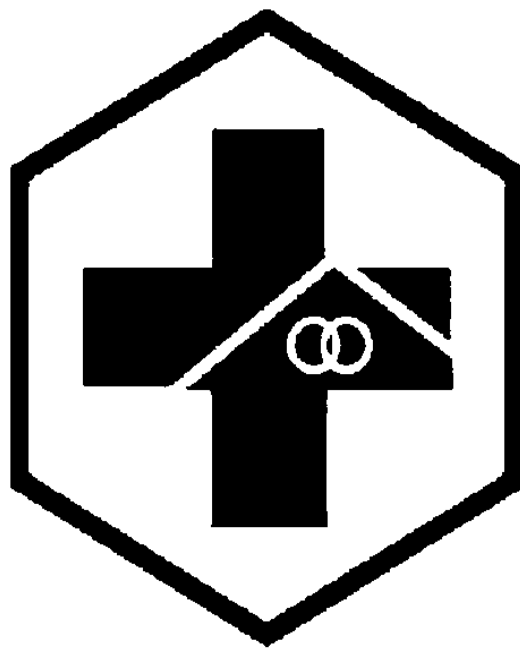


**PUSKESMAS NGULANKULON
KABUPATEN TRENGGALEK
DOKUMEN TERKENDALI**

NO	001/PI/UKPP/2023
REVISI KE	00
BERLAKU TGL	14 April 2023

PEDOMAN PELAYANAN KLINIS PUSKESMAS NGULANKULON



**PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN
KELUARGA BERENCANA**

PUSKESMAS NGULANKULON

RT. 19, RW.05 Desa Ngulankulon Pogalan Trenggalek Kode Pos 66371

Telp. (0355) 7983998 Email : puskesmasngulankulon@yahoo.co.id



**PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN
PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS NGULANKULON**

RT.19, RW.05 Desa Ngulankulon Pogalan Telp.(0355) 7983998

Email : puskesmasngulankulon@yahoo.co.id

TRENGGALEK Kode Pos : 66371

**KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS NGULANKULON
KABUPATEN TRENGGALEK**

NOMOR : 001 / SK / UKPP / 2023

TENTANG

PEDOMAN PEAYANAN KLINIS

KEPALA PUSKESMAS NGULANKULON KABUPATEN TRENGGALEK,

- Menimbang : a. bahwa Puskesmas dalam menjalankan fungsinya memerlukan suatu acuan sebagai dasar dalam pelayanan yang bersifat Promotif, preventif, rehabilitative dan kuratif;
- b. bahwa untuk memenuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, Puskesmas memerlukan suatu pengakuan dari lembaga independen peyelenggara akreditasi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b perlu menetapkan Keputusan Kepala Puskesmas tentang Pedoman Pelayanan Klinis di Puskesmas Ngulankulon;
- Mengingat : 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 43);
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

- Hk.01.07/Menkes/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien
 7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Pedoman Pelayanan Minimal;
 8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RB Nomer 17 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat;
 9. Peraturan Menteri Kesehatan No 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2021 Tentang Perubahan Keempat Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 34 Tahun 2022 Tentang Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Laboratorium Kesehatan, UTD, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;
 12. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor Hk.02.02/D/4871/2023 Tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat;
 13. Peraturan Bupati Trenggalek Nomor 81 Tahun 2012 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Pusat Kesehatan Masyarakat Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 50).

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- KESATU** : Pedoman Pelayanan Klinis menjadi acuan Pedoman-pedoman di Unit Layanan sebagai berikut,
1. Pedoman Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak;
 2. Pedoman Pelayanan Poli Umum dan Lansia;
 3. Pedoman Pelayanan Poli Gigi;
 4. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana;
 5. Pedoman Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);
 6. Pedoman Pelayanan Gizi Klinis;
 7. Pedoman Pelayanan Unit Gawat Darurat ;
 8. Pedoman Pelayanan Rawat Inap;
 9. Pedoman Pelayanan Persalinan;
- KEDUA** : Pedoman Pelayanan Klinis ini menjadi acuan Standar Operasional Prosedur di Unit Layanan sebagai berikut,

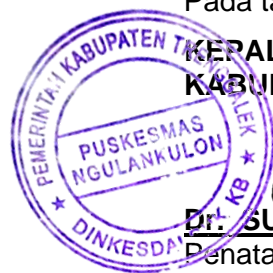
1. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak;
2. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Poli Umum dan Lansia;
3. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Poli Gigi;
4. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Gizi Klinis;
5. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Unit Gawat Darurat ;
6. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);
7. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Laboratorium;
8. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Rawat Inap;
9. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Persalinan;

KETIGA : Pedoman Pelayanan Klinis sebagaimana dimaksud dalam DIKTUM KESATU dipergunakan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan Pelayanan Klinis di Puskesmas Ngulankulon sebagaimana lampiran yang tidak terpisahkan dalam keputusan ini;

KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terjadi perubahan dan atau terdapat kesalahan dalam Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Ngulankulon

Pada tanggal 14 April 2023



**KEPALA PUSKESMAS NGULANKULON
KABUPATEN TRENGGALEK**

Dr. SUDARMAJI

Penata Tingkat I

NIP. 19670108 200604 1 004

LAMPIRAN
KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS NGULANKULON
KABUPATEN TRENGGALEK
NOMOR : 001 / SK / UKPP / 2023
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN KLINS

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Tujuan bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam pembukaan UUD 1945 alinea 4 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakan program pembangunan nasional secara berkelanjutan, terencana dan terarah. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing manusia Indonesia.

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga merupakan program yang diselenggarakan oleh KEMENKES RI untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang berperilaku sehat, hidup dalam lingkungan yang sehat, serta sadar akan pentingnya kesehatan. Program ini diharapkan juga mampu menyiasati permasalahan akses ke pelayanan kesehatan yang masih sulit dijangkau di beberapa tempat.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional: 1) pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas adalah penanggung jawab penyelenggara upaya kesehatan untuk jenjang tingkat pertama.

Dalam Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Dalam hal ini Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui Puskesmas, yakni terwujudnya kecamatan sehat, Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perseorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang keduanya ditinjau dari sistem kesehatan nasional.

Menurut Permenkes nomer 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya

Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perseorangan Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.maka

Maka dalam rangka terlenggaranya pelayanan UKP yang optimal maka Puskesmas dituntut melaksanakan manajemen pengelolaan UKP yang terpadu dan akuntabel, untuk itu diperlukan pedoman Pelayanan Klinis untuk menyelenggarakan pelayanan UKP yang saling terkait dan berkesinambungan.

B. TUJUAN PEDOMAN

Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam penyelenggaraan Pelayanan klinis yang profesional dan bermutu di Puskesmas Ngulankulon.

Tujuan Khusus

1. Terselenggaranya Pelayanan Klinis dan Penunangan yang professional dan bermutu tinggiTerlaksananya penilaian terhadap kinerja Pelayanan klinis di Puskesmas Ngulankulon.
2. Terlaksananya perbaikan berkelanjutan pada Pelayanan Klinis dan Penunangan di Puskesmas Ngulankulon
3. Meningkatnya angka kepuasan pasien terhadap Pelayanan Pelayanan Klinis dan Penunangan di Puskesmas Ngulankulon.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Ruang lingkup pedoman ini adalah Pelayanan Klinis dan penunjang yang meliputi

1. Pelayanan Pendaftaran dan Rekam Medis
2. Pelayanan Kesehatan Keluarga
 - a. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
 - b. Pelayanan Keluarga Berencana
3. Pelayanan Pemeriksaan Umum
 - a. Pelayanan Poli Lansia
 - b. Pelayanan Poli Umum
 - c. Pelayanan MTBS
4. Pelayanan Gigi dan Mulut
5. Pelayanan Gizi

6. Unit Gawat Darurat
7. Pelayanan Farmasi
8. Pelayanan Laboratorium
9. Pelayanan Rawat Inap
10. Pelayanan Persalinan
11. Pelayanan Imunisasi

D. BATASAN OPERASIONAL

1. Pelayanan Klinis tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk:
 - a. Rawat Jalan;
 - 1) Pelayanan Pendaftaran dan rekam Medis adalah unit yang melayani pendaftaran pasien baru dan pasien lama yang akan mendapatkan Pelayanan rawat jalan beserta rekam medisnya.
 - 2) Pelayanan Pemeriksaan Umum adalah unit Pelayanan yang terdiri dari Poli Umum dan lansia.
 Poli Umum melayani pemeriksaan kesehatan umum dewasa dan anak diatas 5 tahun.
 Poli Umum melayani pemeriksaan kesehatan lansia yaitu diatas umur 50 tahun
 Pelayanan MTBS adalah Unit Pelayanan yang melayani Pemeriksaan bayi dan anak dibawah usia 5 tahun
 - 3) Pelayanan Poli Gigi dan Mulut adalah unit Pelayanan yang melayani pemeriksaan gigi dan mulut.
 Pelayanan Kesehatan keluarga adalah pelayanan yang meliputi Poli Kesehatan Ibu dan Anak dan Poli Keluarga Berencana
 Poli Kesehatan Ibu dan Anak adalah unit Pelayanan yang melayani kesehatan ibu anak yang meliputi pemeriksaaan ibu hamil (antenatal care), pemeriksaan IVA dan imunisasi
 Pelayanan Poli KB adalah unit Pelayanan yang melayani pemeriksaan KB yang meliputi Pelayanan KB (pil, suntik, implant, IUD)
 - 4) Pelayanan Gizi adalah Pelayanan gizi yang berupa konsultasi/konseling gizi kepada pasien rawat jalan maupun rawat inap.
 - 5) Pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD) adalah unit Pelayanan yang menangani pasien yang membutuhkan pertolongan segera atau rujukan dari poli umum/gigi yang memerlukan tindakan medik dan melakukan rujukan emergensi ke Rumah Sakit bila diperlukan.
 - 6) Pelayanan Laboratorium adalah unit Pelayanan yang melayani pemeriksaan darah, urine,feces,kimia darah,dahak/sputum (,dan lain-lain
 - 7) Pelayanan Farmasi adalah unit Pelayanan yang melayani pemberian obat melalui resep dokter atau dokter gigi dan paramedis (bidan/perawat) yang telah diberikan pendelegasian wewenang dari dokter/dokter gigi.
 - 8) Pelayanan Rawat Inap adalah unit pelayanan yang melayani pasien dalam perawatan inap dalam 24 jam
 - 9) Pelayanan Persalinan adalah Unit yag melayani persalinan normal ibu dalam 24

jam

- b. pelayanan satu hari (*one day care*);
- c. *home care*;
2. Lintas Program
Merupakan kegiatan komunikasi internal puskesmas yang bertujuan untuk memantau pelaksanaan kegiatan di Puskesmas mulai dari perencanaan dan memecahkan masalah yang dihadapi serta tersusunya rencana kerja baru.
3. Lintas Sektor
Merupakan rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dan dukungan sector-sektor yang bersangkutan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.
4. Lokakarya Mini Bulanan
Merupakan kegiatan penggalangan tim yang diselenggarakan dalam rangka pengorganisasian untuk dapat terlaksananya rencana kegiatan Puskesmas (RPK) dan melakukan monitoring terkait pencapaian hasil kinerja Puskesmas
5. Penilaian Kinerja Puskesmas
Suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas.
6. Kompetensi
Merupakan seperangkat pengetahuan, ketrampilan dan perilaku yang harus dimiliki, dihayati, dikuasai dan diaktualisasikan oleh tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas keprofesionalan.
7. Monitoring
Merupakan proses pengumpulan data yang factual serta signifikan yang dilakukan melalui interaksi secara sistematis untuk membandingkan dengan standart atau pedoman yang ditentukan.
8. Evaluasi
Merupakan kegiatan yang meliputi pengumpulan data untuk membandingkan dengan standart dan dilakukan analisa serta penyusunan rencana tindak lanjut.

E. LANDASAN HUKUM

Sebagai dasar penyelenggaraan pelayanan UKP di Puskesmas diperluan peraturan perundang undangan pendukung (*legal aspect*), sebagai berikut :

1. Undang Undang 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 Tentang Praktik Kedokteran.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
4. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang System Kesehatan Nasional.
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 13 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik Dengan Partisipasi Masyarakat.
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RB Nomer 17 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat

8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktek Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 7 Tahun 2014 Tentang Perencanaan Dan Penganggaran Bidang Kesehatan
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 27 Tahun 2019 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
11. Perarturan Menteri Kesehatan Nomer 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2021 Tentang Perubahan Keempat Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

BAB II

VISI, MISI, TATA NILAI DAN TUJUAN PUSKESMAS

A. VISI, MISI, MOTTO

1. Visi Dan Misi Kesehatan Kabupaten Trenggalek

Visi

Terwujudnya Kabupaten Trenggalek Yang Maju Melalui Ekonomi Inklusif, Sumber Daya Manusia Kreatif Dan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development)

Misi

- a. Memastikan UMKM Naik Kelas serta Membangun Tata Niaga Sektor Pertanian dan Perikanan yang Inklusif, Mendorong Investasi, Menciptakan Lapangan Pekerjaan, Menciptakan Wirausahawan Baru yang Berorientasi Pada Langkah Pengentasan Kemiskinan dan Ekonomi Pesantren
 - b. Mewujudkan Trenggalek sebagai Kota Pariwisata Berbasis Kolaborasi dan Berkelanjutan Dimulai dari Pemberdayaan Masyarakat Desa
 - c. Mewujudkan Pemerintahan Kolaboratif dan Mengarusutamaan Gender dalam Rangka Memastikan Pelayanan yang Prima, Khususnya Pelayanan Adminduk, Pendidikan dan Kesehatan Berbasis Big Data (Satu Data Besar)
 - d. Mewujudkan Infrastruktur yang Handal dan Berwawasan Lingkungan
 - e.
- ##### 2. Visi Dan Misi Puskesmas Ngulankulon
- ###### Visi
- Menjadi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar Terdepan Bagi Masyarakat
- ###### Misi
- a. Menyediakan Pelayanan Kesehatan Berkualitas Yang Terjangkau Masyarakat
 - b. Menyelenggarakan Secara Aktif Upaya Kesehatan Promotif Prefentif Yang Berkualitas
- ##### 3. Motto :
- Bekeja Dengan Hati Melayani Dengan Ikhlas

B. NILAI DASAR/CORE VALUE

Core Values (Nilai-nilai Dasar) ASN BerAkhlak yang harus dipahami dan di internaliasi agar menjadi landasan filosofi bekerja pegawai adalah sebagai berikut:

1. Berorientasi Pelayanan

Memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat. Ramah, cekatan, solutif, dan dapat diandalkan. Melakukan perbaikan tiada henti.

2. Akuntabel

Melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, serta disiplin dan berintegritas tinggi. Menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif dan efisien. Tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan.

3. Kompeten

Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah. Membantu orang lain belajar. Melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik.

4. Harmonis

Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya. Suka menolong orang lain. Membangun lingkungan kerja yang kondusif.

5. Loyal

Memegang teguh ideologi Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Setia kepada NKRI serta pemerintahan yang sah. Menjaga nama baik sesama ASN, pimpinan, instansi dan negara, serta menjaga rahasia jabatan dan negara

6. Adaptif

Cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan. Terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas. Bertindak proaktif.

7. Kolaboratif

Memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi. Terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah. Menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama.

C. TATA NILAI

Nilai-nilai dasar yang diterapkan di Puskesmas Ngulankulon adalah **PRESTASI** yang dijabarkan sebagai berikut :

1. **Profesional**

Yang dimaksud dengan profesional adalah memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai serta memahami bagaimana mengimplementasikannya ;

2. **Ramah**

Yang dimaksud dengan ramah adalah selalu menunjukkan sikap sopan santun bagi semua pelanggan dalam memberikan pelayanan ;

3. **Empati**

4. Yang dimaksud dengan empati adalah mampu menciptakan keinginan untuk menolong sesama, mengalami emosi yang serupa dengan emosi orang lain, mengetahui yang orang lain rasakan dan pikirkan ;

5. **Sederhana**

Yang dimaksud dengan sederhana adalah memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan prosedur yang tidak berbelit-belit ;

6. **Tanggung Jawab**

Yang dimaksud dengan tanggung jawab adalah memahami resiko pekerjaan dan komitmen untuk mempertanggung jawabkan hasil kerjanya ;

7. **Akuntabel**

Yang dimaksud dengan akuntabel adalah memberikan layanan kesehatan sesuai pedoman dan standart yang telah ditetapkan ;

8. **Solid**

Yang dimaksud dengan solid adalah memiliki kerjasama yang kuat ;

9. **Integritas**

Yang dimaksud integritas adalah konsistensi dalam tindakan, nilai-nilai dan berbagai hal yang dihasilkan.

D. KEBIJAKAN MUTU

1. Pimpinan beserta staf Puskesmas Ngulankulon mengutamakan mutu secara menyeluruh untuk kepuasan pelanggan dan meraih kepercayaan pelanggan.
2. Menjadikan budaya mutu sebagai landasan dalam memberikan layanan jasa pelayanan kesehatan yang mampu memenuhi kebutuhan dan pelanggan dan merespon harapan pelanggan.
3. Puskesmas Ngulankulon menerapkan sistem manajemen mutu sesuai Standar ISO 9001:2008 dan Standar Akreditasi Puskesmas untuk mengelola proses-proses pelayanan kesehatan dan meningkatkan kinerjanya.

BAB III

GAMBARAN UMUM PUSKESMAS

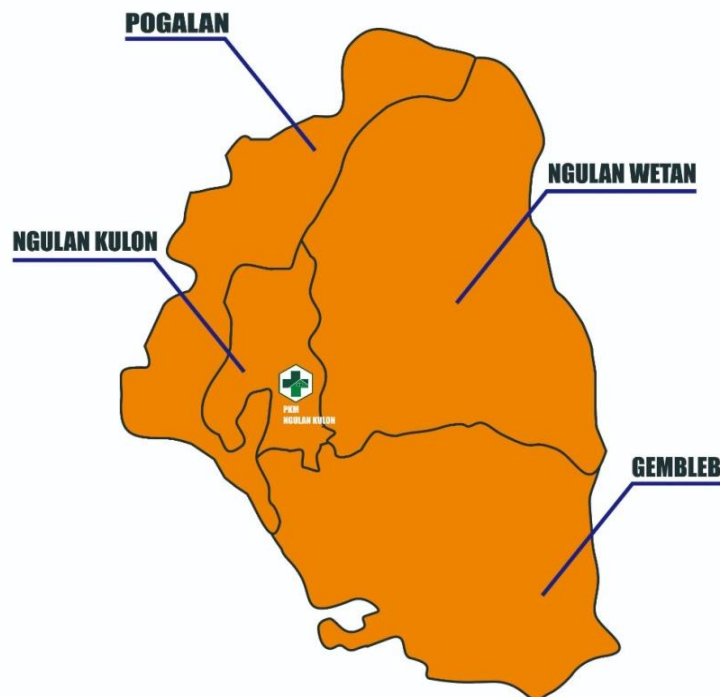
A. KEADAAN GEOGRAFIS

Puskesmas Ngulankulon adalah Puskesmas yang terletak di Jl. Sriwulan Desa Ngulankulon Kecamatan Pogalan. Luas wilayah kerja Puskesmas Ngulankulon adalah 23,13 KM², dengan keadaan wilayah 6,12% daerah pegunungan dan 16,48% daerah dataran. Semua desa di wilayah Puskesmas Ngulankulon sudah terjangkau Pelayanan Listrik PLN. Jarak Puskesmas Ngulankulon ke Kota Trenggalek adalah ±7 Km.

Jalur angkutan umum dari kota Trenggalek dan kota sekitarnya dapat ditempuh dengan kendaraan colt atau bus jurusan Trenggalek – Surabaya. Puskesmas Ngulankulon tidak langsung dilewati kendaraan umum namun masuk jalan Desa ± 750 M, hanya satu Desa yang dilalui oleh kendaraan umum yaitu Desa Pogalan.

Pembangunan Gedung Puskesmas Ngulankulon Kecamatan Pogalan yang baru sudah direncanakan beberapa tahun yang lalu, akan tetapi baru terealisasi pada tahun 2017 dan ditempati pada bulan Januari 2108. Pembangunan Puskesmas ini sebagai salah satu wujud peningkatan pelayanan kepada masyarakat yang nantinya akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Puskesmas Ngulankulon pada umumnya.

GAMBARAN UMUM PUSKESMAS NGULANKULON



Peta Wilayah Puskesmas Ngulankulon

Batas Wilayah Kerja :

- a. Utara : Wilayah kerja Puskesmas Rejowinangun
- b. Timur : Wilayah kerja Puskesmas Durenan
- c. Selatan : Wilayah kerja Puskesmas Pogalan
- d. Barat : Wilayah kerja Puskesmas Trenggalek

B. KEPENDUDUKAN, JUMLAH PENDUDUK, PIRAMIDA PENDUDUK

Berdasarkan data demografi, penduduk wilayah puskesmas Ngulankulon dapat dibedakan berdasarkan beberapa bagian.

Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin

Data jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Ngulankulon adalah sebagai berikut :

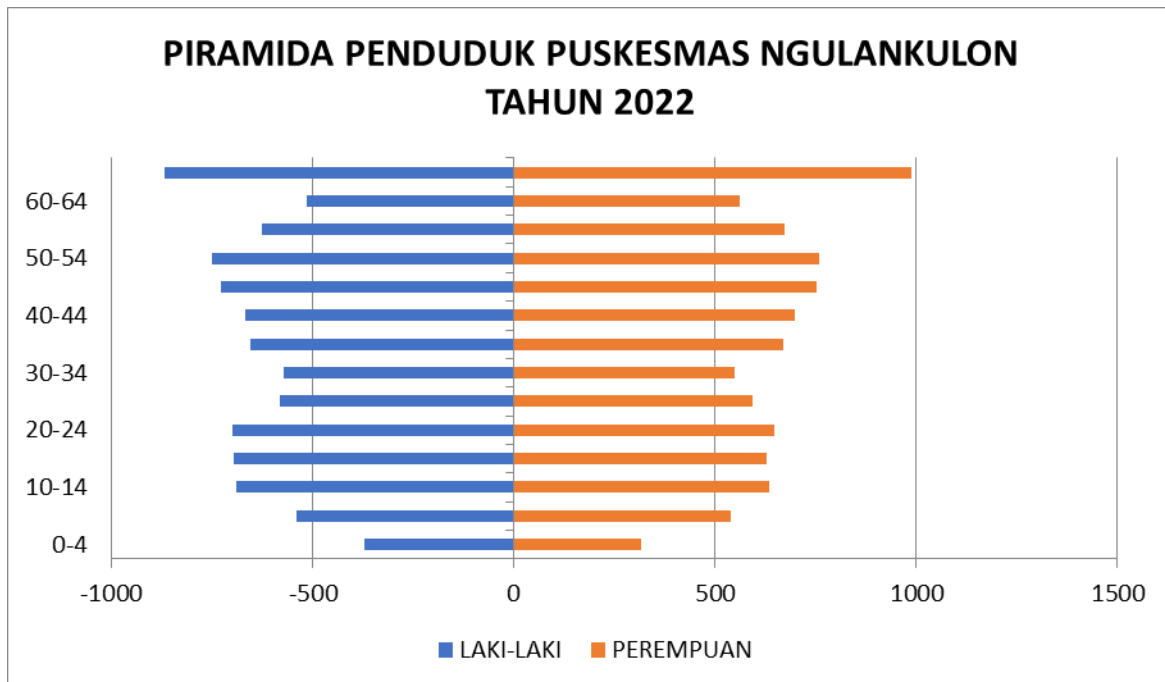
JUMLAH PENDUDUK PUSKESMAS NGULANKULON TAHUN 2022

UMUR	TAHUN 2022			NGULANKULON		NGULANWETAN		POGALAN		GEMBLEB	
	L	P	JML	L	P	L	P	L	P	L	P
0-4	370	317	687	114	81	51	49	107	93	98	94
5-9	541	540	1081	132	133	125	120	110	105	174	182
10-14	690	634	1324	140	123	142	115	205	200	203	196
15-19	695	627	1322	134	125	137	116	222	205	202	181
20-24	700	649	1349	132	135	143	133	202	198	223	183
25-29	581	593	1174	121	120	138	132	163	172	159	169
30-34	573	550	1123	123	113	125	122	159	143	166	172
35-39	655	669	1324	142	137	151	143	178	182	184	207
40-44	668	700	1368	137	160	108	125	201	205	222	210
45-49	729	752	1481	145	141	147	138	230	255	207	218
50-54	749	759	1508	146	145	152	159	235	252	216	203
55-59	625	673	1298	131	130	134	139	186	205	174	199
60-64	515	562	1077	102	126	112	120	154	174	147	142
>65	869	987	1856	238	278	261	271	343	414	27	24

Sumber : Data Primer Puskesmas Ngulankulon

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa Tahun 2022 jumlah penduduk dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak daripada jumlah penduduk dengan jenis kelamin laki-laki. Jumlah penduduk anak-anak lebih banyak dibandingkan dengan penduduk dewasa dan tua.

Selain tabel di atas, jumlah penduduk wilayah Puskesmas Ngulankulon bisa digambarkan melalui grafik piramida penduduk seperti di bawah ini.



Piramida Penduduk Wilayah Puskesmas Ngulankulon Tahun 2022

Dari grafik di atas dapat diketahui bahwa tahun 2022 jenis grafik piramida penduduk wilayah Puskesmas Ngulankulon adalah piramida penduduk muda (*Expansive*) yang berarti angka kelahiran tinggi dan angka kematian rendah, hal ini dapat dibuktikan dengan adanya jumlah penduduk usia 0-19 tahun lebih besar dari usia tua sehingga pertumbuhan penduduk relatif tinggi.

C. SITUASI UPAYA/PELAYANAN KESEHATAN

Puskesmas Ngulankulon memberikan pelayanan terhadap upaya kesehatan perseorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM).

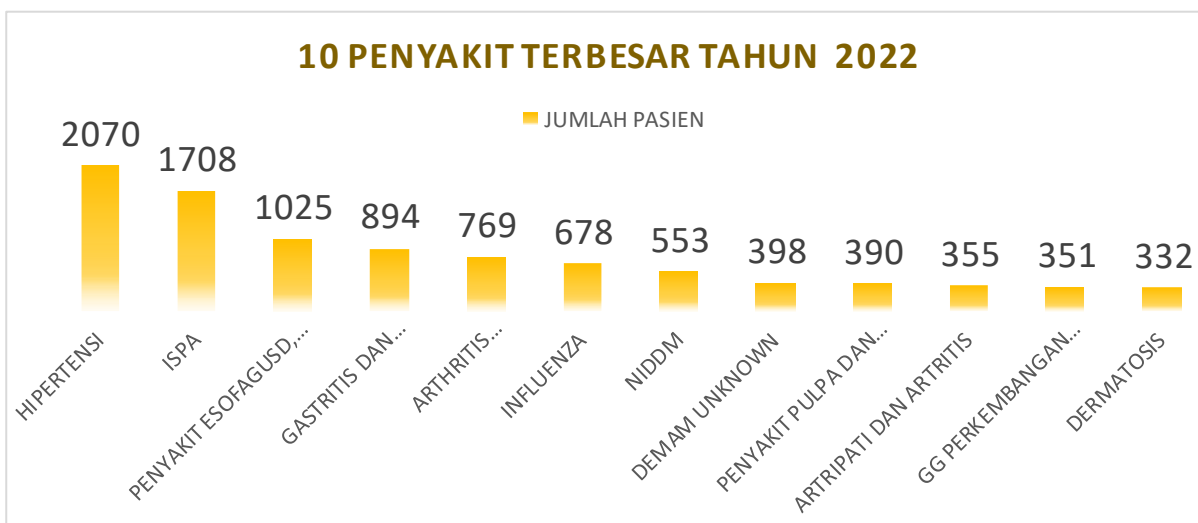
Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), meliputi :

1. Pelayanan Rawat Jalan
 - a. Poli Umum dan Poli Lansia
 - b. Poli Gigi dan Mulut
 - c. Poli KIA
 - d. Poli KB
 - e. Poli MTBS
 - f. Pojok Gizi
 - g. Imunisasi
2. Pelayanan Kegawatdaruratan / UGD
3. Pelayanan Kefarmasian
4. Pelayanan Laboratorium
5. Pelayanan Rawat Inap
6. Pelayanan persalinan

Selama periode tahun 2022 telah dilaksanakan pelayanan kesehatan di Puskesmas Ngulankulon dengan hasil sebagai berikut :

1. Jumlah Kesakitan

Berikut 10 penyakit terbanyak pada tahun 2022 :



BAB IV STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

1. Penanggung Jawab UKP
2. Koordinator dan Pelaksana Pendaftaran dan rekam Medis
3. Koordinator dan Pelaksana Poli Kesehatan Ibu dan Anak
4. Koordinator dan Pelaksana Poli Keluarga Berencana
5. Koordinator dan Pelaksana Poli Umum
6. Koordinator dan Pelaksana Poli Lansia
7. Koordinator dan Pelaksana Poli Gigi dan Mulut
8. Koordinator dan Pelaksana Imunisasi
9. Koordinator dan Pelaksana Gizi
10. Koordinator dan Pelaksana MTBS
11. Koordinator dan Pelaksana Darurat
12. Koordinator dan Pelaksana Farmasi
13. Koordinator dan Pelaksana Laboratorium
14. Koordinator dan Pelaksana Rawat Inap
15. Koordinator dan Pelaksana Persalinan

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

Standar kompetensi Ketenagaan di Pelayanan UKP dan Penunjang Puskesmas Ngulankulon sebagai berikut :

STANDAR KOMPETENSI KETENAGAAN				
No	UNIT LAYANAN	JABATAN	KETENAGAAN	KUALIFIKASI

1	Penanggungjawab UKPP dan Penunjang		Dokter (1 Orang)	Profesi Dokter Umum
2	Pendaftaran dan rekam Medis	Koordinator	Perekam Medis (1 orang)	D3 Perekam Medis
		Pelaksana	Tenaga Pendaftaran(1 Orang)	Minimal SMK/SMA dan yang sederajat
	Poli Kesehatan Ibu dan Anak	Koordinator	Bidan(2 Orang)	Pendidikan Minimal D3 Pelatihan APN, SDIDTK, MTBS
		Pelaksana		
3	Poli Keluarga Berencana	Koordinator	Bidan (2 Orang)	pelatihan konseling standarisasi KB, CTU, PPIA
		Pelaksana		
4	Poli Gigi dan Mulut	Koordinator	Dokter Gigi (1 Orang)	Profesi Dokter Gigi Pelatihan penanganan kegawatdaruratan gigi
		Pelaksana	Perawat Gigi (2 Orang)	Pendidikan D3 Pelatihan Asuhan keperawat gigi dan mulut
5	Poli Umum Poli Lansia	Koordinator	Dokter Umum (2 Orang)	Profesi Dokter Umum Pelatihan BLS/ACLS/ATLS/PPGD
		Pelaksana	Perawat (2 Orang)	Pendidikan D3/S1 Ners Pelatihan asuhan keperawatan, PPGD/BLS/BCLS
6	Unit Gawat Darurat	Koordinator	Dokter Umum (1 Orang)	Profesi Dokter Umum Pelatihan BLS/ACLS/ATLS/PPGD
		Pelaksana	Perawat (1 Orang)	Pendidikan D3/S1 Ners Pelatihan asuhan keperawatan, PPGD/BLS/BCLS
7	Gizi	Koordinator	Nutrisionist (2 Orang)	Pendidikan Minimal D3/S1 Pelatihan Pertumbuhan dan Perkembangan Balita Pelatihan pelaksanaan Gizi Buruk Pelatihan Pemberian Makanan Balita dan Anak Pelatihan Konselor ASI
		Pelaksana		
8	Poli Sanitasi	Koordinator	Sanitarian (1 Orang)	Pendidikan minimal D3 Sanitari
		Pelaksana		

9	MTBS	Koordinator	Bidan (2 Orang)	Pendidikan Minimal D3 Pelatihan APN, SDIDTK, MTBS
		Pelaksana		
10	Farmasi	Koordinator	Apoteker (1 Orang)	Pendidikan Profesi Apoteker
		Pelaksana	Asisten Apoteker (2 Orang)	Pendidikan Minimal DIII asisten apoteker Pelatihan pelayanan kefarmasian di puskesmas
11	Laboratorium	Koordinator	Analisis Laboratorium (2 Orang)	Minimal DIII analisis kesehatan dengan pelatihan Phlebotomi, Pemeriksaan TB, HIV/AIDS, kusta, malaria
		Pelaksana		
12	Rawat Inap	Koordinator	Perawat (1 Orang)	Pendidikan D3/S1 Ners Pelatihan asuhan keperawatan, PPGD/BLS/BCLS
		Pelaksana	Perawat (4 orang)	Pendidikan D3/S1 Ners Pelatihan asuhan keperawatan, PPGD/BLS/BCLS
			Bidan (4 Orang)	Pendidikan Minimal D3 Pelatihan APN, SDIDTK, MTBS
15	Persalinan	Koordinator	Bidan (2 Orang)	Pendidikan Minimal D3 Pelatihan APN, SDIDTK, MTBS
		Pelaksana		

C. JADWAL KEGIATAN

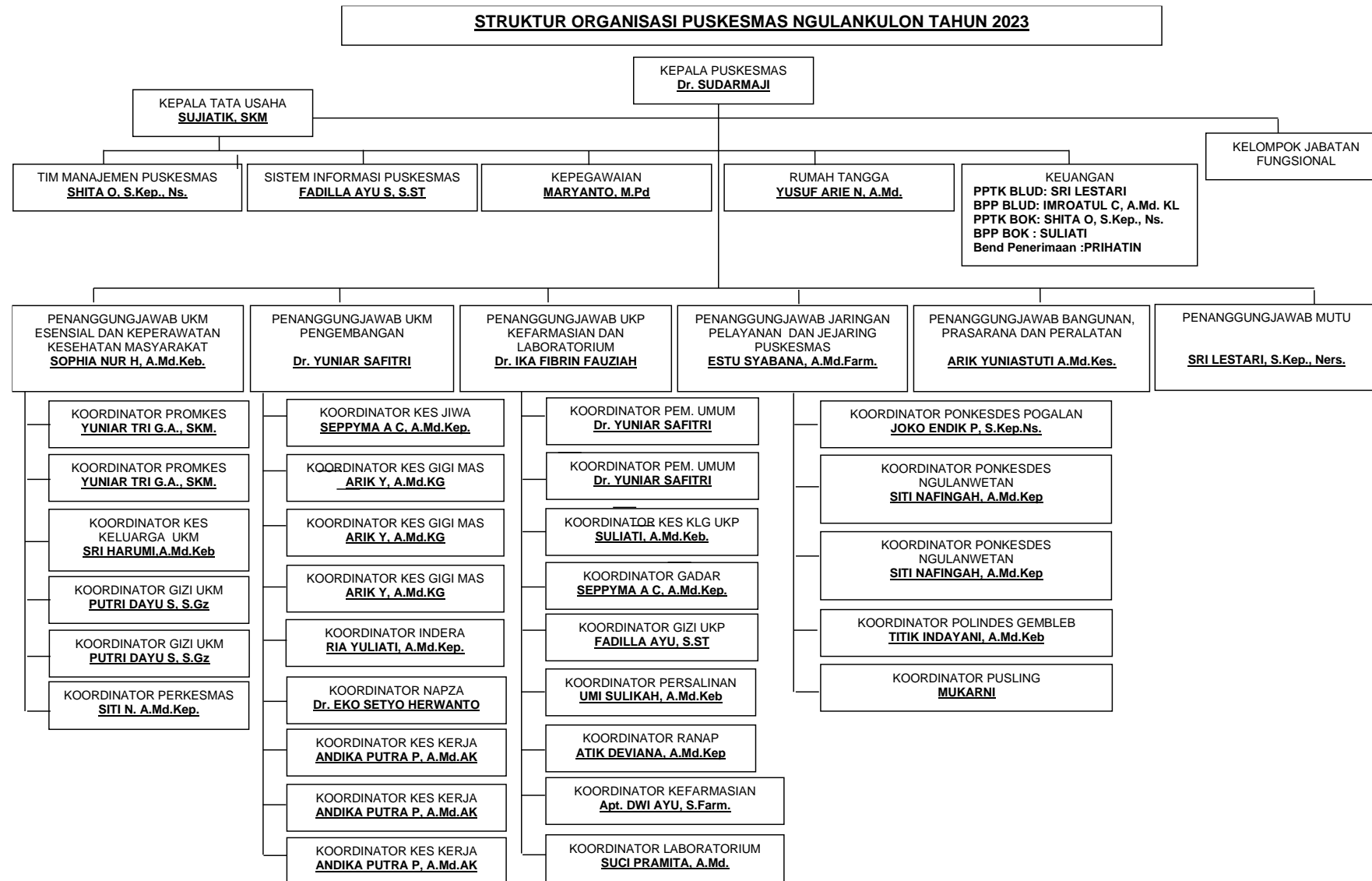
Dalam melaksanakan kegiatannya, masing-masing upaya memiliki Jadwal kegiatan rutin yang telah ditentukan oleh Puskesmas Ngulankulon. Diantaranya adalah :

Jadwal Pelayanan

No	Jenis Pelayanan	Waktu Pelayanan	
		Hari	Jam
1.	Pelayanan Pendaftaran dan Rekam Medik	Senin s/d Kamis Jumat Sabtu	07.30 - 12.00 07.30 - 10.30 07.30 - 11.30
2.	Pelayanan Poli Umum dan Poli Lansia	Senin s/d Sabtu	07.30 - selesai
3.	Pemeriksaan Kesehatan Gigi -Mulut (Poli Gigi)	Senin s/d Sabtu	07.30 - selesai
4.	Pelayanan Poli KIA, KB, MTBS	Senin s/d Sabtu	07.30 - selesai
5.	Pelayanan KB	Senin s/d Sabtu	07.30 - selesai
6.	Pelayanan Gizi	Senin s/d Sabtu	07.30 - selesai
7.	Pelayanan Imunisasi	Tanggal 5 dan 20	08.00 - selesai

8.	Farmasi	Senin s/d Sabtu	07.30 – selesai
9.	Laboratorium	Senin s/d Sabtu	07.30 – selesai
18.	Unit Gawat Darurat (UGD) Rawat Inap Persalinan	Setiap hari	24 jam

D. STRUKTUR ORGANISASI



BAB III
STANDAR FASILITAS

A. STANDAR FASILITAS

Standar Fasilitas yang terdapat di masing-masing unit Pelayanan menurut Permenkes 43 tahun 2019 sebagai berikut,

A. Ruangan Pemeriksaan Umum

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
I. Set Pemeriksaan Umum			
1.	Anuskop	3 buah	3 buah
2.	Baki logam tempat alat steril bertutup	2 buah	2 buah
3.	Bingkai uji-coba untuk pemeriksaan refraksi	1 buah	1 buah
4.	Buku Ishihara Tes	1 buah	1 buah
5.	Corong telinga/Speculum telinga ukuran kecil, besar, sedang	1 set	1 set
6.	Emesis basin /Nierbeken besar	1 buah	1 buah
7.	Garputala 512 Hz, 1024 Hz, 2084 Hz	1 set	1 set
8.	<i>Handle</i> kaca laring	1 buah	1 buah
9.	<i>Handle</i> kaca nasopharing	1 buah	1 buah
10.	Kaca laring ukuran 2,4,5,6	1 set	1 set
11.	Kaca nasopharing ukuran 2,4,5,6	1 set	1 set
12.	Kaca pembesar untuk diagnostik	1 buah	1 buah
13.	Lampu kepala/ <i>Head Lamp</i> + Adaptor AC/DC	1 buah	1 buah
14.	Lampu senter untuk periksa/ <i>pen light</i>	1 buah	1 buah
15.	Lensa uji-coba untuk pemeriksaan refraksi	1 set	1 set
16.	Lup binokuler (lensa pembesar) 3-5 Dioptri	1 buah	1 buah
17.	<i>Metline</i> (pengukur lingkaran pinggang)	1 buah	1 buah
18.	<i>Ophthalmoscope</i>	1 buah	1 buah
19.	<i>Otoscope</i>	1 buah	1 buah
20.	Palu reflex	1 buah	1 buah
21.	Pelilit kapas/ <i>Cotton applicator</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
22.	<i>Skinfold calliper</i>	1 buah	1 buah
23.	<i>Snellen Chart</i> 2 jenis (<i>E Chart</i> + <i>Alphabet Chart</i>)	1 buah	1 buah
24.	Spekulum vagina (cocor bebek) sedang	3 buah	3 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
25.	Spekulum hidung dewasa	1 buah	1 buah
26.	<i>Sphygmomanometer</i> untuk dewasa	1 buah	1 buah
27.	Stetoskop untuk dewasa	1 buah	1 buah
28.	Sudip lidah logam/spatula lidah logam panjang 12 cm	4 buah	4 buah
29.	Sudip lidah logam/spatula lidah logam panjang 16,5 cm	4 buah	4 buah
30.	Tempat tidur periksa dan perlengkapannya	1 buah	1 buah
31.	Termometer untuk dewasa	1 buah	1 buah
32.	Timbangan dewasa	1 buah	1 buah
33.	Tonometer Schiötz	1 buah	1 buah
II. Bahan Habis Pakai			
1.	Alkohol	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Povidone Iodine	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Podofilin Tinctura 25%	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	Kapas	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
5.	Kasa non steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
6.	Kasa steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
7.	Masker wajah	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
8.	Sabun tangan atau antiseptic	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
9.	Sarung tangan steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
10.	Sarung tangan non steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
III. Perlengkapan			
1.	Bantal	1 buah	1 buah
2.	Baskom cuci tangan	1 buah	1 buah
3.	Kasur	1 buah	1 buah
4.	Lampu spiritus	1 buah	1 buah
5.	Lemari alat	1 buah	1 buah
6.	Meja instrumen	1 buah	1 buah
7.	Meteran tinggi badan	1 buah	1 buah
8.	Perlak	2 buah	2 buah
9.	Pispot	1 buah	1 buah
10.	Sarung bantal	2 buah	2 buah
11.	Seprei	2 buah	2 buah
12.	Sikat untuk membersihkan peralatan	1 buah	1 buah
13.	<i>Stop Watch</i>	1 buah	1 buah
14.	Tempat sampah tertutup yang dilengkapi dengan injakan pembuka penutup	2 buah	2 buah
IV. Meubelair			
1.	Kursi Kerja	3	3
2.	Lemari arsip	1	1
3.	Meja tulis ½ biro	1	1
V. Pencatatan dan Pelaporan			
1.	Buku register pelayanan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Formulir dan surat keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Formulir <i>Informed Consent</i>	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	Formulir rujukan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
5.	Kertas resep	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
6.	Surat Keterangan Sakit	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
7.	Surat Keterangan Sehat	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

B. Ruang Tindakan dan Ruang Gawat Darurat

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
I.Set Tindakan Medis/Gawat Darurat			
1.	Baki logam tempat alat steril tertutup	3 buah	3 buah
2.	<i>Collar Brace/ Neck Collar</i> anak	1 buah	1 buah
3.	<i>Collar Brace/ Neck Collar</i> dewasa	1 buah	1 buah
4.	Corong telinga/Spekulum telinga ukuran kecil, besar, sedang	1 set	1 set
5.	Doppler	1 buah	1 buah
6.	<i>Dressing Forceps</i>	1 buah	1 buah
7.	EKG*	1 buah	1 buah
8.	<i>Emesis Basin/ Nierbeken</i> besar	2 buah	2 buah
9.	<i>Forceps Alligator</i>	3 buah	3 buah
10.	<i>Forceps Bayonet</i>	3 buah	3 buah
11.	<i>Guedel Airway (Oropharyngeal Airway)</i>	2 buah	2 buah
12.	Gunting bedah standar, lengkung	3 buah	3 buah
13.	Gunting bedah standar, lengkung, ujung tajam/tajam	3 buah	3 buah
14.	Gunting bedah standar, lengkung, ujung tajam/tumpul	3 buah	3 buah
15.	Gunting bedah standar, lengkung, ujung tumpul/tumpul	3 buah	3 buah
16.	Gunting bedah standar, lurus ujung tumpul/tumpul	3 buah	3 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
17.	Gunting bedah standar, lurus, ujung tajam/tajam	3 buah	3 buah
18.	Gunting bedah standar, lurus, ujung tajam/tumpul	3 buah	3 buah
19.	Gunting pembalut	1 buah	1 buah
20.	Gunting pembuka jahitan lurus	3 buah	3 buah
21.	<i>Handle</i> kaca laring	1 buah	1 buah
22.	<i>Handle</i> kaca nasopharing	1 buah	1 buah
23.	<i>Hooked probes</i>	1 buah	1 buah
24.	Kaca laring ukuran 2,4,5,6	1 set	1 set
25.	Kaca nasopharing ukuran 2,4,5,6	1 set	1 set
26.	Kait dan kuret serumen	1 buah	1 buah
27.	Kanula hidung anak	1 buah	1 buah
28.	Kanula hidung dewasa	1 buah	1 buah
29.	Klem arteri 14 cm (Kocher)	3 buah	3 buah
30.	Klem arteri, 12 cm lengkung, dengan gigi 1x2 (Halstead-Mosquito)	3 buah	3 buah
31.	Klem arteri, 12 cm lengkung, tanpa gigi (Halstead-Mosquito)	3 buah	3 buah
32.	Klem arteri, 12 cm lurus, dengan gigi 1x2 (Halstead-Mosquito)	3 buah	3 buah
33.	Klem arteri, 12 cm lurus,tanpa gigi (Halstead-Mosquito)	3 buah	3 buah
34.	Klem arteri, lurus (Kelly)	3 buah	3 buah
35.	Klem/pemegang jarum jahit, 18 cm (Mayo-Hegar)	3 buah	3 buah
36.	Korentang, lengkung, penjepit alat steril (23 cm)	2 buah	2 buah
37.	Korentang, penjepit sponge	2 buah	2 buah
38.	Kursi roda	1 buah	1 buah
39.	Lampu kepala	1 buah	1 buah
40.	Laringoskop anak	1 buah	1 buah
41.	Laringoskop dewasa	1 buah	1 buah
42.	Laringoskop neonatus bilah lurus	1 buah	1 buah
43.	<i>Magill Forceps</i>	3 buah	3 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
44.	<i>Nebulizer</i>	1 buah	1 buah
45.	Otoskop	1 buah	1 buah
46.	Palu reflex	1 buah	1 buah
47.	Pinset alat, bengkok (Remky)	3 buah	3 buah
48.	Pinset anatomis, 14,5 cm	3 buah	3 buah
49.	Pinset anatomis, 18 cm	3 buah	3 buah
50.	Pinset bedah, 14,5 cm	3 buah	3 buah
51.	Pinset bedah, 18 cm	3 buah	3 buah
52.	Pinset epilasi	1 buah	1 buah
53.	Pinset telinga	1 buah	1 buah
54.	Pinset insisi Hordeolum/ Chalazion	1 buah	1 buah
55.	Resusitator anak-anak & sungkup	1 buah	1 buah
56.	Resusitator dewasa & sungkup	1 buah	1 buah
57.	Resusitator neonatus & sungkup	1 buah	1 buah
58.	Retraktor, pembuka kelopak mata	1 buah	1 buah
59.	Semprit gliserin	1 buah	1 buah
60.	Silinder korentang steril	1 buah	1 buah
61.	Skalpel, tangkai pisau operasi	3 buah	3 buah
62.	Spalk	1 buah	1 buah
63.	Spekulum hidung	1 buah	1 buah
64.	Spekulum mata	1 buah	1 buah
65.	<i>Sphygmomanometer</i> untuk anak	1 buah	1 buah
66.	<i>Sphygmomanometer</i> untuk dewasa	1 buah	1 buah
67.	<i>Stand lamp</i> untuk tindakan	1 buah	1 buah
68.	Standar infus	1 buah	2 buah
69.	Steteskop anak	1 buah	1 buah
70.	Steteskop dewasa	1 buah	1 buah
71.	Steteskop janin/Laenac	1 buah	1 buah
72.	<i>Suction pump</i> (alat penghisap)	1 buah	1 buah
73.	Sudip lidah logam/Spatula lidah logam panjang 12 cm	4 buah	4 buah
74.	Sudip lidah logam/Spatula lidah logam panjang 16,5 cm	4 buah	4 buah
75.	Tabung oksigen dan regulator	1 buah	1 buah
76.	Tempat tidur periksa dan perlengkapannya	1 buah	1 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
77.	Termometer anak	1 buah	1 buah
78.	Termometer dewasa	1 buah	1 buah
79.	Timbangan anak	1 buah	1 buah
80.	Timbangan dewasa	1 buah	1 buah
81.	<i>Tissue Forceps</i>	1 buah	1 buah
82.	Torniket karet	1 buah	1 buah
83.	Usungan (brankar)	1 buah	1 buah
II. Bahan Habis Pakai			
1.	Abocath/ <i>wing needle</i> No. 20	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
2.	Abocath/ <i>wing needle</i> No. 23	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
3.	Abocath/ <i>wing needle</i> No. 26	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
4.	Abocath/ <i>wing needle</i> No.18	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
5.	Alkohol	1 botol	1 botol
6.	Anestesi topikal tetes mata	1 botol	1 botol
7.	Benang <i>chromic catgut</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
8.	Benang <i>silk</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
9.	Cairan desinfektan/Povidone Iodine	1 botol	1 botol
10.	<i>Disposable syringe</i> 1 cc	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
11.	<i>Disposable syringe</i> 10 cc	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
12.	<i>Disposable syringe</i> 2,5 - 3 cc	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
13.	<i>Disposable syringe</i> 5 cc	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
14.	<i>Disposable syringe</i> 50 cc	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
15.	<i>Endotracheal tube</i> (ETT) 2.5	1 buah	1 buah
16.	<i>Endotracheal tube</i> (ETT) 3	1 buah	1 buah
17.	<i>Endotracheal tube</i> (ETT) 4	1 buah	1 buah
18.	<i>Goggle</i>	1 buah	1 buah
19.	Infus set/ intra vena set dewasa	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
20.	Infus set/intra vena set anak	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
21.	Jarum jahit untuk operasi mata, ½ lingkaran	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
22.	Jarum jahit, lengkung, ½ lingkaran penampang segitiga	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
23.	Jarum jahit, lengkung, ½ lingkaran, penampang bulat	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
24.	Jarum jahit, lengkung, 3/8 lingkaran penampang segitiga	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
25.	Jarum jahit, lengkung, 3/8 lingkaran, penampang bulat	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
26.	Kapas	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
27.	Kasa non steril	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
28.	Kasa steril	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
29.	Kateter Foley ukuran 5-8 French	2 buah	2 buah
30.	Kateter karet No. 10 (Nelaton)	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
31.	Kateter karet No. 12 (Nelaton)	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
32.	Kateter karet No. 14 (Nelaton)	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
33.	<i>Lubricant gel</i>	1 tube	1 tube
34.	Masker wajah	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
35.	<i>Micropore surgical tape</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
36.	<i>Mucous suction</i> , silikon Nomor 8 dan 10	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
37.	<i>Nasogastric Tube</i> /selang lambung (3,5,8)	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
38.	Pelilit kapas/ <i>Cotton applicator</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
39.	Sabun tangan atau antiseptic	1 botol	1 botol
40.	Sarung tangan non steril	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
41.	Sarung tangan steril	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
42.	Selang karet untuk anus	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
43.	Skapel, mata pisau bedah besar	1 box	1 box
44.	Skapel, mata pisau bedah kecil	1 box	1 box
45.	<i>Verban elastic</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
46.	<i>Water based gel</i> untuk EKG dan Doppler	1 tube	1 tube
III. Perlengkapan			
1.	Bak instrument tertutup	1 buah	2 buah
2.	Bantal	1 buah	1 buah
3.	Celemek plastic	1 buah	1 buah
4.	Dorongan tabung oksigen dengan tali pengaman	1 buah	1 buah
5.	Duk bolong, sedang	2 buah	2 buah
6.	<i>Jam/timer</i>	1 buah	1 buah
7.	Kain balut segitiga (mitella)	5 buah	5 buah
8.	Kasur	1 buah	1 buah
9.	Kotak penyimpanan jarum bekas	2 buah	2 buah
10.	Lemari alat	1 buah	1 buah
11.	Lemari obat	1 buah	1 buah
12.	Mangkok untuk larutan	2 buah	2 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
13.	Meja instrumen/alat	1 buah	1 buah
14.	Perlak plastic	2 buah	2 buah
15.	Pispot	2 buah	2 buah
16.	Sarung bantal	2 buah	2 buah
17.	Seprei	2 buah	2 buah
18.	Sikat tangan	1 buah	1 buah
19.	Sikat untuk membersihkan peralatan	1 buah	1 buah
20.	<i>Stop Watch</i>	1 buah	1 buah
21.	Tempat sampah tertutup yang dilengkapi dengan injakan pembuka penutup	2 buah	2 buah
22.	Toples kapas/Kasa steril	1 buah	1 buah
23.	Tromol kasa/Kain steril 25 X 120 mm	1 buah	1 buah
24.	Waskom bengkok	4 buah	4 buah
25.	Waskom cekung	2 buah	2 buah
26.	Waskom cuci	2 buah	2 buah
IV. Meubelair			
1.	Kursi kerja	3	3
2.	Lemari arsip	1	1
3.	Meja tulis ½ biro	1	1
V. Pencatatan & Pelaporan			
1.	Buku register pelayanan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
2.	Formulir dan Surat Keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
3.	Formulir <i>Informed Consent</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
4.	Formulir rujukan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
5.	Kertas resep	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
6.	Surat Keterangan Sakit	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

C. Ruang Kesehatan Ibu, Anak (KIA), KB, dan Imunisasi

No	Jenis Peralatan	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
I. Set Pemeriksaan Kesehatan Ibu			
1.	1/2 Klem Korcher	1 buah	1 buah
2.	Anuskop	3 buah	3 buah
3.	Bak Instrumen dengan tutup	1 buah	1 buah
4.	Baki Logam Tempat Alat Steril Bertutup	1 buah	1 buah
5.	Doppler	1 buah	1 buah
6.	Gunting Benang	1 buah	1 buah
7.	Gunting Verband	1 buah	1 buah
8.	Korcher Tang	1 buah	1 buah
9.	Mangkok untuk Larutan	1 buah	1 buah
10.	Meja Instrumen / Alat	1 buah	1 buah
11.	Meja Periksa Ginekologi dan kursi pemeriksa	1 buah	1 buah
12.	Palu Refleks	1 buah	1 buah
13.	<i>Pen Lancet</i>	1 buah	1 buah
14.	Pinset Anatomi Panjang	1 buah	1 buah
15.	Pinset Anatomi Pendek	1 buah	1 buah
16.	Pinset Bedah	1 buah	1 buah
17.	Silinder Korentang Steril	1 buah	1 buah
18.	Sonde mulut	1 buah	1 buah
19.	Spekulum Vagina (Cocor Bebek) Besar	3 buah	3 buah
20.	Spekulum Vagina (Cocor Bebek) Kecil	2 buah	2 buah
21.	Spekulum Vagina (Cocor Bebek) Sedang	5 buah	5 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
22.	Spekulum Vagina (Sims)	1 buah	1 buah
23.	<i>Sphygmomanometer</i> Dewasa	1 buah	1 buah
24.	Stand Lamp untuk tindakan	1 buah	1 buah
25.	Stetoskop Dewasa	1 buah	1 buah
26.	Stetoskop Janin / Fetoscope	1 buah	1 buah
27.	Sudip lidah logam / Spatula Lidah Logam panjang 12 cm	2 buah	2 buah
28.	Sudip lidah logam / Spatula Lidah Logam panjang 16,5 cm	2 buah	2 buah
29.	Tampon Tang	1 buah	1 buah
30.	Tempat Tidur Periksa	1 buah	1 buah
31.	Termometer Dewasa	1 buah	1 buah
32.	Timbangan Dewasa	1 buah	1 buah
33.	Torniket Karet	1 buah	1 buah
II. Set Pemeriksaan Kesehatan Anak			
1.	Alat Pengukur Panjang Bayi	1 buah	1 buah
2.	Flowmeter anak (<i>high flow</i>)	1 buah	1 buah
3.	Flowmeter neonatus (<i>low flow</i>)	1 buah	1 buah
4.	Lampu periksa	1 buah	1 buah
5.	Pengukur lingkaran kepala	1 buah	1 buah
6.	Pengukur tinggi badan anak	1 buah	1 buah
7.	<i>Sphygmomanometer</i> dan manset anak	1 buah	1 buah
8.	Stetoskop pediatric	1 buah	1 buah
9.	Termometer Anak	1 buah	1 buah
10.	Timbangan Anak	1 buah	1 buah
11.	Timbangan bayi	1 buah	1 buah
III. Set Pelayanan KB			
1.	Baki Logam Tempat Alat Steril Bertutup	1 buah	1 buah
2.	Implant Kit	1 buah	1 buah
3.	IUD Kit	1 buah	1 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
IV. Set Imunisasi			
1.	<i>Vaccine carrier</i>	1 buah	1 buah
2.	<i>Vaccine Refrigerator</i>	1 buah	1 buah
V. Bahan Habis Pakai			
1.	Alkohol	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Benang Chromic Catgut	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Cairan Desinfektan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	<i>Disposable Syringe, 1 cc</i>	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
5.	<i>Disposable Syringe, 2,5 – 3 cc</i>	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
6.	<i>Disposable Syringe, 5 cc</i>	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
7.	Kain Steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
8.	Kapas	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
9.	Kasa Non Steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
10.	Kasa Steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
11.	Lidi kapas Steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
12.	Lubrikan gel	1 tube	1 tube
13.	Masker	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
14.	Podofilin Tinctura 25%	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
15.	Sabun Tangan atau Antiseptik	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
16.	Sarung tangan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
VI. Perlengkapan			
1.	Ari timer	1 buah	1 buah
2.	Bantal	1 buah	1 buah
3.	Baskom Cuci Tangan	1 buah	1 buah
4.	Celemek Plastik	1 buah	1 buah
5.	Duk Bolong, Sedang	2 buah	2 buah
6.	Kasur	1 buah	1 buah
7.	Kotak Penyimpan Jarum Bekas	1 buah	1 buah
8.	Lemari Alat	1 buah	1 buah
9.	Lemari Obat	1 buah	1 buah
10.	Meteran (untuk mengukur tinggi Fundus)	1 buah	1 buah
11.	Perlak	2 buah	2 buah
12.	Pispot	1 buah	1 buah
13.	Pita Pengukur Lila	1 buah	1 buah
14.	Pompa Payudara untuk ASI	1 buah	1 buah
15.	Sarung Bantal	2 buah	2 buah
16.	Selimut	1 buah	1 buah
17.	Seprei	2 buah	2 buah
18.	Set Tumbuh Kembang Anak	1 buah	1 buah
19.	Sikat untuk Membersihkan Peralatan	1 buah	1 buah
20.	Tempat Sampah Tertutup yang dilengkapi dengan injakan pembuka penutup	2 buah	2 buah
21.	Tirai	1 buah	1 buah
22.	Toples Kapas / Kasa Steril	1 buah	1 buah
23.	Tromol Kasa / Kain Steril	1 buah	1 buah
24.	Waskom Bengkok Kecil	1 buah	1 buah
VII. Meubelair			
1.	Kursi Kerja	4 buah	4 buah
2.	Lemari Arsip	1 buah	1 buah
3.	Meja Tulis ½ biro	1 buah	1 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
VIII. Pencatatan & Pelaporan			
A. KESEHATAN IBU & KB			
1.	Buku KIA	Sejumlah ibu hamil yang dilayani	Sejumlah ibu hamil yang dilayani
2.	Buku Kohort Ibu	1 buah	1 buah
3.	Buku Register Ibu	1 buah	1 buah
4.	Formulir dan surat keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
5.	Formulir <i>Informed Consent</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
6.	Formulir Laporan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
7.	Formulir Rujukan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
B. KESEHATAN ANAK			
1.	Bagan Dinding MTBS	1 buah	1 buah
2.	Bagan MTBS	1 buah	1 buah
3.	Buku register Bayi	1 buah	1 buah
4.	Formulir Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
5.	Formulir Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
6.	Formulir Laporan Kesehatan Anak Balita dan Prasekolah	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
7.	Formulir Laporan Kesehatan Bayi	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
8.	Formulir Pencatatan Balita Sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
9.	Formulir Pencatatan Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
10.	Formulir Rekapitulasi Laporan Kesehatan Anak Balita dan Prasekolah	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMUM PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
11.	Formulir Rekapitulasi Laporan Kesehatan Bayi	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
12.	Register Kohort Anak Balita	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
13.	Register Kohort Bayi	1 buah	1 buah
C. IMUNISASI			
1.	Formulir lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
2.	Formulir laporan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

D. Ruang Persalinan

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
I. Set Obstetri & Ginekologi			
1.	Bak instrumen tertutup besar (Obgin)	3 buah	3 buah
2.	Bak instrumen tertutup kecil	3 buah	3 buah
3.	Bak instrumen tertutup Medium	3 buah	3 buah
4.	Doppler	1 buah	1 buah
5.	Doyeri Probe Lengkung	1 buah	1 buah
6.	Endotracheal Tube Dewasa 2,5	3 buah	3 buah
7.	Endotracheal Tube Dewasa 3	3 buah	3 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
8.	Endotracheal Tube Dewasa 4	3 buah	3 buah
9.	Gunting Benang	3 buah	3 buah
10.	Gunting Episiotomi	3 buah	3 buah
11.	Gunting Iris Lengkung	3 buah	3 buah
12.	Gunting Operasi Lurus	3 buah	3 buah
13.	Gunting Tali Pusat	3 buah	3 buah
14.	Klem Fenster/Klem Ovum	3 buah	3 buah
15.	Klem Kasa (Korentang)	3 buah	3 buah
16.	Klem Kelly/Klem Kocher Lurus	3 buah	3 buah
17.	Klem Linen Backhauss	3 buah	3 buah
18.	Klem Mosquito Halsted Lengkung	3 buah	3 buah
19.	Klem Mosquito Halsted Lurus	3 buah	3 buah
20.	Klem Pemasang Klip Hegenbarth	3 buah	3 buah
21.	Lampu Periksa Halogen	1 buah	1 buah
22.	Masker Oksigen + Kanula Nasal Dewasa	2 buah	2 buah
23.	Meja Instrumen	2 buah	2 buah
24.	Needle Holder Matheiu	3 buah	3 buah
25.	Pelvimeter Obstetrik	1 buah	1 buah
26.	Pinset Jaringan (Sirurgis)	3 buah	3 buah
27.	Pinset Jaringan Semken	3 buah	3 buah
28.	Pinset Kasa (Anatomis)	3 buah	3 buah
29.	Resusitator Dewasa	1 set	1 set
30.	Retraktor Finsen Tajam	1 buah	1 buah
31.	Setengah Kocher	3 buah	3 buah
32.	Skalpel No. 3	3 buah	3 buah
33.	Skalpel No. 4	3 buah	3 buah
34.	Spekulum (Sims) Besar	5 buah	5 buah
35.	Spekulum (Sims) Kecil	5 buah	5 buah
36.	Spekulum (Sims) Medium	5 buah	5 buah
37.	Spekulum Cocor Bebek Grave Besar	5 buah	5 buah
38.	Spekulum Cocor Bebek Grave Kecil	5 buah	5 buah
39.	Spekulum Cocor Bebek Grave Medium	5 buah	5 buah
40.	Standar infus	1 buah	1 buah
41.	Stetoskop Dewasa	1 buah	1 buah
42.	Stetoskop Janin/ Fetoscope	1 buah	1 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
43.	Stilet untuk Pemasangan ETT	1 buah	1 buah
44.	Tabung Oksigen dan Regulator	1 set	1 set
45.	Tempat Klem Kasa (Korentang)	2 buah	2 buah
46.	Tempat Tidur Periksa (<i>examination bed</i>)	1 set	1 set
47.	Tempat Tidur untuk Persalinan	1 set	1 set
48.	Tensimeter dewasa	1 buah	1 buah
49.	Termometer Dewasa	1 buah	1 buah
II. Set Insersi dan Ekstraksi AKDR			
1.	Aligator Ekstraktor AKDR	3 buah	3 buah
2.	Gunting Mayo CVD	3 buah	3 buah
3.	Klem Kasa Lurus (<i>Sponge Foster Straight</i>)	3 buah	3 buah
4.	Klem Penarik Benang AKDR	3 buah	3 buah
5.	Sonde Uterus Sims	3 buah	3 buah
6.	Tenakulum Schroeder	3 buah	3 buah
III. Set Resusitasi Bayi			
1.	<i>Baby Suction Pump portable</i>	1 set	1 set
2.	Endotracheal Tube 2,5	1 buah	1 buah
3.	Endotracheal Tube 3	1 buah	1 buah
4.	Endotracheal Tube 3,5	1 buah	1 buah
5.	Endotracheal Tube 4	1 buah	1 buah
6.	<i>Infant T piece resuscitator dengan PEEP</i>	1 buah	1 buah
7.	<i>Infant T piece System</i>	1 buah	1 buah
8.	Laringoskop Neonatus Bilah Lurus (3 ukuran)	1 set	1 set
9.	Meja Resusitasi dengan Pemanas (<i>Infant Radiant Warmer</i>)	1 set	1 set
10.	<i>Oxygen Concentrator</i>	1 buah	1 buah
11.	Penghisap Lendir DeLee (neonatus)	1 buah	1 buah
12.	Pompa Penghisap Lendir Elektrik	1 buah	1 buah
13.	Stetoskop Duplex Neonatus	1 buah	1 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
IV. Bahan Habis Pakai			
1.	Alkohol	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Benang Chromic Catgut	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Desinfektan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	Gelang Bayi	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
5.	Infus Set Dewasa	2 set	2 set
6.	Infus Set dengan <i>Wing Needle</i> untuk Anak dan Bayi nomor 23 dan 25	2 set	2 set
7.	Jarum Jahit Tajam	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
8.	Jarum Jahit Tumpul	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
9.	Kantong Urin	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
10.	Kapas	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
11.	Kateter Folley dewasa	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
12.	Kateter Nelaton	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
13.	Kateter intravena 16 G	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
14.	Kateter intravena 18 G	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
15.	Kateter Intravena 20 G	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
16.	Kateter Penghisap Lendir Dewasa 10	2 buah	2 buah
17.	Kateter Penghisap Lendir Dewasa 8	2 buah	2 buah
18.	Nasogastric Tube Dewasa	3 buah	3 buah
19.	Nasogastric Tube Dewasa 5	3 buah	3 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
20.	Pembalut	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
21.	Pengikat tali pusat	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
22.	Plester Non Woven	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
23.	Sabun Cair untuk Cuci Tangan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
24.	Sarung Tangan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
25.	Sarung Tangan Panjang (Manual Plasenta)	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
26.	Sarung Tangan Steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
27.	<i>Sprit disposable (steril) 20 ml</i>	5 buah	5 buah
28.	<i>Sprit/ Disposable Syringe (steril) 1 ml</i>	5 buah	5 buah
29.	<i>Sprit/ Disposable Syringe (steril) 10 ml</i>	5 buah	5 buah
30.	<i>Sprit/ Disposable Syringe (steril) 3 ml</i>	5 buah	5 buah
31.	<i>Sprit/ Disposable Syringe (steril) 5 ml</i>	5 buah	5 buah
32.	<i>Three-way Stopcock (steril)</i>	5 buah	5 buah
V. Perlengkapan			
1.	Lemari Alat	1 buah	1 buah
2.	Lemari Obat	1 buah	1 buah
3.	Mangkok Iodin	1 buah	1 buah
4.	Pengukur panjang bayi	1 buah	1 buah
5.	Pengukur Tinggi Badan (microtoise)	1 buah	1 buah
6.	Pisau Pencukur	1 buah	1 buah
7.	Timbangan bayi	1 buah	1 buah
8.	Timbangan Dewasa	1 buah	1 buah
9.	Tromol Kasa	1 buah	1 buah
10.	Waskom Bengkok Ukuran 30 cm	1 buah	1 buah
11.	Waskom Bengkok Ukuran 23 cm	1 buah	1 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
VI. Meubelair			
1.	Kursi Kerja	3 buah	3 buah
2.	Lemari Arsip	1 buah	1 buah
3.	Meja Tulis ½ biro	1 buah	1 buah
VII. Pencatatan & Pelaporan			
1.	Formulir <i>Informed Consent</i>	Sesuai kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Formulir dan Surat Keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
3.	Formulir Laporan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
4.	Formulir Partograf	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
5.	Formulir Persalinan/nifas dan KB	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
6.	Formulir Rujukan	Sesuai kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
7.	Formulir Surat Kelahiran	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
8.	Formulir Surat Kematian	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
9.	Formulir Surat Keterangan Cuti Bersalin	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

E. Ruang Rawat Pasca Persalinan

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas rawat inap
I. Set Perawatan Pasca Persalinan			
1.	ARI Timer	1 buah	1 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas rawat inap
2.	Boks Bayi	1 buah	1 buah
3.	Sphygmomanometer Dewasa	1 buah	1 buah
4.	Standar infus	1 buah	1 buah
5.	Stetoskop Anak	1 buah	1 buah
6.	Tabung Oksigen dan Regulator	1 buah	1 buah
7.	Tempat Tidur Dewasa	1 set	1 set
8.	Termometer Anak	1 buah	1 buah
9.	Termometer Dewasa	1 buah	1 buah
10.	Timbangan Bayi	1 buah	1 buah
II. Bahan Habis Pakai			
1.	Infus Set Dewasa	2 set	2 set
2.	Kantong Urin	2 buah	2 buah
3.	Kasa Non Steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	Kasa Steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
5.	Kateter Folley dewasa	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
6.	Kateter intravena 16 G	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
7.	Kateter intravena 18 G	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
8.	Kateter Intravena 20 G	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
9.	Kateter Penghisap Lendir Dewasa 10	2 buah	2 buah
10.	Kateter Penghisap Lendir Dewasa 8	2 buah	2 buah
11.	Sarung Tangan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
12.	Sarung Tangan Steril	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
13.	Spuitt <i>disposable</i> (steril) 20 ml	5 buah	5 buah
14.	Spuitt/ <i>Disposable Syringe</i> (steril) 1 ml	5 buah	5 buah
15.	Spuitt/ <i>Disposable Syringe</i> (steril) 10 ml	5 buah	5 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas rawat inap
16.	S spuit/ Disposable Syringe (steril) 3 ml	5 buah	5 buah
17.	S spuit/ Disposable Syringe (steril) 5 ml	5 buah	5 buah
III. Perlengkapan			
1.	Bantal	1 buah	1 buah
2.	Baskom Kecil	1 buah	1 buah
3.	Handuk Pembungkus Neonatus	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	Kantong Metode Kanguru sesuai ukuran neonatus	1 set	1 set
5.	Kasur	1 buah	1 buah
6.	Kotak Penyimpan Jarum Bekas	1 buah	1 buah
7.	Lemari Obat	1 buah	1 buah
8.	Lemari Alat	1 buah	1 buah
9.	Lemari Kecil Pasien	1 buah	1 buah
10.	Perlak	2 buah	2 buah
11.	Pispot	1 buah	1 buah
12.	Pompa Payudara untuk ASI	1 buah	1 buah
13.	Sarung Bantal	2 buah	2 buah
14.	Selimut Bayi	2 buah	2 buah
15.	Selimut Dewasa	2 buah	2 buah
16.	Seprei	2 buah	2 buah
17.	Set Tumbuh Kembang Anak	1 buah	1 buah
18.	Sikat untuk Membersihkan Peralatan	1 buah	1 buah
19.	Tempat Sampah Tertutup yang dilengkapi dengan injakan pembuka penutup	2 buah	2 buah
20.	Toples Kapas / Kasa Steril	2 buah	2 buah
21.	Tromol Kasa / Kain Steril	2 buah	2 buah
22.	Waskom Bengkok Kecil	2 buah	2 buah
IV. Meubelair			
1.	Kursi Kerja	3 buah	3 buah
2.	Lemari Arsip	1 buah	1 buah
3.	Meja Tulis ½ biro	1 buah	1 buah

No	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas rawat inap
V. Pencatatan & Pelaporan			
1.	Buku Register Pelayanan	1 buah	1 buah
2.	Formulir lain sesuai kebutuhan pelayanan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
3.	Rekam Medik Pasien	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

F. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut

No	Jenis Peralatan	JUMLAH MINIMAL PERALATAN KESEHATAN	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap
I. Set Kesehatan Gigi & Mulut			
1.	Atraumatic Restorative Treatment (ART)	1 Buah	1 Buah
	• Enamel Access Cutter	1 Buah	1 Buah
	• Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Kecil (Spoon Excavator Small)	1 Buah	1 Buah
	• Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Sedang (Spoon Excavator Medium)	1 Buah	1 Buah
	• Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Besar (Spoon Excavator Large)	1 Buah	1 Buah
	• Double Ended Applier and Carver	1 Buah	1 Buah
	• Spatula Plastik	1 Buah	1 Buah
	• Hatchet	1 Buah	1 Buah
	• Batu Asah	1 Buah	1 Buah
2.	Bein Lurus Besar	1 Buah	1 Buah
3.	Bein Lurus Kecil	1 Buah	1 Buah
4.	Bor Intan (Diamond Bur Assorted) untuk Air Jet Hand Piece (Kecepatan Tinggi) (round, inverted dan fissure)	1set	1set

No	Jenis Peralatan	JUMLAH MINIMAL PERALATAN KESEHATAN	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap
5.	Bor Intan Kontra Angle Hand Piece Conventional (Kecepatan Rendah) (round, inverted dan fissure)	1set	1 set
6.	Ekskavator Berujung Dua (Besar)	5 Buah	5 Buah
7.	Ekskavator Berujung Dua (Kecil)	5 Buah	5 Buah
8.	Gunting Operasi Gusi (Wagner) (12 cm)	1 Buah	1 Buah
9.	Handpiece Contra Angle	1 Buah	1 Buah
10.	Handpiece Straight	1 Buah	1 Buah
11.	Kaca Mulut Datar No.4 Tanpa Tangkai	5 buah	5 buah
12.	Klem/Pemegang Jarum Jahit (Mathieu Standar)	1 Buah	1 Buah
13.	Set Kursi Gigi Elektrik yang terdiri dari:		
	• Kursi Gigi	1 buah	1 buah
	• Cuspidor Unit	1 buah	1 buah
	• Meja Instrumen	1 buah	1 buah
	• Foot Controller untuk Hand Piece	1 buah	1 buah
	• Kompresor Oilless 1 PK	1 buah	1 buah
14.	Jarum exterpasi	1 set	1 set
15.	Jarum K-File (15-40)	1 set	1 set
16.	Jarum K-File (45-80)	1 set	1 set
17.	Light Curing	1 buah	1 buah
18.	Mikromotor dengan Straight dan Contra Angle Hand Piece (Low Speed Micro Motor portable)	1 buah	1 buah
19.	Pelindung Jari	1 buah	1 buah
20.	Pemegang Matriks (Matrix Holder)	1 buah	1 buah
21.	Penahan Lidah	1 buah	1 buah
22.	Pengungkit Akar Gigi Kanan Mesial (Cryer Distal)	1 buah	1 buah
23.	Pengungkit Akar Gigi Kanan Mesial (Cryer Mesial)	1 buah	1 buah
24.	Penumpat Plastis	1 buah	1 buah
25.	Periodontal Probe	1 buah	1 buah

No	Jenis Peralatan	JUMLAH MINIMAL PERALATAN KESEHATAN	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap
26.	Penumpat Semen Berujung Dua	1 buah	1 buah
27.	Pinset Gigi	5 buah	5 buah
28.	Polishing Bur	1 set	1 set
29.	Skeler Standar , Bentuk Cangkul Kiri (Type Chisel/Mesial)	1 buah	1 buah
30.	Skeler Standar , Bentuk Cangkul Kanan (Type Chisel/Mesial)	1 buah	1 buah
31.	Skeler Standar, Bentuk Tombak (Type Hook)	1 buah	1 buah
32.	Skeler Standar, Black Kiri dan Kanan (Type Chisel/Mesial)	1 buah	1 buah
33.	Skeler Standar, Black Kiri dan Kiri (Type Chisel/Mesial)	1 buah	1 buah
34.	Skeler Ultrasonik	1 buah	1 buah
35.	Sonde Lengkung	5 Buah	5 Buah
36.	Sonde Lurus	5 Buah	5 Buah
37.	Spatula Pengaduk Semen	1 buah	1 buah
38.	Spatula Pengaduk Semen Ionomer	1 buah	1 buah
39.	Set Tang Pencabutan Dewasa (set)		
	• Tang gigi anterior rahang atas dewasa	1 buah	1 buah
	• Tang gigi premolar rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang gigi molar kanan rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang gigi molar kiri rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang molar 3 rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang sisa akar gigi anterior rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang sisa akar gigi posterior rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang gigi anterior dan premolar rahang bawah	1 buah	1 buah
	• Tang gigi molar rahang bawah kanan/kiri	1 buah	1 buah
	• Tang gigi molar 3 rahang bawah	1 buah	1 buah
	• Tang sisa akar rahang bawah	1 buah	1 buah
40.	Set Tang pencabutan gigi anak		
	• Tang gigi anterior rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang molar rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang molar susu rahang atas	1 buah	1 buah

No	Jenis Peralatan	JUMLAH MINIMAL PERALATAN KESEHATAN	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap
	• Tang sisa akar rahang atas	1 buah	1 buah
	• Tang gigi anterior rahang bawah	1 buah	1 buah
	• Tang molar rahang bawah	1 buah	1 buah
	• Tang sisa akar rahang bawah	1 buah	1 buah
41.	Skalpel, Mata Pisau Bedah (Besar)	1 buah	1 buah
42.	Skalpel, Mata Pisau Bedah (Kecil)	1 buah	1 buah
43.	Skalpel, Tangkai Pisau Operasi	1 buah	1 buah
44.	Tangkai kaca mulut	5 buah	5 buah
II. Perlengkapan			
1.	Baki Logam Tempat Alat Steril Bertutup	1 buah	1 buah
2.	Korentang, Penjepit Sponge (Foerster)	1 buah	1 buah
3.	Lampu Spiritus Isi 120 cc	1 buah	1 buah
4.	Lemari peralatan	1 buah	1 buah
5.	Lempeng Kaca Pengaduk Semen	1 buah	1 buah
6.	Needle Destroyer	1 buah	1 buah
7.	Silinder Korentang Steril	1 buah	1 buah
8.	Sterilisator kering	1 buah	1 buah
9.	Tempat Alkohol (Dappen Glas)	1 buah	1 buah
10.	Toples Kapas Logam dengan Pegas dan Tutup (50 x 70 mm)	1 buah	1 buah
11.	Toples Pembuangan Kapas (50 x 75 mm)	1 buah	1 buah
12.	Waskom Bengkok (Neirbeken)	1 buah	1 buah
III. Bahan Habis Pakai			
1.	Betadine Solution atau Desinfektan lainnya	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Sabun tangan atau antiseptic	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Kasa	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	Benang Silk	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

No	Jenis Peralatan	JUMLAH MINIMAL PERALATAN KESEHATAN	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap
5.	Chromik Catgut	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
6.	Alkohol	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
7.	Kapas	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
8.	Masker	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
9.	Sarung tangan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
IV. Meubelair			
1.	Kursi Kerja	3 buah	3 buah
2.	Lemari arsip	1 buah	1 buah
3.	Meja Tulis ½ biro	1 buah	1 buah
V. Pencatatan dan Pelaporan			
1.	Buku register pelayanan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Kartu Rekam Medis	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Formulir <i>Informed Consent</i>	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	Formulir rujukan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
5.	Surat Keterangan Sakit	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
6.	Formulir dan Surat Keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

I. Laboratorium

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas non rawat inap	Puskesmas rawat inap
I. Set Laboratorium			
1.	Batang Pengaduk	3 buah	3 buah
2.	Beker, Gelas	3 buah	3 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas non rawat inap	Puskesmas rawat inap
3.	Botol Pencuci	1 buah	1 buah
4.	Corong Kaca (5 cm)	3 buah	3 buah
5.	Erlenmeyer, Gelas	2 buah	2 buah
6.	Fotometer	1 buah	1 buah
7.	Gelas Pengukur (100 cc)	1 buah	1 buah
8.	Gelas Pengukur (16 Oz / 500 ml)	1 buah	1 buah
9.	Hematology Analyzer (HA)	1 set	1 set
10.	Hemositometer Set / Alat Hitung Manual	1 set	1 set
11.	Lemari Es	1 buah	1 buah
12.	Mikroskop Binokuler	1 buah	1 buah
13.	Pipet Mikro 5-50, 100-200, 500-1000 ul	1 buah	1 buah
14.	Pipet Berskala (Vol 1 cc)	3 buah	3 buah
15.	Pipet Berskala (Vol 10 cc)	3 buah	3 buah
16.	Pipet Tetes (Pipet Pasteur)	12 buah	12 buah
17.	Pot Spesimen Dahak Mulut Lebar	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
18.	Pot Spesimen Urine (Mulut Lebar)	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
19.	Rotator Plate	1 buah	1 buah
20.	Sentrifuse Listrik	1 buah	1 buah
21.	Sentrifuse Mikrohematokrit	1 buah	1 buah
22.	Tip Pipet (Kuning dan Biru)	3 buah	3 buah
23.	Tabung Kapiler Mikrohematokrit	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
24.	Tabung Reaksi (12 mm)	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
25.	Tabung Reaksi dengan tutup karet gabus	12 buah	12 buah
26.	Tabung Sentrifus Tanpa Skala	6 buah	6 buah
27.	Telly Counter	1 buah	1 buah
28.	Termometer 0 – 50° Celcius	1 buah	1 buah
29.	Urinometer (Alat Pengukur Berat Jenis Urine)	1 buah	1 buah
30.	Wadah Aquades	1 buah	1 buah
31.	Westergren Set (Tabung Laju Endap Darah)	3 buah	3 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas non rawat inap	Puskesmas rawat inap
II. Bahan Habis Pakai			
1.	Blood Lancet dengan Autoklik	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Kawat Asbes	-	1
3.	Kertas Lakmus	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
4.	Kertas Saring	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
5.	Kaca Objek	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
6.	Kaca Penutup (Dek Glass)	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
7.	Penghisap Karet (Aspirator)	3 buah	3 buah
III. Perlengkapan			
1.	Kaki Tiga	1 buah	1 buah
2.	Lampu Spiritus	1 buah	1 buah
3.	Pembendung	1 buah	1 buah
4.	Penjepit Tabung dari Kayu	2 buah	2 buah
5.	Pensil Kaca	1 buah	1 buah
6.	Pemanas/Penangas dengan Air	1 buah	1 buah
7.	Rak Pengering	1 buah	1 buah
8.	Rak Pewarna Kaca Preparat	1 buah	1 buah
9.	Rak Tabung Reaksi	1 buah	1 buah
10.	Stopwatch	1 buah	1 buah
11.	Sengkelit / Ose	3 buah	3 buah
12.	Sikat Tabung Reaksi	1 buah	1 buah
13.	Timer	1 buah	1 buah
IV. Meubelair			
1.	Kursi Kerja	2 buah	2 buah
2.	Lemari Peralatan	1 buah	1 buah
3.	Meja Tulis ½ biro	1 buah	1 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL PERALATAN	
		Puskesmas non rawat inap	Puskesmas rawat inap
V. Pencatatan dan Pelaporan			
1.	Buku register pelayanan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
2.	Formulir <i>Informed Consent</i>	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Formulir dan Surat Keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

J. Ruang Farmasi

No	Jenis Peralatan	Jumlah Minimal Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
I. Set Farmasi			
1.	Analitical Balance (Timbangan Mikro)	1 buah	1 buah
2.	Batang Pengaduk	1 buah	1 buah
3.	Corong	1 buah	1 buah
4.	Cawan Penguap Porselen (d.5-15cm)	1 buah	1 buah
5.	Gelas Pengukur 10mL, 100mL dan 250mL	1 buah	1 buah
6.	Gelas Piala 100mL, 500mL dan 1L	1 buah	1 buah
7.	Higrometer	1 buah	1 buah
8.	Mortir (d. 5-10cm dan d.10-15cm) + stamper	1 buah	1 buah
9.	Pipet Berskala	1 buah	1 buah
10.	Spatel logam	1 buah	1 buah
11.	Shaker	1 buah	1 buah
12.	Termometer skala 100	1 buah	1 buah
II. Bahan Habis Pakai			
1.	Etiket	1 buah	1 buah
2.	Kertas Perkamen	1 buah	1 buah
3.	Wadah Pengemas dan Pembungkus untuk Penyerahan Obat	1 buah	1 buah

No	Jenis Peralatan	Jumlah Minimal Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
III. Perlengkapan			
1.	Alat Pemanas yang Sesuai	1 buah	1 buah
2.	Botol Obat dan Labelnya	1 buah	1 buah
3.	Lemari pendingin	1 buah	1 buah
4.	Lemari dan Rak untuk Menyimpan Obat	1 buah	1 buah
5.	Lemari untuk Penyimpanan Narkotika, Psikotropika dan Bahan Obat Berbahaya Lainnya	1 buah	1 buah
6.	Rak tempat pengeringan alat	1 buah	1 buah
IV. Meubelair			
1.	Kursi Kerja	2	2
2.	Lemari arsip	1 buah	1 buah
3.	Meja Tulis ½ biro	1 buah	1 buah
V. Pencatatan & Pelaporan			
1.	Blanko LPLPO	1	1
2.	Blanko Kartu Stok Obat	1	1
3.	Blanko Copy resep	1	1
4.	Buku Penerimaan	1	1
5.	Buku Pengiriman	1	1
6.	Buku Pengeluaran Obat Bebas, Bebas Terbatas dan Keras	1	1
7.	Buku Pencatatan Narkotika dan Psikotropika	1	1
8.	Form Laporan Narkotika dan Psikotropika	1	1
9.	Formulir dan Surat Keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

K. Ruang Rawat Inap

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL
I. Set Rawat Inap		
1.	Ari Sound Timer	1 buah
2.	Baki Instrumen Bertutup	1 buah
3.	Bak Instrumen Bertutup 30 X 30 Cm	1 buah
4.	Bisturi No 10	1 kotak
5.	Brankar	1 buah
6.	Gunting Lengkung, Ujung Tajam (Metzenbaum) (18 Cm)	3 buah
7.	Gunting Lengkung, Ujung Tumpul (Metzenbaum) (18 Cm)	3 buah
8.	Gunting Lurus, Ujung Tajam (Metzenbaum) (18 Cm)	3 buah
9.	Gunting Lurus, Ujung Tumpul (Metzenbaum) (18 Cm)	3 buah
10.	Gunting Mayo Lurus/Lengkung	3 buah
11.	Gunting Pembuka Jahitan, Lurus	3 buah
12.	Kaca Pembesar	3 buah
13.	Kanula Hidung	3 buah
14.	Kateter, Selang Penghisap Lendir Bayi	3 buah
15.	Kauter	3 buah
16.	Klem Agrave, 14 Mm (Isi 100)	3 buah
17.	Klem Arteri, 12 Cm, Lengkung Dengan Gigi 1 X 2 (<i>Halstead-Mosquito</i>)	3 buah
18.	Klem Arteri, 12 Cm, Lengkung Tanpa Gigi (<i>Halstead-Mosquito</i>)	3 buah
19.	Klem Arteri, 12 Cm, Lurus Dengan Gigi 1 X 2 (<i>Halstead-Mosquito</i>)	3 buah
20.	Klem Arteri, 12 Cm, Lurus Tanpa Gigi 1 X 2 (<i>Halstead-Mosquito</i>)	3 buah
21.	Klem Arteri, Lurus (Kelly)	3 buah
22.	Klem/Pemegang Jarum Jahit Dengan Kunci (Baraquer)	3 buah
23.	Klem/Pemegang Jarum Jahit (Mathieu Standar)	3 buah
24.	Klem/Pemegang Silet (Barraquer)	3 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL
25.	Klem/Penjepit Kain (Kocher-Backhaus)/Duk Klem	3 buah
26.	Klep Pengatur Oksigen Dengan Humidifer	3 buah
27.	Korentang, Lengkung, Penjepit Alat Steril, 23 Cm (Cheattle)	3 buah
28.	Korentang, Penjepit Sponge (Foerster)	3 buah
29.	Inkubator Bayi	1 buah
30.	Lampu Periksa	1 buah
31.	Lampu Senter	1 buah
32.	Manset Anak; Dengan Velecro	1 buah
33.	Manset Dewasa	1 buah
34.	Meja Instrumen, Mayo Berstandar	1 buah
35.	Meja Instrumen/Alat	1 buah
36.	Nebulizer	1 buah
37.	Pinset Anatomis, 14,5 Cm	2 buah
38.	Pinset Anatomis, 18 Cm	2 buah
39.	Pinset Anatomis (Untuk Specimen)	2 buah
40.	Pinset Bedah, 14,5 Cm	2 buah
41.	Pinset Bedah, 18 Cm	2 buah
42.	Resusitator Untuk Dewasa	1 buah
43.	Resusitator For Infant	1 buah
44.	Selang Oksigen	3 buah
45.	Skalpel, Tangkai Pisau Operasi	2 buah
46.	Spalk	1 buah
47.	Sphygmomanometer	2 buah
48.	Standar Infus	sesuai jumlah tempat tidur
49.	Standar Waskom, Tunggal	1 buah
50.	Standar Waskom, Ganda	1 buah
51.	Stetoskop Infant	1 buah
52.	Stetoskop Anak	1 buah
53.	Stetoskop Dewasa	1 buah
54.	Suction Pump	1 buah
55.	Sonde Dengan Mata, 14,5 Cm	1 buah
56.	Sonde Pengukur Dalam Luka	1 buah
57.	Tabung Oksigen 6 Meterkubik Dan Regulator	1 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL
58.	Tabung Oksigen 1 Meterkubik Dan Regulator	1 buah
59.	Tabung/Sungkup Untuk Resusitasi	2 buah
60.	Termometer Infant	1 buah
61.	Termometer Dewasa	1 buah
62.	Tempat Tidur Rawat Inap	5 s.d 8 buah
63.	Tempat Tidur Rawat Inap Untuk Anak	2 buah
64.	Torniket Karet	1 buah
65.	Tromol Kasa/Kain Steril (125 X 120 Mm)	1 buah
66.	Tromol Kasa/Kain Steril (150 X 150 Mm)	1 buah
67.	Waskom Bengkok	1 buah
68.	Waskom Cekung	1 buah
69.	Waskom Cuci	1 buah
70.	Wing Needle	3 buah

II. Bahan Habis Pakai

1.	Cairan Antiseptik/Antimikroba (Klorheksidin Glukonat 2-4%, Alkohol 60-90%)	Sesuai kebutuhan
2.	Benang Cat Gut (15 Cm) / Rol / Kaset	1 roll
3.	Disposable Syringe, 1 Cc	1 box
	Disposable Syringe, 3 Cc	1 box
4.	Disposable Syringe, 5 Cc	1 box
5.	Disposable Syringe, 10 Cc	1 box
6.	Jarum Jahit, Lengkung, 1/2 Lingkaran, Penampang Bulat	1 box
7.	Jarum Jahit, Lengkung, 1/2 Lingkaran, Penampang Segitiga	1 box
8.	Jarum Jahit, Lengkung, 3/8 Lingkaran, Penampang Bulat	1 box
9.	Jarum Jahit, Lengkung, 3/8 Lingkaran, Penampang Segitiga	1 box
10.	Kasa Non Steril	1 box
11.	Kasa Steril	1 box
12.	Kapas	1 box
13.	Masker	1 box
14.	Plester	1 box
15.	Sarung Tangan , Nomor 6 ½ Steril dan Non	1 box

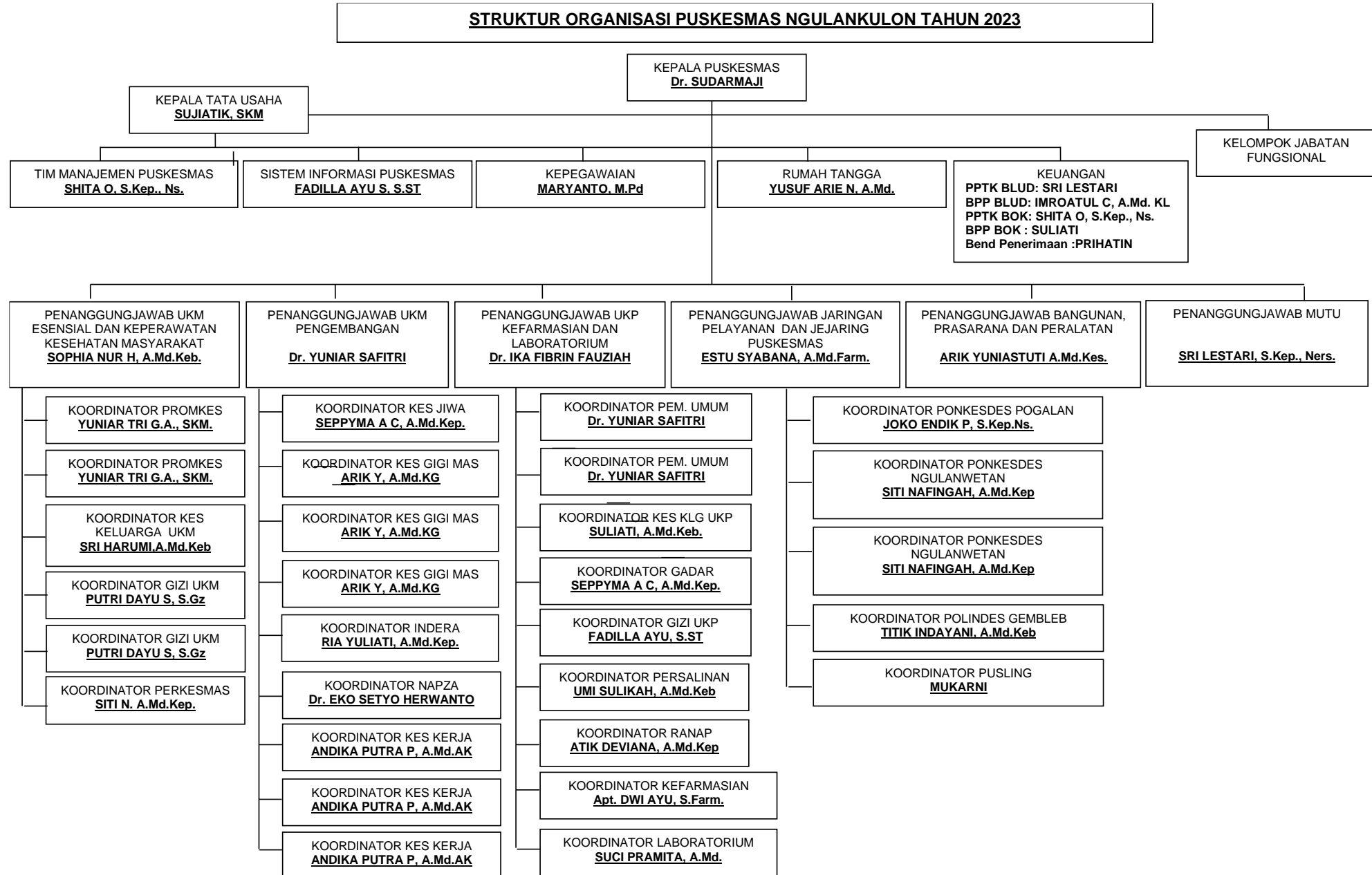
NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL
	Steril	
16.	Sarung Tangan , Nomor 7 Steril Dan Non Steril	1 box
17.	Sarung Tangan , Nomor 7 ½ Steril Dan Non Steril	1 box
III. Perlengkapan		
1.	Bantal	Sesuai Jumlah Tempat Tidur
2.	Dorongan Untuk Tabung Oksigen	2 buah
3.	Duk Biasa, Besar (274 X 183 Cm)	3 buah
	Duk Biasa, Kecil (91 X 114 Cm)	3 buah
4.	Duk Biasa, Sedang (91 X 98 Cm)	3 buah
5.	Duk Bolong, Besar (274 X 183 Cm) Letak Lubang Di Tengah (23 X 10)	3 buah
6.	Duk Bolong, Kecil	3 buah
7.	Duk Bolong, Sedang	3 buah
8.	Handuk Bayi	3 buah
9.	Handuk Kecil (60 X 40 Cm)	3 buah
10.	Kain Penutup Meja Mayo	3 buah
11.	Kasur	Sesuai Jumlah Tempat Tidur
12.	Kursi Roda	1 buah
13.	Lap Untuk Mandi Pasien	10 buah
14.	Pispot Anak	1 buah
15.	Pispot Dewasa	2 buah
16.	Pispot Fraktur/Immobilisasi	2 buah
17.	Pispot Pria/Urinal	1 buah
18.	Perlak, Tebal Lunak (200 X 90 Cm)	10 buah
19.	Sarung Bantal	20 buah
20.	Selimut	20 buah
21.	Selimut Bayi	15 buah
22.	Sikat Tangan	5 buah
23.	Sprei	20 buah

NO	JENIS PERALATAN	JUMLAH MINIMAL
24.	Sprei Kecil/Steek Laken	15 buah
25.	Tempat Sampah Tertutup Dengan Injakan	4 buah
IV. Meubelair		
1.	Kursi	12 buah
2.	Lemari Kecil untuk perlengkapan pasien	Sesuai Jumlah Tempat Tidur
3.	Lemari Peralatan	1 buah
4.	Penyekat Ruangan	7 buah
V. Pencatatan dan Pelaporan		
1.	Formulir Rujukan	Sesuai Kebutuhan
2.	Formulir Lain Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Informed Consent	Sesuai Kebutuhan
4.	Kertas Resep	Sesuai Kebutuhan
5.	Rekam Medis Pasien Rawat Inap	Sesuai Kebutuhan
6.	Register Pasien Rawat Inap	Sesuai Kebutuhan
7.	Surat Keterangan Sakit	Sesuai Kebutuhan

L. Ruang Sterilisasi

No	Jenis Peralatan	Jumlah Minimal Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
I. Set Sterilisasi			
1.	Autoclave	1 buah	1 buah
2.	Korentang, Lengkung, Penjepit Alat Steril, 23 Cm (Cheattle)	3 buah	3 buah
II. Bahan Habis Pakai			
1.	Masker	1 Box	1 Box
2.	Larutan Klorin 0,5%	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan
3.	Sarung Tangan Rumah Tangga Dari Lateks	5 Pasang	5 Pasang
III. Perlengkapan			
1.	Apron/Celemek Karet	3 buah	3 buah
2.	Duk Pembungkus Alat	20 buah	20 buah
3.	Ember Plastik Untuk Merendam Alat	3 buah	3 buah
4.	Lemari Alat Untuk Alat Yang Sudah Steril	1 buah	1 buah
5.	Sikat Pembersih Alat	5 Buah	5 Buah
6.	Tempat Sampah Tertutup Dengan Injakan	2 buah	2 buah
IV. Meubelair			
1.	Kursi Kerja	2 buah	2 buah
2.	Lemari arsip	1 buah	1 buah
3.	Meja Tulis ½ biro	1 buah	1 buah
V. Pencatatan & Pelaporan			
1.	Formulir dan Surat Keterangan sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan	Sesuai Kebutuhan	Sesuai Kebutuhan

B. STRUKTUR ORGANISASI

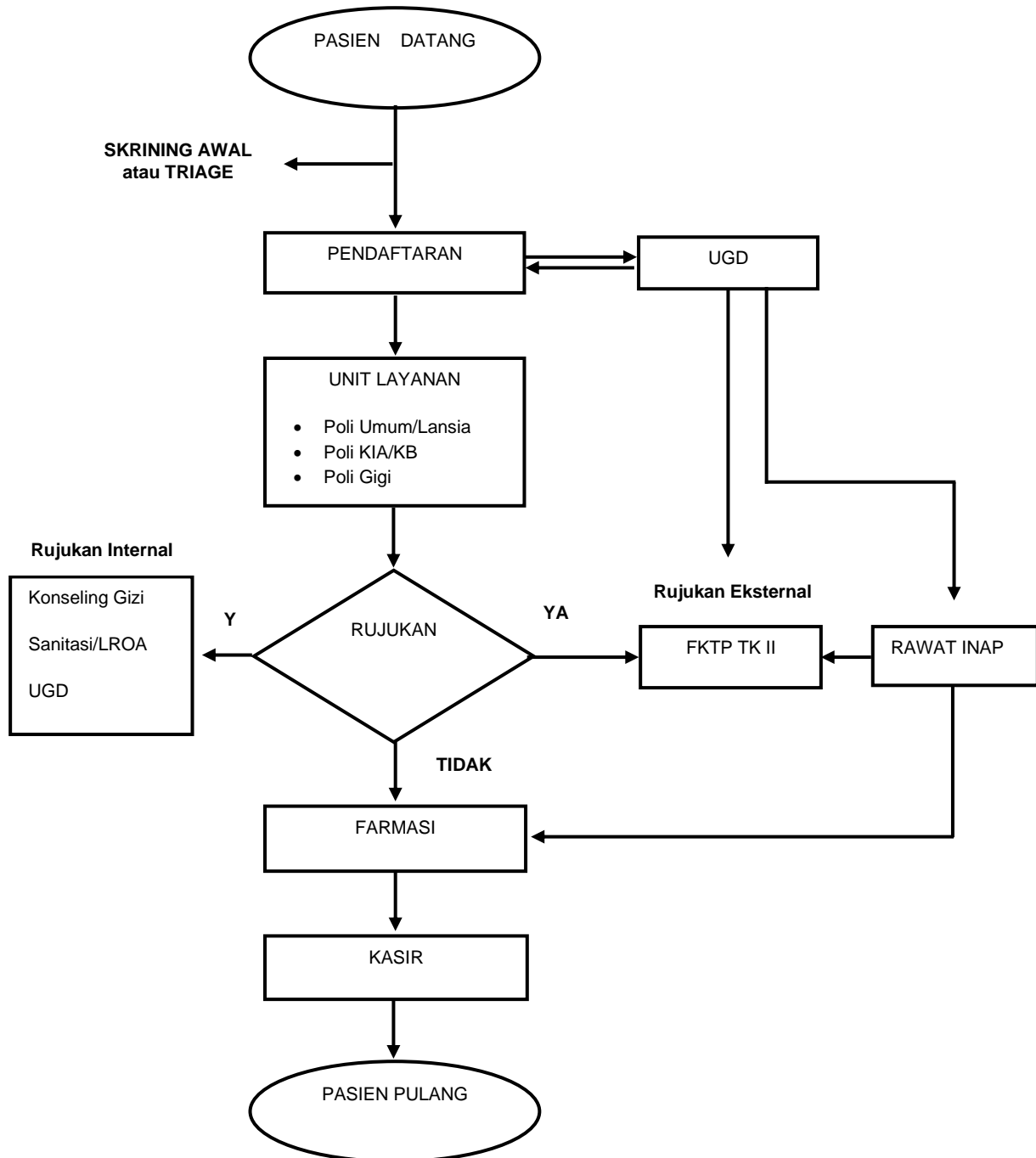


BAB V

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. MEKANISME PELAYANAN PASIEN

ALUR PELAYANAN PASIEN DI PUSKESMAS NGULANKULON



1. PELAYANAN PENDAFTARAN DAN REKAM MEDIS

Persyaratan Pelayanan

Untuk kemudahan pelayanan ke masyarakat, pasien yang datang diharuskan mematuhi persyaratan pelayanan, yaitu

Pasien Baru : Kartu Identitas (KTP, KK), BPJS bila ada

Pasien Lama : Kartu Identitas (KTP, KK), BPJS bila ada, Kartu Berobat

Prosedur Pelayanan

Prosedur Pelayanan di Pendaftaran dan rekam Medis

1. Pasien mengambil nomer antrian dan menunggu di kursi tunggu pendaftaran
2. Petugas memanggil pasien sesuai nomer antrian
3. Petugas meminta kartu berobat (bagi pasien lama) atau kartu identitas bagi pasien baru serta menanyakan keperluan pasien
4. Petugas memberikan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan keperluan pasien
5. Petugas melakukan pendataan di Register Pendaftaran dan melakukan entry di Elink puskesmas
6. Petugas mengambil Rekam Medis pasien
7. Petugas menulis tanggal berobat serta waktu layanan mulai pasien dilayani di pendaftaran sampai rekam medis tersedia.
8. Petugas mengantarkan rekam medis pasien dan mempersilahkan pasien untuk menunggu di depan poli yang dituju

Standar Pelayanan Pendaftaran

Dalam Pelayanan Pendaftaran meliputi Penerimaan pasien yang terdiri dari pendaftaran pasien rawat jalan, pendaftaran pasien rawat inap, dan menahan pasien untuk observasi atau stabilitasi.

Di tempat pendaftaran, pasien dan masyarakat dapat memperoleh informasi tentang sarana pelayanan, antara lain: tarif, jenis pelayanan, alur dan proses pendaftaran, alur dan proses pelayanan, rujukan, dan ketersediaan tempat tidur untuk Puskesmas perawatan/rawat inap. Disini informasi di tempat pendaftaran harus tersedia dengan jelas, mudah diakses, dan dipahami oleh pasien dan masyarakat.

Untuk melindungi secara efektif dan mengedepankan hak pasien, Kepala Puskesmas dan penanggung jawab pelayanan klinis bekerja sama dan berusaha memahami tanggung jawab mereka dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayani

Keselamatan pasien dan petugas sudah harus diperhatikan sejak pertama pasien mendaftarkan diri ke puskesmas kontak dengan Puskesmas, terutama dalam hal identifikasi pasien minimal dengan 2 identitas yang relatif tidak berubah: nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis, dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat.

Informasi tentang rujukan sudah tersedia di pendaftaran termasuk ketersediaan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan FKRTL yang memuat jenis pelayanan yang disediakan.

Untuk mencegah terjadinya transmisi infeksi diterapkan protokol kesehatan yang meliputi: setiap pasien melakukan prosedur cuci tangan sebelum masuk ke puskesmas, memakai masker (Unit Pendaftaran harus menyediakan Masker untuk pasien yang tidak membawa masker, jaga jarak antara orang yang satu dan yang lain, dan pengaturan agar tidak terjadi kerumunan orang, mulai dari pendaftaran dan di semua area pelayanan.

Penapisan (skrining) dilakukan pada penerimaan pasien untuk memilah pasien sesuai dengan kemungkinan penularan infeksi kebutuhan pasien, dan kondisi kegawatan menggunakan Skrining visual Rawat jalan dan skrining Resiko jatuh kepada setiap pasien rawat jalan.

Identifikasi harus dilakukan minimal dengan dua cara yang relatif tidak berubah, antara lain: nama lengkap tanggal lahir, nomor rekam medis, dan nomor induk kependudukan, dan tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien dirawat.

Proses identifikasi dengan benar harus dilakukan mulai dari skrining, pada saat pendaftaran. setiap akan melakukan prosedur diagnostik, prosedur tindakan, pemberian obat, dan pemberian diit.

Standar Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap

Pelayanan Rekam Medis di Puskesmas NgulanKulon meliputi rekam Medis Rawat Jalan dan Rekam Medis Rawat Inap.

Rekam medis merupakan sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien, sehingga menjadi media komunikasi yang penting. Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien secara berkelanjutan, maka rekam medis tersedia selama asuhan pasien dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga untuk selalu mencatat perkembangan terkini dari kondisi pasien dan isi Rekam Medis harus disepakati Dokter, perawat, bidan, dan petugas pemberi asuhan yang lain sesuai dengan kebutuhan informasi yang perlu ada dalam pelaksanaan asuhan pasien

Dalam Pelayanan rekam Medis dilakukan standarisasi kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol dan singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya untuk mencegah kesalahan komunikasi dan pemberian asuhan pasien serta dapat mendukung pengumpulan dan analisis data. Standarisasi tersebut harus konsisten dengan standar lokal dan nasional.

Penyelenggaraan Rekam Medis dilakukan secara berurutan dari sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk atau meninggal, meliputi kegiatan :

1. Registrasi pasien
2. Pendistribusian rekam medis
3. Isi rekam medis dan pengisian informasi klinis
4. Pengolahan data dan pengkodean
5. Klaim pembiayaan
6. Penyimpanan rekam medis
7. Penjaminan mutu
8. Pelepasan informasi Kesehatan
9. Pemusnahan rekam medis

Dokumen Rekam Medis diisi oleh setiap Dokter, Dokter gigi, dan/atau Tenaga Kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perseorangan dan apabila terdapat lebih dari satu tenaga Dokter, Dokter gigi dan/atau Tenaga Kesehatan dalam satu fasilitas kesehatan, maka rekam medis dibuat secara terintegrasi.

Setiap catatan dalam rekam medis harus lengkap dan jelas mencantumkan nama, waktu dan tanda tangan Dokter, Dokter gigi dan/atau Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan secara berurutan sesuai waktu pelayanan

Dalam hal terjadi kesalahan dalam pencatatan Rekam Medis, Dokter, Dokter gigi, dan/atau Tenaga Kesehatan lain dapat melakukan koreksi dengan cara mencoret 1 (satu) garis tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan, diparaf dan diberi tanggal, dalam hal diperlukan penambahan kata atau kalimat diperlukan paraf dan tanggal.

Isi rekam medis rawat jalan, memuat :

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan Riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
5. Diagnosis
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan/ atau tindakan
8. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
9. Persetujuan dan penolakan tindakan jika diperlukan
10. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
11. Nama dan tanda tangan Dokter, Dokter gigi dan atau Tenaga Kesehatanyang memberikan pelayanan Kesehatan

Isi rekam medis pasien rawat inap memuat:

1. Identitas pasien
2. Format Discharge planning
3. Pernyataan persetujuan Rawat Inap beserta Hak dan Kewajiban pasien
4. Ringkasan Masuk dan keluar
5. Pengkajian Awal pasien Rawat inap dan pengkajian dokter
6. Pencatatan Edukasi pasien dan Keluarga terintegrasi
7. Hasil Pemeriksaan penunjang
8. Catatan Perkembangan pasien dan Tindakan keperawatan
9. Proses asuhan gizi terstandar
10. Grafik perkembangan Pasien
11. Lembar observasi
12. Dokumen Farmasi Pasien
13. Check List Rencana Pemulangan pasien
14. Resume Medis

Isi Rekam Medis pasien Gawat Darurat memuat :

1. Triage pasien

2. Identitas pasien dan keluarga
3. Laporan) SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation dan TBK (nama dan tanda tangan petugas pemberi laporan dan petugas penerima Laporan)
4. Pemeriksaan Dokter (Anamnesa, Pemeriksaan fisik dan penunjang, Diagnosis, Penatalaksanaan dan terapi, nama dan paraf dokter)
5. Asuhan Keperawatan Pasien Gawat Darurat (Diagnosis keperawatan, kriteria Hasil, Intervensi keperawatan, Implementasi, Evaluasi)

Puskesmas menetapkan dan melaksanakan kebijakan penyimpanan berkas rekam medis dan data serta informasi lainnya. Jangka waktu penyimpanan rekam medis, data dan informasi lainnya terkait pasien sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku guna mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, pendidikan dan penelitian.

Kebijakan tentang penyimpanan (retensi) rekam medis konsisten dengan kerahasiaan dan keamanan informasi tersebut. Berkas rekam medis, data dan informasi dapat dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai peraturan perundangan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik

Skrining Awal Pasien Rawat Jalan

Cedera pada pasien dapat terjadi karena jatuh di fasilitas kesehatan. Risiko jatuh dapat terjadi pada pasien dengan riwayat jatuh, penggunaan obat, minum minuman beralkohol, gangguan keseimbangan, gangguan visus, gangguan mental, dan sebab yang lain. Penapisan skrining awal dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang disusun untuk meminimalkan terjadinya risiko jatuh pada pasien rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas.

Penapisan risiko jatuh dilakukan pada pasien di rawat jalan dengan mempertimbangkan :

1. Kondisi pasien, contoh : pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol
2. Diagnosis, contoh pasien dengan diagnosis penyakit Parkinson
3. Situasi : Pasien yang mendapatkan sedasi atau pasien dengan riwayat tirah baring lama yang akan dipindahkan untuk pemeriksaan penunjang dari ambulans, perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh
4. Lokasi : hasil identifikasi area-area di Puskesmas yang berisiko terjadi pasien jatuh, antara lain lokasi yang dengan kendala penerangan atau mempunyai barrier/penghalang yang lain, misalnya tempat pelayanan fisioterapi, tangga.

Kriteria untuk melakukan penapisan kemungkinan terjadinya risiko jatuh harus ditetapkan baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan, dan dilakukan upaya untuk mencegah atau meminimalkan kejadian jatuh di fasilitas kesehatan.

Contoh alat untuk melakukan penapisan pada pasien rawat inap adalah skala Morse untuk pasien dewasa, dan skala *Humpty Dumpty* untuk anak, sedangkan untuk rawat jalan dengan menggunakan *get up and go test*, atau dengan menanyakan tiga pertanyaan:

1. Apakah dalam enam bulan terakhir pernah jatuh
2. Apakah menggunakan obat yang mengganggu keseimbangan
3. Apakah jika berdiri dan/atau berjalan membutuhkan bantuan orang lain.

Jika satu dari pertanyaan tersebut mendapat jawaban ya, maka pasien tersebut dikategorikan berisiko jatuh

Waktu pelayanan

Menyesuaikan waktu pelayanan dan jam Operasional Puskesmas, yaitu

Senin-Kamis : 07.30 – 12.00

Jumat : 07.30 – 11.00

Sabtu : 07.30 – 11.30

Tarif Pelayanan

Berdasarkan Peraturan Bupati nomer 1 tahun 2021 tentang perubahan ketiga atas peraturan Bupati Trenggalek nomer 24 tahun 2016 tentang Layanan Umum Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat tentang Tarif Badan Layanan Umum Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat

2. PELAYANAN KESEHATAN KELUARGA (KIA, KB, MTBS DAN PERSALINAN)

Persyaratan Pelayanan

1. Buku KIA untuk pemeriksaan kehamilan
2. Kartu Identitas pasien
3. BPJS bila ada

Prosedur Pelayanan

1. Petugas memanggil pasien sesuai antrian rekam medis
2. Petugas melakukan Identifikasi Pasien
3. Petugas melakukan pengkajian awal (anamnesa)
4. Petugas melakukan pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan pasien
5. Petugas melakukan penatalaksanaan terapi
6. Petugas memberikan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan keperluan pasien
7. Bila diperlukan petugas melakukan Rujukan Internal (Poli Umum, Poli Lansia, Laboratorium, Pojok Gizi, UGD) dan Rujukan Eksternal ke FKTP tingkat II
8. Petugas melakukan pendataan di Register Pendaftaran dan melakukan entry di Elink puskesmas

Standar Pelayanan

Pelayanan Kesehatan keluarga meliputi

1. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
2. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
3. Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan KIA/KB

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak termasuk pelayanan Keluarga Berencana yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Yang termasuk pelayanan KIA/KB ini misalnya pemeriksaan kehamilan (ANC), nifas, pengobatan bayi dan balita, imunisasi, DDTK, kesehatan reproduksi remaja termasuk calon pengantin, pelayanan pil KB, kondom, suntik, IUD, dan implan.

Pelayanan KIA/KB bertujuan untuk meningkatkan status Kesehatan Ibu dan Anak serta menurunkan angka kematian ibu hamil dan melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta meningkatkan akseptor KB

Kegiatan dalam Poli KIA meliputi

1. Penyuluhan Ibu Hamil
2. Kelas Ibu Hamil
3. Pemeriksaan Ibu Hamil
4. Kunjungan Ibu Hamil Resiko Tinggi
5. Deteksi dini Ibu Hamil Resiko Tinggi
6. Penjaringan Ibu Neonatal Resiko Tinggi
7. Penyelenggaraan Audit Maternal Perinatal (AMP)
8. Pelayanan Rujukan
9. Konseling Remaja / Pra Nikah

Kegiatan dalam Poli MTBS meliputi

1. Penyuluhan
2. Pelayanan Kesehatan Bayi dan Balita dengan MTBS
3. Deteksi Tumbuh Kembang Bayi, Balita dan Anak Prasekolah
4. Pelayanan Rujukan

Kegiatan dalam Poli KB meliputi

1. Penyuluhan
2. Pelayanan KB
3. Pelayanan Rujukan
4. Konseling KB dan Motivasi KB
5. Pembinaan Aseptor KB Aktif

Pencatatan dan pelaporan Pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, masa sesudah melahirkan, dan bayi baru lahir dilaksanakan secara akurat dan sesuai prosedur meliputi cakupan program kesehatan keluarga, pencatatan kohort, pelaporan kematian ibu, bayi lahir mati dan kematian neonatal serta pengisian dan pemanfaatan buku KIA.

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga melahirkan. Pelayanan kesehatan pada ibu

hamil, persalinan, masa sesudah melahirkan, dan bayi baru lahir dilakukan sesuai dengan standar dalam pedoman yang berlaku.

Upaya pelayanan kesehatan pada ibu hamil dilaksanakan terintegrasi dengan lintas program dalam rangka penurunan stunting.

Pelayanan pada masa kehamilan meliputi pelayanan sesuai standar kuantitas dan standar kualitas.

1. Standar kuantitas adalah Kunjungan 4 kali selama periode kehamilan (K4) dengan ketentuan:
 - a. Satu kali pada trimester pertama
 - b. Satu kali pada trimester kedua
 - c. Dua kali pada trimester ketiga
2. Standar Kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T, meliputi:
 - a. Pengukuran berat badan dan tinggi badan
 - b. Pengukuran tekanan darah
 - c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)
 - d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
 - e. Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)
 - f. Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi, Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet.
 - g. Tes Laboratorium.
 - h. Tatalaksana/penanganan kasus.
 - i. Temu wicara (konseling)

Pelayanan Kesehatan ibu bersalin, yang selanjutnya disebut persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan.

Adapun Pelayanan pada masa persalinan sesuai standar meliputi:

1. Persalinan normal.

Standar persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal (APN) sesuai standar.

 - a. Dilakukan di fasilitas kesehatan.
 - b. Tenaga penolong minimal 2 orang, terdiri dari: Dokter dan bidan, atau (dua) orang bidan, atau Bidan dan perawat.
2. Persalinan dengan komplikasi
Standar persalinan dengan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di FKTP dan FKRTL.

Pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian yang dilakukan ditujukan pada ibu selama nifas (6 jam – 42 hari sesudah melahirkan).

Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan dilakukan minimal 4 kali:

1. Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6-48 jam setelah persalinan
2. Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3-7 hari setelah persalinan
3. Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8-28 hari setelah persalinan

4. Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29-42 hari setelah persalinan.

Dengan ruang lingkup meliputi:

1. Pemeriksaan status mental ibu
2. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu
3. Pemeriksaan tinggi fundus uteri
4. Pemeriksaan lochia dan perdarahan
5. Pemeriksaan jalan lahir
6. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
7. Pemberian kapsul vitamin
8. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
9. Konseling
10. Identifikasi risiko dan komplikasi
11. Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir dilakukan melalui pelayanan kesehatan neonatal esensial sesuai standar. Pelayanan kesehatan neonatal esensial dilakukan pada umur 0-28 hari. Pelayanan bayi baru lahir meliputi pelayanan sesuai standar kuantitas dan standar kualitas.

1. Pelayanan standar kuantitas adalah kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal, dengan ketentuan:
 - a. Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6 - 48 jam
 - b. Kunjungan Neonatal 2 (KN2) 3 - 7 hari
 - c. Kunjungan Neonatal 3 (KN3) 8 - 28 hari
2. Standar kualitas:
 - a. Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam).
 - b. Perawatan neonatal esensial saat lahir meliputi
 - c. Perawatan neontarus pada 30 detik pertama
 - d. Menjaga bayi tetap hangat pemotongan dan perawatan tali pusat.
 - e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - f. Pemberian identitas
 - g. Injeksi vitamin K1.
 - h. Pemberian salep/tetes mata antibiotik.
 - i. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
 - j. Penentuan usia gestasi
 - k. Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0).
 - l. Pemantauan tanda bahaya
 - m. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu

Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam – 28 hari).

Perawatan neonatal esensial setelah lahir meliputi

1. Menjaga bayi tetap hangat
2. Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif.

3. Memeriksa kesehatan dengan menggunakan standar Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan buku KIA).
4. Pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasilitas kesehatan atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1.
5. Imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan.
6. Perawatan metode kanguru bagi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
7. Penanganan dan rujukan kasus neonatal komplikasi

Puskesmas yang memberikan pelayanan persalinan harus melakukan pelayanan dan penyediaan alat, obat dan prasarana pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir termasuk standar alat kegawatdaruratan maternal sesuai dengan kewenangannya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan

Untuk menjamin kesuksesan pelaksanaan program penurunan angka kematian ibu dan angka kematian neonatus dilakukan upaya-upaya promotif dan preventif dengan melibatkan Lintas Program dan Lintas Sektor dan memberdayakan masyarakat. Bentuk keterlibatan dalam kegiatan ini bisa berupa terbentuknya koordinasi dalam tim yang bertujuan untuk menurunkan AKI dan AKN di tingkat kecamatan, Desa Siaga dengan pendekatan P4K, Suami Siaga dan kegiatan pemberdayaan lainnya.

Pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, masa sesudah melahirkan, dan bayi baru lahir dilaksanakan secara akurat dan sesuai prosedur meliputi cakupan program kesehatan keluarga, pencatatan kohor, pelaporan kematian ibu, bayi lahir mati dan kematian neonatal serta pengisian dan pemanfaatan buku KIA.

Rencana program penurunan AKI dan AKB disusun dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif berdasarkan hasil analisis masalah imunisasi di wilayah kerja Puskesmas dengan melibatkan lintas program, yang terintegrasi dengan RUK dan RPK pelayanan UKM dan UKPP.

3. PELAYANAN PEMERIKSAAN UMUM (Poli Umum dan Poli Lansia)

Prosedur Pelayanan

1. Petugas memanggil pasien sesuai antrian rekam medis
2. Petugas melakukan Identifikasi Pasien
3. Petugas melakukan pengkajian awal (anamnesa)
4. Petugas melakukan pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan pasien
5. Petugas melakukan penatalaksanaan terapi
6. Petugas memberikan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan keperluan pasien
7. Bila diperlukan petugas melakukan Rujukan Internal (Poli Umum, Poli Lansia, Laboratorium, Pojok Gizi, UGD) dan Rujukan Eksternal ke FKTP tingkat II
8. Petugas melakukan pendataan di Register Pendaftaran dan melakukan entry di Elink puskesmas

Standar Pelayanan

Pelayanan Pemeriksaan Umum meliputi

1. Poli Umum untuk umur 5 tahun sampai dengan 45 tahun

2. Poli Lansia untuk umur diatas 46 tahun

Pengkajian Awal Pasien

Dalam Pelayanan Pemeriksaan Umum terdapat pengkajian awal pasien. Proses kajian pasien merupakan proses yang berkesinambungan dan dinamis, baik untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap.

Proses kajian pasien menentukan efektivitas asuhan yang akan dilakukan

Pengkajian pasien meliputi:

1. Mengumpulkan data dan informasi tentang kondisi fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat penyakit. Untuk mendapatkan data dan informasi tersebut dilakukan anamnesis (data Subjektif = S), pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (data Objektif = O).
2. Analisis data dan informasi yang diperoleh yang menghasilkan masalah, kondisi, dan diagnosis untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien (asesmen atau analisis = A)
3. Membuat rencana asuhan (Perencanaan asuhan = P), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan pasien.

Pada saat pasien pertama kali diterima dilakukan kajian awal, untuk selanjutnya dilakukan kajian ulang secara berkesinambungan baik pada pasien rawat jalan sesuai dengan perkembangan kondisi kesehatannya dan perlu diperhatikan juga apakah pasien mengalami kesakitan atau nyeri.

Kajian awal dilakukan oleh tenaga medis, keperawatan/kebidanan, atau tenaga professional yang kompeten (mempunyai sertifikat kompetensi) meliputi: status fisis/neurologis/mental, psikososiospiritual, ekonomi, riwayat kesehatan, riwayat alergi, asesmen nyeri, asesmen risiko jatuh, asesmen fungsional (gangguan fungsi tubuh), asesmen risiko gizi, , kebutuhan edukasi, dan rencana pemulangan

Proses kajian tersebut dapat dilakukan secara individual atau jika diperlukan oleh tim kesehatan antar profesi yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan pemberi asuhan yang lain sesuai dengan kebutuhan pasien dan dilakukan koordinasi dalam penyusunan rencana asuhan terpadu.

Dalam Proses pengkajian, Pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan terhadap asuhan yang akan diperoleh dan bekerjasama dalam menyusun rencana asuhan klinis yang akan dilakukan. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil kajian yang dinyatakan dalam bentuk diagnosis dan asuhan yang akan diberikan, dengan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual, serta memperhatikan nilai-nilai budaya yang dimiliki oleh pasien, dan mencakup komunikasi, informasi dan edukasi pada pasien dan keluarga

Pelimpahan Wewenang

Tenaga medis dapat memberikan pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi tertentu kepada perawat, bidan atau tenaga kesehatan pemberi asuhan yang lain secara tertulis. Pelimpahan wewenang tersebut hanya dapat dilakukan dalam keadaan tenaga medis tidak berada ditempat, dan/atau karena keterbatasan ketersediaan tenaga medis.

Pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis tersebut dilakukan dengan ketentuan:

1. Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan
2. Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan
3. Pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan
4. Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan Tindakan dan tidak bersifat terus menerus.

Untuk meningkatkan luaran klinis yang optimal perlu ada kerjasama antara petugas kesehatan dan pasien/keluarga. Pasien/keluarga perlu mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien, dengan pendekatan komunikasi interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami, agar mereka dapat berperan aktif dalam proses asuhan dan memahami konsekuensi asuhan yang diberikan.

Tindak lanjut terhadap rujukan balik dari FKRTL

Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, pasien yang dirujuk balik dari FKRTL dilaksanakan tindak lanjut melalui proses kajian dengan memperhatikan rekomendasi umpan balik rujukan serta dilakukan monitoring dan dokumentasi proses pelaksanaan rujuk balik.

4. PELAYANAN GIGI DAN MULUT

Prosedur Pelayanan

1. Petugas memanggil pasien sesuai antrian rekam medis
2. Petugas melakukan Identifikasi Pasien
3. Petugas melakukan pengkajian awal (anamnesa)
4. Petugas melakukan pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan pasien
5. Petugas melakukan penatalaksanaan terapi
6. Petugas memberikan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan keperluan pasien
7. Bila diperlukan petugas melakukan Rujukan Internal (Poli Umum, Poli Lansia, Laboratorium, Pojok Gizi, UGD) dan Rujukan Eksternal ke FKTP tingkat II
8. Petugas melakukan pendataan di Register Pendaftaran dan melakukan entry di Elink puskesmas

Standar Pelayanan Gigi dan Mulut

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut : Setiap penyelenggaraan upaya kesehatan gigi dan mulut untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan gigi dan mulut perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat secara paripurna, terpadu dan berkualitas.

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut (Poli Gigi) merupakan salah satu dari jenis layanan di PuskesmasNgulankulon yang memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut berupa pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, pengobatan dan pemberian tindakan medis dasar kesehatan gigi dan mulut seperti penambalan gigi, pencabutan gigi dan pembersihan karang gigi, juga melayani tindakan medis spesialistik tingkat pertama seperti perawatan saluran akar pada gigi anterior atau gigi satu saluran akar. Selain itu juga memberikan penyuluhan dan edukasi mengenai pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut sebagai bagian dari menjaga kesehatan pribadi, serta meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat dalam bidang kesehatan gigi dan mulut.

Pelayanan Kesehatan Gigi Mulut dilakukan oleh Dokter Gigi atau Perawat Gigi yang diberikan Kewenangan klinis oleh kepala Puskesmas.

Pelayanan Tindakan medik dasar kesehatan gigi dan mulut, meliputi:

1. Pembersihan karang gigi atau Scalling
2. Perawatan penyakit/kelainan jaringan rongga mulut.
3. Restorasi tumpatan, diantaranya tumpatan sementara, tumpatan GIC dan Tumpatan gigi dengan sinar/komposit.
4. Pencabutan gigi anak.
5. Pencabutan gigi dewasa tanpa komplikasi.
6. Perawatan Kesehatan gigi
7. Pengobatan Pulpa
8. Perujukan kasus gigi yang tidak bisa tertangani

5. PELAYANAN GAWAT DARURAT

Prosedur Pelayanan

1. Petugas melakukan Identifikasi Pasien
2. Petugas melakukan pengkajian awal (anamnesa dan pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan pasien) dengan SBAR dan TBK
3. Petugas melakukan Triage
4. Petugas Melakukan Konsultasi ke Dokter Penanggungjawab
5. Petugas melakukan penatalaksanaan sesuai yang dibutuhkan
6. Petugas memberikan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan keperluan pasien
7. Bila diperlukan petugas melakukan Rujukan Internal (Poli Umum, Poli Lansia, Laboratorium, Pojok Gizi, UGD) dan Rujukan Eksternal ke FKTP tingkat II
8. Petugas melakukan pendataan di Register Pendaftaran dan melakukan entry di Elink puskesmas

Triage

Pasien gawat darurat diidentifikasi dengan proses triase mengacu pada pedoman tata laksana triase sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Prinsip triase dalam memberlakukan sistem prioritas dengan penentuan atau penyeleksian pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan

mendapat pelayanan diagnostik sesegera mungkin dan diberikan perawatan sesuai dengan kebutuhan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan:

1. Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
2. Dapat meninggal dalam hitungan jam
3. Trauma ringan
4. Sudah meninggal

Rujukan pasien

Pasien yang memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi harus distabilkan terlebih dahulu dan dalam penanganan pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera, termasuk melakukan deteksi dini tanda dan gejala penyakit menular misalnya infeksi melalui udara/*airborne*,

Pelayanan Anestesi dan Pembedahan

Dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di Puskesmas terutama pelayanan gawat darurat, pelayanan gigi, dan keluarga berencana kadang-kadang memerlukan tindakan tindakan yang membutuhkan lokal anestesi. Pelaksanaan anestesi lokal tersebut harus memenuhi standar dan peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas.

Kebijakan dan prosedur memuat:

1. Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara dewasa, geriatri dan anak atau pertimbangan khusus
2. Dokumentasi yang diperlukan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi efektif
3. Persyaratan persetujuan khusus
4. Kualifikasi, kompetensi, dan keterampilan petugas pelaksana
5. Ketersediaan dan penggunaan peralatan anestesi
6. Teknik melakukan anestesi lokal
7. Frekuensi dan jenis bantuan resusitasi jika diperlukan
8. Tata laksana pemberian bantuan resusitasi yang tepat
9. Tata laksana terhadap komplikasi
10. Bantuan hidup dasar

Puskesmas Ngulankulon menetapkan tindakan operatif, tindakan invasif dan prosedurnya, yang meliputi semua tindakan yang meliputi sayatan/ insisi atau tusukan, pengambilan jaringan, pencabutan gigi, pemasangan implan, dan tindakan atau prosedur invasif yang lain yang menjadi kewenangan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Puskesmas juga mengembangkan suatu sistem untuk memastikan benar pasien, benar prosedur, benar sisi jika melakukan tindakan dengan menerapkan Protokol Umum (*Universal Protocol*), yang meliputi:

1. Proses verifikasi sebelum dilakukan tindakan;

2. Penandaan sisi yang akan dilakukan tindakan / prosedur; dan
3. *Time out* yang dilakukan segera sebelum dimulainya prosedur.

Proses verifikasi sebelum dilakukan tindakan bertujuan untuk verifikasi benar orang, benar prosedur, benar sisi, memastikan semua dokumen, persetujuan tindakan medis, rekam medis, hasil pemeriksaan penunjang tersedia dan diberi label, memastikan obat- obatan, cairan intravena, jika ada ada produk darah yang diperlukan, peralatan medis atau implant tersedia dan siap digunakan.

Penandaan sisi yang akan dilakukan tindakan/ prosedur melibatkan pasien jika memungkinkan dan dilakukan dengan tanda yang langsung dapat dikenali dan tidak membingungkan. Tanda harus dilakukan secara seragam dan konsisten. Penandaan dilakukan pada semua organ yang mempunyai lateralitas (kanan lawan kiri, seperti salah satu dari dua anggota badan, satu dari sepasang organ), beberapa struktur (seperti jari, jari kaki, lesi), atau beberapa tingkat (tulang belakang). Untuk tindakan di poli gigi, seperti pencabutan gigi, penandaannya bila perlu, menggunakan hasil rontgen gigi atau odontogram. Penandaan harus dilakukan oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan yang akan melakukan seluruh prosedur dan tetap bersama pasien selama prosedur berlangsung

Penandaan sisi dapat dilakukan kapan saja sebelum prosedur dimulai selama pasien terlibat secara aktif dalam penandaan sisi dan tanda. Adakalanya pasien tidak memungkinkan untuk berpartisipasi, misalnya: pasien anak, atau ketika pasien tidak kompeten membuat keputusan tentang perawatan kesehatan.

Jeda / Time Out merupakan peluang untuk menjawab semua pertanyaan yang belum terjawab atau meluruskan kerancuan. Jeda dilakukan di lokasi tempat prosedur akan dilakukan, tepat sebelum memulai prosedur, dan melibatkan seluruh tim yang akan melakukan tindakan operasi atau invasif.

Komunikasi Efektif

Kesalahan pembuatan keputusan klinis, tindakan, dan pengobatan dapat terjadi akibat komunikasi yang tidak efektif dalam proses asuhan pasien. Komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dapat dipahami penerima, mengurangi kesalahan dan menghasilkan perbaikan keselamatan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan antara lain :

1. Terjadi pada saat pemberian perintah secara verbal,
2. Pemberian perintah verbal melalui telpon,
3. Penyampaian hasil kritis pemeriksaan penunjang diagnosis,
4. Serah terima antar *shift*,
5. Pemindehan pasien dari unit yang satu ke unit yang lain.

Kebijakan dan prosedur komunikasi efektif disusun dan diterapkan dalam penyampaian pesan verbal, pesan verbal lewat telpon, penyampaian nilai kritis hasil pemeriksaan penunjang diagnosis, serah terima pasien pada serah terima jaga maupun serah terima dari unit yang satu ke unit yang lain, misalnya untuk pemeriksaan penunjang, dan pemindehan pasien ke unit lain.

Pelaporan kondisi pasien dalam komunikasi verbal atau lewat telpon antara

lain dapat dilakukan dengan menggunakan teknik *SBAR* (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)

Pelaksanaan serah terima pasien dilakukan dengan teknik SBAR, memperhatikan kesempatan untuk bertanya dan memberi penjelasan (*readback, repeat back*), menggunakan formulir yang baku, dan berisi informasi kritis yang harus disampaikan antara lain: tentang status/kondisi pasien, pengobatan, rencana asuhan, tindak lanjut yang harus dilakukan, adanya perubahan status/kondisi pasien yang signifikan, dan keterbatasan maupun risiko yang mungkin dialami oleh pasien.

Pelaksanaan komunikasi efektif verbal atau lewat telepon ditulis lengkap (**T**), dibaca ulang oleh penerima perintah (**B**), dan dikonfirmasi kepada pemberi perintah (**K**).

Nilai kritis hasil pemeriksaan penunjang yang berada di luar rentang angka normal secara mencolok harus ditetapkan dan segera dilaporkan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam pelayanan penunjang kepada dokter penanggung jawab pasien sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan oleh Puskesmas.

Untuk meningkatkan kompetensi dalam melakukan komunikasi efektif maka perlu dilakukan edukasi kepada karyawan. Edukasi dapat dilakukan dalam bentuk pelatihan, lokakarya, *on the job training* atau bentuk lain yang dianggap efektif *transfer skill* dan pengetahuan terhadap peningkatan kompetensi karyawan dalam melakukan komunikasi efektif

Rujukan

Rujukan dilaksanakan apabila pasien memerlukan penanganan yang bukan merupakan kompetensi dari fasilitas kesehatan tingkat pertama

Jika kebutuhan pasien akan pelayanan tidak dapat dipenuhi oleh Puskesmas, maka pasien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang mampu menyediakan pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien.

Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, informasi tentang kondisi pasien dituangkan dalam surat pengantar rujukan, yang meliputi: kondisi klinis pasien, prosedur, dan pemeriksaan yang telah dilakukan dan kebutuhan pasien lebih lanjut.

Proses rujukan diatur dengan kebijakan dan prosedur termasuk alternatif rujukan sehingga pasien dijamin memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat. Selain itu Komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang lebih mampu dilakukan untuk memastikan kemampuan dan ketersediaan pelayanan di FKRTL.

Pasien yang akan dirujuk harus dilakukan stabilisasi sesuai dengan standar rujukan. Sedangkan Pasien/keluarga pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang rencana rujukan, meliputi: alasan rujukan, fasilitas Kesehatan yang dituju, termasuk pilihan fasilitas kesehatan lainnya, jika ada, sehingga pasien/keluarga dapat memutuskan fasilitas yang mana yang dipilih, serta kapan rujukan harus dilakukan.

Jika pasien perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, wajib diupayakan proses rujukan berjalan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan pasien agar pasien

memperoleh kepastian mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan tersebut dengan konsekuensinya.

Dilakukan identifikasi kebutuhan dan pilihan pasien (misalnya kebutuhan transportasi, petugas kompeten yang mendampingi, sarana medis dan keluarga yang menemani termasuk pilihan fasilitas kesehatan rujukan) selama proses rujukan

Selama proses rujukan pasien secara langsung, pemberi asuhan yang kompeten terus memantau kondisi pasien, dan fasilitas kesehatan penerima rujukan diberi resume tertulis mengenai kondisi klinis pasien dan tindakan yang telah dilakukan.

Pada saat serah terima di tempat rujukan, petugas yang mendampingi pasien memberikan informasi secara lengkap (SBAR) tentang kondisi pasien kepada petugas penerima transfer pasien.

6. PELAYANAN GIZI

Prosedur Pelayanan

Pojok Gizi

1. Petugas melakukan Identifikasi Pasien
2. Petugas melakukan asuhan gizi
3. Petugas melakukan penatalaksanaan sesuai yang dibutuhkan
4. Petugas memberikan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan keperluan pasien
5. Petugas melakukan pendataan di Register Pendaftaran dan melakukan entry di Elink puskesmas

Pemesanan dan Distribusi Makanan Rawat Inap

1. Petugas melakukan pemesanan Makan Minum pasien Rawat inap
2. Petugas meneruskan ke pihak ketiga (catering)
3. Petugas melakukan pendistribusian makanan
4. Petugas memberikan informasi / asuhan gizi kepada Pasien raawat inap dan melakukan intervensi yang diperlukan
5. Petugas melakukan kolaborasi dengan tenaga medis dan dokter bila perlu
6. Petugas melakukan pencatatan di Rekam Medis

Standar Pelayanan

Proses Asuhan Gizi di Puskesmas meliputi Pelayanan Konseling gizi di Rawat Jalan dan Konseling Gizi di Rawat Inap

Terapi gizi adalah adalah pelayanan gizi yang diberikan kepada pasien (klien) berdasarkan pengkajian gizi, yang meliputi terapi diet, konseling gizi dan pemberian makanan khusus dalam rangka penyembuhan pasien. Mengingat Kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien membutuhkan asupan makanan dan gizi yang memadai, oleh karena itu makanan perlu disediakan secara regular, sesuai dengan rencana asuhan, umur, budaya, dan bila dimungkinkan pilihan menu makanan.

Pemesanan dan pemberian makanan dilakukan sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien. Setiap pasien harus mengonsumsi makanan sesuai dengan standar angka kecukupan gizi. Disini Pasien ikut berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.

Angka Kecukupan Gizi adalah suatu nilai acuan kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, aktivitas fisik untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Terapi Gizi kepada pasien dengan resiko gangguan gizi di Puskesmas diberikan secara reguler sesuai dengan rencana asuhan berdasarkan hasil penilaian status gizi dan kebutuhan pasien sesuai Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) yang tercantum di dalam Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas.

Dalam pelaksanaan Terapi Gizi kepada pasien rawat inap, asuhan gizi harus dicatat dan didokumentasikan didalam Rekam Medis. Kemudian Keluarga pasien dapat berpartisipasi dalam menyediakan makanan bila sesuai dan konsisten dengan kajian kebutuhan pasien dan rencana asuhan dengan sepengetahuan dari petugas kesehatan yang berkompeten dan disimpan dalam kondisi yang baik untuk mencegah kontaminasi

7. PELAYANAN KEFARMASIAN

Prosedur Pelayanan

1. Petugas melakukan Identifikasi Pasien
2. Petugas melakukan pengkajian Resep, bila resep belum lengkap petugas mengembalikan resep ke poli awal
3. Petugas mempersilahkan pasien menunggu
4. Petugas menyiapkan obat
5. Petugas memanggil pasien dan melakukan telaah resep
6. Petugas melakukan konseling obat dan evaluasi pemahaman obat ke pasien
7. Petugas melakukan entry di Elink puskesmas

Standar Pelayanan

Pelayanan kefarmasian adalah pelayanan harus tersedia di Puskesmas, oleh karena itu jenis dan jumlah obat, serta bahan medis habis pakai harus tersedia sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Dalam pelayanan Kefarmasian terdapat pengelolaan sediaan farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) terdiri dari

1. Perencanaan kebutuhan
2. Permintaan
3. Penerimaan
4. Penyimpanan
5. Pendistribusian
6. Pengendalian
7. Pencatatan, pelaporan dan pengarsipan
8. Pemantauan dan evaluasi pengelolaan

Sedangkan Pelayanan farmasi di Puskesmas terdiri dari,

1. Pengkajian resep dan penyerahan obat
2. Pemberian informasi obat (PIO)
3. Konseling
4. Visite pasien

5. Rekonsiliasi obat
6. Pemantauan terapi obat (PTO)
7. Evaluasi penggunaan obat

Pengelolaan Obat kadaluarsa/rusak/out of date /substitusi, ditarik dari peredaran dikelola sesuai kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas Ngulankulon. Formularium obat yang merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di Puskesmas perlu disusun sebagai acuan dalam pemberian pelayanan pada pasien, mengacu pada formularium nasional dan pemilihan jenis obat melalui proses kolaboratif antar pemberi asuhan, dengan mempertimbangkan kebutuhan pasien, keamanan, dan efisiensi. Adanya koordinasi bila terjadi kehabisan obat karena terlambatnya pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak dapat diantisipasi dalam pengendalian inventaris yang normal, yaitu dengan mengingatkan para dokter/dokter gigi tentang kekurangan obat tersebut dan saran untuk pengantinya.

Obat yang disediakan harus dapat dijamin keaslian dan keamanan, oleh karena itu perlu dilakukan pengelolaan rantai pengadaan obat. Pengelolaan rantai pengadaan obat adalah suatu rangkaian kegiatan yang meliputi proses perencanaan dan pemilihan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penggunaan obat.

Peresepan dilakukan oleh tenaga medis. Dalam pelayanan resep petugas farmasi wajib melakukan pengkajian/telaah resep yang meliputi pemenuhan persyaratan administratif, persyaratan farmasetik, dan persyaratan klinis sesuai peraturan perundangundangan, antara lain:

1. Ketepatan identitas pasien, obat, dosis, frekuensi, aturan minum/makan obat, dan waktu pemberian
2. Duplikasi pengobatan
3. Potensi alergi atau sensitivitas
4. Interaksi antara obat dan obat lain atau dengan makanan
5. Variasi kriteria penggunaan
6. Berat badan pasien dan atau informasi fisiologik lainnya
7. Kontra indikasi.

Dalam pemberian obat harus juga dilakukan kajian benar, meliputi: ketepatan identitas pasien, ketepatan obat, ketepatan dosis, ketepatan rute pemberian, dan ketepatan waktu pemberian. Dalam pelaksanaannya, penggunaan obat oleh pasien/pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke Puskesmas atau yang diresepkan atau dipesan di Puskesmas, diketahui dan dicatat dalam rekam medis. Harus dilaksanakan pengawasan penggunaan obat, terutama obat-obat psikotropika sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien. Obat yang perlu diwaspadai (high alert) terdiri atas :

1. Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (error) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin, atau kemoterapeutik (di Puskesmas Ngulankulon tidak tersedia Obat Resiko Tinggi)

2. Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*),

Pemberian obat pada pasien perlu dikelola dengan baik dalam upaya keselamatan pasien. Kesalahan penggunaan obat-obat yang perlu diwaspadai dapat menimbulkan cedera pada pasien.

Obat yang perlu diwaspadai (*high alert*) adalah obat-obat yang dalam penggunaannya sering menyebabkan kesalahan dan/ atau kejadian sentinel, berisiko tinggi untuk penyalahgunaan, antara lain: obat-obatan dengan rentang terapi yang sempit, insulin, anti koagulan, kemoterapi, obat-obatan psikoterapi, narkotika, dan obat-obatan dengan nama dan rupa mirip

Kesalahan pemberian obat dapat juga terjadi akibat adanya obat dengan nama dan rupa obat mirip (*look alike sound alike*). Ditetapkan dan dilaksanakan kebijakan dan prosedur pengelolaan obat yang perlu diwaspadai dan obat dengan nama dan rupa mirip, meliputi: penyimpanan, penataan, peresepan, pelabelan, penyiapan, penggunaan, evaluasi penggunaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk obat psikotropika, narkotika, dan obat dengan nama atau rupa mirip

Agar obat layak dikonsumsi oleh pasien, maka kebersihan dan keamanan terhadap obat yang tersedia harus dilakukan mulai dari proses pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyampaian obat kepada pasien serta penatalaksanaan obat kedaluwarsa dan/atau rusak/out of date/substitusi.

Puskesmas Ngulankulon menetapkan kebijakan dan prosedur dalam penyampaian obat kepada pasien agar pasien memahami indikasi, dosis, cara penggunaan obat, dan efek samping yang mungkin terjadi.

Pemantauan Obat

Pasien, dokternya, perawat dan petugas kesehatan yang lain bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan pemantauan adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya dan untuk mengevaluasi pasien terhadap kejadian efek samping obat. Berdasarkan pemantauan, dosis atau jenis obat bila perlu dapat disesuaikan dengan memperhatikan pemberian obat secara rasional. Pemantauan dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, untuk mencegah risiko bagi pasien. Memantau efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap kejadian salah obat (*medication error*).

Obat darurat

Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat darurat yang tepat adalah sangat penting. Lokasi penyimpanan obat darurat di tempat pelayanan dan obat-obat darurat yang harus disuplai ke lokasi tersebut ditetapkan dalam sebuah regulasi dan prosedur untuk memastikan akses ke obat darurat bilamana diperlukan, dengan maksud mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kedaluwarsa. Keseimbangan antara akses, kesiapan, dan keamanan dari tempat penyimpanan obat darurat perlu

dipenuhi.

Rekonsiliasi Obat

Rekonsiliasi Obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan Obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan pelayanan obat (medication error) seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi obat. Tujuan dilakukannya rekonsiliasi obat adalah:

1. Memastikan informasi yang akurat tentang Obat yang digunakan pasien.
2. Mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terdokumentasinya instruksi dokter.
3. Mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terbacanya instruksi dokter.

Tahap proses rekonsiliasi Obat yaitu:

1. Pengumpulan data

Mencatat data dan memverifikasi Obat yang sedang dan akan digunakan pasien, meliputi nama Obat, dosis, frekuensi, rute, Obat mulai diberikan, diganti, dilanjutkan dan dihentikan, riwayat alergi pasien serta efek samping Obat yang pernah terjadi.

Khusus untuk data alergi dan efek samping Obat, dicatat tanggal kejadian, Obat yang menyebabkan terjadinya reaksi alergi dan efek samping, efek yang terjadi, dan tingkat keparahan.

Data riwayat penggunaan Obat didapatkan dari pasien, keluarga pasien, daftar Obat pasien, Obat yang ada pada pasien, dan rekam medik/medication chart. Data Obat yang dapat digunakan tidak lebih dari 3 (tiga) bulan sebelumnya. Semua Obat yang digunakan oleh pasien baik Resep maupun Obat bebas termasuk herbal harus dilakukan proses rekonsiliasi.

2. Komparasi

Petugas kesehatan membandingkan data Obat yang pernah, sedang dan akan digunakan. Discrepancy atau ketidakcocokan adalah bilamana ditemukan ketidakcocokan/perbedaan di antara data-data tersebut. Ketidakcocokan dapat pula terjadi bila ada Obat yang hilang, berbeda, ditambahkan atau diganti tanpa ada penjelasan yang didokumentasikan pada rekam medik pasien. Ketidakcocokan ini dapat bersifat disengaja (intentional) oleh dokter pada saat penulisan Resep maupun tidak disengaja (unintentional) di mana dokter tidak tahu adanya perbedaan pada saat menuliskan Resep.

3. Melakukan konfirmasi kepada dokter jika menemukan ketidaksesuaian dokumentasi. Bila ada ketidaksesuaian, maka dokter harus dihubungi kurang dari 24 jam.

Hal lain yang harus dilakukan oleh Apoteker adalah:

- a. Menentukan bahwa adanya perbedaan tersebut disengaja atau tidak disengaja.
- b. Mendokumentasikan alasan penghentian, penundaan, atau pengganti.
- c. Memberikan tanda tangan, tanggal, dan waktu dilakukannya rekonsiliasi Obat.
- d. Komunikasi, melakukan komunikasi dengan pasien dan/atau keluarga pasien atau perawat mengenai perubahan terapi yang terjadi. Apoteker bertanggung jawab terhadap informasi Obat yang diberikan.

8. PELAYANAN LABORATORIUM

Prosedur Pelayanan

1. Petugas melakukan Identifikasi Pasien
2. Petugas melakukan pengkajian Kelengkapan Form Pemeriksaan Laboratorium
3. Petugas Mengambil sample laboratorium
4. Petugas mempersilahkan pasien menunggu
5. Petugas memanggil pasien dan menyerahkan hasil pemeriksaan laboratorium
6. Petugas mempersilahkan pasien kembali ke Poli yang mengirim rujukan internal
7. Petugas melakukan pencatatan di register Laboratorium dan entry di Elink puskesmas

Standar Pelayanan

Pelayanan Laboratorium adalah salah satu pelayanan Penunjang di puskesmas Ngulankulon. Dalam pelaksanaannya Puskesmas menetapkan jenis-jenis pelayanan laboratorium yang tersedia di Puskesmas, yang terdiri dari pemeriksaan hematologi, Kimia klinik, feses, Rapid Diagnostik Test Antigen.

Agar pelaksanaan pelayanan laboratorium dapat menghasilkan hasil pemeriksaan yang tepat, ditetapkan kebijakan dan prosedur pelayanan laboratorium mulai dari permintaan, penerimaan, pengambilan dan penyimpanan spesimen, pengelolaan reagen pelaksanaan pemeriksaan, dan penyampaian hasil pemeriksaan kepada pihak yang membutuhkan, serta pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya dan beracun (B3) yang dihasilkan oleh Laboratorium.

Pemeriksaan berisiko tinggi

Pemeriksaan berisiko tinggi adalah pemeriksaan terhadap spesimen yang berisiko infeksi pada petugas, misalnya spesimen sputum dengan kecurigaan tuberculosis, darah dari pasien dengan kecurigaan hepatitis B, HIV/AIDS.

Regulasi di pelayanan laboratorium perlu disusun sebagai acuan pelayanan Laboratorium sehari-hari, yang meliputi kebijakan dan pedoman, serta prosedur-prosedur pelayanan laboratorium yang mengatur tentang:

1. Jenis-jenis pelayanan laboratorium yang disediakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan kemampuan Puskesmas
2. Waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
3. Pemeriksaan laboratorium yang berisiko tinggi
4. Proses permintaan pemeriksaan, penerimaan specimen, pengambilan, dan penyimpanan specimen
5. Pelayanan pemeriksaan di luar jam kerja pada Puskesmas rawat inap
6. Proses pemeriksaan laboratorium g) kesehatan dan keselamatan kerja dalam pelayanan laboratorium
7. Penggunaan alat pelindung diri
8. Pengelolaan reagen

Pemantauan Mutu Internal dan Eksternal

Untuk menjamin mutu pelayanan laboratorium maka perlu dilakukan upaya pemantapan mutu internal maupun eksternal di Puskesmas. Pemantapan mutu dilakukan sesuai dengan jenis dan ketersediaan peralatan laboratorium yang digunakan dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Puskesmas wajib mengikuti Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara periodik yang diselenggarakan oleh institusi yang ditetapkan oleh pemerintah. Uji silang adalah kegiatan untuk menilai mutu dan kesesuaian hasil pemeriksaan secara periodik dan berkesinambungan dengan mengirimkan sampel yang sama ke laboratorium lain/ rujukan.

Rujukan Laboratorium

Jika pemeriksaan laboratorium tidak bisa dilakukan oleh Puskesmas karena keterbatasan kemampuan, maka dapat dilakukan rujukan pemeriksaan laboratorium yang diatur dalam Prosedur Rujukan laboratorium ke Laboratorium lain yang sebelumnya sudah ada Perjanjian Kerjasama. Rujukan dan prosedur rujukan spesimen dan pasien, jika pemeriksaan laboratorium tidak dapat dilakukan di Puskesmas.

Waktu Pelayanan laboratorium

Pimpinan Puskesmas menetapkan jangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium. Hasil dilaporkan dalam kerangka waktu berdasarkan kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan petugas pemberi pelayanan klinis. Pemeriksaan pada gawat darurat dan di luar jam kerja serta pada akhir minggu termasuk dalam ketentuan ini. Hasil pemeriksaan yang segera (urgent), seperti dari unit gawat darurat diberikan perhatian khusus. Sebagai tambahan, bila pelayanan laboratorium dilakukan bekerja sama dengan pihak luar, laporan hasil pemeriksaan juga harus tepat waktu sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan atau yang tercantum dalam kontrak.

Pengelolaan Reagensia

Reagensia dan bahan-bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pasien harus diidentifikasi dan ditetapkan. Dalam prosedurnya harus ada Evaluasi periodik dilakukan terhadap ketersediaan dan penyimpanan semua reagensia untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan. Kemudian adanya kebijakan dan prosedur untuk memastikan pemberian label yang lengkap dan akurat untuk reagensia dan larutan yang digunakan merujuk pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Nilai Normal dan Rentang Nilai Rujukan

Sesuai dengan peralatan dan prosedur yang dilaksanakan di laboratorium, perlu ditetapkan rentang nilai normal dan rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan. Nilai normal dan rentang nilai rujukan tercantum dalam hasil pemeriksaan laboratorium dan sebagai bagian dari laporan atau dalam dokumen terpisah

Jika pemeriksaan dilaksanakan oleh laboratorium luar, laporan hasil pemeriksaan harus dilengkapi dengan rentang nilai. Jika terjadi perubahan metoda atau peralatan yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan, atau perubahan terkait perkembangan ilmu dan teknologi, harus

dilakukan evaluasi dan revisi bila perlu terhadap ketentuan tentang rentang nilai pemeriksaan laboratorium

9. PELAYANAN IMUNISASI

Prosedur Pelayanan

1. Petugas melakukan Identifikasi Pasien
2. Petugas melakukan pengkajian Kelengkapan Form Pemeriksaan Laboratorium
3. Petugas Mengambil sample laboratorium
4. Petugas mempersilahkan pasien menunggu
5. Petugas memanggil pasien dan menyerahkan hasil pemeriksaan laboratorium
6. Petugas mempersilahkan pasien kembali ke Poli yang mengirim rujukan internal
7. Petugas melakukan pencatatan di register Laboratorium dan entry di Elink puskesmas

Standar Pelayanan

Sebagai upaya untuk melindungi masyarakat dari penyakit menular yang dapat dicegah melalui imunisasi, Puskesmas wajib melaksanakan kegiatan imunisasi sebagai bagian dari program prioritas nasional. Pelaksanaan program imunisasi di Puskesmas perlu direncanakan, dilaksanakan, dipantau dan dievaluasi agar dapat mencapai cakupan imunisasi secara optimal.

Perencanaan yang detail (micro planning) meliputi pemetaan wilayah, identifikasi dan penentuan jumlah sasaran, kebutuhan SDM, penentuan kebutuhan, jadwal pelaksanaan imunisasi serta jadwal dan mekanisme distribusi logistik, dan biaya operasional disusun untuk memastikan pelaksanaan program imunisasi berjalan dengan baik. Micro planning disusun dengan melibatkan lintas program terkait

Tindak lanjut perbaikan program imunisasi berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi dilaksanakan meliputi upaya-upaya promotif dan preventif dalam rangka penjangkauan sasaran dan meningkatkan cakupan imunisasi melalui:

1. Kegiatan sweeping, drop out follow up (DOFU), kegiatan SOS (Sustainable Outreach Services) untuk daerah geografis sulit, defaulter tracking, Backlog Fighting, Crash Program dan Catch Up Campaign;
2. Upaya peningkatan kualitas imunisasi melalui pengelolaan vaksin yang sesuai prosedur, pemberian imunisasi yang aman dan sesuai prosedur, kegiatan validasi data sasaran, Data Quality Self assessment (DQS), Rapid Convenience Assessment (RCA) untuk melakukan validasi terhadap hasil cakupan imunisasi dan supervisi berkala; serta
3. Upaya penggerakkan masyarakat melalui kegiatan penyuluhan sosialisasi melalui berbagai media komunikasi, peningkatan keterlibatan lintas program dan lintas sektor terkait dan pembentukan forum komunikasi masyarakat peduli imunisasi.

Puskesmas Ngulankulon melakukan pengelolaan rantai dingin vaksin (cold chain vaccines) sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan dan melakukan pengukuran terhadap indikator kinerja yang telah ditetapkan dan disertai dengan analisa capaian. Analisa capaian indikator dilakukan dengan metode analisa sesuai dengan pedoman/panduan yang berlaku, misal dengan merujuk pada metode Analisis situasi yang terdapat di dalam buku pedoman manajemen Puskesmas.

Pencatatan dan pelaporan program imunisasi dilaksanakan secara akurat dan sesuai prosedur dan format laporan yang telah ditetapkan meliputi cakupan indikator kinerja imunisasi, stok dan pemakaian vaksin dan logistik lainnya, kondisi peralatan rantai vaksin dan KIP. Pemantauan dan evaluasi dilaksanakan secara berkala, berkesinambungan, berjenjang dan dilakukan analisa serta rencana tindak lanjut perbaikan program imunisasi.

Rencana program peningkatan dan cakupan mutu imunisasi disusun dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif berdasarkan hasil analisis masalah imunisasi di wilayah kerja Puskesmas dengan melibatkan lintas program, yang terintegrasi dengan RUK dan RPK pelayanan UKM dan UKPP.

10. PELAYANAN RAWAT INAP

Prosedur Pelayanan

- 1) Petugas melakukan Identifikasi Pasien
- 2) Petugas melakukan Pengkajian di rawat inap
- 3) Petugas melakukan Rujukan internal dan eksternal sesuai kebutuhan
- 4) Petugas melakukan penatalaksanaan sesuai kebutuhan pasien
- 5) Petugas melakukan pemulangan pasien
- 6) Petugas melakukan pencatatan di register Laboratorium dan entry di Elink puskesmas

Standar Pelayanan

Pemulangan dan tindak lanjut pasien

Pemulangan dan tindak lanjut pasien dilakukan dengan prosedur yang tepat. Jika pasien memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lain, rujukan dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien ke sarana pelayanan lain

Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pemulangan pasien dan tindak lanjut.

Dokter/dokter gigi bersama dengan tenaga kesehatan yang lain menyusun rencana pemulangan yang berisi instruksi dan/ atau dukungan yang perlu diberikan baik oleh Puskesmas maupun keluarga pasien pada saat pemulangan maupun tindak lanjut di rumah, sesuai dengan hasil kajian yang dilakukan.

Pemulangan pasien dilakukan berdasar kriteria yang ditetapkan oleh dokter/dokter gigi yang bertanggung jawab terhadap pasien untuk memastikan bahwa kondisi pasien layak untuk dipulangkan dan akan memperoleh tindak lanjut pelayanan sesudah dipulangkan, misalnya pasien rawat jalan yang tidak memerlukan perawatan rawat inap, pasien rawat inap tidak lagi memerlukan perawatan rawat inap di Puskesmas, pasien yang karena kondisinya memerlukan rujukan ke FKRTL, pasien yang karena kondisinya dapat dirawat di rumah atau rumah perawatan, pasien yang menolak untuk perawatan rawat inap, pasien/ keluarga yang meminta pulang atas permintaan sendiri.

Resume pasien pulang

Resume ini memberikan gambaran tentang pasien selama rawat inap dan berisikan,

1. Riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic
2. Indikasi pasien rawat inap, diagnosis dan kormobiditas lain

3. Prosedur tindakan dan terapi yang telah diberikan
4. Obat yang sudah diberikan dan obat untuk pulang
5. Kondisi kesehatan pasien
6. Instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien, termasuk nomor kontak yang dapat dihubungi dalam situasi darurat

Informasi tentang resume pasien pulang yang diberikan kepada pasien/ keluarga pada saat pemulangan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lain diperlukan agar pasien/keluarga memahami tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mencapai hasil pelayanan yang optimal.

Resume Medis pasien paling sedikit terdiri dari :

1. Identitas Pasien
2. Diagnosis Masuk dan indikasi pasien dirawat
3. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan rencana tindak lanjut pelayanan Kesehatan
4. Nama dan tanda tangan Dokter atau Dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan

Resume Medis yang diberikan kepada pasien saat pulang dari rawat inap terdiri dari :

1. Data umum pasien
2. Anamnesis (riwayat penyakit dan pengobatan)
3. Pemeriksaan
4. Terapi, tindakan dan atau anjuran

B. PERENCANAAN KEGIATAN

Adalah suatu proses mulai identifikasi masalah, analisa, pengkajian hingga pembuatan rencana kegiatan yang diajukan melalui rencana usulan kegiatan (RUK). Dalam Sebuah pelayanan di Puskesmas, RUK dan RPK wajib dibuat oleh tiap-tiap unit layanan dan program, RUK yang telah dibuat dan disetujui oleh kepala puskesmas diusulkan ke Dinas Kesehatan. RUK yang telah disetujui oleh Dinas Kesehatan

Pelaksanaan Survey Kepuasan pasien

Pelaksanaan survey berdasarkan Permenpan RB nomer 11 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei kepuasan masyarakat yang terdiri 9 item pertanyaan survei. Kegiatan Survey dilaksanakan dengan cara pemberian for survey kepuasan pasien di tiap unit layanan secara sampling kepada pasien yang berkunjung ke Puskesmas.

Koordinasi dan Komunikasi Lintas Sektor dan Lintas Program

Merupakan suatu komunikasi sistemis dan lingkup manajemen yang dibutuhkan untuk mengkoordinasi dan melakukan pemantauan (monitoring). Komunikasi lintas sector bertujuan untuk menggali dukungan antar sektor untuk memberikan dukungan terhadap setiap upaya kesehatan yang telah direncanakan oleh Puskesmas. Komunikasi lintas program meliputi kegiatan Lokakarya Mini, rapat Pra Lokakarya Mini bulanan, Rapat Mutu untuk pembahasan penilaian mutu di tiap unit layanan.

C. MONITORING KEGIATAN

Merupakan suatu proses pengumpulan dan analisis informasi dari penerapan suatu program termasuk memantau secara regular untuk melihat apakah program berjalan sesuai rencana, sehingga masalah yang ditemui dapat diatasi.

Proses monitoring dilaksanakan melalui Pra Lokakarya Mini bulanan di lingkup antar unit layanan dengan membahas hasil capaian Indikator Mutu dan Kinerja serta masalah yang terjadi di unit layanan. Hasil dari pra Lokakarya mini dibawa ke Lokakarya mini bulanan Puskesmas dimana permasalahan unit layanan yang tidak bisa diatasi di Pra Lokakarya Mini Bulanan dibawa ke Lokakarya mini bulanan Puskesmas untuk dicarikan solusi dan pemecahan masalah bersama

Kegiatan Monitoring menggunakan Indikator Kinerja Puskesmas (PKP) dan Indikator Mutu berdasarkan SPM BLUD yang sudah ditetapkan oleh Kepala Puskesmas. Monitoring dilakukan setiap bulan dan pencatatan setiap hari oleh Koordinator dan Pelaksana Unit Layanan.

Monitoring ini dilakukan untuk memantau secara periodik untuk melihat apakah kegiatan berjalan sesuai rencana, sehingga masalah yang ditemui dapat diatasi.

D. RENCANA TINDAK LANJUT DAN TINDAK LANJUT

Seluruh Koordinator bertanggung jawab dalam proses pencatatan dan pelaporan yang diserahkan kepada Penanggung jawab UKPP. Adapun pelaksanaan pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh Koordinator masing-masing unit layanan dibantu oleh pelaksana unit layanan dengan tetap memegang prinsip kerjasama tim.

Tahapan dalam rencana Tindak Lanjut dan Tindak Lanjut setiap permasalahan yang ada sebagai berikut,

1. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses kegiatan yang merubah data menjadi informasi yang dapat digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan termasuk untuk dasar penyusunan perencanaan Puskesmas.

2. Penyajian Data

Perhitungan hasil kegiatan dengan variabel-variabelnya diharapkan sehingga memberikan gambaran kepada masing-masing penanggung jawab, koordinator dan pelaksana di Puskesmas tentang tingkat pencapaian hasil dari jenis-jenis kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya dan sebagai bahan evaluasi/ penilaian pencapaian prestasi kinerja.

3. Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan untuk mengambil kesimpulan dari data yang sudah diolah, yang selanjutnya akan menjadi bahan pertimbangan untuk memberikan masukan bagi perencanaan, pengawasan, pelaksanaan, penggerakan dan sebagai bahan dasar evaluasi Tugas dan Fungsi Puskesmas.

E. EVALUASI KEGIATAN

Merupakan kegiatan yang meliputi pengumpulan data untuk membandingkan dengan standart dan dilakukan analisa serta penyusunan rencana tindak lanjut.

Proses evaluasi dilakukan oleh setiap penanggung jawab program kerja melalui pra lokakarya mini, Likakarya mini bulanan Puskesmas, rapat internal program, pertemuan lintas sector dll.

Hasil pencapaian cakupan kegiatan pelayanan disajikan dalam bentuk sarang laba-laba. Setiap jari-jari grafik sarang laba-laba untuk satu k unit layanan Puskesmas. Penyajian data akan ditampilkan setiap 3 bulan pada Rapat lokakarya Mini bulanan Puskesmas

F. INDIKATOR KINERJA DAN INDIKATOR MUTU

1. INDIKATOR KINERJA BERDASARKAN PKP (PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS)

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.3.1. Pelayanan Non Rawat Inap					
1.	Angka Kontak Komunikasi	Indikator untuk mengetahui aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer oleh peserta berdasarkan jumlah peserta jaminan kesehatan (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan (kontak sakit maupun sehat) di Puskesmas per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan	Perbandingan jumlah peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total Jumlah Peserta terdaftar di Puskesmas dikali 1000 (seribu) Catatan Kinerja Puskesmas : $\geq 150 \text{ ‰} = 100\%$ $> 145 - < 150 \text{ ‰} = 75\%$ $> 140 - 145 \text{ ‰} = 50\%$ $> 135 - 140 \text{ ‰} = 25\%$ $\leq 135 = 0\%$	≥ 150 per mil	Register Pelayanan UKP dan Laporan Pelayanan UKM
2.	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)	Indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di Puskesmas sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya. Kasus non spesialistik adalah kasus terkait 144 diagnosa yang harus ditangani di Puskesmas serta kriteria <i>Time-Age-Complication-Comorbidity (TACC)</i> . Kelayakan rujukan kasus tersebut berdasarkan kesepakatan dalam bentuk perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan, Puskesmas, Dinkes Kabupaten/Kota dan organisasi profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan Puskesmas serta progresifitas penyakit yang merupakan keadaan khusus dan/atau kedaruratan	Perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh Puskesmas dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: $\leq 2\% = 100\%$ $> 2 - 2,5\% = 75\%$ $> 2,5 - 3\% = 50\%$ $> 3 - 3,5\% = 25\%$ $> 3,5\% = 0\%$	$\leq 2\%$	Register rujukan, <i>P-Care</i> .

		medis			
3.	Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)	<p>Indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan prolanis oleh Puskesmas dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien diabetes tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien HT. Penyakit kronis masuk Prolanis yaitu Diabetes Melitus dan Hipertensi.</p> <p>Aktifitas Prolanis:</p> <p>(1) Edukasi Klub (2) Konsultasi Medis (3) Pemantauan Kesehatan melalui pemeriksaan penunjang (4) Senam Prolanis (5) <i>Home visit</i>/kunjungan rumah (6) Pelayanan Obat secara rutin (obat PRB)</p>	<p>Capaian rasio peserta prolanis DM terkendali ditambah capaian rasio peserta prolanis HT terkendali dibagi 2</p> <p>Catatan untuk kinerja Puskesmas:</p> <p>≥ 5% = 100%; 4 - < 5% = 75% 3 - < 4% = 50% 2 - < 3% = 25% < 2% = 0%</p>	≥ 5%	Aplikasi P-Care, Laporan pelaksanaan Prolanis
4.	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (Standar Pelayanan Minimal ke 8)	<p>Pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi :</p> <p>a. Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau kepatuhan minum obat c. Melakukan rujukan jika diperlukan. Tekanan Darah Sewaktu (TDS) lebih dari 140 mmHg ditambahkan pelayanan terapi farmakologi</p>	<p>Jumlah penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun di wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah estimasi penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun yang berada didalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.</p>	100%	Register Pelayanan

5.	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (Standar Pelayanan Minimal ke 9)	Pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi : a. Pengukuran gula darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau nutrisi c. Melakukan rujukan jika diperlukan. Gula darah Sewaktu (GDS) lebih dari 200 mg/dl ditambahkan pelayanan terapi farmakologi	Jumlah penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah estimasi penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	100%	Rekam Medik
6.	Kelengkapan pengisian rekam medik	Rekam medik yang lengkap dalam 24 jam setelah selesai pelayanan, diisi oleh tenaga medis dan atau paramedis (identitas, SOAP, KIE, askep, diagnosis, kode ICD X, kajian sosial, pengobatan, tanda tangan) serta pengisian identitas rekam medik lengkap oleh petugas rekam medik (nama, nomor rekam medik, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, no kartu BPJS)	Jumlah rekam medik rawat jalan yang diisi lengkap dibagi jumlah rekam medik rawat jalan dikali 100%	100%	Rekam Medik
7.	Rasio gigi tetap yang ditambal terhadap gigi tetap yang dicabut	Pelayanan kuratif kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan di Puskesmas, dinilai dengan membandingkan perlakuan tambal/cabut gigi tetap	Jumlah gigi tetap yang di tambal permanen dibandingkan dengan gigi tetap yang dicabut. Catatan kinerja Puskesmas: $>1 = 100\%$ $0,75 - 1 = 75\%$, $0,5 - < 0,75 = 50\%$ $0,25 - < 0,5 = 25\%$ $< 0,25 = 0\%$	>1	Register gigi
8.	Bumil yang mendapat pelayanan kesehatan gigi	Pelayanan kesehatan gigi ibu hamil minimal 1 kali selama kehamilan di Puskesmas (konseling/ pemeriksaan/ perawatan)	Jumlah ibu hamil (minimal 1x selama kehamilan) yang mendapat pelayanan kesehatan gigi di Puskesmas dibagi jumlah ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dikali 100%	100%	Register gigi

2.3.2. Pelayanan Gawat Darurat					
1	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i>	Kelengkapan pengisian data <i>informed consent</i> meliputi identitas pasien, informasi (diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis dari tindakan yang akan dilakukan serta perkiraan pembiayaan) dan tanda tangan saksi serta pemberi layanan.	Jumlah <i>informed consent</i> gawat darurat yang diisi lengkap dibagi jumlah <i>informed consent</i> di pelayanan gawat darurat dikali 100%	100%	Rekam Medik Ruang Pelayanan Gawat Darurat
2.3.3. Pelayanan Kefarmasian					
1.	Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fornas	Evaluasi kesesuaian item obat yang tersedia di Puskesmas terhadap Fornas FKTP. Perhitungan evaluasi kesesuaian item obat yang tersedia dengan Fornas dilakukan setiap bulan.	Jumlah item obat di Puskesmas yang sesuai dengan Fornas FKTP dibagi jumlah item obat yang tersedia di Puskesmas dikali 100 %. Contoh: Jumlah obat Puskesmas yang sesuai dengan fornasi 297 item, yang tersedia 513 item, maka % kesesuaian = $297/513 \times 100\% = 57,89\%$	80%	Data stok obat

2 .	Ketersediaan obat dan vaksin terhadap 45 item obat dan vaksin indikator	Tersedianya obat dan vaksin untuk pelayanan kesehatan dasar terhadap 45 item obat indikator (Albendazol /Pirantel Pamoat, Alopurinol, Amlodipin/Kaptopril, Amoksisilin 500 mg, Amoksisilin sirup, Antasida tablet kunyah/antasida suspensi, Amitriptilin tab, Asam Askorbat (Vitamin C), Asiklovir, Betametason salep, Deksametason tablet/deksametason injeksi, Diazepam injeksi 5 mg/ml, Diazepam, Dihidroartemsin+piperakuin (DHP) dan primaquin, Difenhidramin Inj. 10 mg/ml, Epinefrin (Adrenalin) injeksi 0,1 % (sebagai HCl), Fitomenadion (Vitamin K) injeksi, Furosemid 40 mg/Hidroklorotiazid (HCT), Garam Oralit serbuk, Glibenklamid/Metformin, Hidrokortison krim/salep, Kotrimoksazol (dewasa) kombinasi tablet/Kotrimoksazol suspensi, Ketoconazol tab, Klorfeniramin Maleat (CTM) tab, Lidokain inj, Magnesium Sulfat injeksi, Metilergometrin Maleat injeksi 0,200 mg-1 ml, Natrium Diklofenak, OAT FDC Kat 1, Oksitosin injeksi, Parasetamol sirup 120 mg / 5 ml, Parasetamol 500 mg, Prednison 5 mg, Retinol 100.000/200.000 IU, Salbutamol, Salep Mata/Tetes Mata Antibiotik, Simvastatin, Tablet Tambah Darah, Vitamin B6 (Piridoksin), Zinc 20 mg), Vaksin Hepatitis B, Vaksin BCG, Vaksin DPT - Hb - HIB, Vaksin Polio, Vaksin Campak/Vaksin Rubella) Pemilihan obat dan vaksin 45 item tersebut adalah sesuai dengan Indikator Kinerja Kementerian pada Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekkes Ditjen Farmalkes Kemkes RI. Penilaian ketersediaan obat dan vaksin dilakukan setiap bulan.	Bila obat tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 1, bila obat tidak tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 0 (catatan : bila obat tidak dibutuhkan oleh Puskesmas dan tidak tersedia (kosong) di Puskesmas tersebut maka dalam format pelaporannya ditulis N/A, dan dalam perhitungan dianggap bernilai 1) . Perhitungan diperoleh dengan cara = Jumlah kumulatif item obat indikator yang tersedia di Puskesmas dibagi 45 dikali 100 %	85%	Data stok obat/LPLPO
3.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus ISPA non pneumoni per lembar resep terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan antibiotik pada penatalaksanaan kasus ISPA non-	Jumlah Penggunaan Antibiotika pada ISPA non Pneumonia dibagi Jumlah kasus ISPA non Pneumonia dikali 100 %	≤ 20 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan

	pneumonia	pneumonia memiliki batas toleransi maksimal sebesar 20%. Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit misal seperti ISPA ats (acute upper respiratory tract infection) (diagnosa dokter/perawat tidak spesifik), pilek (common cold), batuk-pilek, otitis media, sinusitis atau dalam kode ICD X berupa J00, J01, J04, J05, J06, J10, J11.	Catatan kinerja Puskesmas : $\leq 20\% = 100\%$ $21-40\% = 75\%$ $41-60\% = 50\%$ $61-80\% = 25\%$ $> 80\% = 0\%$		
4	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan antibiotik pd penatalaksanaan kasus diare non-spesifik memiliki batas toleransi maksimal 8 %. Diare Non Spesifik meliputi Gastroenteritis, penyebab tidak jelas, virus, dll (non bakterial). Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit ditulis diare mencret atau sejenisnya atau dalam kode ICD X berupa A09 dan K52.	Jumlah penggunaan Antibiotika pada diare non spesifik dibagi jumlah kasus diare non spesifik dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : $\leq 8\% = 100\%$ $9 - 20\% = 75\%$ $21 - 40\% = 50\%$ $41 - 60\% = 25\%$ $> 60\% = 0\%$	$\leq 8\%$	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
5.	Penggunaan Injeksi pada Myalgia	Penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia dengan batas toleransi maksinal 1%. Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit nyeri otot, pegal-pegal sakit pinggang, atau sejenisnya yang tidak membutuhkan injeksi (misal vitamin B1)	Jumlah penggunaan injeksi pada myalgia dibagi jumlah kasus myalgia dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: $\leq 1\% = 100\%$ $2 - 10\% = 75\%$ $11 - 20\% = 50\%$ $21 - 30\% = 25\%$ $> 30\% = 0\%$	$\leq 1\%$	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan

6.	Rerata item obat yang diresepkan	rerata item obat per lembar resep terhadap seluruh kasus tersebut. Rerata item obat perlembar resep dengan batas toleransi 2,6. (perhitungan sesuai dengan laporan Penggunaan Obat Rasional bulanan puskesmas)	Jumlah item obat per lembar resep dibagi jumlah resep Catatan kinerja Puskesmas: $\leq 2,6 = 100\%$ $2,7 - 4 = 75\%$ $5 - 7 = 50\%$ $8 - 9 = 25\%$ $> 9 = 0\%$	$\leq 2,6$	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
7	Pengkajian resep,pelayanan resep dan pemberian informasi obat	Jumlah kegiatan pengkajian resep ,pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi.	Jumlah kegiatan pengkajian resep ,pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi dibagi jumlah resep yang masuk setiap bulan dikali 100%.	80%	Resep, diagnosa pasien , dokumentasi pengkajian resep dan pemberian informasi obat, Laporan Pelayanan Kefarmasian
8	Konseling	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis (penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi.	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis (penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi dibagi jumlah pasien kronis(penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang menerima resep setiap bulan dikali 100%	5%	Resep, diagnosa pasien ,Dokumentasi konseling, Laporan Pelayanan Kefarmasian
9	Pelayanan Informasi Obat	Jumlah pelayanan Informasi Obat yang terdokumentasi.	Jumlah pelayanan informasi obat yang terdokumentasi di bagi jumlah kegiatan pelayann informasi obat (aktif dan pasif) setiap bulan dikali 100%	10%	Dokumentasi PIO, Laporan Pelayanan Kefarmasian
2.3.4.Pelayanan laboratorium					

1.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	50 Jenis pelayanan meliputi: a. Hemoglobin, Hematokrit, Hitung eritrosit, Hitung trombosit, Hitung lekosit, Hitung jenis lekosit, LED, Masa perdarahan dan Masa pembekuan. b. Kimia klinik: Glukosa, Protein, Albumin, Bilirubin total, Bilirubin direk, SGOT, SGPT, Alkali fosfatase, Asam urat, Ureum/BUN, Kreatinin, Trigliserida, Kolesterol total, Kolesterol HDL dan Kolesterol LDL. c. Mikrobiologi dan Parasitologi: BTA, Diplococcus gram negatif, Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Bacterial vaginosis, Malaria, Microfilaria dan Jamur permukaan. d. Imunologi: Tes kehamilan, Golongan darah, Widal, VDRL, HbsAg, Anti Hbs, Anti HIV dan Antigen/antibody dengue. e. Urinalisa: Makroskopis (Warna, Kejernihan, Bau, Volume), pH, Berat jenis, Protein, Glukosa, Bilirubin, Urobilinogen, Keton, Nitrit, Lekosit, Eritrosit dan Mikroskopik (sedimen). f. Tinja: Makroskopik, Darah samar dan Mikroskopik.	Jumlah jenis pelayanan yang tersedia dibagi Jumlah standar jenis pelayanan (50) dikali 100%	60%	Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang Jenis Layanan
2.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	Waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan tentang waktu tunggu penyerahan hasil	Jumlah pasien dengan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan dibagi jumlah seluruh pemeriksaan dikali 100%	100%	Survey, register
3.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	Pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium oleh Tenaga Puskesmas yang kompeten, dilakukan evaluasi, analisa dan tindak lanjut	Jumlah pemeriksaan mutu internal yang memenuhi standar minimal 1 (satu) parameter dari hematologi, Kimia Klinik, serologi, dan bakteriologi dibagi jumlah pemeriksaan dalam 1 (satu) bulan dikali 100%	100%	Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Internal

4.	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil minimal 1 (satu) kali selama kehamilan oleh tenaga yang kompeten	Jumlah pemeriksaan Hemoglobin minimal 1 (satu) kali pada ibu hamil dibagi jumlah ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dikali 100%	100%	Register Pemeriksaan Laboratorium Pedoman KIA
2.3.5.Pelayanan Rawat Inap					
1.	<i>Bed Occupation Rate(BOR)</i>	Prosentase pemakaian tempat tidur di Puskesmas rawat inap setiap bulan	Jumlah hari perawatan dalam 1 bulan dibagi hasil kali jumlah tempat tidur dengan jumlah hari dalam 1 bulan dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : 10% - 60% = 100% >60 - 70% = 75% >70 - 80% = 50% >80 - 90% = 25% <10% atau >90% = 0%	10% - 60%	Rekam Medik
2.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	Rekam medik yang telah diisi lengkap pada pelayanan rawat inap oleh staf medis dan atau tenaga yang diberikan pelimpahan kewenangan, meliputi kelengkapan pengisian identitas, SOAP, KIE, asuhan keperawatan, lembar observasi , lembar rujukan, asuhan gizi, resume medis, surat pemulangan, <i>informed concent</i> , monitoring rujukan, monitoring pra, selama dan sesudah pemberian anestesi dan laporan operasi	Jumlah rekam medis yang lengkap dibagi jumlah rekam medis per bulan di pelayanan rawat inap dikali 100%	100%	Rekam Medik

2. INDIKATOR MUTU UNIT LAYANAN BERDASARKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)

NO	UNIT LAYANAN		INDIKATOR	STANDAR	TARGET TAHUN 2022
RAWAT JALAN					
1	Pendaftaran dan Rekam Medis	1	Waktu Tunggu Penyediaan Rekam Medis	≤ 10 menit	10 menit
		2	Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%
2	Poli Gigi	1	Pemberi Pelayanan di Poli Gigi	100 % dokter	100%
		2	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		3	Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%
3	Poli Umum dan Lansia	1	Pemberi Pelayanan di Poli umum	100 % dokter	Dokter
		2	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		3	Kepuasan pasien	≥ 90 %	≥ 90 %
4	Poli KIA	1	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		2	Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%
5	Poli KB	1	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		2	Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%
6	Pelayanan Gizi	1	Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20 %	≤ 20 %
		2	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	100%
7	Pelayanan Gawat Darurat	1	Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%	50%
		2	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang	4 menit
		3	Kepuasan pasien	≥ 70 %	90%

8	Pelayanan Kefarmasian	1	Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai standar Puskesmas	Apoteker dan Analisa Apoteker
		2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	sesuai Standar PMK 43 tahun 2018	60%
		3	Ketersediaan formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 thn	Tersedia
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%
9	Pelayanan Laboratorium	1	Fasilitas dan peralatan	sesuai Standar PMK 43 tahun 2018	60%
		2	Waktu Tunggu Hasil pelayanan	≤ 120 menit	≤ 120 menit
		3	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	100%
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%
RAWAT INAP					
1	Pelayanan Rawat Inap	1	Ketepatan waktu jam visite dokter	sesuai standar	dibawah jam 11.00
		2	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %	≤ 9 %
		3	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	100%
		4	Kejadian pulang atas permintaan sendiri	≤ 5 %	≤ 5 %
		5	Pasien dirawat lebih dari 5 hari	≤ 5 %	≤ 5 %
		6	Kepuasan pasien	≥ 90 %	≥ 90 %
2	Pelayanan Persalinan	1	Pertolongan persalinan normal oleh bidan atau dokter terlatih	Sesuai APN	100%
		2	Konseling Menyusui dan KB Pasca Melahirkan	≥ 80 %	≥ 80 %
		3	Kepuasan pasien	≥ 90 %	≥ 90 %

BAB VI

LOGISTIK

Manajemen Logistik adalah suatu pengetahuan atau seni serta proses mengenai perencanaan, penentuan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, pemeliharaan serta penghapusan material. Tujuan dari manajemen logistik adalah tersedianya bahan setiap saat dibutuhkan, baik mengenai jenis, jumlah maupun kualitas yang dibutuhkan secara efisien. Manajemen logistik Upaya Kesehatan Perorangan dan Penunjang Puskemas Ngulankulon adalah sebagai berikut :

A. Perencanaan Pelayanan Klinis

1. Perencanaan pelayanan klinis dan perencanaan pelayanan terpadu ditetapkan berdasarkan hasil kajian
2. Dalam penyusunan perencanaan pelayanan klinis harus dipandu oleh SK Kepala Puskemas Ngulankulon dan SOP tentang Penyusunan Rencana Klinis sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan
3. Setiap petugas yang terkait dalam pelayanan klinis harus mengetahui kebijakan dan prosedur penyusunan layanan klinis serta menerapkannya dalam penyusunan rencana terapi dan/rencana layanan terpadu
4. Petugas kesehatan dan atau tim kesehatan dalam melakukan perencanaan pelayanan harus melibatkan pasien. Perencanaan layanan klinis yang disusun untuk setiap pasien harus ada kejelasan tujuan yang ingin dicapai. Penyusunannya harus mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, spiritual dan tata nilai budaya pasien. Rencana layanan yang disusun juga memuat pendidikan / penyuluhan pasien sesuai dengan SOP Komunikasi Informasi dan Edukasi pasien
5. Pada kondisi tertentu pasien membutuhkan layanan yang melibatkan tim kesehatan. Rencana layanan meliputi tujuan layanan yang akan diberikan, pendidikan kesehatan bagi pasien dan/ keluarga, jadwal kegiatan, sumber daya yang akan digunakan dan kejelasan tanggung jawab tiap anggota tim kesehatan dalam melaksanakan layanan. Layanan dilakukan secara paripurna Rencana yang disusun mempertimbangkan efisiensi pemanfaatan sumber daya manusia dan sejak awal mempertimbangkan risiko yang akan dialami pasien termasuk efek samping pengobatan (SOP Pemberian Informasi Obat)
6. Rencana layanan tersebut didokumentasikan dalam rekam medis. Perubahan layanan didasarkan atas perkembangan pasien dan didokumentasikan.

B. Proses yang berhubungan dengan pelanggan

1. Pasien/pelanggan selalu dilibatkan dalam setiap pengambilan keputusan dalam layanan klinis, yaitu dengan cara memberikan informed consent.
2. Untuk menyetujui/memilih tindakan, pasien harus diberikan penjelasan/ konseling tentang hal-hal yang berhubungan dengan pelayanan yang direncanakan, karena diperlukan untuk suatu keputusan persetujuan.
3. Informed consent dapat diperoleh diberbagai titik waktu dalam proses pelayanan baik itu ketika pasien masuk rawat inap dan sebelum suatu tindakan pengobatan yang berisiko dan dilaksanakan sesuai SOP Informed Consent. Pasien dan/ keluarga dijelaskan

tentang tes/ tindakan, prosedur, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan baik lisan maupun menandatangani formulir.

4. Pasien atau mereka yang membuat keputusan atas nama pasien, dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan setelah kegiatan dimulai, termasuk menolak untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.
 - a. Pemberi pelayanan wajib memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut. SK Kepala Puskesmas tentang hak dan kewajiban pasien, SOP tentang Informed Consent
 - b. Pasien dan keluarganya diberitahu tentang alternative pelayanan dan pengobatan.
- C. Pembelian / pengadaan barang terkait pelayanan klinis
1. Pengadaan barang untuk pelayanan klinis harus berdasarkan perencanaan yang baik sehingga sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan prioritas kebutuhan
 2. Perencanaan yang sudah dibuat disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan untuk mendapatkan persetujuan
 3. Pengadaan dilakukan oleh Dinas Kesehatan sesuai peraturan perundangan yang berlaku
 4. Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi/ laik pakainya peralatan medis puskesmas :
 - a. Melakukan inventarisasi peralatan medis
 - b. Melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur
 - c. Melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya
 - d. Melaksanakan pemeliharaan
 - e. Melakukan inventarisasi peralatan yang harus dikalibrasi
 - f. Memastikan bahwa alat yang perlu dikalibrasi, dilakukan kalibrasi sesuai peraturan perundangan yang berlaku

BAB VII

KESELAMATAN PASIEN

Pelaksanaan setiap kegiatan Puskesmas dapat menimbulkan risiko terhadap pengguna layanan, keluarga, masyarakat, petugas, dan lingkungan. Risiko-risiko tersebut perlu dikelola oleh penanggung jawab dan pelaksana untuk mengupayakan langkah-langkah pencegahan dan/ atau minimalisasi risiko, sehingga tidak menimbulkan akibat negatif atau kerugian.

Manajemen risiko merupakan pendekatan proaktif yang komponen-komponen pentingnya meliputi:

1. Identifikasi risiko
2. Prioritas risiko
3. Pelaporan risiko
4. Manajemen risiko
5. Investigasi terhadap insiden yang terjadi baik pada pengguna layanan, petugas keluarga dan pengunjung
6. Manajemen terkait tuntutan (klaim)

Identifikasi Risiko terhadap kejadian /Insiden yang sudah terjadi didokumentasikan dalam Register Risiko. Sedangkan risiko yang belum terjadi dan berpotensi menimbulkan kejadian/ insiden didokumentasikan pada Identifikasi Daftar Potensi Risiko. Kategori risiko di Puskesmas adalah Risiko yang mungkin ataupun telah terjadi terkait dengan KMP, UKPP, dan UKM.

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden keselamatan pasien terdiri atas,

1. Kejadian tidak diharapkan (KTD)

Kejadian tidak diharapkan (KTD) yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Misalnya pasien jatuh dari tempat tidur dan menimbulkan luka pada pergelangan kaki

2. Kejadian nyaris cedera (KNC)

Kejadian nyaris cedera (KNC) adalah insiden yang terjadi tapi belum mengenai / terpapar pada pasien karena dapat dicegah. Misalnya: perawat mau memberikan obat kepada pasien, ketika di cek ternyata obat yang diberikan oleh farmasi milik pasien yang lain yang namanya mirip, sehingga obat tersebut tidak jadi diberikan.

3. Kejadian tidak cedera (KTC)

Kejadian tidak cedera (KTC) adalah insiden yang sudah mengenai / terpapar pada pasien tapi tidak terjadi cedera. Misalnya Perawat salah memberikan obat pada pasien, obat telah diminum tapi pasien tidak mengalami cedera

4. Kondisi potensial cedera (KPC)

Kondisi potensial cedera (KPC) adalah semua situasi atau kondisi terkait perawatan pasien yang sangat berpotensi cedera pada pasien. Misalnya alat pengukur tekanan darah rusak di letakkan di ruang pemeriksaan, timbangan bayi yang rusak dan diletakkan di ruang gizi

5. Kejadian sentinel (KS)

Kejadian sentinel (KS) adalah suatu kejadian yang tidak diinginkan (unexpected occurrence) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Kejadian sentinel dapat berupa: a) Kematian yang tidak diduga, termasuk dan tidak terbatas hanya pada: - kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit atau kondisi pasien (contoh: kematian akibat proses transfer yang terlambat) - kematian bayi aterm - bunuh diri b) Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait penyakit atau kondisi pasien c) Tindakan salah tempat, salah prosedur, salah pasien d) Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orang tuanya e) Perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota keluarga, staf, dokter, pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan Puskesmas

Pelaporan insiden keselamatan pasien atau pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien. Pelaporan insiden terdiri dari Laporan Insiden Internal dan Laporan Insiden Eksternal.

Sistem pelaporan diharapkan dapat mendorong individu di dalam Puskesmas untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memantau upaya pencegahan terjadinya kesalahan (error) sehingga dapat mendorong dilakukan investigasi. Di sisi lain pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Puskesmas melakukan analisis dengan menggunakan matriks grading risiko yang akan menentukan jenis investigasi insiden yang dilakukan setelah Laporan insiden internal. Investigasi terdiri dari Investigasi sederhana Root Cause Analysis (RCA)

Puskesmas menetapkan sistem pelaporan insiden yang meliputi: kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan, prosedur pelaporan, insiden yang harus dilaporkan internal yaitu semua jenis insiden termasuk kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera maupun kejadian sangat potensial cedera. Sedangkan laporan eksternal yang dilaporkan adalah IKP yang menunjukkan grading kuning dan merah berdasarkan hasil analisis. Ditentukan juga siapa saja yang membuat laporan, batas waktu pelaporan, investigasi dan tindak lanjutnya Pelaporan insiden keselamatan pasien dilaporkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Sasaran Keselamatan pasien Meliputi,

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien meliputi :

- a. Pasien diidentifikasi menggunakan empat identitas yang mencakup nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis dan nomor induk kependudukan (NIK).
- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat,
- c. Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan.
- e. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. Peningkatan Komunikasi Efektif.

Dikatakan efektif, apabila pesan tersampaikan dan dipahami serta tidak terdapat miskomunikasi pada saat melakukan perintah/tindakan.

3. Kewaspadaan Terhadap Obat *High-Alert*.

Ada 3 jenis obat berisiko tinggi yang pemberiannya tidak boleh terjadi kesalahan, karena bisa berakibat fatal. Obat kategori *high alert* tersebut adalah:

Obat untuk pasien jantung, anastesi, insulin dan obat berisiko tinggi lainnya.

- a. Obat dengan penamaan hampir sama dan rupa obat hampir sama, namun memiliki kegunaan medis berbeda. Obat identik dengan manfaat medis berbeda ini jika salah penggunaan pada pasien bisa berbahaya.
 - b. Bentuk pelaksanaan Kewaspadaan Terhadap Obat *High-Alert*. Dengan melakukan *double check* meliputi 5 benar, yakni Benar Obat, Benar Pasien, Benar Dosis, Benar Cara Dan Benar Waktu Pemberian, Benar Dokumentasi, Benar Pengkajian Dan Riwayat Pengobatan, Benar *Informed Consent*, Benar Interaksi dan Evaluasi Obat, Benar Pendidikan Kesehatan tentang Obat
 - c. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.
Dan untuk mencapai hal tersebut, mencakup pemberian tanda saat praoperasi dan semua dokumen serta peralatan yang digunakan tersedia, tepat dan fungsional, menerapkan dan mencatat prosedur *time out* tepat sebelum dilakukan tindakan.
4. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Penerapannya adalah dengan melakukan *hand hygiene* yang efektif dengan enam langkah cuci tangan yang baik dan benar.
5. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh. Hal yang dilakukan meliputi skrining dan kajian awal seperti melihat risiko jatuh kategori sedang atau tinggi.

BAB VIII

KESELAMATAN KERJA

Pegawai yang bekerja di Puskesmas mempunyai risiko terpapar infeksi yang dapat menimbulkan penyakit akibat kerja, terjadinya kecelakaan kerja terkait dengan pekerjaan yang dilakukan dalam pelayanan baik langsung maupun tidak langsung, oleh karena itu pegawai mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan perlindungan terhadap kesehatannya.

Dalam Rangka memenuhi Hak Karyawan atas Kesehatan, Program pemeriksaan kesehatan secara berkala dilakukan oleh Kepala Puskesmas, demikian juga pemberian imunisasi bagi pegawai sesuai dengan hasil identifikasi risiko epidemiologi penyakit infeksi, serta program perlindungan pegawai terhadap penularan penyakit infeksi proses pelaporan jika terjadi paparan, tindak lanjut pelayanan kesehatan, dan konseling disusun dan diterapkan.

Pegawai juga berhak untuk mendapat perlindungan dari kekerasan yang dilakukan oleh pengguna layanan, keluarga pengguna layanan, maupun oleh sesama pegawai. Program perlindungan pegawai terhadap kekerasan fisik termasuk proses pelaporan, tindak lanjut pelayanan kesehatan, dan konseling di terapkan dalam bentuk Program K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)

Dalam Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja pegawai, semua staf harus memahami bagaimana cara mereka melaporkan, cara mereka dirawat, dan cara mereka menerima konseling dan tindak lanjut akibat cedera seperti tertusuk jarum (suntik), paparan terhadap penyakit menular, memahami identifikasi risiko dan kondisi yang berbahaya dalam fasilitas serta masalah-masalah kesehatan dan keselamatan lainnya. Program tersebut juga dapat menyediakan pemeriksaan kesehatan pada awal bekerja, imunisasi dan pemeriksaan preventif secara berkala, pengobatan untuk kondisi-kondisi umum yang berhubungan dengan pekerjaan, seperti cedera punggung, atau cedera yang lebih mendesak.

Kepala Puskesmas menetapkan Koordinator dan Pelaksana Program K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja). Koordinator melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil pelaporan program K3 bagi pegawai. Pelaksanaan tindak lanjut K3 dapat terintegrasi dengan kegiatan pelayanan kesehatan lainnya yang saling berkaitan.

Setiap petugas medis menganggap bahwa setiap pasien dapat menularkan penyakit sehingga unsur keselamatan kerja dapat terus dilaksanakan. dapat mendorong dilakukan investigasi. Di sisi lain pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

BAB IX

PENGENDALIAN MUTU

Peningkatan mutu dilakukan melalui upaya perbaikan berkesinambungan, upaya keselamatan pasien, upaya Manajemen risiko dan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi untuk meminimalkan risiko bagi pasien, keluarga, masyarakat, dan lingkungan. Penyelenggaraan pelayanan baik pelayanan manajemen, pelayanan upaya kesehatan masyarakat, maupun upaya kesehatan perseorangan harus dapat menjamin mutu dan keselamatan pasien, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.

Agar upaya-upaya Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan Manajemen Risiko (MR) dapat dikelola dengan baik dan konsisten dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai, maka Kepala Puskesmas membentuk Tim yang terdiri dari Koordinator dan pelaksana yang diberi tanggung jawab terhadap Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, PPI, dan Manajemen Risiko. Koordinator dan pelaksana yang bertanggung jawab tersebut, mempunyai tugas untuk melakukan fasilitasi, koordinasi, pemantauan, dan membudayakan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko, dan pencegahan dan pengendalian infeksi. Para tim tersebut juga harus menjamin pelaksanaan kegiatan dilakukan secara konsisten dan berkelanjutan.

Kepala Puskesmas memfasilitasi, mengalokasikan, dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk program peningkatan mutu, keselamatan pasien, program manajemen risiko, dan program PPI sesuai dengan ketersediaan anggaran dan sumber daya yang ada di Puskesmas. Untuk menunjang keberhasilan Mutu puskesmas, Program peningkatan mutu, program keselamatan pasien, program manajemen risiko, dan program PPI disusun secara kolaboratif mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian, sampai dengan penilaian dan tindak lanjut dan sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan harapan masyarakat, ketentuan perundang-undangan, perkembangan teknologi dan pedoman yang berlaku dalam rangka upaya-upaya perbaikan berkesinambungan untuk memperbaiki perencanaan, pelaksanaan dan capaian kegiatan pelayanan. Proses, hasil kegiatan, penilaian dan tindak lanjut program peningkatan mutu, keselamatan pasien, program manajemen risiko, dan program PPI didokumentasikan, disosialisasikan, dan dikomunikasikan kepada semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan.

Dalam rangka upaya perbaikan mutu yang berkesinambungan, Kepala Puskesmas memberlakukan Indikator Mutu terdiri dari:

1. Indikator Mutu Prioritas Tingkat Puskesmas (IMPP) Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan yang ada di wilayah kerja yang akan dilakukan perbaikan
2. Indikator mutu prioritas Program yng terdiri dari
 - a. Indikator Mutu Nasional
 - b. Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Puskesmas
 - c. Indikator Sasaran Keselamatan pasien (SKP)

Indikator mutu yang diprioritaskan berdasarkan permasalahan kesehatan di wilayah kerja disebut dengan Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (IMPP) yang upaya perbaikannya harus didukung oleh KMP, UKM dan UKPP. Indikator Sasaran Keselamatan pasien (SKP) untuk masing-masing sasaran meliputi ketepatan identifikasi pasien, komunikasi efektif dalam

pelayanan, pengelolaan obat dengan kewaspadaan tinggi, upaya untuk memastikan benar pasien, benar prosedur, dan benar sisi pada pasien yang menjalani tindakan medis, kebersihan tangan, dan proses untuk mengurangi risiko jatuh.

Pemilihan indikator memperhatikan:

1. Jika indikator yang dipilih sama di beberapa unit pelayanan (contoh: indikator kepatuhan cuci tangan) maka tim atau petugas yang diberi tanggung jawab mutu, melakukan koordinasi dalam pengumpulan data.
2. Jika prioritas indikator yang dipilih terkait dengan beberapa unit pelayanan (contoh: pengukuran waktu tunggu rawat jalan dan waktu tunggu rekam medis), maka tim atau petugas yang diberi tanggung jawab mutu melakukan integrasi dalam pengumpulan data. Koordinasi dan integrasi sistem pengukuran akan memberikan kesempatan adanya penyelesaian dan perbaikan yang terintegrasi.

Kepala Puskesmas dan Petugas yang diberi tanggung jawab dalam perencanaan dan penerapan peningkatan mutu sudah mendapatkan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan sesuai dengan peran masing masing melalui pelatihan, lokakarya, kaji banding, on the job training atau in house training

BAB X PENUTUP

Pedoman Pelayanan Klinis sebagai acuan Kegiatan pada Upaya Kesehatan Perseorangan dan Penunjang (UKPP) sangat diperlukan untuk dapat mengoptimalkan penyelenggaraan pelayanan Puskesmas. Pedoman Internal ini bersifat dinamis, sehingga dapat melakukan pengembangan dan penyesuaian berdasarkan kondisi dan kemampuan puskesmas.

Demikian Pedoman Pelayanan Klinis ini dibuat dan telah disahkan oleh Kepala Puskesmas untuk dijadikan acuan oleh segenap karyawan. Puskesmas Ngulankulon mulai dari level pimpinan sampai staf dalam bertindak dan mengambil keputusan dalam rangka menjalankan Pelayanan Klinis sesuai dengan tugas, tanggung jawab masing-masing sesuai dengan kapasitas dan wewenang yang telah diberikan.

Salam Sehat



**KEPALA PUSKESMAS NGULANKULON
KABUPATEN TRENGGALEK**

Dr. SUDARMAJI

Pembina

NIP. 19670108 200604 1 004