, meneruskan pasien keruang perawatan elektif untuk perawatan selanjutnya atau meneruskan ke sarana kesehatan yang lebih mampu untuk dirujuk lanjut.

3. Melakukan monitoring dan evaluasi kemajuan klinis pasien.

b. proseduradministrative

1. menerima, meneliti dan menandatangani surat rujukan pasien yang telah diterima untuk ditempelkan di kartu status pasien
2. apabila pasien tersebut dapat diterima kemudian membuat tanda terima pasien sesuai aturan masing masing sarana.
3. Mengisi hasil pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan pada kartu catatan medis dan diteruskan ke tempat perawatan selanjutnya sesuai kondisi pasien.
4. Membuat inform consent
5. Segera membrikan informasi tentang keputusan tindakan / perawatanyang akan dilakukan kepada petugas atau keluarga pasien yang mengantar
6. Apabila tidak sanggup menangani merujuk ke RSUD yang lebih mampu dengan membuat surat rujukan rangkap 2.
7. Mencatat indentitas pasien

3. Prosedur standar membalas rujukan pasien

a. Prosedur Klinis

1. Rumah Sakit atau Puskesmas yang menerima rujukan pasien wajib mengembalikan pasien ke RS / Puskesmas / Polindes / Poskesdes pengirim setelah dilakukan proses antarlain:
 - a. Sesudah pemeriksaan medis, diobati dan dirawat tetapi penyembuhan selanjutnyaperlu di follow up oleh Rumah Sakit / Puskesmas / Polindes / Poskesdes pengirim.

- b. Sesudah pemeriksaan medis, diselesaikan tindakan kegawatan klinis, tetapi pengobatan dan perawatan selanjutnya dapat dilakukan di Rumah Sakit / Puskesmas / Polindes / Poskesdes pengirim.
2. Melakukan pemeriksaan fisik dan mendiagnosa bahwa kondisi pasien sudah memungkinkan untuk keluar dari perawatan Rumah Sakit / Puskesmas tersebut dalam keadaan:
 - a. Sehat atau Sembuh.
 - b. Sudah ada kemajuan klinis dan boleh rawat jalan.
 - c. Belum ada kemajuan klinis dan harus dirujuk ke tempat lain
 - d. Pasien sudah meninggal
3. Rumah Sakit / Puskesmas yang menerima rujukan pasien harus memberikan laporan/informasi medis/balasan rujukan kepada Rumah Sakit/Puskesmas/Polindes/Poskesdes pengirim pasien mengenai kondisi klinis terakhir pasien apabila pasien keluar dari Rumah Sakit / Puskesmas

b. Prosedur Administratif:

1. Puskesmas yang merawat pasien berkewajiban memberi surat balasan rujukan untuk setiap pasien rujukan yang pernah diterimanya kepada Rumah Sakit/Puskesmas/Polindes/Poskesdes yang mengirim pasien yang bersangkutan.
2. Surat balasan rujukan boleh dititip melalui keluarga pasien yang bersangkutan dan untuk memastikan informasi balik tersebut diterima petugas kesehatan yang dituju, dianjurkan berkabar lagi melalui sarana komunikasi yang memungkinkan seperti telepon, handphone, faksimili dan sebagainya

4. Prosedur standar menerima balasan rujukan pasien

a. Prosedur Klinis:

1. Melakukan kunjungan rumah pasien dan melakukan pemeriksaan fisik.
2. Memperhatikan anjuran tindakan yang disampaikan oleh Rumah Sakit / Puskesmas yang terakhir merawat pasien tersebut
3. Melakukan tindak lanjut atau perawatan kesehatan masyarakat dan memantau (followup) kondisi klinis pasien sampai sembuh.

b. Prosedur Administratif:

1. Meneliti isi surat balasan rujukan dan mencatat informasi tersebut di buku register pasien rujukan, kemudian menyimpannya pada rekam medis pasien yang bersangkutan dan memberi tanda tanggal / jam telah ditindaklanjuti.
2. Segera memberi kabar kepada dokter pengirim bahwa surat balasan rujukan telah diterima.

2.1.4 Persiapan Rujukan

Persiapan yang harus dilakukan sebelum merujuk adalah :¹⁰

1. Persiapan tenaga kesehatan, pastikan pasien dan keluarga didampingi oleh minimal dua tenaga kesehatan (dokter dan/atau perawat) yang kompeten.
2. Persiapan keluarga, beritahu keluarga pasien tentang kondisi terakhir pasien, serta alasan mengapa perlu dirujuk. Anggota keluarga yang lain harus ikut mengantar pasien ke tempat rujukan.
3. Persiapan surat, beri surat pengantar ke tempat rujukan, berisi identitas

pasien, alasan rujukan, tindakan dan obat-obatan yang telah diberikan pada pasien.

4. Persiapan Alat, bawa perlengkapan alat dan bahan yang diperlukan.
5. Persiapan Obat, membawa obat-obatan esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk.
6. Persiapan Kendaraan, persiapkan kendaraan yang cukup baik, yang memungkinkan pasien berada dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan secepatnya. Kelengkapan ambulance, alat, dan bahan yang diperlukan.
7. Persiapan uang, ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah cukup untuk membeli obat-obatan dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan.
8. Persiapan donor darah, siapkan kantung darah sesuai golongan darah pasien atau calon pendonor darah dari keluarga yang berjaga – jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah

2.2 Definisi Kulit dan Kelamin

Dermatologi adalah cabang ilmu kedokteran yang berhubungan dengan diagnosis dan pengobatan penyakit kulit, pelengkapya (rambut, kuku) dan berbatasan selaput lendir (mulut , genital) .⁸

Tes dermatologis konvensional meliputi: teknik pengambilan sampel dermatologis (goresan kulit) dan pemeriksaan mikroskopis (infeksi parasital) , pemeriksaan sitologi kulit (bakteri , jamur , sel darah infiltrasi , sel-sel tumor) , pemeriksaan dengan Lampu Wood (infeksi dermatofit) , KOH smear basah (mikosis

) , medium kultur DTM jamur (dermatofit infeksi) , kultur bakteri dan jamur lainnya , PCR (identifikasi DNA virus , bakteri , jamur) , serologi (antibodi deteksi anti - jamur , rickettsia , protozoa) , kulit tissue evaluasi imunohistokimia , alergi kulit testig (imunoglobulin seric , "patch" test) .

Tes diagnostik Modern: dermatoscopy untuk lesi kulit berpigmen.⁸

Kelamin adalah cabang ilmu kedokteran yang berhubungan dengan diagnosis dan pengobatan penyakit menular seksual (PMS) juga disebut "penyakit kelamin"⁸

2.3 Standar Kompetensi Dokter Indonesia

Satandar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) merupakan standar minimal kompetensi lulusan dan bukan merupakan kewenangan dokter layanan primer. Kompetensi dibangun dengan pondasi yang terdiri atas profesionalitas yang luhur, mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif dan ditunjang pilar berupa pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, keterampilan klinis dan pengelolaan masalah kesehatan.⁹

Dalam melaksanakan praktik kedokteran, dokter bekerja berdasarkan keluhan atau masalah pasien/klien, kemudian dilanjutkan dengan penelusuran riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dalam melaksanakan semua kegiatan tersebut, dokter harus memperhatikan kondisi pasien secara holistic dan komprehensif, juga menjunjung tinggi profesionalisme serta etika profesi diatas kepentingan/keuntungan pribadi.⁹

Tingkat kemampuan yang harus dicapai :⁹

Tingkat kemampuan 1: mengenali dan menjelaskan

Lulusan dokter mampu mengenali dan menjelaskan gambaran klinik penyakit, dan mengetahui cara yang paling tepat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai penyakit tersebut, selanjutnya menentukan rujukan yang paling tepat bagi pasien. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Tingkat kemampuan 2 : mendiagnosis dan merujuk

Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik terhadap penyakit tersebut dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan

Tingkat kemampuan 3 : mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, dan merujuk

3A. Bukan gawat darurat

Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

3B. Gawat darurat

Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan/atau kecacatan pada pasien. Lulusan dokter mampu menentukan

rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Tingkat kemampuan 4 : Mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas.

Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas

4A. Kompetensi yang dicapai pada saat lulus dokter

4B. Profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai internsip dan/atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB).

Tabel 2. Daftar Penyakit Kulit dan Kelamin sesuai SKDI

No	Daftar Penyakit Kulit	Tingkat Kemampuan
Infeksi Virus		
1	Veruka vulgaris	4A
2	Kondiloma akuminata	3A
3	Moluskum kontagiosum	4A
4	Herpes zoster tanpa komplikasi	4A
5	Morbili tanpa komplikasi	4A
6	Varisela tanpa komplikasi	4A
7	Herpes simpleks tanpa komplikasi	4A
Infeksi Bakteri		
8	Impetigo	4A
9	Impetigo ulseratif (ektima)	4A
10	Folikulitis, superfisialis	4A
11	Furunkel, karbunkel	4A
12	Eritrasma	4A
13	Erisipelas	4A
14	Skrofuloderma	4A
15	Lepra	4A
16	Reaksi lepra	3A
17	Sifilis stadium 1 dan 2	4A
Infeksi jamur		
18	Tinea kapitis	4A
19	Tinea barbe	4A
20	Tinea fasialis	4A

21	Tinea korporis	4A
22	Tinea manus	4A
23	Tinea unguim	4A
24	Tinea kruris	4A
25	Tinea pedies	4A
26	Pitiriasis vesikolor	4A
27	Kandidosis mukokutan ringan	4A
Gigitan Serangga dan Infeksi Parasit		
28	Cutaneus larva migran	4A
29	Filariasis	4A
30	Pedikulosis kapitis	4A
31	Pedikulosis pubis	4A
32	Scabies	4A
33	Reaksi gigitan serangga	4A
Dermatitis Eksim		
34	Dermatitis kontak iritan	4A
35	Dermatitis kontak alergika	3A
36	Dermatitis atopik (kecuali recalcitrant)	4A
37	Dermatitis numularis	4A
38	Liken simpleks kronik/neurodermatitis	3A
39	Napkin eczema	4A
Lesi Erito Squamosa		
40	Psoriasis vulgaris	3A
41	Dermatitis seborik	4A
42	Pitiriasis rosea	4A
Kelainan Kelenjar Sebacea dan Ekrin		
43	Akne vulgaris ringan	4A
44	Akne vulgaris sedang-berat	3A
45	Hidradenitis supuratif	4A
46	Dermatitis perioral	4A
47	Miliaria	4A
Penyakit Vesikobulosa		
48	Toxic epidermal necrolysis	3B
49	Sindrom stevens-johnson	3B
Penyakit Kulit Alergi		
50	Urtikaria akut	4A
51	Urtikaria kronis	3A
52	Angiodema	3B
Penyakit Autoimun		
53	Lupus eritematosis kulit	2
Gangguan Keratinisasi		
54	Ichtyosis vulgaris	3A
Reaksi Obat		
55	Exanthematous drug eruption, fix drug eruption	4A
Kelainan Pigmentasi		
56	Vitiligo	3A
57	Melasma	3A
58	Albino	2

59	Hiperpigmentasi pascainflamasi	3A
60	Hipopigmentasi pascainflamasi	3A
Neoplasma		
61	Keratosiis seborik	2
62	Kista epitel	3A
Tumor Epitel Premaligna dan Maligna		
63	Squamous cell carcinoma	2
64	Bassal cell carcinoma	2
Tumor Dermis		
65	Xanthoma	2
66	Hemangioma	2
Tumor Sel Melanosit		
67	Lentigo	2
68	Nevus pigmentosus	2
69	Melanoma maligna	1
Rambut		
70	Alopesia areata	2
71	Alopesia androgenic	2
72	Telogen efluvium	2
73	Psoriasis vulgaris	2
Trauma		
74	Vulnus laseratum, punctum	4A
75	Vulnus perforatum, penetratum	3B
76	Luka bakar derajat 1 dan 2	4A
77	Luka bakar derajat 3 dan 4	3B
78	Luka akibat bahan kimia	3B
79	Luka akibat sengatan listrik	3B

Keterampilan klinis perlu dilatih sejak awal hingga akhir pendidikan dokter secara berkesinambungan. Dalam melaksanakan praktik, lulusan dokter harus menguasai keterampilan klinis untuk mendiagnosis maupun melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan. Berikut daftar keterampilan klinis ini disusun dari lampiran Daftar Keterampilan Klinis SKDI 2006 yang kemudian direvisi berdasarkan hasil survei dan masukan dari pemangku kepentingan.⁹

Tingkat kemampuan 1 (Knows): Mengetahui dan menjelaskan

Lulusan dokter mampu menguasai pengetahuan teoritis termasuk aspek biomedik dan psikososial keterampilan tersebut sehingga dapat menjelaskan kepada

pasien/klien dan keluarganya, teman sejawat, serta profesi lainnya tentang prinsip, indikasi, dan komplikasi yang mungkin timbul. Keterampilan ini dapat dicapai mahasiswa melalui perkuliahan, diskusi, penugasan, dan belajar mandiri, sedangkan penilaiannya dapat menggunakan ujian tulis.

Tingkat kemampuan 2 (Knows How): Pernah melihat atau didemonstrasikan

Lulusan dokter menguasai pengetahuan teoritis dari keterampilan ini dengan penekanan pada *clinical reasoning* dan *problem solving* serta berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien/masyarakat. Pengujian keterampilan tingkat kemampuan 2 dengan menggunakan ujian tulis pilihan berganda atau penyelesaian kasus secara tertulis dan/atau lisan (*oral test*).

Tingkat kemampuan 3 (Shows): Pernah melakukan atau pernah menerapkan di bawah supervisi

Lulusan dokter menguasai pengetahuan teori keterampilan ini termasuk latar belakang biomedik dan dampak psikososial keterampilan tersebut, berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien/masyarakat, serta berlatih keterampilan tersebut pada alat peraga dan/atau *standardized patient*. Pengujian keterampilan tingkat kemampuan 3 dengan menggunakan *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) atau *Objective Structured Assessment of Technical Skills* (OSATS).

Tingkat kemampuan 4 (Does): Mampu melakukan secara mandiri

Lulusan dokter dapat memperlihatkan keterampilannya tersebut dengan menguasai seluruh teori, prinsip, indikasi, langkah-langkah cara melakukan, komplikasi, dan pengendalian komplikasi. Selain pernah melakukannya di bawah

supervisi, pengujian keterampilan tingkat kemampuan 4 dengan menggunakan *Workbased Assessment* misalnya mini-CEX, *portfolio*, *logbook*, dsb.

1. **4A. Keterampilan yang dicapai pada saat lulus dokter**
2. **4B. Profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai internsip dan/atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB)**

Tabel 3. Daftar Keterampilan Klinis Sesuai SKDI

No	Keterampilan	Tingkat Keterampilan
Pemeriksaan Fisik		
1	Inspeksi kulit	4A
2	Inspeksi membran mukosa	4A
3	Inspeksi daerah perianal	4A
4	Inspeksi Kuku	4A
5	Inspekssi rambut dan skalp	4A
6	Palpasi kulit	4A
7	Deskripsi lesi kulit dengan perubahan primer dan sekunder, missal ukuran, distribusi, penyebaran, konfigurasi	4A
8	Deskripsi lesi kulit dengan perubahan primer dan sekunder, seperti uku distribusi, penyebaran dan konfigurasi	4A
Pemeriksaan Tambahan		
9	Pemeriksaan demografisme	4A
10	Penyiapan dan penilaian sediaan kalium hidroksida	4A
11	Penyiapan dan penilaian sediaan metilen blue	4A
12	Penyiapan dan penilaian sediaan gram	4A
13	Biopsi plong (<i>punch biopsy</i>)	2
14	Uji temple (<i>patch test</i>)	2
15	Uji Tusuk (<i>prick test</i>)	2
16	Pemeriksaan dengan sinar UVA (lampu wood)	4A
Terapeutik		
17	Pemilihan obat topical	4A
18	Insisi dan drainase abses	4A
19	Eksisi tumor jinak	4A
20	Ekstraksi komedo	4A

21	Perawatan luka	4A
22	Kompres	4A
23	Bebat kompresi pada vena varikosum	4A
24	<i>Rozerplasty</i> kuku	4A
Pencegahan		
25	Pencarian kontak (<i>case finding</i>)	4A

2.4 Jenjang Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan maka jenjang pelayanan kesehatan dibedakan atas lima, yaitu:⁴

1. Tingkat rumah tangga

Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga sendiri.

2. Tingkat masyarakat

Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri, misalnya: posyandu, polindes, POD, saka bakti husada, dan lain-lain.

3. Fasilitas pelayanan tingkat pertama

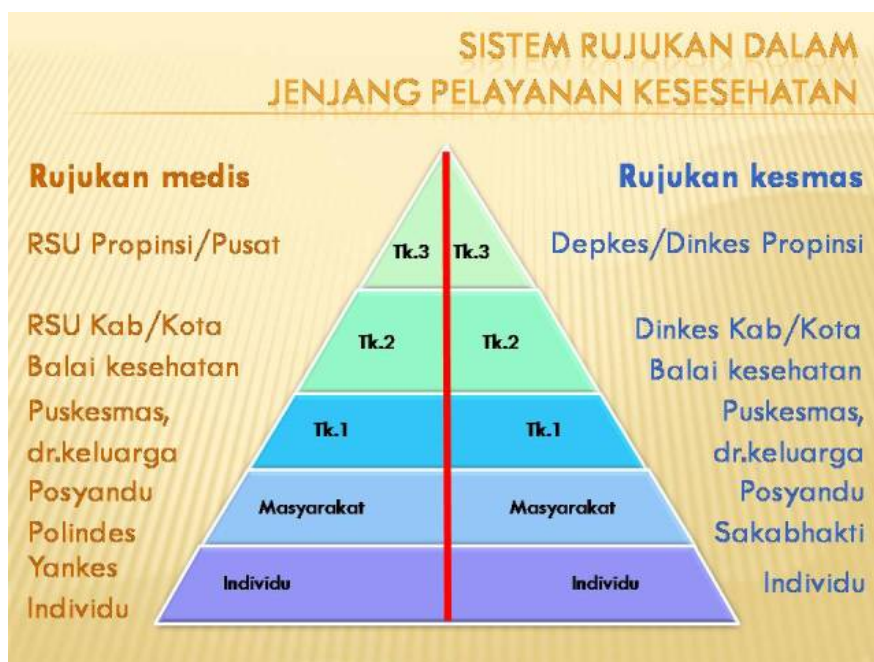
Upaya kesehatan tingkat pertama yang dilakukan puskesmas dan unit fungsional dibawahnya, praktek dokter swasta, bidan swasta, dokter keluarga dan lain-lain.

4. Fasilitas pelayanan tingkat kedua

Upaya kesehatan tingkat kedua (rujukan spesial) oleh balai: balai pengobatan penyakit paru (BP4), balai kesehatan mata masyarakat (BKMM), balai kesehatan kerja masyarakat (BKKM), balai kesehatan olah raga masyarakat (BKOM), sentra pengembangan dan penerapan pengobatan tradisional (SP3T), rumah sakit kabupaten atau kota, rumah sakit swasta, klinik swasta, dinas kesehatan kabupaten atau kota, dan lain-lain.

5. Fasilitas pelayanan tingkat ketiga

Upaya kesehatan tingkat ketiga (rujukan spesialis lanjutan atau konsultan) oleh rumah sakit provinsi atau pusat atau pendidikan, dinas kesehatan provinsi dan departemen kesehatan.



Gambar 1 : Sistem rujukan dalam jenjang pelayanan kesehatan.

2.4 Pusat Kesehatan Masyarakat

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.⁴

1. Unit pelaksana teknis

Sebagai unit pelaksana teknis (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

2. Pembangunan kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pertanggungjawaban penyelenggaraan

Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/kota adalah dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan puskesmas bertanggung jawab hanya untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya.

4. Wilayah kerja

Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan. Tetapi apabila disatu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.