



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

610.255 00  
Ind  
k

**HIMPUNAN  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
BIDANG KESEHATAN  
TAHUN 2019  
JILID I**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
JAKARTA 2021**



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

**610.255 99  
Ind  
k**

**HIMPUNAN  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
BIDANG KESEHATAN  
TAHUN 2019  
JILID I**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
JAKARTA 2021**



KEMENKES RI

610.255 99  
Ind  
k

**Katalog Dalam Terbitan, Kementerian Kesehatan RI**

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal  
**Himpunan Peraturan Perundang-Undangan Bidang Kesehatan  
Tahun 2019 Jilid I.-**  
Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2021

ISBN 978-623-301-101-3 (jilid 1)  
978-623-301-100-6 (jilid lengkap)

1. Judul I. HEALTH, LAW AND LEGISLATION

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Allah SWT sehingga Biro Hukum dan Organisasi dapat menerbitkan Himpunan Peraturan Perundang-undangan Bidang Kesehatan Tahun 2019 Jilid I.

Dalam pemenuhan kebutuhan informasi yang terkini terhadap produk regulasi bidang kesehatan maka pada awal tahun ini diterbitkan Himpunan Peraturan Perundang-undangan Bidang Kesehatan Tahun 2019 Jilid I.

Himpunan Peraturan Perundang-undangan Bidang Kesehatan diterbitkan sebagai perwujudan wahana pelaksanaan penyelenggaraan fungsi pengelolaan jaringan dokumentasi hukum, kodifikasi dan publikasi Peraturan Perundang-undangan Bidang Kesehatan, yang tertuang dalam Pasal 21 huruf d Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

Penerbitan Himpunan Peraturan Perundang-undangan Bidang Kesehatan yang telah dilaksanakan secara reguler selama ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat dan pemangku kepentingan sehingga Peraturan perundang-undangan Bidang Kesehatan dapat diimplementasikan secara maksimal dalam skala yang lebih luas mendukung pembangunan nasional secara selaras sebagaimana tercermin dalam Nawa Cita yang terwujud dalam nilai-nilai Kementerian Kesehatan.

Semoga bermanfaat.

Jakarta, 2021  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi

ttd

Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

# HIMPUNAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN BIDANG KESEHATAN TAHUN 2019 JILID I

Kementerian Kesehatan RI  
Sekretariat Jenderal  
Biro Hukum dan Organisasi  
Jakarta, 2021.

**PENANGGUNG JAWAB** : Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
(Kepala Biro Hukum dan Organisasi)

**TIM PENYUSUN** : Bagian Peraturan Perundang-undangan I

**KONTRIBUTOR :**

Sekretariat Jenderal  
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat  
Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit  
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan  
Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan  
Inspektorat Jenderal  
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

**Diterbitkan Oleh :**

**Kementerian Kesehatan Republik Indonesia**



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

**Hak Cipta dilindungi Undang-undang**

*Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekasin maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seizin tertulis dari penerbit.*

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
PENYUSUN .....	iv
DAFTAR ISI .....	v

No	Nomor Peraturan	Bentuk	Perihal / Tentang	Hal
1	2	3	4	5
1	1 TAHUN 2019	PERMENKES	Pedoman Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Di Lingkungan Kementerian Kesehatan	1
2	2 TAHUN 2019	PERMENKES	Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2019	78
3	3 TAHUN 2019	PERMENKES	Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan	228
4	4 TAHUN 2019	PERMENKES	Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	344
5	5 TAHUN 2019	PERMENKES	Perencanaan Dan Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik	483
6	7 TAHUN 2019	PERMENKES	Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit	493
7	8 TAHUN 2019	PERMENKES	Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	603
8	9 TAHUN 2019	PERMENKES	Pemberian Mandat Dan Delegasi Dalam Manajemen Pegawai Negeri Sipil Di Lingkungan Kementerian Kesehatan	620



9	10 TAHUN 2019	PERMENKES	Perubahan Keempat Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 Tentang Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja Bagi Pegawai Di Lingkungan Kementerian Kesehatan	639
10	11 TAHUN 2019	PERMENKES	Penanggulangan Kusta	723
11	12 TAHUN 2019	PERMENKES	Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Dan Penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional	820
12	13 TAHUN 2019	PERMENKES	Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 Tentang Pengenaan Urun Biaya Dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan	824
13	14 TAHUN 2019	PERMENKES	Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi	829
14	16 TAHUN 2019	PERMENKES	Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan ( <i>Fraud</i> ) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan ( <i>Fraud</i> ) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan	910
15	17 TAHUN 2019	PERMENKES	Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis ( <i>Clinical Advisory</i> ) Dalam Program Jaminan Kesehatan	960
16	18 TAHUN 2019	PERMENKES	Konsultan Manajemen Kesehatan	983

17	19 TAHUN 2019	PERMENKES	Konfirmasi Status Wajib Pajak Dalam Pemberian Pelayanan Publik Di Lingkungan Kementerian Kesehatan	1000
18	20 TAHUN 2019	PERMENKES	Penyelenggaraan Pelayanan <i>Telemedicine</i> Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan	1007

KEMENKES RI



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 1 TAHUN 2019

TENTANG

PEDOMAN PENILAIAN PRESTASI KERJA PEGAWAI  
DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk mendorong peningkatan prestasi kerja pegawai di lingkungan Kementerian Kesehatan, perlu dilakukan penyesuaian terhadap ketentuan mengenai penilaian prestasi kerja Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Kesehatan sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 96 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Sasaran Kerja Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penilaian Prestasi Kerja Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);



2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
3. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5135);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 121, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5258);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037);
7. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
8. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 1 Tahun 2013 tentang Ketentuan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 33);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 Organisasi dan Tata Kerja



Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

10. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan Standar Teknis Kegiatan Sasaran Kerja Pegawai (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 283);

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENILAIAN PRESTASI KERJA PEGAWAI DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN.**

**BAB I**

**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan :

1. Pegawai adalah Pegawai Negeri Sipil dan Calon Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
2. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah PNS sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang tentang Aparatur Sipil Negara yang bekerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
3. Prestasi Kerja Pegawai adalah hasil pelaksanaan tugas yang dicapai dari tindakan dan kegiatan setiap Pegawai dalam melaksanakan tugas pekerjaan dengan menggunakan dan memanfaatkan sumber daya organisasi.
4. Sasaran Kerja Pegawai yang selanjutnya disingkat SKP adalah rencana kerja dan target yang akan dicapai oleh seorang Pegawai yang disusun dan disepakati bersama antara Pegawai dengan atasan Pegawai.
5. Perilaku Kerja adalah setiap tingkah laku, sikap atau tindakan yang dilakukan oleh Pegawai atau tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

6. Pejabat Penilai adalah atasan langsung Pegawai yang dinilai atau pejabat lain yang ditentukan.
7. Atasan Pejabat Penilai adalah atasan langsung Pejabat Penilai atau pejabat lain yang ditentukan.
8. Standar Teknis Kegiatan adalah ukuran sasaran minimal tiap kegiatan jabatan yang harus dicapai oleh pemangku jabatan yang meliputi standar teknis kuantitas, standar teknis kualitas, standar teknis waktu, dan standar teknis biaya.
9. Sejawat adalah Pegawai yang dalam hubungan pekerjaan berada pada satu level dan secara struktur organisasi berada di bawah kepemimpinan Pejabat Penilai yang sama dengan Pegawai yang dinilai.
10. Kegiatan Tugas Jabatan adalah tugas pekerjaan yang wajib dilakukan dalam rangka pelaksanaan fungsi jabatan.
11. Uraian Tugas Jabatan adalah suatu paparan atau bentangan atas semua tugas jabatan yang merupakan tugas pokok yang dilakukan pemegang jabatan dalam memproses bahan kerja menjadi hasil kerja dalam kondisi pelaksanaan tertentu.
12. Target adalah jumlah beban kerja yang akan dicapai dari setiap pelaksanaan tugas jabatan.
13. Jabatan adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak seorang PNS dalam suatu satuan organisasi.
14. Jabatan Pimpinan Tinggi yang selanjutnya disingkat JPT adalah sekelompok jabatan tinggi pada instansi pemerintah yang berfungsi memimpin dan memotivasi setiap Pegawai pada instansi pemerintah.
15. Jabatan Administrasi adalah sekelompok Jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan publik serta administrasi pemerintahan dan pembangunan.
16. Jabatan Fungsional adalah sekelompok Jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan

fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.

17. Jabatan Pelaksana adalah sekelompok Pegawai yang bertanggung jawab melaksanakan kegiatan pelayanan publik serta administrasi pemerintahan dan pembangunan.
18. Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PPKPNS adalah sistem aplikasi penilaian prestasi kerja Pegawai berbasis web di lingkungan Kementerian Kesehatan.
19. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan.

#### Pasal 2

Pedoman Penilaian Prestasi Kerja Pegawai di lingkungan Kementerian Kesehatan merupakan acuan bagi Pegawai, Pejabat Penilai, dan Atasan Pejabat Penilai dalam melaksanakan penilaian Prestasi Kerja Pegawai.

### BAB II

#### PENILAIAN PRESTASI KERJA

#### Pasal 3

- (1) Penilaian Prestasi Kerja Pegawai dilaksanakan oleh Pejabat Penilai dan disetujui oleh Atasan Pejabat Penilai.
- (2) Pejabat Penilai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan atasan langsung dari pegawai yang dinilai.
- (3) Dalam hal Pegawai yang dinilai berpangkat lebih tinggi dari Pejabat Penilai sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka Penilaian Prestasi Kerja Pegawai dilaksanakan oleh Atasan Pejabat Penilai, kecuali untuk PNS yang menduduki jabatan fungsional.
- (4) Dalam hal Pegawai yang dinilai merupakan Pegawai pada unit kerja non struktural di lingkungan Unit Pelaksana Teknis maka Penilaian Prestasi Kerja Pegawai dilaksanakan oleh pejabat lain yang ditentukan.



- (5) Penilaian Prestasi Kerja Pegawai dilakukan setiap akhir Desember pada tahun berjalan atau paling lama akhir Januari pada tahun berikutnya.
- (6) Penilaian Prestasi Kerja Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas unsur:
  - a. SKP dengan bobot nilai 60% (enam puluh persen); dan
  - b. Perilaku Kerja dengan bobot nilai 40% (empat puluh persen).
- (7) Hasil penilaian Prestasi Kerja Pegawai merupakan dasar pembinaan karier Pegawai dan dasar pemberian tunjangan kinerja tahun berikutnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (8) Bagi Pegawai yang melaksanakan tugas belajar, atau yang dipekerjakan/diperbantukan pada negara sahabat, lembaga internasional, organisasi profesi, menjadi anggota pada lembaga non struktural, dan badan swasta yang ditentukan oleh pemerintah dan dibebaskan dari jabatan organiknya, Penilaian Prestasi Kerja dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 4

Ketentuan mengenai Pejabat Penilai dan Atasan Pejabat Penilai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

### BAB III

#### PENYUSUNAN DAN PENILAIAN SKP

##### Bagian Kesatu Penyusunan SKP

#### Pasal 5

- (1) Setiap Pegawai wajib menyusun SKP pada bulan Januari setiap tahun berjalan.



- (2) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bagi Pegawai yang melaksanakan tugas baru dan/atau menempati Jabatan baru, termasuk pegawai yang telah selesai melaksanakan tugas belajar, SKP disusun terhitung sejak terbitnya Surat Perintah Melaksanakan Tugas (SPMT) berdasarkan surat pengembalian Pegawai dari Institusi Pendidikan/Konsulat Jenderal Republik Indonesia/Kedutaan Besar Republik Indonesia.
- (3) Pegawai yang tidak menyusun SKP dijatuhi hukuman disiplin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 6

Berdasarkan jenis jabatan, SKP terdiri atas:

- a. SKP untuk Jabatan Fungsional;
- b. SKP untuk selain Jabatan Fungsional, yang meliputi:
  - 1) JPT;
  - 2) Jabatan Administrasi, terdiri atas Jabatan administrator, Jabatan pengawas, dan Jabatan Pelaksana.

#### Pasal 7

(1) SKP disusun sesuai dengan tingkat Jabatan secara hierarki dimulai dari Jabatan tertinggi sampai Jabatan Pelaksana, yang terdiri atas:

- a. SKP untuk Pejabat JPT Madya (Eselon I) harus mengacu pada rencana strategis dan Rencana Kerja Tahunan yang dijabarkan sesuai dengan tugas, fungsi, dan wewenang;
- b. SKP untuk Pejabat JPT Pratama (Eselon II) harus mengacu pada SKP pejabat JPT Madya (Eselon I/Pejabat Penilai);
- c. SKP untuk Pejabat administrator (Eselon III) harus mengacu pada SKP pejabat JPT Pratama (Eselon II/Pejabat Penilai);

- d. SKP untuk Pejabat pengawas (Eselon IV) harus mengacu pada SKP pejabat Administrator (Eselon III/Pejabat Penilai);
  - e. SKP untuk Pejabat Pelaksana (Eselon V) harus mengacu pada SKP pejabat Pengawas (Eselon IV/Pejabat Penilai); dan
  - f. SKP untuk Pejabat Pelaksana harus mengacu pada Standar Teknis Kegiatan masing-masing Jabatan dan SKP pejabat Pengawas (Eselon IV/Pejabat Penilai) atau Pelaksana (Eselon V/Pejabat Penilai).
- (2) SKP untuk Pejabat Fungsional harus mengacu pada butir-butir kegiatan sesuai dengan kategori dan jenjang jabatannya dan SKP atasannya.
  - (3) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) SKP untuk:
    - a. pimpinan Unit Pelaksana Teknis (UPT) dengan jabatan non Eselon yang disetarakan dengan Eselon II mengacu pada SKP pejabat JPT Madya (Eselon I/Pejabat Penilai); atau
    - b. pimpinan Unit Pelaksana Teknis (UPT) dengan jabatan non Eselon yang disetarakan dengan Eselon III mengacu pada SKP pejabat SKP pejabat JPT Pratama (Eselon II/Pejabat Penilai).

#### Pasal 8

- (1) SKP harus memuat uraian mengenai unsur:
  - a. Kegiatan Tugas Jabatan; dan
  - b. Target.
- (2) Kegiatan Tugas Jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a untuk Jabatan Fungsional berisi butir-butir kegiatan sesuai dengan kategori dan jenjang Jabatan yang dipangku dan/atau Jabatan setingkat di atas atau di bawahnya.

- (3) Kegiatan Tugas Jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a untuk selain Jabatan Fungsional:
  - a. JPT, administrator, dan pengawas berisi uraian Kegiatan Tugas Jabatan JPT, Jabatan administrator, dan pengawas sesuai dengan tugas dan fungsinya; atau
  - b. Jabatan Pelaksana sesuai dengan standar teknis kegiatan yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri.
- (4) Target sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b pada setiap Kegiatan Tugas Jabatan harus dapat dicapai dalam kurun waktu penilaian yang bernifat nyata dan terukur.
- (5) Uraian Target dalam SKP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus memuat aspek:
  - a. kuantitas;
  - b. kualitas;
  - c. waktu; dan
  - d. biaya.
- (6) Penetapan Target dari aspek kuantitas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a disusun mengacu pada Target SKP atasan.
- (7) Selain mengacu pada Target SKP atasan, penetapan Target untuk Pejabat Fungsional harus mengacu pada standar angka kredit masing-masing Jabatan Fungsional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (8) Penetapan Target dari aspek kualitas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b harus bernilai 100 (seratus).
- (9) Penetapan Target dari aspek waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf c ditentukan dalam satuan bulan paling lama 12 (dua belas) bulan.
- (10) Penetapan Target dari aspek biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf d hanya berlaku untuk pemangku Jabatan Eselon I dan Eselon II atau pejabat lain yang memimpin satuan kerja mengacu pada Daftar



Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 9

- (1) Penyusunan SKP dilakukan secara *online* melalui sistem aplikasi PPKPNS dengan menggunakan formulir.
- (2) Formulir sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dari Pejabat Penilai yang memiliki akun untuk mengakses sistem aplikasi PPKPNS secara *online* melalui <https://ppkpns.kemkes.go.id>.
- (3) Akun yang dimiliki oleh Pejabat Penilai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Kepala Biro Kepegawaian.
- (4) Formulir SKP yang telah diisi dan disepakati bersama antara Pegawai dengan Pejabat Penilai harus ditandatangani oleh kedua belah pihak sebagai kontrak kerja.
- (5) Ketentuan mengenai tata cara penyusunan dan penilaian SKP secara *online* melalui aplikasi PPKPNS Kementerian Kesehatan tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

#### Pasal 10

- (1) Dalam hal Uraian Tugas Jabatan yang tercantum dalam formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) belum mengakomodir Kegiatan Tugas Jabatan Pegawai yang bersangkutan, maka Pegawai dapat menambahkan Kegiatan Tugas Jabatan yang baru.
- (2) Penambahan Uraian Tugas Jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didasarkan pada tugas dan fungsi unit kerja, baik yang bersifat tetap atau periodik.
- (3) Penambahan Uraian Tugas Jabatan yang sifatnya tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dimasukkan ke dalam Uraian Tugas Jabatan pada awal masa pengisian SKP, atau paling lama satu bulan sejak pengangkatan dalam hal mutasi Jabatan.



- (4) Penambahan Uraian Tugas Jabatan yang bersifat periodik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan pada masa penilaian SKP sebagai tugas tambahan.

## Bagian Kedua

### Penilaian SKP

#### Pasal 11

- (1) Penilaian SKP dihitung berdasarkan bukti fisik/*softcopy* berupa laporan, dokumen, naskah, draf, surat tugas, catatan kerja harian yang di buat oleh Pegawai, atau bukti lain yang terkait dengan pelaksanaan tugas yang ditargetkan.
- (2) Penilaian SKP dilakukan dengan cara membandingkan antara realisasi kerja dengan Target sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam hal realisasi kerja dari aspek kuantitas melebihi dari Target, maka penilaian dari aspek kuantitas hanya dapat diberikan untuk realisasi kerja paling tinggi 50% (lima puluh persen) dari Target awal.
- (4) Dalam hal realisasi kerja dari aspek kuantitas melebihi 50% (lima puluh persen) dari Target awal, harus dilakukan perubahan penetapan (*adjustment*) terhadap Target awal.
- (5) Ketentuan mengenai perubahan penetapan (*adjustment*) terhadap Target awal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

#### Pasal 12

- (1) Pegawai yang tidak mencapai Target karena faktor di luar kemampuan Pegawai yang bersangkutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dapat dilakukan perubahan Target.
- (2) Perubahan Target sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan pada saat akhir masa penilaian SKP oleh Pejabat Penilai.

**BAB IV**  
**PENILAIAN PERILAKU KERJA**

**Pasal 13**

- (1) Penilaian Perilaku Kerja meliputi aspek:
  - a. orientasi pelayanan;
  - b. integritas;
  - c. komitmen;
  - d. disiplin;
  - e. kerjasama; dan
  - f. kepemimpinan
- (2) Penilaian Perilaku Kerja dilakukan dengan menggunakan metode 360° (tiga ratus enam puluh derajat).
- (3) Metode 360° (tiga ratus enam puluh derajat) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan penilaian Perilaku Kerja melalui pengamatan dari Pejabat Penilai, Sejawat, dan bawahan.
- (4) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), penilaian perilaku terhadap Pegawai yang sedang tugas belajar hanya dilakukan oleh Pejabat Penilai, tanpa dinilai oleh Sejawat dan/atau bawahan.
- (6) Tata cara penilaian Perilaku Kerja dilakukan secara online melalui <https://ppkpna.kemkes.go.id>.
- (5) Ketentuan mengenai penilaian Perilaku Kerja tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

**BAB V**  
**KETENTUAN LAIN-LAIN**

**Pasal 14**

- (1) Dalam hal terjadi kekosongan Pejabat Penilai atau Atasan Pejabat Penilai maka Pelaksana Harian dan Pelaksana Tugas dapat menetapkan SKP dan penilaian Prestasi Kerja.

- (2) Pelaksana Harian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah pejabat yang melaksanakan tugas rutin dari pejabat definitif yang berhalangan sementara.
- (3) Pelaksana Tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah pejabat yang melaksanakan tugas rutin dari pejabat definitif yang berhalangan tetap.

## BAB VI

### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 15

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 96 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Sasaran Kerja Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 73) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

#### Pasal 16

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.



Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 15 Januari 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 4 Februari 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,


ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 76

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN  
 PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
 REPUBLIK INDONESIA  
 NOMOR 1 TAHUN 2019  
 TENTANG  
 PEDOMAN PENILAIAN PRESTASI KERJA PEGAWAI  
 DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

PEDOMAN PENILAIAN PRESTASI KERJA PEGAWAI DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

I. PEJABAT PENILAI DAN ATASAN PEJABAT PENILAI

Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
KANTOR PUSAT	Yang dinilai Sekretaris Jenderal / Inspektur Jenderal / Direktur Jenderal / Kepala Badan / Staf Ahli	Menteri Kesehatan	-
Sekretariat Jenderal	Kepala Biro / Kepala Pusat di lingkungan	Sekretaris Jenderal	Menristek
	Sekretariat Jenderal / Sekretaris KKI	Kepala Biro / Kepala Pusat / Sekretaris KKI	Sekretaris Jenderal
	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Bagian	Kepala Biro / Kepala Pusat / Sekretaris KKI
	Kepala Sub Bagian		

Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
Inspektorat Jenderal	Kepala Sub Bidang	Kepala Bidang	Kepala Biro / Kepala Pusat / Sekretaris KKI
	Fungsional Utama	Kepala Biro / Kepala Pusat / Sekretaris KKI	Sekretaris Jenderal
	Fungsional Madya	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Biro / Kepala Pusat / Sekretaris KKI
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian / Kepala Sub Bidang	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Pelaksana	Kepala Sub Bagian / Kepala Sub Bidang	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Sekretaris Inspektorat Jenderal / Inspektur	Inspektur Jenderal	Menteri Kesehatan
	Kepala Bagian	Sekretaris Inspektorat Jenderal	Inspektur Jenderal
	Kepala Sub Bagian (di lingkungan Sekretariat)	Kepala Bagian	Sekretaris Inspektorat Jenderal
	Kepala Sub Bagian (di lingkungan Inspektorat)	Inspektur	Inspektur Jenderal
	Fungsional Utama / Madya	Inspektur	Inspektur Jenderal
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (di lingkungan Sekretariat)	Kepala Sub Bagian	Kepala Bagian
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian	Inspektur



Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
Direktorat Jenderal	(di lingkungan Inspektorat)		
	Pelaksana (di lingkungan Sekretariat)	Kepala Sub Bagian	Kepala Bagian
	Pelaksana (di lingkungan Inspektorat)	Kepala Sub Bagian	Inspektur
	Sekretaris Direktorat Jenderal / Direktur Direktorat	Direktur Jenderal	Menteri Kesehatan
	Kepala Bagian	Sekretaris Direktorat Jenderal	Direktur Jenderal
	Kepala Sub Direktorat	Direktur	Direktur Jenderal
	Kepala Sub Bagian (di lingkungan Sekretariat)	Kepala Bagian	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Kepala Sub Bagian (di lingkungan Direktorat)	Direktur	Direktur Jenderal
	Kepala Seksi	Kepala Sub Direktorat	Direktur
	Fungsional Madya	Kepala Bagian / Sub Direktorat	Sekretaris Direktorat Jenderal / Direktur
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Sub Direktorat
	Pelaksana (di lingkungan Sekretariat)	Kepala Sub Bagian	Kepala Bagian
	Pelaksana (di lingkungan Direktorat)	Kepala Seksi / Kepala Sub Bagian	Kepala Sub Direktorat
Badan Litbang Kesehatan dan	Sekretaris Badan / Kepala Pusat	Kepala Badan	Menteri Kesehatan
	Kepala Bagian	Sekretaris Badan	Kepala Badan / Kepala Pusat

Lingkungan	Yang dirilai	Pejabat Perilai	Atasan Pejabat Perilai
Badan PPSDM Kesehatan	Kepala Bidang	Kepala Pusat	Kepala Bidang
	Kepala Sub Bagian (di lingkungan Sekretariat)	Kepala Bagian	Sekretaris Badan
	Kepala Sub Bagian (di lingkungan Pusat)	Kepala Bagian	Kepala Pusat
	Kepala Sub Bidang	Kepala Bidang	Kepala Pusat
	Fungsional Utama	Kepala Pusat	Kepala Badan
	Fungsional Madya	Kepala Bidang	Kepala Pusat
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian / Kepala Sub Bidang	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Pelaksana	Kepala Sub Bagian / Kepala Sub Bidang	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Kepala Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian	Sekretaris Direktorat Jenderal	Direktur Jenderal
	Kepala Seksi / Kepala Sub Bagian	Kepala Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian	Sekretaris Direktorat Jenderal
UNIT PELAYANAN KESEHATAN KEMENKES	Fungsional Utama	Kepala Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional Madya / Muda / Pertama / Terampil	Kepala Seksi / Kepala Sub Bagian	Kepala Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian
	Pelaksana	Kepala Seksi / Kepala Sub Bagian	Kepala Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian
		Kepala Seksi / Kepala Sub Bagian	Kepala Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian

Langkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
UPT RUMAH SAKIT	Direktur Utama (Eselon II/ Yang disetarakan Eselon II)	Direktur Jenderal	Kemenkes
	Direktur (Pemimpin Rumah Sakit/ Eselon III)	Sekretaris Direktorat Jenderal	Menteri Kesehatan
	Direktur (Eselon II/ Yang disetarakan Eselon II)	Direktur Utama	Direktur Jenderal
	Direktur (Eselon III)	Direktur Utama	Direktur Jenderal
	Kepala Bagian / Kepala Bidang/ Yang disetarakan Eselon III	Direktur yang membidangi	Direktur Utama
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Direktur yang membidangi
	Fungsional / Pelaksana yang menjabat Kepala Instalasi / Kepala Ruangan / Ketua Komite / Ketua Satuan Pengawas Internal	Direktur yang membidangi	Direktur Utama
	Fungsional Utama	Direktur yang membidangi	Direktur Utama
	Fungsional Madya	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Direktur yang membidangi
	Fungsional Madya (di lingkungan Instalasi / Ruangan/ Satuan / Komite)	Kepala Instalasi / Kepala Ruangan/ Ketua Satuan / Ketua Komite	Direktur yang membidangi
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (di	Kepala Instalasi / Kepala Ruangan /	Direktur yang membidangi



Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
UPT BBLK / BBKPM / BPFK / BKMM	Lingkungan Instalasi / Ruang / Satuan / Komite)	Ketua Satuan / Ketua Komite	
	Pelaksana	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Pelaksana (di lingkungan Instalasi / Ruang)	Kepala Instalasi / Kepala Ruang	Direktur yang membidangi
	Kepala Balai (Eselon II)	Direktur Jenderal	Menteri Kesehatan
	Kepala Balai (Eselon III)	Sekretaris Direktorat Jenderal	Direktur Jenderal
	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Balai (Eselon II)	Direktur Jenderal
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang / Kepala Balai (Eselon III)	Kepala Balai (Eselon II) / Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional yang menjabat Kepala Instalasi	Kepala Balai (Eselon II,III)	Direktur Jenderal / Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional Utama	Kepala Balai (Eselon II,III)	Direktur Jenderal / Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional Madya	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Balai (Eselon II,III)
Fungsional Madya (di lingkungan Instalasi)	Kepala Instalasi	Kepala Balai (Eselon II,III)	
Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang / Kepala Balai (Eselon III)	

Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
UPT LPFK	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (di lingkungan Instalasi)	Kepala Instalasi	Kepala Balai (Eselon II,III)
	Pelaksana	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang / Kepala Balai (Eselon III)
	Pelaksana (di lingkungan Instalasi)	Kepala Instalasi	Kepala Balai (Eselon II,III)
	Kepala Loka	Sekretaris Direktorat Jenderal	Direktur Jenderal
	Kepala Urusan Tata Usaha	Kepala Loka	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional Madya	Kepala Loka	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Urusan Tata Usaha	Kepala Loka
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (di lingkungan Instalasi)	Kepala Instalasi	Kepala Loka
	Pelaksana	Kepala Urusan Tata Usaha	Kepala Loka
	Kepala Kantor (Eselon II)	Direktur Jenderal	Menteri Kesehatan
UPT KKP	Kepala Kantor (Eselon III, IV)	Sekretaris Direktorat Jenderal	Direktur Jenderal
	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Kantor (Eselon II)	Direktur Jenderal
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (Pimpinan Eselon II)	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Kantor

Lingkungan	Yang dimiliki	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (Pimpinan Eselon III)	Kepala Kantor	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Kepala Urusan Tata Usaha (Pimpinan Eselon IV)	Kepala Kantor	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional / Pelaksana yang menjabat Koordinator Wilker (Pimpinan Eselon II)	Kepala Kantor (Eselon II)	Direktur Jenderal
	Fungsional / Pelaksana yang menjabat Koordinator Wilker (Pimpinan Eselon III, IV)	Kepala Kantor (Eselon III, IV)	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional Madya	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Kantor (Eselon II)
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang / (Kepala Khusus KKP Kelas II, III, IV)
	Pelaksana	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang / (Kepala Khusus KKP Kelas II, III, IV)
	Fungsional Madya (di lingkungan Wilker)	Koordinator Wilker / Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (yang di	Kepala Bidang / Kepala Kantor



Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
	Fungsional Muda / Peruma / Terampil (di lingkungan Wilker)  Pelaksana  Pelaksana (di lingkungan Wilker)	ditetapkan oleh Kepala Kantor)  Koordinator Wilker / Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (yang di tetapkan oleh Kepala Kantor)  Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi / Kepala Urusan Tata Usaha  Koordinator Wilker / Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (yang di tetapkan oleh Kepala)	Kepala Bidang / Kepala Kantor  Kepala Bagian / Kepala Bidang / Kepala Kantor (Eselon III,IV)  Kepala Bidang / Kepala Kantor
UPT BBTKL & PP / BTKL & PP	Kepala Balai (Eselon II) Kepala Balai (Eselon III) Kepala Bagian / Kepala Bidang Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (Pimpinan Eselon II) Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (Pimpinan Eselon III) Fungsional yang menjabat Kepala Instalasi	Direktur Jenderal Sekretaris Direktorat Jenderal Kepala Balai (Eselon II) Kepala Bagian / Kepala Bidang Kepala Balai Kepala Balai Kepala Balai (Eselon II,III)	Menteri Kesehatan Direktur Jenderal Direktur Jenderal Kepala Balai Sekretaris Direktorat Jenderal Direktur Jenderal / Sekretaris

Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
	Fungsional Madya (Pimpinan Eselon II)	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Direktorat Jenderal
	Fungsional Madya (Pimpinan Eselon III)	Kepala Balai	Kepala Balai
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (Pimpinan Eselon II)	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (Pimpinan Eselon III)	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Pelaksana (Pimpinan Eselon II)	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Balai
	Pelaksana (Pimpinan Eselon III)	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Balai
	Pelaksana (di lingkungan Instalasi)	Kepala Instalasi	Kepala Balai
UPT BKOM	Kepala Balai	Sekretaris Direktorat Jenderal	Direktur Jenderal
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Balai	Sekretaris Direktorat Jenderal
	Fungsional	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Balai
	Pelaksana	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Balai
UPT BKTM	Kepala Balai	Sekretaris Direktorat Jenderal	Direktur Jenderal
	Kepala Sub Bagian	Kepala Balai	Sekretaris Direktorat Jenderal

Lingkungan	Yang dimulai	Pejabat Perilai	Atasan Pejabat Perilai
UPT LOKA	Fungsional	Kepala Sub Bagian	Kepala Balai
	Pelaksana	Kepala Sub Bagian	Kepala Balai
	Kepala Loka	Sekretaris Direktorat Jenderal	Direktur Jenderal
	Fungsional	Kepala Loka	Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum
UPT BALAI BESAR LITBANG KESEHATAN/ BALAI LITBANG KESEHATAN	Pelaksana	Kepala Loka	Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum
	Kepala Balai Besar (Eselon II)	Kepala Badan	Menteri Kesehatan
	Kepala Balai (Eselon III)	Sekretaris Badan	Kepala Badan
	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Balai Besar (Eselon II)	Kepala Badan
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (Pimpinan Eselon II)	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Balai Besar
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (Pimpinan Eselon III)	Kepala Balai	Sekretaris Badan
	Fungsional Utama / Madya	Kepala Balai	Kepala Badan
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (Pimpinan Eselon II)	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Balai
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi	Kepala Balai



Lingkup	Yang dinilai	Pejabat Perihal	Atasan Pejabat Perihal
Lingkup	(Pimpinan Eselon III)		
	Pelaksana (Pimpinan Eselon II)	Kepala Sub Bagian / Kepala Belani	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Pelaksana (Pimpinan Eselon III)	Kepala Sub Bagian / Kepala Belani	Kepala Belani
	Kepala Loka	Kepala Pusat Lathbang (peringgampunya)	Kepala Badan
	Kepala Urusan Tata Usaha	Kepala Loka	Kepala Pusat Lathbang (peringgampunya)
LITBANG	Fungsional Madya	Kepala Loka	Kepala Pusat Lathbang (peringgampunya)
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil	Kepala Urusan Tata Usaha	Kepala Loka
	Pelaksana	Kepala Urusan Tata Usaha	Kepala Loka
	Direktur	Sekretaris Badan	Kepala Badan
	Wakil Direktur	Direktur	Sekretaris Badan
UPT POLTEKES	Kepala Bagian (Kelas I)	Direktur	Sekretaris Badan
	Ketua Jurusan / Kepala Instalasi / Kepala Pusat / Kepala Unit (Kelas I, II, III)	Wakil Direktur	Direktur
	Kepala Sub Bagian (Kelas I)	Kepala Bagian	Direktur
	Kepala Sub Bagian (Kelas II, III)	Direktur	Sekretaris Badan

Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
UPT BBPK / BAPELKES	Ketua Prodi (Kelas II, III)	Ketua Jurusan	Wakil Direktur
	Fungsional Utama / Madya	Wakil Direktur	Direktur
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (di lingkungan Jurusan / Instalasi / Pusat / Unit)	Ketua Jurusan / Kepala Instalasi / Kepala Pusat / Kepala Unit	Wakil Direktur
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (Kelas I)	Kepala Sub Bagian	Kepala Bagian
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (Kelas II, III)	Kepala Sub Bagian	Wakil Direktur
	Pelaksana (di lingkungan Jurusan / Instalasi / Pusat / Unit)	Ketua Jurusan / Kepala Instalasi / Kepala Pusat / Kepala Unit	Wakil Direktur
	Pelaksana (Kelas I)	Kepala Sub Bagian	Kepala Bagian
	Pelaksana (Kelas II, III)	Kepala Sub Bagian	Wakil Direktur
	Kepala Balai (Eselon II)	Kepala Badan	Menteri Kesehatan
	Kepala Balai (Eselon III)	Sekretaris Badan	Kepala Badan
	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Balai (Eselon II)	Kepala Badan
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (Pimpinan Eselon II)	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Balai
	Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi (Pimpinan)	Kepala Balai	Sekretaris Badan

Lingkungan	Yang dinilai	Pejabat Penilai	Atasan Pejabat Penilai
	Eselon III)		
	Fungsional Utama (Pimpinan Eselon II)	Kepala Balai (Eselon II)	Kepala Badan
	Fungsional Madya (Pimpinan Eselon II)	Kepala Bagian / Kepala Bidang	Kepala Balai
	Fungsional Madya (Pimpinan Eselon III)	Kepala Balai	Sekretaris Badan
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (Pimpinan Eselon II)	Kepala Sub Bagian / Kepala Sekai	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Fungsional Muda / Pertama / Terampil (Pimpinan Eselon III)	Kepala Sub Bagian / Kepala Sekai	Kepala Balai
	Pelaksana (Pimpinan Eselon II)	Kepala Sub Bagian / Kepala Sekai	Kepala Bagian / Kepala Bidang
	Pelaksana (Pimpinan Eselon III)	Kepala Sub Bagian / Kepala Sekai	Kepala Balai



## II. TATA CARA PENYUSUNAN DAN PENILAIAN SKP SECARA *ONLINE* MELALUI APLIKASI PPKPNS KEMENTERIAN KESEHATAN

### A. Umum

Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil (PPK PNS) dilaksanakan untuk mengevaluasi kinerja individu Pegawai, yang dapat memberi petunjuk bagi manajemen dalam rangka mengevaluasi kinerja unit dan kinerja organisasi.

Dalam melakukan Penilaian Prestasi Kerja Pegawai dibangun suatu aplikasi untuk membantu CPNS/PNS yang berada di Unit Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan dalam melakukan penilaian prestasi kerja. Aplikasi tersebut terintegrasi dengan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian (SIMKA) yang dinamakan aplikasi PPK PNS.

Aplikasi PPKPNS merupakan sistem aplikasi penilaian prestasi kerja Pegawai (PNS dan CPNS) berbasis web di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Untuk melakukan proses penilaian prestasi kerja, perlu dipahami terlebih dahulu tahapan yang harus dilakukan:



Gambar 1. Alur Penyusunan Penilaian Prestasi Kerja

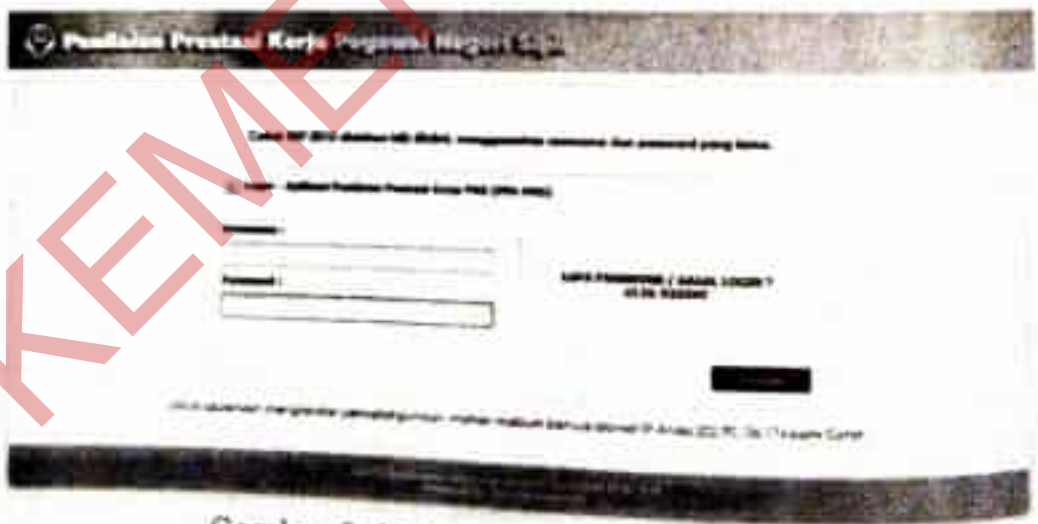
### B. Tata Cara Penyusunan dan Penilaian SKP Melalui Aplikasi PPKPNS

Pegawai mengakses Aplikasi PPKPNS melalui *website* Biro Kepegawaian dan memilih Modul Penilaian Kinerja atau dapat langsung di akses melalui alamat <https://ropeg.kemkes.go.id> seperti Gambar di bawah ini:



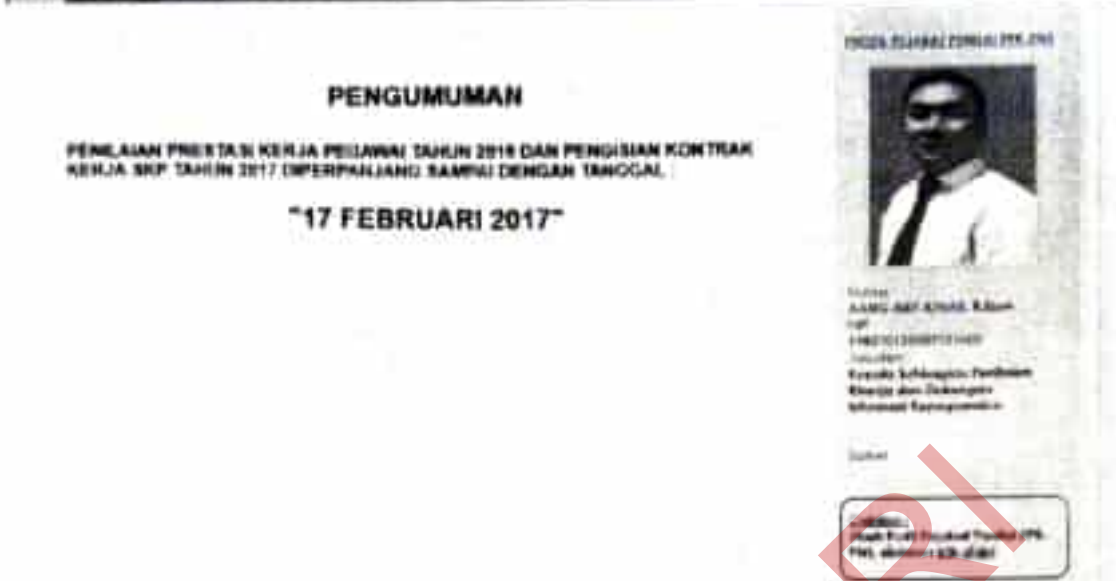
Gambar 2. Website Biro Kepegawaian

Pilih menu "Penilaian Kinerja" seperti pada Gambar 2 atau dapat juga dengan cara mengakses langsung ke alamat PPK PNS di alamat <https://ppkpns.kemkes.go.id>, maka muncul halaman login seperti pada di bawah ini:



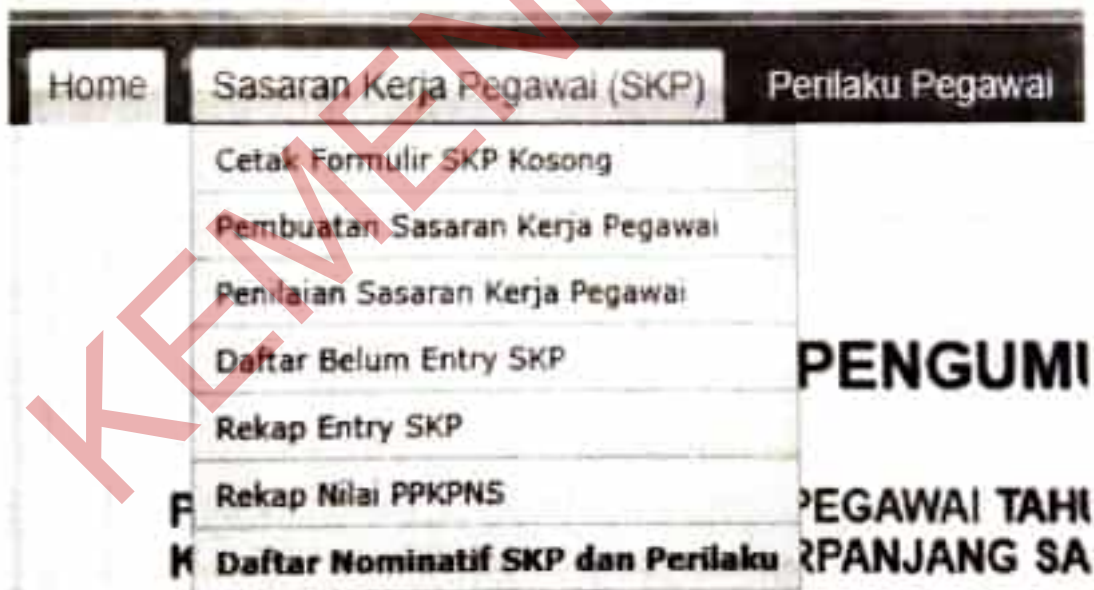
Gambar 3. Halaman Login PPKPNS

Masukkan *username* dan *password* Tim Penilai yang dimiliki, akan muncul halaman seperti Gambar 4 berikut:



Gambar 4. Halaman *Home* Aplikasi PPK PNS

Tombol **Klik disini** seperti yang dapat di lihat pada Gambar 4 berfungsi untuk mengubah password dan foto pegawai (disarankan untuk melakukan perubahan password anda secara berkala untuk menjaga keamanan akun).



Gambar 5. Menu Sasaran Kerja Pegawai (SKP)

Di dalam menu Sasaran Kerja Pegawai terdapat beberapa menu sebagai berikut:



No	Menu	Fungsi
1.	Cetak Formulir SKP Kosong	Untuk mencetak formulir SKP kosong sebagai bahan penyusunan SKP secara manual
2.	Pembuatan SKP	Untuk memasukkan SKP yang telah disusun dan disetujui oleh pejabat penilai
3.	Penilaian SKP	Untuk memasukkan data penilaian SKP pada akhir tahun penilaian
4.	Daftar Belum Entry SKP	Untuk melihat siapa saja yang belum membuat SKP di bawah pejabat penilai (merupakan bagian dari laporan Pejabat Penilai).
5.	Rekap Entry SKP	Untuk merekap data pegawai yang sudah membuat SKP, belum membuat SKP serta pegawai yang sedang tugas belajar (merupakan bagian dari laporan Pejabat Penilai).
6.	Rekap Nilai PPKPNS	Untuk mengetahui range penilaian yang didapat pegawai di bawah pejabat penilai (merupakan bagian dari laporan Pejabat Penilai).
7.	Daftar Nominatif SKP dan Perilaku	Untuk mencetak ringkasan hasil penilaian SKP dan Perilaku dibawah satuan kerja (merupakan bagian dari laporan Pejabat Penilai)

1) Mencetak Formulir SKP Kosong

Sebelum kita mulai menyusun SKP pada awal tahun, hal pertama yang harus kita lakukan adalah mencetak formulir kosong sesuai dengan nama dan jabatan masing-masing. Proses ini dilakukan untuk memudahkan pegawai dalam menyusun SKP serta memudahkan dalam melakukan proses *entry* SKP ke dalam aplikasi PPK PNS.

Cetak Formulir SKP Kosong

Nama Pegawai:	Kategori Jabatan:
Tempat Kerja:	Selubung Kerja:
Tahun Kerja:	Br. Tersebut:
Salah Pegawai:	Buat Matrik dan Rencana Kerja Pegawai:
Unit Organisasi:	Salah Pegawai dan Rencana Kerja Pegawai:
Unit Kerja:	
<input type="button" value="Cetak Formulir"/>	

No	Nama Pegawai	Jabatan	Persentase	Unit Kerja	Aksi
1	DAMARUS, SUPRIATN A.Md (NIP. 1980080201512170)	Peneliti Komputer Pemula (Pangkat) Selubung Informasi	80%	SKP 2 Komputer	✓
12	LAMIN MAJ MELIYATI (NIP. 1970120320041902)	Peneliti Komputer Pemula (Pangkat) Lanjutan	80%	SKP 1000 Komputer	✓ ↕ ↕
13	WITA PERIYANA, S.Sam (NIP. 19670807200812100)	Peneliti Komputer Pemula	85%	Salah Informasi	✓ ↕
14	RIYANADI PARTIYENINGRAN (NIP. 19800407201803180)	Peneliti Komputer Pemula	80%	SKP 2 Komputer	✓ ↕ ↕

Gambar 6. Menu Cetak Formulir SKP

Menu bergambar ✓ berfungsi untuk mencetak formulir SKP kosong sesuai dengan jabatan yang dipangku saat ini. Apabila pegawai tersebut memegang Jabatan Fungsional (JF), maka akan muncul 2 (dua) tombol tambahan yaitu ↕ (mencetak uraian tugas pokok jabatan 1 jenjang dibawahnya) dan ↕ (mencetak uraian tugas pokok jabatan 1 jenjang diatasnya). Apabila menu tersebut ditekan, maka akan muncul halaman formulir SKP seperti Gambar 7, 8, dan 9 berikut:

a. Contoh Formulir SKP Jabatan Struktural

SIKIP/KEEM/PEMBINA			
NO	1. PELAKSANA	NO	2. PELAKSANA BINA/PEMBAKOR/PEMBAKOR
1	Nama	1	Nama
2	NP	2	NP
3	Pangkat/Golongan	3	Pangkat/Golongan
4	Unit	4	Unit
5	Unit Kerja	5	Unit Kerja
6	3. URAIAN TUGAS POKOK JABATAN		
6	1	6	1
7	2	7	2
8	3	8	3
9	4	9	4
10	5	10	5
11	6	11	6
12	7	12	7
13	8	13	8
14	9	14	9
15	10	15	10
16	11	16	11
17	12	17	12
18	13	18	13
19	14	19	14
20	15	20	15
21	16	21	16
22	17	22	17
23	18	23	18
24	19	24	19
25	20	25	20
26	21	26	21
27	22	27	22
28	23	28	23
29	24	29	24
30	25	30	25
31	26	31	26
32	27	32	27
33	28	33	28
34	29	34	29
35	30	35	30
36	31	36	31
37	32	37	32
38	33	38	33
39	34	39	34
40	35	40	35
41	36	41	36
42	37	42	37
43	38	43	38
44	39	44	39
45	40	45	40
46	41	46	41
47	42	47	42
48	43	48	43
49	44	49	44
50	45	50	45
51	46	51	46
52	47	52	47
53	48	53	48
54	49	54	49
55	50	55	50
56	51	56	51
57	52	57	52
58	53	58	53
59	54	59	54
60	55	60	55
61	56	61	56
62	57	62	57
63	58	63	58
64	59	64	59
65	60	65	60
66	61	66	61
67	62	67	62
68	63	68	63
69	64	69	64
70	65	70	65
71	66	71	66
72	67	72	67
73	68	73	68
74	69	74	69
75	70	75	70
76	71	76	71
77	72	77	72
78	73	78	73
79	74	79	74
80	75	80	75
81	76	81	76
82	77	82	77
83	78	83	78
84	79	84	79
85	80	85	80
86	81	86	81
87	82	87	82
88	83	88	83
89	84	89	84
90	85	90	85
91	86	91	86
92	87	92	87
93	88	93	88
94	89	94	89
95	90	95	90
96	91	96	91
97	92	97	92
98	93	98	93
99	94	99	94
100	95	100	95

Gambar 7. Formulir SKP Jabatan Struktural



b. Contoh Formulir SKP Jabatan Pelaksana

SABARAN KINERJA PEKAWAJ (SKP)

I. PEMINTI PENILAI		II. PEKAWAJ NIMBANG SKP/ YANG DINILAI				
1	Nama	1	Nama			
2	NP	2	NP			
3	Pangkat/Gol.Ruang	3	Pangkat/Gol.Ruang			
4	Jabatan	4	Jabatan			
5	Unit Kerja	5	Unit Kerja			
III. KINERJA TUGAS POKOK JABATAN		AK	TARGET			
NO	DESKRIPSI TUGAS POKOK JABATAN	AK	SIKAP/OUTPUT	BIJAK/MUTI	WAKTU	BIKSA
1	Mempersiapkan dan melaksanakan program dan kerja UPT yang telah ditetapkan	-				
2	Melaksanakan proses pengawasan secara menyeluruh dan ketekunan program baik melalui aplikasi pengawasan maupun secara manual	-				
3	Mempersiapkan dan melaksanakan kegiatan dan dukungan administrasi program dan kerja UPT	-				
4	Melaksanakan koordinasi dan komunikasi dengan instansi lain dan kerja UPT	-				
5	Mempersiapkan dan melaksanakan program dan kerja UPT	-				
6	Melaksanakan kegiatan (kemahasiswaan) dan pengawasan dan kerja UPT melalui aplikasi pengawasan	-				
7	Mempersiapkan dan melaksanakan program dan kerja UPT	-				
8	Mempersiapkan dan melaksanakan program dan kerja UPT	-				
9	Mempersiapkan dan melaksanakan program dan kerja UPT	-				
10	Melaksanakan tugas kehumasan dan yang dipertanggungjawabkan	-				
11	Melaksanakan tugas kehumasan dan yang dipertanggungjawabkan	-				

Gambar 8. Formulir SKP Jabatan Pelaksana

c. Contoh Formulir SKP Jabatan Fungsional

SABARAN KINERJA PEKAWAJ (SKP)

I. PEMINTI PENILAI		II. PEKAWAJ NIMBANG SKP/ YANG DINILAI				
1	Nama	1	Nama			
2	NP	2	NP			
3	Pangkat/Gol.Ruang	3	Pangkat/Gol.Ruang			
4	Jabatan	4	Jabatan			
5	Unit Kerja	5	Unit Kerja			
III. KINERJA TUGAS POKOK JABATAN		AK	TARGET			
NO	DESKRIPSI TUGAS POKOK JABATAN	AK	SIKAP/OUTPUT	BIJAK/MUTI	WAKTU	BIKSA
1	IMPLEMENTASI SISTEM INFORMASI					
2	Implementasi Sistem Komputer dan Program Fisik					
3	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
4	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
5	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
6	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
7	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
8	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
9	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
10	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
11	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
12	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
13	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					
14	Melakukan spesifikasi sistem komputer sesuai komputer (1.47) (Rai)					

Gambar 9. Formulir SKP Jabatan Fungsional

2) Pembuatan SKP

Tahapan pertama dalam pembuatan SKP adalah cetak formulir SKP Kosong, pada tahapan pengisian sebaiknya dilakukan secara manual oleh masing-masing pegawai dan disetujui oleh pejabat penilai, tahapan berikutnya adalah pejabat penilai memasukkan kontrak SKP yang telah disetujui ke dalam aplikasi PPKPNS. Untuk melakukan entry SKP pilih menu seperti dibawah ini:

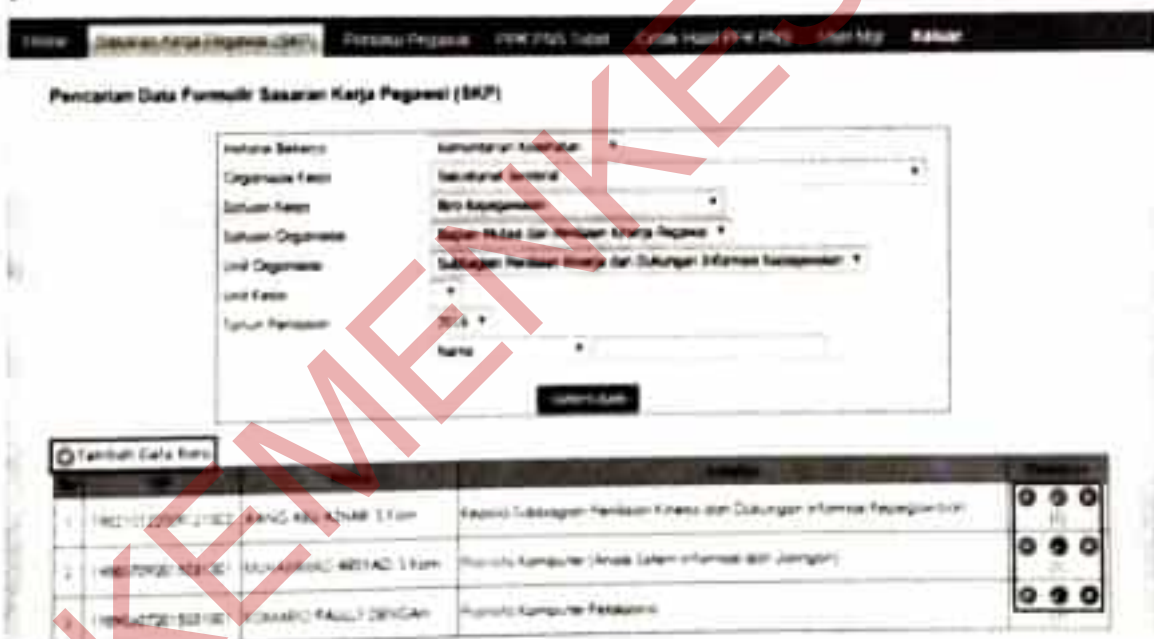







Gambar 10. Menu Pembuatan SKP

**Catatan** : Penetapan SKP dan targetnya sebaiknya disatukan pada workshop perencanaan masing-masing unit kerja.

Setelah menu tersebut dipilih, maka akan muncul halaman seperti pada Gambar berikut:



Gambar 11. Halaman Pencarian Formulir SKP

Tombol **TAMPILKAN** berfungsi untuk menampilkan pegawai yang telah dibuatkan formulir SKP-nya. Tombol  berfungsi untuk mengubah data, tombol  berfungsi untuk mencetak SKP yang telah dibuat, dan tombol  berfungsi untuk menghapus formulir SKP. Untuk membuat SKP baru, klik tombol **Tambah Data Baru** seperti dapat dilihat pada Gambar 11. Jika tombol Tambah Data Baru di tekan, maka akan muncul halaman seperti Gambar berikut:




Gambar 12. Halaman Pencarian Pegawai

Tombol **TAMPILKAN** berfungsi untuk mencari pegawai yang akan di buatkan formulir SKP nya. Setelah data pegawai ditemukan, penyusunan formulir SKP dapat dilakukan dengan menekan tombol **Proses** seperti yang dapat di lihat pada Gambar 12 sehingga akan muncul halaman seperti Gambar berikut:



Gambar 13. Halaman Entry Formulir SKP

Kolom Nama, NIP, Pangkat dan Gol.Ruang, Jabatan, dan Unit Kerja pada bagian II (Pejabat Penilai) akan secara otomatis terisi sesuai dengan data pejabat penilai yang melakukan login, namun bisa diubah sesuai data yang benar. Tombol  berfungsi untuk melakukan pencarian atasan

pejabat penilai secara otomatis atau dapat juga diisi secara manual sesuai data yang benar. Setelah semua data terisi dengan benar, tekan tombol **LANJUTKAN** untuk menyimpan dan melanjutkan proses pembuatan formulir SKP. Setelah tombol tersebut ditekan, akan muncul halaman seperti Gambar 14, 15, dan 16 berikut:

a. Contoh Formulir Entry SKP Jabatan Struktural

Form Entry Formulir Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)

Daftar sesuai dengan: AANG RBB ADNAR 1.0 dan  
 Peraturan tanggal: 30 Februari 2017  
 Nomor: 1847/16

NO. 3. PELAJAI PENILAI		NO. 4. PEGAWAI BERSIKIP YANG DINILAI	
1. Nama	Dr. FuKARHaji Al Fau	1. Nama	AANG RBB ADNAR 1.0 dan
2. NIP	146211110021201	2. NIP	146211110021201
3. Pangkat/Gol Ruang	Pembina III/c	3. Pangkat/Gol Ruang	Pembina III/c
4. Jabatan	Kasubid Tugan Mula dan Peningkatan Energi Regenerasi	4. Jabatan	Kasubid Subbidang Peningkatan Energi dan Dukungan Informasi Teknologi
5. Unit Kerja	Unit Kelengkapan	5. Unit Kerja	Unit Kelengkapan

NO.	KETERANGAN	KETERANGAN						
		NO.	INDIKATOR	SKOR	BOUNDS	BOUNDS		
1.	Menerencanakan kegiatan Subbidang Peningkatan Energi dan Dukungan Informasi Teknologi berdasarkan Rencana Operasional Tugan Mula dan Peningkatan Energi Regenerasi dan menentukan yang berlaku sebagai pedoman pelaksanaan tugas	-	14	Luar Biasa	100	12	Bulan	0
2.	Membuat tugas harian berdasarkan di lingkungan Subbidang Peningkatan Energi dan Dukungan Informasi Teknologi sesuai dengan beban kerja dan tanggung jawab yang diberikan untuk melaksanakan pelaksanaan tugas	-						
3.	Membuat perencanaan pegawai di lingkungan Subbidang Peningkatan Energi dan Dukungan Informasi Teknologi sesuai dengan beban kerja dan tanggung jawab yang diberikan agar pelaksanaan sesuai kerja dan standar	-						
4.	Melakukan urusan pengendalian kinerja pegawai dengan memperhatikan kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku	-	7	Luar Biasa	100	12	Bulan	0
5.	Melakukan pengendalian dan pemeliharaan hasil data kepegawaian dan kesehatan	-	12	Luar Biasa	100	12	Bulan	0
6.	Melakukan pengendalian dan pemeliharaan hasil data kinerja pegawai dengan memperhatikan kesehatan	-	2	Luar Biasa	100	12	Bulan	0
7.	Melakukan pengendalian dan pemeliharaan hasil data kinerja kepegawaian di lingkungan kerja dengan memperhatikan kesehatan	-	13	Luar Biasa	100	12	Bulan	0

Gambar 14. Halaman Entry Formulir SKP Struktural



## b. Contoh Formulir Entry Jabatan Pelaksana

### Form Entry Formulir Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)

Data diambil oleh: AANG ABU AZHAR, S.Esm  
 Pada tanggal: 8 Desember 2011  
 Waktu: 10:11:37

NO. 3. PEJABAT PENILAI		NO. 4. PEJAWAN NEGARI SIPK YANG DINILAI	
1. Nama	AANG ABU AZHAR, S.Esm	1. Nama	DEJAH PRATIWI, S.PP
2. NIP	198210122009121002	2. NIP	19811020019812002
3. Pangkat/Gol Ruang	Pendekar III/c	3. Pangkat/Gol Ruang	Pemula Muda Tk. I - III/c
4. Jabatan	Kepala Subbagian Pembinaan Energi dan Dukungan Informasi Kepegawaian	4. Jabatan	Analisis Kepegawaian (Analisis Manajemen Kepegawaian)
5. Unit Kerja	Bag. Kepegawaian	5. Unit Kerja	Bag. Kepegawaian

A. URAIAN JAWABAN		KETERANGAN			
No	Uraian Jawaban	1	2	3	4
1	Membuat draft format keikututan pegawai unit kerja UPT sesuai bentuk organisasi				
2	Melakukan analisis kepegawaian sesuai ketentuan dan keikututan pegawai baik secara siklus kepegawaian maupun secara mandiri				
3	Melakukan draft surat pengantar dan permohonan asumsi pendukung dalam rangka pengajuan dokumen kepegawaian baik secara teknis maupun mandiri				
4	Melakukan dan melaksanakan proses kepegawaian di lingkungan unit kerja UPT				
5	Membuat dokumen informasi pegawai unit kerja UPT				
6	Melakukan analisis pembaruan data kepegawaian unit kerja UPT secara siklus kepegawaian				
7	Membuat dokumen kebijakan dan pelaksanaan pegawai				
8	Membuat draft laporan kegiatan di Eselon IV terkait				
9	Membuat laporan pelaksanaan tugas				

Gambar 15. Halaman Entry Formulir SKP Jabatan Pelaksana

## c. Contoh Formulir Entry Jabatan Fungsional

### Form Entry Formulir Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)

Praktisi Komputer Pemula | Praktisi Komputer Perantara | Praktisi Komputer Mula

Data diambil oleh: AANG ABU AZHAR, S.Esm  
 Pada tanggal: 3 April 2012  
 Waktu: 11:10:38

NO. 3. PEJABAT PENILAI		NO. 4. PEJAWAN NEGARI SIPK YANG DINILAI	
1. Nama	AANG ABU AZHAR, S.Esm	1. Nama	DETA PRALAMA
2. NIP	198210122009121002	2. NIP	198708072009121001
3. Pangkat/Gol Ruang	Pemula III/c	3. Pangkat/Gol Ruang	Pemula Muda - N/a
4. Jabatan	Kepala Subbagian Pembinaan Energi dan Dukungan Informasi Kepegawaian	4. Jabatan	Praktisi Komputer Perantara
5. Unit Kerja	Bag. Kepegawaian	5. Unit Kerja	Bag. Kepegawaian

A. URAIAN JAWABAN		KETERANGAN			
No	Uraian Jawaban	1	2	3	4
1. MELAKUKAN TAD SISTEM INFORMASI					
a. Memanajemeni Sistem Komputer dan Program Peralat					
1	Membuat spesifikasi teknis komponen sistem komputer (S.14) (Tali)				
2	Mengatur proses-proses dalam media komputer (S.43) (Tali)				
3	Melakukan instalasi dan atau konfigurasi (S.37) (Tali)				
4	Membuat program peralat untuk pengguna Internasional (S.31) (Program)				
5	Membuat program peralat untuk pengguna Nasional (H.14) (Program)				
6	Membuat program peralat untuk pengguna antara internasional (S.58) (Program)				

Gambar 16. Halaman Formulir Entry SKP Jabatan Fungsional

**Form Entry Formular Satuan Kerja Pegawai (SOP)**

Data dibuat oleh: **AANG ABU ADHAR S.Sam**  
 Pada tanggal: **8 Desember 2017**  
 Waktu: **18:11:37**

NO	PELAKU PENYALA	NO	S. PEKERJAAN NEGARA SPM TANGGUNG JAWAB
1	Nama: AANG ABU ADHAR S.Sam	1	Nama: SCAH PRATNY I.P
2	NIP: 196102281962002	2	NIP: 196102281962002
3	Pangkat/Gol.Ruang: Penata - IIIb	3	Pangkat/Gol.Ruang: Penata Madya IV - IIIb
4	Jabatan: Ruang Lintasan Pegawai Kelas dan Cakupan Jabatan Kepegawaian	4	Jabatan: Analis Kepegawaian / Analis Manajemen Kepegawaian
5	Jenjang: SII Kepegawaian	5	Jenjang: SII Kepegawaian

NO	KEGIATAN	NO	KEGIATAN
1	Menerima staff formasi kepegawaian yang akan UPT atau lain sebagainya		
2	Melaksanakan proses kepegawaian yang berkaitan dengan kebutuhan pegawai baik melalui seleksi kepegawaian maupun secara langsung		
3	Menerima staff awal jabatan dan melakukan dokumen pendukung dalam rangka pengisian jabatan kepegawaian baik secara berkala maupun insidental		
4	Melaksanakan pendokumentasian profil kepegawaian di lingkungan unit kerja UPT		
5	Menerima dokumen informasi pegawai unit kerja UPT		
6	Melaksanakan updating perkembangan data kepegawaian unit kerja UPT melalui aplikasi kepegawaian		
7	Menerima dokumen kepegawaian dan kepegawaian pegawai		
8	Menerima staff kepegawaian di Kantor N' lokal		
9	Menerima laporan pelaksanaan tugas		
10	Melaksanakan tugas tambahan dan yang diutamakan lainnya		
11	Melaksanakan tugas kepegawaian		

**TAMBAH KEGIATAN**

Catatan: \* At Top PPA yang memiliki jabatan fungsional tertentu

Gambar 17. Kolom Entry Tambah Kegiatan

Menu **TAMBAH KEGIATAN** seperti Pada Gambar 17 berfungsi untuk menambahkan kegiatan tugas pokok jabatan apabila terdapat tugas terkait jabatan yang akan dikerjakan selama satu tahun berjalan tetapi belum ada di daftar. Setelah semua data selesai dimasukkan, tekan tombol **SIMPAN** untuk merekam semua data yang telah dimasukkan.

Kegiatan tugas pokok jabatan yang muncul pada halaman cetak hanya kegiatan yang telah diisi targetnya.



SASARAN KERJA PEGAWAI

I. PEJABAT PENILAI		II. PEGAWAI BERSI KIPIL YANG DINILAI	
1. Nama	ANILAH AZHAR, S.Kom	1. Nama	TRITA PRATIWI, S.Kom
2. NIP	1961012109120061	2. NIP	19610121091200611002
3. Pangkat/Golongan Ruang	Peny. III	3. Pangkat/Golongan Ruang	Peny. Madya - III/a
4. Jabatan	Kasubid Kajian dan Pengembangan Sistem dan Subbagian Sistem Pengembangan	4. Jabatan	Plasma Berencana Jaringan
5. Unit Kerja	Bid. Pengembangan	5. Unit Kerja	Tim Pengembangan

NO	JIL. KIRKERTAN TUGAS POKOK JABATAN	TAMBAH			
		ASAS/OUTPUT	BIAYA/PROTA	WAKTU	BIAYA
1	Menyusun program kerja : Untuk program Nasional (1.000/Program)	2.32	1 Program	100	12 Bulan
2	Menyusun program kerja : Untuk program nasional (2.000/Program)	0.58	1 Program	100	12 Bulan
3	Menyusun program kerja : Untuk program nasional (3.000/Program)	0.429	1 Program	100	12 Bulan
4	Menyusun program kerja : Untuk program nasional (7.000/Program)	0.603	1 Program	100	12 Bulan
5	Menyusun dokumentasi program kerja (1.000/Dokumen)	0.81	1 Dokumen	100	12 Bulan
6	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (2.000/Sistem)	5.114	4 Pengembangan	100	12 Bulan
7	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (3.000/Sistem)	4.344	11 Sistem	100	12 Bulan
8	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (4.000/Sistem)	3.574	110 Sistem	100	12 Bulan
9	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (5.000/Sistem)	2.804	11 Sistem	100	12 Bulan
10	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (6.000/Sistem)	2.034	11 Sistem	100	12 Bulan
11	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (7.000/Sistem)	1.264	11 Sistem	100	12 Bulan
12	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (8.000/Sistem)	0.494	11 Sistem	100	12 Bulan
13	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (9.000/Sistem)	0.224	11 Sistem	100	12 Bulan
14	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (10.000/Sistem)	0.054	11 Sistem	100	12 Bulan
15	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (11.000/Sistem)	0.214	11 Sistem	100	12 Bulan
16	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (12.000/Sistem)	0.384	1 Program	100	12 Bulan
17	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (13.000/Sistem)	0.554	5 Program	100	12 Bulan
18	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (14.000/Sistem)	0.724	14 Sistem	100	12 Bulan
19	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (15.000/Sistem)	-	12 Sistem	100	12 Bulan
20	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (16.000/Sistem)	-	11 Sistem	100	12 Bulan
21	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (17.000/Sistem)	-	11 Sistem	100	12 Bulan
22	Mengembangkan sistem pengembangan sistem (18.000/Sistem)	-	11 Sistem	100	12 Bulan

Pegawai Penilai

9 Januari 2017  
Pegawai Negeri Sipil yang ditunjuk

ANILAH AZHAR, S.Kom  
NIP. 1961012109120061

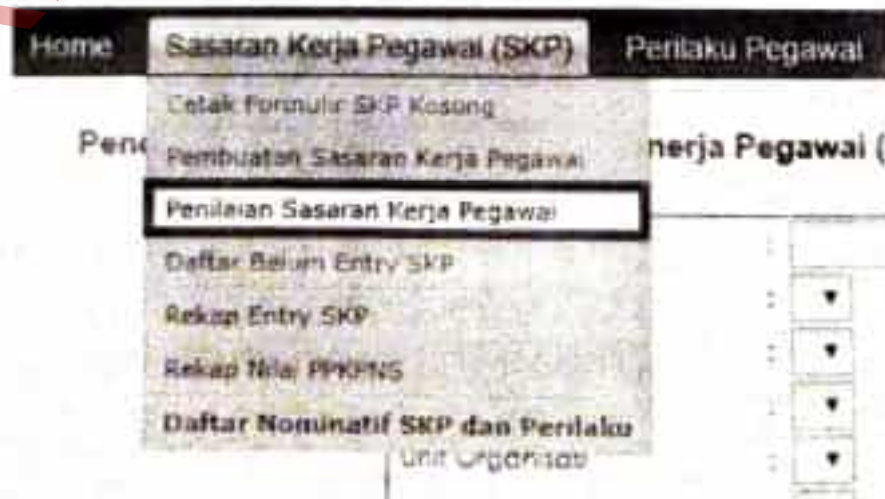
TRITA PRATIWI, S.Kom  
NIP. 19610121091200611002

Gambar 18. Halaman Formulir SKP yang telah dibuat

3) Penilaian SKP

Penilaian capaian SKP Pegawai diukur dengan membandingkan antara realisasi pada akhir tahun dengan target berdasarkan aspek kuantitas, kualitas, waktu dan biaya (khusus Pejabat Eselon I, Eselon II, dan Kepala Satuan Kerja) yang disusun di awal tahun.

Untuk melakukan proses penilaian SKP pilih menu seperti gambar dibawah ini:



Gambar 19. Menu Penilaian SKP

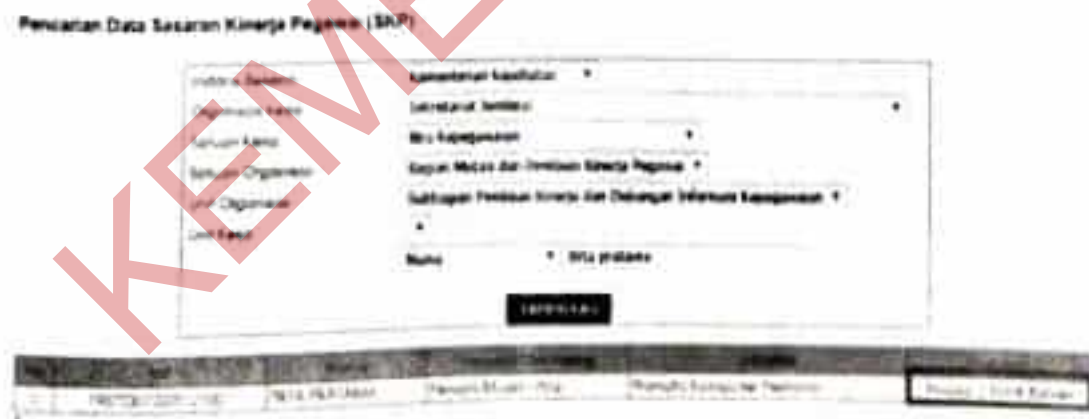


Setelah menu tersebut dipilih, maka akan muncul halaman seperti pada Gambar berikut :



Gambar 20. Pencarian Data Pegawai

Tombol **TAMPAK** berfungsi untuk menampilkan pegawai yang telah dibuatkan Penilaian SKP-nya. Tombol  berfungsi untuk mengubah data Penilaian SKP, tombol  berfungsi untuk mencetak hasil Penilaian SKP yang telah dibuat, dan tombol  berfungsi untuk menghapus data Penilaian SKP. Tombol **Tambah Data Baru** berfungsi untuk membuat atau menambah Penilaian SKP baru. Jika tombol Tambah Data Baru di tekan, maka akan muncul halaman seperti Gambar berikut :



Gambar 21. Halaman Tambah Data Pegawai

Tombol **TAMPAK** berfungsi untuk mencari pegawai yang akan di buatkan Penilaian SKP-nya. Pegawai yang muncul adalah pegawai yang **telah** dibuatkan Formulir SKP nya. Setelah data pegawai ditemukan, Tombol **Print Bahan** berfungsi untuk melihat butir kegiatan yang sudah dimasukan, Penilaian SKP dapat dilakukan dengan menekan tombol

Proses seperti yang dapat di lihat pada Gambar 21 diatas, sehingga akan muncul halaman seperti Gambar berikut :

**Form Entry Penilaian Sasaran Kerja Pegawai (SKP)**

Nama: DEKA PEATAMA  
 NIP: 19670307200112001  
 Pangkat/Golongan: Penata Muda - IIIa  
 Jabatan: Penyuluh Komputer Pertama  
 Unit Kerja: Pus. Saran dan Komunikasi

Tanggal Mulai Penilaian: 1 Juli 2017  
 Tanggal Akhir Penilaian: 31 Desember 2017

No	U. SASARAN KERJA YANG SUDAH DICAPAI	AK	TARUHAN				AK	REALISASI				
			Kuantitas	Objektif	Realisasi	Waktu		Skor	Kuantitas	Objektif	Realisasi	
1	Membuat program kerja untuk kegiatan kerja di 24 Program	1	1	Program	100	12	Bulan	1		Program		
2	Membuat dan melaksanakan program kerja kegiatan kerja di 24 Program	1	1	Program	100	12	Bulan	1		Program		
3	Membuat dan melaksanakan program kerja kegiatan kerja di 24 Program	1	12	Laporan	100	12	Bulan	1		Laporan		
4	Membuat dan melaksanakan program kerja kegiatan kerja di 24 Program	1	1	Buku	100	12	Bulan	1		Buku		
5	Membuat dan melaksanakan program kerja kegiatan kerja di 24 Program	1	1	Koran	100	12	Bulan	1		Koran		
6	Membuat dan melaksanakan program kerja kegiatan kerja di 24 Program	1	3	Kul	100	12	Bulan	1		Kul		
7	Membuat dan melaksanakan program kerja kegiatan kerja di 24 Program	1	10	Sidang	100	12	Bulan	1		Sidang		

Gambar 22. Halaman Penilaian SKP

Yang perlu dilakukan dalam pembuatan SKP adalah:

- Memasukkan Periode Penilaian
- Memasukkan realisasi hasil pekerjaan dari setiap sasaran kerja, pada tahapan ini sering kali terdapat perbedaan nilai antara target yang telah dibuat dengan realisasi yang dicapai, maka yang dilakukan adalah merubah nilai pada target disesuaikan dengan nilai realisasi yang didapat.
- Memasukkan tugas tambahan (apabila ada), Tugas tambahan yang ditambahkan pada menu penilaian SKP adalah tugas yang diberikan oleh kepala unit kerja yang ditambahkan saat tahun berjalan yang sesuai dengan tugas pokok ataupun tugas yang diberikan berdasarkan surat keputusan Kepala Satuan Kerja, pekerjaan bersifat sementara dan tidak dikerjakan sepanjang tahun.
- Memasukkan kreativitas/unsur penunjang (apabila ada), kreativitas harus diakui dan bermanfaat baik oleh unit kerja, instansi, maupun negara.





Nama: **YOLA PERMATA**  
 NIP: **19630301198001001**  
 Pangkat/Gol. Ruang: **Penyidik Eselon II**  
 Jabatan: **Manajer Komputasi Sistem**  
 Divisi: **Div. Informatika**  
 Tanggal Mulai Penilaian: **1 Januari 2011** s.d. **31 Desember 2011**

No.	KATEGORI KEGIATAN YANG DIKORPORASIKAN	TARGET				REALISASI				Nilai
		Nilai	Waktu	Tempat	Kelembagaan	Nilai	Waktu	Tempat	Kelembagaan	
1	Melakukan analisis dan perencanaan untuk proses sistem komputer (2,17) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
2	Melakukan analisis dan perencanaan sistem sistem komputer dan sistem komputer (2,20) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
3	Mengajar dan membimbing staf sistem komputer (2,14) (Kor)	4,00	17 Jan	10	10	4,00	17 Jan	10	10	100
4	Membuat dan melaksanakan rencana kerja (2,14) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
5	Membuat dan melaksanakan rencana kerja (2,14) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
6	Membuat dan melaksanakan rencana kerja (2,14) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
7	Membuat dan melaksanakan rencana kerja (2,14) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
8	Membuat dan melaksanakan rencana kerja (2,14) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
9	Membuat dan melaksanakan rencana kerja (2,14) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
10	Membuat dan melaksanakan rencana kerja (2,14) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
11	Membuat dan melaksanakan rencana kerja (2,14) (Kor)	2,00	17 Jan	10	10	2,00	17 Jan	10	10	100
<b>II. TUGAS TERKAIT DENGAN KREATIVITAS/INOVASI/PERUBAHAN</b>										
a. Tugas Terkait 1. Tugas Terkait 1000/1000/2011 2. Tugas Terkait 1000/1000/2011 3. Tugas Terkait 1000/1000/2011 4. Tugas Terkait 1000/1000/2011 5. Tugas Terkait 1000/1000/2011										
(Tanda Tangan dan Stempel)										(Nilai)

Gambar 24. Halaman Pratinjau Penilaian SKP

Pada hasil pratinjau terlihat beberapa target yang tercoret dan ada nilai baru, ini adalah hasil dari perubahan yang dilakukan pada saat pengentrian realisasi yang dikarenakan terdapat perbedaan saat pembuatan target dan realisasi yang didapat.

Bila tidak ada kesalahan dalam proses penilaian SKP maka dapat dipilih menu **Cetak Penilaian SKP**.

**PERFORMA DAN PENILAIAN**

No. : 101/10100  
 NIP. : 1971-10-01-00000  
 Organisasi : 1000.000.001  
 Unit : 1000.000.001.000  
 Jabatan : 1000.000.001.000.000  
 Nama : 1000.000.001.000.000.000

No	Uraian Kegiatan	Skor	Kategori				Skor	Nilai	Berkas			Total	Rata-rata
			1	2	3	4			1	2	3		
1	Menyusun dan melaksanakan rencana kerja...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
11	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
13	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
14	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
15	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
16	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
17	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
18	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
19	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
21	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
22	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
23	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
24	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
25	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
26	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
27	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
28	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
29	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
30	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
31	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
32	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
33	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
34	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
35	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
36	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
37	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
38	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
39	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
40	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
41	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
42	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
43	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
44	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
45	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
46	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
47	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
48	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
49	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
50	Mengikuti pelaksanaan tugas...	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Legenda:  
 1. Sangat Baik  
 2. Baik  
 3. Cukup  
 4. Kurang  
 5. Buruk

Gambar 25. Halaman Cetak Penilaian SKP

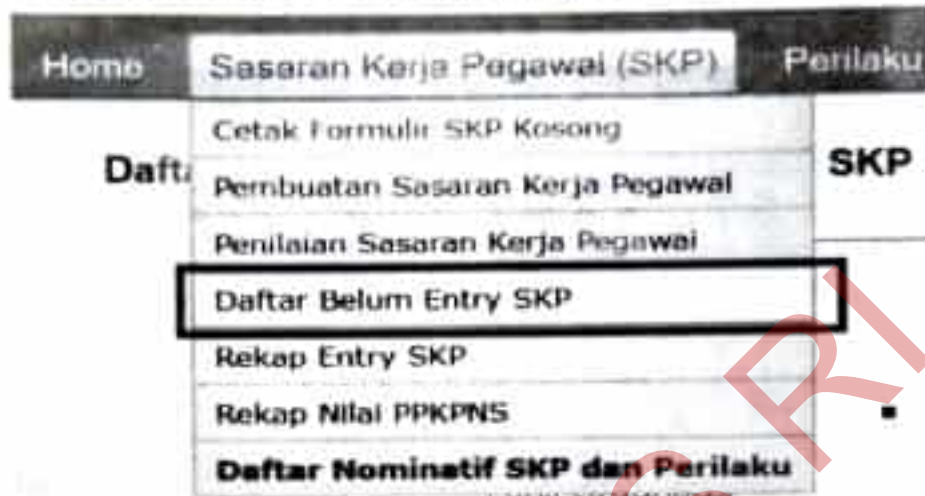
Nilai angka terhadap capaian SKP Pegawai Negeri Sipil dinyatakan dengan sebutan dan angka sebagai berikut:

- a. **Sangat Baik** : 91 ke atas
- b. **Baik** : 76 - 90
- c. **Cukup** : 61 - 75
- d. **Kurang** : 51 - 60
- e. **Buruk** : 50 ke bawah

Capaian SKP dapat diberikan **lebih** dari 100 apabila melakukan tugas tambahan dan/atau kreativitas.

4) Daftar Belum *Entry* SKP

Untuk mengetahui pegawai yang belum membuat SKP Pejabat Penilai dapat memilih menu seperti gambar berikut:



Gambar 26. Menu Daftar Belum *Entry* SKP

Setelah memilih menu tersebut maka pejabat penilai dapat memilih tahun penilaian seperti gambar dibawah ini:



Gambar 27. Menu Tampilan Belum *Entry* SKP

Setelah Pejabat Penilai mengetahui pegawai yang belum dibuatkan SKP maka Pejabat Penilai dapat memilih menu tindakan untuk melakukan proses penilaian.



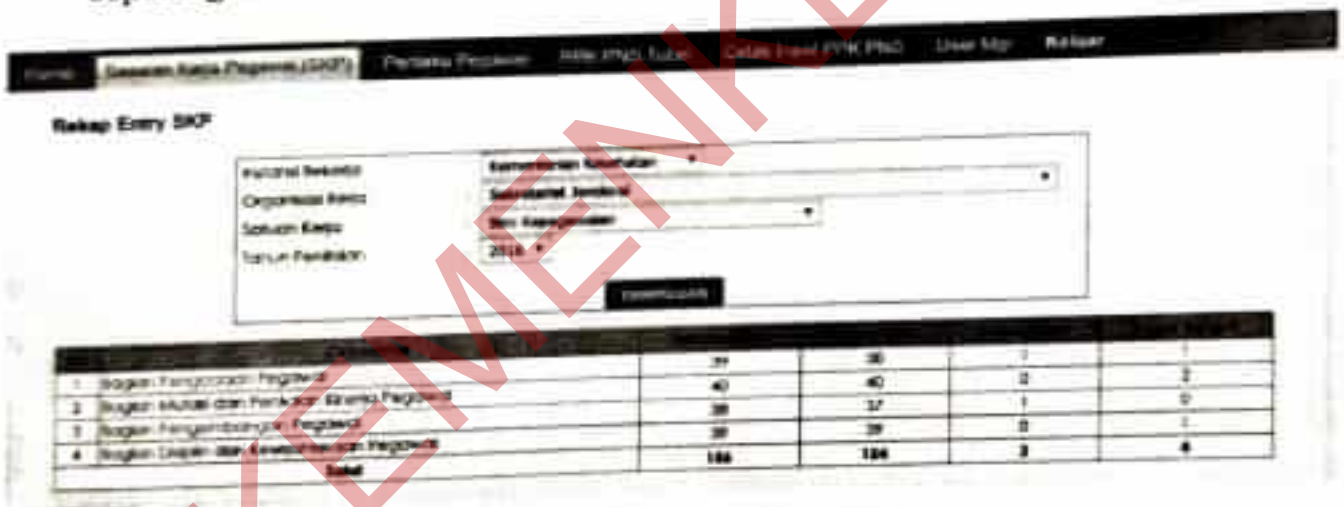
5) Hasil Rekap Entry SKP

Untuk mengetahui hasil rekap entry SKP setiap tahunnya kita dapat memilih menu seperti gambar dibawah ini:



Gambar 28. Menu Rekap Entry SKP

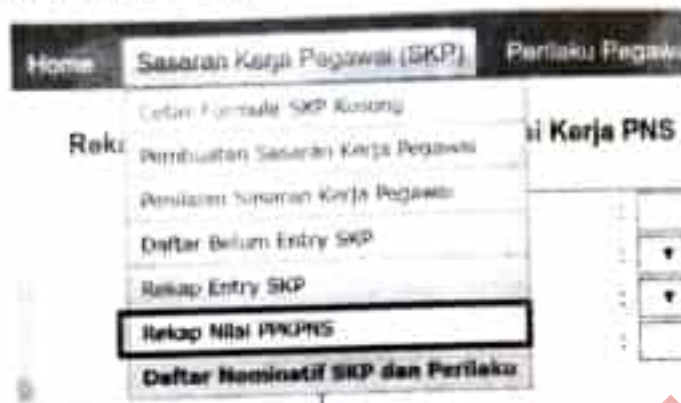
Setelah memilih menu tersebut maka akan diarahkan langsung ke menu rekap SKP dan dapat memilih tahun penilaian yang akan dilihat seperti gambar dibawah ini:



Gambar 29. Tampilan Rekap Entry SKP

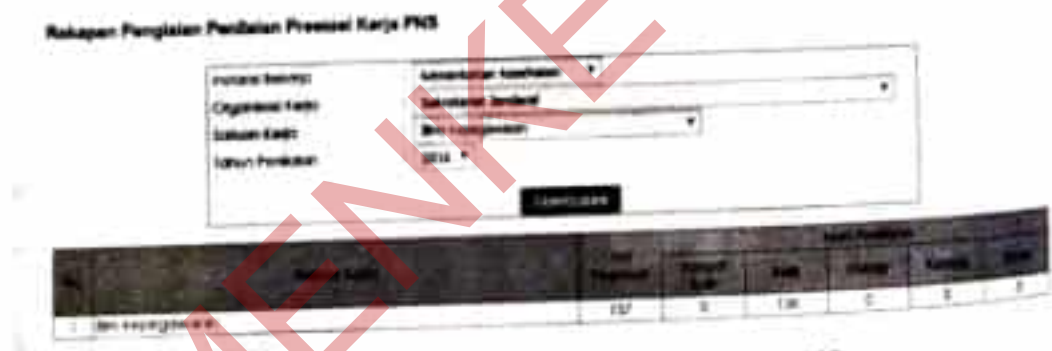
6) Rekap Nilai PPK PNS

Untuk mengetahui Rekap Nilai PPK PNS dapat memilih menu seperti gambar dibawah ini:



Gambar 30. Menu Rekap Nilai PPKPNS

Rekap Nilai PPK PNS berfungsi untuk melihat jenis penilaian yang terekap pada setiap satuan kerja seperti gambar dibawah ini:



Gambar 31. Tampilan Rekap Nilai PPK PNS

7) Daftar Nominatif SKP dan Perilaku

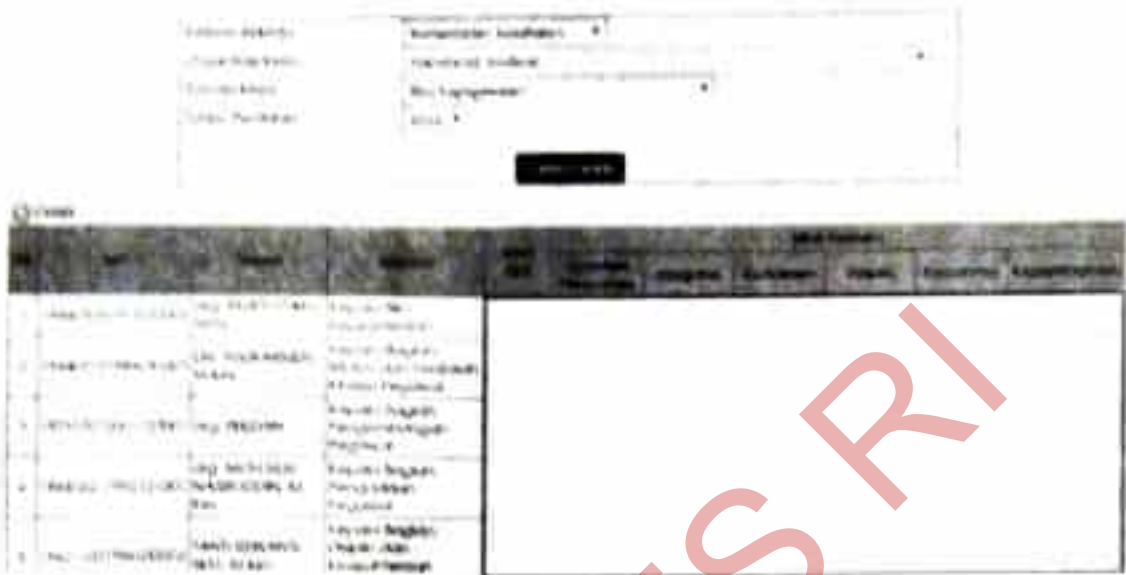
Untuk mengetahui daftar nominatif SKP dan perilaku dapat memilih menu seperti gambar dibawah ini:



Gambar 32. Menu Daftar Nominatif SKP dan Perilaku

Rekap Daftar Nominatif SKP dan Perilaku berfungsi untuk melihat hasil penilaian yang terekap pada setiap satuan kerja seperti gambar dibawah ini:

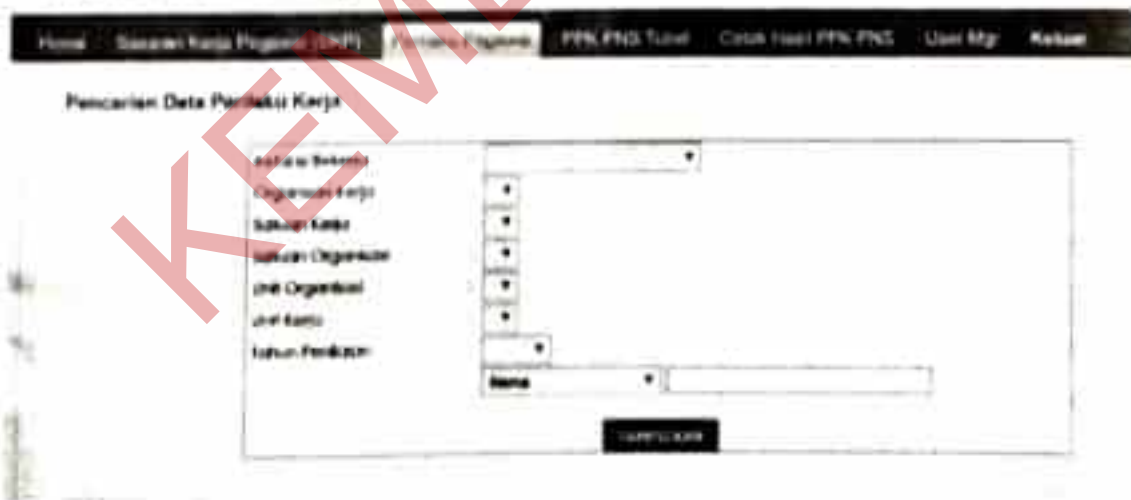
Rekap Nominatif SKP Dan Perilaku



Gambar 33. Tampilan Daftar Nominatif SKP dan Perilaku

### C. Penilaian Perilaku Kerja Melalui Aplikasi PPKPNS

Tahapan selanjutnya setelah proses penilaian SKP selesai dilakukan adalah melakukan penilaian Perilaku Kerja. Untuk melakukan penilaian Perilaku Kerja pada aplikasi PPKPNS, dapat dilakukan dengan mengakses menu Perilaku Kerja seperti pada Gambar di bawah ini.



Gambar 34. Menu Penilaian Perilaku Kerja

Setelah menu Perilaku Kerja dipilih, maka akan muncul halaman pencarian data perilaku kerja seperti Gambar di bawah :



PENILAIAN PERILAKU KERJA PEKAWAI NIMBUN KEPOL

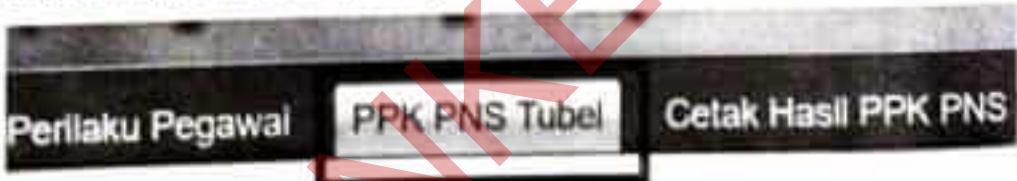
Nama: TITIK PRATIKA NIP: 061301200617001 Pangkat/Gol Ruang: Pegawai Madya IIIA Jabatan: Pegawai Susunan Persewa Unit Kerja: Bm - Sampangan Tanggal Mulai Penilaian: 1 Januari 2019 s.d. 31 Desember 2019			
NO	ASPEK PENILAIAN	NILAI	KETERANGAN
1	Chematisasi	95	Suk
2	Integritas	95	Suk
3	Kemampuan	95	Suk
4	Kejujuran	95	Suk
5	Kemampuan	95	Suk
6	Kemampuan	95	Suk
Jumlah		570	
Rata-rata		95.0	
Nilai Perilaku Kerja		95.0	

31 Desember 2019  
Pegawai Persewa

**DR. H. H. H. H. H.**  
NIP. 0000000000000000

Gambar 38. Halaman Cetak Penilaian Perilaku Kerja

D. Penilaian Prestasi Kerja PNS Tugas Belajar Melalui Aplikasi PPKPNS  
 Untuk PNS yang sedang tugas belajar penilaian prestasi kerja dilakukan pada menu seperti gambar dibawah ini :






Gambar 39. Menu PPK PNS Tubel

Sebelum melakukan penilaian prestasi kerja PNS tugas belajar status tugas belajar pada aplikasi SIMKA harus sudah di input "YA" agar nama pegawai dapat dipanggil pada menu PPK PNS Tubel.

Pencarian Data Formasi Besaran Kerja Pegawai (BKP) PNS Tugas Belajar (Tubel)



Gambar 40. Menu Pencarian Data PNS Tubel

Tombol **TAMPILKAN** berfungsi untuk menampilkan pegawai tugas belajar yang telah dibuatkan penilaian Kinerja dan penilaian perilaku kerjanya. Tombol  berfungsi untuk mengubah data penilaian Kinerja dan penilaian perilaku kerjanya, tombol  berfungsi untuk mencetak hasil penilaian Kinerja dan penilaian perilaku kerjanya yang telah dibuat, dan tombol  berfungsi untuk menghapus data penilaian Kinerja dan penilaian perilaku kerjanya. Tombol **Tambah Data Baru** berfungsi untuk membuat atau menambah pegawai yang sedang tugas belajar.

Untuk mengisi penilaian prestasi kerja dan perilaku PNS tugas belajar harus mendapatkan surat rekomendasi dari pihak Universitas atau Perguruan Tinggi tempat pegawai melaksanakan tugas belajar, nilai untuk penilaian kinerja pegawai tugas belajar adalah nilai Indeks Prestasi (IP).

**Form Entry Penilaian Prestasi Kerja PNS Tubel**

DATA BUKU: **IPNS** **ASAS**, **2008**  
 Page: **10** from **11**  
 Date: **11/01/2017**

Nama : **IRSA SUGAMITO, S.P**  
 NIP : **1980072008121001**  
 Pangkat/Golongan : **Pangkat - III C**  
 Jabatan : **Anak Keresidenan Pertama**  
 Unit Kerja : **Sts Keselamatan**  
 Tanggal Mulai Periode : **2** \* Januari \* **2016** \* **10** \* \* **Agustus** \* **2016** \*

**a. Nilai Prestasi Akademik (PA) Buku-buku dalam 1 (satu) tahun - 1.43** **current: 1.75**

**b. Nilai Perilaku**

NO	URAIAN PENILAIAN	NILAI	REVISI/REVISI
1.	Orisinalitas	85	Ses
2.	Integritas	82	Ses
3.	Komitmen	81	Ses
4.	Disiplin	80	Ses
5.	Kejujuran	80	Ses
6.	Keterampilan		

Gambar 41. Form Entry Prestasi Kerja PNS Tubel

Form Entry Formulir Jawaban Kinerja Pegawai (JKP)

**1. JAWABAN**

Nama: [Nama Pegawai]  
 Jabat: [Jabatan Pegawai]  
 Pangkat/Gol. Ruang: [Pangkat/Gol. Ruang]  
 Alamat: [Alamat Pegawai]  
 Unit Kerja: [Unit Kerja]

**2. PEJABAT PENILAI**

Nama: [Nama Pejabat Penilai]  
 Jabat: [Jabatan Pejabat Penilai]  
 Pangkat/Gol. Ruang: [Pangkat/Gol. Ruang]  
 Alamat: [Alamat Pejabat Penilai]  
 Unit Kerja: [Unit Kerja]

**3. PEJABAT ATASAN**

Nama: [Nama Pejabat Atasan]  
 Jabat: [Jabatan Pejabat Atasan]  
 Pangkat/Gol. Ruang: [Pangkat/Gol. Ruang]  
 Alamat: [Alamat Pejabat Atasan]  
 Unit Kerja: [Unit Kerja]

Gambar 42. Form Entry Formulir Pejabat Penilai PPK Tubel

Pastikan Pejabat Penilai dan Atasan Pejabat Penilai adalah Pimpinan langsung pegawai. Setelah penilaian prestasi kerja PNS tubel selesai dilakukan, maka selanjutnya perlu dilakukan pencetakan hasil penilaian prestasi kerja PNS tubel untuk ditandatangani oleh pejabat penilai. Contoh hasil cetak hasil prestasi kerja PNS tubel dapat dilihat seperti Gambar dibawah ini:

KEMENKESRI



**FORMULIR PENILAIAN PRESTASI KERJA  
PEGAWAI NEGARA SIPIL**

**KELOMPOK KERJA** : \_\_\_\_\_ **NOLOK/ WAKTU PENILAIAN** : \_\_\_\_\_  
**2 Januari 2014 s.d. 31 Agustus 2014**

<b>1. KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>2. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>3. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>4. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>5. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>6. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>7. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>8. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>9. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100
<b>10. KUALITAS KUALITAS</b>	1. Hasil : 100% 2. SP : 100% 3. Tanggapan Terhadap Kerja : 100% 4. Sikap / Perilaku : 100% 5. Kerja Tim : 100%	1. Jumlah Kerja : 100 2. Ketepatan : 100 3. Kualitas : 100 4. Ketepatan Waktu : 100 5. Kerjasama : 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100

Gambar 43. Cetak Hasil Penilaian Prestasi Kerja PNS Tubel

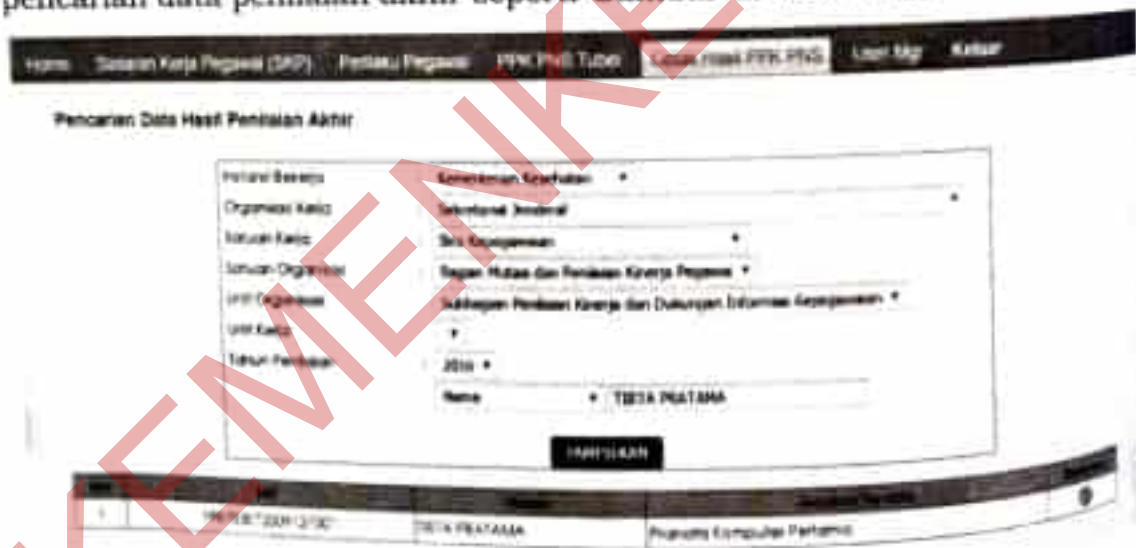
## E. Cetak Hasil Penilaian Prestasi Kerja

Tahapan terakhir yang perlu dilakukan dalam penyusunan Penilaian Prestasi Kerja secara online adalah mencetak hasil penilaian prestasi kerja. Proses ini dilakukan untuk mengkompilasi SKP dan Perilaku Kerja sehingga menjadi satu Penilaian Prestasi Kerja secara utuh. Untuk mengakses halaman penilaian akhir, dapat dilakukan dengan mengakses menu Cetak Hasil PPK PNS seperti Gambar di bawah ini:




Gambar 44. Menu Cetak Hasil PPK PNS

Setelah menu Penilaian Akhir dipilih, maka akan muncul halaman pencarian data penilaian akhir seperti Gambar di bawah ini:

A screenshot of a search form titled 'Pencarian Data Hasil Penilaian Akhir'. The form contains several dropdown menus and text input fields. The fields are: 'Pencarian Berapa' (set to 'Semua'), 'Organisasi Kerja' (set to 'Selektoral Jendral'), 'Kategori Kerja' (set to 'Sis. Organisasi'), 'Siswa Organisasi' (set to 'Bahan Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai'), 'Unit Organisasi' (set to 'Kategori Penilaian Kinerja dan Dukungan Informasi Organisasi'), 'Unit Kerja' (set to ' '), 'Tahun Penilaian' (set to '2016'), and 'Nama' (set to 'TETA PRATAMA'). A 'TAMPILKAN' button is located at the bottom of the form. Below the form is a table with three columns: 'No.', 'PELAYANAN 2/16', and 'TETA PRATAMA'. The first row of the table shows '1', 'PELAYANAN 2/16', and 'Praktisi Komputer Pertama'.

Gambar 45. Halaman Cetak Penilaian Akhir

Tombol **TAMPILKAN** berfungsi untuk mencari pegawai yang akan dicetak. Pegawai tidak akan bisa mencetak hasil penilaian akhirnya apabila belum dinilai SKP dan Perilaku Kerjanya. Tombol  berfungsi untuk mencetak hasil penilaian akhir sehingga muncul halaman seperti Gambar berikut:

**Form Entry Formulir Pejabat Penilai PPK**

<b>I. YANG DINILAI</b>	
Nama	TITIA PRATIKA
NIP	196700872004121001
Fungsional/Colok Ruang	Pembaca Mutu - III/a
Jabatan	Penata Komputer Perkantoran
Unit Kerja	Biro Kepegawaian
<b>II. PEJABAT PENILAI</b>	
Nama	AANG ANU ADIATI, S.Kom
NIP	196210122004121002
Fungsional/Colok Ruang	Pembaca - III/c
Jabatan	Kepala Subbagian Pembinaan Kinerja dan Disiplin
Unit Kerja	Biro Kepegawaian
<b>III. ATASAN PEJABAT PENILAI</b>	
Nama	Drs. YUSUF MUDA, M.Sos
NIP	19607151960211005
Fungsional/Colok Ruang	Pembaca - III/a
Jabatan	Kepala Bagian Mutu dan Pembinaan Kinerja Peg
Unit Kerja	Biro Kepegawaian

**LODITAN**

**Gambar 46. Form Entry Formulir Pejabat Penilai PPK**

**Pastikan Pejabat Penilai dan Atasan Pejabat Penilai sesuai.**

KEMENKES RI



KEMENTERIAN KEPEGAWAIAN DAN TENAGA KERJA INDONESIA  
PELAYANAN NEGARA RI

UNITAS PENYUSUNAN  
2 Januari 2015 s.d. 31 Desember 2015

No	Nama Pegawai	Jabatan	Kategori	Kategori					Rata-rata	Keterangan
				1	2	3	4	5		
1	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai
2	1. Fungsi	2. Tugas	3. Sasaran	4. Sasaran	5. Sasaran	6. Sasaran	7. Sasaran	8. Sasaran	9. Sasaran	10. Sasaran
3	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai
4	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai
5	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai
6	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai
7	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai
8	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai
9	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai
10	1. Nama	2. No. Induk Pegawai	3. No. Urut Pegawai	4. No. Urut Pegawai	5. No. Urut Pegawai	6. No. Urut Pegawai	7. No. Urut Pegawai	8. No. Urut Pegawai	9. No. Urut Pegawai	10. No. Urut Pegawai

Gambar 47. Cetak Hasil Penilaian Prestasi Kerja PNS

Jika proses Cetak Hasil Penilaian Prestasi Kerja PNS selesai dibuat maka Pejabat Penilai sudah tidak dapat lagi merubah hasil penilaian yang sudah diberikan, karena itu pastikan pada saat proses penilaiannya tidak terjadi kesalahan.

Setelah Berkas SKP ditanda tangani oleh Pegawai, Atasan Langsung serta Atasan Pejabat Penilai pastikan hasil scan berkas tersebut di upload pada aplikasi SILK Arsip Biro Kepegawaian.

## I. PERUBAHAN PENETAPAN TARGET (*ADJUSTMENT*) DARI ASPEK KUANTITAS

Penilaian SKP dilakukan dengan cara membandingkan antara realisasi kerja dengan target. Dalam hal realisasi kerja melebihi dari target, maka penilaian SKP capaiannya dapat lebih dari 100% (seratus persen) dengan ketentuan paling tinggi 50% (lima puluh persen) dari target awal.

Contoh:

Pak Bambang memiliki target kuantitas/output pekerjaan sebanyak 100 berkas, target kualitas 100, dan target waktu 12 bulan. Sedangkan realisasi dari target kuantitas sebanyak 140 berkas, realisasi kualitas 100, dan realisasi waktu 12 bulan. Maka nilai capaian SKP nya adalah :

$$\text{aspek kuantitas} \quad : \quad \frac{\text{realisasi}}{\text{target awal}} \times 100 = \frac{140}{100} \times 100 = 140$$

$$\text{aspek kualitas} \quad : \quad \frac{\text{realisasi}}{\text{target awal}} \times 100 = \frac{100}{100} \times 100 = 100$$

$$\text{aspek waktu} \quad : \quad \frac{\text{realisasi}}{\text{target awal}} \times 100 = \frac{100}{100} \times 100 = 100$$

$$\text{Jumlah ketiga aspek adalah} \quad : \quad \frac{140 + 100 + 100}{3} = \frac{340}{3} = 113$$

Di aspek kuantitas selisih antara realisasi dan target awal adalah  $140 - 100 = 40$  berkas (masih  $\leq 50\%$  target awal)

Dalam hal realisasi melebihi 50% (lima puluh persen) dari target awal, maka harus dilakukan perubahan target awal dengan ketentuan penyesuaian target didapat dari 100 dibagi 150 dikali realisasi.

Contoh:

Pak Taufik memiliki target kuantitas/output pekerjaan sebanyak 100 berkas, target kualitas 100, dan target waktu 12 bulan. Sedangkan realisasi dari target kuantitas sebanyak 160 berkas, realisasi kualitas 100, dan realisasi waktu 12 bulan.

Di aspek kuantitas selisih antara realisasi dan target awal adalah 160 - 100 = 60 berkas (melebihi 50% target awal), jadi harus dilakukan

penyesuaian target awal dengan rumus : 
$$= \frac{100}{150} \times \text{realisasi}$$
$$= \frac{100}{150} \times 160$$
$$= 106$$

Maka nilai capaian SKP nya adalah :

aspek kuantitas : 
$$\frac{\text{realisasi}}{\text{target akhir}} \times 100 = \frac{160}{106} \times 100 = 150$$

aspek kualitas : 
$$\frac{\text{realisasi}}{\text{target awal}} \times 100 = \frac{100}{100} \times 100 = 100$$

aspek waktu : 
$$\frac{\text{realisasi}}{\text{target awal}} \times 100 = \frac{12}{12} \times 100 = 100$$

Jumlah ketiga aspek adalah : 
$$\frac{150 + 100 + 100}{3} = \frac{350}{3} = 116,66$$



## A. Kriteria dan Indikator Penilaian Perilaku Kerja

Cara menilai Perilaku Kerja dilakukan melalui pengamatan oleh Pejabat Penilai terhadap Pegawai yang dinilai, penilaian perilaku kerja dapat mempertimbangkan masukan dari Pejabat Penilai lain yang setingkat di lingkungan unit kerja masing-masing.

Tabel Kriteria dan Indikator Penilaian Perilaku Kerja

NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI		
			ANGKA	SEBUTAN	
1	Orientasi Pelayanan	1	Selalu dapat menyelesaikan tugas pelayanan sebaik-baiknya dengan sikap sopan dan sangat memuaskan baik untuk pelayanan internal maupun eksternal organisasi.	91 - 100	Sangat baik
		2	Pada umumnya dapat menyelesaikan tugas pelayanan dengan baik dan sikap sopan serta memuaskan baik untuk pelayanan internal maupun eksternal organisasi	76 - 90	Baik
		3	Adakalanya dapat menyelesaikan tugas pelayanan dengan cukup baik dan sikap cukup sopan serta cukup memuaskan baik untuk pelayanan internal maupun eksternal organisasi.	61 - 75	Cukup
		4	Kurang dapat menyelesaikan tugas pelayanan dengan baik dan sikap kurang sopan serta kurang memuaskan baik untuk pelayanan internal maupun eksternal organisasi.	51 - 60	Kurang

NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI	
			ANGKA	SEBUTAN
		pemerintah dengan tujuan untuk dapat melaksanakan tugasnya secara berdaya guna dan berhasil guna serta mengutamakan kepentingan kedinasan daripada kepentingan pribadi dan/atau golongan sesuai dengan tugas, fungsi, dan tanggungjawabnya sebagai unsur aparatur negara terhadap organisasi tempat dimana ia bekerja.		
		3 Adakalanya berusaha dengan sungguh-sungguh menegakkan ideologi negara pancasila, UUD 1945, Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI), dan rencana-rencana pemerintah dengan tujuan untuk dapat melaksanakan tugasnya secara berdaya guna dan berhasil guna serta mengutamakan kepentingan kedinasan daripada kepentingan pribadi dan/atau golongan sesuai dengan tugas, fungsi, dan tanggung jawabnya sebagai unsur aparatur negara terhadap organisasi tempat dimana ia bekerja.	61 - 75	Cukup
		4 Kurang berusaha dengan sungguh-sungguh menegakkan ideologi negara pancasila, UUD 1945, Negara	51 - 60	Kurang

NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI	
			ANGKA	SEBUTAN
		Kesatuan Republik Indonesia (NKRI), dan rencana-rencana pemerintah dengan tujuan untuk dapat melaksanakan tugasnya secara berdaya guna dan berhasil guna serta mengutamakan kepentingan kedinasan daripada kepentingan pribadi dan/atau golongan sesuai dengan tugas, fungsi, dan tanggungjawabnya sebagai unsur aparatur negara terhadap organisasi tempat dimana ia bekerja.		
	5	Tidak pernah berusaha dengan sungguh-sungguh menegakkan ideologi negara pancasila, UUD 1945, Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI), dan rencana-rencana pemerintah dengan tujuan untuk dapat melaksanakan tugasnya secara berdaya guna dan berhasil guna serta mengutamakan kepentingan kedinasan daripada kepentingan pribadi dan/atau golongan sesuai dengan tugas, fungsi, dan tanggungjawabnya sebagai unsur aparatur negara terhadap organisasi tempat dimana ia bekerja.	50 ke bawah	Buruk
4	Disiplin	1	Selalu mentaati peraturan perundang-undangan	91 - 100 Sangat baik



NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI	
			ANGKA	SEBUTAN
		dan/atau peraturan kedinasan yang berlaku dengan rasa tanggung jawab dan selalu mentaati ketentuan jam kerja serta mampu menyimpan dan/atau memelihara barang-barang milik negara yang dipercayakan kepadanya dengan sebaik-baiknya.		
	2	Pada umumnya mentaati peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedinasan yang berlaku dengan rasa tanggung jawab, mentaati ketentuan jam kerja serta mampu menyimpan dan/atau memelihara barang-barang milik negara yang dipercayakan kepadanya dengan baik.	76 - 90	Baik
	3	Adakalanya mentaati peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedinasan yang berlaku dengan rasa cukup tanggung jawab, mentaati ketentuan jam kerja serta cukup mampu menyimpan dan/atau memelihara barang-barang milik negara yang dipercayakan kepadanya dengan cukup baik, serta tidak masuk atau terlambat masuk kerja dan lebih cepat pulang	61 - 75	Cukup

NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI	
			ANGKA	SEBUTAN
		dari ketentuan jam kerja tanpa alasan yang sah selama 5 (lima) sampai dengan 15 (lima belas) hari kerja.		
	4	Kurang mentaati peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedinasan yang berlaku dengan rasa kurang tanggung jawab, mentaati ketentuan jam kerja serta kurang mampu menyimpan dan/atau memelihara barang-barang milik negara yang dipercayakan kepadanya dengan kurang baik, serta tidak masuk atau terlambat masuk kerja dan lebih cepat pulang dari ketentuan jam kerja tanpa alasan yang sah selama 16 (enam belas) sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kerja.	51 - 60	Kurang
	5	Tidak pernah mentaati peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedinasan yang berlaku dengan rasa tidak tanggung jawab, mentaati ketentuan jam kerja serta tidak mampu menyimpan dan/atau memelihara barang-barang milik negara yang dipercayakan kepadanya	50 ke bawah	Buruk

NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI	
			ANGKA	SEBUTAN
		dengan kurang baik, serta tidak masuk atau terlambat masuk kerja dan lebih cepat pulang dari ketentuan jam kerja tanpa alasan yang sah lebih dari 31 (tiga puluh satu) hari kerja.		
5	Kerjasama	1. Selalu mampu bekerjasama dengan rekan kerja, atasan, bawahan baik di dalam maupun di luar organisasi serta menghargai dan menerima pendapat orang lain, bersedia menerima keputusan yang diambil secara sah yang telah menjadi keputusan bersama.	91 - 100	Sangat baik
		2. Pada umumnya mampu bekerjasama dengan rekan kerja, atasan, bawahan baik di dalam maupun di luar organisasi serta menghargai dan menerima pendapat orang lain, bersedia menerima keputusan yang diambil secara sah yang telah menjadi keputusan bersama.	76 - 90	Baik
		3. Adakalanya mampu bekerjasama dengan rekan kerja, atasan, bawahan baik didalam maupun diluar organisasi serta adakalanya menghargai dan menerima pendapat orang lain, kadang-kadang bersedia	61 - 75	Cukup



NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI	
			ANGKA	SEBUTAN
		menerima keputusan yang diambil secara sah yang telah menjadi keputusan bersama.		
	4	Kurang mampu bekerjasama dengan rekan kerja, atasan, bawahan baik didalam maupun diluar organisasi serta kurang menghargai dan menerima pendapat orang lain, kurang bersedia menerima keputusan yang diambil secara sah yang telah menjadi keputusan bersama.	51 - 60	Kurang
	5	Tidak pernah mampu bekerjasama dengan rekan kerja, atasan, bawahan baik didalam maupun di luar organisasi serta tidak menghargai dan menerima pendapat orang lain, tidak bersedia menerima keputusan yang diambil secara sah yang telah menjadi keputusan bersama.	50 ke bawah	Buruk
6	Kepemimpinan 1	Selalu bertindak tegas dan tidak memihak, memberikan teladan yang baik, kemampuan menggerakkan tim kerja untuk mencapai kinerja yang tinggi, mampu menggugah semangat dan menggerakkan bawahan dalam melaksanakan tugas serta mampu mengambil	91 - 100	Sangat baik

NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI	
			ANGKA	SEBUTAN
		keputusan dengan cepat dan tepat.		
	2	Pada umumnya bertindak tegas dan tidak memihak, memberikan teladan yang baik, kemampuan mengerakkan tim kerja untuk men-capai kinerja yang tinggi, mampu menggugah semangat dan menggerakkan bawahan dalam melaksanakan tugas serta mampu mengambil keputusan dengan cepat dan tepat.	76 - 90	Baik
	3	Adakalanya bertindak tegas dan tidak memihak, memberikan teladan, cukup mampu mengerakkan tim kerja untuk mencapai kinerja yang tinggi, serta cukup mampu menggugah semangat dan menggerakkan bawahan dalam melaksanakan tugas serta cukup mampu mengambil keputusan dengan cepat dan tepat.	61 - 75	Cukup
	4	Kurang bertindak tegas dan terkadang memihak, kurang mampu memberikan teladan yang baik, kurang mampu mengerakkan tim kerja untuk mencapai kinerja yang tinggi, serta kurang mampu menggugah semangat dan	51 - 60	Kurang

NO	UNSUR YANG DINILAI	URAIAN	NILAI	
			ANGKA	SEBUTAN
		menggerakkan bawahan dalam melaksanakan tugas serta kurang mampu mengambil keputusan dengan cepat dan tepat.		
	5	Tidak pernah mampu bertindak tegas dan memihak, tidak memberikan teladan yang baik, tidak mampu mengerakkan tim kerja untuk mencapai kinerja yang tinggi, tidak mampu menggugah semangat dan mengerakkan bawahan dalam melaksanakan tugas serta tidak mampu mengambil keputusan dengan cepat dan tepat.	50 ke bawah	Buruk

KEMENKESRI



B. Kuisioner Penilaian Perilaku Kerja

Kuisioner penilaian disusun berdasarkan 6 aspek yang diterjemahkan dalam standar perilaku kerja yang berlaku di Kementerian Kesehatan, sebagaimana tabel di bawah ini.

Tabel Standar Perilaku Kerja

No	Aspek	Standar Perilaku
1	Orientasi Pelayanan	1 Kemampuan melakukan tugas
		2 Kesungguhan dalam pelaksanaan tugas
		3 Komplain dari pelanggan
		4 Sikap dalam penggunaan waktu dan biaya
		5 Empati terhadap pelanggan
		6 Efektifitas pelayanan
		7 Kualitas inisiatif pegawai
2	Integritas	1 Konsisten antara kata dan perbuatan sesuai dengan misi organisasi
		2 Menjalankan tugas dan tanggung jawab
		3 Melakukan tindakan sesuai dengan kode etik PNS
		4 Kesiediaan memperbaiki kesalahan
3	Komitmen	1 Menempatkan kepentingan organisasi di atas kepentingan pribadi
		2 Menjalankan visi, misi dan tujuan organisasi
		3 Melakukan tugas dengan tanggung jawab
4	Disiplin	1 Kehadiran
		2 Konsistensi dalam mentaati aturan
		3 Menjaga, memelihara dan mendaya-gunakan sumberdaya organisasi seperti: aset, barang dan dokumen atau surat berharga milik Negara
5	Kerjasama	1 Mendukung pekerjaan teman lain di luar tanggung jawabnya
		2 Melakukan interaksi sosial dalam pekerjaan dan pihak yang dilibatkan
		3 Berperan aktif dalam penyelesaian masalah di dalam lingkungan kerja

No	Aspek	Standar Perilaku	
		4	Mampu melakukan koordinasi
		1	Mampu mengambil keputusan
		2	Mampu melakukan persuasif dan inspiratif dalam mengemukakan pendapat
		3	Memberi dukungan dan motivasi orang lain
6	Kepemimpinan	4	Memberikan keteladanan di Lingkungan kerja
		5	Mampu melakukan pembinaan dan pengawasan secara objektif
		6	Kesungguhan dalam membina bawahan
		7	Kemampuan menggerakkan bawahan dan tim kerja dalam melaksanakan tugasnya
		8	Mampu membuat perubahan / inovasi

### C. Penilaian Perilaku Kerja Menggunakan Metode 360 Derajat

Penilaian perilaku dengan menggunakan metode 360 derajat merupakan penilaian Perilaku Kerja melalui pengamatan dari Pejabat Penilai, Sejawat, dan bawahan.

#### 1. Verifikator

Verifikator adalah pegawai yang ditugaskan dan ditetapkan sebagai penilai perilaku bagi pegawai lain. Pegawai yang telah ditetapkan sebagai Verifikator wajib melakukan penilaian perilaku. Dalam melakukan penilaian, Verifikator dapat meminta masukan dari pegawai lainnya.

##### a. Jenis – jenis Verifikator

Verifikator penilaian perilaku terdiri atas:

- 1) Pejabat Penilai, sesuai dengan lampiran Pejabat Penilai dan Atasan Pejabat Penilai; atau
- 2) Sejawat, yaitu pegawai yang dalam hubungan pekerjaannya memiliki jabatan yang setara dengan Pegawai yang dinilai:
  - a) Sejawat untuk pejabat eselon I adalah pejabat eselon I lainnya di lingkungan Kementerian Kesehatan;
  - b) Sejawat untuk pejabat eselon II pada kantor pusat adalah pejabat eselon II lainnya pada kantor pusat di lingkungan unit eselon I masing-masing;

- c) Sejawat untuk pejabat eselon III pada kantor pusat dan kantor UPT adalah pejabat eselon III lainnya di lingkungan unit eselon II masing-masing;
  - d) Sejawat untuk pejabat eselon IV pada kantor pusat dan kantor UPT adalah pejabat eselon IV lainnya di lingkungan unit eselon III masing-masing;
  - e) Untuk Pejabat Eselon V tidak memiliki verifikator Sejawat
  - f) Sejawat untuk pejabat Pelaksana dan pejabat Fungsional adalah pejabat Pelaksana dan atau pejabat Fungsional lainnya di lingkungan unit eselon IV masing-masing;
  - g) Pimpinan unit Eselon II/III/IV pada kantor UPT tidak memiliki Verifikator sejawat;
- 3) Bawahan, yaitu pegawai yang menerima tugas secara langsung dari Pegawai yang dinilai dan secara hierarki berada 1 (satu) tingkat di bawah Pegawai yang dinilai.

## 2. Pembobotan

- a. Pembobotan awal apabila seluruh jenis Verifikator lengkap mengacu pada Tabel Ketentuan Bobot Verifikator butir A.1 dan B.1
- b. Apabila sebagian jenis Verifikator tidak melakukan penilaian terhadap pegawai yang dinilai, maka dilakukan pembobotan ulang terhadap jenis Verifikator yang menilai sebagaimana Tabel Ketentuan Bobot Verifikator butir A.2 s.d A.4 dan butir B.2



Tabel Ketentuan Bobot Verifikator

No	Kondisi	Bobot Verifikator		
		Atasan Langsung	Sejawat	Bawahan
<b>A Pejabat Struktural atau Pejabat Fungsional/Pelaksana yang Memiliki Fungsi Supervisi</b>				
1	Kondisi lengkap	60%	20%	20%
2	Tidak ada nilai dari sejawat	70%	-	30%
3	Tidak ada nilai dari bawahan	70%	30%	-
4	Tidak ada nilai dari sejawat dan bawahan	100%	-	-
<b>B Pejabat Fungsional Tanpa Fungsi Supervisi atau Pelaksana</b>				
1	Kondisi lengkap	70%	30%	-
2	Tidak ada nilai dari sejawat	100%	-	-

Untuk Pejabat Penilai yang memiliki bawahan, jumlah bawahan yang harus melakukan penilaian perilaku adalah minimal 50% dari jumlah keseluruhan bawahannya.

### 3. Penilaian Perilaku Kerja 360 Derajat

Pejabat Penilai menetapkan Verifikator yang akan melakukan penilaian perilaku kerja. Kemudian Verifikator mengisi kuisioner penilaian perilaku kerja terhadap pegawai yang dinilai. Dalam melakukan penilaian, Verifikator dapat meminta masukan dari pegawai lainnya.

D. Penilaian Perilaku Kerja Pegawai yang Tugas Belajar

Mekanisme penilaian perilaku bagi pegawai yang sedang tugas belajar adalah sebagai berikut:

1. Surat keterangan Penilaian Kinerja PNS yang melakukan tugas belajar menggunakan format sebagai berikut:

KOP SURAT UNIVERSITAS		
<b>Surat Keterangan Penilaian Kinerja PNS yang Melakukan Tugas Belajar</b>		
Dengan surat ini _____ Universitas _____ menerangkan sama di bawah ini:		
Adalah benar mahasiswa Fakultas _____ Universitas _____ secara lengkap mengikuti mahasiswa dalam memperhatikan sikap dan prestasi yang baik dengan penilaian sebagai berikut:		
<b>PNS YANG DINILAI</b>		
a. Nama		
b. NIM/NPM		
c. Jombang		
d. Program Studi		
e. Permisian		
f. Jangka Waktu Penilaian		
g. Instansi Kerja Pengusul	Kemampuan Kerja:	Nilai
<b>ASPEK YANG DINILAI</b>		
a. Nilai Prestasi Akademik (IPK) dalam skala 4		
b. Perilaku Kerja	1. Orientasi Pelayanan	
	2. Integritas	
	3. Keaktifan	
	4. Disiplin	
	5. Kerjasama	

Surat Keterangan ini diberikan untuk kepentingan penilaian kinerja bagi Mahasiswa yang bersangkutan.

Jakarta, \_\_\_\_\_ 2018  
PEJABAT PEMBERI KETERANGAN

NAMA  
NIP

**KETERANGAN NILAI PERILAKU:**

91 - 100	Sangat Baik
76 - 90	Baik
61 - 75	Cukup
51 - 60	Kurang
50 ke bawah	Buruk

2. Atasan langsung memberikan penilaian perilaku kerja dengan mempertimbangkan masukan dari dosen/pengajar/kepala perwakilan di perguruan tinggi/sekolah/kantor perwakilan Republik Indonesia.
3. Penilaian perilaku kerja dilakukan dengan memberikan nilai, sesuai kriteria penilaian atas aspek penilaian atau standar perilaku yang dinilai dalam penilaian perilaku sebagaimana Tabel Kriteria dan Indikator Penilaian Perilaku Kerja.

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 2 TAHUN 2019

TENTANG

PETUNJUK OPERASIONAL PENGGUNAAN  
DANA ALOKASI KHUSUS FISIK BIDANG KESEHATAN  
TAHUN ANGGARAN 2019

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, Pemerintah Pusat perlu mengalokasikan dana alokasi khusus bidang kesehatan untuk membantu pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota dalam penyediaan sarana prasarana dan alat kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 3 ayat (3) Peraturan Presiden Nomor 141 Tahun 2018 tentang Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2019, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2019.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
  3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 137, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4575);
  5. Peraturan Presiden Nomor 141 Tahun 2018 tentang Perubahan tentang Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus Fisik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 271);
  6. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
  7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PETUNJUK OPERASIONAL PENGGUNAAN DANA ALOKASI KHUSUS FISIK BIDANG KESEHATAN.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan yang selanjutnya disingkat DAK Fisik Bidang Kesehatan adalah dana yang dialokasikan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus fisik yang merupakan urusan kesehatan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Kepala Daerah adalah gubernur daerah provinsi atau bupati untuk daerah kabupaten atau walikota untuk daerah kota.
4. Organisasi Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat OPD adalah perangkat daerah pada pemerintah daerah selaku pengguna anggaran/barang.
5. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD adalah satuan organisasi yang bersifat mandiri yang melaksanakan tugas teknis operasional dan/atau tugas teknis di bidang kesehatan.
6. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang selanjutnya disingkat APBN adalah rencana keuangan



tahunan pemerintahan negara yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat.

7. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan Daerah yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
8. Dokumen Pelaksanaan Anggaran OPD yang selanjutnya disingkat DPA-OPD merupakan dokumen yang memuat pendapatan dan belanja setiap OPD yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan oleh pengguna anggaran.
9. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

#### Pasal 2

- (1) DAK Fisik Bidang Kesehatan meliputi:
  - a. DAK Fisik reguler bidang kesehatan;
  - b. DAK Fisik penugasan bidang kesehatan; dan
  - c. DAK Fisik afirmasi bidang kesehatan.
- (2) DAK Fisik reguler bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
  - a. subbidang pelayanan kesehatan dasar;
  - b. subbidang pelayanan kesehatan rujukan; dan
  - c. subbidang pelayanan kefarmasian.
- (3) DAK Fisik penugasan bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi:
  - a. subbidang rumah sakit rujukan nasional/provinsi/regional dan rumah sakit di daerah prioritas pariwisata;
  - b. subbidang balai pelatihan kesehatan;
  - c. subbidang pengendalian penyakit; dan
  - d. subbidang penurunan prevalensi stunting.
- (4) DAK Fisik afirmasi bidang kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf c meliputi:
  - a. subbidang puskesmas; dan
  - b. subbidang rumah sakit pratama

### Pasal 3

(1) DAK Fisik Reguler Subbidang pelayanan dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a diarahkan untuk kegiatan:

- a. pembangunan, renovasi, dan/atau rehabilitasi puskesmas;
- b. pembangunan, renovasi dan/atau rehabilitasi laboratorium kesehatan daerah;
- c. penyediaan alat kesehatan di puskesmas;
- d. penyediaan prasarana puskesmas; dan
- e. penyediaan alat, mesin dan bahan serta sistem informasi kesehatan untuk pengendalian penyakit, kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat.

(2) DAK Fisik Reguler Subbidang pelayanan kesehatan rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b diarahkan untuk kegiatan:

- a. pembangunan dan/atau peningkatan gedung sarana rumah sakit daerah provinsi/kabupaten/kota;
- b. rehabilitasi dan/atau renovasi gedung sarana rumah sakit daerah provinsi/kabupaten/kota;
- c. penyediaan alat kesehatan di rumah sakit; dan
- d. penyediaan prasarana rumah sakit.

(3) DAK Fisik Reguler Subbidang pelayanan kefarmasiatn sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c diarahkan untuk:

- a. penyediaan obat dan bahan medis habis pakai di tingkat daerah kabupaten/kota;
- b. pembangunan baru, rehabilitasi, dan/atau penyediaan sarana pendukung instalasi farmasi kabupaten/kota; dan
- c. pembangunan baru, rehabilitasi, dan/atau penyediaan sarana pendukung instalasi farmasi provinsi.

#### Pasal 4

DAK Fisik penugasan bidang kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf c diarahkan untuk kegiatan:

- a. pembangunan, renovasi, dan/atau pemenuhan sarana prasarana dan alat rumah sakit rujukan nasional;
- b. pembangunan, renovasi, dan/atau pemenuhan sarana prasarana dan alat rumah sakit rujukan regional;
- c. pembangunan, renovasi, dan/atau pemenuhan sarana prasarana dan alat rumah sakit rujukan provinsi;
- d. pembangunan, renovasi, dan/atau pemenuhan sarana prasarana dan alat rumah sakit destinasi pariwisata prioritas;
- e. peningkatan balai pendidikan dan pelatihan kesehatan di daerah provinsi;
- f. pengendalian penyakit;
- g. prevalensi penurunan stunting; dan
- h. peningkatan atau pembangunan unit transfusi darah termasuk pemenuhan peralatan, sarana dan prasarana di rumah sakit daerah kabupaten/kota.

#### Pasal 5

DAK Fisik afirmasi bidang kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf c diarahkan untuk kegiatan:

- a. peningkatan atau pembangunan puskesmas perbatasan, termasuk untuk sarana, prasarana dan alat kesehatan puskesmas;
- b. peningkatan puskesmas di daerah tertinggal, termasuk untuk sarana, prasarana dan alat kesehatan puskesmas;
- c. pembangunan dan/atau pemenuhan sarana prasarana dan alat rumah sakit pratama.



BAB II  
PENGELOLAAN DAK FISIK BIDANG KESEHATAN  
DI DAERAH

Pasal 6

- (1) Pengelolaan DAK Fisik Bidang Kesehatan di daerah meliputi:
  - a. penganggaran;
  - b. penyusunan rencana kegiatan;
  - c. pelaksanaan;
  - d. pelaporan; dan
  - e. pemantauan dan evaluasi.
- (2) Pengelolaan DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh dinas kesehatan, rumah sakit, dan balai pelatihan kesehatan daerah.
- (3) Pengelolaan DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan petunjuk operasional penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 7

- (1) Dalam rangka penganggaran DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf a, Pemerintah Daerah menganggarkan DAK Fisik Bidang Kesehatan ke dalam APBD dan/atau APBD perubahan yang mengacu pada rincian alokasi DAK Fisik Bidang Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Dalam menetapkan rincian alokasi DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri mengacu pada rincian APBN yang ditetapkan setiap tahun oleh Presiden sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 8

- (1) Penyusunan rencana kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf b, dilaksanakan oleh dinas kesehatan, rumah sakit, balai pelatihan kesehatan daerah setelah dibahas dan disetujui oleh Kementerian Kesehatan yang dituangkan dalam berita acara rencana kegiatan.
- (2) Berita acara rencana kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat:
  - a. rincian dan lokasi kegiatan;
  - b. target output kegiatan;
  - c. rincian pendanaan kegiatan;
  - d. metode pelaksanaan kegiatan; dan
  - e. kegiatan penunjang.
- (3) Dalam hal terjadi perubahan rencana kegiatan, Kepala Daerah dapat mengusulkan 1 (satu) kali perubahan kepada Kementerian Kesehatan dengan menyertakan:
  - a. surat pengantar dari Kepala Daerah;
  - b. surat pernyataan tanggung jawab mutlak;
  - c. surat rekomendasi dari dinas kesehatan provinsi bagi kabupaten/kota;
  - d. telaah perubahan dari kepala dinas kesehatan/direktur rumah sakit daerah/kepala badan pelatihan kesehatan daerah; dan
  - e. data pendukung lainnya.
- (4) Usulan rencana kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibahas oleh dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, rumah sakit provinsi/kabupaten/kota dengan Kementerian Kesehatan untuk mendapat persetujuan dari Kementerian Kesehatan.

#### Pasal 9

- (1) Pengelolaan kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) dilaksanakan setelah rencana kegiatan DAK Fisik Bidang

Kesehatan mendapat persetujuan dari Kementerian Kesehatan.

- (2) Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, rumah sakit provinsi/kabupaten/kota dapat menggunakan anggaran DAK Fisik Bidang Kesehatan untuk mendanai kegiatan penunjang, yang berhubungan langsung dengan kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan.
- (3) Belanja kegiatan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disediakan untuk kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan yang ditentukan paling banyak 5% (lima persen) dari alokasi DAK Fisik Bidang Kesehatan.
- (4) Belanja kegiatan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas:
  - a. desain perencanaan untuk kegiatan kontraktual;
  - b. penunjukan konsultan pengawas kegiatan kontraktual;
  - c. biaya tender;
  - d. penyelenggaraan rapat koordinasi; dan/atau
  - e. perjalanan dinas ke dan dari lokasi kegiatan untuk perencanaan, pengendalian dan pengawasan.
- (5) Selain menggunakan DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), belanja kegiatan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat dibebankan pada APBD.
- (6) Pengelolaan DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) dilakukan sesuai dengan petunjuk operasional penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan yang tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

### BAB III

#### PEMBINAAN, PEMANTAUAN, DAN EVALUASI DAK FISIK BIDANG KESEHATAN

##### Pasal 10

- (1) Sekretariat Jenderal melalui Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan dan unit eselon I (satu)



terkait sesuai kewenangannya melakukan pembinaan kepada dinas kesehatan provinsi pengelola DAK Fisik Bidang Kesehatan.

- (2) Dinas kesehatan provinsi sesuai kewenangan, tugas dan fungsi melakukan pembinaan kepada dinas kesehatan, dan rumah sakit daerah kabupaten/kota Pengelola DAK Fisik Bidang Kesehatan.
- (3) Dinas kesehatan, rumah sakit kabupaten/kota pengelola DAK Fisik Bidang Kesehatan sesuai dengan kewenangan, tugas, dan fungsi melakukan koordinasi dan konsultasi dengan dinas kesehatan provinsi pengelola DAK Fisik Bidang Kesehatan dalam penyusunan rencana kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan untuk disinergikan dengan program dan kegiatan pembangunan kesehatan di provinsi dan Pemerintah Pusat.

#### Pasal 11

- (1) Pemantauan dan evaluasi DAK Fisik Bidang Kesehatan di daerah dilaksanakan secara mandiri atau terpadu oleh Sekretariat Jenderal melalui Biro Perencanaan dan Anggaran, Unit Eselon I (satu) pengampu DAK Fisik Bidang Kesehatan dan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan
- (2) Pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilakukan terhadap setiap subbidang DAK Fisik Bidang Kesehatan dengan memperhatikan:
  - a. capaian *output* kegiatan terhadap target/sasaran *output* kegiatan yang direncanakan;
  - b. realisasi penyerapan dana;
  - c. kesesuaian lokasi pelaksanaan kegiatan dengan dokumen rencana kegiatan; dan
  - d. metode pelaksanaan kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan.

**BAB IV**  
**PELAPORAN DAK FISIK BIDANG KESEHATAN**

**Pasal 12**

- (1) Kepala Daerah, kepala dinas kesehatan daerah provinsi, kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, direktur rumah sakit daerah provinsi, dan direktur rumah sakit daerah kabupaten/kota harus melakukan pelaporan secara berjenjang dan berkala setiap 3 (tiga) bulan.
- (2) Kepala Daerah menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan dan penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan kepada Menteri Kesehatan, Menteri Keuangan, dan Menteri Dalam Negeri.
- (3) Kepala dinas kesehatan provinsi menyampaikan kompilasi laporan kepada Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan melalui Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran.
- (4) Kompilasi laporan oleh kepala dinas kesehatan provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan paling lambat 14 (empat belas) hari setelah triwulan yang bersangkutan berakhir.

**BAB VI**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 13**

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2019.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 15 Januari 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 12 Februari 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

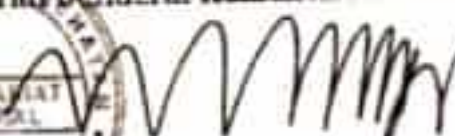
ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 116

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



LAMPIRAN  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 2 TAHUN 2019  
TENTANG  
PETUNJUK OPERASIONAL PENGGUNAAN  
DANA ALOKASI KHUSUS FISIK BIDANG  
KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2019

BAB I  
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional dalam rangka mewujudkan visi misi Presiden dan implementasi Nawa Cita yang kelima yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.

Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, diselenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.

Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mengamatkan Dana Alokasi Khusus (DAK) sebagai salah satu sumber pembiayaan bagi daerah dalam pelaksanaan desentralisasi, diantaranya untuk meningkatkan pembangunan kesehatan, sehingga Pemerintah baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau dan berkualitas.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, pada Pasal 298 ayat (7) menyebutkan belanja DAK diprioritaskan untuk mendanai kegiatan fisik dan dapat digunakan untuk kegiatan nonfisik.

Tahun 2019 Pemerintah mengalokasikan anggaran DAK Bidang Kesehatan sebesar Rp 29.502.043.745.000,- (dua puluh sembilan triliun lima ratus dua milyar empat puluh tiga juta tujuh ratus empat puluh lima ribu rupiah) terdiri dari DAK Fisik sebesar Rp. 19.243.411.000.000,-, (Sembilan belas triliun dua ratus empat puluh tiga milyar empat ratus sebelas juta rupiah) dan DAK Nonfisik sebesar Rp 10.258.632.745.000,- (sepuluh triliun dua ratus lima puluh delapan milyar enam ratus tiga puluh dua juta tujuh ratus empat puluh lima ribu rupiah). Dengan alokasi anggaran tersebut, diharapkan dapat mendukung pembangunan kesehatan di daerah yang sinergis dengan prioritas nasional.

Pengalokasian DAK Bidang Kesehatan ini, tidak untuk mengambil alih tanggung jawab pemerintah daerah dalam pelaksanaan pembiayaan pembangunan kesehatan di daerah sebagaimana yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Dalam konsep pembangunan nasional, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam lingkungan hidup yang sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya perilaku hidup sehat sehingga terwujud bangsa yang mandiri, maju dan sejahtera, serta agar terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat di bidang kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Memperhatikan tanggung jawab pengelolaan DAK Bidang Kesehatan berada di tangan Bupati/Walikota yang secara teknis dilaksanakan oleh Kepala Dinas Kesehatan dan atau Direktur Rumah Sakit Daerah, maka Kementerian Kesehatan menyiapkan pilihan kegiatan yang perlu dilakukan, agar tujuan pembangunan kesehatan secara nasional dapat tercapai. Untuk itu, prinsip-prinsip tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) yakni transparan, efektif, efisien, akuntabel dan tidak duplikasi dengan sumber pembiayaan lain harus menjadi perhatian dan dilaksanakan dengan sungguh-sungguh oleh para pelaksana pembangunan kesehatan di daerah.



Petunjuk Operasional merupakan pedoman penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2019 yang berisi penjelasan rinci kegiatan pemanfaatan DAK Fisik Bidang Kesehatan. Untuk DAK Fisik terdiri dari DAK Fisik Reguler Bidang Kesehatan, DAK Fisik Penugasan Bidang Kesehatan, dan DAK Fisik Afiriasi Bidang Kesehatan.

## B. TUJUAN

### 1. Tujuan Umum

Mendukung daerah dalam penyediaan dana pembangunan bidang kesehatan untuk mencapai target prioritas nasional bidang kesehatan.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana dan alat sesuai standar di Rumah Sakit Rujukan Nasional, Regional, Provinsi dan Rumah Sakit Daerah Prioritas dan Rumah Sakit di Daerah Pariwisata;
- b. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan di Rumah Sakit Daerah;
- c. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan di Unit Transfusi Darah (UTD);
- d. Meningkatkan ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit Kelas D Pratama;
- e. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada pelayanan Pra-Rumah Sakit dan Antar-Rumah Sakit untuk memperkuat Sistem Penanganan Kegawatdaruratan Terpadu (SPGDT) 119;
- f. Meningkatkan ketersediaan sarana dan Prasarana Regional Maintenance Center (RMC);
- g. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan di Puskesmas yang memenuhi standar dan sebagai wahana pendidikan;
- h. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan di Puskesmas daerah perbatasan;
- i. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan di Puskesmas daerah tertinggal;
- j. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana dan alat yang sesuai standar di Balai Pelatihan Kesehatan guna mendukung Pelatihan Prioritas Nasional;



- k. Meningkatkan jumlah puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial; dan
- l. Meningkatkan jumlah Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota yang melakukan manajemen pengelolaan obat dan vaksin sesuai standar.

#### C. SASARAN

1. Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota;
2. Puskesmas di daerah perbatasan, terpencil, tertinggal dan kepulauan;
3. Balai pelatihan kesehatan daerah provinsi;
4. Laboratorium kesehatan daerah;
5. Instalasi farmasi provinsi/kabupaten/kota;
6. Rumah sakit daerah rujukan nasional/provinsi/regional/ destinasi pariwisata prioritas nasional dan rumah sakit daerah non rujukan; dan
7. Rumah sakit kelas D pertama.

#### D. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan diarahkan untuk kegiatan:

1. DAK Fisik Reguler Bidang Kesehatan
  - a. DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar, diarahkan untuk:
    - 1) Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi sarana puskesmas;
    - 2) Penyediaan prasarana puskesmas;
    - 3) Penyediaan alat kesehatan di puskesmas;
    - 4) Pembangunan rumah jabatan (dokter, perawat dan bidan);
    - 5) Pembangunan gedung Unit Transfusi Darah (UTD);
    - 6) Pembangunan Rumah Sakit Pratama bagi daerah prioritas
    - 7) Penyediaan prasarana UTD;
    - 8) Penyediaan alat kesehatan UTD;
    - 9) Pembangunan sarana *Regional Maintenance Center* (RMC);
    - 10) Penyediaan prasarana RMC;
    - 11) Pembangunan sarana *Public Service Center* (PSC) 119;
    - 12) Penyediaan prasarana PSC 119;

- 13) Pembangunan rumah sakit lanjutan (rumah sakit yang belum beroperasi); dan
  - 14) Penyediaan alat, mesin dan bahan untuk pencegahan pengendalian penyakit, kesehatan lingkungan, promosi kesehatan serta informasi kesehatan.
- b. DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Rujukan, diarahkan untuk:
- 1) Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi sarana rumah sakit daerah provinsi/kabupaten/kota;
  - 2) Penyediaan prasarana rumah sakit daerah provinsi/kabupaten/kota; dan
  - 3) Penyediaan alat kesehatan di rumah sakit daerah provinsi/kabupaten/kota.
- c. DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kefarmasian, diarahkan untuk:
- 1) Penyediaan obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di tingkat kabupaten/kota;
  - 2) Pembangunan baru, rehabilitasi, dan/atau penyediaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK); dan
  - 3) Pembangunan baru, rehabilitasi, dan/atau penyediaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Provinsi (IFP).
2. DAK Fisik Penugasan Bidang Kesehatan
- a. Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi sarana, penyediaan prasarana dan alat kesehatan rumah sakit rujukan nasional;
  - b. Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi sarana, penyediaan prasarana dan alat kesehatan rumah sakit rujukan provinsi;
  - c. Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi sarana, penyediaan prasarana dan alat kesehatan rumah sakit rujukan regional;
  - d. Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi, penyediaan prasarana dan alat kesehatan rumah sakit di daerah destinasi pariwisata prioritas nasional;
  - e. Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi sarana, penyediaan prasarana dan alat kesehatan UTD;
  - f. Percepatan Penurunan prevalensi stunting;

- g. Pengendalian Penyakit; dan
- h. Pembangunan/renovasi/pemenuhan SPA Balai Pelatihan Kesehatan.

### 3. DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan

- a. Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi sarana, penyediaan prasarana dan alat kesehatan puskesmas daerah perbatasan;
- b. Pembangunan dan renovasi/rehabilitasi sarana, penyediaan prasarana dan alat kesehatan puskesmas daerah tertinggal; dan
- c. Pembangunan dan pemenuhan sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) rumah sakit D Pratama.

## E. KEBIJAKAN OPERASIONAL

DAK Bidang Kesehatan adalah dana yang dialokasikan dalam Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) kepada daerah dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas nasional. Untuk dapat diimplementasikan dengan baik, maka diperlukan kebijakan operasional yang meliputi:

### 1. Arah Kebijakan

Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan pelayanan kefarmasian serta peningkatan kegiatan promotif dan preventif, mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya di daerah terpencil, perbatasan, tertinggal, dan kepulauan.

### 2. Kebijakan Operasional Umum

- a. Pemerintah Daerah tetap berkewajiban mengalokasikan dana untuk kesehatan minimal 10% dari Anggaran Pendapatan Belanja daerah (APBD) sesuai dengan ketentuan Pasal 171 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya kegiatan yang langsung menyentuh kepentingan masyarakat.
- b. DAK Fisik Bidang Kesehatan bukan dana utama dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah, sehingga daerah dituntut lebih kreatif serta inovatif dalam memadukan semua potensi yang ada untuk pembangunan kesehatan dan



mengupayakan dengan sungguh-sungguh pemenuhan anggaran pembangunan kesehatan.

- c. Dinas Kesehatan Provinsi sebagai koordinator dalam perencanaan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi DAK Fisik Bidang Kesehatan di wilayahnya. Dinas kesehatan kabupaten/kota dan rumah sakit di provinsi/kabupaten/kota yang mendapatkan DAK Fisik Bidang Kesehatan wajib berkoordinasi dengan Dinas kesehatan provinsi.
- d. Dalam pelaksanaan kegiatan yang dibiayai oleh DAK Fisik Bidang Kesehatan tidak boleh duplikasi dengan sumber pembiayaan APBD, APBD maupun sumber pembiayaan lainnya.
- e. Kegiatan dalam Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA) DAK Fisik Bidang Kesehatan harus mengacu kepada Petunjuk Operasional Penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran berjalan. Pemilihan kegiatan sesuai dengan prioritas dan permasalahan di masing-masing daerah yang diselaraskan dengan prioritas kegiatan dalam rangka mencapai prioritas nasional bidang kesehatan.
- f. Daerah tidak diperkenankan melakukan pengalihan atau pergeseran anggaran dan kegiatan antar DAK Fisik Bidang Kesehatan baik DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan, DAK Fisik Penugasan Bidang Kesehatan, dan DAK Fisik Reguler Bidang Kesehatan, maupun dengan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan.
- g. Dalam hal perencanaan dan pelaksanaan, Organisasi Perangkat Daerah (OPD)/Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Penerima DAK Fisik Bidang Kesehatan harus berkoordinasi dengan OPD terkait yang membidangi urusan pekerjaan umum/lingkungan hidup/tata kota dan pariwisata;
- h. Pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan DAK Fisik Bidang Kesehatan mengikuti ketentuan yang telah diatur Kementerian Keuangan dan Kementerian Dalam Negeri.

### 3. Kebijakan Operasional Khusus

- a. Bagi rumah sakit rujukan nasional diperuntukkan bagi pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan guna mendukung pencapaian peningkatan kelas A pendidikan dan terakreditasi internasional.
- b. Bagi rumah sakit rujukan provinsi sebagai pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan guna mendukung

- pencapaian peningkatan kelas A (bagi rumah sakit rujukan provinsi yang belum memenuhi kelas A) atau untuk meningkatkan satu tingkat bagi rumah sakit rujukan provinsi dengan kelas C.
- c. Bagi rumah sakit rujukan regional sebagai pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan guna mendukung pencapaian peningkatan kelas B (bagi rumah sakit rujukan regional yang belum memenuhi kelas B) atau untuk meningkatkan satu tingkat bagi rumah sakit rujukan regional dengan kelas D.
  - d. Bagi rumah sakit non rujukan digunakan untuk pemenuhan sarana, prasarana dan alat sesuai dengan standar kelas rumah sakit *existing*.
  - e. Proses penyediaan obat dan alat kesehatan dilakukan secara *e-purchasing* berdasarkan e-katalog. Apabila tidak tercantum dalam e-katalog, maka dapat digunakan mekanisme lain sesuai dengan peraturan yang berlaku.
  - f. Bagi Balai Pelatihan Kesehatan diperuntukkan bagi pemenuhan kebutuhan sarana prasarana dan peralatan guna mendukung pencapaian pelatihan pada program prioritas.
  - g. Bagi Unit Transfusi Darah Rumah Sakit diperuntukkan untuk pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang memenuhi standar dilaksanakan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan darah di rumah sakit.



BAB II  
MANAJEMEN PELAKSANAAN  
DAANA ALOKASI KHUSUS FISIK BIDANG KESEHATAN  
TAHUN ANGGARAN 2019

A. PERENCANAAN

Kepala Daerah yang menerima DAK Fisik Bidang Kesehatan Tahun 2019 dan Kepala OPD/SKPD/UPTD yang melaksanakan kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan, perlu melakukan sinkronisasi antara rencana kegiatan dengan dokumen perencanaan pusat dan daerah.

1. DAK Fisik Bidang Kesehatan digunakan untuk mencapai target prioritas nasional sesuai Rencana Kerja Pemerintah (RKP) 2019 dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) Tahun 2019.
2. Rencana penggunaan mulai bulan Januari sampai dengan Desember 2019 yang dituangkan dalam rencana kegiatan yang rinci setiap bulan.
3. Penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan sinergis antar sumber daya yang tersedia dan tidak diperkenankan terjadi duplikasi anggaran.
4. Usulan perencanaan DAK Fisik Bidang Kesehatan untuk kegiatan sub bidang pelayanan kesehatan dasar dan sub bidang pelayanan kesehatan rujukan harus melalui aplikasi *eplanning-DAK* (Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran), dan aplikasi Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
5. Penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan untuk membangun ruang-ruang pelayanan kritis di rumah sakit seperti; ruang gawat darurat, ruang operasi, dan ruang perawatan intensif, selama proses perencanaan dapat dikonsultasikan kepada Kementerian Kesehatan (i.p. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan) untuk memastikan desain sesuai dengan persyaratan teknis.
6. Kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan disampaikan melalui aplikasi *eplanning-DAK* (Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran).



## B. PENGELOLAAN

1. Kepala Dinas kesehatan kabupaten/kota mengelola DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar, DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kefarmasian, DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Rujukan, dan DAK Fisik Afirmasi untuk pembangunan Puskesmas daerah terpencil, perbatasan, tertinggal, dan kepulauan, serta pembangunan rumah sakit kelas D Pratama dan DAK Fisik Penugasan Subbidang Pengendalian Penyakit.
2. Kepala Dinas kesehatan provinsi mengelola DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kefarmasian untuk rehabilitasi/pembangunan baru instalasi farmasi provinsi serta penyediaan sarana prasarannya.
3. Direktur rumah sakit daerah provinsi/kabupaten/kota mengelola DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Rujukan, DAK Fisik Penugasan Subbidang Rujukan nasional/provinsi/regional dan rumah sakit destinasi daerah pariwisata serta DAK Fisik Penugasan subbidang Unit Transfusi Darah (UTD).
4. Kepala Balai Pelatihan Kesehatan mengelola DAK Fisik Penugasan untuk penyediaan sarana prasarana dan peralatan kesehatan untuk pelatihan.

## C. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan DAK Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2019 mengacu pada Peraturan Presiden yang mengatur tentang Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus Fisik.

## D. PELAPORAN

### 1. Umum

Format pelaporan pelaksanaan DAK Fisik Bidang Kesehatan mengacu pada Peraturan Presiden yang mengatur tentang Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus Fisik. Laporan disampaikan kepada:

- a. Menteri Kesehatan
- b. Menteri Dalam Negeri
- c. Menteri Keuangan

## 2. Khusus

Khusus untuk Kementerian Kesehatan pelaporan pelaksanaan DAK Fisik Bidang Kesehatan disampaikan melalui:

### a. Aplikasi e-renggar

- 1) setiap OPD/SKPD wajib melaporkan hasil kegiatan dan realisasi anggaran melalui aplikasi e-renggar (<http://e-renggar.kemkes.go.id>)
- 2) dinas kesehatan provinsi melakukan verifikasi terhadap seluruh laporan dari SKPD Provinsi/Kabupaten/Kota yang mendapatkan DAK Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran berjalan yang berada di wilayah kerjanya.
- 3) Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) Pencapaian realisasi fisik bersumber DAK di fasilitas pelayanan kesehatan yang telah diserahterimakan wajib dilaporkan melalui ASPAK yang di-update secara reguler minimal setiap 3 bulan sekali oleh kepala puskesmas, direktur rumah sakit, dan divalidasi kepala dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota sesuai dengan tingkat kewenangannya (<http://aspak.net/aplikasi/>).
- 4) Khusus DAK Fisik Reguler (dasar dan rujukan), Penugasan dan Afiriasi dilaporkan melalui aplikasi e-Monev Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan setiap 1 bulan;
- 5) Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Data (SIMADA) kefarmasian dan alat kesehatan. Pencapaian realisasi fisik bersumber DAK di instalasi farmasi wajib dilaporkan melalui SIMADA yang diupdate rutin setiap triwulan oleh dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota (<http://simada.binfar.kemkes.go.id>);
- 6) Kepatuhan daerah dalam melaporkan pelaksanaan DAK Fisik Bidang Kesehatan akan menjadi pertimbangan dalam pengalokasian DAK Fisik Bidang Kesehatan tahun berikutnya.



BAB III  
DANA ALOKASI KHUSUS FISIK BIDANG KESEHATAN

A. DAK FISIK REGULER BIDANG KESEHATAN

1. Dak Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar

Setiap OPD harus memperhatikan prioritas menu kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar, dan prioritas sasaran di wilayah kerjanya (kecuali dalam kondisi *force major*) dalam rangka pemenuhan standar Puskesmas sesuai Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dan untuk dukungan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

Setiap lokasi kegiatan yang diusulkan dengan pembiayaan DAK Fisik Bidang Kesehatan ditetapkan dengan Keputusan Kepala Daerah.

Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Reguler Pelayanan Kesehatan Dasar hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh Organisasi perangkat daerah (OPD) dalam berita acara rencana kegiatan (RK) DAK Kesehatan yang telah diverifikasi dalam aplikasi *eplanning-DAK* (Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran), dan rincian menu tercantum dalam rincian Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (kecuali untuk alat kesehatan nomor 16 sd 36).

Menu kegiatan DAK Fisik Reguler Bidang Kesehatan Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar sebagai berikut:

a. Sarana

- 1) pembangunan baru puskesmas;
- 2) renovasi/rehabilitasi puskesmas;
- 3) pembangunan rumah jabatan (dokter, perawat dan bidan);
- 4) pembangunan gedung unit transfusi darah (utd);
- 5) pembangunan *regional maintenace center* (rmc);
- 6) pembangunan *public service center* (psc) 119;
- 7) pembangunan rumah sakit lanjutan (rumah sakit yang belum beroperasi); dan
- 8) pembangunan rumah sakit pratama untuk daerah prioritas.



b. Penyediaan Prasarana

- 1) puskesmas keliling (*single garden* dan *double garden*), puskesmas perairan, ambulans transport (*single garden* dan *double garden*), ambulans *Public Service Center* (PSC) 119, kendaraan puskesmas keliling roda 2, kendaraan pemeliharaan, kendaraan Unit Transfusi Darah;
- 2) prasarana listrik untuk puskesmas (generator set/energi terbarukan);
- 3) prasarana air bersih untuk puskesmas;
- 4) Instalasi Pengolah Air Limbah (IPAL);
- 5) Fasilitas sarana pengolahan limbah medis fasilitas pelayanan kesehatan (*needle cutter, needle destroyer, needle pit, incinerator* khusus untuk rumah sakit, autoclave, freezer/penyimpan limbah medis);
- 6) perangkat sistem informasi dan komunikasi *Public Service Center* (PSC) 119;
- 7) perangkat *Regional Maintenance Center* (RMC);
- 8) pengadaan perangkat pendataan keluarga di puskesmas;
- 9) penyediaan perangkat sistem informasi kesehatan;
- 10) penyediaan Paket Telemedicine puskesmas yang diampun dan
- 11) penyediaan fasilitas pendukung yang memperhatikan kemudahan akses, keamanan dan kenyamanan bagi lansia (tempat duduk khusus lansia yang aman dan nyaman, WC/Toilet dengan fasilitas ramah lansia (WC duduk, lantai tidak licin dan tidak timbul genangan, terdapat pegangan di dinding WC/toilet, dilengkapi dengan bel, pintu membuka arah keluar, aksesibilitas bagi lansia (pintu masuk cukup lebar untuk kursi roda, bila terdapat undakan harus dengan warna ubin yang berbeda agar terlihat jelas, koridor dilengkapi dengan pegangan/handrail pada dinding).

c. Penyediaan Alat Kesehatan di Puskesmas

- 1) penyediaan set pemeriksaan umum;
- 2) penyediaan alat ruangan tindakan atau UGD;

- 3) penyediaan set ruangan kesehatan ibu, anak, KB dan imunisasi; (termasuk MTBS kit: penyediaan stetoskop, manset anak (uji torniket), ari timer (pengukur frekuensi napas), termometer);
- 4) penyediaan set ruangan persalinan;
- 5) penyediaan set ruangan rawat pasca persalinan;
- 6) penyediaan set kesehatan gigi dan mulut;
- 7) penyediaan set promosi kesehatan;
- 8) penyediaan set ruangan Air Susu Ibu;
- 9) penyediaan set laboratorium;
- 10) penyediaan set ruangan farmasi;
- 11) penyediaan set rawat inap;
- 12) penyediaan set ruangan sterilisasi;
- 13) penyediaan set ruangan pelayanan kesehatan lansia sesuai dengan peraturan perundangan-undangan terkait Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas;
- 14) penyediaan peralatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) (pustu set, PHN kit, imunisasi kit, SDIDTK kit, UKS kit, UKGS kit, bidan kit, posyandu kit, kealing kit, posbindu kit, jumantik kit lansia kit dan reagensya);
- 15) penyediaan alat wahana pendidikan Dokter Layanan Primer (DLP);
- 16) penyediaan set alat Unit Transfusi Darah (UTD);
- 17) alat pendukung pelayanan Terpadu (pandu) dan Penyakit Tidak Menular (PTM) (lipid panel);
- 18) alat pendukung gangguan indera (*ophthalmoscope*);
- 19) penyediaan alat pengendalian Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK);
- 20) penyediaan kit deteksi dini dan tindak lanjut cancer penyediaan kit (termasuk gas  $N_2O/CO_2$ );
- 21) peralatan dan bahan pengendalian vector;
- 22) bahan pendukung pemeriksaan TB (Tuberculosis);
- 23) peralatan dan bahan penunjang pemeriksaan HIV;

- 24) peralatan penunjang Sistem Kewapadaan Dini dan Respona SKDR dan Kejadian Luar Biasa (KLB), antara lain: pengadaan perangkat informasi dan komunikasi penunjang SKDR di puskesmas, pengadaan spesimen carrier untuk puskesmas, penyediaan Alat Pelindung Diri (APD) bagi petugas surveilans;
- 25) peralatan dan bahan penunjang pemeriksaan malaria;
- 26) penyediaan insektisida malaria;
- 27) penyediaan larvasida malaria;
- 28) penyediaan *spraycan*;
- 29) penyediaan bahan dan alat lab kit malaria;
- 30) penyediaan RDT DBD combo (ns1+igg/igm);
- 31) penyediaan biolarvasida DBD *bacillus thuringiensis var israelensis* (BTI);
- 32) penyediaan larvasida kimia DBD *temephos*;
- 33) penyediaan jumentik kit;
- 34) penyediaan *hematology analyzer*, dan
- 35) penyediaan mesin fog.

Uraian lebih detail tentang kegiatan DAK Fisik Reguler Bidang Kesehatan Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar adalah sebagai berikut:

a. Pembangunan Puskesmas

Pembangunan baru Puskesmas meliputi :

- 1) pembangunan baru seluruhnya pada lahan eksisting;
- 2) pembangunan baru seluruhnya relokasi;
- 3) pembangunan puskesmas baru (registrasi baru); dan
- 4) pembangunan baru sebagian dalam rangka peningkatan fungsi puskesmas, meliputi :
  - a) penambahan ruangan puskesmas untuk peningkatan fungsi dari pustu menjadi puskesmas non rawat inap;
  - b) penambahan ruangan puskesmas untuk peningkatan fungsi dari non rawat inap menjadi rawat inap;
  - c) penambahan ruangan dalam rangka pemenuhan peraturan menteri kesehatan nomor 75 tahun 2014;
  - d) penambahan ruangan dalam rangka pengembangan puskesmas termasuk peningkatan jumlah tempat tidur.



- c) penambahan ruangan *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) atau panti pemulihan gizi di puskesmas dalam rangka pelayanan anak gizi buruk

Adapun persyaratan pembangunan Puskesmas sebagai berikut :

1) Persyaratan Umum

- a) Melampirkan telaahan yang memuat penjelasan dan analisa kebutuhan puskesmas dari dinas kesehatan kabupaten/kota yang diketahui oleh dinas kesehatan provinsi. Pembangunan baru tersebut dapat terjadi pada kondisi antara lain; kondisi bangunan eksisting rusak total;
- b) Pembangunan baru sebagian dalam rangka peningkatan fungsi Puskesmas, pemenuhan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014, dan pengembangan Puskesmas, termasuk peningkatan jumlah tempat tidur harus dilengkapi telaahan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota yang memuat penjelasan dan analisis kebutuhan akan adanya pembangunan baru sebagian puskesmas rawat inap yang diketahui oleh kepala dinas kesehatan provinsi;
- c) Pembangunan baru sebagian Puskesmas dalam rangka pelayanan anak gizi buruk dengan penyediaan *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) atau Panti Pemulihan Gizi diperlukan analisa kebutuhan puskesmas dari dinas kesehatan kabupaten/ kota yang diketahui oleh dinas kesehatan provinsi mengacu pada pedoman pelayanan anak gizi buruk. Pusat Pemulihan Gizi (PPG) atau yang dikenal sebagai *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) berfungsi sebagai tempat perawatan dan pengobatan secara intensif, dengan melibatkan ibu atau keluarga dalam perawatan anak  
TFC dapat dibentuk bila dalam satu wilayah kecamatan memenuhi kriteria sebagai berikut:
  - a. *Global Acute Malnutrition* (GAM) atau Prevalensi gizi kurang akut  $\geq 15\%$ ; dan

b. GAM/ Prevalensi gizi kurang akut antara 10-14,9% dengan faktor penyulit seperti adanya bencana baik alam maupun non alam.

- d) Pembangunan baru puskesmas relokasi dimungkinkan dengan kriteria, puskesmas yang berada di daerah rawan bencana alam, konflik, adanya jalur hijau, perubahan tata ruang wilayah, terjadinya masalah hukum pada lokasi fisik bangunan, tidak terpenuhinya persyaratan lahan untuk pembangunan puskesmas, berada dalam satu kecamatan. Untuk pembangunan puskesmas relokasi perlu diperhatikan ketersediaan infrastruktur pendukung (akses jalan, air bersih, listrik) di lokasi baru;
- e) Pembangunan baru puskesmas termasuk penyediaan pagar, halaman, meubleir, rumah jabatan, prasarana dan alat kesehatan; dan
- f) Melampirkan analisis komponen biaya pembangunan dari dinas pekerjaan umum setempat.

## 2) Persyaratan Teknis

Persyaratan teknis terkait bangunan dan prasarana puskesmas mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Persyaratan teknis terkait bangunan *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) atau Panti Pemulihan Gizi mengacu pada pedoman pelayanan anak gizi buruk.

## 3) Persyaratan Lain

- a) Tersedianya lahan yang tidak bermasalah dinyatakan dengan surat pernyataan dari kepala daerah setempat atau surat lain yang dapat membuktikan keabsahan dan kepemilikan lahan; dan
- b) Tersedianya surat pernyataan dari bupati/walikota tentang kesanggupan daerah untuk memenuhi ketenagaan dan biaya operasional puskesmas dengan bersumber pada dana APBD murni.

## b. Renovasi/Rehabilitasi Puskesmas

Renovasi dilakukan untuk memperbaiki bangunan yang telah rusak sedang, berat atau dalam rangka peningkatan mutu.

sehingga baik arsitektur, struktur maupun utilitas bangunan dapat tetap atau berubah. Rehabilitasi dilakukan untuk memperbaiki bangunan yang telah rusak dengan maksud mempertahankan fungsi, baik arsitektur maupun struktur bangunan gedung tetap seperti semula, sedang utilitas dapat berubah.

#### 1) Renovasi Rusak Sedang dan Berat Bangunan Puskesmas

##### a) Persyaratan Umum

Persyaratan umum meliputi:

- (1) puskesmas dengan kondisi rusak sedang atau berat dengan bukti pernyataan dari dinas pekerjaan umum setempat tentang kondisi bangunan puskesmas yang rusak sedang/berat sehingga perlu direnovasi;
- (2) tersedia surat keputusan bupati/walikota mengenai puskesmas yang akan direnovasi. renovasi puskesmas dilakukan untuk memperbaiki ruangan/gedung puskesmas dengan maksud peningkatan mutu sehingga secara fungsi baik arsitektur, struktur maupun utilitas bangunan dapat tetap atau berubah. Jika renovasi mengharuskan penambahan luas bangunan, maka harus dilakukan perubahan pada aset bangunan sesuai peraturan yang berlaku.

##### b) Persyaratan Teknis

Persyaratan teknis terkait luas lahan dan bangunan, denah tata ruang, sarana prasarana penunjang dan peralatan kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

#### 2) Rehabilitasi Sedang dan Berat Bangunan Puskesmas

##### a) Persyaratan Umum

Persyaratan umum meliputi:

- (1) puskesmas dengan kondisi rusak sedang atau berat dengan bukti pernyataan dari dinas pekerjaan umum setempat tentang kondisi bangunan rusak sedang/berat sehingga perlu diperbaiki/rehabilitasi; dan



(2) tersedia surat keputusan bupati/walikota terkait puskesmas yang akan direhabilitasi. rehabilitasi puskesmas dilakukan tanpa mengubah arsitektur bangunan puskesmas dan tidak menambah luas bangunan puskesmas.

b) Persyaratan Teknis

Persyaratan teknis terkait luas lahan dan bangunan, denah tata ruang, sarana prasarana penunjang dan peralatan kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat.

c. Pembangunan Rumah Jabatan (Dokter, perawat dan Bidan)

Dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Puskesmas sangat diperlukan pembangunan rumah jabatan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga serta menunjang pelaksanaan tugas pejabat dan/atau pegawai negeri.

(1) Persyaratan Umum

Rumah jabatan dibangun didalam lingkungan Puskesmas.

(2) Persyaratan Teknis

(a) Tersedianya Kesanggupan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk memenuhi biaya pemeliharaan

(b) Tersedia analisis biaya konstruksi yang dikeluarkan dinas teknis setempat (Dinas Pekerjaan Umum) tentang pekerjaan tersebut.

d. Pembangunan Gedung Unit Transfusi Darah (UTD)

Dalam rangka meningkatkan kualitas dan akses pelayanan darah, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah.

Ruang lingkup menu kegiatan Unit Transfusi Darah (UTD) terdiri dari :

1) Pembangunan dan Rehabilitasi Bangunan UTD

Persyaratan Umum :

a) Pembangunan baru UTD Kabupaten/Kota, Pemerintah daerah menyediakan lahan yang dibuktikan dengan dokumen kepemilikan (sertifikat) atau proses kepemilikan lahan dari BPN;

- b) Adanya pernyataan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang sanggup menyediakan biaya operasional dan pemeliharaan UTD melalui APBD atau sumber lainnya;
- c) Adanya pernyataan dari Kepala Daerah tentang kesanggupan menyediakan tenaga kesehatan untuk UTD;
- d) UTD Pemerintah Daerah dan bukan milik Palang Merah Indonesia;
- e) Ketentuan untuk luas keseluruhan bangunan UTD dengan kelas pertama minimal adalah 200 m<sup>2</sup>, kelas madya minimal 500 m<sup>2</sup> dan kelas utama minimal 700 m<sup>2</sup>. Namun apabila luas bangunan yang ada tidak memungkinkan, diharapkan ruangan yang ada tersedia tetap dapat melaksanakan fungsi dari UTD.
- f) Pemenuhan kebutuhan peralatan UTD mengacu pada persyaratan umum yaitu diperuntukkan bagi pemenuhan peralatan.

Persyaratan Teknis:

- a) Ketentuan terkait tentang teknis bangunan, peralatan dan bahan habis pakai UTD mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Unit Transfusi Darah, Bank darah Rumah sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah.
- b) Penyediaan mesin *apheresis* (untuk pengambilan darah donor dengan metode *apheresis*)
- c) Mengingat pelayanan darah mempunyai risiko cukup tinggi, maka peralatan UTD harus memiliki kualitas tinggi dengan jaminan purna jual.
- d) Kriteria peralatan yang dapat diusulkan bagi UTD yang belum operasional, pemenuhan peralatan, bahan habis pakai dan regensia yang belum dimiliki sesuai persyaratan teknis di atas.

## 2) Penyediaan Prasarana UTD

Penyediaan prasarana UTD berupa pemenuhan atau penyediaan kendaraan Unit Transfusi darah (UTD) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah.

Persyaratan Umum :

Adanya pernyataan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang kesanggupan menyediakan tenaga yang mengoperasikan kendaraan dan biaya operasional serta pemeliharaan kendaraan.

## 3) Penyediaan Alat Kesehatan UTD

### e. Pembangunan *Regional Maintenance Center (RMC)*

RMC atau unit pemeliharaan fasilitas pelayanan kesehatan adalah unit fungsional dibawah pembinaan Dinas Kesehatan yang melaksanakan kegiatan atau upaya untuk menjamin peralatan kesehatan di Puskesmas diwilayah kerjanya selalu berada dalam keadaan laik pakai.

Tugas pokok unit pemeliharaan fasilitas adalah melaksanakan pemeliharaan, perbaikan serta pengujian dan/atau kalibrasi alat kesehatan serta memberikan bimbingan teknis kepada petugas. Pelaksanaan kegiatan pengujian dan kalibrasi peralatan kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 tahun 2015 tentang pengujian dan kalibrasi serta pedoman RMC.

### f. *Public Safety Center (PSC) 119*

#### 1) Pembangunan Gedung *Public Safety Center (PSC) 119*

Pembangunan Gedung *Public Safety Center (PSC/Pusat Pelayanan Keselamatan Terpadu)* untuk Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota



a) Persyaratan Umum

- (1) Telah memiliki regulasi untuk Pembentukan PSC 119 yang ditetapkan atau diatur oleh Pemerintah Daerah (Keputusan/Peraturan Daerah/Peraturan Bupati/Peraturan Walikota);
- (2) Lokasi PSC 119;  
Jika Lokasi PSC 119 ditempatkan pada lahan kosong yang akan didirikan bangunan untuk PSC 119 maka dipersyaratkan lahan tersebut tidak bermasalah dinyatakan dengan surat kepala daerah setempat atau surat lain yang dapat membuktikan keabsahan dari kepemilikan lahan, melengkapi dengan surat pernyataan kesanggupan daerah terkait penyediaan tenaga untuk operasional PSC 119. Lokasi PSC memiliki akses yang menunjang dalam mobilisasi kegiatan PSC (dekat dengan jalan raya, tidak di area perumahan)

b) Persyaratan Teknis

(1) Lahan

Minimal lahan untuk gedung PSC 119 dengan ukuran 400 m<sup>2</sup>

(2) Ruangan

(a) Minimal ukuran bangunan PSC 119 seluas 100 m<sup>2</sup>;

(b) Ruangan *call center* ;

(c) Ruangan penunjang (istirahat, pertemuan dan lainnya sesuai dengan kebutuhan); dan

(d) Ruang parkir ambulans;

(3) Peralatan dan jaringan komunikasi

(a) Perangkat komputer untuk *call center* dengan spesifikasi:

Spesifikasi PC

- Teknologi Minimal memori 2G; dan
- PC Desktop intel core i3-4160, 4GB DDR3, 500GB HDD, DVD +- RW, NIC, VGA Intel HD Graphics;

(b) Pemenuhan kebutuhan meubelair kantor dan ruangan operasional SPGDT 119; dan

(c) Alat komunikasi (telepon/radio telekomunikasi).

2) Perangkat Sistem Informasi dan Komunikasi *Public Safety Center* (PSC) 119.

Penyediaan perangkat sistem informasi dan komunikasi untuk PSC 119 Kabupaten/Kota ini menyediakan perangkat untuk mengintegrasikan sistem *call center* untuk *Public Safety Center* 119 (PSC 119) Kabupaten/Kota ke *National Command Center* 119 (NCC) di Kementerian Kesehatan.

Adapun perangkatnya terdiri dari:

1) Penyediaan Aplikasi SPGDT termasuk *head set* dengan *microphone*;

Aplikasi SPGDT didesain secara efektif menghubungkan tiap panggilan kepada lokasi dan agen yang paling tepat dan dituju untuk menangani panggilan tersebut. Teknologi *Call Routing* yang digunakan oleh Aplikasi SPGDT memungkinkan untuk membuat *routing* spesifik dengan menggunakan *Call Vectoring*, dimaksudkan untuk membantu percepatan *respon time* telepon yang diterima *National Command Center 119* sampai ke *Public Safety Center 119* sehingga meningkatkan kinerja layanan dengan memberikan fasilitas antara lain:

- (1) mencocokkan jenis panggilan dengan *agent* yang tepat;
- (2) *least occupied agent*, memastikan bahwa *agent* mendapat distribusi panggilan merata;
- (3) sudah mendapatkan IP *Agent license*;
- (4) solusi *wallboard*, dimana dapat ditampilkan *tracking* dari *performance* seluruh *call center* maupun *agent* secara *real time*; dan
- (5) *advance voice terminal*.

2) Hardware yang terdiri dari perangkat IT (komputer dan layar monitor televisi) untuk kebutuhan SPGDT;

3) Proses Instalasi Aplikasi SPGDT; dan

4) Jaringan Intranet Link VPN IP 1 Mbps;

VPN adalah singkatan *Virtual Private Network*, yaitu sebuah koneksi *private* melalui jaringan publik atau intranet. Jaringan ini bersifat *private* yaitu dimana tidak semua orang dapat mengaksesnya. Data yang dikirimkan terenkripsi sehingga tetap rahasia meskipun

melalui jaringan publik. Teknologi VPN menyediakan tiga fungsi utama untuk penggunaannya. Dengan menggunakan VPN, maka data penelpon yang masuk ke sistem 119 akan terjamin keamanannya serta data tersebut tersimpan dalam rekaman yang berada di pusat. Fungsi utama tersebut adalah sebagai berikut:

(1) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Teknologi VPN memiliki sistem kerja mengenkripsi semua data yang lewat melaluinya. Dengan adanya enkripsi ini, maka kerahasiaan data yang dikirim menjadi lebih terjaga.

(2) *Data Integrity* (Keutuhan Data)

VPN memiliki teknologi yang dapat menjaga keutuhan data yang dikirim agar sampai ke tujuannya tanpa cacat, hilang, rusak, ataupun dimanipulasi oleh pihak yang tidak bertanggung jawab.

(3) *Origin Authentication* (Autentikasi Sumber)

Teknologi VPN memiliki kemampuan untuk melakukan autentikasi terhadap sumber-sumber pengirim data yang akan diterimanya.

3) Penyediaan Ambulans Gawat Darurat untuk PSC 119 dan fasyankes jejaringnya.

Penyediaan Ambulans Gawat Darurat atau Ambulans SPGDT sesuai dengan spesifikasi minimal yang mengacu pada Pedoman Teknis Ambulans dari Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan.

d. Pembangunan Rumah Sakit Lanjutan (rumah sakit yang belum beroperasi)

Pembangunan Rumah Sakit lanjutan adalah untuk:

1) Mengakomodasi pembangunan RS baru yang diinisiasi pemerintah daerah yang belum operasional namun terhenti dikarenakan keterbatasan anggaran APBD.

2) Pembangunan RS Pratama untuk daerah prioritas.

Kriteria Umum :

a) Pembangunan gedung lanjutan bagi rumah sakit yang belum beroperasi;



- b) Penyediaan alat kesehatan bagi rumah sakit yang belum beroperasi agar siap dioperasikan;
- c) Pembangunan dan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan rumah sakit Pratama yang telah ditetapkan sesuai dengan prioritas Kementerian Kesehatan.

Kriteria Khusus :

- a) Sudah tidak memiliki masalah dengan dibuktikan rekomendasi hasil audit dari Aparatur Pengawas Internal Pemerintah (APIP) dan bukti hasil tindak lanjut serta analisis dari dinas pekerjaan umum;
  - b) Rekomendasi dari hasil analisis dari dinas pekerjaan umum tentang penilaian bangunan sebelumnya dan analisis kebutuhan selanjutnya bahwa pembangunan bangunan masih layak dilanjutkan;
  - c) Untuk pemenuhan lanjutan peralatan kesehatan sudah disiapkan pra instalasi dengan dibuktikan dokumentasi foto, informasi rekening listrik (standar daya listrik terpasang : 1 tempat tidur butuh 2,5 - 3,5 KVA daya listrik), perijinan prasarana sudah dimiliki (listrik, instalasi pengolahan air limbah, tempat penyimpanan sementara (TPS) limbah B3 dan lain-lain);
  - d) Sudah memiliki izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin pendirian rumah sakit;
  - e) Untuk pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan rumah sakit Pratama yang telah ditetapkan dalam roadmap pelayanan kesehatan rujukan mengacu pada petunjuk teknis DAK Afirmasi rumah sakit Pratama; dan
  - f) Surat pernyataan dari bupati/walikota/gubernur bahwa bangunan yang telah dilengkapi pra instalasi sudah siap dioperasikan.
  - g) Untuk pembangunan RS Pratama memenuhi kriteria persyaratan lahan, lokasi, administrasi dan teknis.
- e. Penyediaan Pusling Roda Empat *Single Gardan/Double Gardan*, Pusling Air, Ambulans Transport *Single Gardan/Double Gardan*, Ambulans PSC 119, Kendaraan Khusus Roda 2 untuk Program Kesehatan di Puskesmas dan Kendaraan Pemeliharaan.

Pemanfaatan DAK Bidang Kesehatan Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar untuk pengadaan pusling *single gardan*, *double gardan*, pusling air, Ambulans Transport *Single Gardan/Double Gardan*, Ambulans PSC 119, kendaraan khusus roda 2 dan Kendaraan Pemeliharaan. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota membuat surat pernyataan kesanggupan untuk memenuhi biaya operasional (biaya bahan bakar, biaya pemeliharaan dan lain-lain), tidak mengalihfungsikan kendaraan menjadi kendaraan penumpang/pribadi, dan menyediakan tenaga yang mampu mengoperasikan kendaraan serta adanya telaahan analisa kebutuhan kendaraan. Tidak diperkenankan memasang lambang partai, foto kepala daerah dan atribut kampanye lainnya. Peralatan kesehatan penunjang mengacu pada Buku Panduan Pelaksanaan Puskesmas Keliling, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar dan Kepmenkes tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik.

1) Penyediaan Puskesmas Keliling Roda 4 Biasa/ *Single Gardan*

a) Persyaratan Umum

Kebutuhan akan adanya pusling roda 4 biasa/ *single gardan* diharapkan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

- (1) Diperuntukkan bagi Puskesmas yang wilayah kerjanya luas dengan kondisi medan jalan yang tidak sulit.
- (2) Pusling berfungsi sebagai sarana transportasi petugas dan pasien serta peralatan kesehatan penunjangnya untuk melaksanakan program Puskesmas dan memberikan pelayanan kesehatan dasar serta melakukan penyelidikan KLB.
- (3) Sarana transportasi rujukan pasien.
- (4) Mendukung pelaksanaan penyuluhan dan promosi kesehatan.

b) Persyaratan Teknis

- (1) Jenis kendaraan yang sesuai kebutuhan kabupaten/kota dan dapat menjangkau masyarakat di lokasi tertentu yang dilengkapi

dengan peralatan kesehatan, peralatan komunikasi serta media penyuluh dan promosi kesehatan.

- (2) Pusling roda 4 biasa/*single gardan* harus memenuhi fungsi transportasi petugas, rujukan pasien, pelayanan kesehatan dasar, program Puskesmas, penyuluhan, promosi kesehatan dan aksesibilitas/kemudahan pasien.

## 2) Penyediaan Puskesmas Keliling Roda 4 *Double Gardan*

### a. Persyaratan Umum

Kebutuhan akan adanya pusling roda 4 *double gardan* diharapkan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

- (1) Diperuntukkan bagi Puskesmas yang wilayah kerjanya luas dengan kondisi medan jalan sulit (seperti berlumpur, pegunungan).
- (2) Pusling berfungsi sebagai sarana transportasi petugas dan pasien serta peralatan kesehatan penunjangnya untuk melaksanakan program Puskesmas dan memberikan pelayanan kesehatan dasar serta melakukan penyelidikan KLB.
- (3) Sarana transportasi rujukan pasien.
- (4) Mendukung pelaksanaan penyuluhan dan promosi kesehatan.

### b. Persyaratan Teknis

- (1) Jenis kendaraan yang sesuai kebutuhan kabupaten/kota dan dapat menjangkau masyarakat di lokasi tertentu khususnya di daerah terpencil dan sangat terpencil yang dilengkapi dengan peralatan kesehatan, peralatan komunikasi serta media penyuluh dan promosi kesehatan.
- (2) Pusling roda 4 *double gardan* harus memenuhi fungsi transportasi petugas, rujukan pasien, pelayanan kesehatan dasar, program Puskesmas, penyuluhan, promosi kesehatan dan aksesibilitas/kemudahan pasien.



3) Penyediaan Puskesmas Keliling Perairan

Pengadaan pusling perairan diperuntukkan bagi pengadaan baru maupun rehabilitasi pusling perairan.

a) Persyaratan Umum

Kebutuhan akan adanya pusling perairan diharapkan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

- (1) Diperuntukkan bagi Puskesmas yang wilayah kerjanya sebagian besar hanya bisa dijangkau dengan transportasi air.
- (2) Pusling berfungsi sebagai sarana transportasi petugas dan pasien serta peralatan kesehatan penunjangnya untuk melaksanakan program Puskesmas dan memberikan pelayanan kesehatan dasar.
- (3) Sarana transportasi rujukan pasien.

b) Persyaratan Teknis

- (1) Jenis kendaraan dilengkapi dengan peralatan kesehatan, peralatan komunikasi serta perlengkapan keselamatan.
- (2) Pusling perairan harus memenuhi fungsi transportasi petugas, rujukan pasien, pelayanan kesehatan dasar, program Puskesmas, penyuluhan, promosi kesehatan dan aksesibilitas/kemudahan pasien.

4) Penyediaan Ambulans Transport *Single Gardan/Double Gardan*

Ambulans yang dilengkapi dengan peralatan untuk bantuan hidup/*life support*, dengan kru yang memiliki kualifikasi yang kompeten. Dalam keadaan tertentu ada *flying health care/respons unit/quick respons vehicle*, seorang petugas ambulans dengan kendaraan yang akan melakukan penanganan di lokasi dan tidak membawa orang lain selain pasien dan petugas.

Kebutuhan ambulans mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

- a) Diperuntukkan bagi Puskesmas dan RS Pratama yang memerlukan prasarana penunjang ambulans.

b) Ambulans berfungsi sebagai sarana transportasi rujukan pasien dari lokasi kejadian ke sarana pelayanan kesehatan dengan pengawasan medik khusus.

5) *Ambulans Public Service Center (PSC) 119*

Penyediaan Ambulans Gawat Darurat atau Ambulans SPGDT sesuai dengan spesifikasi minimal yang mengacu pada Pedoman Teknis Ambulans Tahun 2014 dari Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan.

6) Penyediaan Kendaraan Khusus Roda 2 untuk Program Kesehatan di Puskesmas

a) Persyaratan Umum

Kebutuhan akan adanya kendaraan operasional roda 2 diharapkan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

- (1) Diperuntukkan bagi Puskesmas dalam menunjang pelaksanaan kegiatan program.
- (2) Kendaraan berfungsi sebagai sarana transportasi petugas dalam melaksanakan program Puskesmas, untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pendekatan keluarga serta melakukan penyelidikan KLB.
- (3) Kendaraan roda 2 biasa diperuntukkan bagi Puskesmas daerah pedesaan dan perkotaan sedangkan kendaraan roda 2 *trail* diperuntukkan bagi Puskesmas di daerah terpencil maupun daerah sangat terpencil.

b) Persyaratan Teknis

- (1) Jenis kendaraan yang sesuai kebutuhan kabupaten/kota dan dapat menjangkau masyarakat di lokasi tertentu yang dilengkapi dengan peralatan kesehatan, serta media penyuluh dan promosi kesehatan.
- (2) Kendaraan roda 2 biasa dan atau *trail* harus memenuhi fungsi transportasi petugas, pelayanan

kesehatan dasar, program Puskesmas, penyuluhan dan promosi kesehatan.

7) Kendaraan Pemeliharaan

Kendaraan Roda 4 Jenis *Multi Purpose Vehicle*(MPV) dengan kapasitas mesin 1500 – 2500 cc. Dilengkapi dengan rak/laci tempat menyimpan suku cadang dan peralatan kerja serta meja kerja di dalam kendaraan atau terintegrasi dengan kendaraan (dapat dilipat) yang memiliki min. 2 buah tanda hubung kotak AC min. 500 Watt dengan kendaraan memakai inverter DC to AC.

Kendaraan berwarna Hitam dengan stiker berwarna putih tulisan \* Kendaraan Pemeliharaan Fasyankes \* berikut logo kementerian kesehatan pada kanan kiri badan kendaraan.

8) Kendaraan Unit Transfusi Darah (UTD)

Pedoman sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang unit transfusi darah, bank darah rumah sakit dan jejaring pelayanan transfusi darah.

f. Penyediaan Prasarana Listrik untuk Puskesmas (Generator Set/Energi Terbarukan)

Penyediaan prasarana listrik untuk Puskesmas antara lain: 1) Generator Set; 2) Solar cell/panel surya; 3) Pembangkit Listrik Tenaga Mikrohidro (termasuk tenaga energi terbarukan yang lain).

1) Generator Set

Fungsi generator set adalah untuk memberikan suplai daya listrik pengganti/alternatif untuk alat-alat yang membutuhkan listrik sebagai sumber powernya, saat listrik PLN padam.

a) Persyaratan Umum

(1) Puskesmas tersebut belum mempunyai genset atau sudah mempunyai genset tetapi tidak dapat berfungsi.

(2) Menyediakan lahan dan rumah genset guna menempatkan genset tersebut.



- (3) Pengadaan kebutuhan genset dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan dengan mempertimbangkan operasional serta pemeliharaan.
- (4) Garansi purwa jual minimal 1 (satu) tahun.
- (5) Penyedia jasa wajib melakukan pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan genset bagi petugas Puskesmas.
- (6) Penyedia jasa wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minimal Pemeliharaan (SMP) dalam bahasa Indonesia.
- (7) Penyedia jasa atau Puskesmas wajib mengurus ijin apabila diperlukan.

b) Persyaratan Khusus

- (1) Apabila memilih genset *non silent type* maka Puskesmas harus menyediakan rumah atau bangunan untuk genset dilengkapi dengan peredam suara dan ventilasi.
- (2) Apabila memilih genset *silent type* maka Puskesmas harus memastikan keamanan dari gangguan pencurian.
- (3) Genset hanya menyuplai kebutuhan listrik di lingkungan/komplek Puskesmas dan dilarang dimanfaatkan oleh lingkungan di luar Puskesmas.
- (4) Kapasitas genset untuk Puskesmas minimal 60 persen dari kebutuhan listrik Puskesmas.
- (5) Dalam pengajuan kebutuhan genset, Puskesmas harus membuat RAB dan TOR disertai dengan gambar existing peletakan genset di Puskesmas dengan konsultasi dengan teknis.
- (6) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai pelaksanaan operasional dan pemeliharaan yang ditandatangani oleh kepala Puskesmas dan diketahui oleh Bupati/Walikota.

2) Solar Cell/Panel Surya

Solar Cell atau panel surya merupakan energi alternatif setelah PLN/Generator Set (Genset) untuk Puskesmas yang berada di daerah yang sulit mendapatkan bahan bakar

Selain menghasilkan energi listrik, *solar cell* tidak menimbulkan polusi udara dan juga tidak menghasilkan gas buang rumah kaca (*green house gas*) yang pengaruhnya dapat merusak ekosistem planet bumi kita.

a) Persyaratan Umum

- (1) Puskesmas tersebut belum mempunyai energi alternatif lain seperti Genset atau sudah mempunyai *solar cell* tetapi tidak berfungsi.
- (2) Pengadaan kebutuhan *solar cell* dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan dengan mempertimbangkan kondisi daerah Puskesmas tersebut, dan dengan mempertimbangkan operasional dan pemeliharaan.
- (3) Garansi purna jual minimal 1 (satu) tahun.
- (4) Penyedia jasa wajib melakukan pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan *solar cell* bagi petugas Puskesmas.
- (5) Penyedia jasa wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minimal Pemeliharaan (SMP) dalam bahasa Indonesia.
- (6) Penyedia jasa atau Puskesmas wajib mengurus ijin-ijin apabila diperlukan.

b) Persyaratan Khusus

- (1) Puskesmas menyampaikan usulan secara tertulis berdasarkan analisa kebutuhan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- (2) Puskesmas harus menyediakan lahan atau tempat dimana *solar cell* tersebut diletakkan.
- (3) *Solar cell* hanya menyuplai kebutuhan listrik di lingkungan/komplek Puskesmas dan dilarang pemanfaatannya di luar lingkungan Puskesmas.
- (4) Kapasitas *solar cell* disesuaikan dengan kebutuhan Puskesmas.
- (5) Puskesmas membuat RAB dan TOR yang telah disetujui oleh bagian teknis.
- (6) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai operasional dan pemeliharaan yang ditandatangani

oleh kepala Puskesmas dan diketahui oleh Bupati/Walikota.

- (7) Rencana peletakan *solar cell* agar memperhatikan denah tata ruang di Puskesmas agar memudahkan operasional, pemeliharaan dan keamanan *solar cell*.
- 3) Pembangkit Listrik Tenaga Mikrohidro (termasuk dari energi terbarukan yang lain)

Pembangkit listrik tenaga mikrohidro merupakan energi alternatif setelah PLN/Generator Set (Genset) untuk Puskesmas yang berada di daerah yang sulit mendapatkan bahan bakar tetapi mempunyai aliran sungai yang dapat dimanfaatkan untuk hal tersebut.

a) Persyaratan Umum

- (1) Puskesmas tersebut belum mempunyai energi alternatif lain seperti genset atau sudah mempunyai pembangkit listrik tenaga mikrohidro tetapi tidak berfungsi;
- (2) Pengadaan pembangkit listrik tenaga mikrohidro dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan dengan mempertimbangkan kondisi daerah Puskesmas tersebut, dan dengan mempertimbangkan operasional dan pemeliharaan;
- (3) Garansi purna jual minimal 1 (satu) tahun;
- (4) Penyedia jasa wajib melakukan pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan pembangkit listrik tenaga mikrohidro bagi petugas Puskesmas;
- (5) Penyedia jasa wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minimal Pemeliharaan (SMP) dalam bahasa Indonesia; dan
- (6) Penyedia jasa atau Puskesmas wajib mengurus izin-izin apabila diperlukan.

b) Persyaratan Khusus

- (1) Puskesmas menyampaikan usulan secara tertulis berdasarkan analisa kebutuhan ke dinas kesehatan kabupaten/kota;



- (2) Puskesmas harus menyediakan lahan atau tempat dimana pembangkit listrik tenaga mikrohidro tersebut diletakkan;
- (3) Kapasitas pembangkit listrik tenaga mikrohidro harus dapat memenuhi kebutuhan Puskesmas;
- (4) Puskesmas membuat RAB dan TOR yang telah disetujui oleh bagian teknis;
- (5) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai operasional dan pemeliharaan yang ditandatangani oleh kepala puskesmas dan diketahui oleh bupati/walikota; dan
- (6) Rencana peletakan pembangkit listrik tenaga mikrohidro agar memperhatikan denah tata ruang di puskesmas agar memudahkan operasional, pemeliharaan dan keamanan.

#### E. Penyediaan Prasarana Air Bersih untuk Puskesmas

Untuk pembangunan prasarana air bersih mengacu pada peraturan daerah setempat tentang penyediaan air bersih.

Pembangunan prasarana air bersih dapat berupa pembangunan instalasi suplai air bersih (sumur, mata air, badan air) dan instalasi pengolahan air bersih.

Adapun pilihan rincian penyediaan prasarana air bersih Puskesmas yang dapat dipilih sebagai berikut :

1. Instalasi Air bersih sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan Air untuk keperluan hygiene sanitasi, kolam renang, *solus per aqua*, dan pemandian umum. Jika instalasi air bersih untuk mendaur ulang air olahan dari instalasi pengolahan air limbah (IPAL) maka penggunaan airnya hanya untuk tangki toilet (pembersihan *closet*), penyiram tanaman hias, *backwash* filter IPAL, mencuci TPS non domestik dll.
2. Instalasi Air Reverse Osmosis yang diaplikasikan untuk :
  - a) Air minum untuk memenuhi instalasi gizi dan kantin/cafeteria sesuai dengan Permenkes tentang Persyaratan Kualitas Air Minum; dan

- b) Laboratorium membutuhkan air kualitas apd dengan menambahkan deionizer untuk pemurnian.

Ketentuan:

- 1) Harus tersedia air minum sesuai kebutuhan. Air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum.
- 2) Air minum dan air bersih tersedia pada setiap tempo kegiatan yang membutuhkan secara berkesinambungan.
- 3) Distribusi air minum dan air bersih di setiap ruangan/kamar harus menggunakan jaringan perpipaan yang mengalir dengan tekanan positif.
- 4) Pemenuhan air untuk kebutuhan air minum dan Laboratorium harus didasarkan kebutuhan.

Adapun Persyaratan Umum dan Khusus sebagai berikut :

1) Persyaratan Umum

- a) Puskesmas tersebut belum mempunyai prasarana air bersih atau sudah mempunyai prasarana air bersih tapi dalam kondisi rusak;
- b) Bagi puskesmas yang sudah memiliki tapi dalam kondisi rusak didukung dengan surat pernyataan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan kepala dinas teknis setempat;
- c) Mempunyai lahan siap bangun, lahan tidak dalam sengketa, mempunyai sertifikat tanah, sudah dilakukan perataan, pemadatan dan pematangan tanah;
- d) Perhitungan pengadaan prasarana air bersih dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional serta kondisi dan letak geografis/topografi daerah;
- e) Prasarana air bersih Puskesmas harus memenuhi persyaratan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas.
- f) Garansi peralatan prasarana air bersih minimal 1 (satu) tahun;

- d) Garansi purna jual prasarana air bersih minimal 5 (lima) tahun;
  - h) Penyedia jasa wajib melakukan pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan bagi petugas Puskesmas; dan
  - i) Penyedia jasa wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minimal Pemeliharaan (SMP) dalam bahasa Indonesia.
- 2) Persyaratan Khusus
- a) Luas lahan dan bangunan prasarana air bersih disesuaikan dengan kapasitas prasarana air bersih yang dibutuhkan puskesmas;
  - b) Kapasitas pengolahan air bersih minimal dapat mengolah air baku sebanyak 100% dari jumlah pemakaian air bersih di puskesmas tiap harinya;
  - c) Puskesmas membuat perencanaan *Detail Engineering Design* (DED) prasarana air bersih dan jaringannya serta RAB, *unit cost* yang ditetapkan dinas teknis (Dinas PU) Pemda setempat diketahui oleh bupati/walikota atau oleh konsultan perencana yang telah dikontrak;
  - d) Perencanaan DED prasarana air bersih dan jaringannya serta RAB tersebut dibiayai dari APBD kabupaten/kota di luar DAK;
  - e) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai pelaksanaan operasional dan pemeliharaan yang ditandatangani oleh kepala puskesmas dan diketahui oleh bupati/walikota sebelum pekerjaan pembangunan dimulai;
  - f) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai uji laboratorium lingkungan terhadap baku mutu air bersih yang ditandatangani oleh kepala puskesmas selama minimal 6 (enam) bulan sekali dan melaporkannya ke dinas kesehatan kabupaten/kota dan tembusan kepada bupati/walikota;
  - g) Membuat surat pernyataan kesanggupan menjaga agar baku mutu air bersih yang dihasilkan sesuai dengan peraturan yang berlaku, yang ditandatangani oleh kepala



- Puskesmas dan diketahui oleh gubernur/bupati/walikota sebelum pekerjaan pembangunan dimulai;
- h) Rencana peletakan prasarana air bersih memperhatikan denah tata ruang di Puskesmas untuk mempermudah operasional, pemeliharaan dan keamanan;
- i) Dalam pemilihan jenis dan teknologi prasarana air bersih harus memperhatikan:
- (1) Kekuatan konstruksi bangunan;
  - (2) Teknologi prasarana air bersih yang dipilih harus sudah terbukti baku mutu air bersih yang dihasilkan telah memenuhi peraturan yang berlaku;
  - (3) Disarankan pihak puskesmas mencari referensi dengan peninjauan ke puskesmas yang telah memakai produk teknologi prasarana air bersih yang terbukti minimal 3 (tiga) tahun baku mutu air bersih yang dihasilkan telah memenuhi peraturan yang berlaku dengan dibuktikan hasil uji laboratorium lingkungan (yang terakreditasi);
  - (4) Teknologi prasarana air bersih yang dipilih harus mudah dalam pengoperasian dan pemeliharaannya;
  - (5) Mudah mencari suku cadangnya;
  - (6) Biaya operasional yang tidak besar (lisrik, pemeliharaan alat) disediakan oleh pemerintah daerah di luar DAK; dan
  - (7) Harus dipasang alat pengukur debit. Pemerintah daerah dan pihak Puskesmas harus menyediakan dana untuk tenaga operator dan biaya operasional lainnya.

h. Penyediaan Instalasi Pengolah Air Limbah (IPAL)  
Instalasi pengolah air limbah (IPAL) Puskesmas berfungsi untuk mengolah air limbah dari hasil kegiatan yang menggunakan air di Puskesmas.

Persyaratan umum :

- 1) Puskesmas maupun pemerintah daerah setempat harus menyediakan tenaga penanggungjawab operasional limbah Pengolahan Air Limbah (IPAL) puskesmas;

- 2) Puskesmas tersebut belum mempunyai instalasi pengolahan limbah atau sudah mempunyai instalasi pengolahan limbah tapi dalam kondisi rusak 80%. Kategori rusak 80% adalah apabila pompa dan blower rusak tidak bisa digunakan meskipun sudah diperbaiki, container dan perpipaan bocor. dibuktikan dengan surat pernyataan kepala puskesmas dan dilampirkan foto kondisi IPAL;
- 3) Bagi puskesmas yang sudah memiliki tapi dalam kondisi rusak didukung dengan surat pernyataan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan kepala badan lingkungan hidup kabupaten/kota;
- 4) Mempunyai lahan siap bangun, lahan tidak dalam sengketa, mempunyai sertifikat tanah, sudah dilakukan perataan, pemadatan dan pematangan tanah;
- 5) Perhitungan pengadaan instalasi pengolah limbah dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional serta kondisi dan letak geografis/topografi daerah;
- 6) Pengelolaan limbah puskesmas harus memenuhi persyaratan dalam Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas;
- 7) Garansi instalasi pengolah limbah minimal 1 (satu) tahun;
- 8) Garansi purna jual instalasi pengolah limbah minimal 5 (lima) tahun;
- 9) Penyedia jasa wajib melakukan pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan IPAL bagi petugas puskesmas;
- 10) Penyedia jasa wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minimal Pemeliharaan (SMP) instalasi pengolah limbah dalam bahasa Indonesia;
- 11) Penyedia jasa atau puskesmas wajib mengurus ijin operasional IPAL (ijin pembuangan limbah cair) ke kantor/badan lingkungan hidup daerah setempat sesuai dengan peraturan yang berlaku; dan
- 12) Puskesmas yang menghasilkan limbah cair atau limbah padat yang mengandung atau terkena zat radioaktif, pengelolannya dilakukan sesuai ketentuan BATAN (tidak dimasukan ke IPAL).



### Peryaratan Khusus

- 1) Luas lahan dan bangunan IPAL disesuaikan dengan kapasitas IPAL yang dibutuhkan puskesmas yang didapat dari data pemakaian rata-rata air bersih per hari;
- 2) Kapasitas IPAL minimal dapat mengolah limbah cair sebanyak 80% dari jumlah pemakaian air bersih di puskesmas tiap harinya;
- 3) Puskesmas membuat perencanaan *Detail Engineering Design* (DED) IPAL dan jaringannya serta RAB, unit cost yang ditetapkan oleh kepala puskesmas dengan rekomendasi dinas pekerjaan umum pemerintah daerah setempat diketahui oleh bupati/walikota;
- 4) Perencanaan *Detail Engineering Design* (DED) IPAL dan jaringannya serta RAB tersebut dibiayai dari APBD kabupaten/kota di luar DAK;
- 5) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai pelaksanaan operasional dan pemeliharaan yang ditandatangani oleh kepala puskesmas dan diketahui oleh bupati/walikota sebelum pekerjaan pembangunan dimulai;
- 6) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai uji laboratorium lingkungan terhadap *influent* dan *effluent* air limbah yang masuk dan keluar dari IPAL yang ditandatangani oleh kepala puskesmas selama minimal 3 (tiga) bulan sekali dan melaporkannya ke dinas kesehatan kabupaten/kota dan tembusan kepada bupati/walikota;
- 7) Membuat surat pernyataan kesanggupan menjaga agar *effluent* air limbah yang keluar dari instalasi terbuang memenuhi Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair dari Kegiatan Rumah Sakit atau peraturan daerah setempat yang ditandatangani oleh kepala puskesmas dan diketahui oleh gubernur/bupati/walikota sebelum pekerjaan pembangunan dimulai;
- 8) Rencana peletakan instalasi pengolahan limbah agar memperhatikan denah tata ruang di puskesmas untuk mempermudah operasional, pemeliharaan dan keamanannya IPAL;



- 9) Semua air limbah puskesmas dialirkan ke dan untuk air limbah dari ruang laboratorium, *laundry* dan instalasi gizi/dapur harus dilakukan pengolahan pendahuluan (*pre-treatment*) terlebih dahulu sebelum dialirkan ke IPAL;
- 10) Komponen yang bisa dicakup dari Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk pembangunan IPAL meliputi:
  - (a) Pekerjaan persiapan: *bouplank*, direksi kit, mobilisasi;
  - (b) Pekerjaan struktur pondasi;
  - (c) Pekerjaan konstruksi IPAL;
  - (d) Plester, acian IPAL dan *water proofing*;
  - (e) Fasilitas IPAL antara lain ruang panel, *blower* dan ruang operator;
  - (f) *Finishing* IPAL;
  - (g) Pekerjaan *equipment*, mekanikal dan elektrikal antara lain pemasangan *blower* dan pompa, pembuatan panel listrik, dengan kapasitas daya minimal serta pemasangan peralatan listrik lainnya;
  - (h) Pagar pelindung lokasi IPAL; dan
  - (i) Jaringan air limbah dan bak pengumpul.

Dalam pemilihan jenis dan teknologi Instalasi Pengolah Air Limbah (IPAL) harus memperhatikan:

- 1) Kekuatan konstruksi bangunan;
- 2) Teknologi IPAL yang dipilih harus sudah terbukti *effluent* (keluaran) air limbah hasil pengolahannya telah memenuhi Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 5 Tahun 2014 tentang Baku Mutu Air Limbah dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor 68 Tahun 2016 tentang Baku Mutu Air Limbah Domestik atau Peraturan Daerah Setempat;
- 3) Disarankan pihak puskesmas mencari referensi dengan peninjauan ke puskesmas yang telah memakai produk teknologi IPAL yang terbukti minimal 3 tahun *effluent*-nya masih memenuhi Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 5 Tahun 2014 tentang Baku Mutu Air Limbah dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor 68 Tahun 2016 tentang Baku Mutu Air Limbah Domestik

atau peraturan daerah Setempat dengan dibuktikan hasil uji laboratorium lingkungan (yang terakreditasi) terhadap *influent* dan *effluent* air limbah;

- 4) Teknologi IPAL yang dipilih harus mudah dalam pengoperasian dan pemeliharaannya;
- 5) Mudah mencari suku cadangnya;
- 6) Biaya operasional IPAL yang tidak besar (listrik, pemeliharaan alat) disediakan oleh pemerintah daerah di luar DAK;
- 7) IPAL dapat digunakan untuk pengolahan air limbah dengan konsentrasi rendah maupun konsentrasi tinggi;
- 8) Lumpur yang dihasilkan IPAL sedikit;
- 9) IPAL tahan terhadap fluktuasi jumlah air limbah maupun fluktuasi konsentrasi;
- 10) Harus dipasang alat pengukur debit pada *influent* dan *effluent* IPAL untuk mengetahui debit harian limbah yang dihasilkan; dan
- 11) Pemerintah daerah dan pihak puskesmas harus menyediakan dana untuk tenaga operator dan biaya operasional lainnya.

i. Perangkat Sistem Informasi dan Komunikasi Public Service Center (PSC) 119

Penyediaan perangkat sistem informasi dan komunikasi untuk PSC 119 Kabupaten/Kota ini menyediakan perangkat untuk mengintegrasikan sistem *call center* untuk *Public Safety Center* 119 (PSC 119) Kabupaten/Kota ke *National Command Center* 119 (NCC) di Kementerian Kesehatan.

Adapun perangkatnya terdiri dari:

- 1) Penyediaan Aplikasi SPGDT termasuk *head set* dengan *microphone*;

Aplikasi SPGDT didesain secara efektif menghubungkan tiap panggilan kepada lokasi dan agen yang paling tepat dan dituju untuk menangani panggilan tersebut, Teknologi *Call Routing* yang digunakan oleh Aplikasi SPGDT memungkinkan untuk membuat *routing* spesifik dengan menggunakan *Call Vectoring*, dimaksudkan untuk membantu percepatan *respon time* telepon yang diterima *National Command Center 119* sampai ke *Public Safety Center 119* sehingga meningkatkan kinerja layanan dengan

memberikan fasilitas antara lain:

- 2) mencocokkan jenis panggilan dengan agent yang tepat;
- 3) least occupied agent, memastikan bahwa agent mendapat distribusi panggilan merata,
- 4) sudah mendapatkan IP Agent license;
- 5) solusi wallboard, dimana dapat ditampilkan tracking dari performance seluruh call center maupun agent secara real time; dan
- 6) advance voice terminal.
- 7) Hardware yang terdiri dari perangkat IT (komputer dan layar monitor televisi) untuk kebutuhan SPGDT;
- 8) Proses Instalasi Aplikasi SPGDT; dan
- 9) Jaringan Intranet Link VPN IP 1 Mbps;

VPN adalah singkatan *Virtual Private Network*, yaitu sebuah koneksi private melalui jaringan publik atau intranet. Jaringan ini bersifat *private* yaitu dimana tidak semua orang dapat mengaksesnya. Data yang dikirimkan terenkripsi sehingga tetap rahasia meskipun melalui jaringan publik. Teknologi VPN menyediakan tiga fungsi utama untuk penggunaannya. Dengan menggunakan VPN, maka data penelpon yang masuk ke sistem 119 akan terjamin keamanannya serta data tersebut tersimpan dalam rekaman yang berada di pusat. Fungsi utama tersebut adalah sebagai berikut:

a) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Teknologi VPN memiliki sistem kerja mengenkripsi semua data yang lewat melaluinya. Dengan adanya enkripsi ini, maka kerahasiaan data yang dikirim menjadi lebih terjaga.

b) *Data Integrity* (Keutuhan Data)

VPN memiliki teknologi yang dapat menjaga keutuhan data yang dikirim agar sampai ke tujuannya tanpa cacat, hilang, rusak, ataupun dimanipulasi oleh pihak yang tidak bertanggung jawab.

c) *Origin Authentication* (Autentikasi Sumber)

Teknologi VPN memiliki kemampuan untuk melakukan autentikasi terhadap sumber-sumber pengirim data



yang akan diterimanya.

j. Perangkat *Regional Maintenance Center* (RMC)

Disesuaikan dengan kebutuhan yang mengacu pada Pedoman Penyelenggaraan Unit Pemeliharaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan ataupun Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

k. Pengadaan Perangkat Pendataan Keluarga di Puskesmas

1) Persyaratan Umum

Penyediaan perangkat pendekatan keluarga di puskesmas (program keluarga sehat) dilaksanakan dengan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

- a) Penyediaan perangkat pendataan keluarga pada puskesmas yang diprioritaskan melaksanakan pendekatan keluarga, dapat diadakan dengan menggunakan DAK (minimal 5 buah per puskesmas); Daftar lokasi puskesmas Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga ditetapkan dengan keputusan Menteri Kesehatan.
- b) Usulan anggaran perlu didukung APBD untuk pelatihan tenaga, sosialisasi, serta pemeliharaan perangkat; dan
- c) Pengadaan perangkat tersebut dilaksanakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

2) Persyaratan Teknis

Spesifikasi teknis yaitu sistem operasi minimum Android 4, memori (RAM) minimum 3 GB, memori internal minimum 32 GB, layar minimum 5 inci, koneksi internet wifi dan GSM 4G LTE.

l. Penyediaan Alat Kesehatan di Puskesmas

Penyediaan peralatan kesehatan digunakan untuk puskesmas yang belum memiliki alat, kerusakan alat atau mengganti alat yang tidak berfungsi antara lain:

- 1) penyediaan set pemeriksaan umum;
- 2) penyediaan alat ruangan tindakan/UGD;
- 3) penyediaan set ruangan kesehatan ibu, anak, KB dan imunisasi;
- 4) penyediaan set ruangan persalinan;

- 5) penyediaan set ruangan pasca persalinan;
- 6) penyediaan set kesehatan gigi dan mulut;
- 7) penyediaan set promosi kesehatan;
- 8) penyediaan set ruangan ASI;
- 9) penyediaan set laboratorium;
- 10) penyediaan set ruangan farmasi;
- 11) penyediaan set rawat inap;
- 12) penyediaan set ruangan sterilisasi;
- 13) penyediaan Peralatan UKM (Pustu set, PHN kit, Imunisasi kit, UKS kit, UKGS kit, Bidan kit, Posyandu kit, dan Kealing kit);
- 14) penyediaan alat wahana pendidikan DLP;
- 15) penyediaan set alat Unit Transfusi Darah (UTD);
- 16) penyediaan alat pengendalian Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK);
- 17) alat pendukung pandu PTM (*lipid panel*);
- 18) alat pendukung gangguan Indera (*ophthalmoscope*);
- 19) penyediaan kit deteksi dini dan tindak lanjut cancer penyediaan bahan habis pakai untuk tindak lanjut kanker (Gas N<sub>2</sub>O/CO<sub>2</sub>);
- 20) peralatan dan bahan pengendalian vector, bahan pendukung pemeriksaan TB, peralatan dan bahan penunjang pemeriksaan HIV;
- 21) peralatan Penunjang SKDR dan KLB meliputi:
  - (a) pengadaan perangkat informasi dan komunikasi penunjang Sistem Kewapadaan Dini dan Respons (SKDR) di puskesmas;
  - (b) pengadaan spesimen carier untuk puskesmas;
  - (c) penyediaan Alat Pelindung Diri (APD) bagi petugas surveilans;
- 22) peralatan dan bahan penunjang pemeriksaan malaria;
- 23) penyediaan insektisida malaria;
- 24) penyediaan larvasida malaria;
- 25) penyediaan spraycan ;
- 26) penyediaan bahan dan alat lab kit malaria;

- 27) penyediaan RDT DBD Combo (NS1+IgG/IgM); penyediaan Biolarvasida DBD *Bacillus thuringiensis* var. *israelensis* (BTI);
- 28) penyediaan larvasida kimia DBD Temephos;
- 29) penyediaan jumentik kit, penyediaan hematology analyzer, dan
- 30) penyediaan mesin fog;

Keterangan:

Peralatan nomor (1) sampai dengan (13) mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, peralatan no (14) mengacu pada peraturan yang berlaku, peralatan nomor (15) mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah dan pada peralatan nomor (19) mengacu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan No 34 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim, peralatan nomor (16) sampai peralatan nomor (28) mengacu pada ketentuan yang berlaku.

m. Penyediaan Perangkat Sistem Informasi Kesehatan

Penyediaan Perangkat Sistem Informasi Kesehatan meliputi:

- 1) Penyediaan perangkat komputer di puskesmas untuk SIKNAS dan SIKDA serta pendekatan keluarga (keluarga sehat)

a) Persyaratan Umum

Penyediaan perangkat komputer di puskesmas dilaksanakan dengan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

- (1) kondisi infrastruktur sumber listrik.
- (2) tenaga pengelola SIK/data/komputer.
- (3) belum mempunyai perangkat komputer untuk SIKDA atau perangkat komputer untuk SIKDA sudah tidak berfungsi.



(4) usulan anggaran perlu didukung APBD untuk pelatihan tenaga, sosialisasi, serta pemeliharaan perangkat.

(5) pengadaan melalui e-katalog.

b) Persyaratan Teknis

(1) penyediaan perangkat komputer di puskesmas terdiri dari:

(a) *PC client*

(b) *UPS PC client*

(c) *wireless router*

(d) *network distribution switch*

(e) instalasi

(2) spesifikasi teknis disesuaikan dengan kebutuhan wilayah kerja setempat, setelah mengadakan konsultasi dengan pihak yang berkompeten.

2) Penyediaan perangkat komputer di dinas kesehatan kabupaten/kota untuk SIKNAS dan SIKDA serta pendekatan keluarga (keluarga sehat)

a) Persyaratan Umum

Penyediaan perangkat komputer di dinas kesehatan kabupaten/kota dilaksanakan dengan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

(1) kondisi infrastruktur sumber listrik;

(2) tenaga pengelola SIK/data/komputer;

(3) belum mempunyai perangkat komputer untuk SIKDA atau perangkat komputer untuk SIKDA sudah tidak berfungsi;

(4) usulan anggaran perlu didukung APBD untuk pelatihan tenaga, sosialisasi, serta pemeliharaan perangkat;

(5) pengadaan melalui e-katalog.

b) Persyaratan Teknis

(1) penyediaan perangkat komputer di dinas kesehatan kabupaten/kota terdiri dari:

(a) *PC client*

(b) *UPS PC client*

(c) *wireless router*

- (d) *network distribution switch*
- (e) *Network Area Storage (NAS)*
- (f) *NAS hardisk drive*
- (g) instalasi

(2) spesifikasi teknis disesuaikan dengan kebutuhan wilayah kerja setempat, setelah mengadakan konsultasi dengan pihak yang berkompeten.

Kebutuhan akan adanya peralatan kesehatan perlu mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

- a) diperuntukkan bagi puskesmas yang mempunyai set peralatannya tidak lengkap. Set peralatan tidak lengkap jika peralatan dalam set tersebut minimal 20% tidak berfungsi;
- b) tersedianya sarana penunjang, antara lain sumber listrik, air bersih mengalir, ruang penunjang;
- c) tersedianya surat pernyataan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tentang tenaga yang mampu mengoperasikan alat kesehatan;
- d) tersedianya data inventarisasi peralatan puskesmas di ASPAK (Aplikasi Sarana Parasarana Alat Kesehatan); dan
- e) diutamakan mengusulkan peralatan yang terdapat di dalam e-katalog dengan persyaratan sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan puskesmas dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jika tidak melalui e-katalog, maka menggunakan tiga pembanding dari perusahaan yang mempunyai IPAK (Izin Penyalur Alat Kesehatan) untuk jenis alat tersebut dilampiri justifikasi yang di tanda tangani kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.

n. Kebutuhan akan adanya deteksi dini kit dan tindak lanjut kanker termasuk bahan habis pakai untuk tindak lanjut kanker diharapkan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

#### 1. Persyaratn Umum

- a) Sebagai dukungan puskesmas untuk cakupan dan akselerasi akses deteksi dini kanker bagi sasaran kegiatan serta tindak lanjutnya berupa tindakan krioterapi;
- b) Membuat surat pernyataan kesanggupan membayai operasional dan pemeliharaan yang ditandatangani oleh kepala puskesmas dan diketahui oleh bupati/walikota.

- c) Garansi penuh jual minimal 1 (satu) tahun;
- d) Penyedia jasa wajib melakukan pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan peralatan krioterapi bagi petugas puskesmas; dan
- e) Penyedia jasa wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minimal Pemeliharaan (SMP) dalam bahasa Indonesia.

## 2. Peryaratan Teknis

- a) Puskesmas yang telah memiliki tenaga dokter umum dan bidan terlatih.
  - b) Puskesmas menyampaikan usulan secara tertulis berdasarkan analisa kebutuhan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan kelengkapan lainnya berupa TOR dan RAB yang telah disetujui oleh bagian teknis.
- o. Penyediaan Paket Telemedicine untuk Puskesmas yang diampu
- 1) Persyaratan Umum  
Memiliki Sk Penunjukan Lokus Telemedicine dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota, memiliki SK Tim Pelayanan telemedicine di Puskesmas, dan telah memiliki kerjasama dengan RS Pengampu.
  - 2) Persyaratan Teknis
    - a) Alat kesehatan, meliputi
      - EKG Digital
      - USG Digital
    - b) Perangkat Keras, meliputi
      - PC
        - Minimal Memori 4 G
        - Processor 2.4 Ghz
        - Minimal Layar Monitor 14"
        - Hard Disk 500 GB
      - WebCam
      - Headset
      - UPS
    - c) Jaringan Internet  
Jaringan Internet Provider minimal 2 Mbps Clear
  - p. Dokter Layanan Primer (belum ada rincian kegiatan)



## 2. DAK Fisik Subbidang Pelayanan Kesehatan Rujukan

DAK Fisik reguler subbidang pelayanan kesehatan reguler dipergunakan untuk memenuhi standar sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai layanan rumah sakit di kelasnya saat ini. Penggunaan DAK reguler bidang kesehatan bagi rumah sakit daerah non rujukan adalah untuk pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan dengan urutan prioritas sebagai berikut:

- a) Mengoptimalkan pemenuhan standar sarana, prasarana dan alat kesehatan rumah sakit sesuai kelas rumah sakit;
- b) Pada pengembangan pelayanan Ruang Rawat Inap diutamakan untuk kelas III apabila BOR ruang rawat kelas III tinggi;
- c) Pembangunan rawat inap kelas I dan II dapat dilaksanakan sesuai kebutuhan;
- d) Pemenuhan kemampuan layanan perawatan intensif sesuai kebutuhan; dan
- e) Penyelesaian sarana rumah sakit yang dibangun dengan anggaran DAK Fisik Tahun anggaran sebelumnya dapat dilanjutkan dengan syarat harus melampirkan rekomendasi hasil audit Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP)/Inspektorat Daerah dan bukti tindak lanjut, disertai dengan Analisis Dinas yang menangani PU.

Syarat Umum dan khusus kegiatan subbidang Pelayanan Kesehatan Rujukan sebagai berikut :

### 1) Persyaratan Umum

- a) Melaksanakan pelayanan rujukan dan rujuk balik pasien sesuai kompetensi dan sistem rujukan berjenjang yang berlaku.
- b) Menyiapkan sumber daya manusia sebagai rumah sakit sesuai standar yang berlaku.
- c) Penyediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi pelayanan RS sesuai standar.
- d) Tersedianya sarana dan prasarana yang standar untuk penempatan alat kesehatan.
- e) Pengusulan peralatan harus disesuaikan dengan ketersediaan SDM terutama tenaga medis.

2) Persyaratan Khusus

- a) Memiliki izin operasional rumah sakit.
- b) Melakukan *update* data Sistem Informasi RS (SIRS Online) dan ASPAK secara periodik dan berkesinambungan.

Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Reguler Pelayanan Kesehatan Rujukan hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh Satuan Kerja (Satker) dalam berita acara rencana kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan yang telah diverifikasi dalam aplikasi Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran (KRISNA) dan rincian menu tercantum dalam rincian Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Menu Kegiatan subbidang pelayanan kesehatan rujukan meliputi :

1) Penyediaan Sarana Rumah Sakit

Pembangunan/renovasi/rehabilitasi sarana rumah sakit atau penyelesaian sarana rumah sakit yang dibangun dengan alokasi anggaran DAK Fisik:

- a) Instalasi Gawat Darurat (IGD);
- b) Ruang Operasi;
- c) *Intensive Care Unit* (ICU);
- d) *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU);
- e) *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU);
- f) *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU);
- g) *High Care unit* (HCU);
- h) Rawat Inap Kelas I, II dan III;
- i) Instalasi rawat jalan;
- j) Instalasi radiologi;
- k) Instalasi laboratorium;
- l) Instalasi *Central Sterile Service Department* (CSSD);
- m) Instalasi Unit Transfusi Darah/Bank Darah Rumah Sakit;
- n) Instalasi Laundry;
- o) Instalasi Pengelolaan Makanan (Gizi);
- p) Instalasi Pemulasaran Jenazah;
- q) Instalasi Farmasi (Pelayanan dan Gudang Farmasi);
- r) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR);

Rumah Sakit dapat mengusulkan pembangunan baru atau renovasi Instalasi/Unit/Ruang dapat dilaksanakan dengan mengacu pada :

- a) Memiliki Master Plan pengembangan rumah sakit yang masih berlaku;
- b) Instalasi/Unit/Ruang yang ada untuk memenuhi kebutuhan rasio untuk :
  - (1) Ruang Operasi perbandingan minimal 1 : 50 tempat tidur;
  - (2) ICU minimal 5% dari jumlah tempat tidur; dan
  - (3) Rawat Inap minimal 30% dari jumlah tempat tidur.
- c) Instalasi/Unit/Ruang tidak sesuai dengan standar;
- d) Instalasi/Unit/Ruang yang mengalami kerusakan. Kerusakan bangunan dibuktikan dengan surat keterangan dari Dinas PU daerah setempat; dan
- e) Rumah sakit belum memiliki instalasi/unit/ruang yang tercantum dalam menu DAK fisik tahun 2018.

## 2) Penyediaan Prasarana Rumah Sakit

- a) Instalasi Pengolahan Limbah (IPL);
- b) Ambulans;
- c) Kendaraan Unit Transfusi Darah (UTD);
- d) Prasarana listrik untuk rumah sakit (Generator set/energi terbarukan);
- e) Prasarana air bersih untuk rumah sakit;
- f) Pengadaan sistem informasi untuk RS (SIMRS); dan
- g) Alat kalibrasi dan alat pemeliharaan.

Dalam pelaksanaan menu sarana dan prasarana rumah sakit pada DAK fisik reguler subbidang pelayanan rujukan, harus mengacu perayaraan teknis Instalasi/Unit/ Ruang sebagai berikut :

### 1) Instalasi Gawat Darurat

- a) Letak ruang gawat darurat harus memiliki akses langsung dari jalan raya dan tanpa hambatan;
- b) Memiliki jalur/akses tersendiri (tidak digabung dengan kendaraan pengunjung lainnya);
- c) Memiliki *signase* yang jelas terlihat;
- d) Memiliki akses yang cepat dan mudah ke ruang operasi, ruang radiologi, laboratorium, farmasi, kebidanan;



- c) Terdiri dari ruang-ruang:
- (1) ruangan triase;
  - (2) nurse station;
  - (3) ruangan resusitasi;
  - (4) ruangan observasi;
  - (5) ruangan tindakan, terdiri dari tindakan kebidanan, tindakan bedah, tindakan anak, tindakan non bedah, dengan ketentuan tiap-tiap tindakan didesain pada ruangan terpisah;
  - (6) ruang operasi cito (terdiri dari ruangan ganti petugas, ruang persediaan/alat steril, ruangan premedikasi, scrub station, ruangan bedah, ruangan pemulihan, *dirty corridor* yang di dalamnya tersambung dengan *spoelhoek*); dan
  - (7) ruangan penunjang di antaranya terdiri dari :
    - ruangan persediaan bersih (alat, linen bersih)
    - depo farmasi
    - ruangan *mobile X-ray*
    - ruangan utilitas kotor
    - ruangan petugas (kepala UGD, petugas, *pantry*)
    - ruangan tunggu keluarga yang dilengkapi toilet
    - ruangan administrasi
    - ruangan dekontaminasi pasien
    - ruangan jenazah sementara *Death On Arrival (DOA)*
- f) Kelengkapan outlet utilitas bangunan yang terdapat di *bedhead* untuk tiap-tiap tempat tidur:
- (1) Ruang resusitasi: kotak kontak 9 titik (semua titik tersambung dengan generator set dan *Uninterruptible Power Supply (UPS)*), outlet oksigen 1 titik, outlet compress air 1 titik, *outlet vacuum* medik 1 titik, lampu periksa;
  - (2) Ruang observasi: kotak kontak 4 titik, *outlet* oksigen 1 titik, lampu periksa;
  - (3) Ruang tindakan: kotak kontak 9 titik (semua titik tersambung dengan generator set dan UPS), outlet oksigen 1 titik, *outlet compress air* 1 titik, *outlet vacuum* medik 1 titik, lampu periksa; dan

(4) Ruang operasi cito: disiapkan di peralatan pendingin dan *wall outlet* (sebagai cadangan), yang terdiri dari kotak kontak 16 titik (semua titik tersambung dengan generator set dan UPS), *outlet oksigen* 1 titik, *compress air* 1 titik, *vacuum medik* 1 titik, *N2O* 1 titik).

2) Instalasi Rawat Inap

a. Ruang rawat inap dibagi menjadi beberapa klaster berdasarkan jenis penyakit, spesialis/subspesialis dan usia. Untuk ruang perawatan pasien yang terdiri dari 2 Tempat Tidur (TT) atau lebih, maka jarak antar TT minimal 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m;

b. Berikut di bawah ini ruang-ruang penunjang di unit rawat inap untuk tiap-tiap klaster:

- (1) *Nurse station*;
- (2) Ruang konsultasi;
- (3) Ruang tindakan;
- (4) Gudang bersih;
- (5) *Dirty utility/Spoelhoek*;
- (6) Ruang petugas;
- (7) Depo farmasi;
- (8) *Pantry*;
- (9) Toilet *difabel* untuk tiap-tiap ruangan/kamar perawatan, dan
- (10) Ruang dokter.

c. Berikut klasifikasi ruang rawat inap :

- (1) Ruang perawatan VIP : 1 TT/kamar
- (2) Ruang perawatan kelas 1 : 2 TT/kamar
- (3) Ruang perawatan kelas 2 : 3-4 TT/kamar
- (4) Ruang perawatan kelas 3 : 5-6 TT/kamar

d. Desain ruang perawatan pasien, tiap ruangan harus memiliki jendela yang aman;

e. Desain toilet di ruangan perawatan adalah toilet aksesibel, pintu membuka ke arah luar;

f. Ruang rawat inap yang berukuran lebih besar dari 100 m<sup>2</sup> harus memiliki 2 (dua) pintu-pintu akses eksterior, lokasinya berjauhan satu sama lain;

- g. Ruang rawat inap dibatasi sampai dengan 460 m<sup>2</sup> per kompartemen. Ruang-ruang besar tersebut harus diatur sedemikian rupa sehingga tidak ada ruang-ruang antara yang merupakan area berbahaya; dan
- h. Persyaratan teknis instalasi rawat inap adalah
- 1) Berikut Kelengkapan outlet utilitas bangunan yang terdapat di *bedhead* untuk tiap-tiap tempat tidur :
    - (a) Kotak kontak listrik (2-4 titik);
    - (b) *Outlet Oksigen* 1 titik;
    - (c) *Nurse call*; dan
    - (d) Lampu periksa.
  - 2) *Dirty utility*/ruang utilitas kotor dapat terdiri dari *spoelhoek* dan ruang penyimpanan sementara barang kotor. *Spoelhoek* terdiri dari komponen perlengkapan *sloop sink*, *service sink* dengan *flusher*/penggelontoran dan *jet spray*. Atau apabila memungkinkan komponen *spoelhoek* diganti dengan instalasi *bedpan washer (steam heated/electric heated)*.
- 3) Instalasi Rawat Jalan
- a. Tata ruang rawat jalan dilakukan klaster sesuai jenis pelayanan spesialisasi jenis penyakit, infeksius non infeksius berdasarkan usia dan sebagainya sehingga dapat menjamin kenyamanan dan keselamatan serta dapat mengontrol penyebaran infeksi (antara lain klinik untuk penyakit menular tidak diletakkan berdekatan dengan klinik kandungan dan anak);
  - b. Terletak berdekatan dengan Radiologi dan Laboratorium;
  - c. Disediakan wastafel dengan sabun dan air mengalir di setiap klinik;
  - d. Berikut di bawah ini ruang-ruang penunjang di unit rawat jalan :
    - (1) Ruang Administrasi (registrasi, pembayaran);
    - (2) Ruang Tunggu untuk tiap-tiap klinik/klaster;
    - (3) *Nurse Station*;
    - (4) Ruang Laktasi; dan
    - (5) Toilet (disediakan minima 1 toilet difabel).
- 4) Instalasi Perawatan Intensif (ICU, NICU, PICU, ICCU)



- a. ruang-ruang penunjang di tiap-tiap unit perawatan intensif
- (1) *Nurse station*;
  - (2) Gudang alat medik;
  - (3) Ruang linen bersih;
  - (4) *Dirty utility/ spoelhoek*;
  - (5) Ruang petugas (Kepala ICU, staf);
  - (6) Ruang administrasi;
  - (7) Depo farmasi;
  - (8) Ruang dokter;
  - (9) Ruang tunggu keluarga pasien dilengkapi toilet; dan
  - (10) Janitor.

b. Persyaratan teknis ruang perawatan intensif adalah sebagai berikut :

- (1) Terletak dekat atau memiliki akses yang mudah dengan ruang operasi, ruang gawat darurat dan ruang penunjang medik lainnya;
- (2) Ukuran ruangan rawat intensif tergantung dari jumlah tempat tidur. Luas lantai untuk setiap tempat tidur pasien pada ruang perawatan intensif harus cukup untuk meletakkan peralatan dan ruang gerak petugas yang berhubungan dengan pasien;
- (3) Dalam hal ruang perawatan intensif menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang perawatan intensif harus merupakan satu kompartemen;
- (4) Dalam hal ruang perawatan intensif memiliki ruang perawatan isolasi untuk pasien dengan penyakit menular, desain tata ruang dan alur sirkulasi petugas dan pasien harus dapat meminimalkan risiko penyebaran infeksi;
- (5) Komponen arsitektur (lantai, dinding, plafon) tidak memiliki porositas yang tinggi, sambungan lantai dengan dinding, dinding dengan dinding, dinding dengan plafon konus;
- (6) Bahan penutup lantai harus dari bahan anti statik dan anti bakteri;

- (7) Untuk menjamin kualitas udara, konsentrasi maksimum mikroorganisme 200 CFU/m<sup>3</sup>, suhu 22°-23°C, kelembaban 35-60% dan tekanan positif;
- (8) Total pertukaran udara 6 kali per jam dengan pertukaran udara dari luar minimum 2 kali per jam;
- (9) Jumlah kotak di setiap tempat tidur pasien minimal 6 untuk peralatan medik yang membutuhkan daya listrik besar (di luar untuk ventilator, suction dan monitor) dan kotak kontak dipasang minimal 1,20 m di atas permukaan lantai dan tidak boleh menggunakan percabangan/sambungan langsung tanpa pengaman arus;
- (10) Sistem kelistrikan di ruang ICU tidak boleh terputus penyalurannya, oleh karena itu harus didukung dengan ketersediaan suplai listrik dari generator set dan didukung ketersediaan UPS;
- (11) Dilengkapi pengaman arus bocor (trafo isolasi);
- (12) Kelengkapan outlet utilitas bangunan yang terdapat di *bedhead* untuk tiap-tiap tempat tidur :
  - Kotak kontak listrik minimal 6 - 16 titik untuk peralatan medik yang membutuhkan daya listrik besar, semua titik tersambung dengan generator set dan UPS, dengan tiap-tiap titik berasal dari grup pengaman arus yang beda. Kotak kontak dipasang minimal 1,20 m di atas permukaan lantai
  - Outlet oksigen 1 titik, *compress air* 1 titik, *vacuum* medik 1 titik
  - Lampu periksa
- (13) Sistem tata udara tersaring dan terkontrol dengan parameter adalah sebagai berikut :
- (14) Dalam hal ruang perawatan intensif menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang perawatan intensif harus merupakan satu kompartemen;
- (15) Sistem proteksi kebakaran aktif harus dipilih yang aman bagi peralatan kesehatan terhadap percikan air; dan
- (16) Ruang dirty utility/*spoelhoek* harus dilengkapi sloop sink, service sink dan jet spray.

5) Instalasi Bedah/Operasi (Ruang Operasi)

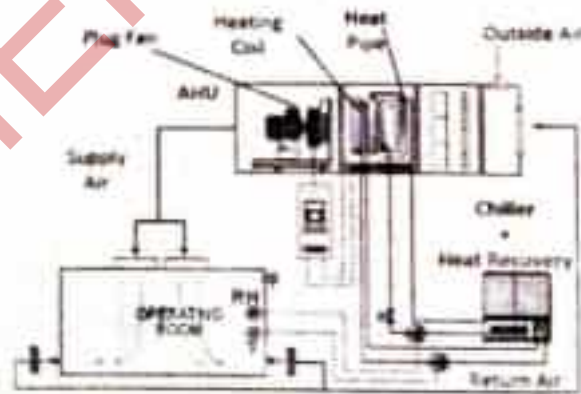
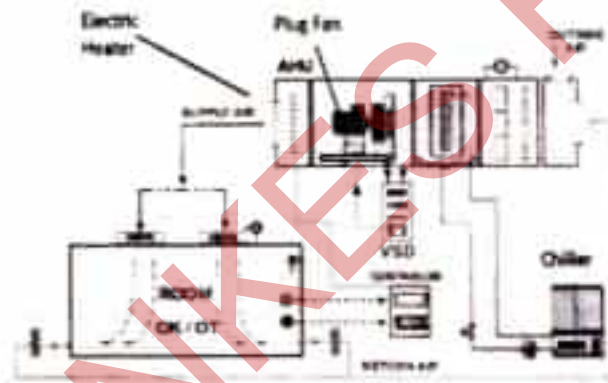
- a. Terletak di lokasi yang mudah dan cepat dijangkau dari Ruang Gawat Darurat, Ruang Perawatan Intensif dan Ruang Rawat Inap;
- b. Dalam hal kompleks ruang operasi menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan bertingkat, maka letak kompleks ruang operasi tidak boleh langsung di bawah lantai ruang perawatan untuk meminimalkan risiko kebocoran di ruang operasi;
- c. Dalam hal kompleks ruang operasi menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan bertingkat, kompleks ruang operasi harus merupakan satu kompartemen;
- d. Desain tata ruang operasi harus memenuhi ketentuan zona berdasarkan tingkat sterilitas ruangan yang terdiri dari:
  - (1) zona steril rendah;
  - (2) zona steril sedang;
  - (3) zona steril tinggi; dan
  - (4) zona steril sangat tinggi;
- e. Berikut di bawah ini ruang-ruang dalam unit bedah sentral:
  - (1) Zona infeksius;  
Koridor kotor, *dirty utility/spoelhoeck*
  - (2) Zona normal;  
Ruang administrasi, ruangan tunggu keluarga, ruang diskusi, ruang transfer/ganti brankar.
  - (3) Zona steril rendah;  
Ruang persiapan pasien/premedikasi, ruang monitoring perawat, ruang recovery/pemulihan, ruang ganti pakaian (masuk di zona ini, keluar di zona steril sedang).
  - (4) Zona steril sedang;  
Koridor steril, ruang induksi/antara, scrub station, ruangan persiapan alat, gudang persediaan steril (ruang linen dan bahan perbekalan), ruang farmasi, ruang alat.
  - (5) Zona steril tinggi; dan  
Ruang operasi
  - (6) Zona steril sangat tinggi;  
Ruang di bawah tirai aliran udara laminar, yaitu area di atas meja operasi.



- f. Persyaratan Komponen arsitektur (lantai, dinding, plafon, pintu) tidak memiliki porositas yang tinggi, sambungan lantai dengan dinding, dinding dengan dinding, dinding dengan plafon konus,
- g. Bahan penutup lantai harus dari bahan anti gesek, anti statik dan anti bakteri;
- h. Lampu-lampu penerangan ruangan, film viewer, jam dinding, dll dipasang ditenamkan pada plafon (recessed);
- i. Lebar pintu ruang operasi minimal 150 cm. Pintu ruang operasi dibuka dan ditutup dengan sistem geser dengan sensor otomatis, jenis air-tight door, dilengkapi kaca pengintai (observation glass);
- j. Persyaratan teknis utilitas ruang operasi/bedah sentral adalah sebagai berikut:
- (1) Sistem *sprinkler* otomatis, tidak boleh digunakan di ruangan bedah/operasi, konsekuensinya adalah seluruh dinding, lantai, langit-langit dan bukaan-bukaan (pintu, jendela dan sebagainya) menggunakan bahan/material yang mempunyai Tingkat Ketahanan Api minimal 2 (dua) jam;
  - (2) Dalam hal ruang operasi menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang operasi harus merupakan satu kompartemen;
  - (3) Sistem ventilasi di ruang operasi harus tersaring dan terkontrol serta terpisah dari sistem ventilasi unit lain di rumah sakit untuk kepentingan pengendalian dan pencegahan infeksi. Sistem ventilasi harus terpisah antara satu ruangan operasi dengan ruangan operasi lainnya. Berikut parameter *Ventilation and Air Conditioning* (VAC) di ruangan operasi yang harus dipenuhi:
    - Tekanan udara : positif
    - Temperatur ruangan : 190 – 240 C
    - Total Pertukaran Udara : 4-20 ACH  
{4 ACH saat ruangan tidak digunakan, 20 ACH saat ruangan digunakan}
    - Kelembaban relatif : 30 - 60%

- Jumlah partikel debu : setara kelas 1.000 - 10.000
- Distribusi udara : *laminair air flow*

- (4) Selain memenuhi ketentuan tersebut di atas, sistem ventilasi harus terpisah antara satu ruangan operasi dengan ruangan operasi lainnya (sistem individual per ruangan operasi) Memiliki tekanan positif dan sistem tata udara menggunakan HEPA filter;
- (5) Sistem gas medik ruangan operasi harus memenuhi peraturan yang berlaku, dilengkapi dengan jalur cadangan;
- (6) Berikut di bawah ini gambar skematik HVAC di ruang operasi:



- (7) Berikut di bawah ini gambar rencana sistem distribusi udara di ruang operasi :

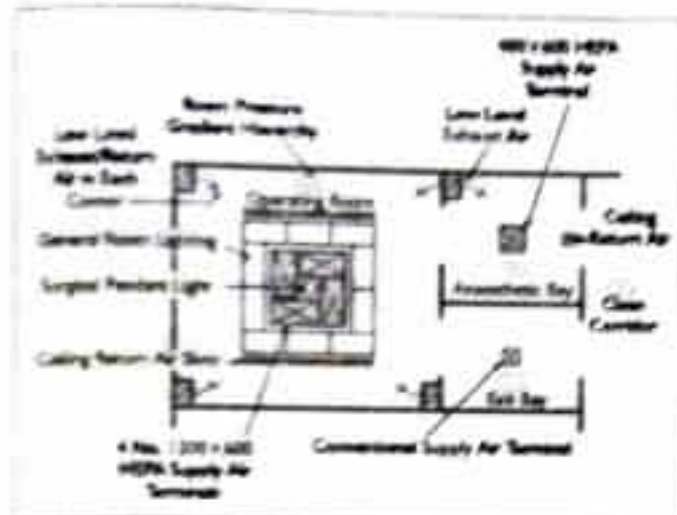


Figure 2. Operating room—plan view of air-distribution system.

- (8) Sistem kelistrikan di ruang operasi tidak boleh terputus penyalurannya, oleh karena itu harus didukung dengan ketersediaan suplai listrik dari generator set dan didukung ketersediaan UPS;
- (9) Sistem kelistrikan ruangan operasi harus diproteksi dengan trafo isolator (pengaman arus bocor);
- (10) Untuk peralatan pendant (di plafon) disiapkan outlet kotak kontak minimal 6 titik dengan tiap-tiap titik berasal dari grup pengaman arus yang beda;
- (11) Pada tiap sisi dinding ruang operasi disediakan outlet kotak kontak cadangan 1 titik, dengan tiap-tiap sisi tidak boleh dari grup pengaman arus yang sama;
- (12) Pada salah satu sisi dinding ruang operasi disediakan outlet gas oksigen, compress air, N<sub>2</sub>O dan vacuum medik sebagai cadangan;
- (13) Tiap-tiap ruangan operasi harus dilengkapi pengaman arus bocor (trafo isolasi);
- (14) Tiap ruangan operasi disediakan grounding untuk peralatan 0.1 ohm;



(15) Kelengkapan outlet utilitas bangunan yang terdapat di *bedhead* untuk tiap-tiap tempat tidur persiapan/premedikasi adalah:

- Kotak kontak listrik 4 titik, min. 2 titik tersambung dengan generator set
- Outlet oksigen 1 titik
- Lampu periksa

(16) Kelengkapan outlet utilitas bangunan yang terdapat di *bedhead* untuk tiap-tiap tempat tidur pemulihan/*recovery* adalah:

- Kotak kontak listrik 6 titik, semua titik tersambung dengan generator set dan UPS
- Outlet oksigen 1 titik, *compress air* 1 titik, *vacuum medik* 1 titik
- Lampu periksa

(17) Kelengkapan outlet utilitas bangunan yang terdapat di *ceiling pendant* ruang operasi dan *wall outlet* (cadangan), yaitu masing-masing :

- Kotak kontak listrik 16 titik, semua titik tersambung dengan generator set dan UPS.
- Outlet oksigen 1 titik, *compress air* 1 titik, *vacuum medik* 1 titik,  $N_2O$  1 titik, outlet Buangan Sisa Gas Anestesi (BSGA/*Scavenging System*).

(18) Ruang *dirty utility/spoelhoek* harus dilengkapi *sloop sink*, *service sink* dan *jet spray* seperti gambar di bawah :



*Sloop sink*



*service sink*

6) Instalasi Radiologi;

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 Tahun 2009 tentang Pelayanan Radiologi, bahwa pelayanan Radiologi terdiri dari Radiologi Diagnostik, Radioterapi, dan Kedokteran Nuklir. Berikut uraian instalasi Radiologi :

1) Instalasi Radiologi Diagnostik;

a. Kebutuhan ruang di unit Radiodiagnostik adalah:

- 1) Ruang administrasi;
- 2) Ruang tunggu;
- 3) Ruang *General X-Ray*, dilengkapi ruang operator, ruang mesin dan ruang ganti. Dinding dilapisi timbal 2mm setinggi 2m dari dinding bagian luar;
- 4) Ruang Fluoroskopi, dilengkapi ruang operator, ruang mesin, ruang ganti dan toilet. Dinding dilapisi timbal 2mm setinggi 2m;
- 5) Ruang Ultrasonografi (USG);
- 6) Ruang Mammografi, dilengkapi ruang ganti. Dinding dilapisi timbal 2mm setinggi 2m;
- 7) Ruang *Digital Panoramic*, dinding dilapisi timbal 2mm setinggi 2m;
- 8) Ruang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, dilengkapi ruang operator, toilet, ruang mesin dan *Chiller* serta helium;
- 9) Ruang *Computed Tomography Scan (CT-Scan)*, dilengkapi ruang operator, toilet, ruang mesin dan *Chiller*. Sisi-sisi ruangan yang membatasi area kegiatan manusia dilapisi timbal 2mm. Bahan dinding harus padat dengan kerapatan 2.35 g/cm<sup>3</sup>;
- 10) Ruangan *Computed Radiography (CR)*;
- 11) Ruang penyimpanan berkas;
- 12) Ruang baca dan konsultasi dokter;
- 13) Ruang petugas (Kepala dan Staf);

b. Persyaratan teknis unit radiodiagnostik adalah:

- 1) Untuk Ruang MRI dilengkapi dengan instalasi pengaman radiasi elektromagnetik;

2) Semua ruang penyinaran harus dilengkapi dengan instalasi kotak kontak 3 fase, dilengkapi UPS, dilengkapi outlet kotak kontak 6 titik, gas medis (oksigen dan vakum medik);

3) Di setiap ruangan pemeriksaan disediakan minimal kotak kontak 3 fase dan tidak boleh menggunakan percabangan. Stop kontak disediakan tersendiri untuk peralatan radiologi dan harus kompatibel dengan peralatan yang akan dipakai;

4) Tiap ruangan penyinaran dilengkapi sistem prainstalasi sesuai kebutuhan alat; dan

5) Di atas pintu tiap ruang penyinaran dilengkapi lampu merah yang menyala saat mesin beroperasi.

## 2) Instalasi Radioterapi;

Pemenuhan sarana prasarana Instalasi Radioterapi hanya diperuntukan bagi Rumah Sakit Rujukan

a. Kebutuhan ruang di unit radioterapi adalah :

### 1) Ruang Pelayanan Radiasi Eksternal

(1) Ruang konsultasi;

(2) Ruang tunggu pengantar pasien;

(3) Ruang administrasi dan informasi, rekam medik;

(4) Ruang persiapan;

(5) Ruang tunggu pasien;

(6) Ruang alat ukur;

(7) Ruang CT Scan, dilengkapi ruang operator;

(8) Ruang fisika (Perencanaan Terapi);

(9) Ruang penyinaran radiasi eksternal (LINAC/Cobalt), berupa bunker besar dengan ketebalan dinding 1-2 m. Ukuran untuk beton (concrete) menggunakan satuan milimeter dengan kerapatan 2,35 g/cm<sup>3</sup>, dilengkapi dengan ruang operator; dan

(10) Ruang dokter.



2) Ruang Pelayanan Radiasi Internal (Brachytherapy)

Ruang konsultasi (merupakan ruang yang sama dengan ruang konsultasi di Ruang Pelayanan Radiasi Eksternal)

- (1) Ruang persiapan awal;
- (2) Ruang persiapan dan pemulihan;
- (3) Ruang *moulding*;
- (4) *Nurse station*;
- (5) Ruang ganti;
- (6) Ruang tindakan pasang aplikator;
- (7) Ruang lepas aplikator;
- (8) Ruang brakhiterapi, berupa bunker dengan ukuran lebih kecil, ketebalan dinding 1-2 m. Ukuran untuk beton (*concrete*) menggunakan satuan milimeter dengan kerapatan 2.35 g/cm<sup>3</sup>);
- (9) Ruang *CT Scan*, dilengkapi ruang operator (merupakan ruang yang sama dengan ruang *CT-Scan* di Ruang Pelayanan Radiasi Eksternal);
- (10) Ruang sterilisasi alat;
- (11) Ruang rapat;
- (12) Ruang dokter (merupakan ruang yang sama dengan ruang konsultasi di Ruang Pelayanan Radiasi Eksternal); dan
- (13) Ruang petugas (kepala unit, staf, *pantry*).

b. Persyaratan teknis unit radioterapi adalah:

- 1) Semua ruang penyinaran harus dilengkapi dengan instalasi kotak kontak 3 fase, dilengkapi UPS, dilengkapi outlet gas medik (oksigen, *compress air* dan *vacuum* medik);
- 2) Di atas pintu tiap ruang penyinaran dilengkapi lampu merah yang menyala saat mesin beroperasi;
- 3) Tinggi minimum dari struktur ruangan bunker adalah 4 m, termasuk di sepanjang labirin dari bunker. Lebar labirin 2,0-2,2 m;

- 4) Pada bunker harus disediakan saluran terisolasi untuk kabel dosimetri yang ada di dalam bunker (minimum diameter 150 mm dan dihubungkan dengan saluran sistem pendingin pesawat (*chiller*) dan
- 5) Untuk setiap bunker harus mempunyai ruang kontrol yang terpisah. Pada setiap ruang kontrol harus mempunyai sistem komunikasi interkom dan CCTV untuk pengawasan terhadap pasien di dalam bunker;

## 7) Instalasi Laboratorium

### a. Kebutuhan ruang di Instalasi Laboratorium Terpadu adalah:

- 1) Ruang administrasi, terdiri dari area penerimaan, area pengambilan hasil;
- 2) Ruang tunggu;
- 3) Ruang pengambilan spesimen terdiri dari ruang-ruang untuk pengambilan spesimen darah/flebotomi, sputum/dahak, urin/feses, spesimen genital, spesimen lain (pus, kerokan kulit dll);
- 4) Ruang konsultasi, terdiri dari 1 ruangan;
- 5) Ruang pemeriksaan laboratorium:
  - a) Laboratorium Patologi Klinik, terdiri dari area pemeriksaan hematologi, kimia klinik, imunologi-serologi dan urinalisis/feses. (pemeriksaan urin/feses harus di ruangan terpisah);
  - b) Laboratorium Patologi Anatomi (terdiri dari ruang potong jaringan PA, Ruang penyimpanan jaringan PA, Ruang mikrotom, Ruang Histologi, ruang imunohistokimia, ruang sito patologi);
  - c) Laboratorium Mikrobiologi, terdiri dari ruang produksi/media, ruang penanaman kuman TB, ruang *Biosafety Cabinet* (BSC) level I, ruang BSC level II, dan ruang BSC level III;
  - d) Laboratorium Parasitologi, terdiri dari ruang pemeriksaan feses, ruang mikologi;
  - e) Laboratorium Biologi Molekuler;

- 6) Ruang sterilisasi;
- 7) Ruang cuci peralatan;
- 8) Ruang arsip;
- 9) Ruang IT;
- 10) Ruang petugas (kepala instalasi, kepala unit, staf, pantri); dan
- 11) Ruang pelayanan darah (UTD/Bank Darah Rumah Sakit).

b. Persyaratan teknis Instalasi Laboratorium Terpadu

- 1) Desain laboratorium harus mudah dibersihkan dan didekontaminasikan. Penggunaan material bangunan yang non porosif. Permukaan lantai, dinding, plafon dan sambungan-sambungan harus tertutup rapat. Celah-celah sekitar pintu, bukaan ventilasi harus dapat ditutup rapat untuk mencegah kontaminasi;
- 2) Lantai harus tidak licin, tahan terhadap cairan, dan tahan bahan kimia. Lantai non porosif;
- 3) Finishing dinding harus non porosif, sehingga mudah dibersihkan;
- 4) Finishing plafon non porosif;
- 5) Semua ruangan laboratorium disediakan meja kerja permanen, dilengkapi *wide deep basin, sloop sink*. Meja kerja harus tahan terhadap air, tahan panas, larutan organik, asam alkali dan bahan kimia lainnya;
- 6) Untuk setiap 1 area besar laboratorium disediakan instalasi eye washer;
- 7) Untuk setiap 1 area besar laboratorium disediakan instalasi air RO (*reverse osmosis*);



8) Berikut di bawah ini parameter sistem tata udara di laboratorium:

Location/Space	Proses Estimasi & Approved from BS	Minimum Number ACS, no	Minimum Total ACS, no	All Fans to Exhaust Directly to Outside (Y)	All Exhausted to Room of Room Total no	BS (Y)	Design Temperature (°C)
Reception area/office, all possible classrooms (1)	Yes	1	11	No	No	BS	25
Laboratory (1)	Yes	1	4	Yes	Yes	BS	25
Laboratory (2)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (3)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (4)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (5)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (6)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (7)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (8)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (9)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (10)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (11)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (12)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (13)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (14)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (15)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (16)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (17)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (18)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (19)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (20)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (21)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (22)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (23)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (24)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (25)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (26)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (27)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (28)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (29)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (30)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (31)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (32)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (33)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (34)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (35)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (36)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (37)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (38)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (39)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (40)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (41)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (42)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (43)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (44)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (45)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (46)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (47)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (48)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (49)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (50)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (51)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (52)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (53)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (54)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (55)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (56)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (57)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (58)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (59)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (60)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (61)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (62)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (63)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (64)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (65)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (66)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (67)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (68)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (69)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (70)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (71)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (72)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (73)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (74)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (75)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (76)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (77)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (78)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (79)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (80)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (81)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (82)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (83)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (84)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (85)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (86)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (87)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (88)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (89)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (90)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (91)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (92)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (93)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (94)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (95)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (96)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (97)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (98)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (99)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25
Laboratory (100)	Yes	1	4	No	Yes	BS	25

9) Berikut persyaratan ruang BSC Level III :

a) Pintu laboratorium harus dilengkapi *automatic door closer*. Akses laboratorium dibatasi, akses menuju laboratorium melalui dua pintu yang dapat menutup sendiri. Ruang ganti pakaian merupakan *anteroom* yang menghubungkan dua pintu menuju laboratorium;

b) *Biosafety cabinet* harus diinstalasikan sedemikian sehingga fluktuasi suplai dan *exhaust* udara dalam ruangan tidak mengganggu operasional. *Biosafety cabinet* harus diletakkan jauh dari pintu, atau tempat lainnya yang memungkinkan aliran udara terganggu;

c) Sistem ventilasi udara terkontrol. Sistem ini harus menyediakan aliran udara terarah berkelanjutan dengan menarik udara menuju ke dalam lab dari daerah "bersih" menuju daerah yang berpotensi terkontaminasi". Laboratorium harus dirancang sedemikian rupa sehingga dalam kondisi kegagalan aliran udara tidak akan terbalik;

d) Laboratorium dilengkapi perangkat monitoring visual, yang menggambarkan aliran udara terarah, harus disediakan di pintu masuk laboratorium.

Disarankan memasang alarm untuk notifikasi apabila terjadi gangguan aliran udara;

e) Udara buangan dari bangunan laboratorium harus dibuang jauh-jauh dari area hunian dan jauh dari lokasi intake udara gedung atau udara buangan harus difilter dengan HEPA; dan

f) Udara yang dikeluarkan dari laboratorium tidak boleh diresirkulasi ke ruang-ruang lain;

Anteroom dilengkapi dengan ruang prosedur penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), tempat shower, perlengkapan akses kontrol, seperti biometrik.

8) Instalasi Unit Transfusi Darah Rumah Sakit/Bank Darah Rumah Sakit

a. UTD Rumah Sakit yang direncanakan berdasarkan tingkatannya adalah tingkat kabupaten/kota, dan sesuai kemampuan pelayanan adalah kelas pratama. Berikut di bawah ini kebutuhan ruang UTD Rumah Sakit:

1) Lokasi UTD/BDRS berada di tempat yang strategis bagi ruang-ruang perawatan dan ruang emergensi serta ruang operasi;

2) Terdapat Ruang administrasi (ruang kepala, staf, gudang logistik perkantoran);

3) Terdapat Ruang pelayanan pendonor;

Terdiri dari ruang tunggu (10 m<sup>2</sup>), ruang seleksi donor (6 m<sup>2</sup>), ruang pemeriksaan oleh dokter (6 m<sup>2</sup>), ruang pengambilan darah (2 kursi donor), ruang konseling (4 m<sup>2</sup>), ruang pemulihan donor (6 m<sup>2</sup>), pantri (6 m<sup>2</sup>).

4) Ruang laboratorium;

Terdiri dari ruang laboratorium uji saring (20 m<sup>2</sup>), ruang laboratorium serologi (12 m<sup>2</sup>), ruang produksi komponen (20 m<sup>2</sup>).

5) Ruang penyimpanan darah;

Terdiri dari ruang penyimpanan darah (8 m<sup>2</sup>), dan ruang penyimpanan darah karantina (4 m<sup>2</sup>).

6) Ruang distribusi;

b. Persyaratan teknis UTD/BDRS :

- 1) Desain ruang laboratorium, ruang penyimpanan dan ruang pelayanan pendonor harus mudah dibersihkan. Penggunaan material bangunan yang non porous. Permukaan lantai, dinding, plafon dan sambungan sambungan harus tertutup rapat;
- 2) Ruang laboratorium lantainya harus tidak licin, tahan terhadap cairan, dan tahan bahan kimia. Lantai non porousif;
- 3) Finishing dinding harus non porousif, sehingga mudah dibersihkan;
- 4) Laboratorium disediakan meja kerja permanen dilengkapi *wide deep basin, sloop sink*. Meja kerja harus tahan terhadap air, tahan panas, larutan organik, asam alkali dan bahan kimia lainnya;
- 5) Laboratorium disediakan instalasi *eye washer*;
- 6) Parameter sistem tata udara di laboratorium seperti laboratorium serologi; dan
- 7) Temperatur ruangan dijaga 20-24°C, kelembaban 55-60%.

Total luas UTD/BDR tingkat pratama minimal 200 m<sup>2</sup>.

9) Instalasi Farmasi (Pelayanan dan Gudang Farmasi)

a. Persyaratan umum ruang farmasi adalah:

- 1) Ruang farmasi terdiri atas ruang kantor/administrasi, ruang penyimpanan, ruang produksi, laboratorium farmasi, dan ruang distribusi serta ruang penunjang lainnya;
- 2) Ruang farmasi harus menyediakan utilitas bangunan yang sesuai untuk penyimpanan obat yang menjamin terjaganya keamanan, mutu, dan khasiat obat; dan
- 3) Ruang produksi sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dan ruang proses kimia lainnya yang dapat mencemari lingkungan, pembuangan udaranya harus melalui penyaring untuk menetralkan bahan yang terkandung di dalam udara bangunan tersebut sesuai ketentuan yang berlaku.



b. Berikut kebutuhan ruang di instalasi farmasi :

1) Ruang kantor/administrasi;

Terdiri dari ruang kepala, ruang staf, ruang kerja dan tata usaha, ruang pertemuan.

2) Ruang penyimpanan (Gudang);

Terdiri dari :

a. Ruang penyimpanan kondisi umum (ruang penyimpanan obat jadi, ruang penyimpanan obat produksi, ruang penyimpanan bahan baku obat, ruang penyimpanan alat kesehatan);

b. Ruang penyimpanan kondisi khusus (penyimpanan vaksin, obat *high alert*, narkotika dan psikotropika, ruang penyimpanan nutrisi parenteral);

3) Ruang produksi sediaan farmasi;

a. Ruang produksi sediaan farmasi non steril, terdiri dari:

- Ruang pencampuran sediaan yang tidak stabil; dan
- Ruang peracikan obat.

b. Ruang produksi sediaan farmasi steril (aseptic dispensing), terdiri dari:

- Ruang antara;
- Ruang ganti pakaian;
- Ruang bersih (*clean room*)/CPOB; dan
- Ruang penyimpanan obat produksi.

c. Ruang penanganan sediaan sitostatik, terdiri dari :

- Ruang antara;
- Ruang ganti pakaian;
- Ruang bersih (*clean room*)/CPOB; dan
- Ruang penyimpanan obat produksi.

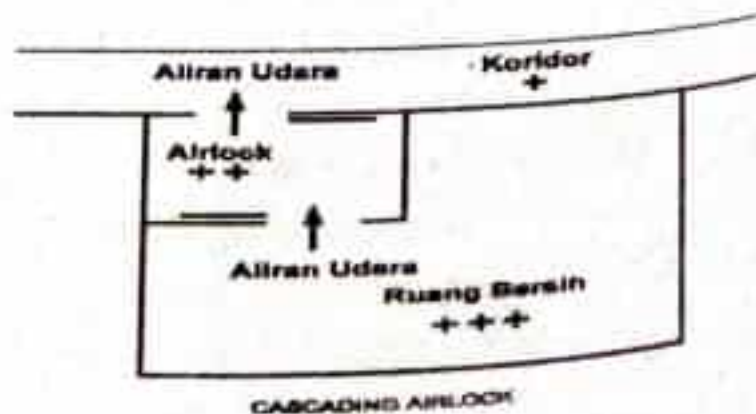
4) Ruang distribusi. Terdiri dari:

- a. Ruang konsultasi/konseling obat;
- b. Ruang tunggu;
- c. ruang penerimaan resep, pengambilan resep; dan
- d. ruang pelayanan informasi obat.

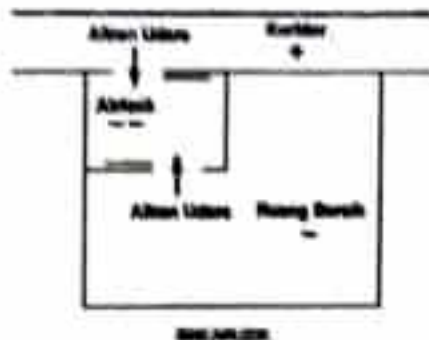
5) Ruang penunjang lainnya. Terdiri dari:

- a. Ruang arsip/dokumen dan perpustakaan; dan
- b. Toilet.

- c. Persyaratan teknis Instalasi Farmasi adalah :
- 1) Untuk ruang peracikan obat disediakan meja kerja ketinggian 1 meter, dilapisi bahan anti bakteri dan tahan bahan kimia;
  - 2) Ruang produksi sediaan farmasi steril (*aseptic dispensing*) dan ruang penanganan sediaan aseptik untuk komponen lantai, dinding, plafon non porous. Pelapis lantai dari bahan vinyl, menggunakan hospita plint, pertemuan dinding dengan dinding konus, dinding dilapis cat antibakteri *oil base*;
  - 3) Ruang-ruang penyimpanan sediaan farmasi, ruang produksi sediaan farmasi harus dijaga pada temperatur 15 - 25°C, kelembaban udara 50 - 60% pertukaran udara minimal 4 ACH;
  - 4) Untuk ruang penyimpanan kondisi khusus disediakan prainstalasi peralatan *medical refrigerator* dan *medic freezer*;
  - 5) Untuk *clean room* disediakan prainstalasi peralatan BSC (*Bio Safety Cabinet* kelas 100); dan
  - 6) Ruang produksi sediaan farmasi steril (*aseptic dispensing*) sistem tata udara dengan tekanan udara berjenjang. Tekanan udara di ruang *clean room* positif dengan total pertukaran udara 20-40 ACH, kelas ruangan 10.000. Sementara tekanan udara di ruang antara positif namun lebih rendah dari *clean room* dengan total pertukaran udara 20 ACH, kelas ruangan 100.000.



- 7) Ruang penanganan sediaan sitostatik sistem tata udara dengan tekanan udara berjenjang. Tekanan udara di ruang clean room negatif, dengan total pertukaran udara 20-40 ACH, kelas ruangan 10.000. Sementara tekanan udara di ruang Antara lebih negatif dari clean room, dengan total pertukaran udara 20 ACH;



#### 10) Laundry;

- a. *Laundry* harus memiliki akses yang terpisah untuk linen kotor dan linen bersih. Berikut kebutuhan ruang di *laundry*:

1) Area kotor:

- a. Ruang penerimaan dan pemilahan linen;
- b. Ruang penimbangan linen;
- c. Ruang pencucian linen non infeksius;
- d. Ruang pencucian linen infeksius;
- e. Gudang bahan kimia; dan
- f. Janitor.

2) Area bersih:

- a. Ruang administrasi dan pencatatan;
- b. Ruang pengeringan linen;
- c. Ruang perapihan, pelicinan dan pelipatan linen;
- d. Ruang perbaikan linen;
- e. Ruang penyimpanan linen;
- f. Ruang pendistribusian linen; dan
- g. Ruang petugas (kepala, staf).

- b. Persyaratan teknis laundry adalah sebagai berikut:

- 1) Di ruang cuci, pengeringan dan pelicinan linen disediakan prainstalasi untuk peralatannya;



- 2) Persyaratan *Ventilating and Air Conditioning* (VAC) di area kotor adalah ruangan dengan tekanan udara negatif, total pertukaran udara min. 10 *Air Change per Hour* (ACH), seluruh udara di buang langsung ke luar bangunan, udara di dalam unit ruangan tidak boleh diresirkulasi; dan
- 3) Persyaratan VAC di ruang penyimpanan linen adalah ruangan dengan tekanan udara positif, total pertukaran udara minimal 2 ACH.

#### 11) Instalasi Sterilisasi Terpusat (CSSD);

Persyaratan CSSD Terdapat sumber daya manusia yang mengoperasikan, teknisi pemeliharaan, ruangan yang memenuhi syarat, suplai listrik, uap yang dihasilkan dari boiler (bila menggunakan boiler), menggunakan teknologi mutakhir (pertimbangan efisien, sterilitas dan proses), terdapat program pengendalian mutu pada saat sebelum dan sesudah proses sterilisasi, terdapat moda transportasi dari dan ke CSSD yang memiliki jalur terpisah (steril dan non steril). Berikut uraian teknis sarana dan prasarana :

- a. Ruang Sterilisasi Terpusat memiliki 3 akses terpisah yang tidak boleh saling bersilangan, meliputi :
  - 1) Akses barang kotor;
  - 2) Akses barang bersih; dan
  - 3) Akses distribusi barang steril
- b. Kebutuhan ruang di CSSD adalah :
  - 1) Ruang administrasi, pencatatan barang masuk dan keluar;
  - 2) Ruang dekontaminasi instrumen;
  - 3) Ruang dekontaminasi troli (area cuci, pengeringan);
  - 4) Ruang pengemasan;
  - 5) Ruang sterilisasi;
  - 6) Ruang penyimpanan/gudang barang steril (linen instrumen, bahan perbekalan steril);
  - 7) Ruang penyimpanan/gudang barang bersih (linen dan bahan perbekalan bersih yang belum disterilkan);
  - 8) Ruang distribusi barang steril;
  - 9) Ruang petugas (kepala, staf); dan

10) Ruang ganti (ruang ganti petugas dekontaminasi dan petugas pengemasan dipisah dengan letaknya disesuaikan areanya. Ruang ini dilengkapi toilet dan shower).

c. Persyaratan teknis Ruang CSSD:

- 1) Ruang pengemasan, ruang sterilisasi, ruang penyimpanan barang bersih, ruang penyimpanan barang bersih harus non porosif baik lantai, dinding dan plafonnya. Lantai menggunakan vinyl (anti bakteri), pertemuan lantai dengan dinding menggunakan hospital plint, pertemuan dinding dengan dinding konus;
- 2) Letak CSSD harus direncanakan dengan mempertimbangkan keselamatan dan keamanan struktur bangunan. Apabila diletakkan di lantai 2 atau lebih, maka struktur balok dan plat lantai di area peletakan peralatan sterilisator harus mampu menahan beban min. 1500kg/alat;
- 3) Pada ruang sterilisasi disediakan prainstalasi *steam heated/ electric heated*;

4) Berikut di bawah ini parameter tata udara untuk CSSD :

Fungsi Ruang	Perubahan volume relatif area beraktivitas	Pertukaran udara dari luar per jam minimum*	Total pertukaran udara per jam minimum*	Tekanan udara di dalam ruangan terhadap lingkungan	Kelembaban udara di dalam ruangan
<b>STERILISASI DAN SUPPLAI</b>					
Ruang pemakan steam	N	Filtan	10	Ta	Tidak
Ruang entry dan dekontaminasi	N	2	6	Ta	Tidak
Tempat kerja dan gelang steril	P	2	4	Filtan	Filtan
Gudang pendingin	S	2 (Filtan)	2	Filtan	Filtan

- 5) Khusus di ruang penyimpanan/gudang steril filtrasi udara dengan medium filter;
- 6) Di ruang dekontaminasi disediakan sloop sink, service sink dan deep wide basin dengan disediakan instalasi pipa air panas; dan
- 7) Persyaratan VAC di ruang dekontaminasi adalah ruangan dengan tekanan udara negatif, total pertukaran udara minimal 10 ACH, seluruh udara dibuang langsung ke luar bangunan. Udara di dalam unit ruangan tidak boleh diresirkulasi.

## 12) Instalasi Pengelolaan Makanan (Gizi)

a. Kebutuhan ruang Dapur Utama dan Gizi Klinik adalah:

- 1) Ruang penerimaan dan penimbangan bahan makanan;
- 2) Ruang penyimpanan bahan makanan basah;
- 3) Ruang penyimpanan bahan makanan kering;
- 4) Ruang/area persiapan bahan makanan;
- 5) Ruang/area pengolahan makanan;
- 6) Ruang penyajian makanan;
- 7) Dapur susu;
- 8) Ruang cuci peralatan dapur dan piring;
- 9) Ruang penyimpanan troli gizi;
- 10) Ruang penyimpanan peralatan dapur;
- 11) Ruang ganti APD;
- 12) Ruang administrasi;
- 13) Ruang petugas (kepala, staf, *nutrisionist*); dan
- 14) Ruang penyimpanan dan pengaturan manifold gas elpiji.

b. Persyaratan teknis dapur utama dan gizi klinik adalah :

- 1) Ruang-ruang/area-area persiapan, pengolahan dan penyajian makanan disiapkan meja kerja ketinggian 1 meter dengan pelapis meja dari bahan non porous. Pada tiap-tiap ruang/area disediakan 2 unit sink dengan masing-masing terdiri dari *outlet* air panas dan air dingin;
- 2) Lantai tidak boleh licin, dinding non porous. Kotak-kontak dipasang pada ketinggian minimal 120 cm dari lantai, pada titik-titik tertentu sesuai kebutuhan;
- 3) Pada area penyimpanan bahan makanan basah disediakan prainstalasi untuk *cold storage* dan *freezer* yang besarnya masing-masing  $\pm 3 \times 3 \text{ m}^2$ ;
- 4) Ventilasi udara di dalam dapur harus baik, yaitu terjadi pertukaran udara minimal 10 ACH;
- 5) Pada ruang/area pengolahan makanan, yaitu di atas kompor harus dipasang alat penghisap asap dan panas yang disambungkan dengan cerobong untuk membuang asap dan udara panas keluar ruangan; dan
- 6) Disediakan *gutter*/jalur-jalur pembuangan air yang dilengkapi grill dari bahan yang tidak mudah berkarat.



13) Kamar Jenazah/Instalasi Pemulasaran Jenazah

- a. Berikut kebutuhan ruang di kamar jenazah
  - 1) Ruang administrasi;
  - 2) Ruang duka, dilengkapi toilet;
  - 3) Ruang tunggu keluarga jenazah;
  - 4) Gudang perlengkapan pemulasaraan;
  - 5) Ruang dekontaminasi dan pemulasaraan jenazah;
  - 6) Laboratorium otopsi;
  - 7) Ruang pendingin jenazah, kapasitas ruangan 8 jenazah;
  - 8) Ruang ganti pakaian APD dilengkapi toilet; dan
  - 9) Ruang petugas (kepala, staf).
- b. Persyaratan teknis kamar jenazah :
  - 1) Ruang ganti pakaian APD harus dilengkapi *antiseptic footbath* dan wastafel;
  - 2) Ruang dekontaminasi: lantai tidak licin, dinding kedap air sampai ketinggian minimal 150cm, ruangan dilengkapi *sink* dan *jet spray/shower*;
  - 3) Ruang pendingin jenazah harus dilengkapi prainstalasi sesuai kebutuhan alat pendingin; dan
  - 4) Laboratorium otopsi: disediakan wastafel, total pertukaran udara minimal 6 ACH.

14) Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSR)

Pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan IPSRS disesuaikan dengan kebutuhan minimal untuk melaksanakan kegiatan pemeliharaan sesuai dengan kelas RS. Sarana, prasarana dan peralatan mengacu Pedoman Penyelenggaraan Instalasi Pemeliharaan Rumah Sakit.

15) Instalasi Pengolahan Limbah (IPL)

Menu ini terdiri dari 3 Pilihan :

- 1) Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL);
- 2) Instalasi Pengolahan Limbah B3 padat infeksius *Incinerator*;
- 3) Instalasi Pengolahan Limbah B3 padat infeksius *Non incinerator*, meliputi :
  - a) *Autoclave* dengan dilengkapi Mesin Penghancur (*Shredder*) terintegrasi; dan

- b) *Microwave* dengan dilengkapi Mesin Penghancur (*Shredder*) terintegrasi.

Adapun penjelasannya sebagai berikut :

- 1) Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL);

Ruang lingkup pekerjaan Pembangunan IPAL termasuk pekerjaan konstruksi dan peralatan.

- a. Persyaratan Umum;

Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) rumah sakit dengan mempertimbangkan sebagai berikut:

- Ada penanggungjawab Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) rumah sakit.
- Tersedia lahan untuk pembangunan baru.

Penyediaan Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dan pengadaan peralatan pendukungnya di Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/Kota dari Dana Alokasi Khusus dimaksudkan untuk menjamin keamanan kualitas lingkungan khususnya air limbah/buangan (dan termasuk limbah cair yang sudah dilakukan pre treatment) dari hasil kegiatan rumah sakit terhadap masyarakat sekitarnya. Hal ini dilakukan untuk melindungi kualitas lingkungan sekitar dari kegiatan rumah sakit agar tidak terjadi pencemaran lingkungan. Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) untuk mengolah air limbah/buangan (dan termasuk limbah cair yang sudah dilakukan pre treatment) yang berasal dari kegiatan yang ada di rumah sakit agar memenuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- b. Persyaratan Khusus Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL);

1) Luas lahan dan bangunan IPAL disesuaikan dengan kapasitas IPAL yang dibutuhkan rumah sakit yang didapat dari data pemakaian rata-rata air bersih per hari;

2) Kapasitas IPAL minimal dapat mengolah limbah sebanyak 80% dari jumlah pemakaian air bersih di rumah sakit tiap harinya. Bila tidak memenuhi persyaratan, maka harus dilakukan dokumentasi pemakaian air bersih di rumah sakit.

dapat menggunakan asumsi bahwa tiap tempat tidur rumah sakit memakai air bersih minimal sebanyak 500 liter per hari;

- 3) Rumah sakit membuat Perencanaan *Detail Engineering Design* (DED) IPAL dan jaringannya serta RAB, *unit cost* yang ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan rekomendasi Dinas Pekerjaan Umum Pemerintah Daerah setempat diketahui oleh Gubernur/Bupati/Walikota;
- 4) Perencanaan DED IPAL dan jaringannya serta RAB tersebut dibiayai dari APBD Provinsi/Kabupaten/Kota (diluar DAK);
- 5) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai pelaksanaan operasional dan pemeliharaan yang ditandatangani oleh direktur RS dan diketahui oleh Gubernur/Bupati/Walikota sebelum pekerjaan pembangunan dimulai;
- 6) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai uji laboratorium lingkungan terhadap *influent* dan *effluent* air limbah yang masuk dan keluar dari IPAL yang ditandatangani oleh direktur rumah sakit selama minimal 3 bulan sekali dan melaporkannya ke Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dengan tembusan kepada Gubernur/Bupati/Walikota;
- 7) Membuat surat pernyataan kesanggupan menjaga agar *effluent* air limbah yang keluar dari instalasi tersebut memenuhi Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 5 Tahun 2014 tentang Baku Mutu Air Limbah; Lampiran XLIV: Baku Mutu Air Limbah Bagi Usaha Dan/Atau Kegiatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau peraturan daerah setempat, yang ditandatangani oleh direktur rumah sakit dan diketahui oleh Gubernur/Bupati/Walikota sebelum pekerjaan pembangunan dimulai;



- 8) Rencana peletakan instalasi pengolah limbah agar memperhatikan denah tata ruang di rumah sakit untuk memudahkan operasional, pemeliharaan, dan keamanan instalasi pengolah limbah;
- 9) Semua air limbah rumah sakit dialirkan ke IPAL, dan untuk air limbah dari ruang laboratorium, *laundry* dan instalasi gizi/dapur harus dilakukan pengolahan pendahuluan (*pre treatment*) terlebih dahulu sebelum dialirkan ke IPAL;
- 10) Komponen yang bisa dicakup dari Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk Pembangunan Instalasi Pengolahan Air Limbah meliputi:
  - a. Pekerjaan persiapan: *bouplank*, direksi kit, *mobilisasi*;
  - b. Pekerjaan struktur pondasi;
  - c. Pekerjaan konstruksi IPAL;
  - d. *Plester*, acian IPAL dan *water proofing*;
  - e. Fasilitas IPAL antara lain ruang panel, *blower* dan ruang operator;
  - f. *Finishing* IPAL;
  - g. Pekerjaan *equipment*, mekanikal dan elektrikal antara lain pemasangan *blower* dan pompa, pembuatan panel listrik, dengan kapasitas daya minimal serta pemasangan peralatan listrik lainnya;
  - h. Pagar Pelindung lokasi IPAL; dan
  - i. Jaringan air limbah dan bak pengumpul.
- 11) Dalam pemilihan jenis dan teknologi Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) harus memperhatikan:
  - a. Kekuatan konstruksi bangunan;
  - b. Teknologi IPAL yang dipilih harus sudah terbukti *effluent* (keluaran) air limbah hasil pengolahannya telah memenuhi Peraturan Menteri Lingkungan Hidup tentang Baku Mutu Air Limbah; Lampiran XLIV: Baku Mutu Air Limbah Bagi Usaha Dan/Atau Kegiatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Peraturan Daerah Setempat;

c. Disarankan pihak RS mencari referensi dengan peninjauan ke RS yang telah memakai produk teknologi IPAL yang terbukti minimal 3 tahun *effluent*nya masih memenuhi:

- (1) Untuk Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan laboratorium, radiologi, laundry dan farmasi harus mengacu Peraturan Menteri Lingkungan Hidup tentang Baku Mutu Air Limbah; dan Baku Mutu Air Limbah Bagi Usaha Dan/Atau Kegiatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau peraturan daerah setempat dengan dibuktikan oleh hasil uji laboratorium lingkungan (yang terakreditasi) terhadap *influent* dan *effluent* air limbah;
- (2) Untuk Rumah Sakit yang tidak menyelenggarakan pelayanan laboratorium, radiologi, laundry dan farmasi harus mengacu Peraturan Menteri Lingkungan Hidup tentang Baku Mutu Air Limbah Domestik;
- 12) Teknologi IPAL yang dipilih harus mudah dalam pengoperasian dan pemeliharaannya;
- 13) Mudah mencari suku cadangnya;
- 14) Biaya operasional IPAL yang tidak besar (listrik, pemeliharaan alat) dari APBD diluar dana DAK;
- 15) IPAL dapat digunakan untuk pengolahan air limbah dengan konsentrasi rendah maupun konsentrasi tinggi;
- 16) Lumpur yang dihasilkan IPAL sedikit;
- 17) IPAL tahan terhadap fluktuasi jumlah air limbah maupun fluktuasi konsentrasi;
- 18) Harus dipasang alat pengukur debit pada *influent* dan *effluent* IPAL untuk mengetahui debit harian limbah yang dihasilkan; dan
- 19) Pemerintah Daerah dan pihak rumah sakit harus menyediakan dana untuk tenaga operator dan biaya operasional lainnya.

2) Instalasi Pengolahan Limbah B3 padat infeksius *Incinerator*  
Dengan syarat sebagai berikut:

- a) Efisiensi pembakaran lebih dari 99,95 %;
- b) Temperatur pada ruang bakar utama (*primary chamber*) minimum 800 °C;
- c) Temperatur pada ruang bakar kedua paling rendah 1000 °C dengan waktu tinggal paling singkat 2 detik;
- d) Memiliki alat pengendalian pencemaran udara berupa *wet scrubber*;
- e) Ketinggian cerobong paling rendah 14 meter terhitung dari permukaan tanah atau 1,5 kali bangunan tertinggi;
- f) Memiliki cerobong yang dilengkapi dengan lubang pengambilan contoh emisi dan fasilitas pendukung untuk pengambilan contoh uji emisi;
- g) Produk telah teregistrasi sebagai teknologi ramah lingkungan dari Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan yang masih berlaku;
- h) Memenuhi Persyaratan teknis lainnya sesuai dengan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes); dan
- i) Rumah Sakit wajib mengurus perizinan *incinerator* yang telah diadakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

3) Instalasi Pengolahan Limbah B3 padat infeksius Non  
*Incinerator*

- a) *Autoclave* dengan dilengkapi Mesin Penghancur (*Shredder*) terintegrasi;

1. Dokumen yang wajib sudah tersedia lengkap (jika kurang lengkap dianggap gugur), dilaporkan dan telah diketahui oleh Kementerian Kesehatan (Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan) dan mengajukan usulan DAK untuk menu ini sebagai berikut:



- (a) Dokumen Lingkungan (Dokumen AMDAL atau Dokumen UKL-UPL) yang masih sesuai dengan perkembangan pembangunan rumah sakit untuk 5-10 tahun lagi dan disahkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah;
- (b) Ijin Lingkungan dikeluarkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah;
- (c) Ijin Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) Limbah Berbahaya dan Beracun (B3) dikeluarkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah dan ditandatangani oleh Bupati/Walikota; dan
- (d) Ijin Pembuangan Limbah Cair (IPLC) dari Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dikeluarkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah dan ditandatangani oleh Bupati/Walikota

2. Persyaratan Umum yang harus dipenuhi:

- a) Perhitungan pengadaan alat pengolah Limbah Padat B3 (Infeksius) dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional dan dampak terhadap lingkungan hidup;
- b) Rumah Sakit wajib melakukan pemilahan Limbah Padat B3 berdasarkan jenis, kelompok, dan/atau karakteristik Limbah B3; dan memelihara Limbah B3 sesuai kelompok Limbah B3;
- c) Lokasi pengolahan Limbah B3 merupakan daerah bebas banjir dan tidak rawan bencana alam, atau dapat direkayasa dengan teknologi untuk perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, selanjutnya diatur dalam Izin Lingkungan;
- d) Rumah Sakit sebagai penghasil Limbah B3 yang akan melakukan pengolahan Limbah B3 wajib mengurus Izin Pengelolaan limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 yang dikeluarkan oleh Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, dan terlebih dahulu telah memiliki Izin Lingkungan dari Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah;

- c) Rumah Sakit wajib memiliki Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) untuk mengolah air buangan dari proses pengolahan Limbah B3 Padat dan sudah memiliki Izin dari Institusi Lingkungan Hidup Daerah Setempat;
- f) Rumah Sakit wajib memiliki Tempat Penampungan Sementara (TPS) Limbah B3 yang telah terdaftar dan sudah memiliki Izin dari Dinas Lingkungan Hidup Daerah setempat;
- g) Rumah Sakit wajib menyediakan ruangan alat, instalasi listrik, instalasi air bersih dan instalasi pembuangan air kotor ke IPAL;
- h) Penyedia alat wajib melakukan pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan alat bagi petugas operator di Fasyankes;
- i) Penyedia alat wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minima Pemeliharaan (SMP) alat pengolah Limbah B3 dalam bahasa Indonesia;
- j) Garansi alat adalah minimal 1 (satu) tahun dihitung sejak tanggal instalasi alat; dan
- k) Garansi purna jual alat adalah minimal 5 (lima) tahun dihitung sejak tanggal instalasi alat.

### 3. Persyaratan Khusus

- a) Fungsi *Autoclave* dengan Mesin Penghancur (*Shredder*) terintegrasi adalah melakukan proses sterilisasi dan penghancuran terhadap Limbah Padat B3 (Infeksius) di dalam 1 chamber, mengkonversi Limbah Padat B3 (Infeksius) menjadi Sampah Umum, merubah bentuk asal Limbah Padat dan mengurangi volume Limbah Padat;
- b) Teknologi *Autoclave* telah terverifikasi dan teregistrasi sebagai Teknologi Ramah Lingkungan di Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan;
- c) Kapasitas pengolahan disesuaikan dengan kapasitas Limbah Padat B3 (Infeksius) yang dihasilkan per hari dan;

- d) Tipe *Autoclave* untuk pengolahan Limbah Padat B3 (Infeksius) adalah alir gravitasi dan/atau vakum, dengan ketentuan :
- (1) Pengoperasian *Autoclave* tipe alir gravitasi dilakukan dengan temperatur lebih besar dari atau sama dengan;
    - 121°C dan tekanan 15 psi dengan waktu tinggal di dalam *Autoclave* sekurang-kurangnya 60 menit.
    - 135°C dan tekanan 31 psi dengan waktu tinggal di dalam *Autoclave* sekurang-kurangnya 45 menit.
    - 149°C dan tekanan 15 psi dengan waktu tinggal di dalam *Autoclave* sekurang-kurangnya 30 menit.
  - (2) Pengoperasian *Autoclave* tipe vakum dilakukan dengan temperatur lebih besar dari atau sama dengan.
    - 121°C dan tekanan 15 psi dengan waktu tinggal di dalam *Autoclave* sekurang-kurangnya 45 menit.
    - 135°C dan tekanan 31 psi dengan waktu tinggal di dalam *Autoclave* sekurang-kurangnya 30 menit.
- e) Melakukan uji validasi terhadap spora *Bacillus Stearothermophilus* pada konsentrasi  $1 \times 10^4$  (satu kali sepuluh pangkat empat) spora per milimeter yang ditempatkan dalam vial atau lembaran spora;
- f) Ruang alat tertutup, terhindar dari panas Matahari dan hujan secara langsung, memiliki sirkulasi udara yang baik, dengan luas sekitar 20 meter persegi;
- g) Menyediakan panel listrik yang berdiri sendiri untuk alat di dalam ruangan;
- h) Menyediakan bak kontrol untuk penampungan sementara air buangan hasil pengolahan sebelum dialirkan ke IPAL, jika diperlukan;



- i) Pengolahan Limbah Padat B3 (Infeksius) yang dapat dilakukan dengan Autoclave adalah Limbah dengan karakteristik Limbah Infeksius dan Limbah Berda Tajam, kecuali Limbah Patologis;
- j) Pengolahan Limbah Padat B3 yang tidak dapat dilakukan dengan Autoclave adalah Limbah bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, Limbah radioaktif, Limbah farmasi dan Limbah sitotoksik;
- k) Izin Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 dikecualikan untuk Fasyankes yang melakukan pengolahan sendiri terhadap kemasan bekas B3, spuit bekas, botol infus bekas selain infus darah dan/atau cairan tubuh, dan/atau bekas kemasan cairan hemodialisis;
- l) Hasil pengolahan Limbah Padat B3 (Infeksius) berupa Limbah non-B3 dan pengelolaannya dilakukan sesuai peraturan perundang-undangan mengenai pengelolaan Limbah non-B3;
- m) Petugas operator alat pengolah Limbah B3 wajib menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) yang meliputi;
- 1) Helm, dengan atau tanpa kaca;
  - 2) Masker;
  - 3) Pelindung mata (kaca mata/google);
  - 4) Seragam kerja, minimal apron/celemek;
  - 5) Pelindung kaki dan/atau sepatu boot;
  - 6) Sarung tangan untuk tugas berat dan/atau sarung tangan anti tusuk;
- n) Tersedianya alat penunjang K3 lainnya, seperti APAR;
- o) Fasyankes mencari referensi dengan melakukan peninjauan ke Fasyankes lain yang telah menggunakan teknologi yang sejenis;
- p) Di dalam pemilihan Teknologi Pengolahan Limbah Padat B3 (khususnya Infeksius) oleh Fasyankes perlu memperhatikan beberapa kriteria antara lain

- a) Efisiensi pengolahan;
- b) Pertimbangan kesehatan, keselamatan dan lingkungan;
- c) Reduksi volume dan masa (berat);
- d) Jenis dan kuantitas Limbah yang diolah;
- e) Infrastruktur dan ruang (area) yang diperlukan;
- f) Biaya investasi dan operasional;
- g) Ketersediaan fasilitas pembuangan atau penimbunan akhir;
- h) Kebutuhan pelatihan untuk personil operasional (operator);
- i) Pertimbangan operasi dan perawatan;
- j) Lokasi dan/atau keadaan di sekitar lokasi pengolahan;
- k) Akseptabilitas dari masyarakat sekitar; dan
- l) Persyaratan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

b) *Microwave* dengan dilengkapi Mesin Penghancur (*Shredder*) terintegrasi;

Mengacu pada Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No.P.56/Menlhk-Setjen/2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes), maka:

1) Dokumen yang wajib sudah tersedia lengkap (jika kurang lengkap dianggap gugur), dilaporkan dan telah diketahui oleh Kementerian Kesehatan RI (Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan) saat mengajukan usulan DAK Tahun 2018 untuk menu ini sebagai berikut:

- a) Dokumen Lingkungan (Dokumen AMDAL atau Dokumen UKL-UPL) yang masih sesuai dengan perkembangan pembangunan rumah sakit untuk 5-10 tahun lagi dan disahkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah;
- b) Ijin Lingkungan dikeluarkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah;

- c) Ijin Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) Limbah Berbahaya dan Beracun (B3) dikeluarkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah dan ditandatangani oleh Bupati/Walikota; dan
- d) Ijin Pembuangan Limbah Cair (IPLC) dari Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dikeluarkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah dan ditandatangani oleh Bupati/Walikota.

2) Persyaratan Umum yang harus dipenuhi:

- a) Perhitungan pengadaan alat pengolah Limbah Padat B3 (Infeksius) dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional dan dampak terhadap lingkungan hidup;
- b) Rumah Sakit wajib melakukan pemilahan Limbah Padat B3 berdasarkan jenis, kelompok, dan/atau karakteristik Limbah B3; dan memisahkan Limbah B3 sesuai kelompok Limbah B3;
- c) Lokasi pengolahan Limbah B3 merupakan daerah bebas banjir dan tidak rawan bencana alam, atau dapat direkayasa dengan teknologi untuk perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, selanjutnya diatur dalam Izin Lingkungan;
- d) Rumah Sakit sebagai penghasil Limbah B3 yang akan melakukan pengolahan Limbah B3 wajib mengurus Izin Pengelolaan limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 yang dikeluarkan oleh Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, dan terlebih dahulu telah memiliki Izin Lingkungan dari Kepala Instansi Lingkungan Hidup di daerah;
- e) Rumah Sakit wajib memiliki Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) untuk mengolah air buangan dari proses pengolahan Limbah B3 Padat dan sudah memiliki Izin dari Instansi Lingkungan Hidup Daerah Setempat;



- f) Rumah Sakit wajib memiliki Tempat Penampungan Sementara (TPS) Limbah B3 yang telah terdaftar dan sudah memiliki Izin dari Dinas Lingkungan Hidup Daerah setempat;
- g) Rumah Sakit wajib menyediakan ruangan alat, instalasi listrik, instalasi air bersih dan instalasi pembuangan air kotor ke IPAL;
- h) Penyedia alat wajib melakukan pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan alat bagi petugas operator di Fasilitas pelayanan kesehatan;
- i) Penyedia alat wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minimal Pemeliharaan (SMP) alat pengolah Limbah B3 dalam bahasa Indonesia;
- j) Garansi alat adalah minimal 1 (satu) tahun terhitung sejak tanggal instalasi alat; dan
- k) Garansi purna jual alat adalah minimal 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal instalasi alat.

### 3) Persyaratan Khusus

- a) Fungsi *Microwave* dengan Mesin Penghancur (*Shredder*) terintegrasi adalah melakukan proses sterilisasi dan penghancuran terhadap Limbah Padat B3 (Infeksius) di dalam 1 chamber, mengkonversi Limbah Padat B3 (Infeksius) menjadi Sampah Umum, merubah bentuk asal Limbah Padat dan mengurangi volume Limbah Padat;
- b) Teknologi *Microwave* telah terverifikasi dan teregistrasi sebagai Teknologi Ramah Lingkungan di Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan;
- c) Kapasitas pengolahan disesuaikan dengan kapasitas Limbah Padat B3 (Infeksius) yang dihasilkan per hari;

- d) Pengoperasian *Microwave* dilakukan pada temperatur 100°C (seratus derajat celsius) dengan waktu tinggal paling singkat 30 (tiga puluh) menit;
- e) Melakukan uji validasi terhadap spora *Bacillus Stearothermophilus* pada konsentrasi 1 x 10<sup>6</sup> (satu kali sepuluh pangkat satu) spora per milimeter yang ditempatkan dalam vial atau lembaran spora;
- f) Ruangan alat tertutup, terhindar dari panas Matahari dan hujan secara langsung, memiliki sirkulasi udara yang baik, dengan luas sekitar 20 meter persegi;
- g) Menyediakan panel listrik yang berdiri sendiri untuk alat di dalam ruangan;
- h) Menyediakan bak kontrol untuk penampungan sementara air buangan hasil pengolahan sebelum dialirkan ke IPAL, jika diperlukan;
- i) Pengolahan Limbah Padat B3 (Infeksius) yang dapat dilakukan dengan *Microwave* adalah Limbah dengan karakteristik Limbah Infeksius dan Limbah Benda Tajam, kecuali Limbah Patologis;
- j) Pengolahan Limbah Padat B3 yang tidak dapat dilakukan dengan *Microwave* adalah Limbah bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, Limbah radioaktif, Limbah farmasi dan Limbah sitotoksik;
- k) Izin Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 dikecualikan untuk Fasyankes yang melakukan pengolahan sendiri terhadap kemasan bekas B3, spuit bekas, botol infus bekas selain infus darah dan/atau cairan tubuh, dan/atau bekas kemasan cairan hemodialisis;
- l) Hasil pengolahan Limbah Padat B3 (Infeksius) berupa Limbah non-B3 dan pengelolaan...

- dilakukan sesuai peraturan perundang-undangan mengenai pengelolaan Limbah non-B3;
- m) Petugas operator alat pengolah Limbah B3 wajib menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) yang meliputi:
- 1) Helm, dengan atau tanpa kaca;
  - 2) Masker;
  - 3) Pelindung mata (kaca mata/google);
  - 4) Seragam kerja, minimal apron/celemek;
  - 5) Pelindung kaki dan/atau sepatu boot; dan
  - 6) Sarung tangan untuk tugas berat dan/atau sarung tangan anti tusuk;
- n) Tersedianya alat penunjang K3 lainnya, seperti APAR;
- o) Fasilitas pelayanan kesehatan mencari referensi dengan melakukan peninjauan ke Fasyankes lain yang telah menggunakan teknologi yang sejenis;
- p) Di dalam pemilihan Teknologi Pengolahan Limbah Padat B3 (khususnya Infeksius) oleh Fasyankes perlu memperhatikan beberapa kriteria antara lain:
- 1) Efisiensi pengolahan;
  - 2) Pertimbangan kesehatan, keselamatan dan lingkungan;
  - 3) Reduksi volume dan masa (berat);
  - 4) Jenis dan kuantitas Limbah yang diolah;
  - 5) Infrastruktur dan ruang (area) yang diperlukan;
  - 6) Biaya investasi dan operasional;
  - 7) Ketersediaan fasilitas pembuangan atau penimbunan akhir;
  - 8) Kebutuhan pelatihan untuk personil operasional (operator);
  - 9) Pertimbangan operasi dan perawatan;
  - 10) Lokasi dan/atau keadaan di sekitar lokasi pengolahan;
  - 11) Akseptabilitas dari masyarakat sekitar; dan



12) Persyaratan yang diatur dalam peraturan.

16) Ambulans;

Ambulans untuk RS digunakan untuk memenuhi kebutuhan ambulans *Transport*, ambulans *Emergency* dan ambulans jenazah. Persyaratan teknis ambulans mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Evakuasi Medik dan Pedoman Teknis Ambulans Direktorat Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan, Kementerian Kesehatan

Usulan ambulans harus disertai dengan data dan justifikasi yang mendukung. Data kepemilikan ambulans harus sesuai dengan data yang tercatat dan *ter-update* pada ASPAK.

17) Kendaraan Unit Transfusi Darah (UTD);

Pedoman sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan tentang unit transfusi darah, bank darah rumah sakit dan jejaring pelayanan transfusi darah.

18) Prasarana Listrik (Generator Set/Energi Terbarukan);

Penyediaan prasarana listrik untuk Rumah Sakit yaitu penambahan daya listrik, kapasitor Bank, Generator Set (dapat juga dengan rumah genset) dan *Uninterruptible Power Supply* (UPS).

a. Penambahan Daya Listrik;

(1) Apabila daya listrik yang tersedia di Rumah Sakit belum bisa mengakomodir kebutuhan listrik (peralatan dan sebagainya), maka Rumah Sakit dapat mengajukan penambahan daya listrik dari Perusahaan Listrik Negara; dan

(2) Rumah Sakit membuat surat pernyataan untuk memproses izin Sertifikat Laik Operasi (SLO) listrik dan dinas terkait.

b. *Capasitor Bank*;

*Capasitor bank* digunakan untuk memperbaiki faktor daya (*power factor*) pada suatu jaringan listrik sehingga listrik lebih stabil dan mengurangi biaya yang timbul akibat pemakaian kelebihan daya. *Capasitor bank* dipasang pada panel utama tegangan rendah (TR);

c. Generator Set (Genset);

Fungsi generator set adalah untuk memberikan suplai daya listrik pengganti/alternatif untuk alat-alat yang membutuhkan listrik sebagai sumber powernya, saat listrik PLN padam.

(1) Persyaratan Umum

- a) Rumah Sakit tersebut sudah mempunyai generator set tetapi tidak dapat berfungsi atau kapasitas masih belum mencukupi;
- b) Menyediakan lahan dan rumah generator set guna menempatkan generator set tersebut;
- c) Pengadaan kebutuhan generator set dilakukan berdasarkan analisis kebutuhan dengan mempertimbangkan operasional serta pemeliharaan. Kebutuhan Generator Set setidaknya dapat mencakup kebutuhan listrik untuk ruang operasi, ruang perawatan intensif, IGD, CSSD, laboratorium dan ruang radiologi;
- d) Penyedia barang wajib memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Minimal Pemeliharaan (SMP) dalam bahasa Indonesia;
- e) Penyedia barang dan RS wajib mengurus izin-izin yang diperlukan antara lain izin operasional genset dan izin operator; dan
- f) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai uji emisi genset dengan frekuensi uji sesuai dengan peraturan yang berlaku dan melaporkannya ke Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dengan tembusan kepada Gubernur/Bupati/Walikota.

(2) Persyaratan Khusus

- a) Apabila memilih generator set *non silent type* maka pada bangunan rumah genset harus dilengkapi dengan peredam suara dan peredam getaran dan dilengkapi ventilasi baik mekanik maupun alami;
- b) Rumah Sakit disarankan untuk memilih genset dengan tipe otomatis dengan sumber suplai daya

dengan periode tukar alih kurang dari atau sama dengan 15 detik;

c) Rumah genset dilengkapi dengan cerobong genset dan memiliki akses untuk pengambilan sampel pengujian emisi genset;

d. *Uninterruptible Power Supply* (UPS);

(1) Kapasitas UPS disesuaikan dengan kebutuhan alat kesehatan yang akan dipasang; dan

(2) Alat kesehatan yang memerlukan UPS hanya untuk alat kesehatan pada ruang operasi, ruang perawatan intensif IGD, laboratorium dan ruang radiologi.

19) Prasarana Air Bersih Untuk Rumah Sakit;

Rumah Sakit dapat memilih Menu Kebutuhan Instalasi Air Untuk Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan air di Rumah Sakit sebagai berikut:

a. Instalasi Air bersih sesuai dengan Permenkes mengenai Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan Air untuk Keperluan Higiene Sanitasi, Kolam Renang, *Solus Per Aqua*, dan Pemandian Umum. Jika instalasi air bersih untuk mendaur ulang air olahan dari instalasi pengolahan air limbah (IPAL) maka penggunaan airnya hanya untuk tangki toilet (pembersihan closet, penyiram tanaman hias, *backwash* filter IPAL, mencuci TPS non domestik dan lain-lain);

b. Instalasi Air lunak/*soft water* digunakan untuk *heat exchanger*, mesin sterilisasi di CSSD, air panas;

c. Instalasi Air Reverse Osmosis yang diaplikasikan untuk:

(1) Air minum untuk memenuhi instalasi gizi dan kantin/cafeteria dengan mengacu Permenkes mengenai Persyaratan Kualitas Air Minum;

(2) Unit Haemodialisa menggunakan standar kualitas parameter berdasarkan Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI);

(3) Steam generator di boiler dan alat CSSD; dan

(4) Laboratorium membutuhkan air kualitas *ultrapure* dengan menambahkan deionizer untuk pemurnian;



Ketentuan:

- (1) Harus tersedia air minum sesuai kebutuhan. Air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum;
- (2) Tersedia air bersih minimum 500 liter/tempat tidur/hari;
- (3) Air minum dan air bersih tersedia pada setiap tempat kegiatan yang membutuhkan secara berkesinambungan;
- (4) Distribusi air minum dan air bersih di setiap ruangan/kamar harus menggunakan jaringan perpipaan yang mengalir dengan tekanan positif; dan
- (5) Pemenuhan air untuk kebutuhan air minum, unit Haemodialisa, Steam generator dan Laboratorium harus didasarkan kebutuhan.

20) **Pengadaan Sistem Informasi Untuk SIMRS;**

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2013 tentang SIMRS.

21) **Alat Kalibrasi dan Alat Pemeliharaan;**

Peralatan kalibrasi hanya diperuntukkan bagi rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan nasional, provinsi dan regional, sekaligus sebagai rumah sakit pendidikan. RS harus memiliki tenaga kompeten untuk mengoperasikan alat kalibrasi. Adapun peralatan kalibrasi mengacu pada pedoman laboratorium pengujian dan/atau kalibrasi RS tahun 2017. RS yang telah memiliki unit laboratorium pengujian dan/atau kalibrasi yang sesuai standar wajib bekerjasama dengan BPFK dan Mengajukan izin operasional sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan tentang pengujian kalibrasi alat kesehatan

3. **Penyediaan Alat Kesehatan Rumah Sakit**

Pemenuhan alat kesehatan dan Kedokteran Rumah Sakit mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan terkait kalsifikasi dan perizinan Rumah Sakit, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340 Tahun 2010 tentang klasifikasi Rumah Sakit (untuk Rumah Sakit Khusus).

Persyaratan Umum usulan :

- 1) Rumah Sakit harus memiliki tenaga kompeten operasional dan pemeliharaan;

- 2) Setiap pengadaan alat kesehatan baru harus diinput dalam ASPAK;
- 3) Memiliki bukti bahwa alat kesehatan yang telah dimiliki telah dikalibrasi oleh institusi yang berwenang. Dibuktikan dengan sertifikat kalibrasi; dan
- 4) Rumah Sakit harus memiliki kajian kebutuhan untuk pembelian baru atau penambahan alat yang memiliki teknologi tinggi (hi tech) seperti MRI, CT Scan, USG 4D, Cath Lab, Radioterapi, dan sebagainya.

Adapun menu peralatan kesehatan sebagai berikut :

- 1) Instalasi Gawat Darurat (IGD);
- 2) Ruang Operasi;
- 3) *Intensive Care Unit* (ICU);
- 4) *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU);
- 5) *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU);
- 6) *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU);
- 7) *High Care Unit* (HCU);
- 8) Alat kesehatan rawat inap kelas I, II dan III;
- 9) Alat kesehatan rawat jalan;
- 10) Radiologi;
- 11) Laboratorium;
- 12) *Central Sterile Service Department* (CSSD); dan
- 13) Unit Transfusi Darah/Bank Darah Rumah Sakit;

Untuk memperjelas jenis penyediaan sarana, prasarana yang belum termaktub di dalam Peraturan Menteri Kesehatan tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, perlu diuraikan sebagai berikut :

a) CSSD

Peralatan CSSD: (a) *Sink double bowl*; (b) *Sink working table*; (c) *Spray gun rinser*; (d) *Desinfektan washer*; (e) *Packing table*; (f) *Table trolley*; (g) *Roll dispenser with cutter*; (h) *Auto seal machine*; (i) *Label applicator*; (j) *Shelve/rak*; (k) *Packing table*; (l) *Shelve/rak*; (m) *Tape dispenser double*; (n) *Steam sterilizer I*; (o) *Steam sterilizer II*; (v) *Low temperature sterilizer*; (w) *Adjustable perforated shelving*; (x) *Closed distribution trolley*; (y) *RO system for CSSD*.

b) UTD/BDRS

Pedoman sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang unit transfusi darah, bank darah rumah sakit dan jejaring pelayanan transfusi darah.

Diutamakan mengusulkan peralatan yang terdapat di dalam e-katalog dengan persyaratan sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan Rumah Sakit dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jika tidak melalui e-Katalog, maka menggunakan tiga pembanding dari perusahaan yang mempunyai IPAK (Izin Penyalur Alat Kesehatan) untuk jenis alat tersebut dilampiri justifikasi yang ditanda tangani Direktur Rumah Sakit.

c) Penyediaan Paket Telemedicine untuk Rumah Sakit Diampu

1) Persyaratan Umum

Memiliki SK Penunjukan Lokus Telemedicine dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota, memiliki SK Tim Pelayanan telemedicine di Puskesmas, dan telah memiliki kerjasama dengan Rumah Sakit Pengampu dan

2) Persyaratan Teknis

a) Alat kesehatan, meliputi:

- EKG Digital;
- USG Digital;
- Computer Radiography (CR).

b) Perangkat Keras, meliputi:

- PC
  - Minimal Memori 4 G
  - Processor 2.4 Ghz
  - Minimal Layar Monitor 14"
  - Hard Disk 500 GB

• Webcam

• Headset

• UPS

c) Jaringan Internet

Jaringan Internet Provider minimal 2 Mbps Clear

d) Penyediaan Paket Telemedicine untuk Rumah Sakit Pengampu

1) Persyaratan Umum

Memiliki Sk Penunjukan Lokus Telemedicine dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota, memiliki SK Tim Pelayanan



telemedicine di Puskesmas, dan telah memiliki kerjasama dengan Rumah Sakit Pengampu

2) Persyaratan Teknis

a) Perangkat Keras, meliputi:

• Spesifikasi PC

- Minimal Memori 4 G
- Minimal 2.4 Ghz
- Minimal Layar Monitor 4K, 22 inch
- Hard Disk 500 GB

• Webcam

• Headset

• UPS

b) Jaringan Internet

Jaringan Internet Provider minimal 2 Mbps Clear

3. DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kefarmasian

a. Penyediaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di Tingkat Kabupaten/Kota

1) Persyaratan Umum

a) Penyediaan Obat dan BMHP bersumber DAK fisik reguler subbidang kefarmasian didasarkan pada perencanaan terpadu melalui sistem e-monev obat;

b) Penggunaan DAK Fisik regular bidang kesehatan subbidang pelayanan kefarmasian diutamakan untuk Penyediaan obat dan BMHP terutama obat generik, vaksin (tidak termasuk penyediaan vaksin imunisasi dasar), reagensia dan BMHP. DAK dapat juga digunakan untuk memenuhi kekurangan obat, vaksin, reagensia dan BMHP Program Kementerian Kesehatan dan/atau pada saat terjadi bencana/Kejadian Luar Biasa (KLB) dan

c) DAK Fisik Bidang Kesehatan Subbidang Pelayanan Kefarmasian dapat digunakan untuk pembangunan baru/rehabilitasi serta pengadaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota jika ketersediaan obat di kabupaten/kota sudah terpenuhi minimal 6 bulan.

Hal ini dibuktikan dengan data ketersediaan obat dan surat pernyataan menjamin ketersediaan obat dan BMHP minimal 18 bulan yang ditandatangani oleh kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan diketahui oleh Bupati/Walikota.

2) Persyaratan Teknis

- a) Penyediaan obat terutama Obat Generik dan BMHP di kabupaten/kota dilakukan setelah melalui penelaahan terhadap tingkat kesakitan (*morbidity*), tingkat kematian (*mortality*) akibat penyakit serta metode konsumsi untuk mengetahui jenis obat dan BMHP yang paling dibutuhkan;
- b) Penyediaan obat dan BMHP diutamakan untuk pelayanan kesehatan dasar;
- c) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyusun rencana kebutuhan obat dan BMHP sesuai Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN), Formularium Nasional (Fornas) dan Kompendium Alat Kesehatan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan diketahui oleh Bupati/Walikota;
- d) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota membuat surat pernyataan kesanggupan pelaksanaan pekerjaan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan diketahui oleh Bupati/Walikota serta surat pernyataan penyediaan obat dan BMHP yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
- e) Pemilihan jenis obat dan vaksin mengacu pada Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN) dan Formularium Nasional (Fornas) sedangkan BMHP mengacu pada Daftar Alat Kesehatan Non Elektromedik pada Kompendium Alat Kesehatan serta pedoman teknis yang ditetapkan melalui Peraturan/Keputusan Menteri Kesehatan. Dalam hal obat dan BMHP yang dibutuhkan tidak tercantum dalam acuan tersebut di atas, dapat digunakan obat dan BMHP lain termasuk obat

tradisional (fitofarmaka dan obat herbal terstandar) secara terbatas sesuai indikasi medis dan pelayanan kesehatan dengan persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;

- f) Proses penyediaan obat dan BMHP dilaksanakan dengan mengacu pada peraturan pengadaan barang/jasa pemerintah yang berlaku melalui mekanisme *e-purchasing*;
- g) Proses penyediaan obat dan BMHP yang belum termuat dalam e-katalog dapat dilaksanakan dengan mengacu pada peraturan tentang pengadaan barang/jasa pemerintah, serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku;
- h) Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menyediakan biaya distribusi obat dan BMHP dari Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota ke puskesmas diluar anggaran DAK; dan
- i) Penggunaan DAK diluar penyediaan obat dan BMHP, yaitu untuk pembangunan baru/peluasan/rehabilitasi IFK, pengadaan sarana pendukung IFK serta penyediaan kendaraan distribusi roda 2/4, harus menyiapkan data-data sebagai berikut:
  - (1) Rincian Rencana Penggunaan DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian
  - (2) *Term of Reference (TOR)* dan Rincian Anggaran Belanja (RAB) pembangunan baru/rehabilitasi Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK) dan/atau penyediaan sarana pendukung IFK.
  - (3) Persyaratan teknis setiap menu sebagaimana diatur dalam peraturan ini.

Dokumen yang dipersyaratkan dan telah disusun dengan lengkap dan benar, disimpan oleh satuan kerja dan diaudit sewaktu - waktu.



b. Pembangunan Baru/ Rehabilitasi/ Penyediaan Sarana Pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/ Kota (IFK)

1) Persyaratan Umum

a) Pembangunan Baru Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK) :

- (1) Tersedianya lahan siap bangun sesuai ketentuan perundang-undangan (dokumen lengkap). Kepemilikan lahan oleh Pemerintah daerah; dan dibuktikan dengan sertifikat atau bukti proses sertifikat kepemilikan lahan di Badan Pertanahan Nasional dan pembebasan dari hak tanah adat;
- (2) Memiliki Izin mendirikan bangunan (IMB) sesuai ketentuan yang berlaku.

b) Rehabilitasi/Perluasan Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK)

Rehabilitasi/perluasan IFK diperuntukkan bagi IFK yang:

- (1) Mengalami kerusakan sedang atau berat yang dibuktikan dengan penilaian dari instansi berwenang (Dinas Pekerjaan Umum setempat);
- (2) Belum memiliki luas penyimpanan minimal yang dibutuhkan sesuai volume obat yang dikelola.

c) Penyediaan Sarana Pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK)

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota membuat surat pernyataan penyediaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana formulir 5 terlampir.

Pengadaan sarana pendukung IFK dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional serta kondisi dan letak geografis/topografi daerah;

d) Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menyediakan biaya operasional dan biaya pemeliharaan IFK di luar anggaran DAK yang ditentukan dengan Peraturan Daerah;

- e) Pemerintah Daerah tidak diperbolehkan mengalihfungsikan instalasi farmasi dan sarana pendukungnya yang diperoleh dari dana DAK (didukung dengan pencatatan aset sesuai peraturan Menteri Keuangan yang berlaku); dan
- f) Pemerintah kabupaten/kota wajib melakukan update data profil Instalasi Farmasi melalui aplikasi Sistem Informasi Manajemen Data (SIMADA) Kefarmasian dan Alat kesehatan melalui link <http://simada.binfar.kemkes.go.id> setiap triwulan.

## 2) Persyaratan Teknis

### a) Pembangunan Baru IFK

- (1) Luas lahan dan bangunan disesuaikan dengan kebutuhan daerah, berupa volume obat dan BMHP yang dikelola (minimal memiliki ruang penerimaan, ruang karantina, ruang penyimpanan, ruang pengemasan, ruang penyerahan, ruang obat kadaluarsa dan ruang Kepala IFK);
- (2) Proses pengadaan pembangunan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku; dan
- (3) Denah tata ruang rencana tata ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana penyimpanan obat publik dan BMHP serta mengacu pada buku Standar Sarana dan Prasarana di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota dan/atau pedoman teknis yang ditetapkan melalui Peraturan/Keputusan Menteri Kesehatan.

### b) Rehabilitasi/Perluasan IFK

- (1) Rehabilitasi/perluasan bangunan IFK disesuaikan dengan kebutuhan kabupaten/kota berupa luas dan volume obat dan BMHP yang dikelola;
- (2) Proses pengadaan rehabilitasi dan perluasan bangunan harus mengacu kepada peraturan

perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku; dan

- (3) Denah dan rencana rehabilitasi tata ruang/bangunan IFK agar memperhatikan fungsi sebagai sarana penyimpanan obat publik dan BMHP serta mengacu pada Standar Sarana dan Prasarana di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota dan/atau pedoman teknis yang ditetapkan melalui Peraturan/Keputusan Menteri Kesehatan.
- c) Penyediaan Sarana Pendukung IFK
- (1) Sarana pendukung IFK hanya digunakan untuk:
    - (a) Sarana penyimpanan: Sarana penyimpanan vaksin (suhu  $-15^{\circ}\text{C}$  s/d  $-25^{\circ}\text{C}$  dan  $+2^{\circ}\text{C}$  s/d  $+8^{\circ}\text{C}$ ) sesuai dengan kebutuhan; *Refrigerator*; *Generator set*; *AC split*; Alat pengangkut palet; *Exhaust fan*; *Palet*; Tangga; Rak obat dan BMHP; Lemari Narkotika dan Psikotropika; *Trolley*; Alat pengukur suhu dan kelembaban; alat angkut barang (lift);
    - (b) Sarana Pengamanan: Alarm Kebakaran; CCTV; Tabung Pemadam Kebakaran Alat Pemadam Api Ringan (APAR); Pagar; Teralis;
    - (c) Sarana Pengolah Data: Komputer (PC); Laptop; Printer; Scanner; *Uninterruptable Power Supply* (UPS); perangkat scanner dan barcode reader;
    - (d) Sarana Telekomunikasi: Mesin Faksimili, Perangkat konektivitas jaringan internet;
    - (e) Penunjang: Meja kerja; Kursi kerja; Lemari arsip; dan
    - (f) Sarana Distribusi Roda 4 dan roda 2  
Mobil Box roda empat yang boxnya dilengkapi alat pendingin sesuai kebutuhan untuk Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (gambar terlampir); Motor roda 2 atau roda 3 dengan Box (gambar terlampir).



Spesifikasi kendaraan Roda 2 atau roda 3 :

1. Kapasitas mesin motor 110 – 150 cc;
2. Memiliki box untuk penyimpanan distribusi obat yang terpasang secara permanen; dan
3. Diberikan Tulisan secara permanen "Kendaraan operasional instalasi farmasi kabupaten/kota ....."

Spesifikasi Kendaraan Roda 4 :

1. Kapasitas mesin 1500 – 3000 cc
2. Memiliki box untuk penyimpanan distribusi obat yang terpasang secara permanen;
3. Box mempunyai pendingin udara; dan
4. Diberikan Tulisan secara permanen "Kendaraan operasional instalasi farmasi Kabupaten/Kota ....."

(2) Proses pengadaan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku dan

(3) Pengadaan sarana pendukung IFK disesuaikan dengan kebutuhan serta mengacu pada Standar Sarana dan Prasarana di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota dan/atau pedoman teknis yang ditetapkan melalui Peraturan/Keputusan Menteri Kesehatan.

c. Pembangunan Baru/Rehabilitasi/Penyediaan Pendukung Instalasi Farmasi Provinsi (IFP) Sarana

1) Persyaratan Umum

a) Pembangunan Baru IFP

(1) Tersedianya lahan yang siap bangun sesuai ketentuan perundang-undangan (Dokumen lengkap). Kepemilikan lahan oleh pemerintah daerah dibuktikan dengan sertifikat atau bukti penguasaan

sertifikat kepemilikan lahan di BPN dan pembebasan dari hak tanah adat;

(2) Memiliki Izin Mendirikan Bangunan (IMB) sesuai ketentuan yang berlaku.

b) Rehabilitasi/Perluasan IFP

Rehabilitasi/perluasan diperuntukkan bagi IFP:

(1) Mengalami kerusakan berat dan spesifikasinya telah ditentukan oleh instansi berwenang (Dinas PU setempat); dan

(2) Belum memiliki luas penyimpanan minimal yang dibutuhkan sesuai volume obat yang dikelola rata-rata per bulan.

c) Penyediaan Sarana Pendukung IFP

Penyediaan sarana pendukung Instalasi farmasi provinsi dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional serta kondisi dan letak geografis/topografi daerah;

d) Pemerintah Daerah Provinsi menyediakan biaya operasional dan biaya pemeliharaan Instalasi farmasi provinsi diluar anggaran DAK yang ditentukan dengan Peraturan Daerah;

e) Pemerintah Provinsi tidak diperbolehkan mengalihfungsikan Instalasi Farmasi dan sarana pendukungnya yang diperoleh dari dana DAK Fisik regulat subbidang pelayanan kefarmasian; dan

f) Pemerintah provinsi wajib melakukan update data profil Instalasi Farmasi melalui aplikasi Sistem Informasi Manajemen Data (SIMADA) Kefarmasian dan Alat kesehatan melalui link <http://simada.binfar.kemkes.go.id> setiap triwulan.

2) Persyaratan Teknis

a) Pembangunan Baru Instalasi Farmasi Provinsi (IFP)

a) Luas lahan dan bangunan disesuaikan dengan kebutuhan daerah berupa volume obat dan BMHP yang akan disediakan (minimal ruang penerimaan, ruang karantina, ruang penyimpanan, ruang

pengemasan, ruang penyerahan, ruang obat kadaluarsa dan ruang Kepala Instalasi Farmasi Provinsi);

(2) Proses pengadaan pembangunan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku; dan

(3) Denah Tata Ruang

Rencana tata ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana penyimpanan obat publik dan BMHP serta mengacu pada Buku Standar Sarana dan Prasarana di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota dan/atau pedoman teknis yang ditetapkan melalui Peraturan/Keputusan Menteri Kesehatan.

b) Rehabilitasi dan Perluasan IFP

(1) Rehabilitasi dan perluasan bangunan Instalasi Farmasi Provinsi disesuaikan dengan kebutuhan provinsi berupa luas serta volume obat dan BMHP yang harus disediakan;

(2) Proses pengadaan rehabilitasi dan perluasan bangunan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku;

(3) Denah dan rencana rehabilitasi tata ruang/bangunan IFP agar memperhatikan fungsi sebagai sarana penyimpanan obat publik dan BMHP serta mengacu pada Standar Sarana dan Prasarana di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota dan/atau pedoman teknis yang ditetapkan melalui Peraturan/Keputusan Menteri Kesehatan;

c) Penyediaan Sarana Pendukung Instalasi Farmasi Provinsi

(1) Sarana pendukung IFP hanya digunakan untuk:

(a) Sarana penyimpanan: Sarana penyimpanan vaksin (suhu  $-15^{\circ}\text{C}$  s/d  $-25^{\circ}\text{C}$  dan  $+2^{\circ}\text{C}$  s/d  $+8^{\circ}\text{C}$ ) sesuai dengan kebutuhan; Refrigerator;



*Generator set; AC split; Alat pengangkut palet; Exhaust fan; Palet; Tangga; Rak obat dan BMHP; Lemari Narkotika dan Psikotropika; Trolley; Alat pengukur suhu dan kelembaban; alat angkut barang (lift);*

- (b) Sarana Pengamanan: Alarm Kebakaran; CCTV; Tabung Pemadam Kebakaran Alat Pemadam Api Ringan (APAR); Pagar; Teralis;
- (c) Sarana Pengolah Data: Komputer (PC); Laptop; Printer; *Uninterruptable Power Supply* (UPS); Sistem aplikasi dan hardware scan barcode;
- (d) Sarana Telekomunikasi: Mesin Faksimili; Perangkat konektivitas jaringan internet;
- (e) Sarana penunjang: Meja kerja; Kursi kerja; Lemari arsip; alat pengemas (*strapping*); dan
- (f) Sarana Distribusi Roda 4  
Mobil Box roda empat yang boxnya dengan dilengkapi alat pendingin sesuai kebutuhan untuk Instalasi Farmasi Provinsi (gambar terlampir).

**Spesifikasi Kendaraan Roda 4 :**

1. Kapasitas mesin 1500 – 3000 cc;
  2. Memiliki box untuk penyimpanan distribusi obat yang terpasang secara permanen;
  3. Box mempunyai pendingin udara; dan
  4. Diberikan Tulisan secara permanen "Kendaraan operasional instalasi farmasi Provinsi ....."
- (2) Proses pengadaan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku; dan
  - (3) Pengadaan sarana pendukung IFP disesuaikan dengan kebutuhan serta mengacu pada Standar Sarana dan Prasarana di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota dan/atau pedoman teknis yang ditetapkan melalui Peraturan/Keputusan Menteri Kesehatan.

## B. DAK FISIK PENUGASAN BIDANG KESEHATAN

DAK Fisik Penugasan Bidang Kesehatan dipergunakan untuk pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan di rumah sakit, UTD, Penurunan prevalensi stunting, pengendalian penyakit, pembangunan/renovasi/pemenuhan SPA Balai Pelatihan Kesehatan.

Adapun kategori DAK Penugasan Bidang Kesehatan sebagai berikut :

- a. Rumah sakit rujukan nasional/provinsi/regional, Rumah sakit daerah destinasi pariwisata, Prioritas Nasional.;
- b. Rumah sakit yang ditunjuk untuk pembangunan UTD;
- c. Balai Pelatihan Kesehatan.
- d. Penurunan Prevalensi stunting
- e. Pengendalian penyakit

### 1. DAK Fisik Penugasan Subbidang Rujukan

#### a. Rumah Sakit Rujukan Nasional/Provinsi/Regional

Kebijakan DAK Fisik Penugasan bagi Rumah Sakit Rujukan adalah:

##### 1) Mempersiapkan Rumah Sakit Rujukan Nasional

- a) Menjadi rumah sakit kelas A Pendidikan dan terakreditasi internasional;
- b) Memiliki minimal 2 layanan unggulan sub-spesialistik dan 2 layanan unggulan spesialistik sesuai klasifikasi dan jenis rumah sakit. Pengembangan pelayanan unggulan harus ditetapkan dengan surat keputusan direktur rumah sakit; dan
- c) Penetapan RS Rujukan Nasional mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional.

##### 2) Mempersiapkan Rumah Sakit Rujukan Provinsi

- a) Menjadi rumah sakit Kelas A Pendidikan dan terakreditasi tingkat paripurna;
- b) Memiliki minimal 1 layanan unggulan sub-spesialistik dan 2 layanan unggulan spesialis sesuai klasifikasi dan jenis rumah sakit serta analisis setempat untuk rumah sakit rujukan provinsi. Pengembangan pelayanan unggulan harus ditetapkan dengan surat keputusan direktur rumah sakit; dan



- c) Penetapan rumah sakit rujukan provinsi mengacu pada Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Provinsi dan RS Rujukan Regional.
- 3) Mempersiapkan Rumah Sakit Rujukan Regional
    - a) Menjadi Rumah Sakit Kelas B Pendidikan dan terakreditasi minimal tingkat utama;
    - b) Memiliki minimal 2 layanan unggulan spesialistik sesuai klasifikasi dan jenis rumah sakit serta analisis setempat untuk rumah sakit rujukan regional. Pengembangan pelayanan unggulan harus ditetapkan dengan surat keputusan direktur rumah sakit;
    - c) Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional mengacu pada Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan tentang Penetapan RS Rujukan Provinsi dan RS Rujukan Regional.

Penggunaan DAK Fisik Penugasan Bidang Kesehatan bagi rumah sakit rujukan nasional, provinsi dan regional adalah dalam rangka pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan dengan urutan prioritas sebagai berikut:

- (1) Peningkatan kelas bagi rumah sakit yang kelasnya belum sesuai dengan kriteria rumah sakit rujukan. Peningkatan kelas rumah sakit hanya dapat naik satu tingka;
- (2) Pemenuhan kemampuan layanan perawatan intensif sesuai kebutuhan;
- (3) Bagi rumah sakit yang telah memenuhi sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai dengan kriteria rumah sakit rujukan, DAK dapat digunakan untuk pengembangan layanan unggulan;
- (4) Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan sebagai rumah sakit pendidikan;
- (5) Pengembangan pelayanan ruang rawat inap diutamakan untuk sarana, prasarana dan alat kesehatan kelas III, apabila *Bed Occupancy Rate* (BOR) ruang rawat kelas III tinggi;
- (6) Pembangunan rawat inap kelas I dan II dapat dilaksanakan sesuai kebutuhan; dan



(7) Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan lainnya sesuai Menu DAK Fisik Tahun Anggaran berjalan

Diutamakan mengusulkan peralatan yang terdapat di dalam e-katalog produksi dalam negeri, dengan persyaratan sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan rumah sakit dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jika tidak melalui e-katalog, maka menggunakan tiga pembanding dari perusahaan yang mempunyai IPAK (Izin Penyalur Alat Kesehatan) untuk jenis alat tersebut dilampiri justifikasi yang ditanda tangani direktur rumah sakit.

Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Penugasan Rumah Sakit Rujukan/Nasional/Regional hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh Satuan Kerja (Satker) dalam Berita Acara Rencana kegiatan DAK Kesehatan telah diverifikasi dalam aplikasi e-DAK (KRISNA) dan rincian menu tercantum dalam rincian Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Ruang lingkup menu dan Persyaratan teknis mengenai sarana, prasarana mengacu pada DAK Fisik Reguler subbidang pelayanan kesehatan reguler.

b. Rumah Sakit Pada Destinasi Pariwisata Prioritas Nasional

Perkembangan Pariwisata di Indonesia saat ini berkembang dengan pesat seiring dengan perkembangan industri global. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 3 Tahun 2016 tentang Percepatan Proyek Strategis Nasional serta arahan Presiden pada sidang kabinet paripurna 7 Desember 2016 terkait program pariwisata di bidang infrastruktur dan fasilitas pariwisata di 10 (sepuluh) destinasi pariwisata prioritas yang dituangkan dalam nota kesepahaman antara Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pariwisata Nomor HK.03.01/Menkes/147/2017 dan NK.7/KS.001/MP/2017 tentang pengembangan wisata kesehatan, maka dilakukan peningkatan infrastruktur fasilitas dan layanan kesehatan di 10 (sepuluh) destinasi pariwisata prioritas yang akan dilaksanakan secara bertahap.

Penetapan 10 rumah sakit pada destinasi daerah pariwisata prioritas berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/III/5355/2017 tentang Penetapan Rumah Sakit Pada Destinasi Pariwisata Prioritas. Untuk mendukung peningkatan infrastruktur fasilitas dan layanan pariwisata di daerah wisata tersebut, Kementerian Kesehatan memberikan dukungan untuk pemenuhan sarana prasarana dan alat di rumah sakit yang lokasinya berdekatan dengan daerah wisata tersebut untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai standar.

Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Penugasan Rumah Sakit Pada Destinasi Pariwisata Prioritas hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) dalam Berita Acara rencana kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan Tahun anggaran berjalan yang telah diverifikasi dalam aplikasi *eplaning-DAK* (Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran) dan rincian menu tercantum dalam rincian Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran berkenaan.

a. Persyaratan Umum

- 1) Merupakan rumah sakit umum daerah yang berada di wilayah prioritas daerah wisata yang sudah ditetapkan;
- 2) Alokasi anggaran untuk rumah sakit pada destinasi pariwisata prioritas nasional diperuntukkan untuk mengoptimalkan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai dengan klasifikasi dan pelayanan rumah sakit; dan
- 3) Tersedianya sumber daya manusia yang akan menggunakan alat kesehatan yang akan diadakan.

b. Persyaratan Khusus

- 1) Memiliki izin operasional rumah sakit yang masih berlaku; dan
- 2) Untuk pengembangan daerah wisata air, rumah sakit dapat mengembangkan pelayanan *hyperbaric chambers (multiplace)*

c. Ruang lingkup menu sarana rumah sakit mengacu pada menu sarana DAK Fisik Reguler Sub Bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan;



- d. Ruang lingkup menu prasarana rumah sakit mengacu pada menu penyediaan prasarana rumah sakit DAK Fisik Reguler Sub Bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- e. Ruang lingkup menu alat kesehatan rumah sakit mengacu pada menu penyediaan alat kesehatan rumah sakit DAK Fisik Reguler Sub Bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan, ditambah menu *Hiperbaric Chambers* (khusus RS daerah pariwisata pantai/selam); dan
- f. Diutamakan mengusulkan peralatan yang terdapat di dalam katalog dengan persyaratan sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan rumah sakit dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jika tidak, maka menggunakan tiga pembandingan dari perusahaan yang mempunyai IPAK (Izin Penyalur Alat Kesehatan) untuk jenis alat tersebut dilampiri justifikasi yang ditanda tangani Direktur Rumah Sakit.

c. Unit Transfusi Darah (UTD)

Kebijakan DAK Fisik Penugasan untuk Unit Transfusi Darah (UTD)

Pembangunan UTD dilaksanakan dalam rangka meningkatkan kualitas dan akses pelayanan darah. Pembangunan UTD mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah. Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan UTD yang memenuhi standar dilaksanakan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan darah di rumah sakit.

Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Penugasan Unit Transfusi Darah (UTD) hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh OPD yang tercantum dalam berita acara rencana kegiatan DAK fisik bidang kesehatan yang telah diverifikasi dalam aplikasi *eplaning-DAK* (Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran).



1) Persyaratan umum

Pembangunan dan penyediaan peralatan UTD yang dibiayai oleh DAK Fisik Penugasan mengacu pada persyaratan umum sebagai berikut:

- a) Diutamakan untuk RS Daerah yang di wilayah kabupaten/kota tersebut tidak terdapat UTD;
- b) Pelayanan darah harus bersifat nirlaba, sehingga tidak boleh dijadikan sebagai sumber Pendapatan Asli Daerah (PAD) atau *profit center* di RS;
- c) Rumah sakit wajib mengoptimalkan fungsi UTD agar pelayanan darah dapat berjalan dengan efektif dan efisien termasuk dalam penyediaan sumber daya manusia dan biaya operasional; dan
- d) Lokasi UTD berada di tempat yang strategis bagi ruang-ruang perawatan dan ruang gawat darurat serta ruang operasi.

2) Persyaratan teknis

- a) Ketentuan terkait teknis bangunan, peralatan dan bahan habis pakai UTD mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah;
- b) Persyaratan bangunan UTD minimal dapat memberikan kegiatan pelayanan kelas pertama dengan luas minimal 200 m<sup>2</sup>;
- c) Mengingat pelayanan darah mempunyai risiko cukup tinggi, maka peralatan UTD harus memiliki kualitas tinggi dengan jaminan purna jual; dan
- d) Diutamakan mengusulkan peralatan yang terdapat di dalam e-katalog dengan persyaratan sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan UTD dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jika tidak melalui e-katalog, maka menggunakan tiga pembanding dari perusahaan yang mempunyai IPAK (Izin Penyalur Alat Kesehatan) untuk jenis alat tersebut dilampiri justifikasi yang ditanda tangani kepala direktur rumah sakit.

d. Subbidang Pembangunan/Renovasi/Pemenuhan SPA Balai  
Pelatihan Kesehatan Provinsi

Menu kegiatan DAK Fisik Penugasan Bidang Kesehatan  
untuk Balai Pelatihan Kesehatan Provinsi adalah sebagai berikut.

a. Peningkatan Sarana Balai Pelatihan Kesehatan Provinsi  
Renovasi Balai Pelatihan Kesehatan Provinsi

1) Persyaratan Umum

a) Balai pelatihan kesehatan dengan kondisi rusak  
sedang atau berat dengan bukti pernyataan dari  
dinas pekerjaan umum setempat tentang kondisi  
bangunan Balai Pelatihan Kesehatan rusak  
sedang/ berat sehingga perlu direnovasi;

b) Tersedia surat keputusan yang ditandatangani oleh  
bupati/walikota mengenai Balai Pelatihan Kesehatan  
yang akan direnovasi. Renovasi Balai Pelatihan  
Kesehatan dilakukan untuk memperbaiki  
ruangan/gedung Balai Pelatihan Kesehatan dengan  
mengubah arsitektur. Jika renovasi mengharuskan  
penambahan luas bangunan maka harus dilakukan  
perubahan pada aset bangunan sesuai peraturan  
yang berlaku. Renovasi bangunan Balai Pelatihan  
Kesehatan, tidak diperkenankan hanya untuk  
renovasi rumah dinas.

2) Persyaratan Teknis

Persyaratan teknis terkait luas lahan dan bangunan,  
denah tata ruang, sarana, prasarana penunjang dan  
peralatan kesehatan mengacu pada standar Akreditasi  
Pelatihan Dan standar Akreditasi Institusi Diklat Yang  
Berlaku

3) Tersedia analisis biaya konstruksi yang dikeluarkan dinas  
teknis setempat (Dinas PU) tentang pekerjaan tersebut  
dan terdapat dokumen perencanaan *Detail Engineering  
Design* ((DED), Rencana Kerja dan Syarat- syarat (RKS),  
dan Rencana Anggaran Biaya (RAB) yang dibuat oleh  
konsultan perencana minimal pada satu tahun anggaran  
sebelumnya.

b. Penyediaan Peralatan Penunjang Pelatihan Balai Pelatihan Kesehatan Propinsi.

1) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan Balai Pelatihan Kesehatan Provinsi meliputi:

- a) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan di ruang kelas berupa meja, kursi, AC, LCD dan screen, komputer/ laptop, sound system & microphone, whiteboard, dan flipchart stand;
- b) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan di ruang diskusi berupa meja, kursi, AC, flipchart stand, white board, LCD & screen, sound system & mic, dan komputer /laptop;
- c) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan di ruang auditorium berupa meja, kursi, LCD & screen, komputer / laptop, AC, sound system, microphone, podium, sofa tamu, whiteboard, dan flipchart stand;
- d) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan ruang sekretariat berupa meja, kursi, AC, komputer /laptop, dan telepon;
- e) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan ruang perpustakaan berupa meja kursi petugas, meja kursi baca, koleksi buku perpustakaan, rak buku, komputer, filling cabinet, rak majalah dan surat kabar, locker, lemari display, AC, dan jaringan internet;
- f) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan laboratorium pembelajaran yang menyesuaikan dengan kompetensi yang ingin dicapai oleh laboratorium pembelajaran;
- g) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan untuk akomodasi berupa tempat tidur, lemari baju, AC / kipas angin, meja tulis & kursi, peralatan kamar mandi, kursi tamu, dispenser, dan AC untuk lobby asrama;
- h) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan untuk ruang makan berupa meja dan kursi makan, meja saji, dispenser, AC / kipas angin, TV, dan APAR;



- i) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan untuk ruang dapur berupa kompor, peralatan masak, lemari pendingin, lemari penyimpanan sampel makanan, tempat penyimpanan bahan kering dan basah, dispenser, trolley makanan, dan APAR;
  - j) Penyediaan peralatan penunjang pelatihan untuk komunikasi dan informasi berupa telepon, faksimili, dan jaringan internet; dan
  - k) Penyediaan kendaraan bermotor di balai pelatihan kesehatan provinsi dimungkinkan untuk transportasi peserta pelatihan dalam kondisi praktek lapangan sehingga kendaraan yang dimungkinkan berjenis microbus atau dengan spesifikasi sekurang-kurangnya 16 penumpang.
- 2) Persyaratan Umum
- a) Penyediaan kendaraan bermotor di Balai Pelatihan Kesehatan Provinsi harus memenuhi fungsi transportasi peserta pelatihan dalam rangka praktek kerja lapangan;
  - b) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota membuat surat pernyataan kesanggupan untuk memenuhi biaya operasional (biaya bahan bakar, biaya pemeliharaan, dan lain-lain), tidak mengalihfungsikan kendaraan menjadi kendaraan penumpang/pribadi, dan menyediakan tenaga yang mampu mengoperasikan kendaraan serta adanya telaahan analisa kebutuhan kendaraan;
  - c) Tidak diperkenankan memasang lambang partai, foto kepala daerah dan atribut kampanye lainnya; dan
  - d) Kebutuhan kendaraan bermotor di balai pelatihan kesehatan provinsi harus mempertimbangkan kondisi volume pelatihan yang terkandung materi praktek kerja lapangan.
- 3) Persyaratan Teknis
- a) Kendaraan merupakan kendaraan penumpang  $\geq$  4/6; dan

b) Jenis kendaraan berupa microbus atau sekurang-kurangnya (minimal) 16 Penumpang.

c. Percepatan Penurunan prevalensi stunting

Menu kegiatan DAK Fisik Penugasan untuk percepatan penurunan prevalensi stunting terdiri dari:

1. Penyediaan PMT Bumil KEK dan/atau balita Kurus
2. Penyediaan Obat Gizi
3. Penyediaan Peralatan Antropometri
4. Penyediaan Sarana Prasarana Pemantauan Kualitas Kesehatan Lingkungan

Pelaksanaan Kegiatan DAK Fisik Penugasan untuk percepatan penurunan prevalensi stunting dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyediaan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) dan/ atau balita Kurus

a) Persyaratan Umum

- 1) Penyediaan Makanan Tambahan untuk Ibu hamil KEK dan/atau balita kurus oleh Dinas Kesehatan Provinsi;
- 2) Sasaran penerima PMT adalah seluruh ibu hamil KEK dan Balita kurus di kabupaten/kota lokus penurunan stunting; dan
- 3) Melampirkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi tentang kebutuhan PMT Bumil KEK dan/atau balita kurus untuk memenuhi kebutuhan sasaran seluruh bumil KEK dan balita kurus di kabupaten/ kota lokus penurunan stunting di wilayahnya

b) Persyaratan Teknis

- 1) Persyaratan teknis /spesifikasi jenis PMT bumil KEK dan/atau balita kurus mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Produk Suplementasi Gizi;
- 2) Buku Pedoman Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Balita, Ibu Hamil dan Anak Sekolah; dan
- 3) Penyediaan PMT bumil KEK dan /atau balita kurus untuk Kabupaten/Kota lokus penurunan stunting diadakan oleh Provinsi mulai dari tahap proses

pengadaan, penyimpanan/sewa gudang dan distribusi sampai di Puskesmas.

## 2. Penyediaan Obat Gizi

### a. Persyaratan Umum :

- 1) Penyediaan Obat Gizi bersumber DAK Penugasan harus menyusun perencanaan kebutuhan obat melalui sistem e-monev obat;
- 2) Penggunaan DAK Penugasan Penyediaan Obat Gizi TA 2019 diperuntukkan untuk penyediaan obat gizi Tablet tambah darah, Vitamin A merah (200.000 IU), Vitamin A biru (100.000 IU), dan Mineral Mix.

### b. Persyaratan Teknis

- 1) Penyediaan obat gizi dilakukan setelah melalui penelaahan terhadap sasaran program gizi;
- 2) Penyediaan obat gizi diutamakan untuk pelayanan kesehatan dalam mendukung penanganan stunting;
- 3) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyusun rencana kebutuhan obat gizi sesuai Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN) untuk puskesmas, Formularium Nasional (Fornas) untuk fasilitas kesehatan Tingkat I, serta pedoman teknis yang ditetapkan melalui Peraturan/Keputusan Menteri Kesehatan, yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan diketahui oleh Bupati/Walikota;
- 4) Proses penyediaan obat gizi dilaksanakan dengan mengacu pada peraturan pengadaan barang/jasa pemerintah yang berlaku melalui mekanisme e-purchasing; dan
- 5) Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menyediakan biaya distribusi obat gizi dari Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota ke puskesmas diluar anggaran distribusi obat yang disediakan melalui DAK non fisik.

## 3. Penyediaan Antropometri

### a) Persyaratan Umum

- 1) Penyediaan Antropometri oleh kabupaten/kota lokus penurunan stunting;



- 2) Melampirkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang kebutuhan antropometri untuk Puskesmas; dan
- 3) Penyediaan Antropometri minimal 5 set untuk setiap Puskesmas

b) Persyaratan Teknis :

- 1) Jenis dan Spesifikasi Antropometri sebagai berikut:

(a) Pengukur Berat Badan

Nama barang: Timbangan Digital Elektronik

- Kapasitas : maksimal 150 kg
- Sumber daya : baterai AA
- Berbahan : *fiber glass*
- Berat kotor : 2 – 3 kg
- Ketelitian : 50 – 100 gram
- Mudah dioperasikan
- Angka hasil penimbangan mudah dibaca dengan jelas

(b) Alat Ukur Tinggi/Panjang badan

Nama barang: Alat Ukur Tinggi/Panjang badan

- Alat ukur multifungsi: dapat digunakan mengukur tinggi badan orang dewasa secara berdiri maupun mengukur Panjang badan anak dibawah dua tahun (baduta secara telentang);
- Ketelitaian 0,1 cm;
- Kapasitas tinggi maksimal 200 cm;
- Berbahan pipa alumunium *anodized*: terdiri dari 3 bagian yang dapat dilepas dan disampung secara knock down;
- Dudukan tiang terbuat dari alumunium cor dengan baut pengunci;
- Landasan kaki untuk pengukuran berdiri dan landasan kepala (untuk pengukuran terlentang) berbahan pelat besi; dan
- *Stopper* atau jendela pembaca ukuran dari pipa alumunium dan baut pengunci dan dilengkapi kaca

mika pembaca ukuran sehingga memudahkan cara pembacaan hasil pengukuran.

(c) Pita Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Nama barang : Lingkar Lengan Atas (LiLA)

- Bahan pita ukur terbuat dari fiberglass
- Ketelitaian 0,1 cm
- Panjang maksimal 150 cm
- Satuan ukur centimeter di kedua sisi
- Memiliki cangkang yang terbuat dari plastik yang keras
- Dapat digulung secara otomatis dan memiliki tombol khusus untuk menggulung

(d) Tas Parasut

Nama barang : penyimpanan antropometri kit

- Fungsi : untuk menyimpan dan membawa alat antropometri
- Bahan : kuat dan tahan lama

(e) Rincian Tiap Paket terdiri dari :

- Pengukur Berat Badan : 1 buah
- Alat Ukur Tinggi/Panjang badan : 1 buah
- Pita Lingkar Lengan Atas (LiLA) : 1 buah
- Tas parasut : 1 buah

4. Penyediaan sarana dan prasarana pemantauan kualitas kesehatan lingkungan

a. Persyaratan Umum

- 1) Penyediaan kesling kit, sanitarian kit dan cetakan jamban oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota di Kabupaten/Kota lokus penurunan stunting;
- 2) Melampirkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang kebutuhan kesling kit, sanitarian kit dan cetakan jamban;
- 3) Sasaran kesling kit adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota lokus penurunan stunting yang belum memiliki kesling kit;

- 4) Sasaran sanitarian kit dan cetakan jamban adalah Puskesmas di wilayah kabupaten/kota lokus penurunan stunting, yang belum memiliki sanitarian kit dan cetakan jamban;
- 5) Memiliki sanitarian/petugas penanggungjawab kesehatan lingkungan yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas dalam pemantauan kualitas kesehatan lingkungan;
- 6) Memastikan ketersediaan reagen untuk keberlanjutan penggunaan sanitarian kit dan kesling kit serta tempat penyimpanan reagen yang sesuai; dan
- 7) Merawat dan melakukan kalibrasi sanitarian kit dan kesling kit sesuai dengan aturan yang berlaku untuk setiap alat.

b. Persyaratan Teknis

1) Kesling Kit Kabupaten/Kota

a) Pengukuran kualitas udara:

- (1) Parameter yang diukur antara lain: suhu, kelembaban, kecepatan aliran udara, pencahayaan, partikulat di udara, jumlah kuman, kebisingan dan kimia udara ( detektor SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, CO, CO<sub>2</sub>, Pb);
- (2) Jumlah reagen pemeriksaan untuk 100 sampel; dan
- (3) Ketentuan nilai ambang batas masing-masing parameter pengukuran kualitas udara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait penyehatan udara dalam ruang rumah

b) Pengukuran kualitas pangan:

- (1) Parameter yang diukur antara lain: kimia (rhodamin b, methanil yellow, formaldehid, boraks, nitrat, arsenik, sianida, timbal dan pestisida), mikrobiologi (E. Coli, coliform, enterobacteriaceae), dan fisik (suhu);
- (2) Jumlah reagen pemeriksaan untuk 100 sampel;
- (3) Dilengkapi dengan peralatan penunjang seperti incubator, colong counter digital, wadah sampel, pencacah sampel, sarung tangan, dan lain-lain;



(4) Nilai ambang batas masing-masing parameter pengukuran kualitas pangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

c) Pengukuran kualitas air:

(1) Parameter yang diukur antara lain: fisik (warna, total zat padat terlarut dan kekeruhan), kimia dan mikrobiologi (E. Coli dan coliform);

(2) Jumlah reagen pemeriksaan untuk 100 sampel

(3) Dilengkapi dengan peralatan penunjang seperti incubator, colong counter digital, cool box, wadah sampel, lampu spritus dan lain-lain;

(4) Nilai ambang batas masing-masing parameter pengukuran kualitas air mengacu ketentuan peraturan perundang-undangan terkait persyaratan kualitas air minum dan air untuk keperluan higiene;

d) Pengukuran kualitas air limbah

(1) Parameter yang diukur antara lain: *Biological Oxygen Demand* (BOD), *Chemical Oxygen Demand* (COD) meter, *Dissolved Oxygen*, dan pH meter;

(2) Dilengkapi dengan peralatan penunjang yaitu incubator; dan

(3) Ketentuan nilai ambang batas masing-masing parameter pengukuran kualitas air limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait baku mutu air limbah.

2) Sanitarian Kit untuk Puskesmas

a) Pengukuran kualitas udara:

(1) Parameter yang diukur antara lain: suhu, kelembaban, kecepatan aliran udara, pencahayaan, partikulat di udara, jumlah kuman dan kebisingan;

(2) Jumlah reagen pemeriksaan untuk 50 sampel; dan

(3) Ketentuan nilai ambang batas masing-masing parameter pengukuran kualitas udara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait penyehatan udara dalam ruang rumah.

b) Pengukuran kualitas pangan:

- (1) Parameter yang diukur antara lain: kimia (rhodamin b, methanil yellow, formaldehid, boraks), mikrobiologi (E. Coli dan coliform), dan fisik (suhu);
- (2) Jumlah Reagen pemeriksaan untuk 50 sampel;
- (3) Dilengkapi dengan peralatan penunjang seperti incubator, colong counter digital, wadah sampel, pencacah sampel, sarung tangan; dan lain-lain
- (4) Ketentuan nilai ambang batas masing-masing parameter pengukuran kualitas pangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait dengan persyaratan hygiene sanitasi di tempat pengelolaan makanan (TPM).

(3) Pengukuran kualitas air:

- (1) Parameter yang diukur antara lain: fisik (warna, total zat padat terlarut dan kekeruhan), kimia dan mikrobiologi (E. Coli dan coliform);
- (2) Jumlah reagen pemeriksaan untuk 50 sampel;
- (3) Dilengkapi dengan peralatan penunjang seperti incubator, colong counter digital, cool box, wadah sampel, lampu spritus; dan lain-lain
- (4) Ketentuan nilai ambang batas mengacu ketentuan peraturan perundang-undangan terkait persyaratan kualitas air minum dan air untuk keperluan hygiene.

3) Cetakan Jamban untuk Puskesmas

- (1) Cetakan jamban terdiri dari dudukan kloset dan cetakan tangki septik (silinder luar, silinder dalam dan tutup tangki septik);
- (2) Diameter tangki septik silinder dalam 80 cm dan tinggi 80 cm dan sisi luar 96 cm dan tinggi 80 cm. Diameter cetakan tutup 100 cm dan tinggi 10 cm;
- (3) Cetakan dudukan kloset berukuran panjang bawah 46 cm, tinggi 30 cm dan lebar 25 cm. Bagian luar berukuran panjang 66 cm, tinggi 26 cm dan lebar 45 cm;

(4) Bahan terbuat dari fiberglass dengan ketebalan 4 mm; dan

(5) Setiap persambungan sisi menggunakan mur/baut.

f. DAK Fisik Penugasan Subbidang Pengendalian Penyakit

Pemanfaatan DAK Fisik Penugasan subbidang Pengendalian Penyakit diarahkan untuk pemenuhan Perbekalan Kesehatan Pengendalian Penyakit pada dinas kesehatan dan puskesmas dengan mengacu kepada ketentuan peraturan yang berlaku.

Kegiatan DAK Fisik Penugasan Bidang Kesehatan Pengendalian Penyakit sebagai berikut:

1) Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Penyediaan perbekalan kesehatan pengendalian penyakit tidak menular antara lain ; Posbindu Kit, CO Analyzer dan Cryo Therapy. Perbekalan kesehatan pengendalian Penyakit Tidak Menular untuk pemenuhan di Puskesmas.

Perbekalan kesehatan pengendalian penyakit tidak menular mengacu pada Permenkes mengenai penanggulangan penyakit tidak menular dan Permenkes mengenai pengendalian kanker payudara dan kanker leher Rahim dan peraturan menteri teknis lainnya.

2) Pengendalian Penyakit Menular

Penyediaan perbekalan kesehatan pengendalian penyakit menular untuk Pengendalian HIV AIDS dan PIMS. Perbekalan kesehatan pengendalian HIV AIDS dan PIMS untuk pemenuhan bahan habis pakai di Puskesmas antara lain ; Tabung vacutainer dengan clot activator, Flashback needle, Tabung darah EDTA Sarung tangan, Kapas alcohol, Safety Box dan BHP lainnya.

Perbekalan kesehatan pengendalian HIV AIDS dan PIMS mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

3) Pengendalian Penyakit Zoonosis dan Tular Vektor

Penyediaan perbekalan kesehatan pengendalian penyakit zoonosis dan tular vektor untuk Pengendalian Malaria. Perbekalan kesehatan pengendalian Malaria untuk pemenuhan



perbekalan kesehatan pengendalian malaria di Puskesmas antara lain : Kelambu berinsektisida, Insektisida malaria, Larvasida malaria, Bahan Lab Kit Malaria.

Perbekalan kesehatan pengendalian Malaria mengacu pada Permenkes mengenai pengendalian vektor, SK Menkes tentang eliminasi malaria dan peraturan menteri teknis lainnya.

#### 4) Peralatan Pendukung Imunisasi

Penyediaan Perbekalan kesehatan pendukung imunisasi untuk pemenuhan perbekalan kesehatan pendukung imunisasi di Puskesmas antara lain antara lain ; vaccine refrigerator yang berfungsi sebagai tempat menyimpan vaksin agar bertahan pada suhu yang ditentukan, yaitu  $+2^{\circ}\text{C}$  s.d  $+8^{\circ}\text{C}$ , serta dapat juga difungsikan untuk membuat kotak dingin cair (cool pack) dan vaccine carrier yang berfungsi Untuk mengirim/ membawa vaksin dari puskesmas ke posyandu atau tempat pelayanan imunisasi lainnya yang dapat mempertahankan suhu  $+2^{\circ}\text{C}$  s.d  $+8^{\circ}\text{C}$ .

Perbekalan kesehatan pendukung imunisasi mengacu pada Permenkes dan peraturan menteri teknis lainnya.

Kebutuhan perbekalan kesehatan pengendalian penyakit di Kabupaten/Kota perlu mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut ;

1. Diperuntukan untuk dinas kesehatan dan puskesmas yang belum memiliki perbekalan kesehatan pengendalian penyakit;
2. Perbekalan kesehatan pengendalian penyakit yang ada telah rusak berat atau dan sudah habis;
3. Telaah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang kebutuhan perbekalan kesehatan pengendalian penyakit.
4. Tersedianya sarana penunjang, antara lain: sumber listrik, air bersih mengalir, ruang penunjang untuk perbekalan kesehatan pengendalian penyakit;
5. Tersedianya surat pernyataan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang tenaga yang mampu mengoperasikan alat kesehatan pengendalian penyakit,
6. Tersedianya data inventarisasi peralatan puskesmas di ASPAK (Aplikasi Sarana Parasarana Alat Kesehatan); dan

7. Persyaratan lain tentang perbekalan kesehatan Pengendalian Penyakit di atur lebih lanjut oleh menteri teknis terkait.
- 5) Schistosomiasis  
Pengadaan prasarana pengendalian *Schistosomiasis* dan alat untuk bahan habis pakai Laboratorium Schistosomiasis.  
Persyaratan lain tentang prasarana untuk bahan habis pakai Laboratorium Schistosomiasis mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Penyelenggaraan Eradikasi Demam Keong. Keputusan Gubernur Sulawesi Tengah Tentang Pelaksanaan Hibah Laboratorium Schistosomiasis Milik Pemerintah Provinsi Sulawesi Tengah Kepada Pemerintah Kabupaten Poso dan Kabupaten Sigi.

### C. DAK FISIK AFIRMASI BIDANG KESEHATAN

1. Peningkatan atau Pembangunan Puskesmas Prioritas Perbatasan  
DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan untuk puskesmas prioritas perbatasan, diarahkan untuk membuat puskesmas di daerah perbatasan dengan negara tetangga sebagai *show window* pelayanan kesehatan dasar di Indonesia sesuai dengan standar yang berlaku.  
Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Afirmasi Puskesmas Prioritas Perbatasan hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh Satuan Kerja (Satker) dalam Berita Acara Rencana Kegiatan dan Anggaran Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan (RKA DAK Kesehatan Tahun 2019 yang telah diverifikasi dalam aplikasi *e-planing-DAK* (Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran) dan rincian menu tercantum dalam rincian Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Menu kegiatan DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan untuk puskesmas prioritas perbatasan sebagai berikut:

a. Sarana

1) Pembangunan Puskesmas

Pembangunan puskesmas meliputi: pembangunan baru seluruhnya pada lahan eksisting, pembangunan baru seluruhnya relokasi, pembangunan baru sebagian dalam rangka peningkatan fungsi Puskesmas atau dalam rangka pemenuhan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, dan pembangunan baru (registrasi baru).

a) Persyaratan Umum;

- (1) Melampirkan telaahan yang memuat penjelasan dan analisa kebutuhan Puskesmas dari dinas kesehatan kabupaten/kota yang diketahui oleh dinas kesehatan provinsi. Pembangunan baru tersebut dapat terjadi pada kondisi antara lain; kondisi bangunan eksisting rusak total, pembangunan baru sebagian dalam rangka peningkatan fungsi puskesmas, dilengkapi telaahan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota yang memuat penjelasan dan analisis kebutuhan akan peningkatan fungsi puskesmas yang diketahui oleh kepala dinas kesehatan provinsi; pemekaran kecamatan yang belum mempunyai puskesmas; kepadatan penduduk yang tinggi dan atau wilayah kerja sangat luas; puskesmas relokasi dengan kriteria puskesmas yang berada di daerah rawan bencana alam, konflik, adanya jalur hijau, perubahan tata ruang wilayah, terjadinya masalah hukum pada lokasi fisik bangunan; tidak terpenuhinya persyaratan lahan untuk pembangunan puskesmas; pembangunan relokasi puskesmas tetap berada dalam satu kecamatan. untuk pembangunan puskesmas relokasi perlu diperhatikan ketersediaan infrastruktur pendukung (akses jalan, air bersih, listrik) di lokasi baru.
- (2) Pembangunan baru puskesmas termasuk penyediaan rumah jabatan, pagar, parkir, taman, jalan lingkungan (dalam lahan puskesmas), meubelair,



prasarana dan alat kesehatan puskesmas sesuai dengan urutan prioritas sebagai berikut :

- i. bangunan puskesmas;
- ii. alat kesehatan;
- iii. prasarana;
- iv. meubelair;
- v. rumah jabatan;
- vi. pagar dan jalan lingkungan; dan
- vii. parkir dan taman.

(3) melampirkan analisis komponen biaya pembangunan dari dinas pekerjaan umum setempat.

b) Persyaratan Teknis

(1) Persyaratan teknis terkait bangunan dan prasarana puskesmas perbatasan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;

(2) Bentuk tampilan bangunan dan tata ruang puskesmas perbatasan dan tertinggal disarankan sesuai desain prototipe yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, dengan memprioritaskan bentuk tampilan dan pembangunan ruangan fungsi utama pelayanan;

(3) Dalam hal pembangunan sarana, harus dikonsultasikan/mendapat persetujuan pada saat penyusunan Rencana Kegiatan DAK ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Cq Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebelum dilaksanakan kegiatan pembangunan sarana puskesmas daerah perbatasan dan tertinggal;

(4) Bangunan puskesmas perbatasan dan daerah tertinggal terdiri dari tiga model :

a. bangunan puskesmas 2 (dua) lantai rawat inap 10 (sepuluh) tempat tidur, luas lahan  $\pm 3.150 \text{ m}^2$  luas lantai bangunan  $\pm 980 \text{ m}^2$ ;

b. bangunan puskesmas 2 (dua) lantai rawat inap 6 (enam) tempat tidur luas lahan  $\pm 3.150 \text{ m}^2$  luas lantai bangunan  $\pm 860 \text{ m}^2$ ; dan

c. bangunan puskesmas tidak bertingkat non rawat inap ± 3.150 m<sup>2</sup> luas lantai bangunan ± 600 m<sup>2</sup>.

(5) Pembangunan di atas luas 500 m<sup>2</sup> dan atau lebih dari 2 (dua) lantai harus dilengkapi dengan *Detail Engineering Design* (DED), rencana anggaran biaya (RAB), dan rencana kerja dan syarat-syarat (RKS) sesuai Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor 45 Tahun 2007 untuk kategori bangunan tidak sederhana.

c) Persyaratan Lain

(1) Tersedianya lahan yang tidak bermasalah dinyatakan dengan surat pernyataan dari kepala daerah setempat atau surat lain yang dapat membuktikan keabsahan dari kepemilikan lahan; dan

(2) Tersedianya surat pernyataan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tentang kesanggupan daerah untuk memenuhi ketenagaan dan biaya operasional puskesmas dengan bersumber pada dana APBD murni.

2) Renovasi/Rehabilitasi Puskesmas

Renovasi dilakukan untuk memperbaiki bangunan yang telah rusak sedang - berat atau dalam rangka peningkatan mutu, sehingga baik arsitektur, struktur maupun utilitas bangunan dapat tetap atau berubah.

Rehabilitasi dilakukan untuk memperbaiki bangunan yang telah rusak dengan maksud mempertahankan fungsi, baik arsitektur maupun struktur bangunan gedung tetap seperti semula, sedang utilitas dapat berubah.

a) Persyaratan Umum

(1) Apabila kondisi bangunan rusak sedang - rusak berat, melampirkan bukti hasil analisis kondisi bangunan rusak sedang atau berat dari Dinas Pekerjaan Umum setempat.

(2) Apabila renovasi dalam rangka pemenuhan persyaratan teknis sesuai Permenkes mengenai puskesmas, melampirkan telaah dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.

b) Persyaratan Teknis

- (1) Persyaratan teknis terkait bangunan dan prasarana Puskesmas perbatasan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
- (2) Bentuk tampilan disarankan sesuai dengan desain prototipe yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan; dan
- (3) Dalam hal renovasi/rehabilitasi sarana harus dikonsultasikan/mendapat persetujuan pada saat penyusunan RKA DAK ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Cq Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebelum dilaksanakan kegiatan pembangunan sarana puskesmas perbatasan dan tertinggal.

3) Pembangunan Rumah Jabatan (Dokter, Perawat dan Bidan)  
Dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Puskesmas sangat diperlukan pembangunan rumah jabatan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga serta menunjang pelaksanaan tugas pejabat dan/atau pegawai negeri.

(1) Persyaratan Umum

Rumah jabatan dibangun didalam lingkungan Puskesmas

(2) Persyaratan Teknis

(a) Tersedianya kesanggupan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk memenuhi pemeliharaan

(b) Pembangunan Rumah Jabatan di Puskesmas meliputi:

(1) rumah jabatan dokter dengan luas bangunan 70m<sup>2</sup> ;

(2) rumah jabatan Tenaga Kesehatan dengan luas 50m<sup>2</sup>

Mengacu pada Peraturan Menteri Pekerjaan Umum tentang pedoman teknis pembangunan bangunan gedung negeri



b. Penyediaan Prasarana

1) Penyediaan Kendaraan Bermotor di Puskesmas

Penyediaan kendaraan bermotor di Puskesmas, antara lain: puskesmas keliling roda empat baik *single gardan* maupun *double gardan*, puskesmas keliling perairan, ambulans transport roda empat baik *single gardan* maupun *double gardan*, ambulans *Public Service Center (PSC) 119*, Kendaraan pusling roda dua untuk pelaksanaan program di Puskesmas baik roda dua biasa maupun *trail*.

a) Persyaratan Umum

- (1) Penyediaan kendaraan bermotor di puskesmas harus memenuhi fungsi antara lain transportasi petugas, rujukan pasien, pelayanan kesehatan dasar, program Puskesmas, penyuluhan, promosi kesehatan dan aksesibilitas/kemudahan pasien;
- (2) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota membuat surat pernyataan kesanggupan untuk memenuhi biaya operasional (biaya bahan bakar, biaya pemeliharaan, dan lain-lain), tidak mengalihfungsikan kendaraan menjadi kendaraan penumpang/pribadi, dan menyediakan tenaga yang mampu mengoperasikan kendaraan serta adanya telaah analisa kebutuhan kendaraan;
- (3) Tidak diperkenankan memasang lambang partai, foto kepala daerah dan atribut kampanye lainnya; dan
- (4) Kebutuhan kendaraan bermotor di puskesmas harus mempertimbangkan kondisi geografis wilayah kerja puskesmas.

b) Persyaratan Teknis

- (1) Jenis kendaraan dilengkapi dengan peralatan kesehatan, peralatan komunikasi serta perlengkapan keselamatan;

(2) Peralatan kesehatan penunjang mengacu pada Buku Panduan Pelaksanaan Puskesmas Keliling, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar dan Kepmenkes tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik.

2) Penyediaan prasarana listrik untuk Puskesmas (generator set/energi terbarukan)

Ketentuan penyediaan prasarana listrik untuk Puskesmas (generator set/energi terbarukan) melalui anggaran DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan untuk Puskesmas prioritas perbatasan mengacu pada DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar untuk menu kegiatan yang sama;

3) Penyediaan prasarana air bersih untuk Puskesmas

Ketentuan penyediaan prasarana air bersih untuk Puskesmas melalui anggaran DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan mengacu pada DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar untuk menu kegiatan yang sama; dan

4) Penyediaan Instalasi Pengolah Air Limbah (IPAL)

Ketentuan penyediaan IPAL melalui anggaran DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan mengacu pada DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar tahun anggaran berjalan untuk menu kegiatan yang sama.

#### c. Penyediaan Alat Kesehatan Puskesmas

Penyediaan peralatan kesehatan digunakan untuk yang belum memiliki alat, kerusakan alat atau mengganti alat yang tidak berfungsi meliputi:

1) Penyediaan alat kesehatan di Puskesmas, terdiri dari :

- a) set pemeriksaan umum;
- b) alat ruangan tindakan/UGD;
- c) set ruangan kesehatan ibu, Anak, KB dan Imunisasi;
- d) set ruangan persalinan;
- e) set ruangan rawat pasca persalinan;
- f) set kesehatan gigi dan mulut;
- g) set promosi kesehatan;
- h) set ruangan air susu ibu;

- i) set laboratorium;
  - j) set ruangan farmasi;
  - k) set rawat inap; dan
  - l) set ruangan aseptifikasi
- 2) Penyediaan alat kesehatan UKM, terdiri dari :
- a) pustu set;
  - b) PHN kit;
  - c) Imunisasi kit;
  - d) UKS kit;
  - e) UKGS kit;
  - f) bidan kit;
  - g) posyandu kit; dan
  - h) kealing kit.

Penyediaan alat kesehatan di puskesmas dan UKM mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, kebutuhan akan adanya peralatan kesehatan perlu mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

- 1) Diperuntukkan bagi yang set peralatannya tidak lengkap. Set peralatan tidak lengkap jika peralatan dalam set tersebut minimal 20% tidak berfungsi;
- 2) Tersedianya sarana penunjang, antara lain: sumber listrik, air bersih mengalir, ruang penunjang;
- 3) Tersedianya surat pernyataan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tentang tenaga yang mampu mengoperasikan alat kesehatan;
- 4) Tersedianya data inventarisasi peralatan puskesmas di ASPAK (Aplikasi Sarana Parasarana Alat Kesehatan); dan
- 5) Diutamakan mengusulkan peralatan yang terdapat di dalam e-katalog dengan persyaratan sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan Puskesmas dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jika tidak melalui e-katalog, maka menggunakan tiga pembanding dari perusahaan yang mempunyai IPAK (Izin Penyalur Alat Kesehatan) untuk jenis alat tersebut dilampiri justifikasi yang ditanda tangani kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.



## 2. Peningkatan Puskesmas di Daerah Tertinggal

DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan untuk puskesmas di daerah tertinggal (lokus terlampir), diarahkan untuk pemenuhan standar minimal Puskesmas sesuai Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Afirmasi Puskesmas di Daerah Tertinggal hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh Satuan Kerja (Satker) dalam Berita Acara rencana kegiatan DAK Kesehatan Tahun anggaran berjalan yang telah diverifikasi dalam aplikasi e-DAK (KRISNA) dan rincian menu tercantum dalam rincian Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun anggaran berjalan

Menu kegiatan DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan untuk Puskesmas di daerah tertinggal sebagai berikut:

### a. Pembangunan dan Rehab Puskesmas

Pembangunan dan rehab puskesmas yang terdiri dari:

- 1) Pembangunan baru Puskesmas;
- 2) Renovasi/rehabilitasi puskesmas; dan
- 3) Pembangunan rumah jabatan (dokter, perawat dan bidan)

Ketentuan tentang Peningkatan Sarana Puskesmas pada Puskesmas di Daerah Tertinggal mengacu pada Peningkatan atau Pembangunan Puskesmas Prioritas Perbatasan untuk menu kegiatan yang sama.

### b. Penyediaan Prasarana di Puskesmas

- 1) Penyediaan kendaraan bermotor di Puskesmas

Ketentuan penyediaan kendaraan bermotor di puskesmas pada puskesmas di daerah tertinggal mengacu pada penyediaan prasarama di puskesmas prioritas perbatasan untuk menu kegiatan yang sama.

- 2) Penyediaan Prasarana Listrik untuk Puskesmas (generator set/energi terbarukan)

Ketentuan penyediaan prasarana listrik untuk puskesmas (generator set/energi terbarukan) melalui anggaran DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan mengacu pada DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun anggaran berjalan untuk menu kegiatan yang sama.

3) Penyediaan Prasarana Air Bersih untuk Puskesmas  
Ketentuan penyediaan prasarana air bersih untuk Puskesmas melalui anggaran DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan untuk puskesmas di daerah tertinggal mengacu pada DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun anggaran berjalan untuk menu kegiatan yang sama.

4) Penyediaan Instalasi Pengolah Air Limbah (IPAL)  
Ketentuan penyediaan IPAL melalui anggaran DAK Fisik Afirmasi Bidang Kesehatan untuk puskesmas di daerah tertinggal mengacu pada DAK Fisik Reguler Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun anggaran untuk menu kegiatan yang sama

c. Penyediaan Alat Kesehatan Puskesmas

Ketentuan penyediaan alat kesehatan puskesmas pada puskesmas di daerah tertinggal mengacu pada penyediaan alat kesehatan di puskesmas prioritas perbatasan untuk menu kegiatan yang sama.

3. Rumah Sakit Kelas D Pratama

Pembangunan rumah sakit kelas D Pratama sebagai salah satu program upaya kesehatan perorangan berkelanjutan dalam rangka pencapaian target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Pengelolaan anggaran untuk rumah sakit kelas D Pratama dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Pelaksanaan DAK pembangunan rumah sakit kelas D Pratama berpedoman pada ketetapan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama, hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Menteri mengacu pada Petunjuk Operasional DAK Tahun anggaran berjalan. Apabila tidak sesuai dengan petunjuk perencanaan dan pelaksanaan, konsekuensinya akan menjadi tanggung jawab organisasi perangkat daerah yang bersangkutan.

Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Afirmasi Rumah Sakit Kelas D Pratama hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh Satuan Kerja (Satker) dalam Berita Acara rencana kegiatan DAK Kesehatan Tahun anggaran berjalan yang telah diverifikasi dalam



aplikasi *eplaning*-DAK (Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran) dan rincian menu tercantum dalam rincian Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun anggaran berjalan.

b. Persyaratan Umum

1) Berdasarkan Wilayah

Merupakan wilayah yang menjadi prioritas Kementerian Kesehatan meliputi daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, terpencil serta daerah prioritas lainnya, yang memenuhi minimal salah satu kriteria daerah yaitu:

- a) 122 kabupaten tertinggal;
- b) 48 kabupaten/kota di daerah perbatasan;
- c) Daerah otonomi baru (pemekaran kabupaten/kota) yang belum memiliki rumah sakit daerah;
- d) Kabupaten/kota yang belum memiliki Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), disertakan hasil analisis pemerintah daerah setempat akan kebutuhan rumah sakit dalam meningkatkan akses dan sistem rujukan di daerah tersebut dan rekomendasi dinas kesehatan provinsi; dan/atau
- e) Daerah yang telah memiliki rumah sakit daerah tetapi sulit dijangkau oleh masyarakat dikarenakan faktor jarak atau waktu tempuh akibat kondisi geografis daerah tersebut.

2) Berdasarkan Lokasi

- a) Pemerintah daerah telah melakukan kajian masalah kesehatan, kebutuhan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan rencana tata ruang wilayah, bangunan dan lingkungan daerah setempat;
- b) Tersedianya sarana, prasarana transportasi kendaraan roda empat bagi masyarakat untuk mengakses ke Rumah Sakit Kelas D Pratama; dan
- c) Dapat mencakup rujukan paling sedikit 3 (tiga) fasilitas kesehatan tingkat pertama.

3) Berdasarkan Lahan

- a) Kepemilikan lahan oleh pemerintah daerah;



- b) Kondisi lahan bebas dari pencemaran, banjir, rawan longsor dan tidak berdekatan atau tidak berdampingan dengan tempat bongkar muat barang, fasilitas umum, fasilitas pendidikan, daerah industri dan area limbah pabrik;
  - c) Luas lahan untuk membangun bangunan rumah sakit kelas D Pratama 50 TT minimal 1 (satu) hektar dengan memperhatikan ketersediaan lahan tambahan untuk potensi pengembangan Rumah Sakit; dan
  - d) Bangunan rumah sakit kelas D Pratama dianjurkan 1 (satu) lantai, bila diperlukan maksimal 2 (dua) lantai dengan luas bangunan 3000 m<sup>2</sup> dengan memperhatikan ketersediaan anggaran.
- 4) Administrasi
- a) Kabupaten/kota yang mengusulkan di e-proposal/Perencanaan Berbasis Elektronik dan memenuhi kriteria wilayah yang telah ditentukan;
  - b) Surat pernyataan dari Bupati/Walikota yang meliputi:
    - (1) menyediakan lahan dengan kondisi dan luas yang dipersyaratkan;
    - (2) menyediakan sumber daya manusia bidang kesehatan dan non kesehatan untuk operasional rumah sakit kelas D Pratama;
    - (3) bersedia menganggarkan biaya operasional rumah sakit kelas D Pratama dari APBD selain DAK;
    - (4) bersedia mengalokasikan anggaran dari APBD bersumber Dana Alokasi Umum (DAU) untuk melengkapi kebutuhan peralatan yang tidak teranggarkan dari APBD bersumber DAK; dan
    - (5) bersedia memenuhi sarana prasarana lainnya berupa rumah dinas dokter dan tenaga kesehatan lainnya, listrik, air bersih dan komunikasi.
  - c) Sertifikat kepemilikan lahan oleh pemerintah daerah atau bukti proses pengurusan sertifikat lahan di Badan Pertanahan Nasional (BPN) dan bila perlu pembebasan dari hak tanah adat (budaya lokal);
  - d) Foto-foto denah rencana lahan lokasi pembangunan

rumah sakit kelas D Pratama beserta luas-luas sepadan lahan tersebut; dan

- e) Surat analisis harga bangunan rumah sakit kelas D Pratama 50 TT dari dinas pekerjaan umum daerah setempat atau Kementerian Pekerjaan Umum atau hasil dari perhitungan konsultan perencana yang ditandatangani oleh dinas pekerjaan umum setempat.

c. Persyaratan Teknis

- 2) Bangunan dan peralatan kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama;
- 3) Alokasi Anggaran DAK rumah sakit kelas D Pratama terdiri dari pengadaan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang merupakan satu kesatuan fungsi untuk pelayanan Rumah Sakit Kelas D Pratama sampai dapat beroperasi;
- 4) Diutamakan mengusulkan peralatan yang terdapat di dalam e-katalog dengan persyaratan sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan rumah sakit kelas D Pratama dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jika tidak melalui e-Katalog, maka menggunakan tiga pembanding dari perusahaan yang mempunyai IPAK (Izin Penyalur Alat Kesehatan) untuk jenis alat tersebut dilampiri justifikasi yang ditandatangani kepala dinas kesehatan kabupaten/kota; dan
- 5) Peralatan tambahan pendukung operasional rumah sakit kelas D Pratama yaitu:
  - a) meubelair
    - (1) meja untuk pelayanan kesehatan;
    - (2) kursi untuk pelayanan kesehatan;
    - (3) lemari untuk pelayanan kesehatan; dan
    - (4) kursi tunggu
  - b) pengolahan limbah rumah sakit  
IPAL/limbah cair Genset 50kVA-100kVA
- 6) Pengadaan mobil ambulans untuk rumah sakit kelas D Pratama

BAB IV  
PENUTUP

Petunjuk operasional ini dibuat untuk dijadikan acuan penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan. DAK Fisik Bidang Kesehatan diarahkan untuk kegiatan yang dapat meningkatkan daya jangkau dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat di provinsi/kabupaten/kota, terutama daerah dengan derajat kesehatan yang belum optimal, sehingga masyarakat di seluruh wilayah Indonesia dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu.

Menu kegiatan dalam petunjuk operasional penggunaan DAK Fisik Bidang Kesehatan ini merupakan pilihan kegiatan bagi tiap jenisnya. Tiap kegiatan DAK Fisik tidak diperkenankan dilakukan pengalihan anggaran ataupun kegiatan antara DAK Fisik baik Reguler, Afirmaasi dan Penugasan maupun dengan DAK Nonfisik diluar rincian alokasi DAK Fisik per satuan kerja yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setiap tahunnya karena besaran alokasi mempunyai keterikatan dengan Peraturan Presiden tentang rincian alokasi APBN.

Kegiatan-kegiatan yang bisa didanai dari DAK Fisik Bidang Kesehatan sebagaimana diuraikan di atas sifatnya adalah pilihan. Kepala Daerah bisa memilih kegiatan sesuai prioritas daerah. Pemilihan kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan seharusnya merupakan bagian program jangka menengah sesuai Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan Rencana Strategis Daerah.

Selanjutnya dalam pelaksanaan kegiatannya agar disinergikan dan tidak duplikasi pembiayaan dengan kegiatan yang anggarannya bersumber dari pendanaan lainnya, seperti APBD Provinsi/Kabupaten/Kota, sehingga lebih berdaya guna dan berhasil guna.

Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 3 TAHUN 2019

TENTANG

PETUNJUK TEKNIS PENGGUNAAN  
DANA ALOKASI KHUSUS NONFISIK BIDANG KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, Pemerintah Pusat perlu mengalokasikan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan untuk membantu Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam penyediaan dana untuk mencapai target prioritas nasional bidang kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 59 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 137, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4575);
6. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

MEMUTUSKAN:  
Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PETUNJUK  
TEKNIS PENGGUNAAN DANA ALOKASI KHUSUS NON FISIK  
BIDANG KESEHATAN.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Dana Alokasi Khusus yang selanjutnya disebut DAK, adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada Daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan Daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.
2. Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan adalah Dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang difokuskan pada penurunan angka kematian ibu, bayi dan anak, penanggulangan masalah gizi, serta pencegahan penyakit dan penyehatan lingkungan terutama untuk pelayanan kesehatan penduduk miskin, dan penduduk di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan dan daerah bermasalah kesehatan.
3. Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut DAK Nonfisik Bidang Kesehatan adalah dana yang dialokasikan ke daerah untuk membiayai operasional kegiatan program prioritas nasional di bidang kesehatan yang menjadi urusan daerah guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di daerah.
4. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.



5. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
6. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati/Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
7. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu kepala daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
8. Perangkat Daerah Provinsi adalah unsur pembantu gubernur dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah provinsi dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah provinsi.
9. Perangkat Daerah Kabupaten/Kota adalah unsur pembantu bupati/walikota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah kabupaten/kota dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah kabupaten/kota.
10. Dinas Kesehatan adalah perangkat daerah yang merupakan unsur pelaksana urusan pemerintahan di bidang Kesehatan yang menjadi kewenangan daerah.
11. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD adalah organisasi yang bersifat mandiri yang melaksanakan tugas teknis operasional kesehatan dan/atau tugas teknis penunjang kesehatan dari organisasi induknya.
12. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
13. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

14. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
15. Kader Kesehatan Masyarakat adalah warga masyarakat yang dipilih dan dilatih untuk menangani masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat pemberian pelayanan kesehatan.
16. Upaya Kesehatan Masyarakat adalah setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

#### Pasal 2

- (1) DAK Nonfisik Bidang Kesehatan diberikan kepada daerah untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas pembangunan kesehatan nasional.
- (2) DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan melalui Rencana Kerja Pemerintah.

#### Pasal 3

- (1) DAK Nonfisik Bidang Kesehatan terdiri atas:
  - a. bantuan operasional kesehatan;
  - b. jaminan persalinan; dan
  - c. akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan.

- (2) Bantuan operasional kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diutamakan untuk upaya kesehatan bersifat promotif dan preventif, yang meliputi:
  - a. bantuan operasional kesehatan pemerintah daerah provinsi;
  - b. bantuan operasional kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota; dan
  - c. bantuan operasional kesehatan Puskesmas.
- (3) Bantuan operasional kesehatan pemerintah daerah provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a diarahkan untuk mendukung operasional fungsi rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat tersier.
- (4) Bantuan operasional kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b diarahkan untuk mendukung:
  - a. operasional fungsi rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat sekunder;
  - b. manajemen bantuan operasional kesehatan dan jaminan persalinan;
  - c. konvergensi penurunan prevalensi *stunting*;
  - d. distribusi obat, vaksin, dan bahan medis habis pakai ke Puskesmas; dan
  - e. pemanfaatan aplikasi logistik obat dan bahan medis habis pakai secara elektronik.
- (3) Bantuan operasional kesehatan Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c diarahkan untuk mendukung operasional Upaya Kesehatan Masyarakat primer.

#### Pasal 4

Jaminan persalinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf b diarahkan untuk:

- a. rujukan persalinan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten;
- b. pertolongan persalinan, keluarga berencana pasca persalinan dan perawatan bayi baru lahir; dan
- c. sewa dan operasional rumah tunggu kelahiran.



## Pasal 5

- (1) Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf c terdiri atas:
  - a. akreditasi Puskesmas;
  - b. akreditasi Rumah Sakit; dan
  - c. akreditasi laboratorium kesehatan.
- (2) Akreditasi Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diarahkan untuk kegiatan:
  - a. *workshop* pendukung implementasi akreditasi Puskesmas;
  - b. pendampingan pra survei akreditasi;
  - c. pendampingan pasca survei akreditasi;
  - d. survei akreditasi perdana; dan
  - e. survei ulang akreditasi (survei re-akreditasi).
- (3) Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diarahkan untuk kegiatan:
  - a. *workshop* akreditasi Rumah Sakit;
  - b. bimbingan akreditasi Rumah Sakit;
  - c. survei simulasi;
  - d. survei akreditasi Rumah Sakit; dan
  - e. survei ulang akreditasi (re-akreditasi).
- (4) Akreditasi laboratorium sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diarahkan untuk kegiatan:
  - a. *workshop* akreditasi laboratorium kesehatan;
  - b. bimbingan akreditasi laboratorium Kesehatan;
  - c. survei simulasi; dan
  - d. survei akreditasi laboratorium kesehatan.

## BAB II

### PENGELOLAAN DAK NONFISIK BIDANG KESEHATAN

## Pasal 6

- (1) Pengelolaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan di daerah meliputi:
  - a. penyusunan rencana kegiatan;
  - b. penganggaran;
  - c. pelaksanaan;

- d. pemantauan dan evaluasi; dan
  - e. pelaporan.
- (2) Dalam rangka penyusunan rencana kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Pemerintah Daerah penerima DAK Nonfisik Bidang Kesehatan melakukan sinkronisasi rencana kegiatan dengan Pemerintah Pusat.
  - (3) Rencana kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a paling sedikit memuat:
    - a. menu kegiatan;
    - b. rincian alokasi DAK Nonfisik Bidang Kesehatan;
    - c. volume kegiatan;
    - d. lokasi kegiatan; dan
    - e. keterangan.
  - (4) Pemerintah Daerah dapat mengusulkan perubahan rencana kegiatan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan kepada Kementerian Kesehatan.
  - (5) Usulan perubahan rencana kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diajukan dengan menyertakan:
    - a. surat pengantar dari kepala daerah;
    - b. surat pernyataan tanggungjawab mutlak;
    - c. surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Pemerintah Daerah provinsi bagi kabupaten/kota;
    - d. telaah perubahan dari kepala Dinas Kesehatan/direktur Rumah Sakit Daerah/kepala balai pelatihan kesehatan daerah; dan
    - e. data pendukung lainnya.

#### Pasal 7

- (1) Dalam rangka penganggaran DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf b, Pemerintah Daerah menganggarkan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan ke dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan/atau APBD perubahan yang mengacu pada rincian Alokasi DAK Nonfisik Bidang Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri.

- (2) Dalam menetapkan rincian alokasi DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri Negara yang ditetapkan setiap tahun oleh Presiden sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 8

- (1) Dalam rangka pelaksanaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf c, Dinas Kesehatan Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota dan UPTD melaksanakan masing-masing kegiatan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan.
- (2) Pelaksanaan kegiatan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setelah usulan rencana kegiatan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan mendapat persetujuan dari Kementerian Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengelolaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan petunjuk teknis penggunaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

### BAB III

#### PEMANTAUAN DAN EVALUASI

#### Pasal 9

Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Pemerintah Daerah provinsi, dan Dinas Kesehatan Pemerintah Daerah kabupaten/kota melakukan pemantauan dan evaluasi secara berjenjang sesuai dengan tugas dan kewenangan masing-masing.



BAB IV  
PELAPORAN

Pasal 10

- (1) Kepala daerah menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan dan penggunaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan Kesehatan setiap triwulan, semester, dan tahunan kepada Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang keuangan, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri.
- (2) Laporan triwulan dan semesteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat jenis kegiatan, lokasi kegiatan, realisasi keuangan, dan permasalahan dalam pelaksanaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan.
- (3) Laporan triwulan dan laporan semesteran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari setelah akhir triwulan dan akhir semester.
- (4) Laporan tahunan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat hasil kinerja 1 (satu) tahun meliputi realisasi keuangan dan capaian kegiatan.
- (5) Laporan tahunan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disampaikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal paling lambat pada minggu ketiga Bulan Januari tahun berikutnya.
- (6) Selain ketentuan penyampaian laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk bantuan operasional kesehatan dan jaminan persalinan diwajibkan untuk membuat laporan rutin bulanan capaian program sesuai dengan rencana kerja Pemerintah dan rencana strategi Kementerian Kesehatan dengan menggunakan format, mekanisme, dan ketentuan yang sudah ditetapkan.

- (7) Selain ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (6), untuk akreditasi Puskesmas, akreditasi Rumah Sakit, dan akreditasi laboratorium kesehatan, serta distribusi obat dan bahan medis habis pakai, harus menyampaikan laporan kepada pimpinan unit utama terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan.

#### Pasal 11

Pengelolaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 sampai dengan Pasal 10 dilaksanakan sesuai dengan petunjuk teknis penggunaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

### BAB V KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 12

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2019.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 15 Januari 2019  
MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 12 Februari 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 117

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



LAMPIRAN

PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 3 TAHUN 2019  
TENTANG  
PETUNJUK TEKNIS PENGGUNAAN  
DANA ALOKASI KHUSUS NONFISIK  
BIDANG KESEHATAN

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional dalam rangka mewujudkan visi misi Presiden dan implementasi Nawa Cita yang kelima yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, diselenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, dengan pendekatan promotif, preventif, tanpa meninggalkan kuratif dan rehabilitatif secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Dalam konsep pembangunan nasional, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab melaksanakan Program Indonesia Sehat yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam lingkungan hidup yang sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya perilaku hidup sehat.

Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah mengamanatkan Dana Alokasi Khusus (DAK) sebagai salah satu sumber pembiayaan bagi daerah dalam pelaksanaan desentralisasi, diantaranya untuk meningkatkan pembangunan kesehatan, sehingga Pemerintah Pusat maupun Pemerintahan Daerah dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau dan berkualitas. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, dalam Pasal 208 ayat (7) menyebutkan belanja DAK diprioritaskan untuk mendanai kegiatan fisik dan dapat digunakan untuk kegiatan nonfisik.

Pengalokasian DAK Bidang Kesehatan ini tidak untuk mengambil alih tanggung jawab pemerintah daerah dalam pelaksanaan pembiayaan pembangunan kesehatan di daerah sebagaimana yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pelaksanaan dan pengelolaan DAK nonfisik tersebut harus menerapkan prinsip-prinsip tata kelola yang baik (*good governance*) yakni transparan, efektif, efisien, akuntabel dan tidak duplikasi dengan sumber pembiayaan lainnya.

Dalam rangka pelaksanaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan Kementerian Kesehatan menyusun petunjuk teknis sebagai pedoman penggunaan anggaran yang berisi penjelasan rincian kegiatan pemanfaatan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK); Jaminan Persalinan (Jampersal); Akreditasi Puskesmas, Akreditasi Rumah Sakit, dan Akreditasi Laboratorium Kesehatan Daerah.

## B. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Mendukung daerah dalam pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan bersumber DAK untuk mencapai target prioritas nasional bidang kesehatan.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mendukung upaya kesehatan bersifat promotif dan preventif;
- b. Mendukung pelaksanaan Program Indonesia Sehat melalui pendekatan keluarga;
- c. Mendukung pelaksanaan Rencana Kerja Pemerintah (RKP);
- d. Mendukung pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di provinsi/kabupaten/kota;
- e. Mendukung pelaksanaan akreditasi puskesmas di daerah;
- f. Mendukung pelaksanaan akreditasi Rumah Sakit (RS) di daerah;
- g. Mendukung pelaksanaan Akreditasi Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda);
- h. Mendukung pelaksanaan pengelolaan obat dan vaksin di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota sesuai standar;
- i. Mendukung upaya peningkatan ketersediaan obat dan vaksin esensial di Puskesmas;
- j. Mendukung pelaksanaan penurunan *stunting*

### C. Sasaran

1. Dinas kesehatan provinsi;
2. Dinas kesehatan kabupaten/kota;
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes): Puskesmas, Rumah Sakit dan Laboratorium;

### D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup DAK Nonfisik Bidang Kesehatan meliputi :

1. DAK Nonfisik untuk provinsi:
  - a. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) UKM tertier;
  - b. Akreditasi RS Provinsi;
  - c. Akreditasi Labkesda Provinsi
2. DAK Nonfisik untuk kabupaten/kota :
  - a. BOK Puskesmas;
  - b. BOK UKM sekunder kabupaten/kota;
  - c. BOK Stunting;
  - d. Jampersal;
  - e. Dukungan manajemen BOK kabupaten/kota dan Jampersal;
  - f. Distribusi obat, vaksin dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta dukungan pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP secara elektronik;
  - g. Akreditasi Puskesmas;
  - h. Akreditasi Rumah Sakit Daerah Kabupaten/Kota;
  - i. Akreditasi Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda).

### E. Kebijakan Umum

1. DAK Nonfisik bidang kesehatan adalah dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah untuk membantu mendanai kegiatan yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas nasional;
2. DAK Nonfisik Bidang Kesehatan bukan dana utama dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah, sehingga daerah dituntut mewujudkan tanggung jawab dalam pembiayaan pembangunan kesehatan lebih kreatif serta inovatif dalam memadukan semua potensi yang ada untuk pembangunan kesehatan dan mengupayakan dengan sungguh-sungguh pemenuhan anggaran pembangunan kesehatan.



3. Dalam rangka penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB), daerah dapat memanfaatkan dana BOK sesuai dengan fungsi dan kewenangannya dalam pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat, misalnya *Outbreak Respons Immunization (ORI)*, KLB diare, dan lain-lain.
4. Pemerintah Daerah tetap berkewajiban mengalokasikan dana untuk kesehatan sebesar minimal 10% dari APBD sesuai dengan ketentuan undang-undang tentang kesehatan, khususnya kegiatan yang langsung menyentuh kepentingan masyarakat;
5. Kepala Daerah dapat menetapkan peraturan kepala daerah terkait standar biaya dan pedoman pelaksanaan kegiatan sesuai kondisi daerah dengan tetap mengacu pada peraturan yang lebih tinggi. Dalam pelaksanaan kegiatan yang dibiayai oleh DAK Bidang Kesehatan tidak boleh duplikasi dengan sumber pembiayaan APBN, APBD maupun pembiayaan lainnya;
6. Dinas Kesehatan Provinsi merupakan koordinator dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi DAK Bidang Kesehatan. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan RS di Provinsi/Kabupaten/Kota yang mendapatkan DAK Bidang Kesehatan wajib berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi;
7. Kegiatan dalam Rencana Kegiatan DAK harus mengacu kepada Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Nonfisik bidang kesehatan Tahun Anggaran berjalan. Pemilihan kegiatan sesuai dengan prioritas dan permasalahan di masing-masing daerah yang disesuaikan dengan prioritas kegiatan dalam rangka mencapai prioritas nasional bidang kesehatan;
8. Untuk memudahkan pelaksanaan di lapangan, maka Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat mengusulkan kepada Bupati/Walikota untuk melimpahkan wewenang KPA kepada kepala/Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) dalam pelaksanaan BOK dan atau akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) di lapangan sesuai peraturan berlaku;
9. Daerah tidak diperkenankan melakukan pengalihan atau pergeseran anggaran dan kegiatan di antara DAK Nonfisik;
10. Pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan DAK Bidang Kesehatan mengikuti ketentuan yang telah diatur Kementerian Keuangan dan Kementerian Dalam Negeri.

## F. Prinsip Dasar

Pemanfaatan DAK nonfisik berpedoman pada prinsip:

### 1. Keterpaduan

Kegiatan DAK nonfisik direncanakan dan dilaksanakan secara terpadu, lintas bidang, untuk mencapai beberapa tujuan kegiatan prioritas dengan melibatkan para pelaksana program setiap tingkatan (dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota/Puskesmas), kader kesehatan, lintas sektor serta unsur lainnya. Dalam penggunaan tidak dibagi-bagi untuk setiap bidang dan seksi berdasar struktur Organisasi Perangkat Daerah tetapi untuk pelaksanaan program secara terintegrasi.

### 2. Efisien

Pelaksanaan kegiatan dilaksanakan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara tepat, cermat dan seminimal mungkin untuk mencapai tujuan seoptimal mungkin dan tidak duplikasi dengan sumber pembiayaan lain.

### 3. Efektif

Kegiatan yang dilaksanakan berdaya ungkit tinggi terhadap pencapaian prioritas nasional. Penetapan kegiatan dilakukan berdasarkan prioritas penyelesaian masalah.

### 4. Akuntabel

Pengelolaan dan pemanfaatan dana DAK Nonfisik harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## G. Manajemen Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan

### 1. Perencanaan Penganggaran

Kepala Daerah yang menerima DAK non fisik dan Kepala Organisasi Perangkat Daerah (OPD) yang melaksanakan, perlu melakukan sinkronisasi antara rencana kegiatan dengan dokumen perencanaan yang telah disepakati oleh pusat dan daerah.

- a. Semua Jenis DAK Nonfisik bidang kesehatan yang dialokasikan kepada daerah (provinsi, kabupaten/kota, dan Puskesmas) dibuat perencanaan sesuai dengan peraturan yang berlaku di daerah dengan mekanisme APBD;



- b. Penyusunan program dan kegiatan dalam Rencana Kerja dan Anggaran berdasar kebutuhan peran dan fungsi organisasi, prioritas program dalam rangka pencapaian program nasional, Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan di daerah secara terintegrasi;
- c. Dinas kesehatan kabupaten/kota dan Dinas Kesehatan Provinsi menyusun RKA berdasar pagu DAK Nonfisik yang diterima;
- d. Puskesmas menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) berdasar alokasi yang diterima dari Kabupaten/Kota dan hasil RKA dikompilasi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota menjadi RKA dinas kesehatan atau dapat berupa RKA tersendiri sesuai aturan yang berlaku;
- e. RKA yang telah disusun dan dikoordinasi oleh dinas kesehatan dibahas dalam Rencana Anggaran Belanja Pemerintah Daerah (RAPBD) apabila alokasi pasti sudah diterima. Apabila Peraturan Presiden mengenai rincian APBN atau informasi resmi mengenai alokasi DAK melalui portal Kementerian Keuangan dipublikasikan setelah peraturan daerah tentang APBD ditetapkan, maka pemerintah daerah harus menganggarkan DAK dimaksud dengan terlebih dahulu melakukan perubahan Peraturan Kepala Daerah tentang Penjabaran APBD dengan pemberitahuan kepada pimpinan DPRD, untuk selanjutnya ditampung dalam peraturan daerah tentang perubahan APBD atau dicantumkan dalam LRA bagi pemerintah daerah yang tidak melakukan perubahan APBD
- f. Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) yang telah ditetapkan;
- g. Rencana penggunaan mulai bulan Januari sampai dengan Desember tahun anggaran berjalan yang dituangkan dalam rencana kegiatan yang rinci setiap bulan.



## 2. Pengelolaan

- a. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) provinsi dikelola dinas kesehatan provinsi ;
- b. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) kabupaten/kota dikelola dinas kesehatan kabupaten/kota;
- c. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Stunting dikelola dinas kesehatan kabupaten/kota berkoordinasi dengan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda).
- d. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Puskesmas disalurkan melalui dinas kesehatan kabupaten/kota dan dikelola oleh Puskesmas;
- e. BOK distribusi obat, vaksin, BMHP ke puskesmas, dan pemanfaatan aplikasi logistik obat, vaksin dan BMHP secara elektronik, disalurkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk dimanfaatkan oleh instalasi farmasi Kabupaten/Kota.
- f. Jaminan Persalinan (Jampersal) dikelola oleh dinas kesehatan kabupaten/kota;
- g. Dukungan Manajemen dikelola oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan penggunaan dapat mendukung pengelolaan satker di dinas kesehatan kabupaten/kota dan Puskesmas;
- h. Akreditasi Puskesmas di kelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota;
- i. Akreditasi RS kabupaten/kota di kelola oleh RSUD kabupaten/kota;
- j. Akreditasi RS Provinsi dikelola oleh RS provinsi;
- k. Akreditasi Labkesda dikelola oleh Labkesda Provinsi/kabupaten/kota;
- l. Untuk pengelolaan kegiatan pelayanan kesehatan penting yang berakhir sampai akhir tahun seperti Jampersal, pemerintah daerah diharapkan membuat pedoman langkah-langkah akhir tahun sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.

### 3. Pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dan evaluasi mencakup kinerja program dan kinerja keuangan. Lingkup pemantauan dan evaluasi meliputi:

- a. Kesesuaian antara kegiatan BOK provinsi dengan usulan kegiatan yang ada dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD);
- b. Kesesuaian pemanfaatan BOK provinsi dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran-Organisasi Perangkat Daerah (DPA-OPD) dengan petunjuk teknis dan pelaksanaan di lapangan;
- c. Kesesuaian antara DPA-OPD dengan Rencana Kerja Anggaran (RKA) yang sudah disepakati antara Kementerian Kesehatan dengan daerah;
- d. Realisasi waktu pelaksanaan, lokasi, dan sasaran pelaksanaan dengan perencanaan;
- e. Evaluasi pencapaian kegiatan DAK berdasarkan input, proses, output;
- f. Evaluasi dari segi kelengkapan dan ketepatan pelaporan;
- g. Evaluasi pencapaian target Program Prioritas Nasional Bidang Kesehatan sesuai dengan target unit teknis, Rencana Kerja Pemerintah dan Renstra Kemenkes.

### 4. Pelaksana Pemantauan dan Evaluasi

- a. Pemantauan dan evaluasi BOK di tingkat provinsi dilakukan oleh Kementerian Kesehatan atau bersama-sama dengan Kementerian/Lembaga terkait;
- b. Pemantauan dan evaluasi capaian indikator program dilakukan secara terpadu di setiap jenjang administrasi;

### 5. Laporan

#### a. Jenis Pelaporan

- 1) Laporan terdiri atas laporan rutin bulanan, laporan triwulanan, semesteran, dan laporan tahunan;
- 2) Laporan rutin bulanan capaian program (sesuai indikator SPM, Renstra), dengan menggunakan format, mekanisme dan ketentuan yang sudah ditetapkan;
- 3) Laporan semesteran yang memuat jenis kegiatan, lokasi kegiatan, realisasi keuangan, dan permasalahan dalam pelaksanaan Jampersal, yang disampaikan selambat-lambatnya 7 hari setelah akhir triwulan dan semester berakhir;

- 4) Laporan tahunan yang memuat hasil kinerja satu tahun meliputi realisasi keuangan, capaian kegiatan, pada minggu ketiga bulan Januari tahun berikutnya;
- 5) Laporan rutin bulanan capaian program (sesuai indikator Renstra Kementerian Kesehatan dan Rencana Kerja Pemerintah), dengan menggunakan format, mekanisme dan ketentuan yang sudah ditetapkan;

b. Alur pelaporan

1) Pelaksanaan di Puskesmas

Kepala Puskesmas menyampaikan laporan rutin bulanan capaian program kepada dinas kesehatan kabupaten/kota setiap tanggal 5 bulan berikutnya.

2) Pelaksanaan di kabupaten/kota:

a) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota menyampaikan laporan rutin bulanan capaian program, kepada kepala dinas kesehatan provinsi, setiap tanggal 10 bulan berikutnya.

b) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan direktur/rumah sakit kabupaten/kota menyampaikan laporan semesteran paling lambat 7 hari setelah triwulan dan semester selesai melalui pada aplikasi e-renggar Kementerian Kesehatan (<http://www.e-renggar.kemkes.go.id>).

3) Pelaksanaan di provinsi

a) Kepala dinas kesehatan provinsi menyampaikan laporan rutin bulanan capaian program, kepada Kementerian Kesehatan up. unit utama, setiap tanggal 15 bulan berikutnya.

b) Kepala dinas kesehatan provinsi dan direktur dan rumah sakit provinsi menyampaikan laporan semesteran paling lambat 7 hari setelah semester selesai melalui pada aplikasi e-renggar Kementerian Kesehatan (<http://www.e-renggar.kemkes.go.id>).



- c) Kepala dinas kesehatan provinsi melakukan verifikasi laporan semesteran kepala dinas kabupaten/kota pada aplikasi e-renggar Kementerian Kesehatan (<http://www.e-renggar.kemkes.go.id>) paling lambat 14 hari setelah semester sebelumnya selesai.

c. Kepatuhan Pelaporan

Kepatuhan daerah dalam menyampaikan laporan kinerja program dan keuangan serta progres peningkatan capaian Indikator Keluarga Sehat dan SPM akan dijadikan pertimbangan dalam pengalokasian DAK nonfisik khususnya BOK provinsi /kabupaten /kota/Puskesmas pada tahun berikutnya sesuai peraturan perundang-undangan.

KEMENKES RI

## A. Bantuan Operasional Kesehatan Puskesmas

## 1. Latar Belakang

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat, bertanggungjawab pada wilayah kerjanya. Dalam era JKN, fungsi Puskesmas seolah bergeser menjadi Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Dalam upaya mendorong dan lebih mengaktifkan kembali fungsi UKM Puskesmas, terutama dalam kegiatan luar gedung, serta agar dapat menjangkau pelayanan secara merata dan berkisanambungan, dibutuhkan dukungan biaya operasional, dan dukungan pembiayaan lainnya. Dana Bantuan Operasional Kesehatan merupakan salah satu sumber pendanaan untuk menunjang operasional pelayanan di Puskesmas.

## 2. Tujuan

## a. Umum

Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat utamanya promotif dan preventif di wilayah kerja Puskesmas

## b. Khusus

- 1) Menyelenggarakan pelayanan promotif dan preventif utamanya di luar gedung Puskesmas;
- 2) Menyelenggarakan fungsi manajemen Puskesmas; dan
- 3) Menyelenggarakan pemberdayaan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.

## 3. Sasaran

## a. Puskesmas; dan

## b. Puskesmas Pembantu dan jaringannya.

#### 4. Alokasi

Kementerian Kesehatan menetapkan total alokasi BOK Puskesmas per kabupaten/kota. Besaran alokasi dana BOK untuk setiap Puskesmas ditetapkan oleh dinas kesehatan melalui surat keputusan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, dengan langkah-langkah penghitungan sebagai berikut:

- a. Sebelum membagi alokasi total ke seluruh Puskesmas, terlebih dahulu dari alokasi total tersebut dikurangi untuk kebutuhan program yang meliputi :
  - 1) Operasional tim Nusantara Sehat sebesar Rp 250.000.000,- ( dua ratus lima puluh juta rupiah) per tim yang ada di kabupaten/kota. Apabila tidak ada penempatan Tim Nusantara Sehat maka tidak perlu dikurangi;
  - 2) Apabila dalam kabupaten/kota, ada desa lokus yang ditetapkan sebagai pelaksana pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) tahun anggaran berjalan yang terdapat pada lampiran, maka dikurangi sebesar Rp 7.500.000,- (tujuh juta lima ratus ribu rupiah) per desa. Apabila tidak ada desa yang ditetapkan, maka total dana tidak perlu dikurangi
- b. Sisa dana BOK Puskesmas setelah dikurangi untuk kebutuhan operasional Tim Nusantara Sehat dan pemicuan desa STBM dibagi ke seluruh Puskesmas di kabupaten/kota secara proporsional, dengan memperhatikan berbagai kriteria antara lain
  - 1) Jumlah penduduk di wilayah kerja;
  - 2) Luas wilayah kerja;
  - 3) Kondisi sarana transportasi;
  - 4) Kondisi geografi;
  - 5) Jumlah tenaga kesehatan masyarakat tersedia;
  - 6) Dana kapitasi JKN yang diperoleh Puskesmas; dan
  - 7) Kriteria lain sebagainya sesuai kearifan lokal
- c. Dari hasil perhitungan tersebut, maka Puskesmas yang terdapat Tim Nusantara Sehat dan desa STBM akan mendapat tambahan alokasi BOK Puskesmas disamping dari perhitungan pembagian



secara proporsional di atas dengan besaran sesuai jumlah Tim Nusantara sehat dan Desa STBM.

## 5. Penggunaan

Dana BOK yang telah dialokasikan di setiap Puskesmas dapat digunakan untuk operasional pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif upaya kesehatan masyarakat oleh Puskesmas dan jaringannya. Penggunaan BOK di Puskesmas tersebut meliputi:

- a. Penyelenggaraan kegiatan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).
- b. Penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan masyarakat esensial dan pengembangan di wilayah kerjanya baik di dalam gedung maupun luar gedung. Melalui Posyandu, Posbindu, Pos UKK, Poskestren, UKBM lainnya, kunjungan keluarga, kunjungan sekolah dan pelayanan di luar gedung lainnya. Kegiatan di luar gedung yang diselenggarakan oleh Puskesmas dilaksanakan juga dalam upaya meningkatkan Indeks Keluarga Sehat (IKS) pada Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), serta untuk pemenuhan kebutuhan pendukung kegiatan kegiatan promotif dan preventif serta pemberdayaan masyarakat. Rincian kegiatan lihat tabel I.
- c. Penyelenggaraan fungsi manajemen Puskesmas yang meliputi perencanaan (P1), pergerakan pelaksanaan (P2) melalui lokakarya mini Puskesmas, pengawasan pengendalian dan penilaian (P3) kinerja Puskesmas serta kegiatan koordinasi lintas sektor lainnya Rincian kegiatan lihat tabel II.
- d. Penyediaan operasional upaya kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh Tim Nusantara Sehat berbasis tim yang ditempatkan di Puskesmas, terutama mendukung kegiatan inovasi UKM esensial. Kegiatan yang dilaksanakan oleh Tim Nusantara Sehat tetap menjadi kesatuan dengan kegiatan Puskesmas dimana tim tersebut berada. Apabila Tim Nusantara Sehat yang ditempatkan di Puskesmas tidak disediakan rumah sebagai tempat tinggal oleh pemerintah daerah maka dana BOK yang dialokasikan untuk Tim

Nusantara sehat dapat digunakan untuk sewa rumah tinggal Tim Nusantara Sehat.

- e. Penyelenggaraan kegiatan pemukiman untuk mewujudkan desa STBM terutama untuk daerah lokus STBM. Selain Puskesmas yang termasuk dalam lokus desa STBM, tetap dapat melaksanakan kegiatan mewujudkan desa STBM.
- f. Penyelenggaraan kegiatan UKM lainnya yang bersifat prioritas yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan maupun daerah dalam upaya eliminasi/eradikasi/pembasmian penyakit tertentu di daerah lokus yang telah ditetapkan, atau program prioritas lain baik nasional maupun daerah.
- g. Penyelenggaraan kegiatan untuk penurunan stunting seperti perbaikan status gizi masyarakat, pemantauan pertumbuhan perkembangan balita, dan lain-lain.
- h. Penyelenggaraan kegiatan untuk mendukung Intervensi Perubahan Perilaku program prioritas antara lain Edukasi PMBA (Pemberian Makanan Bayi dan Anak), Kelas Ibu, orientasi tumbuh kembang/SDIDTK (Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang), kegiatan pemberdayaan masyarakat lainnya.
- i. Operasional kegiatan outbreak respond /Kejadian Luar Biasa dan kegiatan lainnya yang terkait pencapaian prioritas nasional.
- j. Penyediaan tenaga promosi kesehatan, sanitarian, nutrisisionis, tenaga kesmas lainnya dan tenaga pembantu pengelola keuangan di Puskesmas, maksimal 4 orang tenaga per Puskesmas dengan sistem perjanjian kerja. Penetapan maksimal 4 orang tenaga tersebut berdasarkan prioritas kebutuhan tenaga dengan kualifikasi persyaratan yang telah ditentukan. Proses penerimaan tenaga dilaksanakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan ikatan perjanjian kerja ditandatangani oleh kepala Puskesmas dan tenaga yang bersangkutan. Persyaratan kualifikasi tenaga tersebut meliputi:

- 1) Tenaga Promosi Kesehatan

Berpendidikan minimal D3 Kesehatan Masyarakat diutamakan jurusan/peminatan Promosi Kesehatan/Ilmu



Perilaku, diutamakan yang memiliki pengalaman kerja minimal 1 tahun dibidangnya.

2) Tenaga Sanitarian

Berpendidikan minimal D3 Kesehatan Lingkungan / S1 Kesehatan Masyarakat diutamakan jurusan/peminatan kesehatan lingkungan, diutamakan yang memiliki pengalaman kerja minimal 1 tahun dibidangnya.

3) Tenaga Nutrisionis

Berpendidikan minimal D3 Gizi / S1 Kesehatan Masyarakat diutamakan jurusan/peminatan gizi/ S1 Gizi, diutamakan yang memiliki pengalaman kerja minimal 1 tahun dibidangnya.

4) Tenaga Kesehatan masyarakat lainnya

Berpendidikan minimal D3 Kesehatan Masyarakat, Epidemiologi, Entomologi, Kesehatan Kerja, dan lain-lain, diutamakan yang memiliki pengalaman kerja minimal 1 tahun di bidangnya.

5) Tenaga Pembantu Pengelola Keuangan

Berpendidikan minimal D3 Ekonomi/Akuntansi, diutamakan yang memiliki pengalaman kerja minimal 1 tahun dibidangnya.

Ketentuan perihal perjanjian kerja mengacu pada peraturan yang berlaku, serta ketentuan yang diatur meliputi:

- a) Diberikan honor minimal sesuai upah minimum di kabupaten/kota yang berlaku.
- b) Kepala Puskesmas menetapkan target kinerja bulanan secara tertulis (*output based performance*).
- c) Diberikan hak/fasilitas yang setara dengan staf Puskesmas lainnya termasuk Jaminan Kesehatan Nasional dan biaya operasional kegiatan sesuai peraturan yang berlaku
- d) Lama perjanjian kerja sesuai tahun anggaran yang berlaku pembiayaan bersumber dari dana BOS Puskesmas.



Tabel 1. Rincian Menu Kegiatan Penggunaan BOK di Puskesmas

No	Upaya Kesehatan	Jenis Pelayanan	Jenis Kegiatan	
1	Program Indonesia Sehat Melalui Pendekatan Keluarga			
1	Kegiatan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	Kesehatan Masyarakat	1	Pendataan keluarga
2			Entry data dalam aplikasi dan Analisis data	
3			Intervensi pada keluarga	
4			Pemeliharaan keluarga sehat	
5			Monitoring dan evaluasi pelaksanaan PIS PK	
2	Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial			
2.1 Upaya Kesehatan Ibu	1	Pelayanan antenatal/ ANC	1	Pelayanan antenatal
			2	Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)
			3	Pemantauan hamil risiko tinggi
			4	Pelaksanaan kelas ibu
			5	Kemitraan bidan dukun
			6	Pelacakan kasus kematian ibu termasuk otopsi verbal
			7	Pembinaan pelayanan kesehatan ibu
2.2 Upaya Kesehatan Neonatus dan Bayi	2	Pelayanan ibu nifas	1	Pelayanan nifas termasuk KB
			2	Pemantauan kesehatan ibu nifas
2.2 Upaya Kesehatan Neonatus dan Bayi	1	Pelayanan kesehatan neonatus	1	Pemeriksaan neonatus
			2	Pemantauan kesehatan neonatus termasuk neonatus risiko tinggi
			3	Pelacakan kematian neonatal termasuk otopsi verbal
			4	Tindak lanjut Screening Hipothyroid Kongenital (SHK)
	2	Pelayanan kesehatan bayi	1	Pemantauan kesehatan bayi (pengukuran pertumbuhan, pemantauan perkembangan, pemberian vitamin A, ASI Eksklusif, imunisasi dasar lengkap)
			2	Pemantauan bayi risiko tinggi

2.3 Upaya Kesehatan Anak Balita dan Pra Sekolah	Pelayanan kesehatan anak balita dan pra sekolah	1	Pemantauan kesehatan balita termasuk balita risiko tinggi	
		2	Pelacakan kematian balita termasuk otopsi verbal	
		3	Pemantauan kesehatan balita dan anak pra sekolah (pengukuran pertumbuhan, perkembangan, pemberian vitamin A, imunisasi)	
2.4 Upaya Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja 2.5 Imunisasi	Pelayanan kesehatan anak usia sekolah	1	Pembinaan usia sekolah, UKS/dokter kecil	
			institusi dan non institusi	
2.5 Imunisasi	1	Imunisasi dasar dan Imunisasi Lanjutan	2	Penjaringan peserta didik (kelas 1, 7, 10)
			3	Pemeriksaan berkala peserta didik
2.5 Imunisasi	1	Imunisasi dasar dan Imunisasi Lanjutan	4	Bulan imunisasi anak sekolah
			5	Pembinaan kesehatan di luar sekolah dan masyarakat
2.5 Imunisasi	2	Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)	1	Pembekalan Kader Imunisasi tentang Pengenalan program imunisasi, strategi komunikasi, pelaksanaan imunisasi, pencatatan dan pelaporan dan lain-lain sesuai kebutuhan di lapangan
			2	Pelayanan imunisasi rutin baik imunisasi dasar maupun imunisasi Baduta di pos-pos pelayanan imunisasi termasuk sweeping jika diperlukan
2.5 Imunisasi	2	Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)	3	a. Surveilans KIPi pelaksanaan imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan b. Analisis hasil investigasi kasus KIPi pelaksanaan imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan
			4	Forum komunikasi imunisasi dan masyarakat peduli imunisasi
2.5 Imunisasi	2	Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)	1	Validasi cakupan imunisasi anak sekolah
			2	Pelayanan Imunisasi di sekolah
2.5 Imunisasi			3	Surveilans KIPi pelaksanaan imunisasi di sekolah

		4	Sosialisasi pelaksanaan imunisasi IIAS kepada guru dan orang tua murid
3	Pelaksanaan Kampanye Introduksi Vaksin Baru, <i>Crash Program</i> , <i>Backlog Fighting</i> , <i>Drop Out Follow Up (DOFU)</i> , dan Imunisasi Dalam Rangka Penanganan KLB ( <i>Outbreak Respon Immunization / ORI</i> )	1	Pendataan Sasaran
		2	Validasi hasil cakupan imunisasi dan <i>Rapid Convenience Assessment (RCA)</i> .
		3	Pembekalan Kader Imunisasi tentang Pelaksanaan, imunisasi massal introduksi vaksin baru, <i>Crash</i> program, BLF dan ORI; strategi komunikasi, pelaksanaan imunisasi, pencatatan dan pelaporan dan lain-lain sesuai kebutuhan di lapangan
		4	a. Advokasi/sosialisasi/ lokakarya dengan lintas program dan lintas sektor terkait program imunisasi b. Rapat koordinasi (internal program dengan lintas program maupun lintas sektor)
		5	Surveilans KIPi pelaksanaan , imunisasi massal, introduksi vaksin baru, <i>crash</i> program, <i>backlog fighting</i> , dan imunisasi dalam rangka penanganan KLB ( <i>outbreak respon immunization / ORI</i> )



			6	Pembekalan Petugas Imunisasi tentang Pelaksanaan massal, introduksi Crash program, BLF, DOFU dan ORI; Penyuntikan yang aman, strategi komunikasi dan lain-lain sesuai kebutuhan di lapangan.
			7	Pelayanan Imunisasi di Pelayanannya di <i>sweeping</i> .
2.6 Upaya Kesehatan Usia Reproduksi	Pelayanan kesehatan usia reproduksi		1	Penyuluhan, orientasi, sosialisasi, kesehatan reproduksi termasuk keluarga berencana
2.7 Upaya Kesehatan Lanjut Usia	Pelayanan kesehatan lanjut usia		1	Pelayanan lanjut usia di Posbindu dan Posyandu Lansia
			2	Pemantauan lansia resiko tinggi
2.8 Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat	Pendidikan Gizi		1	Sosialisasi, pembinaan, edukasi dan konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dan Gizi Seimbang ( termasuk Isi Piringku)
	Suplementasi Gizi		1	Penyediaan PMT Pemulihan berbahan baku local
			2	Penyediaan PMT penyuluhan berbahan baku local
			3	Pemberian Vitamin A pada bayi dan balita, Tablet Tambah Darah Ibu Hamil dan Remaja Putri termasuk sosialisasi dan pembinaan di sekolah
	Surveilans Gizi		1	Pemantauan pertumbuhan balita
			2	skrining aktif/pelacakan dan konfirmasi kasus gizi buruk
			3	Surveilans gizi, terutama melalui e-PPGBM
2.9 Upaya Kesehatan Lingkungan	Pelayanan Kesehatan Lingkungan		1	Inspeksi kesehatan lingkungan untuk tempat umum, tempat pengelolaan makanan dan sarana air minum
			2	Pemeriksaan kualitas air minum, makanan, udara dan bangunan, limbah cair dan limbah medis. Pemeriksaan terdiri dari pengambilan sampel dan pengujian sampel
			3	Orientasi <i>natural leader</i> , STBM, penjamah makanan dan kader kesling lainnya

		4	Pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan STBM, implementasi HSP di rumah tangga dan sekolah, rencana pengamanan air minum di komunal, MPAPHAST di komunitas pasar rakyat, sekolah dan hotel serta bentuk pemberdayaan masyarakat lainnya
		5	mewujudkan desa STBM oleh sanitarian/tenaga kesehatan lingkungan Puskesmas meliputi: pemicuan, Identifikasi Masalah dan Analisis Situasi (IMAS) perilaku kesehatan, monitoring paska pemicuan, pembuatan dan <i>update</i> peta sanitasi dan buku kader, kampanye cuci tangan pakai sabun, kampanye <i>hygiene</i> sanitasi sekolah, dan surveilans kualitas air (pra dan paska konstruksi) serta verifikasi Stop Buang air besar Sembarangan (SBS).
		6	Pembinaan paska pemberdayaan termasuk verifikasi desa yang melaksanakan STBM, desa SBS dan TTU, TPM yang memenuhi syarat
2.10 Upaya Promosi Kesehatan	Pelayanan promosi kesehatan	1	Penyegaran / <i>refreshing</i> , orientasi tenaga kesehatan/kader kesehatan dalam upaya kesehatan secara terpadu termasuk komunikasi perubahan perilaku
		2	Penyuluhan kelompok, penyuluhan massal tentang UKM esensial dan pengembangan
		3	Survei mawas diri, musyawarah masyarakat desa
		4	Advokasi LP LS tingkat desa, kecamatan bidang kesehatan
		5	Penggerakan keluarga/masyarakat untuk mendukung UKM esensial dan pengembangan
		6	Pembinaan/pendampingan masyarakat, kelompok tentang UKM esensial dan pengembangan
		7	Penggalangan dukungan masyarakat, lintas sektor, dunia usaha



2.11 Upaya Pencegahan dan pengendalian Penyakit Menular Langsung (antara lain: TB, HIV/AIDS, IMS, Hepatitis, Diare, Tipoid, ISPA/Pneumonia, Kusta, Frambusia, dan lain-lain)	1	Pencegahan dan pengendalian penyakit	1	Orientasi kepada kader kesehatan
	2	Penemuan dan pencegahan dini secara aktif	1	Pemberian obat pencegahan (individu atau massal)
			2	Pengambilan dan pengiriman spesimen
	3	SKD KLB	4	Deteksi dini HIV/AIDS, TB, Hepatitis pada ibu hamil dan populasi berisiko
			1	Verifikasi rumor dugaan KLB
			2	Penanggulangan KLB
3		3	Pengambilan dan pengiriman spesimen	
2.12 Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik (antara lain : Malaria, DBD, Chikungunya, Japanese Encephalitis, Zika, Filariasis, Schistosomiasis,	1	Intervensi Pengendalian Vektor Terpadu	1	Pemberantasan larva (larvasidasi)
	2	Pelaksanaan POPM	2	Pengendalian vektor (fogging, IRS)
			1	Penyelidikan Epidemiologi Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik
	3	Intervensi Pengendalian Vektor Terpadu	1	Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)
			2	Sweeping untuk meningkatkan cakupan POPM Filariasis/Cacingan/Schistosomiasis
			3	Pelacakan Hasil reaksi imunisasi obat pada POPM Filariasis/Cacingan/Schistosomiasis
			4	Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)
			5	Pemantauan Jentik Berkala
			6	Pemberantasan larva (larvasidasi)
			7	Pengendalian vektor (fogging)
	4	Sosialisasi dan pembentukan kader	1	Pemberian Obat Pencegahan Massal/POPM Filariasis/Cacingan/Schistosomiasis
			2	Pembentukan dan pembekalan kader (POPM Filariasis, Cacingan, Schistosomiasis, Jumantik Juru Malaria Desa, dan lain-lain)
	5	SKD KLB	1	Verifikasi rumor dugaan KLB
2			Penanggulangan KLB	



			3.	Pengambilan dan pengiriman <i>specimen</i>
	6	Pencegahan Faktor Risiko Penular Penyakit	1	Distribusi Kelambu
2.13 Pengendalian Vektor	1	Pemetaan dan deteksi vektor	1	pemberian obat pencegahan (individu atau masal), termasuk Bulan Eliminasi Kaki Gajah (BEIKaGa)
			2	Pengambilan dan pengiriman spesimen (termasuk sediaan darah)
	2	Intervensi pengendalian vektor terpadu	1	Penanganan kejadian ikutan akibat pemberian obat pencegahan masal filariasis
			2	pembentukan dan pembekalan kader
2.14 Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	1	Pencegahan dan pengendalian	Orientasi kepada kader kes ehatan	
	2	Deteksi dini dan tindak lanjut dini	1	Pengukuran dan pemeriksaan faktor risiko penyakit tidak menular di posbindu PTM
			2	Pendampingan Penderita PTM
			3	Surveilans penyakit tidak menular di masyarakat
3	Upaya berhenti merokok	Pemantauan penerapan Kawasan Tanpa Rokok di sekolah		
2.15 Surveilans dan Respon KLB	1	Surveilans penyakit dan masalah kesehatan dalam rangka kewaspadaan dini	1	Penemuan Kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)
			2	Spesimen serta pengembalian spesimen <i>carrier</i> penyakit berpotensi KLB
			3	Surveilans Aktif Rumah Sakit penyakit berpotensi KLB
			4	Verifikasi rumor dan sinyal masalah kesehatan serta komunikasi cepat Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR)
			5	Pertemuan Penilaian Risiko terintegrasi

			6	Pertemuan kewaspadaan dini penyakit infeksi emerging dan penyakit berpotensi KLB lainnya melalui surveilans berbasis masyarakat	
		2	Penyelidikan epidemiologi KLB	1	Pemantauan kontak
				2	Penyelidikan Epidemiologi (PE) penyakit berpotensi KLB
				3	Pengambilan dan pengiriman spesimen kasus potensial KLB
				4	Analisa hasil PE dan diseminasi Informasi
		3	Pengendalian KLB penyakit, situasi khusus dan bencana	1	Surveilans penyakit pada situasi KLB, situasi khusus dan bencana
				2	Pengendalian faktor risiko penyakit pada situasi KLB, situasi khusus dan dampak bencana
				3	Komunikasi risiko pada pengendalian KLB, situasi khusus dan dampak bencana
<b>3 Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan</b>					
3.1 Upaya Pencegahan dan Pengendalian Masalah Keswa dan Napza	1	Pencegahan Masalah Keswa dan Napza	1	Konseling , Deteksi dini masalah keswa dan Napza antara lain : gangguan Depresi dan Cemas, Gangguan Psikotik, Penyalahgunaan Napza (Alkohol dan Zat Psikoaktif lainnya), Masalah Keswa lainnya	
			2	Pendampingan penderita gangguan jiwa dan napza antara lain: gangguan depresi dan cemas, gangguan psikotik, penyalahgunaan napza (alkohol dan zat psikoaktif lainnya), dan masalah keswa lainnya	
3.2 Pelayanan kesehatan kerja			1	Kegiatan dalam rangka Bebas Pasung antara lain : pencarian kasus, Penemuan kasus secara dini, Pemberian obat pencegahan kekambuhan dalam bentuk pendampingan	
			2	Pendataan pekerja dan tempat kerja	
			3	Pemeriksaan tempat kerja dan pekerja	
				3	Pembinaan dan pemantauan kesehatan kerja



3.3 Pelayanan kesehatan tradisional			4	Sosialisasi, orientasi kesehatan kerja
			1	Pembinaan dan pemantauan kesehatan tradisional
3.4 Pelayanan kesehatan olahraga			2	Sosialisasi, orientasi kesehatan tradisional alternatif dan komplementer
			1	Pemeriksaan kebugaran
			2	Pembinaan kesehatan olahraga
3.5 Pelayanan kesehatan lainnya termasuk lokal spesifik			3	Sosialisasi, orientasi kesehatan olahraga

Tabel. II Rincian Kegiatan Pemanfaatan BOK untuk pelaksanaan Fungsi Manajemen Puskesmas

No	Kegiatan	Jenis Kegiatan	
1	Manajemen Puskesmas	1	Penyusunan perencanaan puskesmas / penyusunan POA
		2	Lokakarya mini puskesmas bulanan / tribulanan
		3	Evaluasi / Penilaian kinerja
		4	Rapat-rapat lintas program dan lintas sektoral
2	Penyediaan Bahan Pakai Habis	1	Pembelian ATK
		2	Fotocopy / penggandaan
3	Konsultasi, Pembinaan Teknis	1	Konsultasi ke kabupaten/kota
		2	Pembinaan teknis ke jaringan, jejaring, UKBM, institusi
4	Sistem Informasi	1	Penggandaan formulir pencatatan dan pelaporan
		2	Pengiriman laporan
		3	Langganan internet / pembelian pulsa internet



#### 6. Jenis Pembiayaan

Dana BOK di Puskesmas dimanfaatkan untuk pembiayaan berbagai kegiatan prioritas yang telah ditetapkan oleh Puskesmas. Jenis pembiayaan tersebut meliputi :

- a. Belanja transport petugas kesehatan dan kader serta lintas sector;
- b. Belanja perjalanan dinas dalam dan luar daerah bagi ASN dan non ASN;
- c. Belanja bahan pakai habis;
- d. Belanja material pendukung kegiatan;
- e. Belanja pencetakan dan penggandaan;
- f. Belanja makan dan minum rapat;
- g. Belanja kegiatan pertemuan;
- h. Belanja honor tenaga kontrak;
- i. Belanja pemeriksaan sampel;
- j. Belanja jasa pengiriman sampel; dan
- k. Belanja jasa iuran JKN tenaga kontrak di Puskesmas.

Dana BOK di Puskesmas tidak boleh untuk membiayai kegiatan dalam bentuk Belanja Modal, kegiatan kuratif dan rehabilitative, pengadaan obat, vaksin, alat kesehatan, retribusi, pemeliharaan bangunan, kendaraan, sarana dan prasarana

#### B. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Dinas Kesehatan Kabupaten Dan Kota

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang dialokasikan untuk kabupaten/kota seluruh Indonesia merupakan dukungan operasional untuk melaksanakan peran dan fungsi sebagai fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat sekunder. BOK di kabupaten/kota terdiri dari beberapa jenis yang meliputi:

##### 1. BOK Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Sekunder

BOK UKM sekunder merupakan pembiayaan untuk dukungan pelaksanaan fungsi rujukan sekunder bagi Puskesmas. Dana BOK UKM sekunder untuk kabupaten dan kota dapat digunakan untuk dinas kesehatan kabupaten/kota dan Balai Kesehatan Masyarakat yang merupakan UPT, yang berfungsi sebagai fasilitas rujukan UKM sekunder.

a. Tujuan

1) Umum

Meningkatkan fungsi rujukan upaya kesehatan masyarakat sekunder dalam mendukung pelayanan upaya kesehatan masyarakat primer di Puskesmas.

2) Khusus

- a) Menyelenggarakan fungsi rujukan upaya kesehatan masyarakat dari dan ke Puskesmas; dan
- b) Menyelenggarakan pembinaan, monitoring dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat.

b. Sasaran

- 1) Dinas kesehatan kabupaten/kota; dan
- 2) Balai kesehatan masyarakat UPT dinas kesehatan.

c. Alokasi.

Alokasi dana ditetapkan setiap tahun melalui Keputusan Menteri Kesehatan, bersifat tetap dan merupakan pagu maksimal.

d. Penggunaan

Dana BOK UKM Sekunder digunakan untuk kegiatan antara lain :

- 1) Penguatan dan percepatan pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK);
- 2) Rujukan pengujian sample kesehatan masyarakat (Bila UKM primer tidak mampu melakukan pemeriksaan baik dalam tenaga, sarana prasarana maupun teknologi) termasuk yang dilaksanakan oleh Balai Kesehatan Masyarakat sebagai UPT dinas kesehatan kabupaten/kota;
- 3) Dukungan/pendampingan pemanfaatan teknologi kesehatan seperti kegiatan pengukuran cemaran lingkungan/zat berbahaya. Kalibrasi alat, dan lain-lain;
- 4) Peningkatan kapasitas SDM (orientasi/pelatihan, *on the job training*/kalakarya) dalam rangka percepatan penurunan stunting
- 5) Pembinaan, pendampingan dan bimbingan teknis terpadu UKM primer dan sekunder antara lain Audit Maternal Perinatal, penyelidikan epidemiologi, pelacakan dan konfirmasi kasus gizi, pendampingan permasalahan kesehatan lain, termasuk menghadiri kegiatan minilokakarya Puskesmas;
- 6) Kampanye, sosialisasi, advokasi perilaku hidup sehat di tingkat kabupaten/kota dan pemberdayaan masyarakat;



7) Koordinasi terpadu lintas program/lintas sektor bidang kesehatan termasuk dengan Puskesmas; dan

8) Penyediaan 1 (satu) orang tenaga sebagai fasilitator STBM kabupaten dan dukungan operasionalnya.

Proses penerimaan tenaga dilaksanakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, dengan ikatan perjanjian kerja yang ditandatangani oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan tenaga yang bersangkutan. Persyaratan kualifikasi tenaga tersebut meliputi:

- a) Berpendidikan minimal D3 Kesehatan Lingkungan
- b) Diberikan honor minimal sesuai upah minimum di kabupaten/kota yang berlaku.
- c) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota menetapkan target kinerja bulanan secara tertulis (*output-based performance*).
- d) Diberikan hak/fasilitas yang setara dengan staf dinas kesehatan kabupaten/kota lainnya termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan biaya operasional kegiatan sesuai peraturan yang berlaku
- e) Lama perjanjian kerja sesuai tahun anggaran yang berlaku
- f) Pembiayaan bersumber dari dana BOK kabupaten/kota

#### e. Jenis Pembiayaan

Dana BOK UKM sekunder dimanfaatkan untuk pembiayaan program dan kegiatan meliputi :

- 1) Belanja transport local;
- 2) Belanja perjalanan dinas dalam dan luar daerah bagi ASN dan non ASN;
- 3) Belanja pembelian bahan pakai habis;
- 4) Belanja penggandaan dan pencetakan;
- 5) Belanja pembelian material pendukung kegiatan UKM sekunder;
- 6) Belanja kegiatan pertemuan / *meeting*;
- 7) Belanja makan dan minum kegiatan rapat-rapat;
- 8) Belanja honor tenaga termasuk fasilitator kesehatan lingkungan Kabupaten;
- 9) Belanja pemeriksaan sampel;
- 10) Belanja jasa pengiriman sampel; dan
- 11) Belanja iuran JKN untuk tenaga kontrak di kabupaten/kota



Dana BOK UKM sekunder tidak boleh dimanfaatkan untuk membiayai kegiatan belanja modal, bayar retribusi, perawatan bangunan, kendaraan, sarana dan prasarana.

## 2. BOK Stunting

Program percepatan penurunan *stunting* telah ditetapkan sebagai program prioritas dan merupakan komitmen baik di tingkat nasional maupun di daerah. Sejak tahun 2018, pemerintah telah mengalokasikan anggaran melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) termasuk DAK non fisik untuk *stunting* sebagai dukungan, khususnya untuk konvergensi, koordinasi dan konsolidasi program *stunting* di kabupaten. Pada tahun 2019 telah ditetapkan 160 kabupaten/kota sebagai lokus percepatan penurunan *stunting*.

### a. Tujuan

#### 1) Umum

Meningkatkan peran lintas program dan lintas sektor dalam percepatan penurunan prevalensi *stunting*

#### 2) Khusus

a) Mendorong upaya konvergensi lintas program dan lintas sektor dalam percepatan penurunan *stunting*

b) Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan percepatan penurunan *stunting*

### b. Sasaran

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

### c. Alokasi

Alokasi DAK non fisik program *stunting* diperuntukkan bagi 160 kabupaten/kota prioritas untuk penanganan *stunting* tahun anggaran berjalan ditetapkan dengan keputusan Menteri Kesehatan.

### d. Penggunaan

Dana BOK Stunting untuk kabupaten/kota lokus digunakan dalam upaya percepatan penurunan *stunting* di daerah melalui kegiatan koordinasi, konvergensi dan konsolidasi sebagai berikut :

1) Penyusunan regulasi tentang *stunting*;

2) Penyusunan Rencana Aksi Daerah;

3) Koordinasi, konvergensi lintas program, lintas sektor;

- 4) Penguatan, penggerakan dan pelaksanaan, intervensi spesifik dan sensitif terutama di desa lokus penanganan stunting;
- 5) Monitoring dan evaluasi lintas program dan multi sektor sampai Puskesmas termasuk Puskesmas lokus dan desa lokus baik yang ditetapkan nasional ataupun oleh daerah;
- 6) Pencatatan pelaporan (termasuk dokumentasi) intervensi dan hasil;
- 7) Evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan dalam rangka penurunan stunting;
- 8) Orientasi strategi komunikasi perubahan perilaku, PMBA, STBA dan penggerakan masyarakat untuk KIA seperti kelas ibu, tumbuh kembang/SDIDTK (Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang)
- 9) Konsultasi ke provinsi maksimal 2 kali, dan ke pusat 2 kali, @ 2 orang; dan
- 10) Kegiatan lain sesuai kebutuhan daerah.

e. Jenis Pembiayaan

Pemanfaatan dana BOK stunting untuk pembiayaan berbagai kegiatan konvergensi, koordinasi dan konsolidasi percepatan stunting meliputi:

- 1) Belanja transport lokal;
- 2) Belanja perjalanan dinas dalam daerah dan luar daerah bagi ASN dan non ASN;
- 3) Belanja bahan pakai habis;
- 4) Belanja material pendukung kegiatan BOK stunting;
- 5) Belanja makan dan minum;
- 6) Belanja pertemuan/*meeting*;
- 7) Belanja penggandaan dan percetakan;
- 8) Belanja honor narasumber/tenaga ahli pertemuan; konvergensi, koordinasi dan konsultasi dengan lintas sektor, sesuai ketentuan yang berlaku.

Dana BOK Stunting tidak boleh dimanfaatkan untuk membiayai kegiatan belanja modal, perawatan bangunan, kendaraan, sarana dan prasarana, kegiatan kuratif dan rehabilitasi, pengadaan obat, vaksin dan alat kesehatan.

### C. Jaminan Persalinan (JAMPERSAL)

Sebagai tahun terakhir dari penyusunan peta jalan *Universal Health Coverage* tahun 2019 diharapkan 95% jumlah penduduk telah memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sehingga terlindung dari risiko finansial apabila mengalami masalah kesehatan termasuk adanya jaminan persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Tahun 2019 juga merupakan tahun pertama akan diberlakukannya Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan dengan 12 indikator yang di dalamnya ada indikator pelayanan kehamilan, pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan bayi baru lahir. Sampai dengan tahun 2018 prosentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan masih belum mencapai angka optimal pada angka 90% yang diduga diantaranya adalah terkait dengan masalah finansial meliputi ketidakmampuan menyediakan biaya persalinan, ketidakmampuan menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat pertolongan persalinan. Pemerintah pada tahun 2019 masih melanjutkan program Jaminan Persalinan sebagai kelanjutan tahun 2018 dengan tujuan membantu masalah finansial dari masyarakat karena ketidakmampuan menyediakan biaya jasa persalinan dan biaya transportasi untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan untuk pertolongan persalinan khususnya pada sasaran penduduk miskin dan tidak mampu yang belum memiliki jaminan kesehatan.

#### 1. Tujuan

##### a. Tujuan Umum:

Meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten.

##### b. Tujuan Khusus:

- 1) Meningkatnya jumlah persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten;
- 2) Menurunnya kasus komplikasi pada ibu hamil bersalin dan nifas serta bayi baru lahir.

#### 2. Sasaran

Dinas kesehatan kabupaten/kota.



### 3. Kebijakan Operasional

- a. Sasaran Dana Jampersal diperuntukkan untuk membantu ibu hamil, ibu bersalin beserta bayi baru lahir miskin dan tidak mampu yang belum memiliki jaminan kesehatan (JKN) atau Jaminan/asuransi lain.
- b. Penentuan sasaran penerima Jampersal ditetapkan oleh daerah kabupaten/kota.
- c. Dana Jampersal diarahkan untuk memobilisasi persalinan ke fasilitas kesehatan yang kompeten sehingga dapat melakukan pencegahan dini terhadap terjadinya komplikasi baik dalam persalinan ataupun masa nifas.
- d. Penyediaan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) mempertimbangkan sumber daya kesehatan di daerah dan kebutuhan lapangan.
- e. Dana Jampersal dapat digunakan untuk membiayai persalinan, perawatan kehamilan risiko tinggi di fasilitas pelayanan kesehatan bagi ibu hamil/bersalin.
- f. Penerima bantuan hanya berlaku di perawatan/pelayanan kelas III sesuai dengan pelayanan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan tidak diperbolehkan naik kelas.
- g. Dana Jampersal tidak boleh digunakan untuk membiayai kegiatan yang telah dibiayai melalui dana APBN, APBD, BPJS, maupun sumber dana lainnya.
- h. Dinas kesehatan kabupaten/kota menghitung kebutuhan pemanfaatan dana jampersal masing-masing kegiatan untuk wilayah kabupaten/kota sesuai dengan prioritas.
- i. Dana Jampersal dapat dimanfaatkan secara fleksibel sesuai kebutuhan yang diatur dalam juknis, dan alokasi dana Jampersal merupakan pagu maksimal.
- j. Pembayaran kegiatan jampersal menggunakan sistem klaim dari fasilitas pelayanan kesehatan atau penanggungjawab kegiatan jampersal kepada bendahara yang ditetapkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.
- k. Ketentuan lebih lanjut tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana Jampersal diatur lebih lanjut di daerah sesuai dengan peraturan yang berlaku.

4. Ruang Lingkup Kegiatan Jampersal

Ruang lingkup Jampersal di kabupaten/kota meliputi:

- a. Rujukan persalinan dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten;
- b. Sewa dan operasional rumah tunggu kelahiran (RTK); dan
- c. Pertolongan persalinan, KB paskapersalinan dan perawatan bayi baru lahir;

5. Pengalokasian Dana Jampersal

Alokasi dana merupakan pagu maksimal sehingga dalam pemanfaatannya harus diperhitungkan secara cermat dengan memilih kegiatan berdasarkan skala prioritas.

c. Penggunaan Dana Jampersal

Dana jampersal di kabupaten/kota dipergunakan untuk kegiatan meliputi:

- a. Rujukan (pergi dan pulang) ibu hamil/bersalin ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai kompetensi pertolongan persalinan meliputi :

- 1) Rujukan ibu hamil/bersalin normal dari rumah ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan primer baik melalui rumah tunggu kelahiran dan atau langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan primer.

- 2) Rujukan ibu hamil/bersalin risiko tinggi:

- a) Rujukan dari rumah ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sekunder/tersier atau dari fasilitas pelayanan kesehatan primer ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sekunder/tersier baik melalui rumah tunggu kelahiran dan atau langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sekunder/tersier.

- b) Rujukan untuk pelayanan perawatan kehamilan ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sekunder/tertier atas indikasi medis.

- b. Sewa dan Operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) termasuk makan dan minum bagi pasien, keluarga pendamping dan petugas kesehatan/kader.

- c. Pertolongan persalinan, perawatan kehamilan risiko tinggi atas indikasi (bila diperlukan) di fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten dengan fasilitas sama dengan peserta JKN/KIS



penerima bantuan iuran (PBI) kelas III berupa biaya jasa pertolongan persalinan, perawatan kehamilan risiko tinggi, pelayanan KB paska persalinan dengan kontrasepsi disediakan BKKBN termasuk perawatan bayi baru lahir dan skrining hipotiroid kongenital Bayi Baru Lahir (BBL).

Pembiayaan untuk pelayanan antenatal (ANC) dan pelayanan nifas (PNC) tidak termasuk dalam paket Jampersal kecuali ibu hamil risiko tinggi yang atas indikasi medis perlu pelayanan/perawatan di fasilitas rujukan sekunder/tersier.

Penerima bantuan Jampersal tidak diperbolehkan naik kelas dengan biaya sendiri dan harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Penerima Bantuan Iuran (PBI). Besaran biaya pertolongan persalinan dan perawatan sesuai dengan yang berlaku pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau peraturan yang berlaku di daerah.

Setiap kabupaten/kota diharapkan menggunakan dana Jampersal untuk sewa Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) minimal 1 (satu) rumah di dekat rumah sakit yang ditetapkan sebagai rujukan risiko tinggi, untuk mendekatkan akses ibu hamil risiko tinggi dengan rumah sakit pada hari sebelum dan setelah melahirkan.

#### 7. Jenis Pembiayaan Jampersal

Dana Jampersal dapat dimanfaatkan untuk:

a. Transport lokal atau perjalanan dinas petugas kesehatan termasuk kader;

b. Sewa mobilitas/sarana transportasi rujukan;

c. Operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) mencakup:

1) Sewa rumah;

2) Makan dan minum bagi ibu hamil dan pendamping yang ada di RTK; dan

3) Langganan air, listrik, kebersihan;

d. Jasa pelayanan/pemeriksaan, perawatan dan pertolongan persalinan kelas 3 mengacu pada Jaminan Kesehatan Nasional.

8. Dana Jampersal tidak boleh dimanfaatkan untuk belanja tidak langsung, belanja modal, pembelian obat dan vaksin, biaya iuran/premi.



9. Bupati/Walikota dalam rangka mendukung pelaksanaan Jampersal dapat menetapkan peraturan Bupati/Walikota tentang Jampersal meliputi :
  - a. Ibu hamil/ibu bersalin yang akan menerima bantuan Jampersal;
  - b. Transport lokal dan/atau perjalanan dinas untuk petugas/kader yang mengantar ibu hamil dari rumah ke RTK dan atau langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan memperhatikan jarak tempuh, kondisi geografis, aksesibilitas;
  - c. Sewa mobilitas/sarana transportasi rujukan;
  - d. Operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) mencakup: 1) Sewa rumah, 2) Makan dan minum bagi ibu hamil dan pendamping yang ada di RTK, 3) Langganan air, listrik, kebersihan.
- D. Dukungan Manajemen Satuan Kerja BOK dan Jampersal  
Dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai satuan kerja pengelolaan DAK Nonfisik khususnya BOK dan Jampersal memerlukan berbagai kegiatan manajemen untuk mendukung pelaksanaan BOK dan Jampersal.
  1. Tujuan
    - a. Umum  
Mewujudkan pengelolaan BOK dan Jampersal tingkat kabupaten kota yang baik, transparan dan akuntabel.
    - b. Khusus
      - 1) Menyelenggarakan pengelolaan BOK yang transparan dan akuntabel;
      - 2) Menyelenggarakan kegiatan dukungan administrasi pengelolaan; dan
      - 3) Menyelenggarakan verifikasi pengelolaan keuangan.
  2. Alokasi  
Alokasi dukungan manajemen BOK dan Jampersal kabupaten/kota termasuk Puskesmas ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dengan besaran masing masing kabupaten/kota ada pada lampiran
  3. Penggunaan  
Dana dukungan manajemen pengelolaan BOK dan Jampersal di kabupaten/kota digunakan untuk membiayai kegiatan satuan kerja BOK dan Jampersal kabupaten/kota yang meliputi :

No	Kegiatan	Jenis Kegiatan	
1	Pengelolaan Keuangan Satuan Kerja di kabupaten/kota dan Puskesmas	1	Penyediaan honor satker pengelola keuangan termasuk kepala Puskesmas dan bendahara Puskesmas sesuai peraturan yang berlaku
		2	Dukungan administrasi antara lain ATK, penggandaan, pembelian meterai dan lain-lain
2	Pembinaan Administrasi	1	Rapat/pertemuan koordinasi, sosialisasi, advokasi LP/LS, verifikasi perencanaan, monitoring dan evaluasi BOK.
		2	Pembinaan administrasi tata kelola keuangan Puskesmas
		3	Konsultasi ke provinsi maksimal 2x dan pusat 2 x @ 2 orang
3	Sistem informasi	1	Pelaporan
		2	Langganan internet/pembelian pulsa internet untuk mendukung program prioritas kesehatan termasuk untuk PIS-PK

#### 4. Jenis Pembiayaan

Dana dukungan manajemen pengelolaan BOK dan Jampersal dapat dimanfaatkan untuk membiayai kegiatan yang meliputi :

- 1) Belanja transport lokal;
- 2) Belanja perjalanan dinas dalam daerah dan luar daerah bagi ASN dan non ASN;
- 3) Belanja bahan pakai habis
- 4) Belanja material pendukung kegiatan dukungan manajemen;
- 5) Belanja makan dan minum kegiatan rapat;
- 6) Belanja pertemuan/ *meeting*;
- 7) Belanja penggandaan dan percetakan;
- 8) Belanja honor pengelola keuangan satuan kerja; dan
- 9) Belanja honor narasumber /tenaga ahli.

#### E. BOK E-logistik dan Distribusi Obat

1. Distribusi obat, vaksin dan BMHP ke puskesmas serta dukungan pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP secara elektronik meliputi:

a. Biaya distribusi obat, vaksin dan BMHP dari Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota ke puskesmas, dapat digunakan untuk:

- 1) Biaya perjalanan dinas/transport bagi petugas Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota ke puskesmas. Kepala Daerah menetapkan ketentuan biaya perjalanan dinas atau transport bagi petugas Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota ke puskesmas;
- 2) Bagi kabupaten pemekaran, dapat digunakan untuk biaya perjalanan dinas/transport petugas Instalasi Farmasi Kabupaten pemekaran ke Instalasi Farmasi Kabupaten induk;
- 3) Biaya bahan bakar atau biaya sewa alat transportasi distribusi obat serta biaya pengepakan obat dan BMHP. Biaya sewa dimaksud adalah untuk satu kali pengantaran;
- 4) Jasa pengiriman melalui pihak ketiga; dan
- 5) Biaya tenaga bongkar muat.

b. Dukungan pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP secara elektronik di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota dapat digunakan untuk:

- 1) Pendampingan manajemen logistik obat dan BMHP, termasuk pengumpulan data indikator ketersediaan obat dan vaksin esensial dengan mengundang petugas puskesmas;
- 2) Biaya perjalanan dinas atau transport bagi petugas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan konsultasi pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP secara elektronik ke provinsi. Tata cara penyelenggaraannya mengacu pada ketentuan perjalanan dinas atau transport yang ditetapkan dengan peraturan yang berlaku;
- 3) Biaya langganan internet yang hanya berupa paket data dengan kuota paling banyak 6 Gb per bulan; dan
- 4) Honorarium untuk pengelola aplikasi sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP sesuai versi Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan. Tenaga pengelola :
  - a) Petugas Instalasi Farmasi (ASN ataupun Honorer) yang ditugaskan menangani aplikasi logistik. Jumlah petugas maksimal 2 orang dengan honor Rp. 300.000 s.d 500.000 /orang/bulan.
  - b) Petugas yang direkrut khusus untuk mengelola aplikasi logistik. Jumlah petugas maksimal 1 orang dengan honor



sesuai dengan UMR setempat yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

c. Pemanfaatan dana BOK Distribusi obat, vaksin dan BMHP ke puskesmas serta dukungan pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP secara elektronik memiliki persyaratan sebagai berikut:

1) Kabupaten/Kota yang akan menggunakan dana BOK distribusi obat dan BMHP ke puskesmas harus memenuhi persyaratan umum sebagai berikut:

- a) Permintaan obat sesuai format Laporan Pemakaian dan lembar Permintaan Obat (LPLPO);
- b) Memiliki prosedur/SOP yang terdokumentasi untuk distribusi obat ke puskesmas; dan
- c) Memiliki struktur organisasi dan petugas yang menangani distribusi obat.

2) Persyaratan teknis yang harus dipenuhi oleh kabupaten/kota untuk melaksanakan BOK distribusi obat dan BMHP serta dukungan pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi obat dan BMHP secara elektronik adalah sebagai berikut:

- a) Untuk biaya distribusi obat, vaksin, dan BMHP dari IFK ke puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memiliki prosedur/SOP yang terdokumentasi untuk distribusi obat ke puskesmas;
- b) Untuk pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP secara elektronik di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mempunyai sarana dan prasarana pengolahan data dan akses internet yang memadai.

## F Bantuan Operasional Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi

Dinas kesehatan provinsi sebagai perpanjangan tangan Kementerian Kesehatan di daerah, mendapat alokasi dana BOK.

### 1. Tujuan

#### a. Umum

Meningkatkan fungsi rujukan upaya kesehatan masyarakat tersier dalam mendukung pelayanan upaya kesehatan masyarakat sekunder dan primer di Puskesmas.

#### b. Khusus

- 1) Menyelenggarakan fungsi rujukan upaya kesehatan masyarakat dari dan ke kabupaten/kota dan Puskesmas;
- 2) Menyelenggarakan pembinaan, monitoring dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat.

### 2. Sasaran

a Dinas kesehatan provinsi;

b Balai kesehatan masyarakat UPT dinas Kesehatan.

### 3. Alokasi.

Alokasi dana ditetapkan melalui keputusan Menteri Kesehatan, bersifat tetap dan merupakan pagu maksimal.

### 4. Penggunaan

Dana BOK tingkat provinsi digunakan untuk kegiatan antara lain :

- a. Kegiatan dalam rangka penguatan dan percepatan pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di wilayah provinsi;
- b. Orientasi dalam rangka percepatan penurunan *stunting*
- c. Rujukan pengujian sample kesehatan masyarakat (ketika UKM primer dan sekunder tidak mampu melakukan pemeriksaan baik dalam tenaga, sarana prasarana maupun teknologi) termasuk yang dilaksanakan oleh Balai Kesehatan Masyarakat sebagai UPT dinas kesehatan provinsi;
- d. Dukungan/pendampingan pemanfaatan teknologi kesehatan: kegiatan pengukuran cemaran lingkungan/zat berbahaya kalibrasi alat, dan lain-lain.
- e. Peningkatan kapasitas SDM (orientasi/pelatihan, *on the job training*/kalakarya) dalam rangka percepatan penurunan *stunting*

- f. Koordinasi, sosialisasi dan advokasi terpadu lintas program/lintas sektor tentang program prioritas bidang kesehatan tingkat provinsi/kabupaten/kota/Puskesmas;
- g. Pembinaan dan bimbingan teknis terpadu UKM primer dan sekunder antara lain Audit Maternal Perinatal, penyelidikan Epidemiologi, pelacakan dan konfirmasi kasus gizi, pendampingan permasalahan kesehatan lainnya
- h. Menghadiri kegiatan mini lokakarya Puskesmas bersama kabupaten/kota;
- i. Kampanye, sosialisasi, advokasi perilaku hidup sehat di tingkat provinsi dan pemberdayaan masyarakat;
- j. Dukungan manajemen untuk kegiatan perencanaan, penggerakan pelaksanaan, monitoring evaluasi serta dukungan administrasi; dan
- k. Konsultasi ke pusat maksimal 2 kali dalam setahun.

#### 5. Jenis Pembiayaan

Dana BOK UKM tersier dimanfaatkan untuk pembiayaan program dan kegiatan UKM tersier yang telah ditetapkan secara terintegrasi.

Pemanfaatan dana tersebut meliputi :

- a. Belanja transport local;
- b. Belanja perjalanan dinas dalam dan luar daerah bagi ASN dan non ASN;
- c. Belanja pembelian bahan habis pakai;
- d. Belanja penggandaan dan pencetakan;
- e. Belanja pembelian material pendukung kegiatan UKM Tersier;
- f. Belanja kegiatan pertemuan /rapat;
- g. Belanja makan dan minum kegiatan rapat-rapat;
- h. Belanja honor narasumber/tenaga ahli;
- i. Belanja pemeriksaan sampel; dan
- j. Belanja jasa pengiriman sampel.

Dana BOK UKM tersier tidak boleh dimanfaatkan untuk membiayai kegiatan: belanja Modal, bayar Retribusi, perawatan bangunan, kendaraan sarana dan prasarana



## Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

### 1. Gambaran Umum

Salah satu sasaran pokok pembangunan kesehatan dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan. Untuk mewujudkan sasaran pokok tersebut maka disusunlah kegiatan peningkatan mutu melalui akreditasi pelayanan kesehatan dengan dukungan Dana Alokasi Khusus Nonfisik (DAK Nonfisik).

Agar lebih operasional maka perlu disusun petunjuk teknis pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu melalui akreditasi pelayanan kesehatan. Petunjuk teknis tersebut harus menjadi acuan dan dipatuhi oleh daerah dalam penggunaan anggaran DAK Non Fisik sebagai mana yang diamanatkan pada Peraturan Pemerintah No. 55 tahun 2005, khususnya pasal 59 ayat (1) dan 60 ayat (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mendapatkan alokasi DAK Nonfisik untuk akreditasi terdiri dari:

- a. Puskesmas;
- b. Rumah Sakit; dan
- c. Laboratorium Kesehatan.

### 2. Tujuan

#### a. Tujuan Umum:

Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dengan mengutamakan keselamatan pasien dan masyarakat.

#### b. Tujuan Khusus:

- 1) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dengan mengutamakan keselamatan pasien dan masyarakat di Puskesmas.
- 2) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dengan mengutamakan keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- 3) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dengan mengutamakan keselamatan pasien dan masyarakat di Laboratorium Kesehatan.

### 3. Sasaran

- a. Puskesmas;
- b. Rumah Sakit Pemerintah; dan
- c. Laboratorium Kesehatan Daerah

#### 4. Kebijakan Operasional

##### a. Persyaratan Umum:

- 1) Pemilik/pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan membuat pernyataan komitmen melaksanakan akreditasi pada tahun berjalan;
- 2) Pemilik/pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan melampirkan rekomendasi dari Dinas Kesehatan Provinsi untuk melaksanakan akreditasi pada tahun berjalan;
- 3) Pemilik/pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan melaporkan progres persiapan akreditasi secara berkala 3 bulan sekali melalui Dinas Kesehatan Provinsi kepada Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan;
- 4) Ketentuan untuk pengalokasian honorarium diatur sebagai berikut:
  - a) Honorarium Narasumber maksimal 3 jam per hari per orang;
  - b) Honorarium Narasumber per jam Rp 900.000,- (sembilan ratus ribu rupiah) mengacu pada Peraturan Menteri Keuangan (PMK) tentang Standar Biaya Masukan;
  - c) Honorarium Moderator per orang per kali sebesar Rp 700.000,- (tujuh ratus ribu rupiah) mengacu pada PMK tentang Standar Biaya Masukan.
- 5) Memiliki sarana, prasarana, peralatan dan Sumber Daya Manusia sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- 6) Fasilitas pelayanan kesehatan yang siap untuk melaksanakan keseluruhan proses kegiatan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan dapat mengajukan permohonan permintaan narasumber kegiatan kepada Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.

##### b. Persyaratan Khusus

###### 1) Akreditasi Puskesmas

- a) Puskesmas sudah teregistrasi di Pusdatin Kementerian Kesehatan;
- b) Puskesmas telah memiliki izin untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dari pemerintah Kab/Kota;
- c) Puskesmas memiliki dokter umum;
- d) Kriteria Kepala Puskesmas sesuai peraturan yang berlaku;



- e) Kabupaten/kota yang mengusulkan survei perdana akreditasi Puskesmas diutamakan pada Puskesmas yang telah menyelesaikan pendampingan pada tahun sebelumnya;
- f) Puskesmas yang diusulkan untuk survei ulang (reakreditasi) harus sudah melakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi hasil survei sebelumnya dengan melakukan fasilitasi dan pembinaan pasca akreditasi minimal 6 bulan sekali sesuai Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Pembinaan Mutu dan Akreditasi Puskesmas, dan dilaporkan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Provinsi secara periodik (per 6 bulan) melalui website [www.siaf.kemendes.go.id](http://www.siaf.kemendes.go.id);
- g) Kabupaten/Kota menandatangani surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan status akreditasi minimal satu tingkat lebih tinggi dari status akreditasi sebelumnya pada puskesmas yang diusulkan pendampingan pasca akreditasi. Bagi puskesmas yang status akreditasinya paripurna, harus bisa mempertahankan atau meningkatkan skoring kelulusan, pada puskesmas yang diusulkan survei ulang (reakreditasi).
- h) Kabupaten/Kota menyampaikan jadwal pembinaan pasca akreditasi dan menandatangani surat pernyataan kesanggupan untuk melaporkan pendampingan pasca survei melalui aplikasi website [www.siaf.kemendes.go.id](http://www.siaf.kemendes.go.id) pada Puskesmas yang diusulkan menu pendampingan pasca survei akreditasi.

Pelaksanaan kegiatan pendampingan pasca akreditasi yang dapat dibiayai dengan DAK Nonfisik sebanyak 2 (dua) kali setahun.

- i) Perubahan lokus Puskesmas dari Roadmap yang sudah ditetapkan dapat dilakukan dengan ketentuan:
  - (1) Kecamatan yang diusulkan sudah memiliki Puskesmas tersertifikasi akreditasi, maka bisa dialihkan ke Kecamatan yang belum memiliki Puskesmas tersertifikasi akreditasi.



KEMENKES RI

- 3) Pendampingan Pasca Survei Akreditasi;
- 4) Survei Akreditasi Perdana; dan
- 5) Survei Akreditasi Ulang (*Re-Akreditasi*)

b. Akreditasi Rumah Sakit

- 1) Tahap Persiapan Akreditasi dengan menu:
  - a) *Workshop*;
  - b) Bimbingan; dan
  - c) Survei Simulasi
- 2) Tahap Pelaksanaan Akreditasi dengan menu:
  - a) Survei Akreditasi Pertama; dan
  - b) Survei re-Akreditasi

c. Akreditasi Laboratorium Kesehatan

- 1) Tahap Persiapan Akreditasi dengan menu:
  - a) *Workshop*;
  - b) Pemenuhan standar mutu pemeriksaan (PME);
  - c) Bimbingan; dan
  - d) Survei Simulasi
- 2) Tahap Pelaksanaan akreditasi dengan menu: Survei Akreditasi

6. Pemanfaatan Dana Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

a. Akreditasi Puskesmas

Urutan prioritas menu DAK nonfisik akreditasi puskesmas

MENU	URUTAN PRIORITAS
a) <i>Workshop</i> Pendukung Implementasi Akreditasi Puskesmas -Kegiatan <i>Workshop</i> Pemahaman Standar dan Instrumen Akreditasi FKTP -Kegiatan <i>Workshop</i> Audit Internal dan Tinjauan Manajemen -Kegiatan <i>Workshop</i> Keselamatan Pasien	4
b) Pendampingan Pra Survei Akreditasi	3
c) Pendampingan Pasca Survei Akreditasi	5
d) Survei Akreditasi Perdana	1
e) Survei Ulang Akreditasi ( <i>Re-Akreditasi</i> )	2

Adapun penjelasan pola pembiayaan masing-masing menu sebagai berikut:

1) *Workshop* Pendukung Implementasi Akreditasi Puskesmas

Kegiatan ini bertujuan untuk:

- a) Memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada Puskesmas terkait dengan pemenuhan standar akreditasi sehingga Puskesmas dapat melakukan pemenuhan standar akreditasi.
- b) Memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada Puskesmas terkait Audit Internal dan Tinjauan Manajemen sehingga Puskesmas dapat melakukan Audit Internal dan Tinjauan Manajemen
- c) Memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada Puskesmas terkait Keselamatan Pasien sehingga Puskesmas dapat melakukan Keselamatan Pasien.

Menu *workshop* yang dilaksanakan dapat disesuaikan dengan kebutuhan Puskesmas. Berikut adalah menu yang dapat dijadikan acuan sebagai pilihan:

- 1) *Workshop* Pemahaman Standard dan Instrumen Akreditasi
- 2) *Workshop* Audit Internal dan Tinjauan Manajemen
- 3) *Workshop* Keselamatan Pasien

Kegiatan *Workshop* pendukung implementasi akreditasi puskesmas dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.

a) Peserta /sasaran kegiatan terdiri dari:

- (1) Kepala Puskesmas;
- (2) Kepala TU;
- (3) Penanggung Jawab Administrasi dan Manajemen, Penanggung Jawab Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), Penanggung Jawab Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), Penanggung Jawab Keselamatan Pasien, Penanggung Jawab Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Penanggung Jawab Mutu di Puskesmas;
- (4) Dokter umum/Dokter Gigi;
- (5) Penanggung Jawab UGD;
- (6) Penanggung Jawab Rawat Inap;
- (7) Penanggung Jawab KIA/Poved;
- (8) Penanggung Jawab Pelaksana pelayanan Laboratorium; dan
- (9) Penanggung Jawab Pelaksana pelayanan Kefarmasian



b) Narasumber:

- (1) Narasumber pada *Workshop* Pemahaman Standar dan Instrumen Akreditasi adalah Pendamping dan/atau Surveior Akreditasi FKTP yang sudah mengikuti Lokakarya Standar dan Instrumen Akreditasi FKTP Versi 2018 yang dilaksanakan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan.
- (2) Narasumber pada *Workshop* Audit Internal dan Tinjauan Manajemen adalah Tenaga Kesehatan yang sudah memiliki Sertifikat Peningkatan Kemampuan Teknis Bagi Tenaga Kesehatan dalam pelaksanaan Audit Internal dan Tinjauan Manajemen di FKTP yang dikeluarkan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan.
- (3) Narasumber pada *Workshop* Keselamatan Pasien adalah Tenaga Kesehatan yang sudah memiliki Sertifikat Peningkatan Kemampuan Teknis Bagi Tenaga Kesehatan dalam pelaksanaan Keselamatan Pasien yang dikeluarkan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan.

Sesuai amanat Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 pasal 60 ayat 2 bahwa Penggunaan DAK dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Penggunaan DAK, maka Pola pembiayaan kegiatan mengikuti standar biaya yang tercantum pada juknis ini. Rincian kegiatan *Workshop* Pendukung Implementasi Akreditasi Puskesmas sebagai berikut:

No	Kegiatan	Lokasi dan Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1.	Workshop Pemahaman Standar dan Instrumen	Dinas Kesehatan Kab/Kota	-Penyamp aian materi dilaksan akan selama 3 hari efektif -Untuk Puskeam as yang sulit transpor tasi dapat menggu nakan pengina pan selama 4 malam, 3 hari materi, 1 hari kedatan gan dan 1 hari kepulan gan)	1)Belanja bahan: - ATK, Fotocopy & Penggandaan - Konsumsi rapat 2)Belanja jasa profesi: - Honor narasumber (3 orang @ 3 jam x 3 hari x Rp. 900.000) - Honor Moderator 2 kali (1 orang @ kali) Rp. 700.000 /kali 3)Belanja perjadin biasa: - Transport narasumber - Penginapan narasumber 4)Belanja Perjadin paket meeting dalam kota: - Uang harian - Transport lokal peserta - Paket meeting <i>fullday</i> Catatan: Bagi Kabupaten yang kesulitan akses ke Puskesmas dapat

No	Kegiatan	Lokasi dan Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				<p>mengusulkan biaya tambahan pada uang harian dan penginapan sesuai dengan jumlah hari untuk menempuh Kabupaten/Kota dari Puskesmas PP serta sesuai dengan kondisi ketersediaan transportasi. Komponen biaya tersebut mengacu pada SBU setempat atau <i>riil cost</i>. Kriteria Puskesmas sulit akses tersebut mengacu pada Permenkes Nomor 90 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasyankes Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, khususnya pada pasal 8 (delapan).</p>
2.	<p><i>Workshop</i> Pelaksanaan Audit Internal dan Tinjauan Manajemen</p>	<p>Dinas Kesehatan Kab/Kota</p>	<p>-Penyampaian materi dilaksanakn selama 3 hari</p>	<p>1)Belanja bahan: - ATK, Fotocopy &amp; Penggandaan - Konsumsi rapat 2)Belanja jasa profesi: - Honor narasumber</p>



No	Kegiatan	Lokasi dan Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			<p>efektif</p> <p>-Untuk Puskesmas yang sulit transportasi dapat menggunakan penginapan selama 4 malam, 3 hari materi, 1 hari kedatangan dan 1 hari kepulan gan)</p>	<p>(2 orang @ 2 jam x 3 hari x Rp. 900.000)</p> <p>- Honor Moderator 2 kali (1 orang @ kali) Rp. 700.000 /kali)</p> <p>3)Belanja perjadin biasa:</p> <p>- Transport narasumber</p> <p>- Penginapan narasumber</p> <p>4) Belanja Perjadin paket <i>meeting</i> dalam kota:</p> <p>- Uang harian</p> <p>- Transport lokal peserta</p> <p>- Paket <i>meeting fullday</i></p> <p>Catatan: Bagi Kabupaten yang kesulitan akses ke Puskesmas dapat mengusulkan biaya tambahan pada uang harian dan penginapan sesuai dengan jumlah hari untuk menempuh Kabupaten/Kota dari Puskesmas PP serta</p>

No	Kegiatan	Lokasi dan Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				<p>sesuai dengan kondisi keterediaan transportasi. Komponen biaya tersebut mengacu pada SBU setempat atau riil cost. Kriteria Puskesmas sulit akses tersebut mengacu pada Permenkes Nomor 90 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasyankes Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, khususnya pada pasal 8 (delapan).</p>
3.	Workshop Keselamatan Pasien	Dinas Kesehatan Kab/Kota.	<p>-Penyampaian materi dilaksanakan selama 2 hari efektif</p> <p>-Untuk Puskesmas yang sulit transpor</p>	<p>1)Belanja bahan: - ATK, Fotocopy &amp; Penggandaan - Konsumsi rapat</p> <p>2)Belanja jasa profesi: - Honor narasumber (2 orang @ 2 jam x 2 hari x Rp. 900.000) - Honor Moderator 2 kali (1 orang @ kali) Rp. 700.000</p>

No	Kegiatan	Lokasi dan Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			tasi dapat menggu nakan pengina pan selama 3 malam, (2 hari materi, 1 hari kedatan gan dan 1 hari kepulan gan)	/kali  3) Belanja perjadi biasa: - Transport narasumber - Penginapan narasumber  4) Belanja Perjadi paket <i>meeting</i> dalam kota: - Uang harian - Transport lokal peserta - Paket <i>meeting</i> <i>fullday</i>  Catatan: Bagi Kabupaten yang kesulitan akses ke Puskesmas dapat mengusulkan biaya tambahan pada uang harian dan penginapan sesuai dengan jumlah hari untuk menempuh Kabupaten/Kota dari Puskesmas PP serta sesuai dengan kondisi ketersediaan transportasi. Komponen biaya



No	Kegiatan	Lokasi dan Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				tersebut mengacu pada SBU setempat atau <i>riil cost</i> . Kriteria Puskesmas sulit akses tersebut mengacu pada Permenkes Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasyankes Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, khususnya pada pasal 8 (delapan).

#### 2) Pendampingan Pra Survei Akreditasi

Kegiatan ini dilaksanakan atas tanggung jawab Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dengan ketentuan sebagai berikut:

- a) Terdapat jadwal pendampingan akreditasi pada Puskesmas yang diusulkan untuk di akreditasi.
- b) Terdapat pernyataan dari kepala daerah untuk tidak melakukan mutasi bagi tenaga terlatih pendamping kabupaten/kota selama minimal 2 (dua) tahun.
- c) Terdapat *roadmap* akreditasi yang telah diusulkan ke pemerintah pusat.
- d) Terdapat Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kabupaten/Kota yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan

Pelaksana kegiatan ini adalah Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kabupaten/Kota yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan.

Tim pendamping adalah tenaga kesehatan dengan kriteria memiliki sertifikat pendamping dan / atau surveior akreditasi FKTP sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Sasaran Kegiatan adalah Puskesmas yang melakukan kegiatan persiapan survei perdana akreditasi dengan tahapan pendampingan sesuai dengan ketentuan pendampingan. Narasumber Kegiatan adalah Tim Pendamping Akreditasi FKTP yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaksanaan kegiatan pendampingan memerlukan waktu kurang lebih 6 sampai 8 bulan. Bagi kabupaten/kota yang mengusulkan menu pendampingan pra survei akreditasi Puskesmas harus mempertimbangkan waktu pelaksanaan kegiatan, sehingga tidak melewati waktu penggunaan anggaran.

Sesuai amanat Peraturan Pemerintah no 55 tahun 2005 pasal 60 ayat 2 bahwa Penggunaan DAK dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Penggunaan DAK, maka Pola pembiayaan kegiatan mengikuti standar biaya yang tercantum pada juknis ini. Rincian kegiatan Pendampingan Pra Survei Akreditasi Puskesmas sebagai berikut:

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Workshop Penggalangan Komitmen	Dilakukan pada Puskesmas yang diusulkan survei akreditasi perdana	Dilaksanakan 1 hari, jumlah peserta menyesuaikan	1) Belanja bahan: - ATK, Fotocopy dan Penggandaan - Konsumsi rapat (Disesuaikan dengan SBM APBN)  2) Belanja jasa profesi: Honorarium tim pendamping (1 tim terdiri dari 3 orang @ 3 jam @ 1 hari dengan besaran honor sesuai dengan aturan APBD kab/kota)

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				<p>3)Belanja perjadiin biasa (d disesuaikan dengan SBM APBN) untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Transport tim pendamping</li> <li>-Penginapan pendamping (tentative)</li> </ul> <p>Catatan: Bagi Kabupaten yang kesulitan akses ke Puskesmas dapat mengusulkan biaya tambahan pada uang harian dan penginapan sesuai dengan jumlah hari untuk menempuh Kabupaten/Kota dari Puskesmas PP serta sesuai dengan kondisi ketersediaan transportasi.</p> <p>Komponen biaya tersebut mengacu pada SBU setempat atau riil cost. Kriteria Puskesmas sulit akses tersebut mengacu pada Permenkes Nomor 90 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasyankes</p>



No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				Kawasan Terpendek dan Sangat Terpendek, khususnya pada pasal 8 (delapan).
2.	<b>Workshop</b> <b>Pemahaman</b> <b>Standar dan</b> <b>Instrumen</b> <b>Akreditasi</b>	Dilakukan pada Puskesmas yang diusulkan survei akreditasi perdana	Dilaksanakan 2 hari, jumlah peserta menyesuaikan	<p>1)Belanja bahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATK, Fotocopy dan Penggandaan</li> <li>- Konsumsi rapat (Disesuaikan dengan SBM APBN)</li> </ul> <p>2)Belanja Jasa Profesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honorarium Narasumber (1 tim terdiri dari 3 orang @ 3 jam x 2 hari dengan besaran honor sesuai dengan aturan APBD Kab/Kota)</li> </ul> <p>3)Belanja perjalan biasa (disesuaikan dengan SBM APBN) untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transport tirt pendamping</li> <li>- Penginapan pendamping (tentatif)</li> </ul> <p>Catatan: Bap Kabupaten yang kesulitan akses ke Puskesmas dapat</p>

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
5.	Pendampingan Implementasi Dokumen	Dilakukan pada Puskesmas yang diusulkan survei akreditasi perdana	Dilaksanakan 4 kali, @ 2 hari, dalam 3-4 bulan, jumlah peserta menyesuaikan	<p>pasal 8 (delapan).</p> <p>1) Belanja bahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATK, Fotocopy dan Penggandaan</li> <li>- Konsumsi rapat (Disesuaikan dengan SBM APBN)</li> </ul> <p>2) Belanja jasa profesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Honor tim pendamping (1 tim terdiri dari 3 orang @ 3 jam x 2 hari per kali kegiatan dengan besaran honor sesuai dengan aturan APBD kab/kota)</li> </ul> <p>3) Belanja perjadi biasa (disesuaikan dengan SBM APBN) untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Transport tim pendamping</li> <li>-Penginapan pendamping (tentatif)</li> </ul> <p>Catatan: Bagi Kabupaten yang kesulitan akses ke Puskesmas dapat mengusulkan biaya tambahan pada uang harian dan penginapan sesuai dengan jumlah hari</p>

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				<p>untuk menempuh Kabupaten/Kota dari Puskesmas PP serta sesuai dengan kondisi ketersediaan transportasi.</p> <p><b>Komponen biaya tersebut mengacu pada SBU setempat atau ritl cost.</b></p> <p><b>Kriteria Puskesmas sulit akses tersebut mengacu pada Permenkes Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasyankes Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, khususnya pada pasal 8 (delapan).</b></p>
6.	Penilaian Pra Survei Akreditasi	Dilakukan pada Puskesmas yang diusulkan survei akreditasi perdana	Dilaksanakan 1 kali @ 2 hari, jumlah peserta menyesuaikan	<p>1) Belanja bahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATK, Fotocopy dan Penggandaan</li> <li>- Konsumsi rapat (Disesuaikan dengan SBM APBN)</li> </ul> <p>2) Belanja jasa profesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honorarium tim pendamping (1 tim terdiri dari 3 orang @ 3 jam x 2</li> </ul>



No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				<p>hari), @Rp            900.000/jam            (Besaran honor            perjam sesuai            honorarium            narasumber eselon            III kebawah/yang            disetarakan sesuai            SBM APBN)</p> <p>3) Belanja perjadi            biasa (d disesuaikan            dengan SBM APBN)            untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transport tim              pendamping</li> <li>- Penginapan              pendamping              (tentative)</li> </ul> <p>Catatan: Bagi            Kabupaten yang            kesulitan akses ke            Puskesmas dapat            mengusulkan biaya            tambahan pada            uang harian dan            penginapan sesuai            dengan jumlah hari            untuk menempuh            Kabupaten/Kota dari            Puskesmas PP serta            sesuai dengan            kondisi ketersediaan            transportasi.            Komponen biaya            tersebut mengacu</p>

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				<p>pada SBU setempat atau riil cost.</p> <p>Kriteria Puskesmas sulit akses tersebut mengacu pada Permenkes Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasyankes Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, khususnya pada pasal 8 (delapan).</p>

### 3) Pendampingan Pasca Survei Akreditasi

Kegiatan ini dilaksanakan atas tanggung jawab Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.

Pelaksana kegiatan ini adalah Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kabupaten/Kota yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan.

Tim pendamping adalah tenaga kesehatan dengan kriteria memiliki sertifikat pendamping dan / atau surveior akreditasi FKTP dan / atau tenaga kesehatan di puskesmas terakreditasi Utama atau paripurna yang telah mempunyai Surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai pendamping sesuai ketentuan yang berlaku.

Sasaran Kegiatan adalah Puskesmas yang sudah pernah dilakukan survei dan memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku.

Tujuan kegiatan dari pendampingan pasca ini adalah membantu Puskesmas untuk melakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi hasil survei, melakukan peningkatan mutu

layanan secara berkesinambungan, dan mempersiapkan Puskesmas untuk melakukan Re-Akreditasi.

Narasumber adalah Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kabupaten/Kota yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Sesuai amanat Peraturan Pemerintah no 55 tahun 2005 pasal pasal 60 ayat 2 bahwa Penggunaan DAK dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Penggunaan DAK, maka Pola pembiayaan kegiatan mengikuti standar biaya yang tercantum pada juknis ini. Rincian kegiatan Pendampingan Akreditasi Puskesmas sebagai berikut:

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Pendampingan Pasca Survei Akreditasi	Dilakukan pada Puskesmas yang telah tersertifikasi akreditasi oleh Komisi Akreditasi FKTP	Dilaksanakan 2x per Puskesmas @ 3 hari	1) Belanja bahan: - ATK, Fotocopy dan Penggandaan - Konsumsi rapat (Disesuaikan dengan SBM APBN)  2) Belanja jasa profesi: Honor tim pendamping (1 tim terdiri dari 3 orang @ 3 jam x 3 hari dengan besaran honor sesuai dengan aturan APBD kab/kota)



3) Belanja perjadiin biasa (diesuwalkan dengan SBM APBN) untuk:

- Transport tim pendamping
- Penginapan pendamping (tentative)

Catatan: Bagi Kabupaten yang kesulitan akses ke Puskesmas dapat mengusulkan biaya tambahan pada uang harian dan penginapan sesuai dengan jumlah hari untuk menempuh Kabupaten/Kota dari Puskesmas PP serta sesuai dengan kondisi ketersediaan transportasi selain komponen biaya yang tercantum dalam juknis ini. Komponen

			biaya tersebut mengacu pada SBU setempat atau rill cost. Kriteria Puskesmas sulit akses tersebut mengacu pada Permenkes Nomor 90 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasyankes Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, khususnya pada pasal 8 (delapan).
--	--	--	--

#### 4) Survei Akreditasi Perdana

Kegiatan ini dilaksanakan oleh Dinkes Kabupaten/Kota dengan tanggung jawab pelaksanaan kegiatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota yang telah memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a) Adanya surat pernyataan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang Puskesmas yang akan diusulkan survei.
- b) Tersedianya jadwal bulanan pelaksanaan survei akreditasi Puskesmas berdasarkan *roadmap* akreditasi.

Menu ini diperuntukan hanya untuk Puskesmas yang diusulkan untuk Survei Perdana Puskesmas di Tahun. Narasumber kegiatan ini adalah Surveior yang ditugaskan oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Sesuai amanat Pasal 60 ayat 2 Peraturan Pemerintah Nomor 55

Tahun 2005 bahwa Penggunaan DAK dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Penggunaan DAK, maka Pola pembiayaan kegiatan mengikuti standar biaya yang tercantum pada juknis ini. Rincian kegiatan survei akreditasi perdana sebagai berikut:

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Survei Akreditasi Perdana Puskesmas	Puskesmas yang diusulkan akreditasi untuk pertama kalinya.	<p>Dilaksanakan 5 hari (termasuk kedatangan dan kepulangan surveior ke lokasi) yang terdiri dari 3 hari survei dan 2 hari kedatangan dan kepulangan.</p> <p>Apabila lokasi di daerah Terpencil/ Sangat Terpencil jumlah hari kedatangan dan kepulangan dapat lebih panjang.</p> <p>Keseluruhan hari yang dibutuhkan oleh surveior (kedatangan kepulangan dan survei) ditanggung biayanya oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, yang</p>	<p>1) Belanja Bahan: - ATK, Fotocopy dan Penggandaan - Konsumsi (Disesuaikan dengan SBM APBN)</p> <p>2) Belanja jasa profesi: Honor surveior selama 3 hari survei, per orang per hari @ 3 jam, @ Rp 900.000/jam/hari/orang (Besaran honor perjam sesuai honorarium narasumber eselon III ke bawah/ yang disetarakan sesuai SBM APBN)</p> <p>3) Belanja perjalan dalam kota: Transport lokal (untuk tim pendamping)</p> <p>Belanja perjalanan dinas biasa: - Jumlah Uang harian surveior yang diberikan sesuai dengan waktu dibutuhkan oleh Surveior untuk sampai pada tujuan lokasi survei dan sebaliknya pada saat kepulangan. Pada saat</p>



No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			<p>terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biaya transport surveior (dari tempat asal surveior, selama survei dan pulang kembali ke tempat asal)</li> <li>- Biaya penginapan</li> <li>- Uang harian</li> <li>- Honor</li> </ul>	<p>pelaksanaan survei tidak diberikan uang harian karena surveior sudah menerima uang honor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transport surveior dianggarkan minimal dengan menggunakan pesawat antar bandara ibukota provinsi real cost (termasuk alokasi untuk pesawat, kapal laut dan kendaraan disesuaikan dengan Standar Biaya Masukan APBN, apabila besaran transport tidak terdapat dalam Standar Biaya Masukan APBN maka dapat disesuaikan dengan Standar Biaya APBD)</li> <li>- Catatan: Bagi Kabupaten yang kesulitan akses ke Puskesmas dapat mengusulkan biaya tambahan pada uang harian dan penginapan sesuai dengan jumlah hari untuk menempuh Kabupaten/Kota dari Puskesmas PP serta sesuai dengan kondisi ketersediaan transportasi. Komponen biaya tersebut mengacu pada SBU setempat atau ril cost. Kriteria Puskesmas sulit</li> </ul>

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				akasa tersebut mengacu pada Permenkes Nomor 90 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan di Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, khususnya pada pasal 8 (delapan). Penginapan surveior

5) Survei Ulang Akreditasi (Re-Akreditasi)

Kegiatan ini dilaksanakan oleh Dinkes Kabupaten/Kota dengan tanggung jawab pelaksanaan kegiatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota yang telah memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a) Adanya surat pernyataan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang Puskesmas yang akan diusulkan survei ulang akreditasi (re-akreditasi).
- b) Tersedianya jadwal pelaksanaan pendampingan pasca akreditasi Puskesmas berdasarkan roadmap akreditasi.
- c) Puskesmas dengan sertifikat akreditasi yang akan habis masa berlakunya.

Menu ini diperuntukan hanya untuk Puskesmas yang diusulkan untuk Survei Re-Akreditasi Puskesmas.

Narasumber kegiatan ini adalah *Surveior* yang ditugaskan oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Besuai amanat Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 Pasal 60 ayat 2 bahwa Penggunaan DAK dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Penggunaan DAK, maka Komponen belanja dan Pola pembiayaan kegiatan re-akreditasi mengikuti Standar Biaya Masukan APBN yang tercantum dalam juknis ini sebagai berikut:

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Survei Akreditasi Ulang (Reakreditasi)	Puskesmas yang diusulkan reakreditasi	<p>Dilaksanakan 5 hari (termasuk kedatangan dan kepulangan surveior ke lokasi) yang terdiri dari 3 hari survei dan 2 hari kedatangan dan kepulangan.</p> <p>Apabila lokasi di daerah Terpencil/Sangat Terpencil jumlah hari kedatangan dan kepulangan dapat lebih panjang.</p> <p>Keseluruhan hari yang dibutuhkan oleh surveior (kedatangan kepulangan dan survei) ditanggung biasanya oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, yang terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biaya transport surveior (dari</li> </ul>	<p>1) Belanja Bahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATK, Fotocopy dan Penggandaan</li> <li>- Konsumsi</li> </ul> <p>(Disesuaikan dengan SBM APBN)</p> <p>2) Belanja jasa profesi:</p> <p>Honorarium surveior selama 3 hari survei per orang per hari, @ 3 jam, @ Rp 900.000/jam/hari/orang</p> <p>(Besaran honor perjam sesuai honorarium narasumber eselon III kebawah/ yang disetarakan sesuai SBM APBN)</p> <p>3) Belanja perjadi dalam kota:</p> <p>Transport lokal (untuk tim pendamping)</p> <p>Belanja perjalanan dinas dinas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah Uang harian surveior yang</li> </ul>



No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			<p>tempat asal surveior, selama survei dan pulang kembali ke tempat asal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biaya penginapan</li> <li>- Uang harian</li> <li>- Honor</li> </ul>	<p>diberikan sesuai dengan waktu dibutuhkan oleh Surveior untuk sampai pada tujuan lokasi survei dan sebaliknya pada saat kepulangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada saat pelaksanaan survey tidak diberikan uang harian karena surveior sudah menerima uang honor.</li> <li>- Transport surveior dianggarkan minimal dengan menggunakan pesawat antar bandara ibukota provinsi <i>real cost</i> (termasuk alokasi untuk pesawat, kapal laut dan kendaraan disesuaikan dengan Standar Biaya Masukan APBN, apabila besaran transport tidak terdapat dalam Standar Biaya Masukan APBN</li> </ul>

KEMENKES RI

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				khususnya pada pasal 8 (delapan). - Penginapan survekor

**b. Akreditasi Rumah Sakit**

**1) Rumah Sakit Belum Terakreditasi**

Pelaksanaan kegiatan akreditasi rumah sakit yang didanai melalui DAK Nonfisk dengan tahapan pelaksanaan sebagai berikut:

**a) Persiapan Akreditasi**

Tahapan dalam Persiapan Akreditasi RS meliputi :

**(1) Workshop**

Tujuan:

- (a) Memberikan pengetahuan kepada Rumah Sakit terkait dengan pemenuhan standar akreditasi.
- (b) Memberikan pemahaman kepada Rumah Sakit terkait dengan pemenuhan standar akreditasi.
- (c) Rumah Sakit dapat mengimplementasikan standar akreditasi.

Menu *Workshop* yang dilaksanakan di rumah sakit dapat disesuaikan dengan kebutuhan di rumah sakit. Berikut adalah menu yang dapat dijadikan acuan sebagai pilihan:

**a) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)**

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan keterampilan pimpinan rumah sakit dan para staf mengidentifikasi dan menurunkan resiko infeksi yang didapat serta ditularkan di rumah sakit.

Kegiatan ini diselenggarakan dengan Narasumber yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dengan kriteria yang berasal dari Rumah Sakit yang sudah terakreditasi Nasional Paripurna dan atau Internasional dan Narasumber lain yang telah memiliki sertifikat Peningkatan kemampuan Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) oleh Kementerian Kesehatan.

**b) Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit**



Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan keterampilan pimpinan rumah sakit dan para staf terkait Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

Kegiatan ini diselenggarakan dengan Narasumber yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dengan kriteria yang berasal dari Rumah Sakit yang sudah terakreditasi Nasional Paripurna dan atau Internasional dan Narasumber lain yang telah memiliki sertifikat Peningkatan kemampuan Teknis Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit oleh Kementerian Kesehatan.

c) **Pengelolaan Obat dan Pelayanan Kefarmasian**

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan keterampilan pimpinan rumah sakit dan para staf dalam memenuhi kebutuhan dan prioritas perbaikan sistem berkelanjutan dalam hal mutu, keamanan, manfaat serta khasiat obat dan alat kesehatan.

Kegiatan ini diselenggarakan dengan Narasumber yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dengan kriteria yang berasal dari Rumah Sakit yang sudah terakreditasi Nasional Paripurna dan atau Internasional dan Narasumber lain yang telah memiliki sertifikat Peningkatan kemampuan Teknis Pengelolaan Obat dan Pelayanan Kefarmasian oleh Kementerian Kesehatan.

d) **Pengelolaan Fasilitas dan Keselamatan Rumah Sakit**

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pimpinan rumah sakit serta para staf terkait dengan pengelolaan fasilitas dan keselamatan sarana, prasarana dan alat kesehatan di Rumah Sakit.

Kegiatan ini diselenggarakan dengan Narasumber yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dengan kriteria yang berasal dari Rumah Sakit yang sudah terakreditasi Nasional Paripurna dan/atau Internasional sesuai dengan ketentuan perundang-undangan, atau Narasumber yang telah memiliki sertifikat Peningkatan kemampuan Teknis Pengelolaan Fasilitas dan Keselamatan Rumah Sakit oleh Kementerian Kesehatan.

No.	Aspek	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1.	Workshop Peningkatan dan Pengendalian Infeksi (PII)	Rumah sakit yang diusulkan akan melaksanak an akreditasi	-Materi dilaksanakan selama 2 hari  -Untuk rumah sakit daerah yang sulit transportasi dapat menggunakan anggaran perjadin selama 4 hari (2 hari materi, 1 hari kedatangan dan 1 hari kepulangan)  -Peserta dari RSUD yang akan melaksanakan akreditasi	Belanja bahan: -ATK, Fotocopi dan Penggandaan -Konsumsi rapat  Belanja jasa profesi: -Honorarium narasumber (2 orang @ 3 jam @ 2 hari X Rp.900.000) -Honorarium moderator (1 orang @ 1 kegiatan/ Rp. 700.000/kegiatan  Belanja perjadin biasa - Transport narasumber - Penginapan narasumber - Uang harian pada saat tidak mendapat honor narasumber (keberangkatan dan kepulangan)
2	Workshop Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di	Rumah Sakit yang diusulkan akan melaksanak an	- Materi dilaksanakan selama 2 hari  - Untuk rumah sakit daerah yang	Belanja bahan: -ATK, Fotocopi dan Penggandaan -Konsumsi rapat  Belanja jasa profesi:

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
	Rumah Sakit	akreditasi	<p>sulit transportasi dapat menggunakan anggaran perjadi selama 4 hari (2 hari materi, 1 hari kedatangan dan 1 hari kepulangan).</p> <p>- Peserta dari rumah sakit yang akan melaksanakan akreditasi</p>	<p>-Honorarium narasumber (2 orang @ 3 jam @ 2 hari X Rp.900.000)</p> <p>-Honorarium moderator (1 orang @ 1 kegiatan) Rp. 700.000/kegiatan</p> <p>Belanja perjadi biasa:</p> <p>-Transport narasumber</p> <p>-Penginapan narasumber</p> <p>-Uang harian pada saat tidak mendapat honor narasumber (keberangkatan dan kepulangan)</p>
3	Workshop Pengelolaan Obat dan Pelayanan Kefarmasian	Rumah Sakit yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	<p>-Materi dilaksanakan selama 2 hari</p> <p>- Untuk rumah sakit daerah yang sulit transportasi dapat menggunakan anggaran perjadi selama 4 hari (2 hari materi, 1 hari kedatangan dan 1 hari kepulangan).</p>	<p>Belanja bahan:</p> <p>-ATK, Fotocopy dan Peggandaan</p> <p>-Konsumsi rapat</p> <p>Belanja jasa profesi:</p> <p>-Honorarium narasumber (2 orang @ 3 jam @ 2 hari X Rp.900.000)</p> <p>-Honorarium moderator (1 orang @ 1 kegiatan) Rp. 700.000/kegiatan</p> <p>Belanja perjadi biasa:</p> <p>-Transport narasumber</p> <p>-Penginapan narasumber</p> <p>-Uang harian pada saat</p>



No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			-Peserta dari rumah sakit yang akan melaksanakan akreditasi	tidak mendapat honor narasumber (keberangkatan dan kepulangan)
4.	Workshop Pengelolaan Fasilitas dan Keselamatan Rumah Sakit	Rumah Sakit yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	<p>-Materi dilaksanakan selama 2 hari</p> <p>- Untuk rumah sakit daerah yang sulit transportasi dapat menggunakan anggaran perjadin selama 4 hari (2 hari materi, 1 hari kedatangan dan 1 hari kepulangan).</p> <p>-Peserta dari rumah sakit yang akan melaksanakan akreditasi</p>	<p>Belanja bahan:</p> <p>-ATK, Fotocopi dan Penggandaan</p> <p>-Konsumsi rapat</p> <p>Belanja jasa profesi:</p> <p>-Honorarium narasumber (2 orang @ 3 jam @ 2 hari X Rp.900.000)</p> <p>-Honorarium moderator (1 orang @ 1 kegiatan) Rp. 700.000/kegiatan</p> <p>Belanja perjadin biasa:</p> <p>-Transport narasumber</p> <p>-Penginapan narasumber</p> <p>- Uang harian pada saat tidak mendapat honor narasumber (keberangkatan dan kepulangan)</p>

(2) Bimbingan

Bimbingan merupakan proses pembinaan terhadap Rumah Sakit untuk meningkatkan kinerja dalam mengimplementasikan standar akreditasi.

Kegiatan ini diselenggarakan dengan narasumber yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dengan kriteria yang berasal dari Rumah Sakit yang sudah terakreditasi Nasional Paripurna dan atau Internasional dan Narasumber lain yang telah memiliki sertifikat dari Kementerian Kesehatan.

Kegiatan ini bertujuan untuk membantu rumah sakit dalam persiapan akreditasi rumah sakit baik dari sisi pemahaman tentang Akreditasi, penyiapan dokumen regulasi, dokumen bukti dan implementasi standar akreditasi rumah sakit.

Adapun rincian kegiatan bimbingan Akreditasi sebagai berikut:

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1.	Bimbingan Akreditasi	Rumah Sakit yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	<ul style="list-style-type: none"><li>-Bimbingan dilaksanakan 3 hari</li><li>-Untuk RS daerah yang sulit transportasi dapat menggunakan anggaran perjadin selama 5 hari (3 hari materi &amp; 1 hari kedatangan dan 1 hari kepulangan)</li><li>-Peserta dari rumah sakit</li></ul>	<p>Belanja bahan: -ATK, fotocopi, dan Penggandaan</p> <p>-Konsumsi rapat</p> <p>Belanja jasa profesi: -Honorarium Narasumber (3 orang @ 3 jam x 3 hari x Rp 900.000,-)</p> <p>Belanja perjadin biasa: -Transport Narasumber</p> <p>-Penginapan Narasumber</p>

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			yang akan melaksanakan akreditasi -Pelaksanaan materi secara simultan oleh 3 orang Narasumber	-Uang harian pada saat tidak mendapat honor narasumber (keberangkatan dan kepulangan)

### (3) Survei Simulasi

Survei simulasi merupakan pendampingan dalam bentuk skenario seperti survei dilaksanakan. Tujuan survei simulasi untuk melihat sejauh mana persiapan akreditasi sudah dilakukan. Evaluasi ini dilakukan melalui *review* dokumen, wawancara pasien, keluarga, staf dan pimpinan rumah sakit, *review* rekam medis, *telusur* fasilitas dan sebagainya. Dari kegiatan survei simulasi ini dapat diperoleh gambaran kesiapan rumah sakit dalam menghadapi akreditasi. Output dari kegiatan ini berupa rekomendasi perbaikan dan waktu survei.

Survei simulasi dilaksanakan oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi.

Adapun rincian kegiatan Survei Simulasi sebagai berikut :

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1.	Survei Simulasi	Rumah Sakit yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	Disesuaikan dengan agenda survei simulasi akreditasi dari lembaga independen penyelenggara	Belanja bahan: -ATK, fotocopi, dan Penggandaan -Konsumsi rapat Belanja perjalan biasa: -Transport



No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			akreditasi RS	Narasumber -Penginapan Narasumber Honorarium Narasumber: Sesuai dengan tarif kegiatan yang sudah ditentukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi RS.

#### 14) Survei Akreditasi

Survei akreditasi rumah sakit adalah penilaian terhadap rumah sakit untuk mendapatkan sertifikat akreditasi yang dilakukan oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi kepada rumah sakit yang telah mengajukan permohonan survei akreditasi.

Survei akreditasi dilaksanakan oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit.

Adapun rincian kegiatan Survei Akreditasi sebagai berikut :

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Survei Akreditasi	Rumah Sakit yang siap melaksanakan akreditasi	Disesuaikan dengan agenda survei akreditasi dari lembaga independen penyelenggara akreditasi RS	Belanja bahan: -ATK, fotocopi dan Penggandaan - Konsumsi rapat Belanja perjadin biasa: - Transport

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				Narasumber -Penginapan Narasumber  Honorarium Narasumber: - Sesuai dengan tarif kegiatan yang sudah ditentukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi RS.

2) Rumah Sakit Sudah Terakreditasi (Akreditasi Ulang)

Pelaksanaan kegiatan akreditasi rumah sakit yang sudah terakreditasi (Akreditasi Ulang) yang didanai melalui DAK Non Fisik dengan tahapan pelaksanaan sebagai berikut:

- a) Survei Simulasi
- b) Survei Akreditasi

Adapun rincian kegiatan survei simulasi sebagai berikut :

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1.	Survei Simulasi	Rumah Sakit yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	Disesuaikan dengan agenda survei simulasi akreditasi dari lembaga independen penyelenggara akreditasi RS	Belanja bahan: -ATK, fotocopi, dan Penggandaan -Konsumsi rapat Belanja perjalan biasa: -Transport Narasumber

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				-Penginapan Narasumber Honorarium Narasumber: -Sesuai dengan tarif kegiatan yang sudah ditentukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi RS.

Adapun rician kegiatan Survei Akreditasi sebagai berikut :

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
2	Survei Akreditasi	Rumah Sakit yang siap melaksanakan akreditasi	Disesuaikan dengan agenda survei akreditasi rumah sakit dari lembaga independen penyelenggara akreditasi RS	Belanja bahan: - ATK, fotocopi dan Pengandaan - Konsumsi rapat Belanja perjadiin biasa: - Transport Narasumber - Penginapan Narasumber  Honorarium Narasumber: - Sesuai dengan tarif kegiatan yang sudah



No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				ditentukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi RS.

### c. Akreditasi Laboratorium Kesehatan

Untuk penjabaran/penjelasan menu akreditasi laboratorium kesehatan sebagai berikut:

#### 1) Persiapan Akreditasi Laboratorium Kesehatan

##### a) *Workshop*

*Workshop* diselenggarakan oleh laboratorium kesehatan dalam rangka pemenuhan Standar Akreditasi laboratorium kesehatan.

Kegiatan ini bertujuan untuk:

- (1) Meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan pengamatan awal pimpinan laboratorium kesehatan dan para staf terhadap penyelenggaraan akreditasi laboratorium kesehatan
- (2) Meningkatkan pemahaman tentang kebijakan akreditasi laboratorium kesehatan, pemahaman terhadap standar
- (3) Manajemen dan standar teknis, serta terhadap dokumen akreditasi laboratorium kesehatan.
- (4) Mampu melaksanakan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan akreditasi laboratorium kesehatan

*Workshop* akreditasi diberikan oleh narasumber yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dengan latar belakang survei akreditasi laboratorium yang telah mendapatkan sertifikat Peningkatan Kemampuan teknis dan materi Penguatan Survei akreditasi Laboratorium Kesehatan.

Kegiatan *Workshop* akreditasi laboratorium kesehatan dilaksanakan minimal satu kali oleh masing-masing

laboratorium kesehatan yang akan melaksanakan akreditasi laboratorium kesehatan  
 Laboratorium kesehatan yang telah melaksanakan workshop akreditasi laboratorium kesehatan WAJIB menindaklanjuti setiap masukan dan koreksi dari narasumber yang disampaikan saat proses workshop. Masukan narasumber dijadikan acuan perbaikan dalam pelaksanaan bimbingan akreditasi laboratorium kesehatan.

Laboratorium Kesehatan melaporkan hasil kegiatan *workshop* dan tindak lanjut hasil workshop pendukung implementasi akreditasi laboratorium kesehatan kepada Kementerian Kesehatan dan Dinas kesehatan Prov/Kab/Kota paling lambat 1(satu) minggu pasca *workshop*, dengan melampirkan:

- (1) Laporan hasil *workshop*;
- (2) Hasil SA (sesuai form yang diberikan saat *workshop*)
- (3) Rencana Tindak Lanjut pelaksanaan akreditasi
- (4) Profil Laboratorium Kesehatan
- (5) Dan hasil penugasan lain yang diberikan saat *workshop*

Adapun rincian komponen belanja dan pola pembiayaan kegiatan *workshop* adalah sebagai berikut:

No	Kegiatan	Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Workshop Akreditasi	-Laboratorium kesehatan yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi -Dalam kondisi dimana	- Narasumber sudah berada di lokus daerah penerima DAK-NF satu hari sebelum kegiatan. - Penyampaian Materi	Belanja bahan: - ATK dan fotocopy - Penunjang Workshop - Konsumsi rapat - dan lain-lain Belanja jasa profesi: Belanja Jasa Profesi sesuai dengan RAB yang ditandatangani bersama



No	Kegiatan	Pelaksanaan Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
		laboratorium kesehatan tidak memiliki ruang pertemuan yang memadai, maka kegiatan dapat dilaksanakan di luar laboratorium setelah dilakukan telaah terlebih dahulu oleh Kementerian Kesehatan	<p>dilaksanakan selama 3 hari efektif (belum termasuk waktu perjalanan ke lokasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Workshop ditujukan untuk laboratorium kesehatan prov/kab/kota</li> <li>- Peserta berasal dari laboratorium kesehatan yang akan diakreditasi</li> <li>- Narasumber berasal dari: Kementerian Kesehatan, dan surveior akreditasi Laboratorium Kesehatan</li> <li>- Pendamping Akreditasi Laboratorium Kesehatan berasal dari Dinas</li> </ul>	<p>pada saat desk DAK Non Fisik sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honor narasumber mengacu pada Standar Biaya Masukan (SBM) Nasional yang dikeluarkan oleh Kementerian Keuangan untuk anggaran berjalan (3 orang x @ 3 jam x 3 hr).</li> <li>- Biaya honor per per jam Rp 900.000</li> <li>- Honor narasumber prop/kab/kota (sesuai lokasi labkes) @ 1 - 2 jam,</li> <li>- Honor moderator 2 orang @ 1 kali Rp700.000,-</li> <li>- Uang Harian narasumber sesuai standar SBM Kementerian Keuangan Nasional (selama perjalanan, di luar hari sebagai narasumber)</li> <li>- Uang harian pendamping prop/kab/kota sesuai ketentuan</li> <li>- Biaya transportasi</li> </ul>



No	Kegiatan	Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
		Kesehatan Provinsi/Kab/ Kota	<p>yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• transport lokal di lokasi asal narasumber (dari dan ke bandara/stasiun;</li> <li>• tiket pesawat/ kereta/bus/ kapal laut/ rental mobil, dan lain-lain</li> <li>• dan transport lokal di lokasi lokus)</li> </ul> <p>- Akomodasi narasumber dialokasikan setara dengan golongan IV/ Es-III.</p> <p>Dalam rangka koordinasi, satu hari sebelum pelaksanaan kegiatan, tim narasumber sudah berada di lokasi, sehingga alokasi akomodasi minimal 3 (tiga) malam (4 hari 3 malam).</p> <p>- Akomodasi pendamping (jika diperlukan)</p> <p>Catatan: Penggantian biaya akomodasi dapat</p>	

No	Kegiatan	Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				melebihi waktu 3 (tiga) malam disesuaikan dengan kondisi lama perjalanan dan ketersediaan transportasi ke lokasi lokus dan kondisi lama perjalanan ke lokasi lokus

Tahapan Kegiatan *Workshop* akreditasi Laboratorium Kesehatan yang dibiayai oleh dana DAK Non Fisik Tahun anggaran berjalan, adalah 1 (satu) kali kegiatan *Workshop*. Jika Laboratorium kesehatan daerah masih memerlukan *workshop* tambahan untuk pendalaman materi lebih lanjut maka dapat dianggarkan tersendiri melalui APBD Prov/Kab/Kota.

b) Pemenuhan standar mutu pemeriksaan (PME)

Pemenuhan standar mutu pemeriksaan (PME) adalah kegiatan pemantapan mutu yang diselenggarakan secara periodik oleh pihak lain di luar laboratorium yang bersangkutan untuk memantau dan menilai penampilan suatu laboratorium di bidang pemeriksaan tertentu.

PME diselenggarakan oleh pihak pemerintah, swasta atau internasional sesuai peraturan yang berlaku, dan diikuti oleh semua laboratorium, baik milik pemerintah maupun swasta dan dikaitkan dengan akreditasi laboratorium kesehatan serta perizinan laboratorium kesehatan swasta.

PME harus dilaksanakan sebagaimana kegiatan pemeriksaan yang biasa dilakukan oleh petugas yang biasa melakukan pemeriksaan dengan reagen/peralatan/metode yang biasa digunakan sehingga benar-benar dapat

mencerminkan penampilan laboratorium tersebut yang sebenarnya. Setiap nilai yang diperoleh dari penyelenggara harus dicatat dan dievaluasi untuk mempertahankan mutu pemeriksaan atau perbaikan-perbaikan yang diperlukan untuk peningkatan mutu pemeriksaan.

Laboratorium kesehatan yang akan melaksanakan akreditasi wajib memastikan keikutsertaannya dengan mendaftarkan laboratorium kesehatannya dalam program PME yang diselenggarakan oleh penyelenggara PME sesuai peraturan yang berlaku.

Pemenuhan standar Mutu Pemeriksaan (PME) diberikan dalam bentuk pembiayaan keikutsertaan laboratorium kesehatan dalam program PME untuk 2 (dua) siklus, dengan alokasi sesuai dengan parameter pemeriksaan yang diperiksa.

Hasil dari keikutsertaan PME dicatat, dianalisa, dievaluasi, dan hasilnya dilaporkan untuk kemudian ditindaklanjuti dengan tindakan korektif.

Rincian kegiatan pemenuhan standar mutu pemeriksaan (PME) adalah sebagai berikut:

No	Kegiatan	Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Pemenuhan standar mutu pemeriksaan (PME)	Laboratorium kesehatan yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	Laboratorium kesehatan yang akan melaksanakan akreditasi laboratorium kesehatan melalui DAK NF wajib mendaftarkan keikutsertaan dalam program PME	Belanja bahan: - Pembiayaan pemenuhan standar mutu pemeriksaan (PME) dialokasikan sesuai dengan jenis dan



No	Kegiatan	Pelaksana Kegiatan	Bibitan	Komponen Belanja
			kepada penyelenggara PME di lokasi sesuai pengampu regionalnya.	parameter pemeriksaan yang akan dilakukan uji mutu (biaya mengacu pada tarif jenis dan parameter pemeriksaan yang sudah ditentukan oleh lembaga penyelenggara PME)

### c) Bimbingan Akreditasi

Bimbingan akreditasi merupakan proses pembinaan yang diberikan oleh tenaga pembimbing dengan mengacu pada pengamatan awal terhadap laboratorium kesehatan untuk meningkatkan kinerja dalam mempersiapkan survei akreditasi laboratorium kesehatan

Kegiatan bimbingan akreditasi bertujuan untuk membantu Laboratorium Kesehatan dalam persiapan akreditasi Laboratorium Kesehatan baik dari sisi penyiapan dokumen regulasi, dokumen bukti dan implementasi standar akreditasi laboratorium kesehatan. Kegiatan yang dilakukan oleh pembimbing adalah memberikan bimbingan Akreditasi berupa pembuatan dokumen serta implementasi standar manajemen dan standar teknis akreditasi laboratorium kesehatan. Dalam proses bimbingan.

Laboratorium Kesehatan akan didampingi secara detail teknis penerapan standar dan penyuaunan dokumen akreditasi laboratorium kesehatan.

Bimbingan Akreditasi diberikan oleh narasumber yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dengan latar belakang surveior akreditasi laboratorium yang telah mendapatkan sertifikat Peningkatan Kemampuan teknis dan materi Penguatan Surveior akreditasi Laboratorium Kesehatan

Laboratorium kesehatan yang akan melaksanakan kegiatan bimbingan akreditasi mengajukan permohonan pembimbingan akreditasi laboratorium kepada Kementerian kesehatan c.q Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, dengan terlebih dahulu menyampaikan laporan perkembangan tindaklanjut hasil workshop dan melampirkan:

- 1) Hasil Survei Akreditasi terakhir pasca tindak lanjut workshop (pra bimbingan)
- 2) Bukti perbaikan hasil workshop

Bimbingan Akreditasi dilaksanakan di laboratorium kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota (sesuai lokasi) dalam 2 (dua) kali waktu pelaksanaan.

Laboratorium yang telah melaksanakan bimbingan akreditasi tahap ke satu, wajib menindaklanjuti setiap masukan dan koreksi dari pembimbing. Bila laboratorium tersebut telah menindaklanjuti koreksi dan masukan dari pembimbing pada tahap kesatu, maka dapat mengajukan permohonan bimbingan akreditasi untuk tahap yang kedua. Setiap koreksi dan masukan dari pembimbing Wajib ditindaklanjuti.

Dalam hal pelaporan pelaksanaan kegiatan, Laboratorium Kesehatan wajib melaporkan hasil bimbingan dan tindak lanjut hasil bimbingan akreditasi laboratorium kesehatan kepada Kementerian Kesehatan dan Dinas kesehatan prov/kab/kota paling lambat 1(satu) minggu pasca masing-masing bimbingan akreditasi, dengan

melampirkan:

(a) Dokumen hasil bimbingan dari setiap tahap pelaksanaan

(b) RTL.

Rincian kegiatan Bimbingan Akreditasi  
Laboratorium Kesehatan adalah sebagai berikut:

No	Kegiatan	Prakarsa Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Bimbingan Akreditasi (tahap I)	-Laboratorium kesehatan yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	- Pembimbing sudah berada di lokasi daerah penerima DAK Nonfisik akreditasi laboratorium kesehatan satu hari sebelum kegiatan. - Pembimbing akan dilaksanakan selama 3 hari efektif (di luar waktu perjalanan ke lokasi) - Bimbingan akreditasi ditujukan untuk laboratorium kesehatan prov/kab/kota	Belanja bahan: - ATK dan fotocopy - Penunjang Bimbingan Akreditasi - Konsumsi rapat dan lain-lain Belanja jasa profesi: Belanja Jasa Profesi sesuai dengan RAB yang ditandatangani bersama pada saat desk DAK Nonfisik sebagai berikut: - Honor narasumber mengacu pada Standar Biaya Masukan (SBM) Nasional yang dikeluarkan oleh Kementerian Keuangan untuk anggaran berjalan (3 orang x @ 3 jam x 3 hr. Biaya honor per jam Rp 900.000 - Honor narasumber



No	Kegiatan	Pelaksanaan Kegiatan	Rincian	Komponen Biaya
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peserta berasal dari laboratorium kesehatan yang akan diakreditasi</li> <li>- Bimbingan Akreditasi diberikan oleh narasumber yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dengan latar belakang surveior akreditasi laboratorium yang telah mendapatkan sertifikat Peningkatan Kemampuan teknis dan materi Penguatan Surveior akreditasi Laboratorium Kesehatan</li> <li>- Pendamping Akreditasi Laboratorium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>prop/kab/kota (sesuai lokasi labkes) @ 1 - 2 jam,</li> <li>- Honor moderator 2 orang @ 1 kali Rp700.000,-</li> <li>- Uang Harian narasumber bersesuai standar SBM Kementerian Keuangan Nasional (selama perjalanan, diluar hari sebagai narasumber)</li> <li>- Biaya transportasi yang meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>* transport lokal di lokasi asal narasumber (dari dan ke bandara/ stasiun;</li> <li>* tiket pesawat/ kereta/bus/ kapal laut/ rental mobil, dan lain-lain</li> <li>* dan transport lokal di lokasi lokus)</li> </ul> </li> <li>- Akomodasi narasumber dialokasikan setara dengan golongan IV/ Es-III. Dalam rangka</li> </ul>

No	Kegiatan	Pelaksanaan Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			Kesehatan berasal dari Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota - Dalam pelaksanaan bimbingan akreditasi, laboratorium kesehatan harus menyediakan peralatan kantor penunjang kegiatan untuk penyusunan dokumen dan lain-lain yang dilakukan secara mandiri oleh nakes di lokasi lokus.	koordinasi, satu hari sebelum pelaksanaan kegiatan, tim narasumber sudah berada di lokasi, sehingga alokasi akomodasi minimal 3 (tiga) malam (4 hari 3 malam). - Akomodasi untuk pendamping (jika diperlukan) Catatan: Penggantian biaya akomodasi dapat melebihi waktu 3 (tiga) malam disesuaikan dengan kondisi lama perjalanan dan ketersediaan transportasi ke lokasi lokus dan kondisi lama perjalanan ke lokasi lokus
2	Bimbingan Akreditasi (tahap II)	-Laboratorium kesehatan yang diusulkan akan	- Pembimbing sudah berada di lokus daerah penerima DAK Nonfisik	Belanja bahan: - ATK dan fotocopy - Penunjang Bimbingan Akreditasi - Konsumsi rapat dan lain-lain

No	Kegiatan	Pelaksanaan Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
		melaksanakan akan akreditasi	akreditasi laboratorium kesehatan satu hari sebelum kegiatan. - Pembimbingan dilaksanakan selama 3 hari efektif (diluar waktu perjalanan ke lokasi) - Bimbingan akreditasi ditujukan untuk laboratorium kesehatan prov/kab/kota - Peserta berasal dari laboratorium kesehatan yang akan diakreditasi - Pembimbing ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan berkoordinasi dengan	Belanja jasa profesi: Belanja Jasa Profesi sesuai dengan RAB yang ditandatangani bersama pada saat desk DAK NF sbb: <hr/> - Honor narasumber mengacu pada Standar Biaya Masukan (SBM) Nasional yang dikeluarkan oleh Kementerian Keuangan untuk anggaran berjalan (3 orang x @ 3 jam x 3 hr. Biaya honor per jam Rp 900.000 <hr/> - Honor narasumber prop/kab/kota ( sesuai lokasi abkes) @ 1 - 2 jam. - Uang Harian narasumber sesuai standar SBM Kementerian Keuangan Nasional (selama perjalanan, diluar hari sebagai narasumber) - Uang harian pendamping Prp/kab/kota



No	Kegiatan	Pelaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			<p>Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan (KALK)</p> <p>- Pendamping Akreditasi Laboratorium Kesehatan berasal dari Dinas Kesehatan Provinsi/Kab / Kota</p> <p>- Dalam pelaksanaan bimbingan akreditasi, laboratorium kesehatan harus menyediakan peralatan kantor penunjang kegiatan untuk penyusunan dokumen dan lain-lain yang dilakukan secara mandiri oleh nakes di</p>	<p>sesuai ketentuan</p> <p>- Biaya transportasi yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* transport lokal di lokasi asal narasumber (dari dan ke bandara/ stasiun;</li> <li>* tiket pesawat/ kereta/bus/ kapal laut/ rental mobil, dan lain-lain</li> <li>* dan transport lokal di lokasi lokus)</li> </ul> <p>- Akomodasi narasumber dialokasikan setara dengan golongan IV/ Es-III. Dalam rangka koordinasi, satu hari sebelum pelaksanaan kegiatan, tim narasumber sudah berada di lokasi sehingga alokasi akomodasi minimal 3 (tiga) malam (4 hari 3 malam).</p> <p>- Uang Harian pendamping sesuai</p>

Kegiatan	Peleaksana Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
		lokasi lokus.	ketentuan daerah - Akomodasi untuk pendamping (jika diperlukan) Catatan: Penggantian biaya akomodasi dapat melebihi waktu 3 (tiga) malam disesuaikan dengan kondisi lama perjalanan dan ketersediaan transportasi ke lokasi lokus dan kondisi lama perjalanan ke lokasi lokus.

Tahapan kegiatan bimbingan akreditasi laboratorium kesehatan yang dibiayai oleh DAK NonFisik Tahun Anggaran 2018 Akreditasi laboratorium adalah 2 (dua) kali kegiatan bimbingan. Jika laboratorium kesehatan masih memerlukan bimbingan akreditasi tambahan, maka dapat dianggarkan melalui APBD Prov/Kab/Kota.

d) Survei Simulasi

Survei simulasi merupakan pendampingan dalam bentuk skenario seperti survei dilaksanakan. Tujuan survei simulasi untuk melihat sejauh mana persiapan akreditasi sudah dilakukan. Evaluasi ini dilakukan melalui review dokumen, wawancara pasien/ pelanggan, staf dan pimpinan rumah sakit, telusur fasilitas dsb. Dari kegiatan survei simulasi ini dapat diperoleh gambaran kesiapan laboratorium kesehatan dalam menghadapi akreditasi.

Output dari kegiatan ini berupa rekomendasi perbaikan dan waktu survei.

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Survei Simulasi	Laboratorium kesehatan yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- surveior sudah berada di lokus penerima DAK-NF satu hari sebelum kegiatan.</li> <li>- Survei simulasi akan dilaksanakan selama 3 hari efektif (belum termasuk waktu perjalanan ke lokasi)</li> <li>- Survei akreditasi ditujukan untuk laboratorium kesehatan prov/kab/kota</li> <li>- Peserta berasal dari laboratorium kesehatan yang akan diakreditasi</li> <li>- Surveior</li> </ul>	<p>Belanja bahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATK dan foto copy</li> <li>- Konsumsi rapat</li> <li>- dll</li> </ul> <p>Belanja jasa profesi: Belanja Jasa Profesi sesuai dengan RAB yang ditandatangani bersama pada saat desk DAK NF sbb:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honor narasumber mengacu pada Standar Biaya Masukan (SBM) Nasional yang dikeluarkan oleh Kementerian Keuangan untuk anggaran berjalan (3 orang x @ 3 jam x 2-3 hr. Biaya honor per jam Rp 900.000</li> <li>- Honor narasumber prov/ kab/ kota (sesuai lokasi labkes) @ 1 - 2jam,</li> <li>- Uang Harian narasumber bersesuai standar SBM Kementerian Keuangan Nasional</li> </ul>



Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
	<p>ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan hasil koordinasi dengan Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan (KALK)</p> <p>- Pendamping Akreditasi Laboratorium Kesehatan berasal dari Dinas Kesehatan Provinsi/Kab / Kota</p>	<p>(selama perjalanan, di luar hari sebagai narasumber)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uang harian pendamping prop/kab/kota sesuai ketentuan</li> <li>- Biaya transportasi yang meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>* transport lokal di lokasi asal narasumber (dari dan ke bandara/stasiun;</li> <li>* tiket pesawat/ kereta/bus/ kapal laut/ rental mobil, dan lain-lain</li> <li>* dan transport lokal di lokasi lokus)</li> </ul> </li> </ul> <p>- Akomodasi narasumber dialokasikan setara dengan golongan IV/ Es-III.</p> <p>Dalam rangka koordinasi, satu hari sebelum pelaksanaan kegiatan, tim narasumber sudah berada di lokasi , sehingga alokasi akomodasi minimal</p>

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				3 (tiga) malam (4 hari 3 malam). - Uang Harian pendamping sesuai ketentuan daerah - Akomodasi untuk pendamping (jika diperlukan) Catatan: Penggantian biaya akomodasi dapat melebihi waktu 3 (tiga) malam disesuaikan dengan kondisi lama perjalanan dan ketersediaan transportasi ke lokasi lokus dan kondisi lama perjalanan ke lokasi lokus - pendamping (jika diperlukan)

## 2) Pelaksanaan Akreditasi

Menu dalam kegiatan pelaksanaan akreditasi adalah survei akreditasi. Survei akreditasi adalah merupakan penilaian untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan Standar Akreditasi. Survei akreditasi dilakukan oleh Surveior dari KALK. Langkah-langkah dalam survei akreditasi meliputi:

- a) Laboratorium kesehatan mengajukan permohonan untuk dilakukan survei akreditasi kepada Kementerian Kesehatan dengan menyertakan hasil penilaian mandiri dan profil Laboratorium Kesehatan dengan tembusan kepada KALK
- b) Kementerian Kesehatan akan melakukan koordinasi dengan KALK untuk menugaskan surveior untuk melakukan penilaian, dengan disertakan surat penugasan.
- c) Proses penilaian dilakukan oleh tim surveior Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan.

Survei akreditasi dilakukan oleh KALK, dengan rincian sebagai berikut:

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
1	Survei Akreditasi	Laboratorium kesehatan yang diusulkan akan melaksanakan akreditasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>-surveior sudah berada di lokasi daerah penerima DAK-NF satu hari sebelum kegiatan.</li> <li>-Survei akan dilaksanakan selama 3 hari efektif (belum termasuk waktu perjalanan ke lokasi)</li> <li>-Survei akreditasi ditujukan untuk</li> </ul>	Belanja bahan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATK dan foto copy</li> <li>- Penunjang Survei Akreditasi</li> <li>- Konsumsi rapat dan lain-lain</li> </ul> Belanja jasa profesi: Belanja Jasa Profesi sesuai dengan RAB yang ditandatangani bersama pada saat desk DAK Nonfisik sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honor narasumber mengacu pada Standar Biaya Masukan (SBM) Nasional yang dikeluarkan oleh Kementerian Keuangan untuk Tahun Anggaran berjalan (3 orang x</li> </ul>



No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			laborato rium kesehatan prov/kab/ kota - P eserta berasal dari laborato rium kesehatan yang akan diakreditasi - Surveior ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan sesuai usulan Komite Akreditasi Laborato rium Kesehatan (KALK) - Pendam ping Akreditasi Laborato rium Kesehatan berasal dari Dinas	@ 3 jam x 2 - 3 hr, Biaya honor per jam Rp 900.000 - Honor narasumber prop/kab/kota (sesuai lokasi labkes) @ 1 - 2 jam - Uang Harian narasumber bersesuai standar SBM Nasional (selama perjalanan, diluar hari sebagai narasumber) - Uang harian pendamping prop/kab/kota sesuai ketentuan - Biaya transportasi yang meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• transport lokal di lokasi asal narasumber (dari dan ke bandara/ stasiun;</li> <li>• tiket pesawat/ kereta/bus/ kapal laut/ rental mobil, dan lain-lain</li> <li>• dan transport lokal di lokasi</li> </ul>

No	Kegiatan	Loknal Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
			Kesehatan Provinsi/ Kab/ Kota	lokus) <hr/> - Akomodasi narasumber pusat dialokasikan setara dengan golongan IV/ Es-III. Dalam rangka koordinasi, satu hari sebelum pelaksanaan kegiatan, tim narasumber sudah berada di lokasi , sehingga alokasi akomodasi minimal 3 (tiga) malam (4 hari 3 malam). <hr/> - Akomodasi untuk pendamping (jika diperlukan) Catatan: Penggantian biaya akomodasi dapat melebihi waktu 3 (tiga) malam disesuaikan dengan kondisi lama perjalanan dan ketersediaan

No	Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Rincian	Komponen Belanja
				transportasi ke lokasi lokus dan kondisi lama perjalanan ke lokasi lokus

Lokus sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) dan Tim Nusantara Sehat ditetapkan dengan Keputusan Menteri.

KEMENKES RI



BAB III  
PENUTUP

Petunjuk teknis ini dibuat untuk dijadikan acuan penggunaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan dan dimungkinkan untuk dapat digunakan sebagai acuan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan pada tahun selanjutnya. DAK nonfisik bidang kesehatan diarahkan untuk kegiatan yang dapat meningkatkan dayaangkau dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat di provinsi/kabupaten/kota terutama daerah dengan derajat kesehatan yang belum optimal, sehingga masyarakat di seluruh wilayah Indonesia dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu.

Menu kegiatan dalam petunjuk teknis penggunaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan ini merupakan pilihan kegiatan bagi tiap jenisnya. Tiap kegiatan DAK Nonfisik tidak diperkenankan dilakukan pengalihan anggaran diluar rincian alokasi DAK nonfisik yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setiap tahunnya.

Kegiatan-kegiatan yang bisa didanai dari DAK Nonfisik Bidang Kesehatan ini sebagaimana diuraikan di atas sifatnya adalah pilihan. Kepala Daerah bisa memilih kegiatan sesuai prioritas daerah. Pemilihan kegiatan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan seharusnya merupakan bagian program jangka menengah sesuai Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan Rencana Strategis Daerah.

Selanjutnya dalam pelaksanaannya agar disinergikan dan tidak duplikasi pembiayaan dengan kegiatan yang anggarannya bersumber dari pendanaan lainnya (seperti APBD Provinsi/Kabupaten/Kota) sehingga lebih berdaya guna dan berhasil guna.

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum dan Organisasi

Setoran Jendral Kementerian Kesehatan,



Sudoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 4 TAHUN 2019  
TENTANG  
STANDAR TEKNIS PEMENUHAN MUTU PELAYANAN DASAR  
PADA STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 6 ayat (6) Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
  2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
5. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

**MEMUTUSKAN:**

Menzatapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR TEKNIS PEMENUHAN MUTU PELAYANAN DASAR PADA STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN.

**Pasal 1**

- (1) Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib menerapkan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan.



- (2) Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

#### Pasal 2

- (1) SPM Kesehatan terdiri atas SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Provinsi terdiri atas:
- a. pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi; dan
  - b. pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi.
- (3) Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri atas:
- a. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
  - b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
  - c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
  - d. Pelayanan kesehatan balita;
  - e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
  - f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
  - g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
  - h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
  - i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
  - j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
  - k. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis dan
  - l. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).
- yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan preventif.

- (4) Pelayanan yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mencakup:
  - a. peningkatan kesehatan;
  - b. perlindungan spesifik;
  - c. diagnosis dini dan pengobatan tepat;
  - d. pencegahan kecacatan; dan
  - e. rehabilitasi.
- (5) Pelayanan dasar pada SPM Kesehatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun swasta.
- (6) Pelayanan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilaksanakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan.
- (7) Selain oleh tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) untuk jenis pelayanan dasar tertentu dapat dilakukan oleh kader kesehatan terlatih di luar fasilitas pelayanan kesehatan di bawah pengawasan tenaga kesehatan.

### Pasal 3

- (1) Pemerintah Daerah wajib memenuhi mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM bidang Kesehatan.
- (2) Mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam standar teknis yang terdiri atas:
  - a. standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
  - b. standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan; dan
  - c. petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.
- (3) Standar teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

#### Pasal 4

Capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan harus 100% (seratus persen).

#### Pasal 5

Perhitungan pembiayaan pelayanan dasar pada SPM Kesehatan memperhatikan berbagai sumber pembiayaan agar tidak terjadi duplikasi anggaran.

#### Pasal 6

Pelaksanaan pelayanan dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (5) dicatat dan dilaporkan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota, pemerintah daerah provinsi, dan Menteri Kesehatan secara berjenjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 7

Menteri Kesehatan, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melakukan monitoring dan evaluasi serta pembinaan dan pengawasan secara berjenjang sesuai dengan kewenangan masing-masing.

#### Pasal 8

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1473), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

#### Pasal 9

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan dan mempunyai daya laku surut sejak tanggal 1 Januari 2019.



Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 15 Januari 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 31 Januari 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

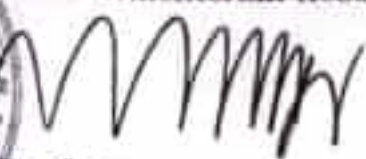
ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 68

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 4 TAHUN 2019  
TENTANG  
STANDAR TEKNIS  
PEMENUHAN MUTU PELAYANAN DASAR  
PADA STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BIDANG KESEHATAN

STANDAR TEKNIS PEMENUHAN MUTU PELAYANAN DASAR  
PADA STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia. Seseorang tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya jika berada dalam kondisi tidak sehat. Sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak.

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Sebagai suatu kebutuhan dasar, setiap individu bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan adalah tanggung jawab setiap warganegara.

Meskipun upaya untuk memenuhi kebutuhan bidang kesehatan melekat pada setiap warga negara, namun mengingat karakteristik barang/jasa kesehatan tidak dapat diusahakan/diproduksi sendiri secara langsung oleh masing-masing warga negara, melainkan harus ada pihak lain yang secara khusus memproduksi dan menyediakan, maka penyediaan barang/jasa bidang kesehatan mutlak memerlukan keterlibatan pemerintah untuk:

1. Menjamin ketersediaan barang/jasa kesehatan yang dapat diperoleh warga negara yang memerlukan sesuai dengan kebutuhan; dan
2. Menyediakan barang/jasa kesehatan bagi warga negara yang tidak mampu memenuhi kebutuhan di bidang kesehatan.

Mengingat kebutuhan warga negara terhadap barang/jasa kesehatan sangat vital dan dengan karakteristik barang/jasa kesehatan yang unik dan kompleks, maka peranan pemerintah di bidang kesehatan harus distandarisasi, agar warga negara dapat memenuhi kebutuhan di bidang kesehatan.

Sejak era reformasi urusan pemerintahan secara bertahap diserahkan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah dan hal ini sesuai dengan pasal 18 ayat (6) amandemen UUD 1945 yang menyatakan bahwa pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya. Peraturan terakhir yang mengatur tentang pembagian urusan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah adalah Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 yang merupakan pengganti Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004. Pada Undang-Undang 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, salah satu dari enam urusan *concurrent* (bersama) yang bersifat wajib dan terkait dengan pelayanan dasar adalah urusan kesehatan.

Karena kondisi kemampuan sumber daya Pemerintah Daerah di seluruh Indonesia tidak sama dalam melaksanakan ke enam urusan tersebut, maka pelaksanaan urusan tersebut diatur dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk memastikan ketersediaan layanan tersebut bagi seluruh warga negara. SPM sekurang-kurangnya mempunyai dua fungsi yaitu (i) memfasilitasi Pemerintah Daerah untuk melakukan pelayanan publik yang tepat bagi masyarakat dan (ii) sebagai instrumen bagi masyarakat dalam melakukan kontrol terhadap kinerja pemerintah dalam pelayanan publik bidang kesehatan.

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar minimal yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara.

Kebijakan mengenai SPM mengalami perubahan dengan ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, sebagai pelaksanaan ketentuan Pasal 18 ayat (3) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Dengan kebijakan ini SPM Bidang Kesehatan mengalami perubahan yang



cukup mendasar dari SPM sebelumnya sebagaimana ditetapkan dengan Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal.

Pada SPM yang lalu pencapaian target-target SPM lebih merupakan kinerja program kesehatan, maka pada SPM yang sekarang pencapaian target-target tersebut lebih diarahkan kepada kinerja Pemerintah Daerah, menjadi penilaian kinerja daerah dalam memberikan pelayanan dasar kepada Warga Negara. Selanjutnya sebagai bahan Pemerintah Pusat dalam perumusan kebijakan nasional, pemberian insentif, disinsentif dan sanksi administrasi Kepala Daerah.

Dalam rangka penerapan SPM Bidang Kesehatan disusun Standar Teknis Penerapan SPM yang menjelaskan langkah operasional pencapaian SPM Bidang Kesehatan di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota sebagai acuan bagi pemerintah daerah dengan memperhatikan potensi dan kemampuan daerah. SPM juga akan berfungsi sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan *Performance Based Budgeting*. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 juga mengamanatkan pada Pemerintah Daerah untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintahan wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM (pasal 298). Pengalokasian Dana Alokasi Khusus (DAK) ke daerah akan berdasar pada kebutuhan daerah untuk pencapaian target-target SPM. Daerah dengan kemampuan sumber daya yang kurang akan menjadi prioritas dalam pengalokasian DAK.

Hal-hal tersebut di atas membuat seluruh elemen akan bersatu pada berbenah untuk bersama-sama menuju pencapaian target-target SPM. termasuk di dalamnya adalah pemenuhan sumber daya manusia kesehatan terutama di level Puskesmas sesuai Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target SPM.

Implementasi SPM juga menjadi sangat strategis dalam kaitannya dengan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif-preventif sehingga diharapkan akan ber-*impact* pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh JKN.

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Tentang Pedoman Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Rencana Kerja Pemerintah Daerah berisi arah kebijakan pembangunan daerah yaitu

untuk menjamin sinergisitas program pembangunan nasional dan daerah, di mana penyusunan RKPD berdasarkan arah kebijakan pembangunan daerah dengan memperhatikan prioritas dan sasaran pembangunan nasional. Arah kebijakan pembangunan daerah tersebut berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) sesuai dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah bahwa terdapat 6 (enam) urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar.

Dalam rangka penerapan SPM Bidang Kesehatan diperlukan Standar Teknis SPM yang menjelaskan langkah operasional pencapaian SPM Bidang Kesehatan di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota sebagai acuan bagi pemerintah daerah dengan memperhatikan potensi dan kemampuan daerah.

Penerapan SPM bidang kesehatan tidak dapat terpisah dengan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena sifat saling melengkapi dan sinergisme. Penekanan SPM bidang kesehatan berfokus pada pelayanan promotif dan preventif, sementara program JKN berfokus pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Sehingga pada penerapan SPM bidang kesehatan khususnya di kabupaten/kota ada kontribusi pembiayaan dan pelayanan program JKN. Untuk hal tersebut, pada penerapannya tidak perlu mengalokasikan anggaran pada pelayanan-pelayanan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif yang dibiayai oleh JKN.

Pada perhitungan pembiayaan, pemerintah daerah melakukan pemetaan pembiayaan, karena terdapat sumber pembiayaan yang dapat digunakan dalam penerapan SPM, tetapi dalam pola perhitungan SPM perlu diperhatikan untuk tidak *double counting* pembiayaan, seperti yang telah dialokasikan JKN maka tidak perlu ada di kebutuhan SPM, contoh : biaya obat program, obat TB, vaksin yang dibiayai oleh pusat tidak perlu diperhitungkan, selain itu untuk mengintegrasikan kegiatan-kegiatan yang sama pada kegiatan SPM seperti pendataan, ATK, dll dalam satu penghitungan pembiayaan sehingga alokasi dapat efisien dan efektif.

Untuk mempermudah penghitungan pembiayaan daerah tersebut telah disiapkan *tools costing* SPM dalam bentuk sistem informasi yang tersedia. Sistem informasi ini digunakan untuk mempermudah daerah dalam perencanaan pelaksanaan SPM.



## B. Tujuan dan Sasaran

Standar Teknis ini bertujuan untuk memberikan kemudahan kepada pemerintah daerah dalam penyusunan perencanaan untuk pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Provinsi/Kabupaten/Kota.

Sasaran dari Standar Teknis ini adalah untuk memberikan pedoman kepada pemerintah daerah terkait penerapan SPM Bidang Kesehatan dan kebijakan pelaksanaan urusan pemerintahan bidang kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah serta peraturan pelaksanaannya.

## C. Pengertian

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan adalah merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar minimal bidang kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara.
2. Standar Teknis SPM bidang kesehatan adalah ketentuan standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, personal/sumber daya manusia kesehatan dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar dari masing-masing jenis dan mutu pelayanan dasar SPM Bidang Kesehatan.
3. Pelayanan Dasar Minimal Bidang Kesehatan adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan warga Negara.
4. Jenis Pelayanan dasar SPM Bidang Kesehatan adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar minimal kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga Negara.
5. Mutu Pelayanan dasar minimal Bidang Kesehatan adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar kesehatan serta pemenuhan sesuai standar teknis agar hidup secara layak.
6. Urusan pemerintahan wajib bidang kesehatan adalah urusan pemerintahan bidang kesehatan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota.



- Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Negara Republik Indonesia yang dibantu oleh wakil Presiden dan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
8. Daerah Otonom, yang selanjutnya disebut Daerah adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam Sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.
  9. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
  10. Penduduk adalah Warga Negara Indonesia dan Orang Asing yang bertempat tinggal di Indonesia.
  11. Warga Negara Indonesia, yang selanjutnya disebut Warga Negara adalah orang bangsa Indonesia asli dan orang bangsa lain yang disahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### D. Ruang Lingkup

Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Kesehatan meliputi:

1. standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
2. standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan; dan
3. petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar, untuk setiap jenis pelayanan dasar pada SPM bidang Kesehatan, baik di tingkat Pemerintah Daerah Provinsi, maupun di tingkat Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.

## BAB II

### PEMENUHAN MUTU PELAYANAN DASAR PADA SPM BIDANG KESEHATAN DAERAH PROVINSI

#### A. Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk Terdampak Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan/atau Berpotensi Bencana Provinsi

##### 1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa.

Dalam melakukan pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana, memerlukan dukungan logistik kesehatan, yang dapat dilihat pada tabel berikut :

NO	JENIS	JUMLAH	FUNGSI
1.	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	Disesuaikan dengan kebutuhan	Pendukung pelayanan kesehatan
2.	Makanan Tambahan/Pendamping untuk Kelompok Rentan (MP ASI, MP ibu Hamil, Pemberian Makanan untuk Bayi dan anak (PMBA) dll)	Disesuaikan dengan kebutuhan	Penambah daya tahan tubuh
3.	Kelengkapan Pendukung Kesehatan Perorangan ( <i>Hygiene Kit dan Family Kit</i> )	Disesuaikan dengan kebutuhan	Pendukung Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) selama bencana

##### 2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan

a. Kebutuhan SDM kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan 24 jam di Pos Kesehatan bagi penduduk terdampak yang dapat terbagi dalam beberapa *shift* yang disesuaikan dengan kondisi di lapangan terdiri dari:

- 1) Dokter umum;
- 2) Perawat;
- 3) bidan;

- b. Kebutuhan SDM kesehatan untuk pengiriman tim penanggulangan krisis kesehatan adalah sebagai berikut:
  - 1) Dokter;
  - 2) Perawat;
  - 3) bidan;
  - 4) Tenaga kesehatan masyarakat terlatih yang memiliki kemampuan di bidang surveilans, gizi, epidemiologi, kesehatan lingkungan, kesehatan reproduksi, dan lain-lain;
  - 5) Tenaga kesehatan terlatih yang memiliki kemampuan dalam penanganan kesehatan jiwa;
  - 6) Apoteker dan/atau Asisten Apoteker;
  - 7) Tenaga penyuluh/promosi kesehatan.
3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar
  - a. Pernyataan Standar

Setiap penduduk yang terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau penduduk yang tinggal di wilayah yang berpotensi bencana mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Daerah Provinsi wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau penduduk yang tinggal di wilayah yang berpotensi bencana.
  - b. Pengertian

Pelayanan kesehatan dalam krisis kesehatan sesuai standar adalah layanan minimal untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau penduduk yang tinggal di wilayah berpotensi bencana yang dilakukan oleh tenaga kesehatan;
  - c. Langkah Kegiatan
    - 1) Penentuan Sasaran Layanan Kesehatan, dapat berdasarkan data proyeksi BPS yang ditetapkan oleh kepala daerah;
    - 2) Penyusunan rencana pemenuhan pelayanan dasar;
    - 3) Penyiapan sarana prasarana dan SDM pelayanan kesehatan dasar;
    - 4) Pelaksanaan pemenuhan pelayanan kesehatan.



d. Mekanisme Pelaksanaan

- 1) Pelayanan kesehatan saat pra krisis kesehatan, yaitu edukasi pengurangan risiko krisis kesehatan bagi penduduk yang tinggal di wilayah berpotensi bencana;
- 2) Pelayanan kesehatan saat tanggap darurat krisis kesehatan ditujukan untuk merespon seluruh kondisi kedaruratan secara cepat dan tepat, guna menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan lebih lanjut dan mengurangi angka kesakitan dengan memperhatikan kepentingan kelompok rentan, yang meliputi:
  - a) mendapatkan layanan medis dasar dan layanan rujukan bila diperlukan;
  - b) mendapatkan layanan pencegahan penyakit menular dan penyehatan lingkungan;
  - c) mendapatkan layanan gizi darurat;
  - d) mendapatkan layanan kesehatan reproduksi darurat;
  - e) mendapatkan layanan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial;
  - f) mendapatkan penyuluhan kesehatan.

e. Capaian Kinerja

1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Provinsi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana adalah 100%.

2) Rumus Perhitungan Kinerja

$$\begin{aligned} &\text{Persentase} \\ &\text{Pelayanan} \\ &\text{Kesehatan bagi} \\ &\text{penduduk} \\ &\text{terdampak Krisis} \\ &\text{Kesehatan akibat} \\ &\text{bencana dan/atau} \\ &\text{berpotensi bencana} \end{aligned} = \frac{\text{Jumlah penduduk terdampak krisis} \\ \text{kesehatan akibat bencana dan/atau} \\ \text{berpotensi bencana yang} \\ \text{mendapatkan pelayanan kesehatan} \\ \text{dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah penduduk terdampak krisis} \\ \text{kesehatan akibat bencana dan/atau} \\ \text{berpotensi bencana dalam satu} \\ \text{tahun yang sama}} \times 100$$

Contoh perhitungan :

Pada tahun 2018, di Provinsi X telah terjadi 2 kali kejadian krisis kesehatan yang membutuhkan dukungan Provinsi dalam penanganannya.

- a) Telah dilakukan upaya pengurangan risiko krisis kesehatan dengan melakukan sosialisasi terhadap 150 penduduk wilayah rawan bencana dengan target sebanyak 165 penduduk;
- b) Bulan September, di Kabupaten A terjadi banjir yang menimpa 5.108 jiwa. Dinkes Provinsi telah memobilisasi klaster kesehatan dan melakukan pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak dengan jumlah yang dilayani mencapai 5.105 jiwa.
- c) Bulan Desember, Kabupaten M terjadi bencana longsor dengan penduduk terdampak berjumlah 5.440 jiwa, Dinkes provinsi memobilisasi sub klaster kesehatan dan melakukan pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak dengan jumlah yang dilayani sebanyak 5.450 jiwa.

$$\text{Tahap pra krisis kesehatan} = \frac{150 \text{ penduduk}}{165 \text{ penduduk}} \times 100\% = 90,9\%$$

$$\begin{aligned} \text{Tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan} &= \frac{(5105 + 5440)}{(5108 + 5450)} \times 100\% \\ &= 99,9\% \end{aligned}$$

$$\text{Capaian target tahun 2018} = \frac{90,9\% + 99,9\%}{2} = 95,4\%$$

1 Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
Tahap Pra Krisis Kesehatan 1. Edukasi pengurangan risiko krisis kesehatan bagi penduduk yang tinggal di wilayah berpotensi bencana	Peserta/Masyarakat  Petugas	Konsumsi peserta/masyarakat  -Transport ke kabupaten  -Biaya penginapan  -Uang Harian  -Honor narasumber	Jumlah Peserta x harga konsumsi rapat x jumlah pertemuan  - transport kabupaten x jumlah petugas x jumlah pertemuan  - biaya penginapan x jumlah petugas x jumlah pertemuan  - Uang Harian x jumlah petugas x jumlah pertemuan  - Jumlah JPL x jumlah pertemuan
2 Tahap Tanggap Darurat :  Pelayanan Kesehatan bagi penduduk terdampak bencana/berpotensi bencana	1. Mobilisasi tim penanggulangan krisis kesehatan  2. Pelayanan kesehatan dasar di fasilitas pelayanan kesehatan  3. Pelayanan kesehatan rujukan  4. Kebutuhan logistik kesehatan	- Transport kabupaten (PP) - uang harian - uang penginapan  - jumlah pasien yang dilayani x unit cost sesuai aturan yang berlaku  - jumlah pasien yang dilayani x unit cost sesuai aturan yang berlaku x jumlah hari di rawat  - paket obat-obatan x jumlah pasien  - paket hygiene Kit/family Kit x jumlah penduduk terdampak - Paket Makanan pendamping untuk kelompok rentan	- Jumlah tim disesuaikan dengan perkiraan kejadian krisis kesehatan akibat bencana/berpotensi bencana per tahun.  - Satuan biaya disesuaikan dengan Standar Biaya yang berlaku



Keterangan

- 1) Unit cost mengacu pada standar biaya yang berlaku di daerah setempat dan memperhitungkan biaya kemahalan di daerah tertentu;
- 2) Lama pelaksanaan dan jumlah pengiriman tim bergantung pada jenis bencana, lokasi, dan luas dampak bencana.
- 3) Pengadaan Peralatan Kesehatan dan Bahan Habis Pakai dilaksanakan sesuai kebutuhan.

E. Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Pada Kondisi Kejadian Luar Biasa  
Provinsi

1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1.	Alat Perlindungan Diri (APD) sesuai dengan jenis penyakit	Sesuai dengan jumlah petugas yang turun kelapangan dan kontak kasus	Melindungi petugas dan kontak kasus dari penularan penyakit
2	Profilaksis/Vitamin/Obat/vaksin	Sesuai dengan jumlah kontak kasus dan populasi berisiko	Diberikan kepada kontak kasus/populasi berisiko Untuk pencegahan dan memutus rantai penularan penyakit
3	Alat pemeriksaan fisik (Stetoskop, termometer badan, tensimeter, senter, test	Sesuai jumlah tim yang turun	Untuk membantu penegakan

No	Barang	Jumlah	Fungsi
	diagnosis cepat, dll)	ke lapangan	diagnosis
4	Alat dan bahan pengambilan spesimen (tabung, pot, media amies, dll) untuk specimen yang berasal dari manusia dan lingkungan sesuai jenis penyakit	Sesuai jumlah kontak dekat kasus	Untuk membantu penegakan diagnosis berdasarkan laboratorium
5	Wadah pengiriman spesimen ( <i>Specimen carrier</i> )	sesuai dengan jumlah spesimen	Untuk membawa spesimen dari lokasi ke laboratorium
6	Tempat sampah biologis	Sesuai kebutuhan	Sebagai tempat wadah limbah infeksius untuk mencegah penularan
7	Formulir : Form penyelidikan epidemiologi Form/lembar KIE Alat tulis yang diperlukan	1 set	Untuk membantu melakukan investigasi kasus, kontak dan populasi berisiko serta faktor risiko

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Pelayanan kesehatan pada kondisi kejadian luar biasa Proses dilaksanakan di luar fasilitas layanan kesehatan dan di dalam fasilitas layanan kesehatan.

- Di luar fasilitas layanan kesehatan dilakukan oleh Tim Gerak Cepat Provinsi (sesuai SK Dinkes Provinsi) yang terdiri dari
- 1) Dokter
  - 2) Tenaga kesehatan masyarakat yang mempunyai kemampuan di bidang epidemiologi
  - 3) Tenaga kesehatan masyarakat yang mempunyai kemampuan di bidang kesehatan lingkungan
  - 4) Tenaga kesehatan masyarakat yang mempunyai kemampuan di bidang entomologi
  - 5) Tenaga Laboratorium
  - 6) Tenaga penyuluh/promosi kesehatan
  - 7) Petugas yang terlibat dalam pelaksanaan penyelidikan epidemiologi disesuaikan dengan jenis KLB yang terjadi.
- b. Di fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari; dokter (umum dan spesialis), perawat, petugas radiologi, petugas laboratorium, dan lain-lain.
3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar
- a. Pernyataan standar  
Setiap orang pada kondisi Kejadian Luar Biasa (KLB) di Provinsi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
  - b. Pengertian
    - 1) Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Pada Kondisi Kejadian Luar Biasa Provinsi adalah pelayanan kesehatan bagi setiap orang yang terdampak dan berisiko pada situasi KLB sesuai dengan jenis penyakit dan/atau keracunan pangan yang menyebabkan KLB.
    - 2) Suatu KLB dinyatakan sebagai KLB Provinsi jika memenuhi salah satu kriteria kondisi KLB sebagai berikut:
      - a) KLB yang terjadi pada suatu wilayah Kabupaten/Kota di satu provinsi yang meluas ke Kabupaten/kota lainnya dan memiliki hubungan epidemiologi pada provinsi yang sama berdasarkan kajian epidemiologi oleh Dinas Kesehatan Provinsi.
      - b) KLB yang terjadi pada suatu wilayah Kabupaten/Kota di satu provinsi berpotensi meluas ke Kabupaten/Kota



- lainnya berdasarkan hasil analisis dan evaluasi penanggulangan KLB oleh Dinas Kesehatan Provinsi.
- c) Pemerintah daerah Kabupaten/kota terdampak KLB tidak/kurang mampu dan mengajukan permohonan bantuan dalam penanggulangan KLB kepada Pemerintah Daerah Provinsi. Pengajuan permohonan bantuan dengan menggunakan formulir ditandatangani oleh kepala daerah Kabupaten/kota terdampak.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Penentuan Sasaran Layanan Kesehatan pada Kondisi KLB  
Sasaran pada Kondisi KLB adalah penduduk terinfeksi penyakit dan penduduk yang berisiko terdampak penyakit penyebab KLB/ keracunan pangan.

Jumlah sasaran dihitung berdasarkan beberapa cara, antara lain :

- a) Pendataan riil pada saat kejadian
- b) Prevalensi KLB pada 3 tahun terakhir (sesuai pelaporan STP KLB) atau
- c) Jumlah penduduk pada wilayah kondisi KLB tahun sebelumnya (data kependudukan)

2) Jenis Pelayanan Kesehatan

Kegiatan pelayanan kesehatan standar pada penduduk kondisi KLB yang dilakukan sesuai dengan jenis penyakit dan/atau keracunan pangan yang terjadi, meliputi:

- a) Penemuan kasus dan identifikasi faktor risiko melalui penyelidikan epidemiologis
- b) Penatalaksanaan penderita pada kasus konfirmasi probable dan suspek yang mencakup kegiatan pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina sesuai standar yang telah ditetapkan
- c) Penyuluhan
- d) Pencegahan dan pengendalian sesuai dengan jenis penyakit
- e) Penanganan jenazah, jika diperlukan

- f) Pemusnahan penyebab penyakit, jika diperlukan
  - g) Upaya penanggulangan kesehatan masyarakat lainnya, jika diperlukan antara lain meliburkan sekolah dan/atau menutup fasilitas umum untuk sementara waktu
- 3) Rujukan
- Pelayanan kesehatan pada penduduk yang diduga dan atau terkena infeksi penyakit berpotensi KLB dirujuk ke fasyankes rujukan yang telah ditentukan sesuai dengan peraturan yang berlaku
- d. Mekanisme Pelaksanaan
- 1) Kajian epidemiologi terhadap data/informasi tentang kemungkinan KLB lintas kabupaten/kota oleh Dinas Kesehatan Provinsi (Tim Gerak Cepat Provinsi).
  - 2) Rapat koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait dalam rangka persiapan pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan pada penduduk sesuai KLB yang terjadi
  - 3) Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan langkah-langkah kegiatan penanggulangan KLB
  - 4) Pencatatan dan Pelaporan
- Pencatatan dan Pelaporan KLB provinsi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pencatatan dalam pelayanan kesehatan penduduk kondisi KLB menggambarkan jenis penyakit/keracunan makanan, penduduk yang terdampak serta kegiatan yang dilakukan dalam penanggulangan KLB tersebut dengan menggunakan format berikut:

NO	JENIS KLB	Kab/ Kota	Periode KLB	Pelayanan kesehatan	Pddk kondisi KLB		Keterangan
					Sasaran	Yang dilayani	
	Jenis KLB yang terjadi		Dari tanggal mulai KLB sampai KLB berakhir	Penemuan kasus dan identifikasi faktor risiko (Penyelidikan epidemiologi)			
				Tata laksana Kasus			
				Pencegahan dan pengebalan			
				Pemusnahan penyebab penyakit			
				Penanganan jenazah			
				Penyuluhan			
				Upaya penanggulangan lain			

**Keterangan**

- a) Kolom Nomer ; sudah jelas
- b) Kolom Jenis KLB : diisi dengan jenis KLB yang terjadi/mengancam
- c) Kolom Kabupaten/Kota : diisi dengan Nama Kabupaten/Kota yang mengalami/terancam KLB
- d) Kolom Periode KLB : diisi dengan tanggal/bulan/tahun awal KLB mulai dicurigai sampai KLB berakhir.
- e) Kolom Pelayanan Kesehatan : diisi dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan.
- f) Kolom Penduduk kondisi KLB :
  - Sasaran : diisi dengan jumlah penduduk Kondisi KLB
  - Yang dilayani : diisi dengan jumlah penduduk kondisi KLB yang mendapat pelayanan kesehatan
- g) Kolom Keterangan : diisi dengan hal-hal yang akan disampaikan terkait jenis KLB contoh hasil laboratorium



c. Capaian Kinerja

1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah daerah Provinsi dalam melakukan pelayanan kepada sasaran kondisi KLB ( di provinsi, dinilai dari persentase Jumlah penduduk kondisi KLB yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar dibandingkan jumlah penduduk kondisi KLB.

2) Rumus Perhitungan Kinerja

$$\begin{array}{l} \text{Persentase} \\ \text{pelayanan} \\ \text{kesehatan} \\ \text{bagi orang} \\ \text{yang} \\ \text{terdampak} \\ \text{dan berisiko} \\ \text{pada situasi} \\ \text{KLB Provinsi} \end{array} = \frac{\text{Jumlah orang yang terdampak dan berisiko pada situasi KLB yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar.}}{\text{Jumlah orang yang terdampak dan berisiko pada situasi KLB}} \times 100 \%$$

Catatan ;

Nominator adalah jumlah orang yang terinfeksi dan yang berisiko terdampak penyakit/keracunan pangan penyebab KLB yang mendapat layanan kesehatan sesuai standar.

Denominator adalah jumlah seluruh orang yang terinfeksi dan yang berisiko terdampak penyakit/keracunan pangan penyebab KLB)

Contoh Perhitungan Capaian

Provinsi X pada tahun 2017 mengalami 2 kali kondisi KLB provinsi sebagai berikut;

KLB 1: Pada bulan Januari terjadi KLB Campak di Kabupaten A dan Kota B dan memiliki hubungan epidemiologi, kedua Kabupaten/Kota tersebut telah menetapkan KLB di wilayahnya masing-masing.

Jumlah kasus dan populasi berisiko di Kabupaten/Kota tersebut adalah;

Kabupaten A; jumlah penduduk terinfeksi penyebab KLB 15 orang dan populasi berisiko terdampak 137 orang.

Kota B; jumlah penduduk terinfeksi penyakit penyebab KLB 25 orang dan populasi berisiko terdampak 273 orang.

Dengan demikian jumlah populasi kasus terinfeksi dan populasi berisiko terdampak yang seharusnya mendapatkan pelayanan kesehatan sebanyak  $40 + 410 = 450$  orang.

Provinsi memberikan pelayanan kesehatan di Kabupaten A dan Kota B, yang meliputi pelayanan terhadap kasus campak (tata laksana kasus) sebanyak : 40 orang (dari total 40 kasus), dan, pencegahan dan pengebalan (pemberian vitamin A pada kontak/populasi berisiko, ORI), serta Penyuluhan, sebanyak 375 orang. Sehingga jumlah penduduk kondisi KLB yang mendapat layanan kesehatan di kabupaten A dan Kota B sebanyak 415 orang.

KLB 2: Pada bulan September terjadi KLB DBD di Kabupaten A dan Kabupaten E. Berdasarkan hasil kajian surveilans Provinsi kedua KLB tersebut memiliki hubungan epidemiologis. Kabupaten A sudah menetapkan KLB di wilayahnya, tetapi Kabupaten E belum menyatakan KLB dengan berbagai pertimbangan walaupun sudah memenuhi kriteria KLB. Jumlah penduduk terinfeksi penyakit penyebab KLB dan populasi berisiko terdampak di kedua Kabupaten/Kota tersebut adalah;

Kabupaten A; jumlah penduduk terinfeksi penyakit penyebab KLB 153 orang dan populasi berisiko terdampak 1350 orang.

Kota E; jumlah penduduk terinfeksi penyakit penyebab KLB 277 orang dan populasi berisiko terdampak 3650 orang.

Dengan demikian jumlah populasi kasus terinfeksi dan populasi berisiko terdampak yang seharusnya mendapatkan pelayanan kesehatan sebanyak 5430

Provinsi memberikan pelayanan kesehatan di Kabupaten A dan Kabupaten E, yang meliputi tata laksana kasus di pelayanan kesehatan sebanyak 430 orang (dari total 430 kasus), dan pencegahan (PSN, Fogging) dan penyuluhan di lokasi KLB (dengan menggunakan berbagai media TV dan Radio Lokal, penyuluhan di tingkat desa) dengan jumlah sasaran sebanyak 5000 orang. Sehingga jumlah penduduk kondisi KLB yang mendapat layanan kesehatan di kabupaten A dan Kabupaten E sebanyak 5.430 orang.

Maka rekapitulasi pada tahun 2017:

Penduduk yang mendapat pelayanan kesehatan kondisi KLB di Provinsi X tahun 2017 sebanyak KLB I + KLB II (415 + 5430) = 5.845 orang.

Sedangkan Penduduk pada kondisi KLB I + KLB II; 450 + 5430 = 5.880 orang

Sehingga Capaian Kinerja Provinsi X dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi KLB adalah;  $5.845/5.880 \times 100\% = 99,4\%$

Catatan: mengingat jumlah penduduk yang mendapat layanan kesehatan pada kondisi kejadian luar biasa masih belum seluruhnya, maka diperlukan rencana strategis tahun depan untuk menjangkau seluruh penduduk pada kondisi KLB. Perlu dianalisis sebab-sebab mereka tidak mendapat pelayanan kesehatan pada kondisi KLB.

Pemantauan terhadap KLB di Provinsi dapat dilihat melalui kinerja Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) yang dilakukan di masing-masing Provinsi

Jika kinerja dalam SKDR baik maka kemungkinan munculnya KLB Provinsi lebih kecil, namun sebaliknya bila kinerja SKDR tidak baik, maka risiko munculnya KLB Provinsi besar.



f. Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
1. Kajian Epidemiologi	Unit Surveilans Provinsi Tim Gerak Cepat Provinsi Unit Lintas program/ sektor, dan tenaga ahli terkait	Kajian/penilaian KLB berdasarkan data awal untuk persiapan turun ke lapangan	Kajian epidemiologi dilakukan sebelum PE untuk penentuan status hubungan epidemiologis/potensi meluas dan sesudah PE untuk menentukan kegiatan pencegahan dan penghentian penularan penyakit
2. Penemuan kasus dan identifikasi faktor risiko melalui penyelidikan Epidemiologi :	Petugas kesehatan	a. Transport petugas (Transport daerah sulit/ sewa kendaraan) b. Uang harian c. Akomodasi d. formulir penyelidikan yang diperlukan e. Biaya komunikasi cepat f. Logistik bagi petugas (APD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyelidikan Epidemiologi dilakukan sekurang-kurangnya 5 hari.</li> <li>• Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi dilakukan segera setelah diketahui KLB dan selama KLB berlangsung untuk melakukan evaluasi.</li> <li>• Perkiraan anggaran pada jumlah penduduk minimal 2 kab/kota yang berdasarkan data SKDR 3 tahun terakhir</li> </ul>

Kasus ( <i>probable</i> , suspek, konfirmasi)	<p>a. Bahan/alat pengambilan dan pemeriksaan specimen</p> <p>b. biaya pengiriman dan pemeriksaan laboratorium</p> <p>c. Biaya rujukan ke RS</p>	<p>Bahan/alat disesuaikan dengan kebutuhan (sesuai dengan jumlah kasus)-</p> <p>Biaya pengiriman dan pemeriksaan spesimen sesuai dengan aturan yang berlaku</p>
Kontak Kasus	<p>a. Bahan/alat pengambilan dan pemeriksaan specimen</p> <p>b. Biaya pengiriman dan pemeriksaan spesimen di laboratorium</p>	<p>Bahan/alat disesuaikan dengan kebutuhan (sesuai dengan jumlah kontak kasus)-</p> <p>Biaya pengiriman dan pemeriksaan spesimen sesuai dengan aturan yang berlaku</p>
Penduduk berisiko	<p>a. Formulir data populasi berisiko</p> <p>b. media KIE</p>	sesuai kebutuhan
Faktor risiko lingkungan (penyebab/ sumber penyakit)	<p>a. Bahan/alat pengambilan dan pemeriksaan sampel lingkungan</p> <p>b. biaya pengiriman dan pemeriksaan laboratorium</p>	<p>Sesuai dengan jenis sampel yang dibutuhkan terkait penyakit</p> <p>Sesuai dengan biaya yang berlaku (sesuai standar)</p>

<p>3. Penatalaksanaan penderita</p>	<p>Petugas kesehatan terlatih (medis, lab, radiologis, ahli gizi, dll)</p>	<p>a. Formulir pemeriksaan (rekam medis)  b. sarana/ prasarana, pemeriksaan, perawatan dan pengobatan pasien</p>	<p>Sesuai ketetapan  Sesuai standar pelayanan kesehatan di RS</p>
	<p>Penderita/pasien penyakit KLB (konfirmasi, probable dan suspek)</p>	<p>a. Biaya pemeriksaan, perawatan dan pengobatan selama di RS</p>	<p>Sesuai standar biaya pelayanan kesehatan di RS</p>
<p>4. pencegahan dan pengebalan</p>	<p>a. Petugas kesehatan</p>	<p>a. Transport petugas (Transport daerah sulit/ sewa kendaraan) b. Uang harian c. Akomodasi d. formulir penyelidikan yang diperlukan e. Biaya komunikasi cepat f. Logistik bagi petugas (Alat Perlindungan Diri/ APD termasuk pengebalan)</p>	<p>Sesuai standar biaya yang berlaku</p>



	b. Kontak kasus dan Penduduk berisiko	a. profilaksia b. APD (masker) c. Respon imunisasi	Sesuai kebutuhan
3 pemusnahan penyebab penyakit	Petugas kesehatan	a. Transport petugas (Transport daerah sulit/ sewa kendaraan) b. Uang harian c. Akomodasi d. formulir penyelidikan yang diperlukan e. Biaya komunikasi cepat f. Logistik bagi petugas (APD)	Sesuai standar biaya yang berlaku
	Vektor dan binatang pembawa penyakit	- Alat/bahan pemusnah vektor dan binatang pembawa penyakit (untuk hewan/binatang berkoordinasi dengan lintas sektor terkait)	Sesuai kebutuhan
	lingkungan	Alat dan bahan pelaksanaan kebersihan lingkungan	Sesuai kebutuhan

6. penanganan jenazah	Petugas Pemulasaran terlatih	a. Bahan pemulasaran jenazah sesuai pedoman yang berlaku b. APD petugas	Sesuai kebutuhan
	Petugas Pemakaman	a. APD petugas	Sesuai kebutuhan
7. Komunikasi Risiko	Petugas kesehatan terlatih	a. Transport petugas (Transport daerah sulit/ sewa kendaraan) b. Uang harian c. Akomodasi d. Logistik bagi petugas (APD)	Sesuai dengan standar biaya yang berlaku
	Populasi berisiko	Media KIE termasuk Komunikasi massa melalui iklan layanan masyarakat	Sesuai kebutuhan
8. Upaya penanggulangan lainnya	Petugas Kesehatan	- Media KIE - Logistik, sarana/ prasarana yang terkait dengan kegiatan karantina	Sesuai kebutuhan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
2. Penentuan kasus dan identifikasi faktor risiko meahai penyelidikan Epidemiologi :	Petugas kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>g. Transport petugas (Transport daerah sulit/ sewa kendaraan)</li> <li>h. Uang harian</li> <li>i. Akomodasi</li> <li>j. formulir penyelidikan yang diperlukan</li> <li>k. Biaya komunikasi cepat</li> <li>l. Logistik bagi petugas (APD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyelidikan Epidemiologi dilakukan sekurang-kurangnya 5 hari.</li> <li>• Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi dilakukan segera setelah diketahui KLB dan selama KLB berlangsung untuk melakukan evaluasi.</li> <li>• Perkiraan anggaran merujuk pada jumlah penduduk minimal 2 kab/kota yang berisiko berdasarkan data SKDR 3 tahun terakhir</li> </ul>
	Kasus (probable, suspek, konfirm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bahan/alat pengambilan dan pemeriksaan specimen</li> <li>b. biaya pengiriman dan pemeriksaan laboratorium</li> <li>c. Biaya rujukan ke RS</li> </ul>	<p>Bahan/alat disesuaikan dengan kebutuhan (sesuai dengan jumlah kasus)-</p> <p>Biaya pengiriman dan pemeriksaan spesimen sesuai dengan aturan yang berlaku</p>



	Kontak Kasus	<p>a. Bahan/alat pengambilan dan pemeriksaan specimen</p> <p>b. Biaya pengiriman dan pemeriksaan spesimen di laboratorium</p>	<p>Bahan/alat disesuaikan dengan kebutuhan (sesuai dengan jumlah kontak kasus)-</p> <p>Biaya pengiriman dan pemeriksaan specimen sesuai dengan aturan yang berlaku</p>
	Penduduk berisiko	<p>a. Formulir data populasi berisiko</p> <p>b. media KIE</p>	sesuai kebutuhan
	Faktor risiko lingkungan (penyebab/sumber penyakit)	<p>a. Bahan/alat pengambilan dan pemeriksaan sampel lingkungan</p> <p>b. biaya pengiriman dan pemeriksaan laboratorium</p>	<p>Sesuai dengan jenis sampel yang dibutuhkan terkait penyakit</p> <p>Sesuai dengan biaya yang berlaku (sesuai standar)</p>
10. Penatalaksanaan penderita	Petugas kesehatan terlatih (medis, lab, radiologis, ahli gizi, dll)	<p>a. Formulir pemeriksaan (rekam medis)</p> <p>b. sarana/prasarana, pemeriksaan, perawatan dan pengobatan pasien</p>	<p>Sesuai kebutuhan</p> <p>Sesuai standar pelayanan kesehatan di RS</p>
	Penderita/pasien penyakit KLB (konfirmasi, probable dan suspek)	a. Biaya pemeriksaan, perawatan dan pengobatan selama di RS	Sesuai standar biaya pelayanan kesehatan di RS

<p>11. pencegahan dan pengebalan</p>	<p>a. Petugas kesehatan</p>	<p>g. Transport petugas (Transport daerah sulit/ sewa kendaraan)  h. Uang harian  i. Akomodasi  j. formulir penyelidikan yang diperlukan  k. Biaya komunikasi cepat  l. Logistik bagi petugas (Alat Perlindungan Diri/ APD termasuk pengebalan)</p>	<p>Sesuai standar biaya yang berlaku</p>
	<p>b. Kontak kasus dan Penduduk berisiko</p>	<p>a. profilaksis  b. APD (masker)  c. Respon imunisasi</p>	<p>Sesuai kebutuhan</p>

KEMENTERIAN RI

12. pemusnahan penyebab penyakit	Petugas kesehatan	<p>g. Transport petugas (Transport daerah sulit/ sewa kendaraan)</p> <p>h. Uang harian</p> <p>i. Akomodasi</p> <p>j. formulir penyelidikan yang diperlukan</p> <p>k. Biaya komunikasi cepat</p> <p>l. Logistik bagi petugas (APD)</p>	Sesuai standar biaya yang berlaku
	Vektor dan binatang pembawa penyakit	- Alat/bahan pemusnah vektor dan binatang pembawa penyakit (untuk hewan/binatang berkoordinasi dengan lintas sektor terkait)	Sesuai kebutuhan
	lingkungan	Alat dan bahan pelaksanaan kebersihan lingkungan	Sesuai kebutuhan



13. penanganan jenazah	Petugas Pemulasaran terlatih	a. Bahan pemulasaran jenazah sesuai pedoman yang berlaku b. APD petugas	Sesuai kebutuhan
	Petugas Pemakaman	a. APD petugas	Sesuai kebutuhan
14. Komunikasi Risiko	Petugas kesehatan terlatih	e. Transport petugas (Transport daerah sulit/ sewa kendaraan) f. Uang harian g. Akomodasi h. Logistik bagi petugas (APD)	Sesuai dengan standar biaya yang berlaku
	Populasi berisiko	Media KIE termasuk Komunikasi massa melalui iklan layanan masyarakat	Sesuai kebutuhan
15. Upaya pemangulangan lainnya	Petugas Kesehatan	- Media KIE - Logistik, sarana/ prasarana yang terkait dengan kegiatan karantina	Sesuai kebutuhan

Keterangan :

- a) Lama pelaksanaan penyelidikan epidemiologi tergantung pada jenis penyakit, luas dan lokasi kejadian KLB
- b) Jenis bahan dan alat pengambilan serta tempat penyimpanan spesimen/sampel kasus, kontak dan lingkungan tergantung dari jenis KLB
- c) Pengiriman spesimen/sampel KLB ke laboratorium rujukan.

KEMENKES RI

PEMENUHAN MUTU PELAYANAN DASAR PADA SPM  
 BIDANG KESEHATAN DAERAH KABUPATEN/KOTA

A. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Vaksin Tetanus Difteri (Td);	1 ampul x Sejumlah sasaran ibu hamil/10 (tergantung status imunisasi ibu)	- Pencegahan Tetanus pada ibu dan tetanus pada bayi saat persalinan
2	Tablet tambah darah	90 tablet x jumlah ibu hamil	- Pencegahan anemia defisiensi besi dan defisiensi asam folat
3	Alat deteksi risiko ibu hamil		
	a. tes kehamilan	Sejumlah ibu hamil	- Mengetahui hamil atau tidak
	b. pemeriksaan Hb	Sejumlah ibu hamil	- Mengetahui anemia atau tidak
	c. pemeriksaan golongan darah	Sejumlah ibu hamil	- Mengetahui golongan darah ibu hamil sebagai persiapan mencari pendonor darah bila terjadi komplikasi
	d. Pemeriksaan glukoprotein urin	Sejumlah ibu hamil x 15%	- Mengetahui diabetes dan risiko pre eklamsi dan eklamsi
4	Kartu ibu/rekam medis ibu	Sejumlah ibu hamil	- Form rekam medis bagi ibu



No	Barang	Jumlah	Fungsi
5	Buku KIA	Sesuai Kebutuhan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencatatan kesehatan ibu dan anak sampai umur 6 tahun</li> <li>- Media KIE bagi ibu dan keluarganya</li> </ul>

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia Kesehatan

Tenaga kesehatan meliputi:

- a. Dokter/ dokter spesialis kebidanan, atau
- b. Bidan, atau
- c. Perawat

3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

a. Pernyataan Standar

Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. Pemerintah Daerah tingkat kabupaten/kota wajib memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar kepada semua ibu hamil di wilayah kerja tersebut dalam kurun waktu satu tahun.

b. Pengertian

Pelayanan antenatal yang sesuai standar yang meliputi:

- 1) Standar kuantitas.
- 2) Standar kualitas.

c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran ibu hamil di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.
- 2) 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.

- 3) Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T, meliputi:
  - a. Pengukuran berat 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.
  - g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet.
  - h. Tes Laboratorium.
  - i. Tatalaksana/penanganan kasus.
  - j. Temu wicara (konseling).

d. Capaian Kinerja

- 1) Definisi Operasional Capaian Kinerja  
 Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil dinilai dari cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.
- 2) Rumus Perhitungan Kinerja

$$\begin{array}{l}
 \text{Persentase ibu hamil} \\
 \text{mendapatkan pelayanan} \\
 \text{kesehatan ibu hamil} \\
 = \frac{\text{Jumlah ibu hamil yang} \\
 \text{mendapatkan pelayanan antenatal} \\
 \text{sesuai standar di wilayah kerja} \\
 \text{kabupaten/kota tersebut dalam} \\
 \text{kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di} \\
 \text{wilayah kerja kabupaten/kota} \\
 \text{tersebut dalam kurun waktu satu} \\
 \text{tahun yang sama (denominator)}} \times 100 \%
 \end{array}$$

Catatan:

- a) Nominator yang dihitung adalah Ibu hamil yang telah selesai menjalani masa kehamilannya (bersalin) di akhir tahun berjalan

- b) Ibu hamil yang belum selesai menjalani masa kehamilannya pada akhir tahun berjalan tidak di hitung sebagai nominator akan tetapi dihitung sebagai nominator dan denominator pada tahun berikutnya.  
Contoh Perhitungan

Kabupaten "A" terdapat 3 Puskesmas B,C,dan D. Terdapat estimasi 1000 ibu hamil dan dari hasil pendataan terdapat 750 ibu hamil. Adapun rincian yang berkunjung ke Puskesmas dan fasyankes swasta:

Lokasi Pelayanan	Jumlah Ibu hamil di Kab (proyeksi)	Mendapat pelayanan Sesuai standar	Mendapat pelayanan Tidak sesuai standard	Keterangan
1. Puskesmas B, (data laporan termasuk dari poskesdes, polindes, Pustu dan fasyankes swasta)	350	150	100	100 ibu hamil tidak mendapatkan pelayanan sesuai standar misalnya ibu hamil tidak mendapatkan tablet tambah darah.
2. Puskesmas C, (data laporan termasuk dari poskesdes, polindes, Pustu dan fasyankes swasta)	500	300	100	Fasyankes swasta termasuk rumah sakit harus melapor ke puskesmas C
3. Puskesmas D, (data laporan termasuk dari poskesdes, polindes, Pustu)	150	100	0	Tidak ada fasyankes swasta di wilayah Puskesmas C
Total Kabupaten A (Total Puskesmas B+C+D)	1000 (X)	550 (Y)	200 (Z)	



Capaian indikator ibu hamil yang mendapat pelayanan standar di Kab. A

$$= \frac{Y}{X} \times 100\%$$

$$= \frac{550}{1000} \times 100\% = 55\%$$

Capaian SPM kabupaten A untuk indikator pelayanan kesehatan ibu hamil adalah 55 %.

Catatan:

a) Capaian SPM kabupaten A belum mencapai 100% (55%), sehingga kabupaten A harus menganalisis penyebabnya seperti :

- (1) Kurangnya informasi mengenai pelayanan antenatal
- (2) akses ke fasyankes sulit
- (3) pelayanan yang tidak dilaporkan dari jaringan dan fasyankes swasta ke puskesmas
- (4) ibu hamil mendapatkan pelayanan di fasyankes luar wilayah kerja kabupaten/kota
- (5) kendala biaya
- (6) Sosial budaya

Untuk dilakukan intervensi penyelesaian masalah sehingga pada tahun berikutnya capaian SPM untuk indikator pelayanan kesehatan ibu hamil mencapai 100%.

b) Ibu hamil di luar wilayah kerja Kabupaten/Kota tetap dilayani dan dicatat tetapi tidak masuk sebagai cakupan pelayanan di Kab/Kota tersebut melainkan dilaporkan ke Kab/Kota sesuai dengan alamat tinggal ibu hamil tersebut.

e. Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
1. Pendataan Ibu Hamil	Petugas	Pendataan Ibu Hamil Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Jumlah Desa x Biaya Transport x frekuensi pendataan (Terintegrasi dengan PIS PK)
	Formulir	Pengadaan paket Pendataan	1 Form x Kegiatan Pendataan x Jumlah Puskesmas
2. Pemeriksaan Antenatal			
a. Pelayanan dalam gedung	Petugas	Pelayanan Antenatal	
	Alat kesehatan	Pengadaan Set Pemeriksaan Kehamilan	1 Paket x Jumlah Puskesmas, jaringan dan jejaringnya
	Pemeriksaan Laboratorium	Pengadaan Set Pemeriksaan Laboratorium Ibu Hamil	(1 Paket x Jumlah Sasaran) / 100
	Obat	Pengadaan Tablet Fe (90 tablet)	90 tablet Fe x Jumlah sasaran Bumil
	Vaksin	Pengadaan Paket Imunisasi Td	1 Paket x Jumlah sasaran ibu hamil/10
b. Pelayanan luar gedung	Petugas	Pelayanan Antenatal Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah Kunjungan (rutin dan sweep up)

	Alat kesehatan	Pengadaan Set Pemeriksaan Kehamilan (Antenatal)	1 Paket x Jumlah Puskesmas, jaringan dan jejaringnya
	Obat	Pengadaan Tablet Fe (90 tablet)	Terintegrasi dengan paket pengadaan Tablet Fe pelayanan dalam gedung
2. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA	Petugas	Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA	Terintegrasi dengan pelayanan Antenatal
	Buku KIA	Sesuai Kebutuhan	1 buku x Jumlah Sasaran ibu hamil
3. Pengisian Kartu Ibu dan Kohort	Register ibu	Pengadaan Register Kohort ibu (Antenatal, bersalin, nifas)	1 Paket x Jumlah Desa (integrasi untuk kebutuhan ibu bersalin dan ibu nifas)
	Kartu Ibu	Pengadaan Kartu Ibu	1 paket x jumlah ibu hamil
	Formulir dan ATK	Pengadaan formulir kartu ibu, form pelaporan, dan ATK	1 Paket x Jumlah Puskesmas
4. Rujukan	Petugas	Pelayanan Kegawat-daruratan maternal Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah Rujukan



## B. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

### 1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Formulir partograf	Sejumlah sasaran ibu bersalin	- Instrumen pemantauan persalinan
2	Kartu ibu (rekam medis)	Terintegrasi dengan ibu hamil	- Form rekam medis bagi ibu
3	Buku KIA	Terintegrasi dengan ibu hamil	- Pencatatan kesehatan ibu dan anak sampai umur 6 tahun - Media KIE bagi ibu dan keluarganya

### 2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan

Tenaga kesehatan meliputi:

- Dokter/ dokter spesialis kebidanan dan kandungan, atau
- Bidan, atau
- Perawat

### 3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

#### a. Pernyataan Standar

Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar. Pemerintah Daerah tingkat Kabupaten/Kota wajib memberikan Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin sesuai standar kepada semua ibu bersalin di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun.

#### b. Pengertian

Pelayanan persalinan sesuai standar meliputi:

- Persalinan normal.
- Persalinan komplikasi.

#### c. Mekanisme Pelayanan

- Penetapan sasaran ibu bersalin di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi IHS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan

estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

- 2) Standar persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal (APN) sesuai standar.
  - a) Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.
  - b) Tenaga penolong minimal 2 orang, terdiri dari:
    - (1) Dokter dan bidan, atau
    - (2) 2 orang bidan, atau
    - (3) Bidan dan perawat.
- 3) Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan Dasar dan Rujukan.

#### d. Capaian Kinerja

##### 1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu bersalin dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

##### 2) Rumus Perhitungan Kinerja

Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun.

Persentase ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan  $\times 100 \%$

---

Jumlah sasaran ibu bersalin di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

##### Contoh Perhitungan

Kabupaten "D" terdiri dari 3 Puskesmas A,B, dan C. Terdapat 3.500 sasaran ibu bersalin (proyeksi) . Rincian ibu yang mendapatkan pelayanan ibu bersalin di Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya adalah sebagai berikut:

Lokasi Pelayanan	Jumlah ibu bersalin (proyeksi)	Dilayani Sesuai standar	Dilayani Tidak sesuai standar	Keterangan
Puskesmas A	800	500	0	
Bersalin oleh tenaga kesehatan di Rumah		0	20	Tidak dihitung, karena tidak bersalin di fasilitas. Tetapi dipakai sebagai bahan evaluasi dan perencanaan Puskesmas selanjutnya
Bersalin oleh dukun		0		Tidak dihitung, tetapi sebagai bahan evaluasi dan perencanaan berikutnya
Bersalin di Polindes dan poskesdes		0	30	Tidak dihitung, kecuali pemerintah daerah menjamin polindes dan poskesdes telah dilengkapi SDM, sarana dan prasarana



				sesuai standar pelayanan persalinan
Bersalin di Fasilitas pelayanan kesehatan swasta		200	0	Fasyankes primer dan rujukan melaporkan pelayanan persalinan ke Puskesmas sesuai dengan wilayah kerjanya
Total Puskesmas A	800	700	50	
Total Puskesmas B	1300	900	100	
Total Puskesmas C	1400	1000	0	
Kabupaten D (Total Puskesmas A+B+C)	3.500 (X)	2.600 (Y)	150 (Z)	

\*data bersalin dirumah, Polindes, poskesdes, oleh dukun dilaporkan ke Puskesmas walaupun tidak dihitung dalam cakupan.

Capaian indikator Ibu bersalin mendapat pelayanan standar di Kab. D

$$= \frac{Y}{X} \times 100\%$$

$$= \frac{2600}{3500} \times 100\% = 74,3 \%$$

Capaian SPM kabupaten D untuk indikator pelayanan kesehatan ibu bersalin adalah 74,3 %

Catatan:

a) Capaian SPM kabupaten A belum mencapai 100% (74,3%), sehingga kabupaten A harus menganalisis penyebabnya seperti :

- (1) Kurangnya informasi mengenai pelayanan persalinan
- (2) akses ke fasyankes sulit
- (3) pelayanan yang tidak dilaporkan dari jaringan dan fasyankes swasta ke puskesmas
- (4) ibu bersalin mendapatkan pelayanan bukan oleh nakes dan atau tidak difasyankes
- (5) ibu bersalin mendapatkan pelayanan di luar wilayah kerja kab/kota
- (6) kendala biaya
- (7) Sosial budaya

Untuk dilakukan intervensi penyelesaian masalah sehingga pada tahun berikutnya capaian SPM untuk indikator pelayanan kesehatan ibu bersalin mencapai 100%.

b) Ibu bersalin di luar wilayah kerja Kabupaten/Kota tetap dilayani dan dicatat tetapi tidak masuk sebagai cakupan pelayanan di Kab/Kota tersebut melainkan dilaporkan ke Kab/Kota sesuai dengan alamat tinggal ibu bersalin tersebut.

e. Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
1. Pendataan Ibu Bersalin	Petugas	Pendataan Ibu Bersalin Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Jumlah Desa x Biaya Transport x frekuensi pendataan (Terintegrasi dengan PIS PK)
	Formulir	Pengadaan paket	1 Form x Kegiatan Pendataan x

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
		Pendataan	Jumlah Puskesmas
2. Pelayanan Persalinan	Alat kesehatan sesuai Permenkes yang berlaku mengatur tentang Puskesmas *Pengadaan alkes tidak harus setiap tahun	Pengadaan Set Persalinan	1 Paket x Jumlah Fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menolong persalinan
		Pengadaan Set Resusitasi Bayi	1 Paket x Jumlah Fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menolong persalinan
		Pengadaan Set Perawatan Pasca Persalinan	1 Paket x Jumlah Fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menolong persalinan
	Obat	Pengadaan paket obat dan BHP untuk persalinan	1 Paket x Jumlah Ibu Bersalin
	Formulir Partograf	Pengadaan formulir partograf	1 Formulir x Jumlah Ibu Bersalin
3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA	Buku KIA	Sesuai kebutuhan	Terintegrasi dengan pengadaan paket buku KIA pada Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil



LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
4. Pengisian Kartu Ibu dan Kohort Ibu	Register Kohort ibu	Pengadaan Register Kohort Ibu	1 Paket x jumlah desa (terintegrasi dengan pengadaan kohort ibu hamil)
		Kartu Ibu	1 paket x jumlah ibu hamil (terintegrasi dengan pengadaan kohort ibu hamil)
	ATK	Pengadaan ATK	Sudah terintegrasi dengan pengadaan ATK ibu hamil)
5. Rujukan pertolongan persalinan (jika diperlukan)	Petugas	Pelayanan Kegawatdaruratan maternal Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah Rujukan
	Alat kesehatan	Set Kegawatdaruratan maternal	1 paket x Jumlah Fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menolong persalinan
	Pendamping Ibu Bersalin	Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Pendamping Ibu Bersalin (maksimal 2 orang x Biaya Transport per Rujukan
	Rumah Tunggu	Biaya sewa/operasional (jika diperlukan)	Paket operasional rumah tunggu

2. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Vaksin Hepatitis B0	Sejumlah sasaran Bayi Baru Lahir	Pencegahan infeksi Hepatitis B
2	Vitamin K1 Injekai	Sejumlah sasaran Bayi Baru Lahir	Pencegahan perdarahan
3	Salep/tetes mata antibiotik	Sejumlah sasaran Bayi Baru Lahir	Pencegahan infeksi mata
4	Formulir Bayi Baru Lahir	Sejumlah sasaran Bayi Baru Lahir	- Pencatatan hasil pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir
5	Formulir MTBM	Sejumlah 3 x sasaran Bayi Baru Lahir	- Pencatatan hasil pemeriksaan Bayi Baru Lahir dengan menggunakan Pendekatan MTBM untuk bayi sehat dan sakit
6	Buku KIA	Terintegrasi dengan ibu hamil	- Pencatatan kesehatan ibu dan anak sampai umur 6 tahun - Media KIE bagi ibu dan keluarganya

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia Kesehatan

Tenaga kesehatan meliputi:

- a. Dokter/ dokter spesialis anak, atau
- b. Bidan, atau
- c. Perawat

### 3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

#### a. Pernyataan Standar

Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan neonatal esensial sesuai standar. Pemerintah daerah tingkat kabupaten/kota wajib memberikan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar kepada semua bayi usia 0-28 hari di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

#### b. Pengertian

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar meliputi:

- 1) Standar kuantitas.
- 2) Standar kualitas.

#### c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan **sasaran bayi baru lahir** di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan **estimasi** dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.
- 2) 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.

#### 3) Standar kualitas:

- a) Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam).

Perawatan neonatal esensial saat lahir meliputi:

- (1) Pemotongan dan perawatan tali pusat.
- (2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- (3) Injeksi vitamin K1.
- (4) Pemberian salep/tetes mata antibiotic.
- (5) Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B).

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

Perawatan neonatal esensial setelah lahir meliputi

- (1) Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif.



- (2) Memeriksa kesehatan dengan menggunakan pendekatan MTBM.
- (3) Pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasilitas pelayanan kesehatan atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1.
- (4) Imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan.
- (5) Penanganan dan rujukan kasus neonatal komplikasi.

d. Capaian Kinerja

a. Definisi Operasional Capaian Kerja

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan bayi baru lahir dinilai dari cakupan jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

b. Rumus Perhitungan Kinerja

$$\begin{array}{l}
 \text{Presentase} \\
 \text{bayi baru lahir} \\
 \text{mendapatkan} \\
 \text{pelayanan} \\
 \text{kesehatan bayi} \\
 \text{baru lahir}
 \end{array}
 = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah bayi baru lahir usia 0-28} \\ \text{hari yang mendapatkan pelayanan} \\ \text{kesehatan bayi baru lahir sesuai} \\ \text{dengan standar dalam kurun} \\ \text{waktu satu tahun} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah sasaran bayi baru lahir di} \\ \text{wilayah kerja kabupaten/kota} \\ \text{tersebut dalam kurun waktu satu} \\ \text{tahun yang sama} \end{array}} \times 100 \%$$

Lokasi Pelayanan	Jumlah Bayi Baru Lahir di Kab/Kota (proyekai)	Mendapat pelayanan Sesuai standar	Mendapat pelayanan Tidak sesuai standard	Keterangan

Lokasi Pelayanan	Jumlah Bayi Baru Lahir di Kab/Kota (proyeksi)	Mendapat pelayanan Sesuai standar	Mendapat pelayanan Tidak sesuai standard	Keterangan
1. Puskesmas B, (data laporan termasuk dari poskesdes, polindes, Pustu, Rumah sakit dan fasyankes swasta)	350	150	100	100 bayi baru lahir tidak mendapatkan pelayanan sesuai standar misalnya bayi baru lahir tidak mendapatkan salep mata antibiotic
2. Puskesmas C, (data laporan termasuk dari poskesdes, polindes, Pustu, Rumah sakit dan fasyankes swasta)	500	300	100	Rumah Sakit dan Fasyankes swasta harus melapor ke puskesmas C
3. Puskesmas D, (data laporan termasuk dari poskesdes, polindes, Pustu)	150	100	0	Tidak ada fasyankes swasta di wilayah Puskesmas C
Total Kabupaten A (Total Puskesmas B+C+D)	1000 (X)	550 (Y)	200 (Z)	

Capaian indikator bayi baru lahir yang mendapat pelayanan standar di Kab. A

$$= \frac{Y}{X} \times 100\%$$

$$= \frac{550}{1000} \times 100\% = 55\%$$

Capaian SPM kabupaten A untuk indikator pelayanan kesehatan bayi baru lahir adalah 55 %.

Catatan:

a) Capaian SPM kabupaten A belum mencapai 100% (55%), sehingga kabupaten A harus menganalisis penyebabnya seperti :

- (1) Kurangnya Informasi mengenai pelayanan bayi baru lahir
- (2) akses ke fasyankes sulit
- (3) pelayanan yang tidak dilaporkan dari jaringan dan fasyankes swasta ke puskesmas
- (4) bayi baru lahir mendapatkan pelayanan diluar wilayah kerja kab/kota
- (5) kendala biaya
- (6) Sosial budaya

Untuk dilakukan intervensi penyelesaian masalah sehingga pada tahun berikutnya capaian SPM untuk indikator pelayanan bayi baru lahir mencapai 100%.

b) Bayi baru lahir di luar wilayah kerja Kabupaten/Kota tetap dilayani dan dicatat tetapi tidak masuk sebagai cakupan pelayanan di Kab/Kota tersebut melainkan dilaporkan ke Kab/Kota sesuai dengan alamat tinggal bayi baru lahir tersebut.

e. Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
1. Pendataan bayi baru lahir	Petugas	Pendataan bayi baru lahir Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Jumlah Desa x Biaya Transport x frekuensi pendataan (Terintegrasi dengan PIS PK)



LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
	Formulir	Pengadaan paket Pendataan	1 Form x Kegiatan Pendataan x Jumlah Puskesmas
2. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir a. Pelayanan dalam gedung	Formulir bayi Baru lahir	Pengadaan formulir bayi baru lahir	1 Paket x jumlah Bayi baru lahir
	Formulir MTBM	Pengadaan formulir MTBM	1 Paket x jumlah neonata
	Alat kesehatan	Set pelayanan bayi baru lahir (0-6 Jam)	1 Paket x jumlah Puskesmas, jaringan dan jejarinya
Set kegawatdaruratan neonatal		1 Paket x jumlah Puskesmas dan jejarinya	
	Vitamin K1 injeksi	Pengadaan Vit K1 injeksi	1 ampul x jumlah Bayi baru lahir
	Salep/Tetes mata antibiotik	Pengadaan salep / tetes mata antibiotik	1 tube x jumlah Bayi baru lahir / 5
	Pedoman Pelayanan Kesehatan neonatal esensial	Pengadaan pedoman pelayanan kesehatan neonatal esensial	1 Paket x jumlah Puskesmas dan jejarinya
b. Pelayanan luar	Petugas	Pelayanan	Jumlah petu...

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
gedung		kesehatan neonatal biaya transport petugas/BBM	x biaya transport x jumlah kunjungan
	Formulir MTBM	Pengadaan formulir MTBM	Terintegrasi dengan pengadaan formulir MTBM pada pelayanan dalam gedung
	Alat Kesehatan	Set pelayanan bayi baru lahir (0-6 Jam)	Terintegrasi dengan Pengadaan set pelayanan bayi lahir (0-6 jam) pada pelayanan dalam gedung
	Vitamin K1 injeksi	Pengadaan vit K1 injeksi	Terintegrasi dengan Pengadaan set pelayanan bayi lahir (0-6 jam) pada pelayanan dalam gedung

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
	Salep/Tetes mata antibiotik	Pengadaan salep / tetes mata antibiotik	Terintegrasi dengan Pengadaan set pelayanan bayi lahir (0-6 jara) pada pelayanan dalam gedung
3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA	Buku KIA	Pengadaan buku KIA Sesuai Kebutuhan	Terintegrasi dengan pengadaan paket buku KIA pada Pelayanan kesehatan ibu hamil
4. Pencatatan dan Pelaporan	Register Kohort Bayi	Pengadaan register Kohort bayi	1 Paket x jumlah Puskesmas
	Formulir pelaporan SIP	Pengadaan formulir SIP	1 paket x jumlah Puskesmas, terintegrasi dengan pengadaan formulir SIP pelaporan lainnya
	Formulir dan ATK	Pengadaan formulir dan ATK	1 Paket x jumlah Puskesmas
5. Rujukan pertolongan kasus komplikasi pada bayi baru lahir (jika diperlukan)	Petugas	Pelayanan kegawatdaruratan neonatal Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah Rujukan



LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
	Alat kesehatan	Set kegawatdaruratan neonatal	Terintegrasi dengan paket pengadaan Set kegawatdaruratan neonatal pada pelayanan kesehatan bayi baru lahir dalam gedung
	Pendamping Bayi Baru Lahir	Biaya transport petugas/BBM	Jumlah pendamping bayi baru lahir (maksimal 2 orang) x biaya transport per rujukan

## 2. Pelayanan Kesehatan Balita

### 1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) atau instrumen standar lain yang berlaku	Sesuai Kebutuhan	Pemeriksaan perkembangan balita
2	Formulir DDTK	Sesuai Kebutuhan	Pencatatan hasil Pelayanan
3	Buku KIA	Sejumlah sasaran ibu hamil + jumlah balita yang tidak mempunyai buku KIA	Media informasi dan Pencatatan Kesehatan Ibu dan Anak sampai dengan umur 6 tahun

4	Vitamin A Biru	Sesuai standar	
5	Vitamin A Merah		
6	Vaksin imunisasi dasar : HBO BCG Polio IPV DPT-HB-Hib Campak Rubell	Sesuai standar	Memberikan kekebalan tubuh dari penyakit.
7	Vaksin imunisasi Lanjutan : DPT-HB-Hib Campak Rubella		
8	Jarum suntik dan BHP		Pemberian imunisasi pada balita
9	Peralatan anafilaktik		Pengobatan bila terjadi syok anafilaktik akibat penyuntikan

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia Kesehatan

a. Tenaga kesehatan:

- 1) Dokter, atau
- 2) Bidan, atau
- 3) Perawat
- 4) Gizi

b. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai keahlian tertentu:

- 1) Guru PAUD
- 2) Kader kesehatan

### 3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

#### a. Pernyataan Standar

Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Daerah Tingkat Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada semua balita di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun.

#### b. Pengertian

Pelayanan kesehatan balita berusia 0-59 bulan sesuai standar meliputi :

- 1) Pelayanan kesehatan balita sehat.
- 2) Pelayanan kesehatan balita sakit.

#### c. Mekanisme Pelayanan

1) Penetapan sasaran balita di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

2) Pelayanan kesehatan balita sehat adalah pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA dan skrining tumbuh kembang, meliputi:

a) Pelayanan kesehatan Balita usia 0 -11 bulan:

(1) Penimbangan minimal 8 kali setahun.

(2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali /tahun.

(3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun.

(4) Pemberian kapsul vitamin A pada usia 6-11 bulan 1 kali setahun.

(5) Pemberian imunisasi dasar lengkap.

b) Pelayanan kesehatan Balita usia 12-23 bulan:

(1) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan).

(2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun.



- (3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun.
  - (4) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun.
  - (5) Pemberian Imunisasi Lanjutan.
- c) Pelayanan kesehatan Balita usia 24-59 bulan:
- (1) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan).
  - (2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun.
  - (3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun.
  - (4) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun.
- d) Pemantauan perkembangan balita.
- e) Pemberian kapsul vitamin A.
- f) Pemberian imunisasi dasar lengkap.
- g) Pemberian imunisasi lanjutan.
- h) Pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan.
- i) Edukasi dan informasi.
- 3) Pelayanan kesehatan balita sakit adalah pelayanan balita menggunakan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS).

d. Capaian Kinerja

- 1) Capaian Kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan balita usia 0-59 bulan dinilai dari cakupan balita yang mendapat pelayanan kesehatan balita sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

Cakupan  
Pelayanan  
Kesehatan Balita  
sesuai Standar

Jumlah Balita usia 12-23 bulan yang mendapat Pelayanan Kesehatan sesuai Standar <sup>1</sup> + Jumlah Balita usia 24-35 bulan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar <sup>2</sup> + Balita usia 36-59 bulan mendapatkan pelayanan sesuai standar <sup>3</sup>

=  $\frac{\text{Jumlah Balita usia 12-59 bulan di wilayah kerja Kabupaten/kota tersebut pada kurun waktu satu tahun yang sama}}{\text{Jumlah Balita usia 12-59 bulan di wilayah kerja Kabupaten/kota tersebut pada kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%$

Catatan :

- Balita yang belum mencapai usia 1 tahun di akhir tahun berjalan, tidak di hitung sebagai cakupan. Perhitungan balita usia 0-11 bulan dilakukan setelah balita berulang tahun yang pertama (balita genap berusia 1 tahun/12 bulan).
- Balita yang belum mencapai usia 24 bulan di akhir tahun berjalan tidak di hitung sebagai cakupan balita usia 24-35 bulan. Perhitungan dilakukan setelah berulang tahun yang kedua (balita genap berusia 2 tahun/24 bulan)
- Balita yang belum mencapai usia 36 bulan, di akhir tahun berjalan tidak di hitung sebagai cakupan balita usia 36-59 bulan. Perhitungan di lakukan setelah berulang tahun yang ketiga (balita genap berusia 3 tahun/36 bulan)

Contoh Perhitungan

Contoh 1

Balita A lahir pada 1 Juni 2018, di akhir tahun berjalan (Desember 2018) balita A berusia 6 bulan, sudah mendapatkan penimbangan 4 kali, pengukuran panjang badan 2 kali, pemantauan perkembangan 1 kali dan vitamin A 1 kali, imunisasi HBO 1 kali, BCG 1 kali, DPT-HB Hib 3 kali, Polio 4 kali dan IVP 1 kali. Balita A di akhir tahun berjalan (Desember 2018) belum di hitung sebagai cakupan, karena belum mencapai usia 1 tahun dan belum mendapatkan pelayanan sesuai standar;

#### Contoh 2

Balita B lahir pada 1 Oktober 2017, di akhir tahun berjalan (bulan Desember 2018), balita B berusia 14 bulan. Dalam kurun waktu 1 tahun terakhir (Jan-Des 2018) Balita B mendapatkan penimbangan 8 kali (4 kali dalam kurun waktu 6 bulan), pengukuran panjang badan sebanyak 2 kali, pemantauan perkembangan 2 kali, pemberian vitamin A 2 kali dan imunisasi dasarnya sudah lengkap. Balita B di hitung sebagai cakupan Balita usia 12-23 bulan pada tahun 2018 karena sudah mendapatkan pelayanan sesuai standar;

#### Contoh 3

Balita C lahir pada 1 November 2016, di akhir tahun berjalan (bulan Desember 2018), balita C berusia 25 bulan. Dalam kurun waktu 1 tahun terakhir (Jan-Des 2018) Balita C mendapatkan penimbangan 8 kali (4 kali di kurun waktu 6 bulan), pengukuran panjang badan 2 kali, pemantauan perkembangan 2 kali, vitamin A 2 kali, imunisasi lanjutan Campak Rubella 1 kali dan DPT-HB Hib 1 kali. Balita C di hitung sebagai cakupan balita usia 24-35 bulan karena mendapatkan pelayanan sesuai standar

#### Contoh 4

Balita D lahir pada 1 November 2015, di akhir tahun berjalan (bulan Desember 2018), bayi D berusia 37 bulan. Dalam kurun waktu 1 tahun terakhir (Jan-Des 2018) balita



D sudah mendapatkan penimbangan 8 kali ( 4 kali di kurun waktu 6 bulan ), pengukuran panjang badan 2 kali, pemantauan perkembangan 2 kali, vitamin A 2 kali . Balita D di hitung sebagai cakupan balita usia 36—59 bulan karena mendapatkan pelayanan sesuai standar

#### Cara Menghitung Cakupan Pelayanan

Di Kabupaten D, terdapat Puskesmas A dan B. Jumlah sasaran balita (0-59 Bulan) yang ada di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama sebanyak 300 orang Balita. Jumlah balita yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai dengan rincian sebagai berikut :

Lokasi Pelayanan	Jumlah Balita	Balita Mendapat pelayanan sesuai standar	Balita Tidak mendapat pelayanan sesuai standard	Keterangan
Puskesmas A dan lingkungannya	200	150	50	Pelayanan tidak sesuai standar misalnya balita hanya mendapatkan pengukuran Panjang badan/TB 1 kali /setahun
Puskesmas B dan lingkungannya	100	70	30	
Jumlah	300 (X)	220 (Y)	80 (Z)	

Capaian SPM Balita mendapat pelayanan standar di Kab. D

$$= \frac{Y}{X} \times 100\%$$

$$= \frac{220}{300} \times 100\% = 73,3 \%$$

Capaian SPM kabupaten D untuk indikator pelayanan balita adalah 73,3 %

Catatan:

a) Capaian SPM kabupaten D belum mencapai 100% (73,3%), sehingga kabupaten D harus menganalisa penyebabnya seperti :

- (1) Kurangnya Informasi mengenai pelayanan balita
- (2) akses ke fasyankes sulit
- (3) pelayanan yang tidak dilaporkan dari jaringan dan fasyankes swasta ke puskesmas
- (4) balita mendapatkan pelayanan dil luar wilayah kerja kab/kota
- (5) kendala biaya
- (6) Sosial budaya

Untuk dilakukan intervensi penyelesaian masalah sehingga pada tahun berikutnya capaian SPM untuk indikator pelayanan balita mencapai 100%.

b) Balita di luar wilayah kerja Kabupaten/Kota tetap dilayani dan dicatat tetapi tidak masuk sebagai cakupan pelayanan di Kab/Kota tersebut melainkan dilaporkan ke Kab/Kota sesuai dengan alamat tinggal bayi dan anak balita tersebut.

c. Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
1. Pendataan Balita 0-59 Bulan	Petugas	Pendataan Balita Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah kunjungan pendataan (terintegrasi dengan HIS PK)

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
	Formulir	Pengadaan Formulir	Jumlah Paket x biaya perpaket x Jumlah Puskesmas
2. Pelayanan Kesehatan Balita a. Pelayanan dalam gedung	Alat Kesehatan	Pengadaan Set Pemeriksaan Kesehatan Anak	1 Paket x Jumlah puskesmas, jaringan, dan jejaringnya
		Pengadaan Set Imunisasi	1 Paket x Jumlah puskesmas, jaringan, dan jejaringnya
		Pengadaan SDIDTK KIT	2 Paket x Jumlah puskesmas, jaringan, dan jejaringnya
	Formulir DDTK	Pengadaan formulir DDTK	1 Form x jumlah balita
	Formulir Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan	Pengadaan Formulir Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan	1 paket x jumlah balita
	b. Pelayanan luar gedung	Petugas	Pelayanan Kesehatan Balita Biaya transport petugas/BBM <sup>(1)</sup>
Alat Kesehatan		Pengadaan Kit Posyandu	1 Paket x Jumlah Puskesmas



LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
		Pengadaan Kit Imunisasi	Terintegrasi dengan Pengadaan Set Imunisasi pada pelayanan dalam gedung
		Pengadaan SDIDTK KIT	Terintegrasi dengan Pengadaan SDIDTK KIT pada pelayanan dalam gedung
	Formulir DDTK	Pengadaan Formulir DDTK	Terintegrasi dengan pengadaan dalam gedung
	Formulir Kuesioner Pra Skrining Perkembangan	Pengadaan Formulir Kuesioner Pra Skrining Perkembangan	Terintegrasi dengan pengadaan dalam gedung
3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA	Buku KIA	Pengadaan Buku KIA	Terintegrasi dengan pengadaan pada buku KIA pada Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil
4. Pencatatan dan pelaporan	Balita	Data Jumlah Balita	
	Register Kohort bayi,	Pengadaan Register Kohort Balita	1 Paket x Jumlah Desa

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
	Kohort Balita dan Apras		
	Formulir dan ATK	Pengadaan formulir dan ATK	1 Paket x Jumlah Puskesmas
5. Pelayanan Rujukan	Petugas kesehatan	Melakukan rujukan secara tepat sesuai dengan kebutuhan atau permasalahan kesehatan balita yang ditemukan, ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang mampu menangani	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah Rujukan

E. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar

1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Buku Rapor Kesehatanku	Sesuai jumlah peserta didik di sekolah/madrasah	- Pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan dan - Media KIE
2	Buku Penantauan Kesehatan	Sesuai jumlah anak usia pendidikan dasar di luar satuan pendidikan dasar seperti di pondok pesantren, panti/LKSA dan lapas/LPKA/posyandu remaja	- Pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan dan - Media KIE

No	Barang	Jumlah	Fungsi
3	Kuesioner Skrining kesehatan	Sesuai jumlah anak usia pendidikan dasar	- Pemeriksaan kesehatan usia pendidikan dasar
4	Formulir Rekapitulasi Hasil Pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja di dalam sekolah	Sesuai kebutuhan dengan mempertimbangkan jumlah anak usia pendidikan dasar per sekolah/madrasah,	- Umpan balik hasil skrining/penjaringan kesehatan ke sekolah/madrasah - pencatatan dan pelaporan
5	Formulir Rekapitulasi Hasil Pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja di luar sekolah.	Sesuai kebutuhan dengan mempertimbangkan jumlah,pondok pesantren, panti/LKSA dan lapas/LPKA/posyandu remaja per puskesmas	- Umpan balik hasil skrining/penjaringan kesehatan di pondok pesantren/panti/LKSA/lapa s/LPKA/ posyandu remaja - Pencatatan dan pelaporan

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia Kesehatan

a. Tenaga kesehatan:

- 1) Dokter/ dokter gigi, atau
- 2) Bidan, atau
- 3) Perawat
- 4) Gizi
- 5) Tenaga kesehatan masyarakat

b. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu:

- 1) Guru
- 2) Kader kesehatan/ dokter kecil/ *peer counselor*



No	Kegiatan	SDM Kesehatan
1)	Skrining Kesehatan	
	a. pemeriksaan status gizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guru</li> <li>- Tenaga pendamping di Lapas/LPKA</li> <li>- Tenaga pendamping/ pekerja sosial di Panti/LKSA</li> <li>- Dokter Kecil, kader kesehatan remaja termasuk kader posyandu remaja</li> </ul>
	b. pemeriksaan tanda-tanda vital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dokter/dokter gigi/bidan/perawat/perawat gigi kader posyandu remaja</li> </ul>
	c. pemeriksaan kebersihan diri serta kesehatan gigi dan mulut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dokter/dokter gigi/bidan/perawat/perawat gigi Guru BK, Guru UKS</li> <li>- Tenaga pendamping di Lapas/LPKA</li> <li>- Tenaga pendamping/ pekerja sosial di Panti/LKSA</li> <li>- Dokter Kecil, kader kesehatan remaja termasuk kader posyandu remaja</li> </ul>
	d. pemeriksaan ketajaman penglihatan dan pendengaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>dokter/dokter gigi/bidan/perawat/perawat gigi</li> </ul>
	e. penilaian kesehatan reproduksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dokter/dokter gigi/bidan/perawat/perawat gigi Guru BK, Guru UKS</li> <li>- Tenaga pendamping di Lapas/LPKA</li> <li>- Tenaga pendamping/ pekerja sosial di Panti/LKSA</li> </ul>

### 3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

#### a. Pernyataan Standar

Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar pada anak usia pendidikan dasar di dalam dan luar satuan pendidikan dasar di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun ajaran.

#### b. Pengertian

Pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar sesuai standar meliputi :

- 1) Skrining kesehatan.
- 2) Tindakan lanjut hasil skrining kesehatan.

Keterangan: Dilakukan pada anak kelas 1 sampai dengan kelas 9 di sekolah minimal satu kali dalam satu tahun ajaran dan usia 7 sampai 15 tahun diluar sekolah.

#### c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran anak setingkat usia pendidikan dasar (7 sampai dengan 15 tahun) di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data lain yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.
- 2) Skrining kesehatan

Pelaksanaan skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar dilaksanakan di satuan pendidikan dasar (SD/MI dan SMP/MTS) dan di luar satuan pendidikan dasar seperti pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya meliputi:

- a) Penilaian status gizi.
- b) Penilaian tanda vital.
- c) Penilaian kesehatan gigi dan mulut.
- d) Penilaian ketajaman indera.

- 3) Tindakan lanjut hasil skrining kesehatan meliputi:
- Memberikan umpan balik hasil skrining kesehatan
  - Melakukan rujukan jika diperlukan
  - Memberikan penyuluhan kesehatan

d. Capaian Kinerja

1) Definisi Operasional Capaian Kinerja

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anak usia pendidikan dasar dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan anak setingkat pendidikan dasar sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun ajaran.

2) Rumus Perhitungan Kinerja

$$\begin{aligned}
 &\text{Persentase} \\
 &\text{anak usia} \\
 &\text{pendidikan} \\
 &\text{dasar yang} \\
 &\text{mendapatkan} \\
 &\text{pelayanan} \\
 &\text{kesehatan} \\
 &\text{sesuai standar} \\
 &= \frac{\text{Jumlah anak usia pendidikan} \\
 &\quad \text{dasar yang mendapat pelayanan} \\
 &\quad \text{kesehatan sesuai standar yang} \\
 &\quad \text{ada di wilayah kerja} \\
 &\quad \text{kabupaten/kota dalam kurun} \\
 &\quad \text{waktu satu tahun ajaran}}{\text{Jumlah semua anak usia} \\
 &\quad \text{pendidikan dasar yang ada di} \\
 &\quad \text{wilayah kerja kabupaten/kota} \\
 &\quad \text{tersebut dalam kurun waktu satu} \\
 &\quad \text{tahun ajaran yang sama.}} \times 100 \%
 \end{aligned}$$

Contoh perhitungan

Di Kabupaten "E" terdapat 17.000 anak usia pendidikan dasar. Rincian anak yang mendapatkan pelayanan kesehatan di satuan pendidikan dasar dan di luar satuan pendidikan dasar (pondok pesantren/panti/LKSA/lapas/LPKA/posyandu remaja sebagai berikut:



Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Anak Usia Pendidikan Dasar	Jumlah Anak Usia Pendidikan Dasar yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar di sekolah/madrasah	Jumlah Anak Usia Pendidikan Dasar yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar di pondok pesantren/panti/LKSA/lapas/LPKA/posyandu remaja	Tidak mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar	Tidak mendapat pelayanan kesehatan
Puskesmas A	7.500	7.400	55	40	5
Puskesmas B	6.000	5.750	42	200	5
Puskesmas C	3.500	2.677	33	600	190
Jumlah	17.000	15.827	130	840	203

Hasil rekapitulasi pada tahun itu, anak usia pendidikan dasar didalam satu tahun ajaran sebanyak 17.000 anak, yang mendapatkan pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di sebanyak 15.957 orang (jumlah anak usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di sekolah sebanyak 15.827 orang + jumlah anak usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di pondok pesantren/panti/LKSA/lapas/LPKA/posyandu remaja sebanyak 130 orang).

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten "E" dalam memberikan pelayanan kesehatan anak usia pendidikan dasar sesuai standar :

$$\frac{15957}{17.000} \times 100\% = 93,86 \%$$

Catatan:

Capaian Kinerja pemerintah Daerah Kabupaten E belum mencapai 100%, karena masih terdapat 1.043 anak yang belum mendapat skrining kesehatan (penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala) sesuai dengan standar, sehingga perlu untuk dilakukan analisis penyebab (faktor sarana prasarana, keterbatasan tenaga kesehatan puskesmas dan/atau kurangnya koordinasi lintas sektor, dan sebagainya).

c. Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
1. Koordinasi dan Pendataan sasaran	Petugas puskesmas	Biaya transport	Jumlah Petugas puskesmas x jumlah sekolah/madrasah, pondok pesantren, panti/LKSA dan lapas/LPKA/posyandu remaja x Biaya transport
2. Pelaksanaan Skrining Kesehatan	Petugas	Biaya transport petugas / BBM	Jumlah Petugas puskesmas x Biaya transportasi x jumlah sekolah/madrasah, pondok pesantren, panti/LKSA dan lapas/LPKA/posyandu remaja
	Alat Kesehatan	UKS Kit	biaya UKS kit x 2 x Jumlah puskesmas
	Instrumen Pencatatan	Pengadaan buku pencatatan	- Instrumen pencatatan (buku rapor kesehatanku dan kuesioner skrining) x jumlah anak usia

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
			<p>pendidikan dasar (kelas 1 sampai 9) di sekolah/madrasah x biaya pengadaan instrumen</p> <p>- Instrumen pencatatan (buku pemantauan kesehatan dan kuesioner skrining) x jumlah anak usia pendidikan dasar di pondok pesantren, panti/LKSA dan lapas/LPKA/posyan du remaja x biaya pengadaan instrument</p>
	<p>Formulir Rekapitulasi Hasil skrining kesehatan (Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala)</p>	<p>Pengadaan formulir rekapitulasi di sekolah/luar sekolah dan di Puskesmas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulir rekapitulasi di sekolah x jumlah satuan pendidikan dasar ( sekolah/ madrasah)</li> <li>• Formulir rekapitulasi di luar sekolah x jumlah pondok pesantren panti/LKSA dan lapas/LPKA</li> <li>• Formulir rekapitulasi di</li> </ul>



LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
			puskesmas x jumlah puskesmas
4 Pelaksanaan tindak lanjut hasil skrining kesehatan	Formulir Rujukan	Pengadaan	formulir rujukan x Jumlah kasus yang dirujuk
	Formulir laporan / rekapitulasi skrining kesehatan (Penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala)	Pengadaan formulir laporan / rekapitulasi Kabupaten / Kota	formulir laporan / rekapitulasi x jumlah puskesmas
	Petugas puskesmas	Biaya transport	Jumlah petugas puskesmas x jumlah sekolah/madrasah, pondok pesantren, panti/LKSA dan lapas/LPKA X Biaya transport

F Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif

1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Pedoman dan media KIE	Minimal 2 perpuskesmas	Panduan dalam melakukan skrining kesehatan sesuai standar
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alat ukur berat badan,</li> <li>• Alat ukur tinggi badan,</li> <li>• Alat ukur lingkarperut,</li> <li>• Tensimeter,</li> <li>• Glukometer,</li> </ul>	Sesuai jumlah sasaran	Melakukan Skrining kesehatan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tes strip gula darah,</li> <li>- Lancet</li> <li>- Kertas alkohol,</li> <li>- KIT IVA tes.</li> </ul>		
3	Formulir pencatatan dan pelaporan Aplikasi Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular (SI PTM)	Sesuai kebutuhan	Pencatatan dan pelaporan

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan

a. Tenaga kesehatan:

- 1) Dokter, atau
- 2) Bidan, atau
- 3) Perawat
- 4) Gizi
- 5) Tenaga kesehatan masyarakat

b. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu, kader kesehatan

No	Kegiatan	SDM Kesehatan
a.	Pengukuran TB, BB, Lingkar perut dan Tekanan Darah	Perawat/Petugas Pelaksana Posbindu terlatih
b.	Pemeriksaan kadar gula darah	Dokter/Perawat/Bidan/Petugas Pelaksana Posbindu terlatih
5.	Pemeriksaan SADANIS dan IVA (bagi sasaran wanita usia 30-50 tahun)	Dokter/Bidan terlatih
6.	Melakukan rujukan jika diperlukan	Nutrisi/Tenaga Gizi/Petugas Pelaksana Posbindu terlatih
7.	Memberikan penyuluhan kesehatan	Dokter/Perawat/Bidan/petugas kesehatan terlatih lainnya/ Petugas Pelaksana Posbindu terlatih

### 3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

#### a. Pernyataan Standar

Setiap warga negara usia 15 tahun sampai 59 tahun mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk edukasi dan skrining kesehatan sesuai standar kepada warga negara usia 15-59 tahun di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

#### b. Pengertian

Pelayanan kesehatan usia produktif sesuai standar meliputi :

- 1) Edukasi kesehatan termasuk keluarga berencana.
- 2) Skrining faktor risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular.

#### c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran usia produktif (berusia 15-59 tahun) di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.
- 2) Pelayanan edukasi pada usia produktif adalah Edukasi yang dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/atau UKBM.
- 3) Pelayanan Skrining faktor risiko pada usia produktif adalah skrining yang dilakukan minimal 1 kali dalam setahun untuk penyakit menular dan penyakit tidak menular meliputi:
  - a) Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut.
  - b) Pengukuran tekanan darah.
  - c) Pemeriksaan gula darah.
  - d) Anamnesa perilaku berisiko.
- 4) Tindaklanjut hasil skrining kesehatan meliputi:
  - a) Melakukan rujukan jika diperlukan.
  - b) Memberikan penyuluhan kesehatan.



**Keterangan :**

Wanita usia 30-50 tahun yang sudah menikah atau mempunyai riwayat berhubungan seksual berisiko dilakukan pemeriksaan SADANIS dan cek IVA.

**d. Capaian Kinerja**

**1) Definisi operasional**

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan usia produktif dinilai dari persentase orang usia 15-59 tahun yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

**2) Rumus Perhitungan**

$$\text{Persentase orang usia 15-59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar} = \frac{\text{Jumlah orang usia 15-59 tahun di kab/kota yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah orang usia 15-59 tahun di kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.}} \times 100\%$$

**Catatan:**

**Nominator:** Jumlah orang usia 15-59 tahun di kab/kota yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun.

**Denominator:** Jumlah orang usia 15-59 tahun di kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama

**Contoh Perhitungan**

Di Kabupaten "F" terdapat 6000 Warga Negara berusia 15-59 tahun. Rincian yang berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan pemerintah daerah adalah sebagai berikut:

Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Warga Negara Usia 15-59 (Proyeksi)	Jumlah Warga Negara Usia 15-59 yang Dilakukan Skrining Sesuai Standar	Jumlah Warga Negara Usia 15-59 yang Dilakukan Skrining Tidak Sesuai Standar	Jumlah yang Tidak Dilayani	Keterangan
Puskesmas dan Jaringannya		3450	650	900	650 Tidak ada skrining obesitas
Pelayanan Swasta		800	100	100	100 tidak dilakukan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher Rahim
<b>JUMLAH</b>	<b>6000</b>	<b>4250</b>	<b>750</b>	<b>1000</b>	

Hasil rekapitulasi pada tahun itu, warga negara berusia 15-59 yang berkunjung adalah sebanyak 5000 orang. Sebanyak 4250 orang mendapat pemeriksaan obesitas, hipertensi dan diabetes melitus, pemeriksaan ketajaman penglihatan dan pendengaran sesuai standar.

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten "F" dalam memberikan pelayanan skrining kesehatan warga negara usia 15-59 tahun adalah  $4250/6000 \times 100\% = 70,83\%$ .

Catatan:

Mengingat Jumlah kunjungan masih 5000 orang diperlukan rencana strategis tahun depan untuk menjangkau 1000 orang yang belum berkunjung. Perlu di analisis sebab-sebab mereka belum berkunjung

apakah persoalan sosialisasi, akses, sudah memeriksa sendiri atau tidak mau mendapat pelayanan skrining. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota harus mempunyai strategi untuk menjangkau seluruh warga negara usia 15-59 tahun agar seluruhnya dapat memperoleh pelayanan skrining sesuai standar setahun sekali.

c. Teknik Penghitungan Pembiayaan

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
<b>1. Skrining faktor risiko PTM</b>			
a. Usia 15-59 tahun	Petugas	Pelayanan Skrining	
	Alat Kesehatan	Pengadaan Kit Skrining PTM	Terintegrasi dengan paket pengadaan peralatan Puskesmas
	Suspek Penderita	Semua orang sesuai sasaran usia 15-59 tahun	
b. Usia 30-50 tahun	Petugas	Pelayanan Skrining	
	Alat Kesehatan	Pengadaan Kit Pemeriksaan IVA	Terintegrasi dengan paket pengadaan peralatan Puskesmas
	Suspek Penderita (perempuan)	Data Jumlah sasaran usia 30-50 tahun	



Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
2. Konseling tentang faktor risiko PTM	Petugas	Pelayanan Konseling	
	Media konseling PTM	Pengadaan Media konseling PTM	1 Paket/ kegiatan x Jumlah Puskesmas
	Penderita dengan faktor risiko	Data Jumlah penderita dengan faktor risiko	
3. Pelayanan rujukan kasus ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	Petugas	Pelayanan kesehatan kasus faktor risiko PTM	
	Penderita dengan faktor risiko PTM	Data Jumlah Penderita faktor risiko PTM	
	Alat Kesehatan	Pengadaan Kit peralatan PTM	Terintegrasi dengan paket pengadaan peralatan Puskesmas
	Laboratorium	Pengadaan paket pemeriksaan Laboratorium :	Terintegrasi dengan paket pengadaan peralatan Puskesmas

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
4. Pencatatan dan pelaporan faktor risiko PTM	Petugas	Pencatatan dan pelaporan	
	Suspek dengan Faktor Risiko	Data jumlah orang dengan Faktor Risiko	
	Formulir dan ATK	Pengadaan formulir dan ATK	1 Paket x Jumlah Puskesmas

#### G. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut

##### 1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Strip uji pemeriksaan : - Gula darah - Kolesterol	Sesuai jumlah sasaran warga negara usia lanjut ( $\geq 60$ tahun)	- Pemeriksaan kadar gula darah dan kolesterol dalam darah
2	Instrumen <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i> , Instrumen <i>Abbreviated Mental Test (AMT)</i> , dan Instrumen <i>Activity Daily Living (ADL)</i> dalam paket Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)	Sesuai jumlah sasaran warga negara usia lanjut ( $\geq 60$ tahun)	- Pemeriksaan kesehatan usia lanjut ( $\geq 60$ tahun) meliputi pemeriksaan status mental, status kognitif dan tingkat kemandirian pada usia lanjut.

No	Barang	Jumlah	Fungsi
J	Buku Kesehatan Lansia	Sesuai jumlah sasaran warga negara usia lanjut ( $\geq 60$ tahun)	- Pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan usia lanjut ( $\geq 60$ Tahun) - Media KIE

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia Kesehatan

a. Tenaga kesehatan:

- 1) Dokter, atau
- 2) Bidan, atau
- 3) Perawat
- 4) Gizi
- 5) Tenaga kesehatan masyarakat

b. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu, kader kesehatan

3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

a. Pernyataan Standar

Setiap Warga Negara usia 60 tahun ke atas mendapatkan pelayanan kesehatan usia lanjut sesuai standar. Pemerintah Daerah Tingkat Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk edukasi dan skrining usia lanjut sesuai standar pada Warga Negara usia 60 tahun ke atas di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

b. Pengertian

Pelayanan kesehatan usia lanjut sesuai standar meliputi :

- 1) Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.
- 2) Skrining faktor risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular

c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran usia lanjut (berusia 60 tahun atau lebih) di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar.



dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

- 2) Pelayanan edukasi pada usia lanjut adalah Edukasi yang dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/atau UKBM dan/atau kunjungan rumah.
- 3) Pelayanan Skrining faktor risiko pada usia lanjut adalah skrining yang dilakukan minimal 1 kali dalam setahun untuk penyakit menular dan penyakit tidak menular meliputi:
  - a) Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut
  - b) Pengukuran tekanan darah
  - c) Pemeriksaan gula darah
  - d) Pemeriksaan gangguan mental
  - e) Pemeriksaan gangguan kognitif
  - f) Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut
  - g) Anamnesa perilaku berisiko
- 4) Tindakan lanjut hasil skrining kesehatan meliputi:
  - a) Melakukan rujukan jika diperlukan
  - b) Memberikan penyuluhan kesehatan

Keterangan:

Berikut form Instrumen skrining kesehatan usia lanjut yang digunakan :

- a) Instrumen *Geriatric Depression Scale (GDS)*

**INSTRUMEN GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)**

Tanggal : .....

Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin :

..... tahun / .....

Pilihlah jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan perasaan Anda selama dua minggu terakhir.

PERTANYAAN

			SKOR
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?	YA	TIDAK
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat /kesenangan anda?	YA	TIDAK
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	YA	TIDAK
4	Apakah anda sering merasa bosan?	YA	TIDAK
5	Apakah anda mempunyai semangat baik setiap saat?	YA	TIDAK
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	YA	TIDAK
7	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar hidup anda?	YA	TIDAK
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	YA	TIDAK
9	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	YA	TIDAK
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	YA	TIDAK
11	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?	YA	TIDAK
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?	YA	TIDAK
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	YA	TIDAK
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	YA	TIDAK
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	YA	TIDAK

TOTAL SKOR

Panduan pengisian instrumen GDS :

- a. Jelaskan pada pasien bahwa pemeriksa akan menanyakan keadaan perasaannya dalam dua minggu terakhir, tidak ada jawaban benar salah, jawablah ya atau tidak sesuai dengan perasaan yang paling tepat akhir-akhir ini.
- b. Bacakan pertanyaan nomor 1 - 15 sesuai dengan kalimat yang tertulis, tunggu jawaban pasien. Jika jawaban kurang jelas, tegaskan lagi apakah pasien ingin menjawab ya atau tidak. Beri tanda (lingkari) jawaban pasien tersebut.
- c. Setelah semua pertanyaan dijawab, hitunglah jumlah jawaban yang bercetak tebal. Setiap jawaban (ya/tidak) yang bercetak tebal diberi nilai satu (1).
- d. Jumlah skor diantara 5-9 menunjukkan kemungkinan besar ada gangguan depresi.
- e. Jumlah skor 10 atau lebih menunjukkan ada gangguan depresi

b) Instrumen *Abbreviated Mental Test* (AMT)

INSTRUMEN ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Tanggal : .....

Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin :  
..... tahun / .....

	Salah =	Benar =
	0	1
A Berapakah umur Anda?		
B Jam berapa sekarang?		
C Di mana alamat rumah Anda?		
D Tahun berapa sekarang?		
E Saat ini kita sedang berada di mana?		
F Mampukah pasien mengenali dokter atau perawat?		
G Tahun berapa Indonesia merdeka?		
H Siapa nama presiden RI sekarang?		



I	Tahun berapa Anda lahir?		
J	Menghitung mundur dari 20 sampai 1		
	Jumlah skor:		
K	Perasaan hati (afek): pilih yang sesuai dengan kondisi pasien 1. Baik 2. Labil 3. Depresi 4. Gelisah 5. Cemas		

**Cara Pelaksanaan:**

1. Minta pasien untuk menjawab pertanyaan tersebut, beri tanda centang (✓) pada nilai nol (0) jika salah dan satu (1) jika benar
2. Jumlahkan skor total A sampai J, item K tidak dijumlahkan, hanya sebagai keterangan.
3. Interpretasi :
  - Skor 8-10 menunjukkan normal,
  - skor 4-7 gangguan ingatan sedang dan
  - skor 0-3 gangguan ingatan berat

Form penilaian *Activity Daily Living* (ADL) dengan instrument Indeks Barthel Modifikasi

**PENILAIAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN INSTRUMEN INDEKS BARTHEL MODIFIKASI**

Tanggal .....

Nama .....

Umur/Jenis Kelamin :

..... tahun / .....

FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	HASIL
Mengendalikan rangsang Buang Air Besar (BAB)	0	Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	
	1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x / minggu)	
	2	Terkendali teratur	
Mengendalikan rangsang Buang Air	0	Tak terkendali atau pakai kateter	

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	HASIL
	Kecil (BAK)	1	Kadang-kadang tak terkontrol (hanya 1 x / 24 jam)	
		2	Mandiri	
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	
		1	Mandiri	
4	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5	Makan minum (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan minimal 1 orang	
		3	Mandiri	
7	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)	0	Tergantung orang lain	
		1	Sebagian dibantu (mis: mengancing baju)	
		2	Mandiri	

FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	HASIL
Turun tangga	0	Tidak mampu	
	1	Butuh pertolongan	
	2	Mandiri	
Mandi	0	Tergantung orang lain	
	1	Mandiri	
Skor Total			

Skor Penilaian ADL dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi:

- 20 : Mandiri (A)
- 12-19 : Ketergantungan ringan (B)
- 4-11 : Ketergantungan sedang (B)
- 5-8 : Ketergantungan berat (C)
- 0-4 : Ketergantungan total (C)

d. Capaian Kinerja

1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pada warga negara usia 60 tahun atau lebih dinilai dari cakupan warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

2) Rumus Perhitungan Kinerja

Persentase  
warga negara  
usia 60  
tahun ke  
atas  
yang  
mendapatkan  
skrining  
kesehatan  
sesuai  
standar

$$\frac{\text{Jumlah warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali yang ada di suatu wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun (Nominator)}}{\text{Jumlah semua warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang ada di suatu wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama (Denominator)}} \times 100 \%$$



Contoh perhitungan :

Di Kabupaten G, terdapat puskesmas A, B dan C. Jumlah usia lanjut yang ada di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama berdasarkan data proyeksi dari BPS sebanyak 4900 orang. Jumlah usia lanjut yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai dengan standar sebagai berikut:

Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah orang usia lanjut di Kab/Kota (Proyeksi)	Jumlah orang usia lanjut yang dilayani Sesuai Standar	Jumlah orang usia lanjut yang dilayani tidak Sesuai Standar	Keterangan
Puskesmas A dan jaringannya meliputi :	2200	1570	100	
1) Pelayanan di Puskesmas A		490	0	
2) Posyandu Lansia/Pos bindu		250	40	40 tidak diperiksa kolesterol
3) Rumah Sakit Umum Daerah		490	30	30 orang tidak diperiksa gangguan mental emosional / kognitif
4) Klinik Pratama		240	20	10 orang tidak diperiksa kolesterol, 10 orang tidak diperiksa gula darah
5) Rumah Sakit		100	10	10 orang tidak diperiksa tingkat

Swasta				kemandirian
Puskesmas B dan Jaringannya	1500	1000	50	50 tidak diperiksa kolesterol, gangguan mental emosional
Puskesmas C dan Jaringannya	1200	1000	100	100 tidak diperiksa kolesterol / gangguan mental emosional / gangguan kognitif
Jumlah	4.900 (X)	3.570 (Y)	250 (Z)	

Capaian SPM Pelayanan Usia Lanjut mendapat pelayanan standar di Kab. G

$$= \frac{Y}{X} \times 100\%$$

$$= \frac{3570}{4900} \times 100\% = 72,85 \%$$

Capaian SPM kabupaten G untuk indikator pelayanan kesehatan Usia Lanjut adalah 72,85 %.

Catatan:

a) Capaian SPM kabupaten G belum mencapai 100% ( 72,85%), sehingga kabupaten G harus menganalisis lebih lanjut untuk mengetahui penyebabnya misalnya :

- (1) Kurangnya Informasi mengenai pelayanan kesehatan usia lanjut
- (2) Sulitnya Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan
- (3) Pelayanan yang tidak dilaporkan dari jaringan dan jejaring puskesmas (seperti fasyankes swasta dll) ke puskesmas
- (4) Adanya usia lanjut yang mendapatkan pelayanan di luar wilayah kerja kabupaten/kota
- (5) Terbatasnya biaya
- (6) Masih rendahnya pengetahuan masyarakat yang salah satunya disebabkan oleh faktor sosial budaya
- (7) Ketersediaan sumber daya terbatas
- (8) Adanya kematian/mortalitas usia lanjut

(9) Perpindahan penduduk/migrasi

Untuk itu perlu dilakukan intervensi penyelesaian masalah sehingga pada tahun berikutnya capaian SPM untuk indikator pelayanan usia lanjut mencapai 100%.

b) Usia lanjut di luar wilayah kerja Kabupaten/Kota tetap dilayani dan dicatat tetapi tidak masuk sebagai cakupan pelayanan di Kabupaten/Kota tersebut melainkan dilaporkan ke Kabupaten/Kota sesuai dengan alamat tinggal usia lanjut tersebut.

c. Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
1. Pendataan Sasaran Lansia	1) Petugas	Biaya transport petugas/BBM untuk Pendataan sasaran usia lanjut	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah kegiatan pendataan
	2) Formulir	Pengadaan Formulir	1 formulir x Kegiatan Pendataan
2. Skrining Kesehatan Lansia	1) Alat Kesehatan	Pengadaan Lansia Kit	3 paket (per puskesmas, jaringannya, serta jejaring)  Dapat terintegrasi dengan paket pengadaan peralatan Puskesmas
		Strip uji pemeriksaan kadar gula darah dan kolesterol	Sesuai jumlah sasaran warga negara usia lanjut  1 strip uji pemeriksaan gula darah dan



LANGKAH KEHATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
			kolesterol x jumlah sasaran usia lanjut
	2) Form Instrumen pemeriksaan	Instrumen <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i> , Instrumen <i>Abbreviated Mental Test (AMT)</i> , dan Instrumen <i>Activity Daily Living (ADL)</i> dalam paket instrumen P3G	Sesuai jumlah sasaran usia lanjut  1 instrumen pemeriksaan x jumlah sasaran usia lanjut
	3) Petugas	Biaya transport petugas/BBM ke Posyandu lansia/Posbindu/Panti Wredha/kunjungan rumah	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah kunjungan
3. Pencatatan dan Pelaporan termasuk pemberian Kesehatan Lansia	1) Buku Kesehatan Lansia 2) Formulir pencatatan dan pelaporan 3) ATK	Pengadaan Buku Kesehatan Lansia  Pengadaan formulir dan ATK	1 Buku x Jumlah sasaran usia lanjut  1 Paket x Jumlah Posyandu Lansia/Posbindu
4. Pelayanan rujukan	Petugas	Biaya transport petugas/BBM	Jumlah Petugas x Biaya Transport x Jumlah rujukan

## H. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi

### 1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Pedoman pengendalian Hipertensi dan media KIE	Minimal 2 per puskesmas	Panduan dalam melakukan penatalaksanaan dan edukasi sesuai standar
2	Tensimeter	Sesuai kebutuhan	Mengukur tekanan darah
3	Formulir pencatatan dan Pelaporan Aplikasi Sistem Informasi PTM	Sesuai kebutuhan	Pencatatan dan pelaporan

### 2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan

Tenaga kesehatan meliputi:

- Dokter, atau
- Bidan, atau
- Perawat
- Tenaga kesehatan masyarakat

No	Kegiatan	SDM Kesehatan
1	Pengukuran Tekanan Darah	Dokter atau Tenaga Kesehatan yang berkompeten atau tenaga kesehatan lain yang terlatih
2	Edukasi	Dokter dan/ atau Tenaga Kesehatan yang berkompeten dan/ atau tenaga kesehatan terlatih
3	Terapi farmakologi	Dokter

### 3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

#### a. Pernyataan Standar

Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah daerah kabupaten/kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada

seluruh penderita hipertensi usia 15 tahun ke atas sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

b. Pengertian

Pelayanan kesehatan penderita hipertensi sesuai standar meliputi:

- 1) Pengukuran tekanan darah
- 2) Edukasi

c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran penderita hipertensi ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan menggunakan data RISKESDAS terbaru yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- 2) Pelayanan kesehatan hipertensi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi:
  - b) Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan
  - c) Edukasi perubahan gaya hidup dan/atau kepatuhan minum obat
  - d) Melakukan rujukan jika diperlukan

Keterangan:

Tekanan Darah Sewaktu (TDS) lebih dari 140 mmHg ditambahkan pelayanan terapi farmakologi

d. Capaian Kinerja

- 1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita hipertensi, dinilai dari persentase jumlah penderita hipertensi usia 15 tahun keatas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.



## 2) Rumus Perhitungan Kinerja

Persentase penderita Hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

Jumlah penderita hipertensi usia  $\geq 15$  tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun

Jumlah estimasi penderita hipertensi usia  $\geq 15$  tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

X 100%

### Catatan:

Estimasi penderita hipertensi kabupaten/kota berdasarkan prevalensi data Riskedas terbaru)

Nominator: Jumlah penderita hipertensi usia  $\geq 15$  tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan hipertensi sesuai standar terdiri dari: pengukuran dan monitoring tekanan darah, edukasi dan terapi farmakologi.

Denominator: Jumlah estimasi penderita hipertensi usia  $\geq 15$  tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

### Contoh Penghitungan

Prevalensi kasus hipertensi di Kab/Kota "H" adalah 22% berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar, dan jumlah Warga Negara usia 15 tahun keatas di Kab/Kota "H" pada tahun 2018 adalah 2,3 juta orang. Jumlah estimasi penderita hipertensi yang berumur 15 tahun keatas di Kab/Kota "H" tahun 2018 adalah  $(22 \times 2,3 \text{ juta}) / 100 = 506.000$  penderita hipertensi. Jumlah penderita hipertensi

yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar 345 ribu. Jadi % penderita hipertensi yang mendapat pelayanan kesehatan standar adalah:

$$= (345.000/506.000) \times 100 \%$$

$$= 68,18 \%$$

Fasilitas pelayanan kesehatan	Jumlah Estimasi Penderita Hipertensi berdasarkan prevalensi Kab/ Kota	Penderita HT yang dilayani sesuai standar	Penderita HT yang tidak sesuai standar	Penderita HT yang tidak dilayani
Puskesmas dan jaringannya		245.000	60.000	45.000
Fasilitas kesehatan swasta		100.000	40.000	16.000
	506.000	345.000	100.000	61.000

e. Teknik Penghitungan Pembiayaan

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
1. Melakukan pendataan penderita Hipertensi menurut wilayah kerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama			
	Petugas	Pendataan penderita Hipertensi	Jumlah Petugas x Transport x

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
		Biaya transport petugas/BIM	Jumlah kegiatan pendataan x Jumlah Puskesmas
	Penderita Hipertensi	Data Jumlah penderita Hipertensi	
	Alat Kesehatan	Pengadaan Kit Posbindu PTM sesuai Permenkes yang berlaku	Terintegrasi dengan pengadaan sarana dan prasarana skrining PTM
	Formulir	Pengadaan Formulir	1 Paket x Kegiatan Pendataan x Jumlah Puskesmas
2. Melakukan penemuan kasus Hipertensi untuk seluruh pasien usia ≥ 15 tahun di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama			
	Petugas	Pelayanan Skrining	
	Alat Kesehatan	Pengadaan Tensimeter digital	Terintegrasi dengan pengadaan sarana dan prasarana



Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
			skrining PTM dan alkes di Puskesmas/PK TP
	Penderita Hipertensi	Data Jumlah Penderita Hipertensi	
3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa edukasi untuk perubahan gaya hidup (diet seimbang, istirahat yang cukup, aktifitas fisik, dan kelola stress) serta Edukasi kepatuhan minum obat dan/ atau terapi farmakologi			
	Petugas	Pelayanan Kesehatan dan KIE pada penderita Hipertensi	
	Penderita Hipertensi	Data Jumlah Penderita Hipertensi yang mendapatkan	

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
		pelayanan kesehatan sesuai standard	
	Media KIE	Penggandaan bahan/media KIE	1 Paket x Jumlah Puskesmas
	Obat	Pengadaan Obat Hipertensi	Terintegrasi dengan paket pengadaan obat Puskesmas, sesuai dengan kebijakan dan ketentuan yang berlaku di daerah
4. Melakukan rujukan ke FKRTL sesuai kriteria			
	Petugas	Pelayanan rujukan kasus hipertensi sesuai kriteria rujukan	
	Penderita Hipertensi	Data Jumlah Penderita Hipertensi yang dirujuk	

Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus

1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glukometer</li> <li>• Strip tes Gula Darah</li> <li>• Kapas Alkohol</li> <li>• Lancet</li> </ul>	Sesuai kebutuhan Sesuai Sasaran Sesuai Sasaran Sesuai Sasaran	Melakukan pemeriksaan Gula Darah
2	Formulir pencatatan dan pelaporan Aplikasi SI PTM	Sesuai kebutuhan	Pencatatan dan pelaporan
3	Pedoman dan media KIE	Minimal 2 perpuskesmas	Panduan dalam melakukan penatalaksanaan sesuai standard

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan

Tenaga kesehatan meliputi:

- a. Dokter, atau
- b. Bidan, atau
- c. Perawat
- d. Gizi
- e. Tenaga kesehatan masyarakat

No	Kegiatan	SDM Kesehatan
1	Pengukuran Kadar Gula Darah	Dokter/Tenaga kesehatan yang berkompeten
2	Edukasi gaya hidup dan/atau nutrisi	Dokter/Tenaga kesehatan yang berkompeten
3	Terapi Farmakologi	Dokter

3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

a. Pernyataan Standar

Setiap penderita diabetes melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Kabupaten/Kota



mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh penderita Diabetes Melitus (DM) usia 15 tahun ke atas sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

b. Pengertian

Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus sesuai standar meliputi:

- 1) Pengukuran gula darah;
- 2) Edukasi
- 3) Terapi farmakologi.

c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran penderita diabetes melitus ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan menggunakan data RISKESDAS terbaru yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- 2) Pelayanan kesehatan diabetes mellitus adalah 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

Keterangan:

Gula darah sewaktu (GDS) lebih dari 200 mg/dl ditambahkan pelayanan terapi farmakologi

d. Capaian Kinerja

1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita DM dinilai dari persentase penderita DM usia 15 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

Persentase penderita DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

$$= \frac{\text{Jumlah penderita diabetes mellitus usia } \geq 15 \text{ tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah estimasi penderita diabetes mellitus usia } \geq 15 \text{ tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.}} \times 100\%$$

Catatan:

Nominator : Jumlah penderita diabetes mellitus usia  $\geq 15$  tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun

Denominator : Jumlah estimasi penderita diabetes mellitus usia  $\geq 15$  tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

Contoh Perhitungan:

Kota "I" mempunyai jumlah Warga Negara usia  $\geq 15$  tahun sebesar 10.000 jiwa. Berdasarkan data prevalensi DM usia  $\geq 15$  tahun kab/kota sebesar 6,9% maka estimasi jumlah penderita DM usia  $\geq 15$  tahun di kota tersebut adalah sebesar 690 orang. Dari laporan yang ada kasus yang sudah ditangani di FKTP sesuai standar sebesar 390 orang, dari upaya penjangkaran skrining kesehatan sesuai standar ditemukan 100 kasus DM baru. Kasus ini dipantau oleh Pemerintah Kabupaten/Kota agar penderita DM mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di fasilitas kesehatan yang mampu menangani. Dari hasil pemantauan di akhir tahun diketahui 390 kasus DM

mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. 10 orang penderita DM menolak/tidak mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pelayanan DM di fasyankes swasta semuanya dilayani sesuai standar sehingga capaian kinerja pemerintah Kota "I" dalam pencapaian pelayanan kesehatan penderita DM adalah:

$$\frac{380+100}{690} \times 100\% = 69,6\%$$

690

Jadi capaian pelayanan DM di Kota tersebut hanya 69,6% dari estimasi penderita DM usia  $\geq 15$  tahun yang harus dilayani di kota tersebut, sehingga perlu strategi untuk menjangkau penderita DM yang belum terlayani sesuai standar ataupun sama sekali belum mendapatkan pelayanan kesehatan di kota tersebut.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah estimasi penderita DM berdasarkan prevalensi Kab/Kota	Jumlah yang Dilakukan Pelayanan DM Sesuai Standar	Jumlah yang tidak dilayani Sesuai Standar	Jumlah yang Tidak Dilayani	Keterangan
Puskesmas dan Jaringannya		380	10	-	10 orang dinyatakan DM namun tidak di periksa sesuai standar. 290 org yang tidak mendapatkan layanan DM
Fasyankes Swasta		100	-	-	Semua dilayani sesuai standar
<b>JUMLAH</b>	690	480	10	-	200 orang yang belum tersereksi sehingga belum ditatalaksana



e. Teknik Penghitungan Pembiayaan

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
1. Melakukan pendataan penderita DM menurut wilayah kerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	Petugas	Pendataan penderita DM Biaya transport petugas/BBM	Terintegrasi Jumlah Petugas x Transport x Jumlah kegiatan pendataan x Jumlah Puskesmas
	Penderita DM	Data Jumlah penderita DM	
	Formulir	Pengadaan Formulir	1 Paket x Kegiatan Pendataan x Jumlah Puskesmas
2. Melakukan skrining penderita DM untuk seluruh pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	Petugas	Pelayanan Skrining	
	Alat Kesehatan	Pengadaan Glucometer	Terintegrasi dengan pengadaan sarana dan prasarana skrining PTM
3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa edukasi tentang diet makanan dan aktivitas fisik, serta farmakologi	Petugas	Pelayanan Kesehatan dan KIE pada penderita DM	
	Penderita DM	Data Jumlah Penderita DM	
	Bahan edukasi	Penggandaan bahan edukasi	1 Paket x Jumlah Puskesmas
	Obat	Pengadaan	Terintegrasi

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
		Obat DM yang tidak termasuk dalam pengadaan obat JKN	dengan paket pengadaan obat Puskesmas, sesuai dengan kebijakan dan ketentuan yang berlaku di daerah
	Alat Kesehatan	Pengadaan Kit Posbindu PTM	Terintegrasi dengan pengadaan sarana dan prasarana skrining PTM
4. Melakukan rujukan ke FKRTL untuk pencegahan komplikasi	Petugas		
	Penderita DM	Data Jumlah Penderita DM yang dirujuk	
5. Penyediaan peralatan kesehatan DM			
	Pemeriksaan Kesehatan DM	Pengadaan Alat dan Reagen (Bahan Habis Pakai) Pemeriksaan Kesehatan DM	1 Paket x Jumlah kasus

Kategori Kesehatan Terdapat obat DM	Variabel	Komponen	Volume
	Obat DM	Pengadaan Obat DM	Terintegrasi dengan paket pengadaan obat Puskesmas
Pencatatan dan Pelaporan			Terintegrasi dengan pencatatan dan pelaporan SPM
Monitoring dan Evaluasi			Terintegrasi dengan monitoring dan evaluasi layanan dan mutu SPM bidang kesehatan lainnya

Barang Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat

1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Buku Pedoman Diagnosis Penggolongan Gangguan Jiwa (PPDGJ III) atau buku Pedoman Diagnosis Penggolongan Gangguan Jiwa terbaru (bila sudah tersedia)	Minimal 1 per puskesmas	Pedoman gejala klinis ODGJ (Psikotik akut dan Skizofrenia) untuk menentukan diagnosis



No	Barang	Jumlah	Fungsi
2	Kit berisi 2 Alat Fiksasi	Sesuai kebutuhan	Alat fiksasi sementara yang digunakan saat ODGJ dalam kondisi akut/gaduh gelisah
3	Penyediaan Formulir Pencatatan dan Pelaporan	Sesuai kebutuhan	Pencatatan dan Pelaporan
4	Media KIE	Sesuai kebutuhan	Media Komunikasi, Informasi dan edukasi sebagai alat penyuluhan

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan

Pelayanan kesehatan Penderita Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat dilakukan oleh minimal 1 orang dokter dan/atau perawat terlatih jiwa dan/atau tenaga kesehatan lainnya. Jenis pelayanan dan sumber daya kesehatan yang dibutuhkan sebagai berikut :

No	Kegiatan	SDM Kesehatan
1	Pemeriksaan kesehatan jiwa	Dokter dan/ atau Perawat yang terlatih jiwa dan/ atau tenaga kesehatan terlatih
a	Pemeriksaan status mental	Dokter dan/ atau Perawat yang terlatih jiwa dan/ atau tenaga kesehatan terlatih
b	Wawancara	Dokter dan/ atau Perawat yang terlatih jiwa dan/ atau tenaga kesehatan terlatih
2	Edukasi	Dokter dan/ atau Perawat yang terlatih jiwa dan/ atau tenaga kesehatan terlatih

3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

a. Pernyataan Standar

Setiap orang dengan gangguan jiwa berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah daerah Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)

berat sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

b. Pengertian

Pelayanan kesehatan pada ODGJ berat sesuai standar bagi psikotik akut dan Skizofrenia meliputi:

- 1) Pemeriksaan kesehatan jiwa;
- 2) Edukasi

c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran pada ODGJ berat ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan menggunakan data RISKESDAS terbaru yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- 2) Pemeriksaan kesehatan jiwa meliputi:
  - a) Pemeriksaan status mental
  - b) Wawancara
- 3) Edukasi kepatuhan minum obat.
- 4) Melakukan rujukan jika diperlukan

d. Capaian Kinerja

1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi ODGJ Berat, dinilai dari jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

2) Rumus Perhitungan Kinerja

Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar

Jumlah ODGJ berat di wilayah kerja Kab/Kota yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun

---

Jumlah ODGJ berat berdasarkan proyeksi di wilayah kerja Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

X 100 %

Catatan:

Nominator : Jumlah ODGJ berat di wilayah kerja Kab/Kota yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun

Denominator : Jumlah ODGJ berat berdasarkan proyeksi di wilayah kerja Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

Contoh penentuan estimasi di awal tahun.

Pada tahun 2018, prevalensi ODGJ berat pada Provinsi A berdasarkan Riskesdas terkini adalah 4/1000 rumah tangga. Jumlah rumah tangga Kab/Kota B di provinsi A tahun 2018 adalah 100.000 rumah tangga. Target sasaran jumlah rumah tangga dengan ODGJ berat yang menjadi sasaran kinerja di Kab/Kota B sebanyak  $= 0,004 \times 100.000 = 400$  rumah tangga dengan ODGJ berat. Dengan asumsi 1 rumah tangga ada 1 ODGJ berat, maka di Kab/Kota B terdapat 400 ODGJ berat.

Sehingga untuk merencanakan kegiatan didapatkan estimasi/perkiraan di Kab/Kota B, provinsi A terdapat 400 ODGJ berat pada tahun 2018 sebagai target sasaran kinerja dalam kurun waktu satu tahun.

#### Kesimpulan

Estimasi/perkiraan target sasaran kinerja di Kab/Kota B di tahun 2018 adalah 400 ODGJ berat.

Contoh perhitungan kinerja.

Nominator : Jumlah ODGJ berat di wilayah kerja Kab/Kota yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun

Denominator : Jumlah ODGJ berat berdasarkan proyeksi di wilayah kerja Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

Estimasi/perkiraan target sasaran kinerja di Kabupaten B di tahun 2018 adalah 400 ODGJ berat. Namun hanya 350 dari proyeksi 400 kasus yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar.



Sehingga capaian kinerja pemerintah Kabupaten B dalam kurun waktu satu tahun adalah :

$$\frac{350}{400} \times 100 \% = 87,5 \%$$

**Kesimpulan :**

Kinerja Kab/Kota B di tahun 2018 adalah 87,5 %. Terdapat kesenjangan antara jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dengan jumlah ODGJ berat berdasarkan data proyeksi di wilayah kerja Kabupaten B, provinsi A Tahun 2018. Untuk itu perlu dilakukan analisis faktor-faktor masih adanya ODGJ berat yang belum mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar, sehingga didapatkan strategi untuk menutup kesenjangan tersebut di tahun mendatang.

e. Teknik Penghitungan Pembiayaan

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
1. Penderita ODGJ berat menurut data estimasi wilayah kerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)	Tenaga kesehatan	Pendataan ODGJ berat Biaya transport petugas/BBM	Jumlah tenaga kesehatan x transport x jumlah kegiatan pendataan x Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
	Materi KIE	Penggandaan materi	1 Paket penggandaan materi KIE x jumlah ODGJ
	Buku Kerja (ODGJ, Perawat, Kader)	Penggandaan buku kerja	Buku Kerja x Jumlah ODGJ Buku Kerja x Jumlah

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
			Perawat Buku Kerja x Jumlah Kader
	Paket Formulir Pencatatan dan Pelaporan	Penggandaan Formulir	1 Paket penggandaan Formulir x kegiatan pendataan x jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
2. Melakukan diagnosis terduga ODGJ berat dan melakukan penatalaksanaan medis	Dokter	Buku PPDGJ- III (ICD-10)	1 Dokter x 1 PPDGJ-III (ICD-10) x jumlah Fasilitas Kesehatan Pelayanan Primer (FKTP)
	Data Estimasi Diagnosis jumlah ODGJ berat	ODGJ berat	Jumlah ODGJ berat
3. Pelaksanaan kunjungan rumah (KIE Keswa, melatih perawatan diri, minum obat sesuai anjuran dokter dan berkesinambungan, kegiatan rumah tangga dan aktivitas bekerja sederhana)	Tenaga kesehatan (Dokter dan atau perawat)	Biaya transpor tenaga kesehatan atau kader/BBM per kunjungan rumah (unit cost d disesuaikan dengan standar biaya yang berlaku di daerah setempat)	Jumlah tenaga kesehatan atau kader x Standar Biaya Transpor x Jumlah Kunjungan rumah

Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
4. Melakukan rujukan ke FKRTL atau Rumah Sakit Jiwa (RSJ)	Dokter dan atau perawat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)	Biaya transpor tenaga kesehatan/BBM per Rujukan (unit cost disesuaikan dengan standar biaya yang berlaku di daerah setempat)	Jumlah tenaga kesehatan x Standar Biaya Transpor x 30% Jumlah ODGJ x Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
	Kit Berisi 2 Alat Fiksasi	Alat Fiksasi tangan dan kaki	2 Alat Fiksasi x Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
	Laporan	Data monitoring dan evaluasi	Terintegrasi dengan Laporan SPM di FKTP

### 1. Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberkulosis

#### 1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Media KIE (leaflet, lembar balik, poster, banner)	Sesuai kebutuhan	Menyampaikan informasi tentang TBC
2	Reagen Zn TB	Sesuai jumlah sasaran terduga TBC	Bahan Pemeriksaan Terduga TBC
3	Masker jenis rumah tangga dan Masker N95	Sesuai kebutuhan sasaran terduga TBC	Pencegahan penularan TBC
4	Pot dahak, kaca slide, bahan habis pakai (Oil Emersi, Ether Alkohol)	Sesuai kebutuhan	Bahan Pemeriksaan Terduga TBC



No	Barang	Jumlah	Fungsi
	Lampu spiritus/bunsen, ose/lidi, rak pengering		
5	Catridge Tes cepat Molekuler	Sesuai kebutuhan	Bahan Pemeriksaan Terduga TBC
6	Formulir pencatatan dan pelaporan	Sesuai kebutuhan	Pencatatan dan pelaporan
7	Pedoman/ standar operasional prosedur	Sesuai kebutuhan	Panduan dalam melakukan penatalaksanaan sesuai standar

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan

a. Tenaga kesehatan:

- 1) Dokter/ dokter spesialis penyakit dalam/ dokter spesialis paru, atau
- 2) Perawat
- 3) Analis Teknik Laboratorium Medik (ATLM)
- 4) Penata Rontgen
- 5) Tenaga kesehatan masyarakat

b. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu; kader kesehatan

Jenis pelayanan dan sumber daya kesehatan yang dibutuhkan sebagai berikut :

No	Kegiatan	SDM Kesehatan
1	Pemeriksaan klinis	perawat/ dokter
2	Pemeriksaan penunjang	Analis Teknik Laboratorium Medik (ATLM)
3	Edukasi/promosi kesehatan	Tenaga Kesehatan Masyarakat/ Bidan/ Perawat/ Dokter
4	Melakukan rujukan	Dokter

3. Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

a. Pernyataan Standar

Setiap orang terduga Tuberkulosis (TBC) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada orang terduga TBC di wilayah kerja Kabupaten/Kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun.

b. Pengertian

Pelayanan orang terduga TBC sesuai standar bagi orang terduga TBC meliputi :

- 1) Pemeriksaan klinis
- 2) Pemeriksaan penunjang
- 3) Edukasi

c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran orang terduga TBC menggunakan data orang yang kontak erat dengan penderita TBC dan di tetapkan oleh Kepala Daerah.
- 2) Pemeriksaan klinis  
Pelayanan klinis terduga TBC dilakukan minimal 1 kali dalam setahun, adalah pemeriksaan gejala dan tanda
- 3) Pemeriksaan penunjang, adalah pemeriksaan dahak dan/atau bakteriologis dan/atau radiologis
- 4) Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan.
- 5) Melakukan rujukan jika diperlukan.

d. Capaian Kinerja

1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan sesuai standar bagi orang dengan terduga TBC dinilai dari persentase jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

## 2) Rumus Perhitungan Kinerja

Persentase Orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai

Jumlah orang terduga TBC yang dilakukan pemeriksaan penunjang dalam kurun waktu satu tahun.

$$= \frac{\text{Jumlah orang yang terduga TBC dalam kurun waktu satu tahun yang sama.}}{\text{Jumlah orang terduga TBC dalam kurun waktu satu tahun yang sama.}} \times 100\%$$

### Catatan:

- Orang terduga TB adalah seseorang yang menunjukkan gejala batuk > 2 minggu disertai dengan gejala lainnya.
- Nominator : Jumlah orang terduga TBC yang dilakukan pemeriksaan penunjang dalam kurun waktu satu tahun.
- Denominator : Jumlah orang yang terduga TBC dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

### Contoh cara perhitungan:

Jumlah penduduk Kabupaten "K" adalah 1.500.000 jiwa. Pada tahun 2018 dilakukan skrining pada kelompok risiko terkena TB (Rumah tahanan, pondok pesantren, keluarga penderita TBC, penderita HIV dll). Dari 200.000 yang diperiksa, 20.000 menunjukkan gejala TBC. Untuk memastikan adanya penyakit TBC 15.000 orang dilakukan pemeriksaan lanjutan di fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan dahak.

### Perhitungan:

- Jumlah orang terduga TBC : 20.000
- Jumlah terduga TBC yang dilayani sesuai standar : 15.000
- Capaian kinerja :  $(15.000 / 20.000) \times 100\% = 60\%$



Kesimpulan : Capaian kinerja Pemerintah Daerah (SPM) belum tercapai.

Catatan : Mengingat capaian pelayanan terduga TBC sesuai standar masih dibawah target, diperlukan rencana strategis tahun depan untuk menjangkau orang yang mendapat pelayanan dan ditatalaksana sesuai standar. Perlu di analisis sebab-sebab masyarakat belum berkunjung apakah persoalan sosialisasi, akses, sudah memeriksa sendiri atau tidak mau mendapat pelayanan terduga TBC.

e. Teknik Penghitungan Pembiayaan

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
1. Pemeriksaan Klinis			
a. Pemeriksaan klinis di luar gedung	Petugas	Transport	Jumlah petugas x jumlah keluarga yang diskriming/kontak investigasi /follow up x jumlah kunjungan
b. Pemeriksaan klinis dalam gedung	Petugas.	Jasa Pelayanan	1 Paket
2. Pemeriksaan Penunjang	Alat bahan	Pot dahak	Jumlah pot dahak x perkiraan terduga TBC (kegiatan terintegrasi dengan pengadaan dalam gedung)

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
	Pendataan	Formulir	Jumlah lembar formulir skrining x perkiraan terduga TBC
	Pemeriksaan	Kaca Slide	Perkiraan jumlah terduga TBC x jumlah pemeriksaan SP/PS (5 buah) unit cost x satuan harga)
		Reagen	Perkiraan jumlah TBC x jumlah pemeriksaan SP/PS (1 paket reagen/10) x satuan harga)
		Cartridge Tes cepat molekuler	Sesuai kebutuhan
		Bahan Lab, Lainnya (Oase, oil imersi, dll)	Jumlah bahan Lab (paket) x terduga TBC
	Alat pelindung diri	Masker rumah tangga	Jumlah sasaran terduga TBC x jumlah masker (pemakaian 2 bulan = 60) x unit cost
		Masker N95	Jumlah sasaran terduga TBC resistan Obat x

LANGKAH KEGIATAN	VARIABEL	KOMPONEN	VOLUME
			jumlah kebutuhan masker (pemakaian 2 bulan) x unit cost
Edukasi	Petugas	Transport	Jumlah petugas x Transport x jumlah penyuluhan x jumlah puskesmas (dapat terintegrasi dengan program lain)
	Media KIE	Cetak Media KIE	1 Paket X Jumlah Puskesmas
	peserta	Konsumsi (d disesuaikan kebutuhan/kondisi)	Snack
Rujukan	Alat dan bahan	Formulir rujukan	Sesuai kebutuhan

Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus yang Melemahkan Daya Tahan Tubuh Manusia (*Human Immunodeficiency Virus* = HIV)

1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa

No	Barang	Jumlah	Fungsi
1	Media KIE berupa lembar balik, leaflet, poster, banner	Sesuai kebutuhan	Menyampaikan informasi tentang HIV AIDS



No	Barang	Jumlah	Fungsi
2	Tes Cepat HIV (RDT pertama)	Sesuai yang kebutuhan	Deteksi dini (Skrining) HIV
3	Bahan medis habis pakai <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handschoen</li> <li>- Alkohol swab</li> <li>- Plester</li> <li>- Lancet/jarum steril</li> <li>- Jarum+sprit yang sesuai/vacutainer dan jarum sesuai.</li> </ul>	Sesuai kebutuhan	Pengambilan darah perifer dan atau vena
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alat tulis</li> <li>- Rekam medis berisi nomor rekam medis, Nomor fasilitas pelayanan kesehatan pelaksana, nomor KTP/NIK</li> </ul>	Sesuai Kebutuhan	Pencatatan dan Pelaporan

2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan

a. Tenaga kesehatan:

- 1) Dokter/ dokter spesialis penyakit dalam/ dokter spesialis kulit dan kelamin, atau
- 2) Perawat
- 3) Bidan
- 4) ATLM
- 5) Tenaga kesehatan masyarakat

b. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu:

- 1) Pendamping
- 2) Penjangkauan

### 3. Penunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

#### a. Pernyataan standar

Setiap orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah daerah Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada setiap orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus = HIV) di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

#### b. Pengertian

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada orang dengan risiko terinfeksi HIV sesuai standar meliputi:

- 1) Edukasi perilaku berisiko
- 2) Skrining

Orang dengan risiko terinfeksi virus HIV yaitu :

- 1) Ibu hamil, yaitu setiap perempuan yang sedang hamil.
- 2) Pasien TBC, yaitu pasien yang terbukti terinfeksi TBC dan sedang mendapat pelayanan terkait TBC
- 3) Pasien Infeksi Menular Seksual (IMS), yaitu pasien yang terbukti terinfeksi IMS selain HIV dan sedang mendapat pelayanan terkait IMS
- 4) Penjaja seks, yaitu seseorang yang melakukan hubungan seksual dengan orang lain sebagai sumber penghidupan utama maupun tambahan, dengan imbalan tertentu berupa uang, barang atau jasa
- 5) Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL), yaitu lelaki yang pernah berhubungan seks dengan lelaki lainnya, sekali, sesekali atau secara teratur apapun orientasi seksnya (heteroseksual, homoseksual atau biseksual)
- 6) Transgender/Waria, yaitu orang yang memiliki identitas gender atau ekspresi gender yang berbeda dengan jenis kelamin atau seksnya yang ditunjuk saat lahir, kadang disebut juga transeksual.
- 7) Pengguna napza suntik (penasun), yaitu orang yang terbukti memiliki riwayat menggunakan narkotika dan atau zat adiktif suntik lainnya.

- 8) Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP), yaitu orang yang dalam pembinaan pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM dan telah mendapatkan vonis tetap.

c. Mekanisme Pelayanan

- 1) Penetapan sasaran HIV ditetapkan oleh Kepala Daerah berdasarkan orang yang berisiko terinfeksi HIV (pendetta TBC, IMS, penjaja seks, LSL, transgender, WBP, dan ibu hamil).
- 2) Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan
- 3) Skrining dilakukan dengan pemeriksaan Tes Cepat HIV minimal 1 kali dalam setahun.
- 4) Melakukan rujukan jika diperlukan.

d. Capaian Kinerja

- 1) Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan sesuai standar bagi orang dengan risiko terinfeksi HIV dinilai dari persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan HIV sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

- 2) Rumus Perhitungan Kinerja

Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar

Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun

=  $\frac{\text{Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV dikab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama}}{\text{Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV dikab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%$



Catatan :  
Nominator:

Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV (penderita TBC, IMS, penjaja seks, LSL, transgender, Penasun, WBP dan ibu hamil) yang mendapatkan pelayanan (pemeriksaan rapid test R1) sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun.

Denominator: Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV di kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama yang ditetapkan kepala daerah.

#### Contoh Perhitungan

Contoh kasus penyelesaian pelayanan dasar bagi orang dengan risiko terinfeksi HIV di Kabupaten "L", pada tahun 2019. Jumlah penduduk 220.412 jiwa dengan proyeksi estimasi sasaran jumlah ibu hamil 4.939 orang, estimasi penderita TBC 634, estimasi penderita IMS 5.681 orang. Estimasi populasi berperilaku risiko tinggi terinfeksi HIV berturut-turut : WPS 146, LSL 451, Transgender 17, Penasun 0, WBP 0 (tidak mempunyai lapas).

Catatan dan laporan orang yang datang ke pelayanan kesehatan dan penjangkauan dalam satu tahun dari seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dan telah ditelusur berdasarkan kelompok target orang dengan risiko terinfeksi HIV. Kepala daerah menetapkan hasil pemetaan /penemuan sebagai berikut : ibu hamil 4.954, penderita TBC 324, penderita IMS 2.618, WPS 164, LSL 201, Transgender 29 dan penasun dilaporkan 1 orang. Semua orang berisiko di dalam wilayah saat pelayanan tetap dilayani sekalipun berasal dari daerah lain.

Laporan jumlah orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan atau yang secara aktif dikunjungi, yang dilakukan pelayanan kesehatan berupa pemberian informasi dan edukasi dan pemeriksaan skrining (deteksi dini) HIV dengan reagen pertama, berturut-turut : perempuan hamil 4.954, penderita TBC 324, penderita IMS 2.618, WPS 164, LSL 201, seluruh transgender sudah diperiksa yaitu sebanyak 29 orang dan seorang mantan penasun. Penilaian Kinerja Pelayanan Dasar Standar Pelayanan Minimal bagi orang dengan risiko terinfeksi HIV adalah seperti tabel berikut :

No	Kelompok berisiko terinfeksi HIV	Proyeksi Estimasi	Pemetaan/ Penemuan	Diperiksa HIV (Tes Cepat HIV Pertama)	Kinerja SPM HIV %
1	Ibu Hamil	4.939	4.954	4.954	100,00
2	Penderita TBC	634	324	324	100,00
3	Penderita IMS	5.681	2.618	2.618	100,00
4	Penjaja seks	146	164	164	100,00
5	LSL	451	201	201	100,00
6	Waria	17	29	29	100,00
7	Penasun	-	1	1	100,00
8	WBP	-	-	-	-
JUMLAH		11.868	8.291	8.291	100,00

Berdasarkan hasil pelayanan minimal tersebut diketahui bahwa terdapat orang berisiko terinfeksi HIV dari luar wilayah yang diberikan pelayanan.

e. Teknik Perhitungan Pembiayaan

No	Langkah Kegiatan	Variabel	Komponen	Volume
1	Penentuan sasaran	orang yang berisiko terinfeksi HIV	Ibu hamil	Terintegrasi
			Populasi kunci	
		Jumlah	Penderita TBC dan penderita IMS	
		Akses	WBP	
2	Pemetaan penemuan kelompok sasaran	Petugas	Biaya transport petugas (BBM)	Terintegrasi
		Penemuan sasaran	Pelayanan pasif /aktif	

	Data individu sasaran	KTP/NIK	
	Formulir	Pengadaan kartu penerima pelayanan dasar SPM Kesehatan	Paket pengadaan kartu SPM
3	Promosi kesehatan dan Penyuluhan Media KIE	Penyiapan, penyusunan dan Pengadaan media KIE, termasuk koneksi internet	1 paket x jumlah fasyankes
	Petugas	Biaya transport petugas (BBM) dan honor	Jumlah petugas x transpor x jumlah penyuluhan x jumlah fasyankes
4	Jejaring Kerja dan Kemitraan Tim / kelompok kerja	Penyiapan jejaring kerja, jaringan kerja dan mitra kerja	Terintegrasi
	Petugas pada Jejaring kerja dan mitra	Peningkatan kapasitas petugas pada Jejaring kerja dan mitra	Jumlah petugas pd jejaring kerja dan mitra x transpor x jumlah kegiatan
	Petugas	Biaya transpor petugas (BBM)	Jumlah petugas x transpor x jumlah kegiatan



		Reagen dan bahan medis habis pakai, Bahan/Spesimen	Rujukan bahan/spesimen	1 paket x sasaran
		Pelaporan dan komunikasi	Komunikasi dan koneksi internet	Terintegrasi
5	Sosialisasi Pencegahan	Petugas Program HIV Dinkes Kesehatan	Transpor + uang harian	Jumlah petugas x (transpor + uang harian) x jumlah kegiatan
		Materi sosialisasi	Penyiapan, penyusunan dan penggandaan materi sosialisasi pencegahan	1 paket
		Materi pencegahan	bahan habis pakai pencegahan	1 paket
		Narasumber	Honor + transpor	Jumlah orang x (honor + transpor) x jumlah kegiatan
6	Pemeriksaan deteksi dini HIV	Ibu hamil, penderita TBC, penderita IMS, penaja seks, LSL, transgender, penasun dan WBP	Data penerima layanan berupa Nomor KTP/NIK, komputer, formulir penerima layanan	Terintegrasi

1) Pelayanan dalam gedung	Kunjungan ibu hamil, penderita TBC, penderita IMS, penjaja seks, LSL, transgender, penasun dan WBP di fasyankes dilayani sesuai tupoksi, kompetensi, kewenangan dan penugasan.	Data jumlah ibu hamil, penderita TBC, penderita IMS, penjaja seks, LSL, transgender, penasun dan WBP	Terintegrasi
	Petugas	Petugas medis, paramedis, petugas laboratorium, petugas pendukung	Terintegrasi
	Alat kesehatan	Pengadaan paket deteksi dini HIV (Tes Cepat HI- (RDT) HIV Pertama) sesuai kebutuhan	Jumlah sasaran

	2) Pelayanan luar gedung	Lokasi sasaran populasi penjaja seks, LSL, transgender, penasun dan WBP	Lokasi sasaran populasi kunci dan lapas / rutan dalam wilayah	Terintegrasi
		Petugas	Petugas medis, paramedis petugas laboratorium, petugas pendukung	
			Honor, transpor, paket fullday	
		Alat Kesehatan	Pengadaan paket deteksi dini HIV (Tes Cepat HI- (RDT) HIV Pertama) sesuai kebutuhan seperti di atas	
7	Pencatatan dan Pelaporan	Petugas pencatatan - analisis - pelaporan	Berbasis NIK	Terintegrasi
		Formulir pencatatan dan pelaporan deteksi dini HIV, kartu penerima layanan dasar	Pengadaan ATK dan Fotokopi/ komputer	



	Sistem Informasi	Paket perangkat lunak dan perangkat keras, jaringan internet	
8	Monitoring dan Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas Puskesmas ke desa/lokasi sasaran, jejaring kerja dan jaringan kerja.</li> <li>- Petugas Dinas Kesehatan ke Puskesmas</li> </ul>	Transpor + uang harian  Terintegrasi
	Daftar Tilik Monev HIV & IMS	Penggandaan Daftar Tilik Monev HIV & IMS	
	Umpan balik hasil monev	Laporan dalam bentuk elektronik dan laporan tertulis	
9	Penilaian kinerja SPM	Tim / Petugas	Jumlah orang x (transpor + uang harian) x jumlah kegiatan

		Kompilasi beban internal dan beban eksternal tingkat kabupaten/ kota	Biaya rapat	Terintegrasi
		Pelaporan capaian pelaksanaan pelayanan dasar SPM tiap 3 bulan	Pembuatan laporan capaian	
		Petugas	Petugas medis, paramedis, petugas laboratorium, petugas pendukung	
10	Rujukan jika diperlukan	Ibu hamil dengan HIV, penderita TBC dengan HIV, penderita IMS dengan HIV, populasi kunci (penjaja seks, LSL, transgender, penasun) dengan HIV, WBP dengan HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengadaan pemeriksaan lain yang diperlukan</li> <li>- Pengadaan buku saku bagi odha</li> </ul>	1 paket x sasaran

	<b>Petugas medis/paramedis/lainnya</b>	<b>Refreshing/ sosialisasi/ orientasi/On the Job Training (OJT) kompetensi, kewenangan dan penugasan bila diperlukan</b>	<b>1 paket x jumlah petugas</b>
--	--	--	---------------------------------

KEMENKES RI



TAHAPAN, MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN  
PELAKSANAAN SPM

## A. Tahapan Penerapan SPM Bidang Kesehatan.

Beberapa langkah yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan SPM bidang Kesehatan oleh Pemerintah Daerah adalah;

- 1 Pengumpulan data, yang mencakup jumlah dan identitas lengkap warga Negara yang berhak memperoleh barang dan/atau jasa kebutuhan dasar kesehatan secara minimal dan jumlah barang dan/atau jasa yang tersedia, termasuk jumlah sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia;
- 2 Penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar SPM Bidang Kesehatan, dilakukan dengan cara menghitung selisih antara jumlah barang dan/atau jasa yang dibutuhkan untuk pemenuhan pelayanan dasar kesehatan dengan jumlah barang dan/atau jasa kesehatan yang tersedia, termasuk menghitung selisih antara sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk pemenuhan Pelayanan Dasar kesehatan dengan jumlah sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia. Untuk penghitungan kebutuhan biaya pemenuhan Pelayanan Dasar kesehatan menggunakan standar biaya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- 3 Penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar SPM Bidang Kesehatan, dilakukan oleh pemerintah daerah agar Pelayanan Dasar Kesehatan tersedia secara cukup dan berkesinambungan yang ditetapkan dalam dokumen perencanaan dan penganggaran pembangunan Daerah sebagai prioritas belanja Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- 4 Pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar SPM Bidang Kesehatan dilakukan sesuai dengan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar. Pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar SPM Bidang Kesehatan dilakukan oleh Pemerintah Daerah berupa menyediakan barang dan/atau jasa yang dibutuhkan dan/atau melakukan kerjasama Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar SPM bidang kesehatan Pemerintah Daerah dapat membebaskan biaya untuk

memenuhi kebutuhan dasar bagi Warga Negara yang berhak memperoleh Pelayanan Dasar secara minimal, dengan memprioritaskan bagi masyarakat miskin atau tidak mampu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dan/atau memberikan bantuan pemenuhan barang dan/jasa kebutuhan dasar minimal dengan memprioritaskan bagi masyarakat miskin atau tidak mampu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### 5. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan minimal bidang kesehatan dilakukan secara berkala setiap tiga bulan secara berjenjang menggunakan sistem pencatatan dan pelaporan yang berlaku pada setiap jenis layanan dasar. Berjenjang dengan menggunakan tataran wilayah kerja sebagai berikut :

1. Puskesmas bertanggung jawab terhadap pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelayanan minimal bidang kesehatan dalam wilayah kerjanya dari seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik milik pemerintah maupun milik swasta. Puskesmas melaporkan hasil monitoring dan evaluasi kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kabupaten Kota.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab terhadap pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelayanan minimal bidang kesehatan dalam wilayah Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaporkan hasil pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelayanan minimal bidang kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
3. Dinas Kesehatan Provinsi bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan minimal bidang kesehatan daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan Provinsi melaporkan hasil pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelayanan minimal bidang kesehatan daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota kepada Menteri Kesehatan.

C **Pelaporan Penerapan SPM Bidang Kesehatan**

Pelaporan penerapan SPM termasuk dalam materi muatan laporan penyelenggaraan pemerintahan daerah dan disampaikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai laporan penyelenggaraan pemerintahan daerah.

Materi muatan laporan penerapan SPM Bidang Kesehatan menurut sebagai berikut :

1. Hasil penerapan SPM;
2. Kendala penerapan SPM; dan
3. Ketersediaan anggaran dalam penerapan SPM.

Gubernur menyampaikan laporan SPM Bidang Kesehatan kepada Menteri Kesehatan atas laporan SPM Provinsi dan SPM Kabupaten/Kota. Bupati/Walikota menyampaikan laporan SPM Bidang Kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Gubernur sebagai wakil pemerintah pusat.



## BAB V

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Salah satu tugas Pemerintah Pusat sebagaimana telah diamanahkan dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 2014 adalah melakukan pembinaan dan pengawasan pada Pemerintah Daerah. Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sebagai berikut:

- a. Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri melaksanakan pembinaan dan pengawasan penerapan SPM Daerah provinsi secara umum;
- b. Menteri kesehatan melaksanakan pembinaan dan pengawasan penerapan SPM bidang kesehatan Daerah Provinsi secara teknis;
- c. Gubernur melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penerapan SPM bidang kesehatan Provinsi oleh Organisasi Perangkat Daerah provinsi;
- d. Gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat melaksanakan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota secara umum dan teknis;
- e. Bupati melaksanakan pembinaan dan pengawasan penerapan SPM Bidang Kesehatan Daerah Kabupaten oleh Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten dan Walikota melaksanakan pembinaan dan pengawasan penerapan SPM Bidang Kesehatan Daerah Kota oleh Organisasi Perangkat Daerah Kota;
- f. Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;
- g. Kepala Daerah dan/atau Wakil Kepala Daerah yang tidak melaksanakan SPM dijatuhi sanksi administrative yang diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri.

BAB VI  
PENUTUP

Penyusunan Standar Teknis Pelaksanaan SPM bidang kesehatan adalah langkah awal dalam melakukan implementasi SPM bidang kesehatan secara nasional. Pemerintah Daerah menerapkan SPM bidang kesehatan pemenuhan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan dasar Bidang Kesehatan yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal. Pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan diprioritaskan bagi Warga Negara yang berhak memperoleh Pelayanan Dasar kesehatan secara minimal sesuai dengan jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasarnya.

Pencapaian target-target SPM tidak bias terlepas dari frumusan perencanaan nasional sesuai Undang-Undang tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Hal ini berarti pencapaian target-target SPM harus terintegrasi dalam dokumen-dokumen perencanaan seperti RPJMN/RPJMD dan dokumen-dokumen perencanaan turunannya. SPM dan Program Prioritas Nasional lainnya sebagaimana tertuang dalam RPJMN dan Renstra Kementerian harus dituangkan dalam RPJMD dan Renstra SKPD Kesehatan sehingga mendapatkan kerangka pendanaan yang kuat untuk memperluas implementasinya.

Strategi pencapaian target-target SPM akan disinkronkan dengan strategi penguatan perencanaan melalui harmonisasi RPJMN-RPJMD dan penguatan kapasitas perencanaan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Hal ini dilakukan untuk memastikan agenda-agenda pembangunan kesehatan dapat disinkronkan dalam dokumen perencanaan daerah.

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sudoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

ttd

NILA FARID MOELOD



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 5 TAHUN 2019

TENTANG

PERENCANAAN DAN PENGADAAN OBAT BERDASARKAN KATALOG  
ELEKTRONIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi, dan transparansi dalam proses perencanaan dan pengadaan obat program Jaminan Kesehatan dan obat program kesehatan lainnya, perlu perluasan cakupan fasilitas kesehatan pengguna *e-purchasing* berdasarkan katalog elektronik;
- b. bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 Tahun 2014 tentang Pengadaan Obat berdasarkan Katalog Elektronik (*E-Catalogue*) dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2017 tentang Monitoring dan Evaluasi Terhadap Perencanaan, Pengadaan Berdasarkan Katalog Elektronik dan Pemakaian Obat sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan hukum, sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Perencanaan dan Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik;



Meringkat

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 33);
5. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PERENCANAAN DAN PENGADAAN OBAT BERDASARKAN KATALOG ELEKTRONIK.**

# BAB I

## KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Katalog Elektronik adalah sistem informasi elektronik yang memuat informasi berupa daftar, jenis, spesifikasi teknis, tingkat komponen dalam negeri, produk dalam negeri, produk standar nasional indonesia, produk industri hijau, negara asal, harga, Penyedia, dan informasi lainnya terkait barang/jasa.
2. Pembelian secara Elektronik yang selanjutnya disebut *E-purchasing* adalah tata cara pembelian barang/jasa melalui sistem Katalog Elektronik.
3. E-Monev Obat adalah sistem informasi elektronik untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan perencanaan obat dan pengadaan obat berdasarkan Katalog Elektronik.
4. Rencana Kebutuhan Obat yang selanjutnya disingkat RKO adalah perkiraan kebutuhan obat satu tahun berikutnya berdasarkan perhitungan pemakaian rata-rata obat satu tahun dan sisa stok akhir tahun.
5. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah.
6. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

7. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
8. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
9. Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktik kefarmasian oleh apoteker.
10. Program Rujuk Balik yang selanjutnya disingkat PRB adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis yang sudah dalam kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/subspesialis yang merawat.
11. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

## Pasal 2

- (1) Pengaturan perencanaan dan pengadaan obat berdasarkan Katalog Elektronik bertujuan untuk menjamin transparansi, efektifitas, dan efisiensi proses perencanaan dan pengadaan obat melalui *E-purchasing* berdasarkan Katalog Elektronik yang dilaksanakan oleh institusi pemerintah dan institusi swasta.
- (2) Institusi pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. satuan kerja bidang kesehatan di pemerintah;



- b. dinas kesehatan pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota;
  - c. FKTP milik pemerintah dengan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum; dan
  - d. FKRTL milik pemerintah.
- (3) Institusi swasta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
- a. FKRTL milik swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
  - b. FKTP milik swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan
  - c. Apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk PRB.

## BAB II PERENCANAAN OBAT

### Pasal 3

- (1) Setiap institusi pemerintah dan institusi swasta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 wajib menyampaikan RKO kepada Menteri.
- (2) Penyampaian RKO sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan paling lambat bulan April pada tahun sebelumnya.
- (3) Penyampaian RKO sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menggunakan E-Monev Obat.

## BAB III PENGADAAN OBAT

### Pasal 4

- (1) Pengadaan obat oleh institusi pemerintah dan institusi swasta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 untuk program Jaminan Kesehatan dilakukan melalui *E purchasing* berdasarkan Katalog Elektronik.

- (2) FKTP milik swasta dan Apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (3) huruf b hanya dapat melakukan pengadaan obat PRB.

#### Pasal 5

Industri farmasi wajib memenuhi pesanan obat dari institusi pemerintah dan institusi swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

#### Pasal 6

- (1) Pengadaan obat berdasarkan Katalog Elektronik dapat dilakukan secara manual dalam hal:
- pengadaan obat melalui *E-purchasing* berdasarkan Katalog Elektronik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 mengalami kendala operasional dalam aplikasi; dan/atau
  - institusi swasta yang telah menyampaikan RKO melalui E-Monev Obat belum mendapatkan izin *E-purchasing*.
- (2) Pengadaan secara manual sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara langsung kepada industri farmasi yang tercantum dalam Katalog Elektronik.

#### Pasal 7

- (1) Dalam hal terjadi kegagalan pengadaan obat dengan Katalog Elektronik sehingga berpotensi terjadinya kekosongan obat maka institusi pemerintah dan institusi swasta dapat mengadakan obat dengan cara aktif yang sama sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kegagalan pengadaan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disebabkan karena industri farmasi tidak dapat memenuhi surat pesanan dari institusi pemerintah dan institusi swasta.

- (3) Kegagalan pengadaan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dibuktikan dengan pernyataan dari industri farmasi.

## BAB IV PEMANTAUAN DAN EVALUASI

### Pasal 8

- (1) Pemantauan dan evaluasi perencanaan dan pengadaan obat berdasarkan Katalog Elektronik dilakukan secara elektronik melalui E-Monev Obat.
- (2) Pemantauan dan evaluasi perencanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap data RKO yang disampaikan institusi pemerintah dan institusi swasta.
- (3) Pemantauan dan evaluasi pengadaan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap data:
  - a. realisasi pemenuhan pesanan obat;
  - b. realisasi pendistribusian obat;
  - c. realisasi penerimaan obat; dan
  - d. realisasi pembayaran obat.
- (4) Data realisasi pemenuhan pesanan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a meliputi jenis dan jumlah obat serta waktu persetujuan pemenuhan pesanan obat dari industri farmasi yang tercantum dalam katalog elektronik kepada institusi pemerintah dan institusi swasta.
- (5) Data realisasi pendistribusian obat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b meliputi jenis dan jumlah obat serta waktu pendistribusian obat dari industri farmasi dan pedagang besar farmasi yang tercantum dalam katalog elektronik kepada institusi pemerintah dan institusi swasta.
- (6) Data realisasi penerimaan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi jenis dan jumlah obat serta waktu penerimaan obat di institusi pemerintah dan institusi swasta.



- (7) Data realisasi pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d meliputi jumlah yang dibayarkan dan waktu pembayaran oleh institusi pemerintah dan institusi swasta.

## BAB V

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Pasal 9

Menteri, gubernur dan bupati/wali kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini sesuai dengan tugas dan kewenangan masing-masing.

#### Pasal 10

- (1) Institusi pemerintah dan institusi swasta yang tidak menyampaikan RKO sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dikenakan sanksi penghentian sementara transaksi *E-purchasing* dengan menonaktifkan akun *E-purchasing*.
- (2) Akun *E-purchasing* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaktifkan kembali setelah institusi pemerintah dan institusi swasta menyampaikan RKO tahun berjalan.

#### Pasal 11

Terhadap institusi pemerintah dan institusi swasta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 yang kerja samanya dengan BPJS Kesehatan telah berakhir dilakukan penutupan akun *E-purchasing*.

## BAB VI

### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 12

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 Tahun 2014 tentang Pengadaan Obat berdasarkan Katalog Elektronik

(E-Catalogue) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1510); dan

- b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2017 tentang Monitoring dan Evaluasi Terhadap Perencanaan, Pengadaan Berdasarkan Katalog Elektronik dan Pemakaian Obat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 896);

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

#### Pasal 13

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

KEMENKES RI

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 17 Januari 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 31 Januari 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,


ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 70

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002





PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 7 TAHUN 2019

TENTANG  
KESEHATAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk mewujudkan kualitas kesehatan lingkungan rumah sakit perlu ditetapkan standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan;
- b. bahwa untuk mencapai pemenuhan standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan serta melindungi petugas kesehatan, pasien, pengunjung termasuk masyarakat di sekitar rumah sakit dari berbagai macam penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang timbul akibat faktor resiko lingkungan perlu diselenggarakan kesehatan lingkungan rumah sakit;
- c. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit perlu disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan industri, serta kebutuhan hukum;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5059);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Berbahaya dan Beracun (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 333, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5617);
6. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

MEMUTUSKAN,

PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KESEHATAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT.

Pasal 1

Pengaturan kesehatan lingkungan rumah sakit bertujuan untuk:

- a. mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat bagi rumah sakit baik dari aspek fisik, kimia, biologi, radioaktivitas maupun sosial;
- b. melindungi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pengunjung dan masyarakat di sekitar rumah sakit dari faktor risiko lingkungan; dan
- c. mewujudkan rumah sakit ramah lingkungan.

Pasal 2

- (1) Kualitas lingkungan yang sehat bagi rumah sakit ditentukan melalui pencapaian atau pemenuhan standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan.
- (2) Standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan pada media lingkungan yang meliputi:
  - a. air;
  - b. udara;
  - c. tanah;
  - d. pangan;
  - e. sarana dan bangunan; dan
  - f. vektor dan binatang pembawa penyakit.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.



### Pasal 3

- (1) Dalam rangka pemenuhan standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan rumah sakit dilakukan penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit.
- (2) Penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui upaya penychatan, pengamanan dan pengendalian.
- (3) Penychatan dilakukan terhadap media lingkungan berupa air, udara, tanah, pangan serta sarana dan bangunan.
- (4) Pengamanan dilakukan terhadap limbah dan radiasi.
- (5) Pengendalian dilakukan terhadap vektor dan binatang pembawa penyakit.
- (6) Selain upaya penychatan, pengamanan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sampai dengan ayat (5), dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit dilakukan upaya pengawasan.
- (7) Upaya pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilakukan terhadap:
  - a. linen (*laundry*);
  - b. proses dekontaminasi; dan
  - c. kegiatan konstruksi atau renovasi bangunan rumah sakit.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

### Pasal 4

- (1) Penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) juga dilakukan untuk mendukung penyelenggaraan rumah sakit ramah lingkungan.
- (2) Penyelenggaraan rumah sakit ramah lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. menyusun kebijakan tentang rumah sakit ramah lingkungan;
- b. pembentukan tim rumah sakit ramah lingkungan;
- c. pengembangan tapak/lahan rumah sakit;
- d. penghematan energi listrik;
- e. penghematan dan konservasi air;
- f. penyehatan kualitas udara dalam ruang;
- g. manajemen lingkungan gedung;
- h. pengurangan limbah;
- i. pendidikan ramah lingkungan;
- j. penyelenggaraan kebersihan ramah lingkungan; dan
- k. pengadaan material ramah lingkungan.

#### Pasal 5

Untuk mendukung penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit diperlukan:

- a. kebijakan tertulis dan komitmen pimpinan rumah sakit;
- b. perencanaan dan organisasi;
- c. sumber daya;
- d. pelatihan kesehatan lingkungan;
- e. pencatatan dan pelaporan; dan
- f. penilaian kesehatan lingkungan rumah sakit.

#### Pasal 6

Kebijakan tertulis dan komitmen pimpinan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a dimaksudkan sebagai bentuk dukungan dalam penyelenggaraan kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit, penyediaan sumber daya yang diperlukan serta kesediaan menaati ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 7

Perencanaan dan organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b dimaksudkan untuk memenuhi persyaratan, dan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit.

### Pasal 8

- (1) Sumber daya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf c meliputi:
  - a. tenaga kesehatan lingkungan; dan
  - b. peralatan kesehatan lingkungan;
- (2) Tenaga kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus memenuhi kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Peralatan kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b paling sedikit meliputi:
  - a. alat ukur suhu ruangan;
  - b. alat ukur suhu air;
  - c. alat ukur kelembaban ruangan;
  - d. alat ukur kebisingan;
  - e. alat ukur pencahayaan ruangan;
  - f. alat ukur swapantau kualitas air bersih;
  - g. alat ukur swapantau kualitas air limbah; dan
  - h. alat ukur kepadatan vektor pembawa penyakit.

### Pasal 9

- (1) Pelatihan kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf d harus sesuai dengan standar kurikulum di bidang kesehatan lingkungan yang diakreditasi oleh Kementerian Kesehatan.
- (2) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau lembaga pelatihan yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### Pasal 10

- (1) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf e dilakukan terhadap penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit termasuk hasil inspeksi kesehatan lingkungan.
- (2) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh unit kerja yang bertanggung jawab dibidang kesehatan lingkungan rumah sakit.



- (3) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan formulir sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.
- (4) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada direktur atau kepala rumah sakit dan ditindaklanjuti dengan mekanisme pelaporan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 11

- (1) Penilaian kesehatan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 huruf f dilakukan secara internal dan eksternal.
- (2) Penilaian kesehatan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan formulir penilaian sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.
- (3) Penilaian kesehatan lingkungan rumah sakit secara eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terintegrasi dengan akreditasi rumah sakit dan penilaian pengelolaan lingkungan hidup sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 12

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit dilakukan oleh Menteri, kepala dinas kesehatan daerah provinsi, dan kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, serta institusi terkait sesuai dengan kewenangan masing-masing.
- (2) Dalam pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan organisasi atau asosiasi terkait.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
  - a. advokasi dan sosialisasi;

- b. bimbingan teknis; dan
  - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan kesehatan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri, kepala dinas kesehatan pada provinsi, kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai kewenangan masing-masing dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau teguran tertulis kepada rumah sakit yang tidak menyelenggarakan kesehatan lingkungan rumah sakit.
- (5) lingkungan rumah sakit.

#### Pasal 13

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, seluruh rumah sakit harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini paling lambat dalam jangka waktu 1 (satu) tahun sejak Peraturan Menteri ini diundangkan.

#### Pasal 14

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

#### Pasal 15

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 19 Februari 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 18 Maret 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,


ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 296

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sudoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



LAMPIRAN I  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 7 TAHUN 2019  
TENTANG  
KESEHATAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

KESEHATAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya kesehatan lingkungan berperan penting dalam mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat. Sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Hal ini diperkuat melalui pengaturan sebagaimana tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan, yang menjadi acuan utama dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan di berbagai kegiatan disekolah wilayah Indonesia.

Upaya kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Penyelenggaraan kesehatan lingkungan ini diselenggarakan melalui upaya penyehatan, pengamanan, dan pengendalian, yang dilakukan terhadap lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum. Salah satu tempat dan fasilitas umum tersebut adalah rumah sakit.

Dalam menjalankan fungsinya, rumah sakit menggunakan berbagai bahan dan fasilitas atau peralatan yang dapat mengandung bahan berbahaya dan beracun. Interaksi rumah sakit dengan manusia dan

lingkungan hidup di rumah sakit dapat menyebabkan masalah kesehatan lingkungan yang ditandai dengan indikator menurunnya kualitas media kesehatan lingkungan di rumah sakit, seperti media air, udara, pangan, sarana dan bangunan serta vektor dan binatang pembawa penyakit. Akibatnya, kualitas lingkungan rumah sakit tidak memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan yang telah ditentukan.

Saat ini standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan rumah sakit telah mengalami perubahan seiring dengan perkembangan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dan pedoman teknis terkait kesehatan lingkungan. Sementara disisi lain masyarakat menuntut perbaikan kualitas pelayanan rumah sakit melalui perbaikan kualitas kesehatan lingkungan. Untuk itu diperlukan ketentuan mengenai standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan rumah sakit sebagai tindak lanjut Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan. Ketentuan persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit dinilai perlu dilakukan pembaharuan/adaptasi standar karena perkembangan persyaratan penilaian mutu kinerja antara lain Akreditasi Rumah Sakit KARS/JCI, PROPER, Adipura, Kabupaten Kota Sehat dan *Green Hospital*.

Dengan demikian maka upaya kesehatan lingkungan di rumah sakit dimasa mendatang dapat dilaksanakan sehingga memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan yang mencakup seluruh dimensi, menyeluruh, terpadu, terkini dan berwawasan lingkungan.

### 3. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mewujudkan kualitas kesehatan lingkungan di rumah sakit yang menjamin kesehatan baik dari aspek fisik, kimia, biologi, radioaktivitas maupun sosial bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pengunjung dan masyarakat di sekitar rumah sakit, serta mewujudkan rumah sakit ramah lingkungan.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kualitas media lingkungan dan mengendalikan risiko kesehatan;
- b. Meningkatkan lingkungan rumah sakit yang dapat memberikan jaminan perlindungan kesehatan, keamanan dan keselamatan bagi manusia dan lingkungan hidup; dan
- c. Mendukung terwujudnya manajemen pengelolaan kualitas kesehatan lingkungan yang baik di rumah sakit.

C. Sasaran

1. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota;
2. Pimpinan/pengelola rumah sakit;
3. Tenaga kesehatan rumah sakit;
4. Pemangku kepentingan/pembuat kebijakan; dan
5. Organisasi profesi atau asosiasi rumah sakit.



## BAB II

### STANDAR BAKU MUTU KESEHATAN LINGKUNGAN DAN PERSYARATAN KESEHATAN

Kesehatan lingkungan rumah sakit adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial di dalam lingkungan rumah sakit. Kualitas lingkungan rumah sakit yang sehat ditentukan melalui pencapaian atau pemenuhan standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan pada media air, udara, tanah, pangan, sarana dan bangunan, dan vektor dan binatang pembawa penyakit. Standar baku mutu kesehatan lingkungan merupakan spesifikasi teknis atau nilai yang dibakukan pada media lingkungan yang berhubungan atau berdampak langsung terhadap kesehatan masyarakat di dalam lingkungan rumah sakit. Sedangkan persyaratan kesehatan lingkungan adalah kriteria dan ketentuan teknis kesehatan pada media lingkungan di dalam lingkungan rumah sakit.

#### 4. Standar Baku Mutu Air dan Persyaratan Kesehatan Air

##### 1. Standar Baku Mutu Air

- a) Standar baku mutu air untuk minum sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur mengenai standar baku mutu air minum.
- b) Standar baku mutu air untuk keperluan higiene sanitasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur mengenai standar baku mutu air untuk keperluan higiene sanitasi.
- c) Air untuk pemakaian khusus yaitu hemodialisis dan kegiatan laboratorium.

Air untuk pemakaian khusus adalah air yang dibutuhkan untuk kegiatan yang bersifat khusus di rumah sakit yang memerlukan persyaratan tertentu dan berbeda dengan air minum. Standar baku mutu air untuk hemodialisis meliputi parameter biologi dan kimia, sedangkan standar baku mutu air untuk kegiatan laboratorium meliputi parameter fisik, biologi dan kimia. Tabel 1 merupakan rincian kadar maksimum parameter biologi untuk setiap jenis media yang dipakai untuk

hemodialisis dengan satuan *colony forming unit* (CFU) per mili liter media atau CFU/ml yang mengacu pada *American National Standards Institute* (ANSI) dan *Association for the Advancement of Medical Instrumentation* (AAMI).

Tabel 1 : Standar Baku Mutu Kualitas Biologi Air untuk Hemodialisis

No	Jenis Media	Parameter	ANSI/AAMI
1	Air	Angka Kuman	≤ 200 CFU/ml
		Angka endotoksin	< 2 CFU/ml
	Ultrapure untuk flux tinggi	Angka Kuman	< 0,1 CFU/ml
		Angka endotoksin	< 0,03 CFU/ml
2	Dialysate	Angka Kuman	< 200 CFU/ml
	Ultrapure untuk flux tinggi	Angka Kuman	< 0,1 CFU/ml
		Angka endotoksin	< 0,03 CFU/ml

Tabel 2 merupakan standar baku mutu kimia air untuk hemodialisis yang dinyatakan dalam kadar maksimum setiap parameter kimia dengan satuan miligram perliter (mg/l). Terdapat 20 jenis parameter kimia yang mengacu pada rujukan *American National Standards Institute* (ANSI) dan *Association for the Advancement of Medical Instrumentation* (AAMI) tahun 2015.

Tabel 2 : Standar Baku Mutu Kimia Air untuk Hemodialisis

No	Parameter	SBM (Maksimum)	Satuan
1	Kalsium	2	mg/liter
2	Magnesium	4	mg/liter
3	Sodium (garam)	70	mg/liter
4	Kalium	8	mg/liter
5	Fluorida	0,2	mg/liter
6	Klorida	0,5	mg/liter
7	Kloramin	0,1	mg/liter
8	Nitrat	2,0	mg/liter
9	Sulfat	100	mg/liter
10	Perak (copper)	0,1	mg/liter
11	Barium	0,1	mg/liter
12	Seng (zinc)	0,1	mg/liter
13	Alumunium	0,01	mg/liter



No	Parameter	SBM (Maksimum)	Satuan
14	Arsen	0,005	mg/liter
15	Timbal	0,005	mg/liter
16	Perak	0,005	mg/liter
17	Kadmium	0,001	mg/liter
18	Kromium	0,014	mg/liter
19	Selenium	0,09	mg/liter
20	Merkuri	0,0002	mg/liter

Kualitas air untuk kegiatan laboratorium berbeda dengan kualitas air minum, air untuk keperluan higiene sanitasi, air untuk hemodialisis karena air untuk laboratorium harus memenuhi kemurnian tertentu dan memenuhi maksimum kadar kontaminan ion tertentu agar tidak menjadi katalisator. Dengan demikian kontaminan ion dalam air tersebut tidak bereaksi dengan bahan laboratorium yang dapat mengganggu fungsi peralatan laboratorium. Selain itu hasil pemeriksaannya tetap sesuai dengan spesifitas, akurasi dan presisi uji laboratorium.

Standar baku mutu air untuk kegiatan laboratorium hanya meliputi parameter fisik dan kimia. Kemurnian air secara fisik dan kimia untuk laboratorium biasanya diukur dengan daya hantar listrik (*conductivity*), resistivity (daya tahan listrik), dan konsentrasi ion tertentu yang dianggap sebagai kontaminan. Daya hantar listrik (DHL) adalah kecenderungan air yang mengandung ion menghantarkan listrik, dengan unit/satuan Siemen(S), microsiemens/centimeter ( $\mu\text{S}/\text{cm}$ ) or micromho/cm pada suhu 25°C. Sedangkan resistivity adalah kebalikan dari DHL yang artinya kemampuan air untuk menahan hantaran listrik dalam penggunaan reagen maupun alat pengujian laboratorium dalam unit/satuan megohmcentimeter (M $\Omega$ -cm), pada suhu 25°C. Demikian pula kemurnian air untuk laboratorium secara mikrobiologi ditentukan dengan menggunakan uji endotoksin yang sangat baik untuk indikator adanya bakteri gram negatif, mikroba hasil samping, jamur dan algae.

Spesifikasi kemurnian air untuk laboratorium telah ditetapkan oleh American Society for Testing and Materials (ASTM) D1193, ASTM D5196, ISO (International Organization for Standardization) 3696-1987 and CLSI® (Clinical and Laboratory Standards Institute C3-A4). ASTM mengelompokkan tingkat kemurnian menjadi tiga tipe, yang paling tinggi



digolongkan sebagai Tipe I, sedangkan tingkat yang lebih rendah digolongkan menjadi tipe II dan tipe III. Namun jika air yang ada tidak dapat memenuhi kualitas tipe I sampai dengan tipe III, maka kualitas air tipe IV dapat digunakan karena standarnya lebih rendah (hanya memenuhi daya tahan listrik, daya hantar listrik, pH, suhu dan Natrium maksimum).

Tabel 3 memuat SBM fisik air yang meliputi parameter daya tahan listrik dan daya hantar listrik sesuai tipe air I, tipe air II, tipe air III dan tipe air IV. Pada umumnya kegiatan laboratorium hanya memerlukan ke tiga tipe air yaitu I, II dan III. Tipe air I biasa disebut dengan *ultrapure water* (air yang sangat murni) yang digunakan untuk peralatan laboratorium yang sensitif seperti *High Performance Liquid Chromatography* (HPLC), *Atomic Absorption Spectroscopy* (AAS), dan biakan sel mamalia. Sedangkan tipe air II disebut *purified water* (air yang dimurnikan) dan biasanya digunakan untuk kegiatan laboratorium secara umum seperti preparasi media dan pembuatan larutan penyangga (*buffer*).

Tabel 3 : Standar Baku Mutu Fisik Air Untuk Kegiatan Laboratorium

No	Parameter	SBM Tipe I	SBM Tipe II	SBM Tipe III	SBM Tipe IV	Satuan
1	Resistivity (daya tahan listrik)	18	1,0	4,0	0,2	MΩ-cm, suhu 25°C
2	Conductivity (daya hantar listrik)	0,056	1,0	0,25	5,0	

Tabel 4 memuat tentang lima parameter kimia untuk kegiatan laboratorium yang meliputi pH, senyawa organik total, natrium, silika dan klorida. Masing-masing tipe air membutuhkan spesifikasi saringan membran berbeda atau cara penyiapannya tertentu seperti Air Tipe II disiapkan dengan distilasi.

Tabel 4 : Standar Baku Mutu Kimia Air Untuk Kegiatan Laboratorium

No	Parameter	SBM Tipe I* (maks)	SBM Tipe II** (maks)	SBM Tipe III*** (maks)	SBM Tipe IV (maks)	Satuan
1	pH pada suhu 25°C	-	-	-	5,0-8,0	
2	Senyawa organik total (TOC)	50	50	200	Tidak ada batas	µg/l

Parameter	SBM Tipe I* (maks)	SBM Tipe II** (maks)	SBM Tipe III*** (maks)	SBM Tipe IV (maks)	Satuan
Sodium/natrium	1	5	10	50	µg/l
Silika	3	3	500	Tidak ada batas	µg/l
Klorida	1	5	10	50	µg/l

memerlukan penggunaan membrane filter 0,2µm

disiapkan dengan distilasi

memerlukan penggunaan membrane filter 0,45µm

### Peryaratan Kesehatan Air

a. Air untuk keperluan air minum, untuk higiene sanitasi, dan untuk keperluan khusus harus memberikan jaminan perlindungan kesehatan dan keselamatan pemakainya. Air merupakan media penularan penyakit yang baik untuk penyebaran penyakit tular air (*water related diseases*). Untuk itu penyehatan air perlu dilakukan dengan baik untuk menjaga agar tidak terjadi kasus infeksi di rumah sakit dengan menyediakan air yang cukup secara kuantitas dan kualitas sesuai parameter yang ditetapkan.

b. Secara kuantitas, rumah sakit harus menyediakan air minum minimum 5 liter per tempat tidur per hari. Dengan mempertimbangkan kebutuhan ibu yang sedang menyusui, penyediaan volume air bisa sampai dengan 7,5 liter per tempat tidur perhari.

c. Volume air untuk keperluan higiene dan sanitasi Minimum volume air yang disediakan oleh rumah sakit pertempat tidur perhari dibedakan antara rumah sakit kelas A dan B dengan rumah sakit kelas C dan D, karena perbedaan jenis layanan kesehatan yang diberikan antar ke dua kelas rumah sakit tersebut seperti yang tercantum pada Tabel 5.

1) Rumah sakit kelas A dan B harus menyediakan air minimum 400 liter/tempat tidur/hari dan maksimum 450 liter/tempat tidur/hari. Volume maksimum ini dimaksudkan agar rumah sakit mempunyai upaya untuk menghemat pemakaian air agar ketersediaannya tetap terjamin tanpa mengorbankan kepentingan pengendalian infeksi.



- 2) Rumah sakit kelas C dan D harus menyediakan air untuk keperluan higiene sanitasi minimum 200 liter/tempat tidur/hari dan maksimum 300 liter/tempat tidur/hari.
- 3) Volume air untuk kebutuhan rawat jalan adalah 5 liter/orang/hari. Penyediaan air untuk rawat jalan sudah diperhitungkan dengan keperluan air untuk higiene sanitasi seperti tercantum pada butir 1) dan 2).
- 4) Keperluan air sesuai kelas rumah sakit dan peruntukannya tersebut harus dapat dipenuhi setiap hari dan besaran volume air untuk higiene sanitasi tersebut sudah memperhitungkan kebutuhan air untuk pencucian linen, dapur, kebersihan/penyiraman dan lainnya.

Tabel 5 : Standar Kebutuhan Air menurut Kelas Rumah Sakit dan Jenis Rawat

No	Kelas Rumah Sakit/ Jenis Rawat	SBM	Satuan	Keterangan
1	Semua Kelas	5 - 7,5	L/TT/Hari	Kuantitas air minum
2	A - B	400 - 450	L/TT/Hari	Kuantitas air untuk keperluan higiene dan sanitasi
3	C - D	200 - 300	L/TT/Hari	Kuantitas air untuk keperluan higiene dan sanitasi
4	Rawat Jalan	5	L/org/Hari	Termasuk dalam SBM volume air sesuai kelas RS

- d. Rumah sakit harus mempunyai cadangan sumber air untuk mengatasi kebutuhan air dalam keadaan darurat.
- e. Pemeriksaan air untuk keperluan higiene sanitasi untuk parameter kimia dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan sekali dan untuk parameter biologis setiap 1 (satu) bulan sekali.
- f. Air yang digunakan untuk menunjang operasional kegiatan pelayanan rumah sakit harus memenuhi standar baku mutu air yang telah ditentukan, antara lain untuk:
  - 1) Ruang operasi  
Bagi rumah sakit yang menggunakan air yang sudah diolah untuk keperluan operasi perlu melakukan pengolahan tambahan dengan teknologi yang dapat menjamin penyehatan air agar terpenuhi.



standard baku mutunya seperti dengan menggunakan teknologi reverse osmosis (RO).

2) Ruang hemodialisis

Uji laboratorium/pemeriksaan kualitas air untuk hemodialisis dilakukan dengan cara:

- a) Pemeriksaan kesadahan (magnesium dan kalsium) dilakukan sebelum dan sesudah pengolahan setiap 6 bulan sekali, atau pada awal disain dan jika ada penggantian media karbon.
- b) Pemeriksaan khlorin dilakukan pada saat penggunaan alat baru dan setiap pergantian *shift dialysis*.
- c) Pemeriksaan bakteri (jumlah kuman) dilakukan pada saat penggunaan alat baru dan setiap bulan sekali.
- d) Pemeriksaan endotoksin (jumlah endotoksin) dilakukan pada saat penggunaan alat baru dan setiap 1 bulan sekali, khusus rumah sakit yang membutuhkan untuk di akreditasi.
- e) Pemeriksaan kimia dan logam berat pada saat penggunaan alat baru, setiap 6 bulan atau saat perubahan reverse osmosis (RO).

3) Ruang farmasi

Air yang digunakan di ruang farmasi harus menggunakan air yang dimurnikan untuk menjamin keamanan dan kesehatan dalam penyiapan obat dan layanan farmasi lainnya.

4) Ruang boiler

Air untuk kegunaan boiler harus berupa air lunak (*soft water*), yakni dengan kandungan bahan fisika kimia tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5) Ruang Menara Pendingin (*Cooling Tower*)

Menara pendingin dan kondensor evaporasi berpotensi untuk menjadi tempat berkembang biaknya *Legionella*, karena kondisi sistemnya cocok untuk pertumbuhan dan replikasi berbagai bakteri termasuk *Legionella*. Air yang memercik keluar dari menara dalam bentuk aerosol dan kabut yang dapat menyebarkan *Legionella*. Proses evaporasi, waktu tinggal dan suhu yang hangat dapat meningkatkan pertumbuhan dan reproduksi organisme. Selain itu kontak dengan korosi sebagai akibat dari hasil samping disinfeksi dan adanya sedimen dapat menimbulkan biofilm (lendir dalam air yang menetap) memberikan kenyamanan berkembang pada

Legionella. Pencegahan Legionella dalam menara pendingin dapat dilakukan dengan desain yang benar, pembersihan berkala, pemeliharaan berkala dan pengolahan air yang efektif. Langkah-langkah untuk mencegah perkembangan Legionella adalah sebagai berikut:

- a) Kimia air dan pemeliharaan sistem menara pendingin harus dimonitor dengan baik untuk pengurangan korosi, kotoran, dan penempelan mikroba pada air yang tidak mengalir.
  - Pemberian biosida dapat mengendalikan pertumbuhan mikroba walaupun tidak spesifik untuk Legionella dan efikasinya tidak 100%.
  - Pemberian biodispersan dapat mengurangi Legionella karena berfungsi untuk melepaskan mikroba yang menempel pada sedimen, lumpur, lendir dan sejenisnya serta berfungsi untuk pembersihan air dalam sistemnya. Namun penggunaan biodispersan harus dikombinasikan dengan biosida untuk mengendalikan Legionella.
- b) Proses disinfeksi menara pendingin dilakukan pada awal pemeliharaan, setelah dioperasikan, dan setiap pembersihan rutin yang dijadwalkan.
- c) Disinfeksi dilakukan jika hasil monitoring mengindikasikan meningkatnya koloni Legionella.
- d) Disinfeksi dilakukan jika ada dugaan kasus infeksi Legionella atau adanya kasus infeksi Legionella yang telah dikonfirmasi.
- e) Prosedur disinfeksi dilakukan sebagai berikut:
  - Matikan kipas dari menara pendingin
  - Jaga katup air pengganti terbuka dan pompa sirkulasi air berfungsi
  - Dekatkan mulut pipa air pengisi dalam jarak 30 meter dari menara pendingin
  - Upayakan konsentrasi awal pemberian sisa khlor bebas minimum 50 mg/l
  - Tambahkan biodispersan paling tidak 15 menit setelah khlorinasi, selanjutnya konsentrasi sisa khlor bebas sebesar 10 mg/l selama 24 jam

- Kuras air menara dan isi ulang airnya kemudian lanjutkan langkah (d) dan (e) minimum sekali agar semua kumpulan sel organisme yang kelihatan seperti algae hilang
- Gunakan sikat dan semprotan air dan bersihkan semua dinding atau bagian yang kontak dengan air
- Sirkulasikan sisa khlor bebas 10 mg/l selama satu jam dan bilas hingga semua sedimen hilang
- Isi ulang sistem menara dengan air dan fungsikan kembali menara seperti biasa

### 5 Standar Baku Mutu dan Persyaratan Kesehatan Udara

#### 1. Standar Baku Mutu Udara

##### a. Standar baku mutu parameter mikrobiologi udara

Standar baku mutu parameter mikrobiologi udara menjamin kualitas udara ruangan memenuhi ketentuan angka kuman dengan indeks angka kuman untuk setiap ruang/unit seperti tabel berikut:

Tabel 6 : Standar Baku Mutu Mikrobiologi Udara

No	Ruang	Konsentrasi Maksimum Mikroorganisme (cfu/m <sup>3</sup> ) Per m <sup>3</sup> Udara (CFU/m <sup>3</sup> )
1	Ruang operasi kosong	35
2	Ruang operasi dengan aktifitas	180
3	Ruang operasi <i>Ultraclean</i>	10

Pemeriksaan jumlah mikroba udara menggunakan alat pengumpul udara (*air sampler*), diperhitungkan dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Jumlah mikroba (cfu/m}^3\text{)} = \frac{\text{Jumlah koloni (total colonies)} \times 10^3}{\text{Kecepatan aliran (air flow rate)} \times \text{waktu dalam menit (collection time, minutes)}}$$

##### b. Standar baku mutu parameter fisik udara

Standar baku mutu parameter fisik untuk udara menjamin kualitas udara ruangan memenuhi ketentuan laju ventilasi, suhu, kelembaban, tekanan, pencahayaan, kebisingan, dan partikulat sesuai dengan jenis ruangan, berdasarkan tabel sebagai berikut:



Tabel 7 : Standar Baku Mutu Ventilasi Udara menurut Jenis Ruangan

No	Ruang/Unit	Suplai Udara M <sup>3</sup> /Jam/Orang	Pertukaran Udara Kali/Jam	Kecepatan Lauju Udara m/detik
1	Operasi	2,8	Minimal 10	0,3 - 0,4
2	Perawatan bayi premature	2,8		0,15 - 0,25
3	Ruang luka bakar	2,8	Minimal 5	0,15 - 0,25

Tabel 8 : Standar Baku Mutu Suhu, Kelembaban, dan Tekanan Udara menurut Jenis Ruang

No	Ruang/Unit	Suhu (°C)	Kelembaban (%)	Tekanan
1	Operasi	22-27	40- 60	positif
2	Bersalin	24-26	40- 60	positif
3	Pemulihan/perawata	22-23	40- 60	seimbang
4	Observasi bayi	27-30	40- 60	seimbang
5	Perawatan bayi	32-34	40- 60	seimbang
6	Perawatan	32-34	40- 60	positif
7	ICU	22-23	40- 60	positif
8	Jenazah/Autopsi	21-24	40- 60	negatif
9	Penginderaan medis	21-24	40- 60	seimbang
10	Laboratorium	20-22	40- 60	negatif
11	Radiologi	17-22	40- 60	seimbang
12	Sterilisasi	21-30	40- 60	negatif
13	Dapur	22-30	40- 60	seimbang
14	Gawat darurat	20-24	40- 60	positif
15	Administrasi	20-28	40- 60	seimbang
16	Ruang luka bakar	24-26	40- 60	positif

Tabel 9 : Standar Baku Mutu Intensitas Pencahayaan menurut Jenis Ruangan atau Unit

No	Ruangan/Unit	Intensitas Cahaya (lux)	Faktor Refleksi Cahaya (%)	Keterangan
1	Ruang pasien	250	Maksimal 30	Warna cahaya sedang
	- Saat tidak tidur			
	- Saat tidur	50		
	Rawat jalan	200		Ruangan tindakan
	Unit Gawat Darurat (UGD)	300	Maksimal 60	Ruangan tindakan

No	Ruangan/Unit	Intensitas Cahaya (lux)	Faktor Refleksi Cahaya (%)	Keterangan
2	R. Operasi Umum	300-500	Maksimal 30	Warna cahaya sejuk
3	Meja operasi	10.000-20.000	Maksimal 9	Warna cahaya sejuk atau sedang tanpa bayangan
4	Anestesi, pemulihan	300 - 500	Maksimal 60	Warna cahaya sejuk
5	Endoscopy, lab	75-100		
6	SinarX	Minimal 60	Maksimal 30	Warna cahaya sejuk
7	Koridor	Minimal 100		
8	Tangga	Minimal 100		Malam hari
9	Administrasi/Kantor	Minimal 100		Warna cahaya sejuk
10	Ruang alat/gudang	Minimal 200		
11	Farmasi	Minimal 200		
12	Dapur	Minimal 200		
13	Ruang cuci	Minimal 100		
14	Toilet	Minimal 100		
15	Ruang isolasi khusus penyakit	0,1 - 0,5	Maksimal 30	Warna cahaya biru
16	Ruang luka bakar	100-200	Maksimal 10	Warna cahaya sejuk

Tabel 10 : Standar Baku Mutu Tekanan Bising/ *Sound Pressure Level* Menurut Jenis Ruangan

No	Ruangan	Maksimum Tekanan Bising/ <i>Sound Pressure Level</i> (dBA)
1	Ruang pasien	45
	- Saat tidak tidur	40
	- Saat tidur	45
2	Ruang operasi	45
3	Ruang umum	50
4	Anestesi, pemulihan	65
5	Endoskopi, laboratorium	

No.	Ruangan	Maksimum Tekanan Bising/ Sound Pressure Level (dBA)
6	SinarX	40
7	Koridor	45
8	Tangga	65
9	Kantor/lobby	65
10	Ruang alat/Gudang	65
11	Farmasi	65
12	Dapur	70
13	Ruang cuci	80
14	Ruang isolasi	20
15	Ruang Poli Gigi	65
16	Ruang ICU	65
17	Ambulan	40

Untuk nilai ambang batas kebisingan ambien di halaman luar rumah sakit mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tabel 11 : Standar Baku Mutu Partikulat Udara Ruang Rumah Sakit

No	Parameter Fisik	Rata-rata Waktu Pengukuran	Konsentrasi Maksimal sebagai Standar
1	PM <sub>10</sub>	8jam 24jam	150 µg/m <sup>3</sup> ≤ 70 µg/m <sup>3</sup> *
2	PM <sub>2.5</sub>	24 jam	35 µg/m <sup>3</sup> *

c. Standar Baku Mutu Parameter Kimia Udara

Standar baku mutu parameter kimia udara menjamin kualitas udara dengan konsentrasi gas dalam udara ruangan tidak melebihi konsentrasi maksimum seperti dalam tabel berikut:

Tabel 12 : Standar Baku Mutu Kualitas Kimia Bahan Pencemar Udara Ruang

No	Parameter Kimiawi	Rata-rata Waktu Pengukuran	Konsentrasi Maksimum sebagai Standar
1	Karbon monoksida(CO)	8 jam	10.000 µg/m <sup>3</sup>
2	Karbon dioksida (CO <sub>2</sub> )	8 jam	1 ppm
3	Timbal (Pb)	1 tahun	0,5 µg/ m <sup>3</sup>
4	Nitrogen Dioksida (NO <sub>2</sub> )	1 jam	200 µg/ m <sup>3</sup>
5	Radon (Rn)	-	4pCi/liter



6	Sulfur Dioksida (SO <sub>2</sub> )	24 jam	125 µg/ m <sup>3</sup>
7	Formaldehida (HCHO)	30 menit	100 µg/ m <sup>3</sup>
8	Total senyawa organik yang mudah menguap (T.VOC)	8 Jam	3 ppm

## 2. Persyaratan Kesehatan Udara

Kondisi kualitas udara ruang dan kegiatan di ruang bangunan dan halaman di rumah sakit berpotensi menyebabkan penularan penyakit. Untuk itu, ruang bangunan dan halaman di rumah sakit harus memenuhi persyaratan kesehatan kualitas udara ruang sebagai berikut:

- a. Pemeliharaan kualitas udara ruangan rumah sakit untuk menjamin agar udara tidak berbau (terutama bebas dari H<sub>2</sub>S dan amoniak) dan tidak mengandung debu asbestos.
- b. Persyaratan pencahayaan ruang rumah sakit sebagai berikut:
  - 1) Lingkungan rumah sakit baik dalam maupun luar ruangan harus mendapat cahaya dengan intensitas yang cukup berdasarkan fungsinya.
  - 2) Semua ruang yang digunakan baik untuk bekerja ataupun untuk menyimpan barang/peralatan perlu diberikan penerangan.
  - 3) Ruang pasien/bangsal harus disediakan penerangan umum dan penerangan untuk malam hari dan disediakan saklar dekat pintu masuk, saklar individu di tempatkan pada titik yang mudah dijangkau dan tidak menimbulkan berisik.
  - 4) Pengukuran pencahayaan ruangan dapat dilakukan secara mandiri menggunakan peralatan ukur kesehatan lingkungan, atau dapat dilakukan oleh alat ukur dari laboratorium luar yang telah memiliki akreditasi nasional (KAN).

## c. Penghawaan dan pengaturan udara ruangan

Penghawaan ruang bangunan adalah aliran udara di dalam ruang bangunan yang memadai untuk menjamin kesehatan penghuni ruangan. Persyaratan penghawaan untuk masing-masing ruang sebagai berikut:

- 1) Ruang-ruang tertentu seperti ruang operasi, perawatan bayi, laboratorium, perlu mendapat perhatian yang khusus karena sifat pekerjaan yang terjadi di ruang-ruang tersebut.

- 2) Ventilasi ruang operasi dan ruang isolasi pasien dengan imunitas menurun harus dijaga pada tekanan lebih positif sedikit (minimum 0,10 mbar) dibandingkan dengan ruang ruang lain di rumah sakit.
- 3) Ventilasi ruang isolasi penyakit menular harus dijaga pada tekanan lebih negatif dari lingkungan luar.
- 4) Pengukuran suhu, kelembaban, aliran dan tekanan udara ruangan dapat dilakukan secara mandiri menggunakan peralatan ukur kesehatan lingkungan yang sesuai, atau dapat dilakukan oleh alat ukur dari laboratorium luar yang telah terakreditasi nasional.
- 5) Ruangan yang tidak menggunakan AC, maka pengaturan sirkulasi udara segar dalam ruangan harus memadai dengan mengacu pada Pedoman Sarana dan Prasarana Rumah Sakit atau Standar Nasional Indonesia.
- 6) Penghawaan atau ventilasi di rumah sakit harus mendapat perhatian yang khusus, terutama untuk ruangan tertentu misalnya ruang operasi, ICU, kamar isolasi dan ruang steri. Ruang-ruang tersebut harus dilengkapi dengan HEPA filter. Jika menggunakan sistem pendingin, hendaknya dipelihara dan dioperasikan sesuai buku petunjuk, sehingga dapat menghasilkan suhu, aliran udara, dan kelembaban yang nyaman bagi pasien dan karyawan. Untuk rumah sakit yang menggunakan pengatur udara sentral harus diperhatikan cooling tower-nya agar tidak menjadi perindukan bakteri legionella dan untuk AHU(Air Handling Unit) filter udara harus dibersihkan dari debu dan bakteri atau jamur.
- 7) Suplai udara dan exhaust hendaknya digerakkan secara mekanis, dan exhaust fan hendaknya diletakkan pada ujung sistem ventilasi.
- 8) Ruangan dengan volume 100m<sup>3</sup> sekurang-kurangnya 1 (satu) fan dengan diameter 50 cm dengan debit udara 0,5 m<sup>3</sup>/detik dan frekuensi pergantian udara perjam adalah 2 (dua) sampai dengan 12 kali.
- 9) Pengambilan suplai udara dari luar, kecuali unit ruang individual, hendaknya diletakkan sejauh mungkin, minimal 17,50 meter dari exhauster atau perlengkapan pembakaran.



- 10) Tinggi intake minimal 10,9 meter dari atap.
- 11) Sistem hendaknya dibuat keseimbangan tekanan.
- 12) Suplai udara untuk daerah sensitif: ruang operasi, perawatan bayi, diambil dekat langit-langit dan exhaust dekat lantai, hendaknya disediakan 2 (dua) buah exhaust fan dan diletakkan minimal 7,50 cm dari lantai.
- 13) Suplai udara di atas lantai.
- 14) Suplai udara koridor atau buangan exhaust fan dari tiap ruang hendaknya tidak digunakan sebagai suplai udara kecuali untuk suplai udara ke WC, toilet, dan gudang.
- 15) Ventilasi ruang-ruang sensitif hendaknya dilengkapi dengan saringan 2 beds. Saringan I dipasang di bagian penerimaan udara dari luar dengan efisiensi 30% dan saringan II (filter bakteri) dipasang 90%. Untuk mempelajari sistem ventilasi sentral dalam gedung hendaknya mempelajari khusus central air conditioning system.
- 16) Penghawaan alamiah, lubang ventilasi diupayakan sistem silang (cross-ventilation) dan dijaga agar aliran udara tidak terhalang.
- 17) Penghawaan ruang operasi harus dijaga agar tekanannya lebih tinggi dibandingkan ruang-ruang lain dan menggunakan cara mekanis (air conditioner).
- 18) Penghawaan mekanis dengan menggunakan exhaust fan atau air conditioner dipasang pada ketinggian minimum 2,00 meter di atas lantai atau minimum 0,20 meter dari langit-langit.
- 19) Untuk mengurangi kadar kuman dalam udara ruang (indoor) harus didisinfeksi menggunakan bahan dan metode sesuai ketentuan.
- 20) Pemantauan kualitas udara ruang minimum 2 (dua) kali setahun dilakukan pengambilan sampel dan pemeriksaan parameter kualitas udara (kuman, debu, dan gas).

d. Kebisingan ruangan rumah sakit meliputi:

- 1) Kebisingan adalah terjadinya bunyi yang tidak dikehendaki sehingga mengganggu dan membahayakan kesehatan. Pengaturan dan tata letak ruangan harus sedemikian rupa sehingga kamar dan ruangan yang memerlukan suasana



tenang terhindar dari kebisingan.

- 2) Untuk nilai ambang batas kebisingan ambien di halaman luar rumah sakit mengacu pada peraturan yang dikeluarkan Pemerintah Daerah. Pengukuran kebisingan ruangan dapat dilakukan secara mandiri menggunakan peralatan ukur kesehatan lingkungan yang sesuai, atau dapat dilakukan oleh alat ukur dari laboratorium luar yang telah terakreditasi nasional.

### C. Standar Baku Mutu Tanah dan Persyaratan Kesehatan Tanah

#### 1. Standar Baku Mutu Tanah

Standar baku mutu tanah ditetapkan untuk menjamin kualitas tanah dalam rangka melindungi kesehatan komunitas rumah sakit. Berbeda dengan media lingkungan yang lain seperti air, dan udara, standar baku mutu tanah yang dapat ditetapkan berkaitan dengan kesehatan masyarakat hanya standar baku mutu kimia tanah.

##### a. Standar Baku Mutu Kimia Tanah

Standar baku mutu kimia tanah yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat meliputi parameter-parameter seperti tercantum dalam tabel berikut:

Tabel 13 : Standar Baku Mutu Kimia Tanah yang Berkaitan dengan Kesehatan

Parameter	SBM	Satuan
<b>ANORGANIK</b>		
Aluminium, Al	N/A	mg/kg
Antimoni, Sb	75	mg/kg
Arsen, As	500	mg/kg
Barium, Ba	6250	mg/kg
Berillium, Be	100	mg/kg
Boron, B	15000	mg/kg
Kadmium, Cd	100	mg/kg
Cobalt, Co	N/A	mg/kg
Krom valensi 6, Cr <sup>6+</sup>	500	mg/kg
Tembaga, Cu	750	mg/kg
Timbal, Pb	1500	mg/kg
Merkuri, Hg	75	mg/kg
Molibdenum, Mo	1000	mg/kg
Nikel, Ni	3000	mg/kg
Selenium, Se	50	mg/kg

Parameter	SBM	Satuan
Tin, Sn	N/A	mg/kg
Perak, Ag	180	mg/kg
Seng, Zn	3750	mg/kg
pH	3,5-10,5	
<b>ANION</b>		
Sianida (Total) CN	2500	mg/kg
Fluorida	75	mg/kg
Nitrat, NO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	N/A	mg/kg
Nitrit NO <sub>2</sub> <sup>-</sup>	N/A	mg/kg
<b>ORGANIK<sup>a)</sup></b>		
Benzen	4	mg/kg
C <sub>6</sub> -C <sub>9</sub> petroleum hidrokarbon	325	mg/kg
C <sub>10</sub> -C <sub>36</sub> petroleum hidrokarbon	5000	mg/kg
Polisiklik aromatik hidrokarbon (PAH) total	75	mg/kg
Etilbenzen	1200	mg/kg
Toluen	3200	mg/kg
Xilen	10000	mg/kg
<b>PESTISIDA<sup>b)</sup></b>		
Aldrin + Dieldrin	1.2	mg/kg
DDT + DDD + DDE	50	mg/kg
Klordana	4	mg/kg
Heptaklor	1.2	mg/kg
Lindana	12	mg/kg
Metoksiklor	120	mg/kg
Pentaklorofenol	30	mg/kg

Keterangan:

N/A : Not Applicable/tidak berlaku

a) : khusus untuk lahan bekas tambang minyak bumi atau gas

b) : khusus untuk lahan bekas lahan pertanian yang diaplikasi pestisida secara intensif

- b. Standar Baku Mutu Radioaktivitas Tanah  
Standar baku mutu radioaktivitas tanah secara internasional belum ditetapkan. Namun pengendalian risiko karena adanya bahan radioaktivitas yang berkaitan dengan kesehatan ditetapkan melalui parameter Radon yang ada dalam standar baku mutu radioaktivitas udara dalam ruang (Tabel 12 parameter nomor 5).

## 2. Persyaratan Kesehatan Tanah

- a. Rumah sakit sebaiknya dibangun di atas tanah yang tidak tercemar oleh kontaminan biologi, kimia dan radioaktivitas seperti bekas pertambangan, tempat pembuangan sampah akhir (TPA) dan bekas kegiatan pertanian yang menggunakan pestisida jenis organoklorin secara intensif karena residunya persisten/menetap di dalam tanah.
- b. Jika rumah sakit akan dibangun di tanah yang tercemar, maka tanah tersebut harus melalui proses dekontaminasi/pemulihan kembali sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Upaya monitoring secara ketat dan berkala harus dilakukan pada rumah sakit yang dibangun di atas tanah yang telah melalui pemulihan. Monitoring dilakukan dengan uji kontaminan biologis, kimia dan radioaktivitas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- d. Jika dalam kegiatan pada butir c ditemukan adanya kontaminan baru, maka upaya remediasi atau rekayasa lingkungan harus dilakukan agar tidak terjadi kontaminasi yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan di rumah sakit.

## D. Standar Baku Mutu dan Persyaratan Kesehatan Pangan Siap Saji

Pangan siap saji di rumah sakit adalah semua makanan dan minuman yang disajikan dari dapur rumah sakit untuk pasien dan karyawan, serta makanan dan minuman yang dijual di dalam lingkungan rumah sakit. Pengelolaan pangan siap saji di rumah sakit merupakan pengelolaan jasa boga golongan B. Jasa boga golongan B adalah jasa boga yang melayani kebutuhan khusus untuk rumah sakit, asrama jemaah haji, asrama transito, pengeboran lepas pantai, perusahaan serta angkutan umum dalam negeri dengan pengolahan yang menggunakan dapur khusus dan mempekerjakan tenaga kerja. Standar baku mutu dan persyaratan kesehatan untuk pangan siap saji sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur mengenai standar baku



mutu dan persyaratan kesehatan untuk pangan siap saji. Selain itu, rumah makan/restoran dan kantin yang berada di dalam lingkungan rumah sakit harus mengikuti ketentuan mengenai standar baku mutu dan persyaratan kesehatan untuk pangan siap saji.

#### Standar Baku Mutu dan Persyaratan Kesehatan Sarana dan Bangunan

Standar baku mutu dan persyaratan kesehatan sarana dan bangunan sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur mengenai persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit. Selain yang sudah diatur dari ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, terkait dengan toilet dan kamar mandi terdapat persyaratan fasilitas toilet dan kamar mandi yaitu:

1. Harus tersedia dan selalu terpelihara serta dalam keadaan bersih
2. Lantai terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, tidak licin, berwarna terang, mudah dibersihkan dan tidak boleh menyebabkan genangan
3. Pada setiap unit ruangan harus tersedia toilet (jamban, peturasan dan tempat cuci tangan) tersendiri. Khususnya untuk unit rawat inap dan kamar karyawan harus tersedia kamar mandi
4. Pembuangan air limbah dari toilet dan kamar mandi dilengkapi dengan penahan bau (*water seal*)
5. Letak toilet dan kamar mandi tidak berhubungan langsung dengan dapur, kamar operasi, dan ruang khusus lainnya
6. Lubang penghawaan harus berhubungan langsung dengan udara luar
7. Toilet dan kamar mandi harus terpisah antara pria dan wanita, unit rawat inap dan karyawan, karyawan dan toilet pengunjung
8. Toilet pengunjung harus terletak di tempat yang mudah dijangkau dan ada petunjuk arah, dan toilet untuk pengunjung dengan perbandingan 1 (satu) toilet untuk 1 - 20 pengunjung wanita, 1 (satu) toilet untuk 1 - 30 pengunjung pria.
9. Harus dilengkapi dengan slogan atau peringatan untuk memelihara kebersihan
10. Tidak terdapat tempat penampungan atau genangan air yang dapat menjadi tempat perindukan/nyamuk

#### Standar Baku Mutu dan Persyaratan Kesehatan Vektor dan Binatang

##### Pembawa Penyakit

Standar baku mutu dan persyaratan kesehatan vektor dan binatang pembawa penyakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur mengenai standar baku mutu dan persyaratan kesehatan vektor dan binatang pembawa penyakit

Penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit adalah kegiatan pencegahan penurunan kualitas media lingkungan dan upaya peningkatan kualitas media lingkungan di dalam lingkungan rumah sakit melalui penanganan secara lintas program dan lintas sektor serta berdimensi multidisiplin. Penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit dilaksanakan melalui penyehatan terhadap media lingkungan berupa air, udara, tanah, pangan, dan sarana dan bangunan, pengamanan terhadap limbah dan radiasi, serta pengendalian terhadap vektor dan binatang pembawa penyakit. Selain upaya penyehatan, pengamanan dan pengendalian, dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit dilakukan upaya pengawasan berupa pengawasan linen (*laundry*), pengawasan dekontaminasi melalui desinfeksi dan sterilisasi, pengawasan Keselamatan dan Kesehatan Kerja fasilitas kesehatan lingkungan yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS), pengawasan kegiatan konstruksi/renovasi bangunan rumah sakit. Penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit juga dilakukan untuk mendukung penyelenggaraan rumah sakit ramah lingkungan.

#### A. Penyelenggaraan Penyehatan Air

Penyehatan air adalah upaya penanganan kualitas dan kuantitas air di rumah sakit yang terdiri dari air untuk keperluan higiene sanitasi, air minum, dan air untuk pemakaian khusus agar dapat menunjang kesinambungan pelayanan di rumah sakit. Untuk mencapai pemenuhan standar baku mutu dan persyaratan kesehatan air dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit, maka harus dilakukan upaya sebagai berikut:

1. Pipa air untuk keperluan higiene dan sanitasi dan fasilitas pendukungnya harus menggunakan bahan yang tidak menimbulkan bahaya korosif pada air dan tanpa timbal (ramah lingkungan).
2. Tangki penampungan air untuk keperluan higiene dan sanitasi baik tangki bawah (*ground tank*) maupun tangki atas (*upper/roof tank*) harus kedap air, terlindungi dari serangga dan binatang pembawa penyakit dan dilengkapi dengan fasilitas pengamanan/proteksi seperti



pagar pengaman, kunci dan lain-lain untuk mencegah upaya kontaminasi dan lainnya secara sengaja oleh orang yang tidak bertanggung jawab.

3. Dilakukan kegiatan pengawasan kualitas air paling sedikit melalui:
  - a. Surveilans dengan melaksanakan Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap sarana dan kualitas air minum minimal 2 (dua) kali setahun dan terhadap sarana dan kualitas air keperluan higiene dan sanitasi minimal 1 (satu) kali setahun.
  - b. Uji laboratorium dengan pengambilan, pengiriman dan pemeriksaan sampel air. Parameter wajib harus diperiksa secara berkala sesuai peraturan yang berlaku, sedangkan parameter tambahan merupakan parameter yang wajib diperiksa hanya bagi daerah yang mengindikasikan terdapat pencemaran kimia yang berhubungan dengan parameter kimia tambahan tersebut.
  - c. Melakukan analisis risiko terhadap hasil inspeksi kesehatan lingkungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
  - d. Tindak lanjut berupa perbaikan sarana dan kualitas air.
4. Melakukan pembersihan, pengurasan, pembilasan menggunakan desinfektan dengan dosis yang disyaratkan pada tangki penampungan air untuk keperluan higiene dan sanitasi dilakukan setiap 6 (enam) bulan.
5. Kualitas air dilakukan pemeriksaan dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. Pengambilan sampel air minum dilakukan pada air minum hasil olahan unit/alat pengolahan air yang diperuntukkan untuk pasien dan karyawan.
  - b. Sampel air minum juga diambil pada unit independen/penyewa di rumah sakit seperti restoran/kantin.
  - c. Pengambilan air untuk kegunaan higiene dan sanitasi dengan pemeriksaan parameter mikrobiologi diutamakan dilakukan pada lokasi yang memiliki risiko tinggi terjadinya pencemaran/kontaminasi, meliputi: tangki utama, kamar operasi, ruang intensif, UGD, ruang perinatology, kamar bersalin, ruang luka bakar, dapur gizi, sterilisasi/CSSD, hemodialisa, laundry, laboratorium, kantin/restoran, poliklinik gigi.
  - d. Pengambilan air untuk kegunaan higiene dan sanitasi dengan pemeriksaan parameter fisika-kimia dilakukan pada tangki



utama, laundry, laboratorium, hemodialisa, farmasi, gizi, air boiler.

e. Air untuk kegunaan khusus dan tanggap darurat rumah sakit seperti air panas, *cooling tower*, pencucian mata (*eye washer*) dan pencucian badan (*body washer*) harus dilakukan pemeriksaan bakteri *Legionella spp* setiap 1 (satu) kali setahun, dan dilakukan pemeliharaan pembersihan fasilitas setiap minggu.

f. Sampel air dikirim dan diperiksa pada laboratorium yang telah terakreditasi nasional.

g. Pengawasan secara eksternal kualitas air minum dan air untuk keperluan higiene sanitasi dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

h. Setiap 24 jam sekali rumah sakit harus melakukan pemeriksaan kualitas air untuk pengukuran sisa khlor bila menggunakan disinfektan kaporit, pH dan kekeruhan air minum atau air bersih yang berasal dari sistem perpipaan dan atau pengolahan air pada titik/tempat yang dicurigai rawan pencemaran.

i. Apabila dalam hasil pemeriksaan kualitas air terdapat parameter yang menyimpang dari standar maka harus segera dilakukan upaya perbaikan.

j. Apabila ada hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan yang menunjukkan tingkat risiko pencemaran yang tinggi, maka harus dilakukan perbaikan sarana.

k. Dilakukan program monitoring air debit air bersih, dengan cara mencatat pada alat ukur debit dan dilakukan perhitungan satuan penggunaan air kegunaan higiene dan sanitasi per tempat tidur per hari.

l. Untuk menghadapi kondisi kedaruratan penyediaan air kegunaan higiene dan sanitasi, dimana air sumber utama terganggu atau menghadapi kegagalan suplai karena faktor kerusakan, maka rumah sakit harus menyiapkan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Menyediakan tangki air kegunaan higiene dan sanitasi dengan volume kapasitas tampung air minimum 3 (tiga) kali dari total kebutuhan air kegunaan higiene dan sanitasi.

setiap harinya atau mampu menyediakan air minimum selama 3 (tiga) hari untuk menunjang kegiatan rumah sakit sejak terhentinya suplai air.

- 2) Ketersediaan volume air kegunaan higiene dan sanitasi dalam tangki harus selalu dilakukan inspeksi oleh petugas rumah sakit.
- 3) Pada tangki air kegunaan higiene dan sanitasi sebaiknya dipasang alarm/sensor yang memberikan tanda apabila tangki air mengalami kekosongan pada batas volume tertentu.
- 4) Menyiapkan fasilitas cadangan sumber air kegunaan higiene dan sanitasi selain sumber utama. Apabila sumber utamanya berasal dari air perusahaan daerah, maka cadangannya adalah air tanah dalam (*deep well*), dan bagi rumah sakit yang sumber air utamanya berasal dari air tanah karena tidak tersedianya suplai/jaringan air perusahaan daerah, maka sumber air cadangannya adalah perusahaan suplier air bersih.
- 5) Mengajukan permohonan surat pernyataan dengan manajemen perusahaan air minum daerah atau pihak suplier air kegunaan higiene dan sanitasi, yang berisi akan memberikan prioritas pengiriman tangki air ke rumah sakit.

#### 2. Penyelenggaraan Penyehatan Udara

Untuk mencapai pemenuhan standar baku mutu dan persyaratan penyehatan udara dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit, maka harus menjalankan upaya sebagai berikut:

1. Kualitas udara ruangan harus selalu dipelihara agar tidak berbau, tidak mengandung debu dan gas, termasuk debu asbes yang melebihi ketentuan.
2. Seluruh ruangan di rumah sakit didesain agar memenuhi ketentuan penghawaan ruangan, terutama ruang-ruang tertentu seperti ruang operasi, ruang intensif, ruang isolasi, perawatan bayi, laboratorium, ruang penyimpanan B3, dan ruangan lain yang memerlukan persyaratan khusus.
3. Pengukuran mikrobiologi udara dapat dilakukan secara mandiri



menggunakan peralatan laboratorium dan peralatan ukur yang sesuai, atau dapat dilakukan oleh laboratorium luar yang telah terakreditasi secara nasional.

4. Pengukuran mikrobiologi udara dilakukan:
  - a. Sebagai salah satu metode investigasi bila terjadi wabah dan lingkungan dianggap sebagai media transmisi/penularan atau sumber infeksi. Hasil pemeriksaan tersebut menjadi salah satu faktor yang menentukan program penanggulangan wabah.
  - b. Pengawasan/monitor adanya potensi tersebarnya mikroba membahayakan dan evaluasi keberhasilan proses pembersihan. Misalnya rumah sakit menangani pasien dengan antraks yang menggunakan peralatan rumah sakit atau alat bantu pasien, kemudian dilakukan sterilisasi pada alat. Sebelum digunakan untuk pasien lain maka dilakukan uji sterilitas untuk memastikan spora antraks sudah musnah.
  - c. Sebagai *quality assurance* untuk evaluasi metode pembersihan yang baru atau memastikan bahwa sistem atau alat baru bekerja sesuai spesifikasinya.
5. Pengukuran suhu, kelembaban, aliran dan tekanan udara ruangan dapat dilakukan secara mandiri menggunakan peralatan ukur kesehatan lingkungan yang sesuai, atau dapat dilakukan oleh alat ukur dari laboratorium luar yang telah terakreditasi nasional.
6. Suhu dan kelembaban udara di area khusus harus dipantau secara rutin setiap hari dan dibuktikan dengan laporan pemantauannya.
7. Ruangan yang tidak menggunakan AC, maka pengaturan sirkulasi udara segar dalam ruangan harus memadai dengan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
8. Penghawaan atau ventilasi di rumah sakit harus mendapat perhatian yang khusus. Bila menggunakan sistem pendingin, hendaknya dipelihara dan dioperasikan sesuai buku petunjuk. Sehingga dapat menghasilkan suhu, aliran udara, dan kelembaban nyaman bagi pasien dan karyawan. Untuk rumah sakit yang menggunakan pengatur udara (AC sentral harus diperhatikan *cooling tower* agar tidak menjadi perindukan bakteri legionella dan untuk AHU (Air Handling Unit) filter udara harus dibersihkan dari debu dan bakteri atau jamur.
9. Suplai udara dan *exhaust* hendaknya digerakkan secara mekanis.



- dan *exhaust fan* hendaknya diletakkan pada ujung sistem ventilasi.
10. Ruangan dengan volume 100 m<sup>3</sup> sekurang-kurangnya 1 (satu) fan dengan diameter 50 cm dengan debit udara 0,5 m<sup>3</sup>/detik, dan frekuensi pergantian udara per jam adalah 2 (dua) sampai dengan 12 (dua belas) kali.
  11. Pengambilan supply udara dari luar, kecuali unit ruang individual, hendaknya diletakkan sejauh mungkin, minimal 7,50 meter dari exhauster atau perlengkapan pembakaran.
  12. Tinggi intake minimal 0,9 meter dari atap.
  13. Sistem hendaknya dibuat keseimbangan tekanan.
  14. Suplai udara untuk daerah sensitif: ruang operasi, perawatan bayi, diambil dekat langit-langit dan exhaust dekat lantai, hendaknya disediakan 2 (dua) buah exhaust fan dan diletakkan minimal 7,50 cm dari lantai.
  15. Suplai udara di atas lantai.
  16. Suplai udara koridor atau buangan exhaust fan dari tiap ruang hendaknya tidak digunakan sebagai suplai udara kecuali untuk suplai udara ke WC, toilet, gudang.
  17. Ventilasi ruang-ruang sensitif hendaknya dilengkapi dengan saringan 2 beds. Saringan I dipasang dibagian penerimaan udara dari luar dengan efisiensi 30 % dan saringan II (filter bakteri) dipasang 90%. Untuk mempelajari system ventilasi sentral dalam gedung hendaknya mempelajari khusus *central air conditioning system*.
  18. Penghawaan alamiah, lubang ventilasi diupayakan sistem silang (*cross ventilation*) dan dijaga agar aliran udara tidak terhalang.
  19. Penghawaan ruang operasi harus dijaga agar tekanannya lebih tinggi daripada ruang lain dan menggunakan cara mekanis (*air conditioner*).
  20. Penghawaan mekanis dengan menggunakan exhaust fan atau air conditioner dipasang pada ketinggian minimum 2,00 meter di atas lantai atau minimum 0,20 meter dari langit - langit.
  21. Untuk mengurangi kadar kuman dalam udara ruang (indoor) harus didisinfeksi menggunakan bahan dan metode sesuai ketentuan.
  22. Pemantauan kualitas udara ruang minimal 1 (satu) kali setahun dan jika perubahan penggunaan desinfektan dilakukan pengambilan sampel dan pemeriksaan parameter kualitas udara (kuman, debu dan gas).

### C. Penyelenggaraan Penyehatan Tanah

Penyelenggaraan penyehatan tanah dilakukan melalui pencegahan penurunan kualitas tanah antara lain dengan menjaga kondisi tanah dengan tidak membuang kontaminan limbah yang menyebabkan kontaminasi biologi, kimia dan radioaktivitas, seperti lindi, abu insinerator dan lumpur IPAL yang belum diolah dengan:

- a. Menjaga pengelolaan limbah sesuai dengan standar operasi baku pada saat pemilahan, pengumpulan, pengangkutan dan penyimpanan.
- b. Memastikan konstruksi IPAL dan jaringan pipa limbah cair tidak bocor.
- c. Memastikan abu insinerator dibuang melalui pihak ke 3 sesuai peraturan perundang-undangan.
- d. Memastikan konstruksi TPS sampah domestik memenuhi syarat dan TPS B3 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### D. Penyelenggaraan Penyehatan Pangan Siap Saji

Penyehatan pangan siap saji adalah upaya pengawasan, perlindungan, dan peningkatan kualitas higiene dan sanitasi pangan siap saji agar mewujudkan kualitas pengelolaan pangan yang sehat, aman dan selamat. Untuk mencapai pemenuhan standar baku mutu dan persyaratan penyehatan pangan siap saji dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit, maka harus memperhatikan dan mengendalikan faktor risiko keamanan pangan siap saji sebagai berikut:

#### 1. Tempat Pengolahan Pangan

- a. Perlu disediakan tempat pengolahan pangan (dapur) sesuai dengan persyaratan konstruksi, tata letak, bangunan dan ruangan dapur.
- b. Sebelum dan sesudah kegiatan pengolahan pangan, tempat dan fasilitasnya selalu dibersihkan dengan bahan pembersih yang aman. Untuk pembersihan lantai ruangan dapur menggunakan kain pel, maka pada gagang kain pel perlu diberikan kode warna hijau.
- c. Asap dikeluarkan melalui cerobong yang dilengkapi dengan sungkup asap.
- d. Pintu masuk bahan pangan mentah dan bahan pangan terpisah



## 2. Peralatan masak

- a. Peralatan masak terbuat dari bahan dan desain alat yang mudah dibersihkan dan tidak boleh melepaskan zat beracun ke dalam bahan pangan (*food grade*).
- b. Peralatan masak tidak boleh patah dan kotor serta tidak boleh dicampur.
- c. Lapisan permukaan tidak terlarut dalam asam/basa atau garam-garam yang lazim dijumpai dalam pangan.
- d. Peralatan masak seperti talenan dan pisau dibedakan untuk pangan mentah dan pangan siap saji.
- e. Peralatan agar dicuci segera sesudah digunakan, selanjutnya didesinfeksi dan dikeringkan.
- f. Peralatan yang sudah bersih harus disimpan dalam keadaan kering dan disimpan pada rak terlindung dari vektor.

## 1. Penjamah Pangan

- a. Harus sehat dan bebas dari penyakit menular.
- b. Secara berkala minimal 2 (dua) kali setahun diperiksa kesehatannya oleh dokter yang berwenang.
- c. Harus menggunakan pakaian kerja dan perlengkapan pelindung pengolahan pangan dapur.
- d. Selalu mencuci tangan sebelum bekerja.

## 4. Kualitas Pangan

### a. Pemilihan Bahan Pangan

- 1) Pembelian bahan sebaiknya di tempat yang resmi dan berkualitas baik.
- 2) Bahan pangan sebelum dilakukan pengolahan, dilakukan pemilihan (*screening*) untuk menjamin mutu pangan.
- 3) Bahan pangan kemasan (terolah) harus mempunyai label dan merek serta dalam keadaan baik.
- 4) Penggunaan bahan tambahan pangan (BTP) seperti bahan pewarna, pengawet, dan pemanis buatan dalam pengolahan pangan harus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai penggunaan bahan tambahan pangan.

### b. Penyimpanan Bahan Pangan dan Pangan Jadi

- 1) Tempat penyimpanan bahan pangan harus selalu terpelihara dan dalam keadaan bersih, terlindung dari debu, bahan kimia



berbahaya, serangga dan hewan lain.

- 2) Semua gudang bahan pangan hendaknya berada dibagian yang tinggi.
- 3) Bahan pangan tidak diletakkan dibawah saluran/pipa air (air bersih maupun air limbah) untuk menghindari terkena bocoran.
- 4) Tidak ada drainase disekitar gudang pangan.
- 5) Semua bahan pangan hendaknya disimpan pada rak-rak dengan ketinggian atau jarak rak terbawah kurang lebih 30 cm dari lantai, 15 cm dari dinding dan 50 cm dari atap atau langit-langit bangunan.
- 6) Suhu gudang bahan pangan kering dan kaleng dijaga kurang dari 25 °C sampai dengan suhu ruang yang aman.
- 7) Gudang harus dibangun dengan desain konstruksi anti tikus dan serangga.
- 8) Penempatan bahan pangan harus rapi dan ditata tidak padat untuk menjaga sirkulasi udara.
- 9) Bahan pangan basah disimpan pada suhu yang aman sesuai jenis seperti buah, sayuran dan minuman, disimpan pada suhu penyimpanan sejuk (cooling) 10°C s/d -15°C, bahan pangan berprotein yang akan segera diolah kembali disimpan pada suhu penyimpanan dingin (chilling) 4°C s/d 10 °C, bahan pangan berprotein yang mudah rusak untuk jangka waktu sampai 24 jam disimpan pada penyimpanan dingin sekal (freezing) dengan suhu 0°C s/d -4°C, dan bahan pangan berprotein yang mudah rusak untuk jangka kurang dari 24 jam disimpan pada penyimpanan beku (frozen) dengan suhu < 0 °C.
- 10) Perlu dilakukan pemeriksaan terhadap fungsi lemari pendingin (kulkas/freezer) secara berkala.
- 11) Pangan yang berbau tajam (udang, ikan, dan lain-lain) harus tertutup.
- 12) Pengambilan dengan cara First In First Out (FIFO) yaitu yang disimpan lebih dahulu digunakan dahulu dan First Expired First Out (FEFO) yaitu yang memiliki masa kadaluarsa lebih pendek lebih dahulu digunakan agar tidak ada pangan yang busuk.
- 13) Penyimpanan bahan pangan jadi dilakukan monitoring dan

- pencatatan suhu/ruang penyimpanan minimal 2 kali per hari
- 14) Dalam ruangan dapur harus tersedia tempat penyimpanan contoh pangan jadi (food bank sampling) yang disimpan dalam jangka waktu 3 x 24 jam.

#### Pengangkutan Pangan

Pangan yang telah siap santap perlu diperhatikan dalam cara pengangkutannya yaitu:

- 1) Pangan diangkut dengan menggunakan kereta dorong yang tertutup, dan bersih dan dilengkapi dengan pengatur suhu agar suhu pangan dapat dipertahankan.
- 2) Pengisian kereta dorong tidak sampai penuh, agar masih tersedia udara untuk ruang gerak.
- 3) Perlu diperhatikan jalur khusus yang terpisah dengan jalur untuk mengangkut bahan/barang kotor.

#### Penyajian Pangan

- 1) Cara penyajian pangan harus terhindar dari pencemaran dan bersih.
- 2) Pangan jadi yang siap disajikan harus diwadahi dan tertutup.
- 3) Wadah yang digunakan untuk menyajikan/mengemas pangan jadi harus bersifat *foodgrade* dan tidak menggunakan kemasan berbahan *polystyren*.
- 4) Pangan jadi yang disajikan dalam keadaan hangat ditempatkan pada fasilitas penghangat pangan dengan suhu minimal 60 °C dan 4 °C untuk pangan dingin.
- 5) Penyajian dilakukan dengan perilaku penyaji yang sehat dan berpakaian bersih.
- 6) Pangan jadi harus segera disajikan kepada pasien.
- 7) Pangan jadi yang sudah menginap tidak boleh disajikan kepada pasien, kecuali pangan yang sudah disiapkan untuk keperluan pasien besok paginya, karena kapasitas kemampuan dapur gizi yang terbatas dan pangan tersebut disimpan ditempat dan suhu yang aman.

#### Pengawasan Higiene dan Sanitasi Pangan

Pengawasan higiene dan sanitasi pangan dilakukan secara:

##### 1) Internal:

- a) Pengawasan dilakukan oleh petugas kesehatan lingkungan bersama petugas terkait penyehatan pangan



di rumah sakit.

- b) Pemeriksaan parameter mikrobiologi dilakukan pengambilan sampel pangan dan minuman meliputi bahan pangan yang mengandung protein tinggi, pangan siap saji, air bersih, alat pangan, dan alat masak.
- c) Untuk petugas penjamah pangan di dapur gizi harus dilakukan pemeriksaan kesehatan menyeluruh maksimal setiap 2 (dua) kali setahun dan pemeriksaan usap dubur maksimal setiap tahun.
- d) Pengawasan secara berkala dan pengambilan sampel dilakukan minimal dua kali dalam setahun.
- e) Bila terjadi keracunan pangan dan minuman di rumah sakit, maka petugas kesehatan lingkungan harus mengambil sampel pangan untuk diperiksa ke laboratorium terakreditasi.
- f) Rumah sakit bertanggung jawab pada pengawasan penyehatan pangan pada kantin dan rumah makan/restoran yang berada di dalam lingkungan rumah sakit.
- g) Bila rumah sakit bekerja sama dengan Pihak Ketiga, maka harus mengikuti aturan jasaboga yang berlaku.

## 2) Eksternal

Dengan melakukan uji petik yang dilakukan oleh petugas sanitasi dinas kesehatan pemerintah daerah provinsi dan dinas kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menilai kualitas pangan dan minuman. Untuk melakukan pengawasan penyehatan pangan baik internal maupun eksternal dapat menggunakan instrumen Inspeksi Kesehatan Lingkungan Jasaboga Golongan B.

## E. Penyelenggaraan Penyehatan Sarana dan Bangunan

Untuk mencapai pemenuhan standar baku mutu dan persyaratan penyehatan sarana dan bangunan dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit, maka dilakukan upaya sebagai berikut:

1. Konstruksi bangunan rumah sakit:
  - a. Kegiatan pembersihan ruang minimal dilakukan pagi dan sore hari.



- b. Pembersihan lantai di ruang perawatan pasien dilakukan setelah pembersihan/merapikan tempat tidur pasien, jam makan, jam kunjungan dokter, kunjungan keluarga, dan sewaktu-waktu bilamana diperlukan.
- c. Cara-cara pembersihan yang dapat menebarkan debu harus dihindari.
- d. Harus menggunakan cara pembersihan dengan perlengkapan pembersih (gagang pel) yang memenuhi syarat dan bahan anti septik yang tepat. Setiap gagang pel diberikan koding untuk mencegah terjadinya infeksi di rumah sakit, yakni: kamar pasien dengan warna kuning, kamar mandi dengan warna merah, dapur dengan warna hijau dan selasar dan koridor dengan warna biru.
- e. Pada masing-masing ruang supaya disediakan perlengkapan pel tersendiri.
- f. Pembersihan dinding dilakukan secara periodik minimal 2 (dua) kali setahun dan dicat ulang apabila sudah kotor atau cat sudah pudar.
- g. Setiap percikan ludah, darah atau eksudat luka pada dinding harus segera dibersihkan dengan menggunakan anti septik.
- h. Pembersihan ruangan sesuai dengan prosedur yang mengatur tata cara pembersihan seluruh ruangan yang berada di ruang lingkup area *Operating Theatre* (OT) atau Kamar Operasi lantai rumah sakit harus mengikuti SOP. Pembersihan ruangan operasi dilakukan setelah kegiatan operasi pasien selesai dilakukan. Untuk ruangan lainnya pembersihan dilakukan minimal 2 kali sehari. Apabila ada temuan petugas kebersihan, pengawas ataupun perawat maka dilakukan pembersihan tambahan sehingga kebersihan di ruangan *Operating Theatre* tetap terjaga. Petugas kebersihan di area *Operating Theatre* berifat khusus menggunakan seragam warna putih dan selalu ada di dalam area *Operating Theatre* selama 24 jam penuh yang terbagi dalam 3 shift.
2. Kebisingan ruangan rumah sakit
- a. Pengaturan dan tata letak ruangan harus sedemikian rupa sehingga kamar dan ruangan yang memerlukan suasana tenang terhindar dari kebisingan.

b. Sumber-sumber bising yang berasal dari rumah sakit dan sekitarnya agar diupayakan untuk dikendalikan antara lain dengan cara:

- 1) Pada sumber bising dirumah sakit: peredaman, penyekatan, pemindahan, pemeliharaan mesin-mesin yang menjadi sumber bising.
- 2) Pada sumber bising dari luar rumah sakit: penyekatan/penyerapan bising dengan penanaman pohon (*greenbelt*), meninggikan tembok, dan meninggikan tanah (bukit buatan).

c. Pengukuran kebisingan ruangan dapat dilakukan secara mandiri menggunakan peralatan ukur kesehatan lingkungan yang sesuai, atau dapat dilakukan oleh alat ukur dari laboratorium luar yang telah terakreditasi nasional.

### 3. Pencahayaan

a. Semua ruang yang digunakan baik untuk bekerja ataupun untuk menyimpan barang/peralatan perlu diberikan penerangan.

b. Ruang pasien/bangsal harus disediakan penerangan umum dan penerangan untuk malam hari dan disediakan saklar dekat pintu masuk, saklar individu ditempatkan pada titik yang mudah dijangkau dan tidak menimbulkan berisik.

c. Pengukuran pencahayaan ruangan dapat dilakukan secara mandiri menggunakan peralatan ukur kesehatan lingkungan yang sesuai, atau dapat dilakukan oleh alat ukur dari laboratorium luar yang telah memiliki Akreditasi Nasional (KAN).

### 4. Fasilitas Sanitasi Ruangan Rumah Sakit

a. Fasilitas Penyediaan Air Minum dan Air Kegunaan Higien dan Sanitasi.

Distribusi air minum dan air kegunaan hygiene dan sanitasi di setiap ruangan/kamar harus menggunakan jaringan perpipaan yang mengalir dengan tekanan positif.

b. Fasilitas Penampungan Sampah

Persyaratan penampungan sampah sebagaimana tercantum dalam bagian Pengamanan Limbah Padat domestik dan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun.

i. Penyelenggaraan Pengamanan Limbah

Penyelenggaraan Pengamanan Limbah di rumah sakit meliputi pengamanan terhadap limbah padat domestik, limbah bahan berbahaya dan beracun (B3), limbah cair, dan limbah gas.

a. Penyelenggaraan Pengamanan Limbah Padat Domestik

Pengamanan limbah padat domestik adalah upaya penanganan limbah padat domestik di rumah sakit yang memenuhi standar untuk mengurangi risiko gangguan kesehatan, kenyamanan dan keindahan yang ditimbulkan. Untuk menjamin pengelolaan limbah padat domestik dapat dilaksanakan sesuai dengan tahapan penyelenggaraan sebagai berikut:

1) Tahapan penanganan limbah rumah tangga, dilakukan dengan cara:

a) Tahap Pewadahan

- Melakukan upaya pewadahan yang berbeda antara limbah organik dan an organik mulai di ruangan sumber.
- Menyediakan tong sampah dengan jumlah dan volume yang memadai pada setiap ruangan yang terdapat aktivitas pasien, pengunjung dan karyawan.
- Limbah tidak boleh dibiarkan dalam wadahnya melebihi 1 x 24 jam atau apabila 2/3 bagian kantong sudah terisi oleh limbah, maka harus diangkat supaya tidak menjadi perindukan vektor penyakit dan binatang pembawa penyakit.
- Penempatan tong sampah harus dilokasi yang aman dan strategis baik di ruangan indoor, semi indoor dan lingkungan outdoor, dengan jumlah dan jarak penempatan yang memadai. Terdapat minimal 1 (satu) buah untuk setiap kamar atau sesuai dengan kebutuhan. Upayakan di area umum tersedia tong sampah terpilah organik dan an organik.
- Tong sampah dilakukan program pembersihan menggunakan air dan desinfektan secara regular.



- Tong sampah yang sudah rusak dan tidak berfungsi harus diganti dengan tong sampah yang memenuhi persyaratan.

b) Tahap Pengangkutan

- Limbah padat domestik di ruangan sumber dilakukan pengangkutan ke Tempat Penyimpanan Sementara secara periodik menggunakan troli khusus dan kondisi limbah rumah tangga masih tetap terbungkus kantong plastik hitam.
- Pengangkutan dilakukan pada jam tidak sibuk pagi dan sore dan tidak melalui jalur/koridor yang padat pasien, pengunjung rumah sakit.
- Troli pengangkut sampah harus terbuat dari bahan yang kuat, kedap air dan tidak berkarat permukaannya mudah dibersihkan, serta dilengkapi penutup serta ditempel tulisan "troli pengangkut sampah rumah tangga/domestik".
- Penentuan jalur pengangkutan sampah domestik ke Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) Limbah tidak melalui ruangan pelayanan atau ruang kerja yang padat dengan pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit.
- Apabila pengangkutan sampah domestik ke TPS melalui jalan terbuka, maka pada saat terjadi hujan tidak dipaksakan dilakukan pengangkutan ke TPS.

c) Tahap Penyimpanan di TPS

- Waktu tinggal limbah domestik dalam TPS tidak boleh lebih dari 2 x 24 jam
- limbah padat domestik yang telah di tempatkan di TPS dipastikan tetap terbungkus kantong plastik warna hitam dan dilarang dilakukan pembongkaran isinya.
- Penanganan akhir limbah rumah tangga dapat dilakukan dengan pengangkutan keluar menggunakan truk sampah milik rumah sakit atau bekerja sama dengan pihak luar. Penanganan dapat juga dilakukan

dengan pemusnahan menggunakan insinerator yang dimiliki rumah sakit.

- 2) Upaya pemilahan dan pengurangan, dilakukan dengan cara :
  - a) Pemilahan dilaksanakan dengan memisahkan jenis limbah organik dan limbah anorganik serta limbah yang bernilai ekonomis yang dapat digunakan atau diolah kembali, seperti wadah/kemasan bekas berbahan kardus, kertas, plastik dan lainnya dan dipastikan tidak mengandung bahan berbahaya dan beracun
  - b) Pemilahan dilakukan dari awal dengan menyediakan tong sampah yang berbeda sesuai dengan jenisnya dan dilapisi kantong plastik warna bening/putih untuk limbah daur ulang di ruangan sumber.
  - c) Dilakukan pencatatan volume untuk jenis sampah organik dan anorganik, sampah yang akan didaur ulang atau digunakan kembali.
  - d) Sampah yang bernilai ekonomis dikirim ke TPS terpisah dari sampah organik maupun anorganik
  - e) Dilarang melakukan pengumpulan limbah yang dapat dimanfaatkan atau diolah kembali hanya untuk keperluan sebagai bahan baku atau kemasan pemalsuan produk barang tertentu oleh pihak luar.
  - f) Untuk limbah Padat domestik yang termasuk kategori limbah B3, maka harus dipisahkan dan dilakukan penanganan sesuai dengan persyaratan penanganan limbah B3.
- 3) Upaya penyediaan fasilitas penanganan limbah padat domestik, dilakukan dengan cara :
  - a) Fasilitas penanganan limbah padat domestik yang utama meliputi tong sampah, kereta pengangkutan, TPS khusus limbah padat domestik dan fasilitas pengangkutan atau pemusnahan limbah dan fasilitas lainnya.
  - b) Penyediaan fasilitas tong dan kereta angkut sampah:
    - Jenis tong sampah dibedakan berdasarkan jenis limbah padat domestik. Perbedaan tong sampah dapat menggunakan perbedaan warna tong sampah, menempel tulisan/kode/symbol atau gambar dibagian

- tutup atau di dinding luar badan tong sampah atau di dinding ruangan dimana tong sampah diletakkan.
- Terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, mudah dibersihkan, dilengkapi penutup dan rapat serangga.
  - Jumlah dan volume setiap tong sampah dan keranjang angkut yang disediakan harus memadai dan sesuai dengan mempertimbangkan volume produksi limbah yang dihasilkan di ruangan/area sumber sampah.
  - Sistem buka-tutup penutup tong sampah menggunakan pedal kaki.
- c) Penyediaan TPS limbah padat domestik memenuhi:
- Lokasi TPS limbah padat domestik ~~tempatkan~~ di area service (services area) dan jauh dari kegiatan pelayanan perawatan inap, rawat jalan, Instalasi Gawat Darurat, kamar operasi, dapur gizi, kantin, laundry dan ruangan penting lainnya.
  - TPS dapat didesain dengan bentuk bangunan dengan ruang tertutup dan semi terbuka, dengan dilengkapi penutup atap yang kedap air hujan, ventilasi dan sirkulasi udara yang cukup serta penerangan yang memadai serta dapat ditempati kontainer sampah.
  - TPS dibangun dengan dinding dan lantai dari bahan yang kuat, kedap air, mudah dibersihkan.
  - TPS dibersihkan sekurang-kurangnya 1 x 24 jam.
  - TPS dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:
    - Papan nama TPS limbah padat domestik.
    - Keran air dengan tekanan cukup untuk pembersihan area TPS.
    - Wastafel dengan air mengalir yang dilengkapi sabun tangan dan atau hand rub serta bahan pengering tangan/tissue.
    - Tanda larangan masuk bagi yang tidak berkepentingan.
    - Lantai dilengkapi tanggul agar air bekas pembersihan atau air lindi tidak keluar area TPS dan dilengkapi



lobang saluran menuju bak kontrol atau Unit Pengolahan Air Limbah.

- Fasilitas proteksi kebakaran seperti tabung pemadam api dan alarm kebakaran serta simbol atau petunjuk larangan membakar, larangan merokok dan larangan masuk bagi yang tidak berkepentingan.
  - Dilengkapi dengan pagar pengaman area TPS, setinggi minimal 2 meter.
  - Dilengkapi dengan kotak P3K dan tempat APD.
- 4) Upaya penanganan vektor dan binatang pembawa penyakit limbah padat domestik
- a) Bila kepadatan lalat di sekitar tempat/wadah atau kereta angkut limbah padat rumah tangga melebihi 8 ekor/fly grill (100 X 100 cm) dalam pengukuran 30 menit, perlu dilakukan pengendalian lalat.
  - b) Bila di Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) kepadatan lalat melebihi 8 ekor/fly grill (100 X 100 cm) dalam pengukuran 30 menit atau angka kepadatan kecoa (Indeks kecoa) yang diukur maksimal 2 ekor/plate dalam pengukuran 24 jam atau tikus terlihat pada siang hari, harus dilakukan pengendalian.
  - c) Pengendalian lalat dan kecoa di tempat/wadah dan kereta angkut serta tempat penyimpanan sementara limbah padat domestik dilaksanakan dengan prioritas pada upaya sebagai berikut:
    - Upaya kebersihan lingkungan dan kebersihan fisik termasuk desinfeksi tempat/wadah, kereta angkut dan TPS.
    - Melaksanakan inspeksi kesehatan lingkungan.
    - Pengendalian mekanik dan pengendalian perangkap (*fly trap*).
    - Menyediakan bahan pestisida ramah lingkungan dan alat semprot bertekanan serta dilakukan penyemprotan bila kepadatan lalat memenuhi ketentuan sebagai upaya pengendalian terakhir.
  - d) Pengendalian binatang pengganggu seperti kucing dan anjing di TPS dilakukan dengan memasang fasilitas proteksi TPS

berupa pagar dengan kisi rapat dan menutup rapat atau wadah sampah yang ada dalam TPS.

- b. Penyelenggaraan Pengamanan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3)
- Limbah B3 yang dihasilkan rumah sakit dapat menyebabkan gangguan perlindungan kesehatan dan atau risiko pencemaran terhadap lingkungan hidup. Mengingat besarnya dampak negatif limbah B3 yang ditimbulkan, maka penanganan limbah B3 harus dilaksanakan secara tepat, mulai dari tahap pewadahan, tahap pengangkutan, tahap penyimpanan sementara sampai dengan tahap pengolahan.

Jenis limbah B3 yang dihasilkan di rumah sakit meliputi limbah medis, baterai bekas, obat dan bahan farmasi kadaluwarsa, oli bekas saringan oli bekas, lampu bekas, baterai, cairan *fixer* dan *developer*, wadah cat bekas (untuk cat yg mengandung zat toksik), wadah bekas bahan kimia, *cartridge* printer bekas, film rontgen bekas, *motherboard* komputer bekas, dan lainnya.

Penanganan limbah B3 rumah sakit dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Prinsip pengelolaan limbah B3 rumah sakit, dilakukan upaya sebagai berikut:

- 1) Identifikasi jenis limbah B3 dilakukan dengan cara:
  - a) Identifikasi dilakukan oleh unit kerja kesehatan lingkungan dengan melibatkan unit penghasil limbah di rumah sakit.
  - b) Limbah B3 yang diidentifikasi meliputi jenis limbah karakteristik, sumber, volume yang dihasilkan, cara pewadahan, cara pengangkutan dan cara penyimpanan serta cara pengolahan.
  - c) Hasil pelaksanaan identifikasi dilakukan pendokumentasian.
- 2) Tahapan penanganan pewadahan dan pengangkutan limbah B3 di ruangan sumber, dilakukan dengan cara:
  - a) Tahapan penanganan limbah B3 harus dilengkapi dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) dan dilakukan pemutakhiran secara berkala dan berkesinambungan.
  - b) SPO penanganan limbah B3 disosialisasikan kepada kepala dan staf unit kerja yang terkait dengan limbah B3 di rumah sakit.
  - c) Khusus untuk limbah B3 tumpahan dilantai atau dipermeukaan lain di ruangan seperti tumpahan darah dan cairan tubuh tumpahan cairan bahan kimia berbahaya, tumpahan cairan



mercury dari alat kesehatan dan tumpahan sitotoksik harus dibersihkan menggunakan perangkat alat pembersih (*spill kit*) atau dengan alat dan metode pembersihan lain yang memenuhi syarat. Hasil pembersihan limbah B3 tersebut ditempatkan pada wadah khusus dan penanganan selanjutnya diperlakukan sebagai limbah B3, serta dilakukan pencatatan dan pelaporan kepada unit kerja terkait di rumah sakit.

- d) Perangkat alat pembersih (*spill kit*) atau alat metode pembersih lain untuk limbah B3 harus selalu disiapkan di ruangan sumber dan dilengkapi cara penggunaan dan data keamanan bahan (MSDS).
- e) Pewadahan limbah B3 di ruangan sumber sebelum dibawa ke TPS Limbah B3 harus ditempatkan pada tempat/wadah khusus yang kuat dan anti karat dan kedap air, terbuat dari bahan yang mudah dibersihkan, dilengkapi penutup, dilengkapi dengan simbol B3, dan diletakkan pada tempat yang jauh dari jangkauan orang umum.
- f) Limbah B3 di ruangan sumber yang diserahkan atau diambil petugas limbah B3 rumah sakit untuk dibawa ke TPS limbah B3, harus dilengkapi dengan berita acara penyerahan, yang minimal berisi hari dan tanggal penyerahan, asal limbah (lokasi sumber), jenis limbah B3, bentuk limbah B3, volume limbah B3 dan cara pewadahan/pengemasan limbah B3.
- g) Pengangkutan limbah B3 dari ruangan sumber ke TPS limbah B3 harus menggunakan kereta angkut khusus berbahan kedap air, mudah dibersihkan, dilengkapi penutup, tahan karat dan bocor. Pengangkutan limbah tersebut menggunakan jalur (jalan) khusus yang jauh dari kepadatan orang di ruangan rumah sakit.
- h) Pengangkutan limbah B3 dari ruangan sumber ke TPS dilakukan oleh petugas yang sudah mendapatkan pelatihan penanganan limbah B3 dan petugas harus menggunakan pakaian dan alat pelindung diri yang memadai.
- i) Pengurangan dan pemilahan limbah B3 dilakukan dengan cara:
  - u) Upaya pengurangan dan pemilahan limbah B3 harus dilengkapi dengan SPO dan dapat dilakukan pematakhiran secara berkala dan berkesinambungan.



- b) Pengurangan limbah B3 di rumah sakit, dilakukan dengan cara antara lain:
- Menghindari penggunaan material yang mengandung Bahan Berbahaya dan Beracun apabila terdapat pilihan yang lain.
  - Melakukan tata kelola yang baik terhadap setiap bahan atau material yang berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan dan/atau pencemaran terhadap lingkungan.
  - Melakukan tata kelola yang baik dalam pengadaan bahan kimia dan bahan farmasi untuk menghindari terjadinya penumpukan dan kedaluwarsa, contohnya menerapkan prinsip *first in first out* (FIFO) atau *first expired first out* (FEFO).
  - Melakukan pencegahan dan perawatan berkala terhadap peralatan sesuai jadwal.
- 4) Bangunan TPS di rumah sakit harus memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 5) Pemilahan limbah B3 di rumah sakit, dilakukan di TPS limbah B3 dengan cara antara lain:
- a) Memisahkan Limbah B3 berdasarkan jenis, kelompok, dan/atau karakteristik Limbah B3.
  - b) Mewadahi Limbah B3 sesuai kelompok Limbah B3. Wadah Limbah B3 dilengkapi dengan palet.
- 6) Penyimpanan sementara limbah B3 dilakukan dengan cara:
- a) Cara penyimpanan limbah B3 harus dilengkapi dengan SPO dan dapat dilakukan pemutakhiran/revisi bila diperlukan.
  - b) Penyimpanan sementara limbah B3 di rumah sakit harus ditempatkan di TPS Limbah B3 sebelum dilakukan pengangkutan, pengolahan dan atau penimbunan limbah B3.
  - c) Penyimpanan limbah B3 menggunakan wadah/tempat/kontainer limbah B3 dengan desain dan bahan sesuai kelompok atau karakteristik limbah B3.
  - d) Penggunaan warna pada setiap kemasan dan/atau wadah Limbah sesuai karakteristik Limbah B3. Warna kemasan dan/atau wadah limbah B3 tersebut adalah:
    - Merah, untuk limbah radioaktif;
    - Kuning, untuk limbah infeksius dan limbah patologis;

- Ungu, untuk limbah sitotoksik; dan
- Cokelat, untuk limbah bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, dan limbah farmasi.

c) Pemberian simbol dan label limbah B3 pada setiap kemasan dan/atau wadah Limbah B3 sesuai karakteristik Limbah B3. Simbol pada kemasan dan/atau wadah Limbah B3 tersebut adalah:

- Radioaktif, untuk Limbah radioaktif;
- Infeksius, untuk Limbah infeksius; dan
- Sitotoksik, untuk Limbah sitotoksik.
- Toksik/flammable/campuran/sesuai dengan bahayanya untuk limbah bahan kimia.

7) Lamanya penyimpanan limbah B3 untuk jenis limbah dengan karakteristik infeksius, benda tajam dan patologis di rumah sakit sebelum dilakukan Pengangkutan Limbah B3, Pengolahan Limbah B3, dan/atau Penimbunan Limbah B3, harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a) Limbah medis kategori infeksius, patologis, benda tajam harus disimpan pada TPS dengan suhu lebih kecil atau sama dengan 0 °C (nol derajat celsius) dalam waktu sampai dengan 90 (sembilan puluh) hari.
- b) Limbah medis kategori infeksius, patologis, benda tajam dapat disimpan pada TPS dengan suhu 3 sampai dengan 8 °C (delapan derajat celsius) dalam waktu sampai dengan 7 (tujuh) hari.

Sedang untuk limbah B3 bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, radioaktif, farmasi, sitotoksik, peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi, dan tabung gas atau kontainer bertekanan, dapat disimpan di tempat penyimpanan Limbah B3 dengan ketentuan paling lama sebagai berikut :

- a) 90 (sembilan puluh) hari, untuk Limbah B3 yang dihasilkan sebesar 50 kg (lima puluh kilogram) per hari atau lebih; atau
- b) 180 (seratus delapan puluh) hari, untuk Limbah B3 yang dihasilkan kurang dari 50 kg (lima puluh kilogram) per hari untuk Limbah B3 kategori 1, sejak Limbah B3 dihasilkan



- 8) Pengangkutan limbah B3 dilakukan dengan cara:
- Pengangkutan limbah B3 keluar rumah sakit dilaksanakan apabila tahap pengolahan limbah B3 diserahkan kepada pihak pengolah atau penimbun limbah B3 dengan pengangkutan menggunakan jasa pengangkutan limbah B3 (*transporter* limbah B3).
  - Cara pengangkutan limbah B3 harus dilengkapi dengan SPO dan dapat dilakukan pemutakhiran secara berkala dan berkesinambungan.
  - Pengangkutan limbah B3 harus dilengkapi dengan perjanjian kerjasama secara *three parted* yang ditandatangani oleh pimpinan dari pihak rumah sakit, pihak pengangkut limbah B3 dan pengolah atau penimbun limbah B3.
  - Rumah sakit harus memastikan bahwa:
    - Pihak pengangkut dan pengolah atau penimbun limbah B3 memiliki perizinan yang lengkap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Izin yang dimiliki oleh pengolah maupun pengangkut harus sesuai dengan jenis limbah yang dapat diolah/diangkut.
    - Jenis kendaraan dan nomor polisi kendaraan pengangkut limbah B3 yang digunakan pihak pengangkut limbah B3 harus sesuai dengan yang tercantum dalam perizinan pengangkutan limbah B3 yang dimiliki.
    - Setiap pengiriman limbah B3 dari rumah sakit ke pihak pengolah atau penimbun, harus disertakan manifest limbah B3 yang ditandatangani dan stempel oleh pihak rumah sakit, pihak pengangkut dan pihak pengolah/penimbun limbah B3 dan diarsip oleh pihak rumah sakit.
    - Ditetapkan jadwal tetap pengangkutan limbah B3 oleh pihak pengangkut limbah B3.
    - Kendaraan angkut limbah B3 yang digunakan layak pakai dilengkapi simbol limbah B3 dan nama pihak pengangkut limbah B3.
- 9) Pengolahan limbah B3 memenuhi ketentuan sebagai berikut:
- Pengolahan limbah B3 di rumah sakit dapat dilaksanakan secara internal dan eksternal:  
Pengolahan secara internal dilakukan di lingkungan rumah sakit dengan menggunakan alat insinerator atau alat pengolah limbah B3



lainnya yang disediakan sendiri oleh pihak rumah sakit (*on-site*), seperti *autoclave*, *microwave*, penguburan, enkapsulasi, inertisasi yang mendapatkan izin operasional dan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pengolahan secara eksternal dilakukan melalui kerja sama dengan pihak pengolah atau penimbun limbah B3 yang telah memiliki izin. Pengolahan limbah B3 secara internal dan eksternal dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

bi Rumah sakit yang melakukan pengolahan limbah B3 secara internal dengan insinerator, harus memiliki spesifikasi alat pengolah yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- 1) Kapasitas sesuai dengan volume limbah B3 yang akan diolah
- 2) Memiliki 2 (dua) ruang bakar dengan ketentuan:
  - Ruang bakar 1 memiliki suhu bakar sekurang-kurangnya 800 °C
  - Ruang bakar 2 memiliki suhu bakar sekurang-kurangnya 1.000 °C untuk waktu tinggal 2 (dua) detik
- 3) Tinggi cerobong minimal 14 meter dari permukaan tanah dan dilengkapi dengan lubang pengambilan sampel emisi.
- 4) Dilengkapi dengan alat pengendalian pencemaran udara.
- 5) Tidak diperkenankan membakar limbah B3 radioaktif; limbah B3 dengan karakteristik mudah meledak; dan atau limbah B3 merkuri atau logam berat lainnya.

ci Pengolahan Limbah B3 di rumah sakit sebaiknya menggunakan teknologi non-insinerasi yang ramah lingkungan seperti autoclave dengan pencacah limbah, disinfeksi dan sterilisasi, penguburan sesuai dengan jenis dan persyaratan.

c. Pemilihan alat pengolah limbah B3 sebaiknya menggunakan teknologi non-insinerasi seperti autoclave dengan pencacah limbah, karena dinilai lebih ramah lingkungan dibandingkan dengan teknologi insinerasi, yakni tidak menghasilkan limbah gas (emisi).

d. Tata laksana pengolahan limbah B3 pelayanan medis dan penunjang medis di rumah sakit berdasarkan jenisnya adalah sebagai berikut:

(1) Limbah Infeksius dan Benda Tajam

- Limbah yang sangat infeksius seperti biakan dan persediaan agen infeksius dari laboratorium harus disterilisasi dengan pengolahan panas dan basah seperti:

dalam *autoclave* sebelum dilakukan pengolahan.

- Benda tajam harus diolah dengan insinerator bila memungkinkan, dan dapat diolah bersama dengan limbah infeksius lainnya.
- Apabila pengolahan menggunakan insinerasi, maka residu abu yang dihasilkan diperlakukan sebagai limbah B3, namun dapat dibuang ke *sanitary landfill* setelah melalui proses solidifikasi.

(2) Limbah Farmasi

Limbah padat farmasi dalam jumlah besar harus dikembalikan kepada distributor, sedangkan bila dalam jumlah sedikit dan tidak memungkinkan dikembalikan, dapat dimusnahkan menggunakan insinerator atau diolah ke perusahaan pengolahan limbah B3.

(3) Limbah Sitotoksis

- Limbah sitotoksis sangat berbahaya dan dilarang dibuang dengan cara penimbunan (*landfill*) atau dibuang ke saluran limbah umum.
- Pengolahan dilaksanakan dengan cara dikembalikan keperusahaan atau distributornya, atau dilakukan pengolahan dengan insinerasi. Bahan yang belum dipakai dan kemasannya masih utuh karena kadaluarsa harus dikembalikan kedistributor.
- Insinerasi pada suhu tinggi 1.000 °C s/d 1.200 °C dibutuhkan untuk menghancurkan semua bahan sitotoksik. Insinerasi pada suhu rendah dapat menghasilkan uap sitotoksik yang berbahaya ke udara.

(4) Limbah Bahan Kimiawi

- Pengolahan limbah kimia biasa dalam jumlah kecil maupun besar harus diolah ke perusahaan pengolahan limbah B3 apabila rumah sakit tidak memiliki kemampuan dalam mengolah limbah kimia ini.
- Limbah kimia dalam bentuk cair harus di tampung dalam kontainer yang kuat, terbuat dari bahan yang mampu memproteksi efek dari karakteristik atau sifat limbah bahan kimia tersebut.



- Bahan kimia dalam bentuk cair sebaiknya tidak dibuang ke jaringan pipa pembuangan air limbah, karena sifat toksiknya dapat mengganggu proses biologi dalam unit pengolahan air limbah (IPAL)
- Untuk limbah bahan pelarut dalam jumlah besar seperti pelarut halogenida yang mengandung klorin atau fluorin tidak boleh diolah dalam mesin insinerator, kecuali insineratornya dilengkapi dengan alat pembersih gas.
- Cara lain adalah dengan mengembalikan bahan kimia tersebut ke distributornya.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penanganan limbah

kimia:

- Limbah kimia yang komposisinya berbeda harus dipisahkan untuk menghindari reaksi kimia yang tidak diinginkan.
  - Limbah kimia dalam jumlah besar tidak boleh ditimbun di atas tanah karena dapat mencemari air tanah.
  - Limbah kimia disinfektan dalam jumlah besar ditempatkan dalam kontainer yang kuat karena sifatnya yang korosif dan mudah terbakar.
- (5) Limbah dengan Kandungan Logam Berat Tinggi
- Limbah dengan kandungan merkuri atau kadmium dilarang diolah di mesin insinerator, karena berisiko mencemari udara dengan uap beracun.
  - Cara pengolahan yang dapat dilakukan adalah menyerahkan ke perusahaan pengolahan limbah B3. Sebelum dibuang, maka limbah disimpan sementara di TPS Limbah B3 dan diawasi secara ketat.
- (6) Kontainer Bertekanan
- (a) Cara yang terbaik untuk menangani limbah kontainer bertekanan adalah dikembalikan ke distributor untuk pengisian ulang gas. Agen halogenida dalam bentuk cair dan dikemas dalam botol harus diperlakukan sebagai limbah B3.
- (b) Limbah jenis ini dilarang dilakukan pengolahan dengan mesin insinerasi karena dapat meledak.



(c) Hal yang harus diperhatikan terkait limbah kontainer bertekanan adalah:

- Kontainer yang masih utuh, harus dikembalikan kepada penjual/distributornya, meliputi ;
  - Tabung atau silinder nitrogen oksida yang biasanya disatukan dengan peralatan anestesi.
  - Tabung atau silinder etilnoksida yang biasanya disatukan dengan peralatan sterilisasi
  - Tabung bertekanan untuk gas lain seperti oksigen, nitrogen, karbondioksida, udara bertekanan, siklo propana, hidrogen, gas elpij, danasetilin.

- Kontainer yang sudah rusak, dan tidak dapat diulangi harus diolah ke perusahaan pengolah limbah B3.

Kaleng aerosol kecil harus dikumpulkan dan diperlakukan cara pengolahannya sebagai limbah B3. Kaleng aerosol dalam jumlah banyak sebaiknya dikembalikan ke penjual/distributornya.

#### (7) Limbah Radioaktif

- Pengelolaan limbah radioaktif yang aman harus mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Setiap rumah sakit yang menggunakan sumber radioaktif yang terbuka untuk keperluan diagnosa, terapi atau penelitian harus menyiapkan tenaga khusus yang terlatih khusus di bidang radiasi.
- Tenaga tersebut bertanggung jawab dalam pemakaian bahan radioaktif yang aman dan melakukan pencatatan
- Petugas proteksi radiasi secara rutin mengukur dan melakukan pencatatan dosis radiasi limbah radioaktif (limbah radioaktif sumber terbuka). Setelah memenuhi batas aman (waktu paruh minimal), diperlakukan sebagai limbah medis
- Memiliki instrumen kalibrasi yang tepat untuk monitoring dosis dan kontaminasi. Sistem pencatatan yang ketat akan menjamin keakuratan dalam melacak limbah radioaktif dalam pengiriman maupun pengolahannya.

- Penanganan limbah radioaktif dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pengolahan secara eksternal dilakukan melalui kerja sama dengan pihak pengolah atau penimbun limbah B3 yang telah memiliki izin.

Rumah Sakit (penghasil) wajib bekerja sama dengan tiga pihak yakni pengolah dan pengangkut yang dilakukan secara terintegrasi dengan pengangkut yang dituangkan dalam satu nota kesepakatan antara rumah sakit, pengolah, dan pengangkut. Nota kesepakatan memuat tentang hal-hal yang wajib dilaksanakan dan sanksi bila kesepakatan tersebut tidak dilaksanakan sekurang-kurangnya memuat tentang:

- (1) Frekuensi pengangkutan
- (2) Lokasi pengambilan limbah padat
- (3) Jenis limbah yang diserahkan kepada pihak pengolah, sehingga perlu dipastikan jenis Limbah yang dapat diolah oleh pengolah sesuai izin yang dimiliki.
- (4) Pihak pengolah dan pengangkut mencantumkan nomor dan waktu kadaluarsa izinnya.
- (5) Pihak pengangkut mencantumkan nomor izin, nomor polisi kendaraan yang akan digunakan oleh pengangkut, dapat dicantumkan lebih dari 1 (satu) kendaraan.
- (6) Besaran biaya yang dibebankan kepada rumah sakit.
- (7) Sanksi bila salah satu pihak tidak memenuhi kesepakatan.
- (8) Langkah-langkah pengecualian bila terjadi kondisi tidak biasa.
- (9) Hal-hal lain yang dianggap perlu disepakati agar tidak terjadi perbuatan yang bertentangan dengan peraturan.

- Sebelum melakukan kesepakatan, rumah sakit harus memastikan bahwa:

- Pihak pengangkut dan pengolah atau penimbun limbah B3 memiliki perizinan yang lengkap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Izin yang dimiliki oleh pengolah maupun pengangkut harus sesuai dengan jenis limbah yang dapat diolah/diangkut.
- Jenis kendaraan dan nomor polisi kendaraan pengangkut limbah B3 yang digunakan pihak pengangkut limbah B3 harus sesuai dengan yang tercantum dalam perizinan pengangkutan limbah B3 yang dimiliki.

- Setiap pengiriman limbah B3 dari rumah sakit ke pihak pengolah atau penimbun, harus disertakan manifest limbah B3 yang ditandatangani dan stempel oleh pihak rumah sakit, pihak pengangkut dan pihak pengolah/penimbun limbah B3 dan diarsip oleh pihak rumah sakit.
- Kendaraan angkut limbah B3 yang digunakan layak pakai dilengkapi simbol limbah B3 dan nama pihak pengangkut limbah B3.

g) Penanganan Kedaruratan

Dalam kondisi darurat baik karena terjadi kebakaran dan atau bencana lainnya di rumah sakit, untuk menjaga cakupan penanganan limbah B3 tetap maksimal, rumah sakit perlu menyusun prosedur kedaruratan penanganan limbah B3 rumah sakit. Prosedur penanganan kedaruratan limbah B3 tersebut dapat dilaksanakan dengan cara sebagai berikut:

- Bagi rumah sakit yang mengolah seluruh limbah B3 nya secara mandiri (*on-site*) dengan menggunakan mesin pengolah limbah B3 (teknologi insinerasi atau non-insinerasi) dan apabila kondisi mesin pengolah limbah B3 tersebut mengalami kegagalan operasional, maka rumah sakit harus melakukan kerjasama kondisi darurat dengan pihak pengangkut dan pihak pengolah atau penimbun limbah B3 untuk mengangkut dan mengolah limbah B3 yang dihasilkan.
- Bagi rumah sakit yang menyerahkan seluruh pengolahan limbahnya ke pihak pengolah atau penimbun limbah B3 (*off-site*), maka dalam kondisi darurat sistem pengolahan ini harus tetap dilaksanakan meskipun dengan frekuensi pengambilan limbah B3 yang tidak normal.
- Bagi rumah sakit yang mengolah limbahnya dengan sistem kombinasi *on-site* dan *off-site*, mesin pengolah limbah B3 mengalami kegagalan operasional, maka dalam kondisi darurat sistem penanganan limbah B3 diganti dengan sistem total *off-site*, dimana seluruh limbah B3 yang dihasilkan diserahkan ke pihak pengolah atau penimbun limbah B3.

h) Penyediaan fasilitas penanganan limbah B3

- (1) Fasilitas penanganan limbah B3 di rumah sakit meliputi wadah penampungan limbah B3 diruangan sumber, alat pengangkut limbah B3, TPS Limbah B3, dan mesin pengolah limbah B3 dengan teknologi insinerasi atau non-insinerasi.



(2) Wadah penampungan limbah B3 di ruangan sumber harus memenuhi ketentuan teknis sebagai berikut:

- Terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, kedap air, antikorosi dan dilengkapi penutup
- Ditempatkan di lokasi yang tidak mudah dijangkau sembarang orang
- Dilengkapi tulisan limbah B3 dan simbol B3 dengan ukuran dan bentuk sesuai standar di permukaan wadah
- Dilengkapi dengan alat eyewash
- Dilengkapi logbook sederhana
- Dilakukan pembersihan secara periodik

(3) Alat angkut (troli) limbah B3, harus memenuhi ketentuan teknis sebagai berikut :

- Terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, kedap air, anti korosi dan dilengkapi penutup dan beroda
- Disimpan di TPS limbah B3, dan dapat dipakai ketika digunakan untuk mengambil dan mengangkut limbah B3 di ruangan sumber
- Dilengkapi tulisan limbah B3 dan simbol B3 dengan ukuran dan bentuk sesuai standar, di dinding depan kereta angkut
- Dilakukan pembersihan kereta angkut secara periodik dan berkesinambungan

(4) TPS Limbah B3 harus memenuhi ketentuan teknis sebagai berikut:

- Lokasi di area servis (*services area*), lingkungan bebas banjir dan tidak berdekatan dengan kegiatan pelayanan dan permukiman penduduk disekitar rumah sakit
- Berbentuk bangunan tertutup, dilengkapi dengan pintu, ventilasi yang cukup, sistem penghawaan (*exhaust fan*), sistem saluran (*drain*) menuju bak control dan atau IPAL dan jalan akses kendaraan angkut limbah B3.
- Bangunan dibagi dalam beberapa ruangan, seperti ruang penyimpanan limbah B3 infeksi, ruang limbah B3 non infeksi fase cair dan limbah B3 non infeksi fase padat.
- Penempatan limbah B3 di TPS dikelompokkan menurut sifat/karakteristiknya.

- Untuk limbah B3 cair seperti olie bekas ditempatkan di drum anti bocor dan pada bagian alasnya adalah lantai anti rembes dengan dilengkapi saluran dan tanggul untuk menampung tumpahan akibat kebocoran limbah B3 cair
  - Limbah B3 padat dapat ditempatkan di wadah atau drum yang kuat, kedap air, anti korosif, mudah dibersihkan dan bagian alasnya ditempatkan dudukan kayu atau plastic(pallet)
  - Setiap jenis limbah B3 ditempatkan dengan wadah yang berbeda dan pada wadah tersebut ditempel label, simbol limbah B3 sesuai sifatnya, serta panah tanda arah penutup, dengan ukuran dan bentuk sesuai standar, dan pada ruang/area tempat wadah diletakkan ditempel papan nama jenis limbah B3.
  - Jarak penempatan antar tempat pewadahan limbah B3 sekitar 50 cm.
  - Setiap wadah limbah B3 di lengkapi simbol sesuai dengan sifatnya, dan label.
  - Bangunan dilengkapi dengan fasilitas keselamatan, fasilitas penerangan, dan sirkulasi udara ruangan yang cukup.
  - Bangunan dilengkapi dengan fasilitas keamanan dengan memasang pagar pengaman dan gembok pengunci pintu TPS dengan penerangan luar yang cukup serta ditempel nomor telephone darurat seperti kantor satpam rumah sakit, kantor pemadam kebakaran, dan kantor polisi terdekat.
  - TPS dilengkapi dengan papan bertuliskan TPS Limbah B3, tanda larangan masuk bagi yang tidak berkepentingan, simbol B3 sesuai dengan jenis limbah B3, dan titik koordinat lokasi TPS
  - TPS Dilengkapi dengan tempat penyimpanan SPO Penanganan limbah B3, SPO kondisi darurat, buku pencatatan (logbook) limbah B3
  - TPS Dilakukan pembersihan secara periodik dan limbah hasil pembersihan disalurkan ke jaringan pipa pengumpul air limbah dan atau unit pengolah air limbah (IPAL).
- i) Perizinan fasilitas penanganan limbah B3
- Setiap fasilitas penanganan limbah B3 di rumah sakit harus dilengkapi izin dari instansi pemerintah yang berwenang. Fasilitas tersebut adalah TPS Limbah B3 dan Alat pengumpul

limbah B3 insinerator dan atau alat/fasilitas pengolah limbah B3 lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- Rumah sakit menyiapkan dokumen administrasi yang dipersyaratkan instansi pemerintah yang mengeluarkan izin dan mengajukan izin baru atau izin perpanjangan
- Setiap izin fasilitas penanganan limbah B3 harus selalu diperbaharui bila akan habis masa berlakunya
- Surat izin fasilitas penanganan limbah B3 harus di dokumentasikan dan dimonitor

#### Laporan limbah B3

- Rumah sakit menyampaikan laporan limbah B3 minimum setiap 1 (satu) kali per 3 (tiga) bulan. Laporan ditujukan kepada instansi pemerintah sesuai ketentuan yang ditetapkan. Instansi pemerintah tersebut bisa Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, Dinas atau Badan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten/Kota;
- Isi laporan berisi :
  - Skema penanganan limbah B3, izin alat pengolah limbah B3, dan bukti kontrak kerjasama (MoU) dan kelengkapan perizinan bila penanganan limbah B3 diserahkan kepada pihak pengangkut, pengolah atau penimbun.
  - Logbook limbah B3 selama bulan periode laporan
  - Neraca air limbah selama bulan periode laporan,
  - Lampiran manifest limbah B3 sesuai dengan kode lembarannya
- Setiap laporan yang disampaikan disertai dengan bukti tanda terima laporan

#### Pengelolaan Pengamanan Limbah Cair

Pengamanan limbah cair adalah upaya kegiatan penanganan limbah cair yang terdiri dari penyaluran dan pengolahan dan pemeriksaan limbah cair untuk mengurangi risiko gangguan kesehatan dan lingkungan hidup yang disebabkan limbah cair. Limbah cair yang dihasilkan kegiatan rumah sakit memiliki beban cemaran yang dapat menyebabkan pencemaran terhadap lingkungan hidup dan menyebabkan gangguan kesehatan



manusia. Untuk itu, air limbah perlu dilakukan pengolahan sebelum dibuang ke lingkungan, agar kualitasnya memenuhi baku mutu air limbah yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Limbah Cair rumah sakit juga berpotensi untuk dilakukan daur ulang untuk tujuan penghematan penggunaan air di rumah sakit. Untuk itu, penyelenggaraan pengelolaan limbah cair harus memenuhi ketentuan di bawah ini:

- 1) Rumah sakit memiliki Unit Pengolahan Limbah Cair (IPAL) dengan teknologi yang tepat dan desain kapasitas olah limbah cair yang sesuai dengan volume limbah cair yang dihasilkan.
- 2) Unit Pengolahan Limbah Cair harus dilengkapi dengan fasilitas penunjang sesuai dengan ketentuan.
- 3) Memenuhi frekuensi dalam pengambilan sampel limbah cair, yakni 1 (satu) kali per bulan.
- 4) Memenuhi baku mutu efluen limbah cair sesuai peraturan perundang-undangan.
- 5) Memenuhi pentaatan pelaporan hasil uji laboratorium limbah cair kepada instansi pemerintah sesuai ketentuan minimum setiap 1 (satu) kali per 3 (tiga) bulan.
- 6) Unit Pengolahan Limbah Cair:
  - (a) Limbah cair dari seluruh sumber dari bangunan/kegiatan rumah sakit harus diolah dalam Unit Pengolah Limbah Cair (IPAL) dan kualitas limbah cair efluennya harus memenuhi baku mutu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sebelum dibuang ke lingkungan perairan. Air hujan dan limbah cair yang termasuk kategori limbah B3 dilarang disalurkan ke IPAL.
  - (b) IPAL ditempatkan pada lokasi yang tepat, yakni di area yang jauh atau tidak mengganggu kegiatan pelayanan rumah sakit dan diupayakan dekat dengan badan air penerima (perairan) untuk memudahkan pembuangan.
  - (c) Desain kapasitas olah IPAL harus sesuai dengan perhitungan debit maksimal limbah cair yang dihasilkan ditambah faktor keamanan (*safety factor*)  $\pm 10\%$ .
  - (d) Lumpur endapan IPAL yang dihasilkan apabila dilakukan pembuangan atau pengurasan, maka penanganan lumpurnya harus diperlakukan sebagai limbah B3.

(e) Untuk rumah sakit yang belum memiliki IPAL, dapat mengolah limbah cairnya secara *off-site* bekerjasama dengan pihak pengolah limbah cair yang telah memiliki izin. Untuk itu, maka rumah sakit harus menyediakan bak penampung sementara air limbah dengan kapasitas minimal 2 (dua) kali volume limbah cair maksimal yang dihasilkan setiap harinya dan pengangkutan limbah cair dilaksanakan setiap hari.

(f) Untuk limbah cair dari sumber tertentu di rumah sakit yang memiliki karakteristik khusus harus dilengkapi dengan pengolahan awal (*pre-treatment*) sebelum disalurkan menuju IPAL. Limbah cair tersebut meliputi:

- Limbah cair dapur gizi dan kantin yang memiliki kandungan minyak dan lemak tinggi harus dilengkapi *pre-treatment* berupa bak penangkap lemak/minyak
- Limbah cair laundry yang memiliki kandungan bahan kimia dan deterjen tinggi harus dilengkapi *pre-treatment* berupa bak pengolah deterjen dan bahan kimia
- Limbah cair laboratorium yang memiliki kandungan bahan kimia tinggi harus dilengkapi *pre-treatment* berupa bak pengolah bahan kimia
- Limbah cair rontgen yang memiliki perak tinggi harus dilengkapi penampungan sementara dan tahapan penanganan selanjutnya diperlakukan sebagai limbah B3
- Limbah cair radioterapi yang memiliki materi bahan radioaktif tertentu harus dilengkapi *pre-treatment* berupa bak penampung untuk meluruhkan waktu paruhnya sesuai dengan jenis bahan radioaktifnya dengan mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan.

(g) Jaringan pipa penyaluran limbah cair dari sumber menuju unit pengolahan air limbah melalui jaringan pipa tertutup dan dipastikan tidak mengalami mengalami kebocoran.

7) Kelengkapan Fasilitas Penunjang Unit Pengolahan Limbah Cair

a) IPAL harus dilengkapi dengan fasilitas penunjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b) Kelengkapan fasilitas penunjang tersebut adalah:

(1) Bak pengambilan contoh air limbah yang dilengkapi dengan tulisan "Tempat Pengambilan Contoh Air Limbah Influen"



- dan/ atau "Tempat Pengambilan Contoh Air Limbah Efluen".
- (2) Alat ukur debit air limbah pada pipa influen dan/atau pipa efluen
  - (3) Pagar pengaman area IPAL dengan lampu penerangan yang cukup dan papan larangan masuk kecuali yang berkepentingan.
  - (4) Papan tulisan titik koordinat IPAL menggunakan *Global Positioning Sistem (GPS)*.
  - (5) Fasilitas keselamatan IPAL. Uraian selengkapnya diuraikan pada Sub Bab Pengawasan Keselamatan Fasilitas Kesehatan Lingkungan.
- 8) Penaatan frekuensi pengambilan contoh limbah cair sebagai berikut:
- a) Setiap rumah sakit harus melakukan pemeriksaan contoh limbah cair di laboratorium, minimal limbah cair efluennya dengan frekuensi setiap 1 (satu) kali per bulan.
  - b) Apabila diketahui hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kualitas limbah cair tidak memenuhi baku mutu, segera lakukan analisis dan penyelesaian masalah, dilanjutkan dengan pengiriman ulang limbah cair ke laboratorium pada bulan yang sama. Untuk itu, pemeriksaan limbah cair disarankan dilakukan di awal bulan.
- 9) Penaatan kualitas limbah cair agar memenuhi baku mutu limbah cair sebagai berikut:
- a) Dalam pemeriksaan kualitas air limbah ke laboratorium, maka seluruh parameter pemeriksaan air limbah baik fisika, kimia dan mikrobiologi yang disyaratkan harus dilakukan uji laboratorium.
  - b) Pemeriksaan contoh limbah cair harus menggunakan laboratorium yang telah terakreditasi secara nasional.
  - c) Pewadahan contoh air limbah menggunakan jirigen warna putih atau botol plastik bersih dengan volume minimal 2 (dua) liter.
  - d) Rumah sakit wajib melakukan swapantau harian air limbah dengan parameter minimal DO, suhu dan pH.
  - e) IPAL di rumah sakit harus dioperasikan 24 (dua puluh empat) jam per hari untuk menjamin kualitas limbah cair hasil olahannya memenuhi baku mutu secara berkesinambungan.



- f) Petugas kesehatan lingkungan atau teknisi terlatih harus melakukan pemeliharaan peralatan mekanikal dan elektrikal IPAL dan pemeliharaan proses biologi IPAL agar tetap optimal.
  - g) Dilarang melakukan pengenceran dalam pengolahan limbah cair, baik menggunakan air bersih dan/atau air pengencer sumber lainnya.
  - h) Melakukan pembersihan sampah-sampah yang masuk bak penyaring kasar di IPAL.
  - i) Melakukan monitoring dan pemeliharaan terhadap fungsi dan kinerja mesin dan alat penunjang proses IPAL.
- 10) Penaatan pelaporan limbah cair adalah :
- a) Rumah sakit menyampaikan laporan hasil uji laboratorium limbah cair *effluent* IPAL minimum setiap 1 (satu) kali per 3 (tiga) bulan. Laporan ditujukan kepada instansi pemerintah sesuai ketentuan yang ditetapkan. Instansi pemerintah tersebut bisa Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, Dinas Lingkungan Hidup atau Badan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten/Kota;
  - b) Isi laporan berisi :
    - Penaatan terhadap frekuensi sampling limbah cair yakni 1 (satu) kali per bulan.
    - Penaatan terhadap jumlah parameter yang diuji laboratorium, sesuai dengan baku mutu yang dijadikan acuan.
    - Penaatan kualitas limbah cair hasil pemeriksaan laboratorium terhadap baku mutu limbah cair, dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan.
  - c) Setiap laporan yang disampaikan disertai dengan bukti tanda terima laporan.

#### Penyenggaraan Pengamanan Limbah Gas

Pengamanan limbah gas adalah upaya kegiatan penanganan limbah gas yang terdiri dari pemilihan, pemeliharaan dan perbaikan utilitas rumah sakit berbasis emisi gas yang tepat dan pemeriksaan limbah gas untuk mengurangi risiko gangguan kesehatan dan lingkungan hidup yang ditimbulkan. Kegiatan operasional dan utilitas rumah sakit menghasilkan emisi gas buang dan partikulat yang akan berdampak pada pencemaran udara dan gangguan kesehatan masyarakat. Sumber emisi gas buang

dominan dari rumah sakit berasal dari emisi kendaraan parkir, cerobong insinerator, cerobong genset dan cerobong boiler, sehingga perlu dilakukan pengelolaan untuk menjaga kualitas udara ambien lingkungan rumah sakit tetap terjaga dengan baik. Untuk penyelenggaraan pengelolaan limbah gas dan partikulat ini, maka rumah sakit harus memenuhi ketentuan dibawah ini:

- 1) Memenuhi penataan dalam frekuensi pengambilan contoh pemeriksaan emisi gas buang dan udara ambien luar sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 2) Kualitas emisi gas buang dan partikulat dari cerobong harus memenuhi standar kualitas udara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang standar kualitas gas emisi sumber tidak bergerak.
- 3) Memenuhi penataan pelaporan hasil uji atau pengukuran laboratorium limbah gas kepada instansi pemerintah sesuai ketentuan, minimal setiap 1 kali setahun.
- 4) Setiap sumber emisi gas berbentuk cerobong tinggi seperti generator set, boiler dilengkapi dengan fasilitas penunjang uji emisi.

Untuk mencapai pemenuhan pengamanan limbah gas dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit, maka dilaksanakan upaya sebagai berikut:

- 1) Penataan frekuensi pengambilan contoh limbah gas
  - a) Setiap rumah sakit harus melakukan pemeriksaan laboratorium emisi gas buang dan udara ambien luar dengan ketentuan frekuensi sebagai berikut :
    - Uji emisi gas buang dari cerobong insinerator minimal setiap 1 (satu) kali per 6 bulan.
    - Uji emisi gas buang dari cerobong mesin boiler, minimal setiap 1 (satu) kali per 6 bulan.
    - Uji emisi gas buang dari cerobong genset ( Kapasitas <math>1.000</math> KVa), setiap 1 (satu) kali setahun.
    - Uji emisi gas buang dari cerobong kendaraan operasional minimal setiap 1 (satu) kali setahun.
    - Uji udara ambien di halaman luar rumah sakit, minimal setiap 1 (satu) kali setahun.
  - b) Pengujian emisi gas buang dilaksanakan oleh laboratorium yang telah terakreditasi nasional dan masih dalam masa berlaku.



3) Pengelolaan limbah gas yang memenuhi standar

- a) Setiap cerobong gas buang di rumah sakit, khususnya cerobong mesin insinerator harus dilengkapi dengan alat untuk menangkap debu dengan tujuan untuk mengurangi emisi debu seperti alat *wet scrubber*, dimana air hasil tangkapan debu di salurkan ke IPAL dan residu yang dihasilkan di tangani dengan prosedur sesuai penanganan limbah B3.
  - b) Sumber gas buang tidak bergerak seperti genset, insinerator, boiler dan lainnya harus dilakukan program pemeliharaan terhadap mesin bakarnya untuk menjaga agar kualitas gas emisi tetap memenuhi syarat. Upayakan mengganti bahan bakarnya dengan bahan bakar yang lebih ramah lingkungan.
- 3) Penaatan pelaporan limbah gas
- a) Rumah sakit menyampaikan laporan hasil uji/pengukuran laboratorium emisi gas buang dan udara ambien sesuai ketentuan. Laporan ditujukan kepada instansi pemerintah sesuai ketentuan, seperti Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, Dinas Lingkungan Hidup atau Badan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan dinas kesehatan pemerintah daerah provinsi atau dinas kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota.
  - b) Isi laporan
    - Pentaatan terhadap frekuensi sampling emisi gas buang dan udara ambien yakni sesuai dengan ketentuan. Khusus untuk uji emisi gas buang tergantung pada jenis atau kapasitas sumber emisi.
    - Penataatan terhadap jumlah parameter yang di lakukan uji/pengukuran laboratorium, sesuai dengan baku mutu yang dijadikan acuan.
    - Pentaatan terhadap baku mutu emisi dan udara ambien, dengan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - c) Setiap laporan yang disampaikan dilampirkan fotocopy hasil uji/pengukuran laboratorium dan bukti tanda terima laporan.
  - d) Kelengkapan fasilitas penunjang cerobong



Setiap cerobong gas buang seperti mesin genset, inainerator, boiler dan sumber lainnya di rumah sakit harus memenuhi ketentuan kelengkapan sebagai berikut:

- a) Tinggi cerobong harus sesuai dengan peraturan yang berlaku dan dilengkapi dengan topi di atasnya, terbuat dari bahan yang kuat dan anti korosif.
- b) Lubang sampling (port sampling) untuk lokasi uji/pengukuran emisi cerobong. Ketentuan lokasi pemasangan lobang sampling pada cerobong sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang pengendalian pencemaran udara.
- c) Fasilitas kerja bagi petugas sampling, seperti tangga dan pagar pengamanannya serta lantai kerja yang dicat dengan warna terang misalnya warna kuning.
- d) Ditulis nomor kode cerobong.
- e) Papan tulisan titik kordinat cerobong menggunakan Global Positioning Sistem (GPS).

## 2. Penyelenggaraan Pengamanan Radiasi

Radiasi adalah emisi dan penyebaran energi melalui ruang (media) dalam bentuk gelombang elektromagnetik atau partikel-partikel atau elementer dengan kinetik yang sangat tinggi yang dilepaskan dari bahan atau alat radiasi yang digunakan oleh instalasi di rumah sakit. Pengamanan radiasi merupakan upaya perlindungan kesehatan masyarakat dari dampak radiasi melalui promosi dan pencegahan risiko atas bahaya radiasi dengan melakukan kegiatan pemantauan, investigasi, dan mitigasi pada sumber, media lingkungan dan manusia yang terpajan atau alat yang mengandung radiasi. Pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit perlu dijaga kesehatannya dari efek yang ditimbulkan oleh sumber radiasi meliputi radiologi dan radioterapi. Untuk itu diperlukan upaya perlindungan kesehatan masyarakat dari dampak radiasi melalui promosi pemantauan dan pencegahan risiko atas bahaya radiasi pada sumber media lingkungan dan manusia yang terpajan atau alat yang mengandung radiasi. Dalam melaksanakan penyelenggaraan pengamanan radiasi maka harus memenuhi standar baku mutu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penyelenggaraan pengamanan radiasi dilakukan melalui upaya sebagai berikut:

6 Perizinan  
Setiap rumah sakit yang memanfaatkan peralatan yang memancarkan radiasi dan menggunakan zat radioaktif, harus memperoleh izin dari Badan Pengawas Tenaga Nuklir.

7 Sistem Pembatasan Dosis

Penerimaan dosis radiasi terhadap pekerja atau masyarakat tidak boleh melebihi nilai batas dosis yang ditetapkan oleh Badan Pengawas Tenaga Nuklir.

8 Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja terhadap Pemanfaatan Radiasi Pengion.

1) Organisasi

Setiap pengelola rumah sakit yang mempunyai pelayanan radiasi harus memiliki organisasi proteksi radiasi, dimana petugas proteksi radiasi tersebut telah memiliki surat ijin sebagai petugas radiasi dari Badan Pengawas Tenaga Nuklir.

2) Peralatan Proteksi Radiasi

Pengelola rumah sakit yang mempunyai pelayanan radiasi harus melengkapi dengan peralatan proteksi radiasi, pemantau dosis perorangan, pemantau daerah kerja dan pemantau lingkungan hidup sesuai dengan jenis sumber radiasi yang digunakan.

3) Pemantauan Dosis Perorangan

a) Pengelola rumah sakit yang mempunyai pelayanan radiologi (radiasi), mewajibkan setiap pekerja radiasi untuk memakai peralatan pemantau dosis perorangan, sesuai dengan jenis instalasi dan sumber radiasi yang digunakan dan dilakukan pencatatan dosis secara ketat setiap 3 (tiga) bulan dan menggunakan alat proteksi diri setiap melakukan pekerjaannya.

b) Pengamanan terhadap bahan yang memancarkan radiasi hendaknya mencakup rancangan instalasi yang memenuhi persyaratan, penyediaan pelindung radiasi atau kontainer.

c) Proteksi radiasi yang disediakan harus mempunyai ketebalan tertentu yang mampu menurunkan laju dosis radiasi. Tebal bahan pelindung sesuai jenis dan energi radiasi, aktivitas dan sumber radiasi, serta sifat bahan pelindung. Proteksi radiasi harus dicek kondisinya secara rutin.

- d) Perlengkapan dan peralatan yang disediakan adalah monitoring perorangan, surveimeter, alat untuk mengangkat dan mengangkut, pakaian kerja, dekontaminasi kit, alat-alat pemeriksaan tanda-tanda radiasi.
- 4) Pemeriksaan Kesehatan
- a) Pengelola rumah sakit harus menyelenggarakan pemeriksaan kesehatan awal secara teliti dan menyeluruh untuk setiap orang yang akan bekerja sebagai pekerja radiasi, secara berkala selama bekerja sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan sekali.
- b) Pengelola rumah sakit harus memeriksa akan kesehatan pekerja radiasi yang akan memutuskan hubungan kerja kepada dokter yang ditunjuk, dan hasil pemeriksaan kesehatan diberikan kepada pekerja radiasi yang bersangkutan.
- c) Dalam hal terjadi kasus penyakit yang disebabkan pajanan radiasi, pengelola rumah sakit harus memberikan perlindungan dan jaminan keselamatan dan kesehatan saat bekerja dan purnakerja.
- 5) Penyimpanan Dokumentasi
- Pengelola rumah sakit harus tetap menyimpan dokumen yang memuat catatan dosis hasil pemantauan daerah kerja lingkungan dan kartu kesehatan pekerja selama 30 (tiga puluh) tahun sejak pekerja radiasi berhenti bekerja.
- 6) Pendidikan dan Pelatihan
- Setiap pekerja harus memperoleh pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan dan kesehatan kerja terhadap radiasi. Pengelola rumah sakit bertanggung jawab atas pendidikan dan pelatihan.
- 7) Kalibrasi
- a) Pengelola rumah sakit wajib mengkalibrasikan alat ukur radiasi secara berkala sekurang-kurangnya 1 (satu) kali setahun.
- b) Pengelola rumah sakit wajib mengkalibrasi kesehatan radiasi (output) peralatan radioterapi secara berkala sekurang-kurangnya 1 (satu) kali per 2 tahun.



- 1) Kalibrasi hanya dapat dilakukan oleh instansi yang telah terakreditasi dan ditunjuk oleh Badan Pengawas Tenaga Nuklir

#### 2. Penanggulangan Kecelakaan Radiasi

- 1) Pengelola rumah sakit harus melakukan upaya pencegahan terjadinya kecelakaan radiasi.
- 2) Dalam hal terjadi kecelakaan radiasi, pengelola rumah sakit harus melakukan upaya penanggulangan diutamakan pada keselamatan manusia di rumah sakit.
- 3) Lokasi tempat kejadian harus diisolasi dengan memberi tanda khusus seperti pagar, barang atau bahan yang terkena pancaran radiasi segera diisolasi kemudian didekontaminasi.
- 4) Jika terjadi kecelakaan radiasi, pengelola rumah sakit harus segera melaporkan terjadinya kecelakaan radiasi dan upaya penanggulangannya kepada Badan Pengawas Tenaga Nuklir dan instansi terkait lainnya.

#### c. Pengelolaan Limbah Radioaktif

- 1) Penghasil limbah radioaktif tingkat rendah dan tingkat sedang wajib mengumpulkan, mengelompokkan, atau mengolah dan menyimpan sementara limbah radioaktif sebelum diserahkan kepada Badan Tenaga Atom Nasional (BATAN).
- 2) Pengelolaan limbah radioaktif pada unit kedokteran nuklir dilakukan pemilahan menurut jenis yaitu limbah cair dan limbah padat.
- 3) Limbah radioaktif yang berasal dari luar negeri tidak diizinkan untuk disimpan di wilayah Indonesia.

**Penyelenggaraan Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit**  
Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit adalah upaya untuk mencegah dan mengendalikan populasi serangga, tikus, dan binatang pembawa penyakit lainnya sehingga keberadaannya tidak menjadi media penularan penyakit. Untuk mencapai pemenuhan standar baku mutu dan persyaratan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit, maka dilakukan upaya pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur mengenai

standar baku mutu dan persyaratan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit.

#### H. Penyelenggaraan Pengawasan Linen (*Laundry*)

Pengawasan linen adalah upaya pengawasan terhadap tahapan-tahapan pencucian linen di rumah sakit untuk mengurangi risiko gangguan kesehatan dan lingkungan hidup yang ditimbulkan. Linen merupakan salah satu kebutuhan pasien dirumah sakit yang dapat memberikan dampak kenyamanan dan jaminan kesehatan. Pengelolaan linen yang buruk akan menyebabkan potensi penularan penyakit bagi pasien, staf dan pengguna linen lainnya. Untuk mewujudkan kualitas linen yang sehat dan nyaman serta aman, maka dalam pengelolaan linen di rumah sakit harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Suhu air panas untuk pencucian 70°C dalam waktu 25 menit atau 95°C dalam waktu 10 menit.
2. Penggunaan jenis deterjen dan desinfektan untuk proses pencucian dilengkapi Informasi Data Keamanan Bahan (MSDS) agar penanganan risiko paparannya dapat tertangani secara cepat dan tepat.
3. Standar kuman bagi linen dan seragam tenaga medis bersih setelah keluar dari proses cuci tidak mengandung 20 CFU per 100 cm persegi.
4. Pintu masuk linen kotor dan pintu keluar linen bersih harus berbeda atau searah.
5. Jarak rak linen dengan plafon : 40 cm.
6. Dilakukan identifikasi jenis B3 yang digunakan laundry dengan membuat daftar inventori B3 dapat berupa tabel yang berisi informasi jenis B3, karakteritiknya, ketersediaan MSDS, cara pewadahan, cara penyimpanan dan simbol limbah B3.
7. Penggunaan jenis deterjen dan desinfektan untuk proses pencucian dilengkapi Informasi Data Keamanan Bahan (MSDS) agar penanganan risiko paparannya dapat tertangani secara cepat dan tepat.
8. Ditempat laundry tersedia keran air keperluan higiene dan sanitas dengan tekanan cukup dan kualitas air yang memenuhi persyaratan baku mutu, juga tersedia air panas dengan tekanan dan suhu yang memadai.



9. Bangunan laundry dibuat permanen dan memenuhi persyaratan pedoman teknis bangunan *laundry* rumah sakit atau sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
10. Rumah Sakit melakukan pencucian secara terpisah antara linen infeksius dan noninfeksius.
11. Khusus untuk pencucian linen infeksius dilakukan diruangan khusus yang tertutup dengan dilengkapi sistem sirkulasi udara sesuai dengan ketentuan.
12. *Laundry* harus dilengkapi saluran air limbah tertutup yang dilengkapi dengan pengolahan awal (*pre-treatment*) sebelum dialirkan ke unit pengolahan air limbah.
13. Bangunan *laundry* terdiri dari ruang-ruang terpisah sesuai kegunaannya yaitu ruang linen kotor dan ruang linen bersih harus dipisahkan dengan dinding yang permanen, ruang untuk perlengkapan kebersihan, ruang perlengkapan cuci, ruang kereta linen, kamar mandi dan ruang peniris atau pengering untuk alat-alat termasuk linen.
14. *Laundry* harus dilengkapi "ruang antara" untuk tempat transit keluar-masuk petugas *laundry* untuk mencegah penyebaran mikroorganisme.
15. Alur penanganan proses linen mulai dari linen kotor sampai dengan linen bersih harus searah (*Hazard Analysis and Critical Control Point*).
16. Dalam area *laundry* tersedia fasilitas wastafel, pembilas mata (*eye washer*) dan atau pembilas badan (*body washer*) dengan dilengkapi petunjuk arahnya.
17. Proses pencucian *laundry* yang dilengkapi dengan suplai uap panas (*steam*), maka seluruh pipa *steam* yang terpasang harus aman dengan dilengkapi *steam trap* atau kelengkapan pereduksi panas pipa lainnya.
18. Ruangan *laundry* dilengkapi ruangan menjahit, gudang khusus untuk menyimpan bahan kimia untuk pencucian dan dilengkapi dengan penerangan, suhu dan kelembaban serta tanda/symbol keselamatan yang memadai.
19. Perlakuan terhadap linen:
  - a. Pengumpulan
    - 1) Pemilahan antara linen infeksius dan non infeksius dimulai dari sumber dan memasukkan linen kedalam kantong



- plastik sesuai jenisnya serta diberi label.
- 2) Menghitung dan mencatat linen diruangan.
  - 3) Dilarang melakukan perendaman linen kotor di ruangan sumber.
- b. Penerimaan
- 1) Mencatat linen yang diterima dan telah dipilah antara infeksius dan non infeksius.
  - 2) Linen dipilah berdasarkan tingkat kekotorannya.
- c. Pencucian
- 1) Menimbang berat linen untuk menyesuaikan dengan kapasitas mesin cuci dan kebutuhan deterjen dan disinfektan.
  - 2) Membersihkan linen kotor dari tinja, urin, darah dan muntahan dengan menggunakan mesin cuci infeksius.
  - 3) Mencuci dikelompokkan berdasarkan tingkat kekotorannya.
  - 4) Pengeringan linen dengan mesin pengering (*dryer*) sehingga didapat hasil pengeringan yang baik.
  - 5) Penyeterikaan dengan mesin seterika uap, mesin flat ironer sehingga didapat hasil seterikaan yang baik.
  - 6) Linen bersih harus ditata sesuai jenisnya dan sistem stok linen (minimal 4 bagian) dengan sistem *first in first out*.
- d. Distribusi dilakukan berdasarkan kartu tanda terima dari petugas penerima, kemudian petugas menyerahkan linen bersih kepada petugas ruangan sesuai kartu tanda terima.
- e. Pengangkutan
- 1) Kantong untuk membungkus linen bersih harus dibedakan dengan kantong yang digunakan untuk membungkus linen kotor.
  - 2) Menggunakan kereta yang berbeda dan tertutup antara linen bersih dan linen kotor. Untuk kereta linen kotor didesain dengan pintu membuka keatas dan untuk linen bersih dengan pintu membuka ke samping, dan pada setiap sudut sambungan permukaan kereta harus ditutup dengan pelapis (*siller*) yang kuat agar tidak bocor.
  - 3) Kereta dorong harus dicuci dengan disinfektan sesuai digunakan mengangkut linen kotor.

- 4) Waktu pengangkutan linen bersih dan kotor tidak boleh dilakukan bersamaan.
  - 5) Linen bersih diangkut dengan kereta dorong yang berbeda warna.
  - 6) Rumah sakit yang tidak mempunyai *laundry* tersendiri, pengangkutannya dari dan ketempat *laundry* harus menggunakan mobil khusus.
- f. Petugas yang bekerja dalam pengelolaan *laundry* linen harus menggunakan alat pelindung diri seperti masker, sarung tangan, apron, sepatu boot, penutup kepala, selain itu dilakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala, serta harus memperoleh imunisasi hepatitis B setiap 6 (enam) bulan sekali.
- g. Untuk rumah sakit yang tidak mempunyai *laundry* tersendiri, pencuciannya dapat bekerjasama dengan pihak lain dan pihak lain tersebut harus memenuhi persyaratan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, serta dilakukan pengawasan penyelenggaraan linen secara rutin oleh pihak rumah sakit.

#### Penyelenggaraan Pengawasan Proses Dekontaminasi Melalui Disinfeksi dan Sterilisasi

Rumah sakit adalah tempat berkumpulnya berbagai jenis mikroorganisme penyakit menular yang dapat menginfeksi pasien, pengunjung dan staf rumah sakit. Untuk menjamin perlindungan kesehatan, maka mikroorganisme di rumah sakit perlu dicegah dan dikendalikan melalui upaya dekontaminasi. Dekontaminasi adalah upaya mengurangi dan/atau menghilangkan kontaminasi oleh mikroorganisme pada orang, peralatan, bahan, dan ruang melalui disinfeksi dan sterilisasi dengan cara fisik dan kimiawi. Cara dekontaminasi yang sering dipakai di rumah sakit adalah disinfeksi dan sterilisasi. Untuk mengetahui upaya disinfeksi dan sterilisasi telah sesuai ketentuan dan persyaratan, maka harus memenuhi ketentuan penyelenggaraan kesehatan lingkungan dekontaminasi sebagai berikut:

1. Persyaratan Kesehatan Lingkungan Dekontaminasi melalui Sterilisasi dan Disinfeksi  
Disinfeksi adalah upaya untuk mengurangi/menghilangkan jumlah mikroorganisme patogen penyebab penyakit (tidak termasuk spora) dengan cara fisik dan kimiawi. Sedangkan sterilisasi adalah upaya



untuk menghilangkan semua mikroorganisme dengan cara fisik dan kimiawi. Persyaratan kesehatan lingkungan dekontaminasi melalui sterilisasi dan desinfeksi seperti pada tabel sebagai berikut:

Tabel 14 : Persyaratan Dekontaminasi melalui Sterilisasi dan Desinfeksi

No	Parameter	Baku Mutu
1	Tingkat kepadatan kuman pada lantai dan dinding pada akhir proses desinfeksi	0 s/d 5cfu/ cm <sup>2</sup> Bebas mikroorganisme pathogen dan gas gangren
2	Suhu Sterilisasi peralatan yang berkaitan dengan perawatan pasien secara fisik dengan pemanasan	121°C selama 30 menit 134°C selama 4 s/d 5 menit
3	Suhu desinfeksi peralatan yang tidak berkaitan dengan pasien dalam waktu 45 - 60 detik	80 °C
4	Suhu desinfeksi peralatan memasak dalam waktu 1 menit	80 °C

Tabel 15 : Persyaratan Penyimpanan Peralatan yang telah Disterilisasi

No	Parameter	Baku Mutu
1	Suhu tempat penyimpanan peralatan yang telah disterilisasi	18°s/d 22°C
2	Kelembaban Tempat Penyimpanan Peralatan yang telah disterilisasi Ventilasi menggunakan system tekanan positif dengan efisiensi particular antara 90% s/d 95% (untuk particular 0,5 mikron).	35% s/d 75%
3	Suhu Sterilisasi peralatan yang berkaitan dengan perawatan pasien secara fisik dengan pemanasan	121°C selama 30menit 134°C selama 4 s/d 5 menit

2. Penyimpanan peralatan yang telah disterilkan harus ditempatkan pada tempat (lemari) khusus atau ruangan khusus, dengan ketentuan:
  - a) Dengan suhu 18° s/d 22°C dan kelembaban 35% s/d 75%, ventilasi menggunakan system tekanan positif dengan efisiensi particular antara 90% s/d 95% (untuk particular 0,5 mikron).
  - b) Dinding dan ruangan terbuat dari bahan yang halus, kuat dan mudah dibersihkan.
  - c) Barang yang steril disimpan pada jarak 20 cm s/d 2 4cm dari bawah/lantai, 40cm dari langit-langit dan 5cm dari dinding serta diupayakan untuk menghindari terjadinya penempelan debu



- kemasan.
- d) Rak paling bawah untuk penyimpanan peralatan steril harus berbahan solid dan tidak berlobang.
3. Disinfektan harus memenuhi kriteria tidak merusak peralatan maupun orang, disinfektan mempunyai efek sebagai deterjen dan efektif dalam waktu yang relative singkat, tidak terpengaruh oleh kesadahan air atau keberadaan sabun dan protein yang mungkin ada.
4. Penggunaan disinfektan harus sesuai petunjuk penggunaan yang berlaku.
5. Sterilisasi harus menggunakan sterilan yang ramah lingkungan.
6. Petugas sterilisasi harus menggunakan alat pelindung diri dan menguasai prosedur sterilisasi yang aman.
7. Hasil akhir proses sterilisasi untuk ruang operasi dan ruang isolasi harus bebas dari mikroorganisme hidup.
8. Kamar/ruang operasi yang telah dipakai harus dilakukan disinfeksi dan disterilisasi sampai aman untuk dipakai pada operasi berikutnya.
9. Instrumen dan bahan medis yang dilakukan sterilisasi harus melalui persiapan, meliputi:
- Persiapan sterilisasi bahan dan alat sekali pakai.
    - Penataan – Pengemasan – Pelabelan – Sterilisasi
  - Persiapan sterilisasi instrumen baru:
    - Penataan dilengkapi dengan sarana pengikat (bila diperlukan)
    - Pelabelan – Sterilisasi.
  - Persiapan sterilisasi instrument dan bahan lama:
    - Desinfeksi – Pencucian(dekontaminasi) – Pengeringan (pelipatan bila perlu) – Penataan – Pelabelan – Sterilisasi.
10. Indikasi kuat untuk tindakan disinfeksi/sterilisasi:
- Semua peralatan medik atau peralatan perawatan pasien yang termasuk kategori kritis, yakni yang dimasukkan kedalam jaringan tubuh, system vaskuler atau melalui saluran darah harus dilakukan proses sterilisasi sebelum digunakan.
  - Semua peralatan yang termasuk kategori semi kritis, yakni yang menyentuh selaput lendir seperti endoskopi, pipa endotracheal harus di disinfeksi tingkat tinggi dahulu sebelum digunakan.
  - Semua peralatan yang termasuk kategori non kritis, yakni peralatan yang menyentuh kulit utuh seperti stetoskop, mansheet dan lainnya harus dilakukan desinfeksi tingkat rendah atau menengah sebelum digunakan.

- d. Sterilisasi untuk alat implant harus di melalui uji biologi dan menunjukkan angka kuman dengan hasil negatif.
- e. Semua peralatan yang mengalami penurunan fungsi sebelum dan setelah sterilisasi, tidak dipergunakan kembali.
- f. Dilarang menggunakan bahan seperti linen, dan lainnya yang tidak tahan terhadap sterilisasi, karena akan mengakibatkan kerusakan seperti kemasannya rusak atau berlubang, bahannya mudah sobek basah, dan sebagainya.
- g. Sterilisasi dan disinfeksi terhadap ruang pelayanan media dan peralatan medis dilakukan sesuai kebijakan rumah sakit.

Untuk mencapai pemenuhan penyelenggaraan dekontaminasi melalui disinfeksi dan sterilisasi, maka dilaksanakan upaya:

- a. Penggunaan dan pemeliharaan mesin sterilisasi harus memperhatikan petunjuk dari pabriknya dan harus dikalibrasi minimal 1 kali satu tahun.
- b. Alur pengiriman peralatan yang telah steril dan peralatan yang telah digunakan harus terpisah.
- c. Sterilisasi peralatan harus mengacu pada petunjuk penggunaan alat sterilisasi yang digunakan.
- d. Monitoring suhu, kelembaban, dan tekanan ruang penyimpanan maupun pemrosesan alat steril

#### J. Penyelenggaraan Pengawasan Kegiatan Konstruksi/Renovasi Bangunan Rumah Sakit

Pengawasan kesehatan lingkungan kegiatan konstruksi/renovasi rumah sakit adalah upaya pencegahan, pengendalian dan pengawasan berbagai sumber-sumber pengotoran, pencemaran dan penularan penyakit pada area yang terkait dengan kegiatan konstruksi dan atau renovasi bangunan di rumah sakit. Kegiatan konstruksi dan renovasi bangunan di rumah sakit untuk pengembangan fisik bangunan dan utilitas rumah sakit seringkali dilaksanakan oleh pihak kontraktor yang akan memperkerjakan pekerja dari luar rumah sakit. Dalam pelaksanaannya, maka dibutuhkan kelengkapan fasilitas mandi, cuci dan kakus (MCK) dan fasilitas penanganan sampah dan air limbah dan fasilitas lainnya. Penyediaan fasilitas kesehatan lingkungan ini seringkali kurang mendapatkan perhatian, sehingga mengancam mutu kesehatan lingkungan rumah



sakit. Untuk menjaga agar kegiatan konstruksi dan renovasi di rumah sakit tidak menyebabkan penularan penyakit, pencemaran lingkungan dan mengganggu estetika, maka harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Air limbah dari bedeng pekerja proyek konstruksi dan renovasi disalurkan ke unit pengolahan air limbah tersendiri dan atau Instalasi Pengolahan Air Limbah rumah sakit.
2. Area proyek tidak ada genangan air.
3. Tidak ditemukan sampah rumah tangga di area bedeng pekerja proyek dan sampah sisa-sisa proyek yang berceceran di area proyek.
4. Lingkungan lokasi proyek dan bedeng pekerja terlihat bersih, penerangan dan penghawaan/ventilasi yang cukup, bebas serangga dan tidak ditemukan debu-debu berterbangan.
5. Mencantumkan kewajiban melaksanakan persyaratan kesehatan lingkungan kegiatan konstruksi/ renovasi bangunan rumah sakit dalam dokumen kontrak pekerjaan.

Penyelenggaraan pengawasan kesehatan lingkungan kegiatan konstruksi/renovasi bangunan rumah sakit, maka harus menjalankan upaya sebagai berikut:

1. Penanganan air limbah di bedeng pekerja dan area proyek:
  - a. Lokasi bedeng pekerja proyek sebaiknya berada di area servis (services area) dan berdekatan dengan fasilitas dan jaringan pipa penyaluran air limbah, seperti bak control atau bak pengumpul air limbah.
  - b. Dalam bedeng disediakan ruangan untuk kegiatan mandi cuci kakus yang layak dan memenuhi syarat teknis, serta dengan jumlah yang memadai.
  - c. Air limbah MCK harus disalurkan ke fasilitas sistem penyaluran air limbah menuju Unit Pengolahan Air Limbah rumah sakit menggunakan saluran tertutup (pipa) dan dilengkapi dengan saringan kasar.
  - d. Bila kondisi tertentu tidak memungkinkan melaksanakan poin c, maka penyaluran dan pengolahan air limbah pekerja proyek dapat menggunakan tangki septik tank portable yang memenuhi syarat.
  - e. Dilarang membuang air limbah MCK langsung ke saluran di dalam area rumah sakit atau diluar area rumah sakit.



1. Air limbah kegiatan proyek seperti air bekas galian tanah, pembersihan alat-alat proyek dan penggunaan lainnya tidak boleh tergenang di area proyek.
- g. Rumah sakit melaksanakan pengawasan penanganan air limbah proyek secara periodik.
2. Penanganan sampah proyek:
  - a. Penanganan sampah di area lokasi proyek
    - 1) Di area proyek tersedia wadah/tong sampah rumah tangga dan Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) sampah sisa-sisa proyek.
    - 2) Wadah/tong sampah rumah tangga selalu dalam keadaan bersih, tertutup dan dilengkapi kantong plastik hitam.
    - 3) Sampah rumah tangga harus diangkut keluar area proyek 1 (satu) kali per hari dan dibuang ke TPS sampah rumah sakit.
    - 4) Sampah sisa-sisa proyek harus diangkut keluar area proyek secara periodik tergantung pada volume sampah.
    - 5) Sampah rumah tangga harus dijaga kebersihannya agar tidak mengundang vektor dan binatang pembawa penyakit.
    - 6) Rumah sakit melaksanakan pengawasan penanganan sampah proyek secara periodik.
  - b. Penanganan sampah di area bedeng proyek
    - 1) Di area bedeng pekerja proyek tersedia wadah/tong sampah rumah tangga dan atau Tempat Penyimpanan Sementara (TPS).
    - 2) Wadah/tong sampah rumah tangga selalu dalam keadaan bersih, tertutup dan dilengkapi kantong plastik hitam.
    - 3) Sampah rumah tangga harus diangkut keluar area proyek 1 (satu) kali per hari dan dibuang ke TPS sampah rumah sakit.
    - 4) Sampah rumah tangga harus dijaga kebersihannya agar tidak mengundang serangga lalat, kecoa dan tikus.
    - 5) Dilarang melakukan pembakaran sampah secara terbuka (*open burning*) di area bedeng proyek.
    - 6) Rumah sakit melaksanakan pengawasan penanganan sampah proyek secara periodik.
3. Pengelolaan lingkungan lokasi proyek konstruksi dan renovasi bangunan
  - a. Lingkungan fisik area proyek harus selalu bersih, dan ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok, tidak ditemukan sampah berserakan termasuk puntung rokok dan tidak ditemukan vektor dan binatang pembawa penyakit.

Tersedia penerangan yang cukup di area proyek.

Area proyek dilengkapi pagar penutup, agar debu proyek yang dihasilkan tidak berterbangan di sekitar dan diluar area proyek.

Area proyek yang berpotensi menimbulkan debu, harus dilakukan tindakan pencegahan debu seperti penyiraman secara rutin.

Rumah sakit melaksanakan pengawasan lingkungan proyek secara periodik.

#### Pengelolaan lingkungan lokasi bedeng pekerja

Lingkungan fisik area bedeng pekerja proyek harus selalu bersih, tidak ditemukan sampah berserakan termasuk puntung rokok dan tidak ditemukan vektor dan binatang pembawa penyakit. Jika bedeng pekerja berada di lingkungan rumah sakit, harus mengikuti peraturan sebagai Kawasan Tanpa Rokok.

Bangunan bedeng dilengkapi ventilasi yang cukup, terdapat sirkulasi udara dan pada lobang ventilasi dilengkapi kasa anti nyamuk.

Tersedia penerangan yang cukup di area bedeng proyek.

Tidak terdapat genangan air di area bedeng yang bisa menjadi tempat perkembangan nyamuk.

Area bedeng proyek harus dilengkapi pagar pembatas/penutup, agar terlihat indah.

Rumah sakit melaksanakan pengawasan lingkungan bedeng proyek pekerja secara periodik.

#### Kewajiban persyaratan kesehatan lingkungan dalam dokumen kontrak

Dalam dokumen kontrak pekerjaan konstruksi/renovasi bangunan dicantumkan pasal yang mencantumkan kewajiban pelaksana pekerjaan/kontraktor untuk menerapkan ketentuan kesehatan lingkungan seperti tersebut diatas.

Kewajiban pelaksana pekerjaan/kontraktor untuk melaksanakan ketentuan kesehatan lingkungan pekerjaan konstruksi/renovasi bangunan dapat juga dicantumkan dalam surat pernyataan bermaterai yang ditanda tangani pihak rumah sakit dan pihak pelaksana pekerjaan/kontraktor.

#### Pengelolaan Pengawasan Rumah Sakit Ramah Lingkungan

Rumah sakit ramah lingkungan adalah model operasional kegiatan rumah sakit dengan berbasis pada pelayanan dengan mengedepankan kualitas dan keselamatan (*quality and safety*), efisiensi dan ramah

lingkungan yang berkelanjutan, khususnya terkait dengan kontribusi rumah sakit pada pencegahan perubahan iklim dan pemanasan global. Pengawasan rumah sakit ramah lingkungan merupakan kegiatan pengendalian penggunaan berbagai sumber daya alam dan lingkungan dan sumber-sumber pencemaran lingkungan di rumah sakit yang dapat mempengaruhi perubahan iklim dan pemanasan global, sehingga tercipta rumah sakit yang hijau, sehat, efisien dan ramah lingkungan.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan saat ini perlu menerapkan konsep rumah sakit ramah lingkungan karena alasan menggunakan cukup banyak sumber daya alam dan lingkungan. Penggunaan listrik, air bersih, bahan bakar, dan lainnya yang tidak bijak dan sistem pengelolaannya yang tidak ramah lingkungan akan menyebabkan beban pencemaran pada alam dan lingkungan hidup. Mewujudkan rumah sakit ramah lingkungan dapat dilaksanakan antara lain dengan:

- a. menyusun kebijakan tentang rumah sakit ramah lingkungan;
- b. pembentukan tim rumah sakit ramah lingkungan;
- c. pengembangan tapak/lahan rumah sakit;
- d. penghematan energi listrik;
- e. penghematan dan konservasi air;
- f. penyehatan kualitas udara indoor;
- g. manajemen lingkungan gedung;
- h. pengurangan limbah;
- i. pendidikan ramah lingkungan;
- j. penyelenggaraan kebersihan ramah lingkungan; dan
- k. pengadaan material ramah lingkungan.



## A. Kebijakan Tertulis dan Komitmen Pimpinan Rumah Sakit

1. Komitmen pimpinan tertinggi rumah sakit dituangkan dalam kebijakan tertulis yang dapat berbentuk surat keputusan yang ditandatangani oleh pimpinan tertinggi rumah sakit atau surat edaran dan kebijakan tertulis lainnya sebagai bentuk komitmen pimpinan rumah sakit terkait penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit. Isi surat keputusan minimal menyatakan dukungan pimpinan rumah sakit dalam penyelenggaraan kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit, kesediaan dalam menyediakan sumber daya dan kesediaan menaati ketentuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Kebijakan tertulis ini disosialisasikan kepada seluruh staf rumah sakit.
3. Kebijakan tertulis ini dilaksanakan sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan perkembangan rumah sakit.

## B. Perencanaan dan Organisasi

Penyiapan program kerja kesehatan lingkungan rumah sakit disusun sebagai berikut:

1. Program kerja kesehatan lingkungan rumah sakit mengacu pada hasil analisis risiko kesehatan lingkungan dan atau meliputi seluruh aspek kesehatan lingkungan.
2. Program kerja yang disusun berupa program kerja tahunan yang dapat dijabarkan ke program kerja per triwulan dan atau per semester.
3. Susunan program kerja mengacu pada ketentuan yang berlaku, minimal berisi latar belakang, tujuan, dasar hukum program kerja, langkah kegiatan, indikator, target, waktu pelaksanaan, penanggungjawaban dan biaya.
4. Program kerja dilakukan monitoring dan evaluasi, ditindak lanjuti, dianalisa, dan disusun laporan.

Penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit memerlukan dukungan kelengkapan administrasi perencanaan dan organisasi, serta memenuhi syarat-syarat penyelenggaraan, pembinaan dan pengawasan. Untuk itu, kegiatan kesehatan lingkungan di rumah sakit harus memenuhi persyaratan dibawah ini:

1. Dokumen administrasi kesehatan lingkungan rumah sakit
  - a. Rumah sakit memiliki izin lingkungan dan dokumen lingkungan hidup sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - b. Rumah sakit memiliki dokumen administrasi kesehatan lingkungan rumah sakit yang meliputi panduan/pedoman (pedoman organisasi, pedoman pelayanan), kebijakan (dalam bentuk surat keputusan, standar prosedur operasional, instruksi kerja, rencana strategi, program kerja, evaluasi dan tindak lanjutnya serta dokumen administrasi lainnya.
  - c. Dokumen administrasi ini diketahui pimpinan tertinggi rumah sakit.
  - d. Dokumen administrasi direvisi secara berkala dan berkesinambungan sesuai dengan perkembangan kebijakan dan kebutuhan kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit.
2. Inventarisasi dan pemutakhiran peraturan perundang-undangan terkait kesehatan lingkungan rumah sakit
  - a. Mendokumentasikan seluruh peraturan perundang-undangan, kebijakan dan pedoman/panduan yang terkait kesehatan lingkungan secara teratur dan sistematis.
  - b. Melakukan pemutakhiran terhadap kegiatan pendokumentasian perkembangan dan perubahan peraturan perundang-undangan terkait kesehatan lingkungan rumah sakit.
3. Analisis risiko kesehatan lingkungan rumah sakit
  - a. Menyusun analisis risiko kesehatan lingkungan dengan mengacu pada standar/ketentuan penyusunan analisis risiko yang berlaku umum.
  - b. Hasil analisis risiko ini disusun untuk mengetahui pemetaan sumber-sumber risiko kesehatan lingkungan dan pemetaan pengelolaannya, menentukan upaya pencegahan dan pengendalian risiko.
  - c. Analisis risiko dilengkapi dengan metode pembobotan risiko dan nilai risiko kesehatan lingkungan di rumah sakit.



Penyiapan rencana strategis kesehatan lingkungan rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Rencana strategis kesehatan lingkungan disusun mengacu kepada dinamika perubahan yang terjadi di lingkungan internal maupun eksternal organisasi, yang dapat berpengaruh terhadap penurunan kemampuan inti organisasi.
- b. Rencana strategis yang disusun menggambarkan keputusan organisasi tentang arah dan prioritas strategis organisasi yang diperlukan guna memampukannya dalam mencapai target kinerja yang berkelanjutan
- c. Rencana strategis yang disusun berupa rencana strategis untuk kurun waktu 5 tahun, yang diuraikan berdasarkan perafektif pembelajaran dan pertumbuhan, proses bisnis internal, pelanggan, dan keuangan.
- d. Format rencana strategis mengacu kepada ketentuan yang berlaku umum, seperti meliputi rumusan isu strategis, rumusan tantangan strategis, visi dan misi, analisis SWOT/TOWS, Peta Strategis, matriks indikator kinerja utama, program kerja strategis, dan analisis mitigasi risiko.

Penyiapan program kerja kesehatan lingkungan rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Program kerja kesehatan lingkungan rumah sakit disusun dengan mengacu pada hasil analisis risiko kesehatan lingkungan dan atau meliputi seluruh aspek kesehatan lingkungan.
- b. Program kerja yang disusun berupa program kerja tahunan yang dapat dijabarkan ke program kerja per triwulan dan atau per semester.
- c. Susunan program kerja mengacu pada ketentuan yang berlaku, minimal berisi latar belakang, tujuan, dasar hukum program kerja, langkah kegiatan, indikator, target, waktu pelaksanaan, penanggungjawab dan biaya.
- d. Program kerja monitoring dan evaluasi, ditindak lanjuti dan disusun laporan.

Kelengkapan perizinan fasilitas/alat kesehatan lingkungan rumah sakit

- a. Penyiapan dokumen persyaratan perizinan baru dan atau pengajuan perpanjangan perizinan lama sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sebelum diajukan ke Instansi Pemerintah.



- b. Fasilitas kesehatan lingkungan rumah sakit yang wajib dilengkapi dengan perizinan adalah Unit/Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL), alat/mesin Insinerator, Tempat Penyimpanan Sementara Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan fasilitas kesehatan lingkungan rumah sakit lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - c. Batas waktu berlakunya izin fasilitas kesehatan lingkungan harus dilakukan monitoring dan evaluasi serta dilakukan perpanjangan perizinan.
  - d. Untuk peralatan dan fasilitas kesehatan lingkungan yang tidak memerlukan izin tetapi memerlukan keakuratan angka hasil pengukuran, maka harus dilakukan kalibrasi secara periodik sesuai dengan standard dan pedoman teknis yang berlaku.
7. Pelaksanaan kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit
- a. Dilaksanakan dengan mengacu pada pedoman dan program kerja yang telah ditetapkan.
  - b. Seluruh kegiatan dicatat, dimonitoring dan dilakukan evaluasi.
  - c. Kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan oleh pimpinan dan petugas unit kerja kesehatan lingkungan rumah sakit.
  - d. Monitoring dan evaluasi kegiatan kesehatan lingkungan di rumah sakit dilakukan dengan menggunakan instrument Inspeksi Kesehatan Lingkungan (terlampir)
  - e. Hasil kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan pendokumentasian dan pelaporan secara berkala dan berkesinambungan, dalam rangka upaya perbaikan kualitas kesehatan lingkungan rumah sakit.
8. Kegiatan tindak lanjut terhadap permasalahan kesehatan lingkungan rumah sakit
- a. Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti atas permasalahan kesehatan lingkungan yang ditemukan di lapangan.
  - b. Hasil kegiatan tindak lanjut kesehatan lingkungan berupa rekomendasi.
  - c. Kegiatan tindak lanjut dilaksanakan oleh unit kerja kesehatan lingkungan rumah sakit atau unit kerja lain yang terkait.
  - d. Seluruh hasil kegiatan tindak lanjut dan rekomendasi dilakukan pendokumentasian

2. Penyusunan laporan pelaksanaan kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit:

- a. Laporan disusun oleh unit kesehatan lingkungan rumah sakit.
  - b. Laporan terdiri atas laporan internal dan eksternal. Laporan internal disampaikan oleh unit kerja kesehatan lingkungan kepada pimpinan rumah sakit, instansi pembina terkait sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - c. Lingkup aspek kesehatan lingkungan yang dilaporkan secara eksternal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - d. Seluruh isi laporan dilakukan sosialisasi terhadap seluruh staf unit kerja kesehatan lingkungan rumah sakit.
  - e. Seluruh dokumen laporan, termasuk tanda terima laporan didokumentasikan.
  - f. Pelaporan kesehatan lingkungan rumah sakit dilakukan dalam pelaporan harian, bulanan, triwulan, semesteran, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Tata laksana penilaian kinerja kesehatan lingkungan rumah sakit mandiri
- a. Penilaian kinerja mandiri dilaksanakan untuk mengetahui tingkat pentaatan kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit terhadap Peraturan Menteri Kesehatan ini secara internal.
  - b. Penilaian kinerja mandiri dilaksanakan oleh unit kerja kesehatan lingkungan rumah sakit.
  - c. Penilaian kinerja mandiri dilaksanakan setiap tahun.
  - d. Penilaian kinerja mandiri mengacu dengan formulir terlampir.
  - e. Hasil penilaian kinerja mandiri dilakukan pelaporan secara berkala dan berkesinambungan.

Dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit diperlukan organisasi yang menyelenggarakan upaya kesehatan lingkungan rumah sakit secara menyeluruh dan berada di bawah pimpinan rumah sakit.

Untuk itu dibentuk satu unit kerja fungsional yang mempunyai tanggung jawab kesehatan lingkungan rumah sakit. Unit kerja kesehatan lingkungan rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Rumah sakit memiliki unit kerja fungsional yang memiliki tugas pokok, fungsi, dan tanggung jawab serta kewenangan yang luas terhadap kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit.



- b. Unit kerja kesehatan lingkungan rumah sakit dapat berbentuk Instalasi Kesehatan Lingkungan yang dilengkapi dengan struktur organisasi dan tata laksana kerja yang jelas.
- c. Unit kerja dipimpin oleh staf/pegawai yang memiliki latar belakang pendidikan dan kompetensi di bidang kesehatan lingkungan.
- d. Pimpinan unit kerja dan staf dilengkapi dengan sertifikasi pelatihan terkait dengan kesehatan lingkungan rumah sakit.

### C. Sumber Daya

#### 1. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang diperlukan dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit terdiri atas tenaga kesehatan lingkungan atau tenaga lain yang berkompeten dalam penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan.

- a. Penanggung jawab kesehatan lingkungan di rumah sakit kelas A dan B adalah seorang tenaga yang memiliki latar belakang pendidikan bidang kesehatan lingkungan/sanitasi/teknik lingkungan/teknik penyehatan, minimal berijazah sarjana (S1) atau Diploma IV.
- b. Penanggung jawab kesehatan lingkungan di rumah sakit kelas C dan D adalah seorang tenaga yang memiliki latar belakang pendidikan bidang kesehatan lingkungan/sanitasi/teknik lingkungan/teknik penyehatan, minimal berijazah diploma (D3).
- c. Rumah sakit pemerintah maupun swasta yang seluruh atau sebagian kegiatan kesehatannya dilaksanakan oleh pihak ketiga, maka tenaganya harus memiliki latar belakang pendidikan bidang kesehatan lingkungan/sanitasi/teknik lingkungan/teknik penyehatan, dan telah memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Kerja (SIK) yang diberikan oleh instansi/institusi yang berwenang kepada tenaga kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi.
- d. Kompetensi tenaga dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan di rumah sakit dapat diperoleh melalui pelatihan di bidang kesehatan lingkungan yang pelaksanaannya dan kurikulumnya terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



- c. Jumlah tenaga kesehatan lingkungan di Rumah Sakit disesuaikan dengan beban kerja dan tipe Rumah Sakit.

### Peralatan Kesehatan Lingkungan

Keberhasilan upaya kesehatan lingkungan di rumah sakit salah satunya ditentukan dengan terciptanya kualitas media lingkungan rumah sakit yang memenuhi syarat kesehatan dan syarat keselamatan. Untuk melaksanakan kegiatan pengukuran media lingkungan dibutuhkan peralatan kesehatan lingkungan. Peralatan kesehatan lingkungan adalah berbagai alat ukur dan alat uji kualitas media lingkungan yang wajib dimiliki rumah sakit untuk mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan, pengamanan, pengendalian media lingkungan di rumah sakit. Keberadaan peralatan ini sangat penting bagi tenaga kesehatan lingkungan di rumah sakit, karena dengan hasil pengukuran terhadap media lingkungan maka tenaga kesehatan dapat dengan mudah melakukan analisis data hasil pengukuran dan merumuskan upaya tindak lanjut atau rekomendasi perbaikannya. Peralatan kesehatan lingkungan di rumah sakit dapat berupa peralatan untuk tujuan pengukuran langsung pada media dan atau sampel media lingkungan dan peralatan untuk tujuan melakukan uji laboratorium terhadap sampel media lingkungan. Untuk memenuhi kebutuhan peralatan kesehatan lingkungan tersebut, maka rumah sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Rumah sakit harus memiliki peralatan ukur minimal kegiatan kesehatan lingkungan untuk menjadi alat ukur media dan atau sampel media lingkungan bagi petugas kesehatan lingkungan rumah sakit dan atau bermitra dengan pihak ketiga yang berkompeten dan terakreditasi.
- b. Peralatan kesehatan lingkungan minimal yang harus dimiliki oleh rumah sakit adalah:
  - 1) Alat ukur suhu ruangan, yakni *thermometer* ruangan suhu rendah
  - 2) Alat ukur suhu air, yakni *thermometer* air
  - 3) Alat ukur kelembaban ruangan, yakni *hygrometer*
  - 4) Alat ukur kebisingan, yakni *sound level meter*
  - 5) Alat ukur pencahayaan ruangan, yakni *lux meter*

- 6) Alat ukur swapantau kualitas air bersih, yakni klor meter, pH meter dan DO (*Dissolved Oxygen*) meter
  - 7) Alat ukur swapantau kualitas air limbah, yakni pH meter, DO (*Dissolved Oxygen*) meter dan klor meter
  - 8) Alat ukur kepadatan vector pembawa penyakit, yakni alat perangkap lalat (*fly trap*), alat ukur kepadatan lalat (*fly grill*), alat penangkap nyamuk, senter, alat penangkap kecoa, dan alat penangkap tikus.
- c. Untuk melaksanakan uji laboratorium terhadap media dan/atau sampel media lingkungan seperti udara ambien, gas dan debu emasi mikrobiologi ruangan, kualitas fisika, kimia dan mikrobiologi air bersih dan air limbah dan lainnya, maka rumah sakit dapat menyerahkan kepada laboratorium kesehatan lingkungan rujukan yang telah terakreditasi nasional sesuai ketentuan yang berlaku.
  - d. Peralatan media lingkungan harus dilakukan kalibrasi secara berkala untuk menjamin keakuratan angka hasil pengukuran dengan ketentuan sesuai petunjuk penggunaan alat.
  - e. Peralatan ukur harus disimpan dalam tempat/wadah/ruangan yang memenuhi syarat agar tetap terpelihara dan berfungsi dengan baik.

#### D. Pelatihan Kesehatan Lingkungan

Dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan, dan keterampilan tentang pelaksanaan kesehatan lingkungan rumah sakit dilakukan pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan lingkungan rumah sakit bagi sumber daya manusia di bidang kesehatan lingkungan rumah sakit. Pendidikan dan pelatihan merupakan suatu kegiatan dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan dan keterampilan pada anggota/pelaksana unit fungsional kesehatan lingkungan rumah sakit dan seluruh sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping/pasien dan pengunjung tentang peran mereka dalam melaksanakan kesehatan lingkungan. Peningkatan pemahaman dan kemampuan serta keterampilan semua SDM Rumah Sakit dapat dilakukan dalam bentuk sosialisasi, *inhouse training*, *workshop*. Pendidikan dan pelatihan bagi anggota/pelaksana unit fungsional kesehatan lingkungan dapat berbentuk *inhouse training*, *workshop*, pelatihan terstruktur dan berkelanjutan yang terkait kesehatan lingkungan rumah sakit dan pendidikan formal.



Pelatihan bagi anggota/pelaksana unit fungsional kesehatan lingkungan rumah sakit harus sesuai dengan standar kurikulum di bidang kesehatan lingkungan yang diakreditasi oleh Kementerian Kesehatan. Pelatihan dapat diselenggarakan oleh lembaga/institusi pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau lembaga pelatihan yang terakreditasi, dan program pelatihannya terakreditasi di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### E. Pencatatan dan Pelaporan

Rumah sakit harus melaksanakan kegiatan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit. Kegiatan pencatatan menggunakan formulir Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) yang dilaporkan setiap 6 (enam) bulan sekali kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan dinas lingkungan hidup daerah kabupaten/kota. Laporan dapat ditembuskan kepada dinas kesehatan daerah provinsi dan dinas lingkungan hidup daerah provinsi.

Untuk kepentingan pengendalian internal, rumah sakit dapat menyelenggarakan inspeksi yang lebih terinci sesuai fasilitas yang tersedia. Pelaporan rutin dapat berupa pelaporan harian, bulanan, triwulan, semester dan tahunan terkait pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit. Rumah sakit wajib menyampaikan laporan pelaksanaan kesehatan lingkungan melalui e-monev kesehatan lingkungan rumah sakit.

### F. Penilaian Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

Penilaian kinerja penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit dilakukan oleh internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit. Penilaian kinerja mengacu pada formulir Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) terlampir. Hasil penilaian kinerja penyelenggaraan kesehatan Lingkungan Rumah Sakit dengan kategori sangat baik; baik; kurang.

Penilaian internal yang dilakukan oleh rumah sakit sebagai bahan evaluasi dan peningkatan kinerja dalam pelaksanaan kesehatan lingkungan rumah sakit. Penilaian eksternal dilakukan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi dan pemerintah pusat. Dalam rangka peningkatan kinerja rumah sakit dapat diberikan penghargaan oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah dan/atau lembaga independen yang ditunjuk oleh Pemerintah.



## BAB V

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### A. Pembinaan

Untuk melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan dan penerapan standar baku mutu dan persyaratan kesehatan lingkungan di rumah sakit, maka pembinaan dilakukan oleh Menteri, kepala dinas kesehatan daerah provinsi, dan kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, serta institusi terkait sesuai dengan kewenangan masing-masing. Pembinaan dilakukan dengan tujuan untuk mencegah timbulnya risiko buruk bagi kesehatan, terwujudnya lingkungan yang sehat dan kesiapsiagaan kesehatan lingkungan dalam kejadian bencana. Dalam hal ini, maka kegiatan pembinaan dilaksanakan sebagai berikut:

1. Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan pemerintah daerah provinsi dan dinas kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota berkewajiban melaksanakan pembinaan terhadap pimpinan/pengelola rumah sakit dan petugas kesehatan lingkungan rumah sakit melalui kegiatan pelatihan teknis, sosialisasi, advokasi, konsultasi, pemberian penghargaan dan kegiatan pembinaan lainnya.
2. Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan pemerintah daerah provinsi dan dinas kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota melaksanakan pemberdayaan masyarakat terkait dengan kegiatan kesehatan lingkungan di rumah sakit dengan membangun dan meningkatkan jejaring kerja atau kemitraan dan pemberian penghargaan.

#### B. Pengawasan

Untuk melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan dan penerapan standar baku mutu dan persyaratan kesehatan lingkungan di rumah sakit agar dapat berjalan secara efisien, efektif dan berkesinambungan, maka pengawasan dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing. Dalam hal ini, maka kegiatan pengawasan dilaksanakan sebagai berikut:

1. Kementerian Kesehatan dapat mendelegasikan kepada pemerintah daerah setempat melalui dinas kesehatan pemerintah daerah provinsi

dan dinas kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota untuk melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan kesehatan lingkungan. Kegiatan pengawasan yang dilaksanakan meliputi:

- a. Pemantauan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit oleh pengelola/pimpinan rumah sakit atau penanggungjawab kesehatan lingkungan atas kewajibannya dalam mewujudkan media lingkungan yang memenuhi persyaratan dan standar baku mutu kesehatan lingkungan di rumah sakit.
  - b. Pemeriksaan kualitas media kesehatan lingkungan rumah sakit dengan kegiatan meliputi pengambilan sampel, pengujian laboratorium dan penyusunan rencana tindak lanjut.
2. Pengawasan kesehatan lingkungan rumah sakit oleh dinas kesehatan pemerintah daerah provinsi dan dinas kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota dilakukan secara terkoordinasi dengan instansi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  3. Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan pemerintah daerah provinsi dan dinas kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota menggunakan hasil kegiatan pengawasan sebagai acuan dalam menyusun dan melakukan perbaikan atas program kerja kesehatan lingkungan rumah sakit dalam skala kewilayahan pada tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota.



BAB VI  
PENUTUP

Standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan rumah sakit ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan oleh dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, pimpinan/pengelola rumah sakit, tenaga kesehatan rumah sakit, pemangku kepentingan/pembuat kebijakan, dan organisasi profesi atau asosiasi rumah sakit dalam menyelenggarakan, melakukan pembinaan dan pengawasan serta berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit guna menjamin perlindungan kesehatan dan keamanan petugas, pasien dan pengunjung, masyarakat sekitar serta lingkungan hidup rumah sakit.

Untuk memperluas penerapan Peraturan Menteri Kesehatan ini, dan agar upaya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit dapat berjalan secara optimal, maka diperlukan komitmen dari pimpinan/pengelola rumah sakit. Pelaksanaan kesehatan lingkungan rumah sakit dapat tercapai bila semua pihak berkepentingan yaitu pimpinan rumah sakit, manajemen, tenaga kesehatan, dan sumber daya manusia rumah sakit lainnya berperan serta dalam menjalankan perannya masing-masing. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit merupakan bagian dari usaha pemerintah yang ditujukan bagi semua pihak terkait agar seluruh rumah sakit dapat menyelenggarakan kesehatan lingkungan dengan efektif, efisien, dan berkesinambungan, sedang pemerintah daerah dapat melakukan pembinaan dan pengawasan kualitas kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dengan ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan ini diharapkan dapat mencegah, mengendalikan dan menanggulangi berbagai risiko kesehatan lingkungan yang terjadi di dalam dan sekitar rumah sakit, agar rumah sakit menjadi tempat dan fasilitas umum yang sehat, nyaman dan aman.

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum dan Organisasi

Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

ttd

NILA FARID MOELOEK



LAMPIRAN II

PERATURAN MENTERI KESEHATAN

REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 7 TAHUN 2019

TENTANG

KESEHATAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

FORMULIR

INSPEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN (IKL) RUMAH SAKIT

1. Nama Rumah Sakit :  
 2. Alamat Rumah Sakit :  
 3. Kelas Rumah Sakit : - A/B/C (RS Pemerintah, BUMN/BUMD) \*)  
 - Swasta/TNI/Polri \*)  
 4. Jumlah Tempat Tidur : (Unit)  
 5. Tanggal Pemeriksaan :

Variabel Standar dan Persyaratan Kesling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Skor
2	3	4	5	6
<b>I. KESEHATAN AIR RUMAH SAKIT</b>	<b>14</b>			
1. Kuantitas air minum	4	a. Memenuhi 5 Liter/TT/Hari	100	
		b. Kurang dari 5 Liter/TT/Hari	50	
		c. Tidak memenuhi persyaratan kuantitas air minum	0	
2. Kuantitas air keperluan hygiene dan sanitasi	4	a. Memenuhi - RS kelas A dan B di ruang rawat inap 400 - 450 liter/TT/hari	100	
		- RS kelas C dan D di ruang rawat inap 200 - 300 liter/TT/hari		
		b. Di unit rawat jalan semua kelas rumah sakit 5 L/orang/hari	100	

No	Variabel Standar dan Persyaratan Keleling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Skor
			c. Tidak memenuhi persyaratan kuantitas air keperluan higiene dan sanitasi	25	
	3. Kualitas air minum	3	a. memenuhi persyaratan fisik, mikrobiologi, kimia, radioaktivitas	100	
	b. Sebagian memenuhi persyaratan fisik, mikrobiologi, kimia, radioaktivitas		50		
	c. Tidak memenuhi persyaratan kualitas		0		
	4. Kualitas air untuk keperluan higiene dan sanitasi	3	a. memenuhi persyaratan fisik, mikrobiologi, kimia, radioaktivitas	100	
	b. Sebagian memenuhi persyaratan fisik, mikrobiologi, kimia, radioaktivitas		50		
	c. Tidak memenuhi persyaratan kualitas		0		
II	<b>KESEHATAN UDARA RUMAH SAKIT</b>	10			
	1. Memenuhi Standar Baku Mutu Mikrobiologi Udara, angka disesuaikan dengan jenis ruangan	2	a. Ruang operasi kosong, 35 CFU/m <sup>3</sup>	50	
			b. Ruang operasi ada aktifitas, 180 CFU/m <sup>3</sup>	50	
	2. Memenuhi standar baku mutu fisik untuk kelembaban udara	2	a. Semua ruangan memenuhi kelembaban (40-60%)	100	
			b. Sebagian ruangan memenuhi kelembaban (40-60%)	50	
	3. Memenuhi standar baku mutu untuk pencahayaan, angka disesuaikan dengan jenis ruangan	2	a. Ruang pasien - Saat tidak tidur (250 lux) - Saat tidur (50 lux)	10	
			b. Rawat Jalan (200 lux)	10	
			c. Unit Gawat Darurat (300 lux)	10	

Variabel Standar dan Persyaratan Kesling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Skor
		d. Operasi Umum (300-500 lux)	10	
		e. Meja Operasi (10.000-20.000 lux)	10	
		f. Anastesi pemulihan (300-500 lux)	10	
		g. Endoscopy, lab (75-100 lux)	10	
		h. Sinar X (minimal 60 lux)	10	
		i. Koridor (minimal 100 lux)	5	
		j. Tangga (minimal 100 lux)	5	
		k. Administrasi/Kantor (minimal 100 lux)	10	
4. Memenuhi standar baku mutu untuk kebisingan, angka disesuaikan dengan jenis ruangan	2	a. Ruang pasien - Saat tidak tidur (45 dBA) - Saat tidur (40 dBA)	15	
		b. Operasi Umum (45 dBA)	10	
		c. Ruang Umum (45 dBA)	5	
		d. Anastesi pemulihan(50 dBA)	5	
		e. Endoscopy, lab (65 dBA)	5	
		f. Sinar X (40 dBA)	5	
		g. Koridor (45 dBA)	5	
		h. Tangga (65 dBA)	5	
		i. Kantor/lobby (65 dBA)	5	
		j. Ruang alat /gudang (65 dBA)	5	
		k. Farmasi (65 dBA)	5	
		l. Ruang cuci (80 dBA)	5	
		m. Ruang isolasi (20 dBA)	10	
		n. Ruang poligigi (65 dBA)	5	
		o. Ruang ICU (65 dBA)	5	
p. Ambulans (40 dBA)	5			
5. Memenuhi persyaratan	2	a. Karbon monoksida	10	



No	Variabel Standar dan Persyaratan Keding	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Bobot
	kualitas kimia udara ruang		maks. 10.000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$		
			b. Karbodioksida maks. 1 ppm	10	
			c. Timbal maks. 0,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	10	
			d. Nitrogen dioksida maks. 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	10	
			e. Sulfur dioksida maks. 125 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	10	
			f. Formaldehida maks 100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	10	
			g. Total senyawa organik yang mudah menguap (T.VOC) maks. 3	10	
			h. Tidak berbau (bebas H <sub>2</sub> S dan amoniak)	15	
			i. Kadar debu (diameter <10 mikron atau tidak melebihi 150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ dan tidak mengandung debu asbes)	15	
III.		KESEHATAN PANGAN SIAP SAJI RUMAH SAKIT	10		
	1. Memenuhi standar baku mutu pangan siap saji	5	a. Rumah sakit memiliki sertifikat jasa boga golongan B	100	
			b. Rumah sakit tidak memiliki sertifikat.	0	
	2. Hasil IKL memenuhi syarat jasa boga golongan B	5	a. Ya	100	
			b. Tidak	0	
IV.	KESEHATAN SARANA DAN BANGUNAN	10			
	1. Toilet pengunjung	2	a. perbandingan 1 toilet untuk pengunjung wanita 1:20 dan 1:30 untuk pengunjung pria	100	
			b. perbandingan toilet pengunjung pria dan wanita tidak sesuai dengan jumlahnya.	50	
	2. Toilet disabilitas	2	Tersedia toilet untuk orang yang		

Varabel Standar dan Persyaratan Kesling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Skor
		keterbatasan fisik (disabilitas) di ruang rawat jalan, penunjang medik dan IGD		
		a. Ya	100	
		b. Tidak	0	
3. Lantai rumah sakit	2	a. lantai terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin, warna terang, dan mudah dibersihkan.	25	
		b. lantai yang selalu kontak dengan air harus mempunyai kemiringan yang cukup ke arah saluran pembuangan air limbah.	25	
		c. Pertemuan lantai dengan dinding harus berbentuk Korus atau lengkung agar mudah dibersihkan.	25	
		d. Permukaan dinding harus kuat rata, berwarna terang dan menggunakan cat yang tidak luntur serta tidak menggunakan cat yang mengandung logam berat.	25	
4. Pintu rumah sakit	2	a. Pintu utama dan pintu-pintu yang dilalui brankar/tempat tidur pasien memiliki lebar bukaan minimal 120 cm, dan pintu-pintu yang tidak menjadi akses tempat tidur pasien memiliki lebar bukaan minimal 90 cm.	20	
		b. Di daerah sekitar pintu masuk tidak boleh ada perbedaan	20	

No	Variabel Standar dan Perawatan Kesling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Poin
			ketinggian lantai.		
			c. Pintu untuk kamar mandi di ruangan perawatan pasien dan pintu toilet untuk aksesibel, harus terbuka ke luar, dan lebar	15	
			d. Pintu-pintu yang menjadi akses tempat tidur pasien harus dilapisi bahan anti benturan.	15	
			e. Ruang perawatan pasien harus memiliki bukaan jendela yang dapat terbuka secara maksimal untuk kepentingan pertukaran udara.	15	
			f. Pada bangunan rumah sakit bertingkat, lebar bukaan jendela harus aman dari kemungkinan pasien dapat melarikan/meloloskan diri.	15	
	5. Atap rumah sakit	1	a. kuat, tidak bocor, tahan lama dan tidak menjadi tempat perindukan serangga, tikus, dan binatang pengganggu lainnya.	100	
			b. Memenuhi sebagian persyaratan di atas	50	
	6. Langit-langit rumah sakit	1	a. Langit-langit kuat, berwarna terang, dan mudah dibersihkan, tidak mengandung unsur yang dapat membahayakan pasien, tidak berjamur.	20	
			b. Tinggi langit-langit di	20	



Varabel Standar dan Persyaratan Keating	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Skor
		ruangan minimal 2,80 m, dan tinggi di selasar (koridor) minimal 2,40 m.		
		c. Tinggi langit-langit di ruangan operasi minimal 3,00 m.	20	
		d. Pada ruang operasi dan ruang perawatan intensif, bahan langit-langit harus memiliki tingkat ketahanan api (TKA) minimal 2 jam.	20	
		e. Pada tempat-tempat yang membutuhkan tingkat kebersihan ruangan tertentu, maka lampu-lampu penerangan ruangan dipasang dibenamkan pada plafon (recessed).	20	
<b>PENGENDALIAN VEKTOR DAN BINATANG PEMBAWA PENYAKIT</b>	<b>10</b>			
1. Angka kepadatan vektor		a. Nyamuk Anopheles sp. MBR (Man biting rate) <0,025.	10	
		b. Larva Anopheles sp. indeks habitat <1	10	
		c. Nyamuk Aedes aegypti dan/atau Aedes albopictus Angka Istirahat (Resting rate) <0,025	10	
	<b>5</b>	d. Larva Aedes aegypti dan /atau Aedes albopictus (Angka Bebas Jentik) $\geq 95$	10	
		e. Nyamuk Culex sp. MHD (Man Hour Density) <1	10	
		f. Larva Culex sp. indeks habitat <5	10	
		g. Marissonia sp., MHD	10	

No	Variabel Standar dan Persyaratan Kesehatan	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai
			(Man Hour Density) <5	
			h. Pinjal, Indeks Pinjal Khusus <1	10
			i. Lalat, Indeks Populasi Lalat <2	10
			j. Kecoa, Indeks Populasi Kecoa <2	10
	2. Angka kepadatan untuk binatang pembawa penyakit	5	a. Tikus <i>Success trapnya</i> <1	100
			b. Tikus <i>Success trapnya</i> >1	0
VI.	PENGAMANAN LIMBAH	16		
	1. Limbah padat domestik	5	a. Melakukan penanganan limbah dengan 3R	40
			b. Memiliki TPS limbah domestik	30
			c. Pengangkutan di TPS dilakukan tidak boleh lebih dari 2x24 jam	30
	2. Limbah padat B3	5		
	a. Melakukan pemilahan limbah medis dan non medis		a. Ya	20
			b. Tidak	0
	b. Memenuhi ketentuan lamanya penyimpanan limbah medis B3		a. Ya	20
			b. Tidak	0
	c. Memiliki TPS B3 yang berizin		a. Ya	20
			b. Tidak	0
	d. Memiliki pengolahan limbah B3 sendiri (incenerator atau autoclaf dll) yang berizin dan atau pihak ke tiga yang berizin		a. Ya	40
			b. Tidak	0
	3. Limbah cair	4		
	a. Memiliki IPAL dengan izin		a. Ya	50
			b. Tidak	0
	b. hasil pengolahan limbah		a. Ya	50

Variabel Standar dan Persyaratan Kesling car memenuhi baku mutu	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Skor
Limbah Gas	2	b. Tidak	0	
		a. Memenuhi penataan dalam frekuensi pengambilan contoh pemeriksaan emisi gas buang dan udara ambien luar	20	
		b. Kualitas emisi gas buang dan partikulat dari cerobong memenuhi standar kualitas udara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang standar kualitas gas emisi sumber tidak bergerak	20	
		c. Memenuhi penataan pelaporan hasil uji atau pengukuran laboratorium limbah gas kepada instansi pemerintah sesuai ketentuan, minimal setiap 1 kali setahun	20	
		d. Setiap sumber emisi gas berbentuk cerobong tinggi seperti generator set, boiler dilengkapi dengan fasilitas penunjang uji emisi.	20	
PENGAMANAN RADIASI Pemeriksaan radiasi	10	e. cerobong gas buang di rumah sakit dilengkapi dengan alat kelengkapan cerobong.	20	
		a. Rumah sakit mempunyai izin penggunaan alat dari Badan Pengawas Tenaga Nuklir (BAPETEN)	40	



No	Variabel Standar dan Perayaan Kesling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Bobot
			b. Mempunyai peralatan proteksi radiasi	30	
			c. Melakukan pemantauan pekerja radiasi menggunakan alat proteksi diri	30	
VII	<b>PENYELENGGARAAN LINEN</b>	10			
1	1. Penyelenggaraan linen internal (dalam rumah sakit), memenuhi penyelenggaraan linen		a. Terdapat keran air keperluan higiene dan sanitasi dengan tekanan cukup dan kualitas air yang memenuhi persyaratan baku mutu, juga tersedia air panas dengan tekanan dan suhu yang memadai.	20	
		7	b. Dilakukan pemilahan antara linen infeksius dan non infeksius	20	
			c. Dilakukan pencucian secara terpisah antara linen infeksius dan noninfeksius.	20	
			d. Tersedia ruang pemisah antara linen bersih dan linen kotor	20	
			e. Memenuhi persyaratan perlakuan terhadap linen, yaitu	20	
	2. Penyelenggaraan linen eksternal (di luar rumah sakit)	3	a. Adanya MoU dengan Pihak Ke tiga	50	
			b. Dilakukan pengawasan rutin	50	
			c. Tidak dilakukan pengawasan rutin	0	
IX	<b>MANAJEMEN KESEHATAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT</b>	10			
	1. Manajemen Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit		a. Ada unit/instalasi Sanitasi Rumah Sakit	25	
		4	b. memiliki dokumen administrasi kesehatan lingkungan rumah sakit yang	15	

Variabel Standar dan Persyaratan Kesling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Skor
		meliputi panduan/pedoman (seperti SK,SOP)		
		c. memiliki dokumen lingkungan hidup yang telah disahkan oleh instansi Pemerintah atau sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	20	
		d. Memiliki rencana kerja bidang kesling	20	
		e. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan kesehatan lingkungan rumah sakit	10	
		f. Membuat laporan rutin ke direksi/pimpinan rumah sakit dan instansi yang berwenang	10	
2. Peralatan kesling	3	a. memiliki semua peralatan pemantauan kualitas lingkungan minimal(thermometer air, hygrometer, sound level meter, lux meter, Alat ukur swapantau air bersih yakni khlor meter, pH meter danAlat ukur swapantau air limbah, yakni pH meter, dan khlor meter, Alat ukur kepadatan vektor pembawa penyakit, yakni alat perangkap lalat (fly trap), alat ukur kepadatan lalat (fly grill)	100	

No.	Variabel Standar dan Persyaratan Kesling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai
			b. memiliki sebagian peralatan pemantauan kualitas lingkungan minimal	50
			c. tidak memiliki peralatan pemantauan kualitas lingkungan minimal	0
	3. Tenaga kesehatan lingkungan rumah sakit	3	a. Penanggung jawab kesehatan lingkungan rumah sakit kelas A dan B (rumah sakit pemerintah dan swasta) adalah memiliki pendidikan bidang kesehatan lingkungan/sanitasi/teknik lingkungan/teknik penyehatan minimal berijazah sarjana (S1) atau Diploma IV.	100
			b. Penanggung jawab kesehatan lingkungan rumah sakit kelas C dan D (rumah sakit pemerintah dan swasta) adalah memiliki pendidikan bidang kesehatan lingkungan/sanitasi/teknik lingkungan/teknik penyehatan minimal berijazah berijazah diploma (D3).	100



Variabel Standar dan Persyaratan Kesling	Bobot	Komponen yang dinilai	Nilai	Skor
		c. Penanggung jawab kesehatan lingkungan rumah sakit tidak sesuai dengan kriteria di atas	25	
TOTAL SCORE	100			

KEMENKES RI

PETUNJUK PENGISIAN FORMULIR IKL RUMAH SAKIT

1. Komponen yang dinilai (kolom 4)  
Apabila kenyataan yang ada tidak memenuhi persyaratan sebagaimana tercantum pada komponen yang dinilai, maka nilainya adalah 0 (nol), sebaliknya apabila memenuhi persyaratan maka nilainya adalah sebesar nilai yang tercantum pada kolom 5.
2. Skore (kolom 6)  
Skore adalah perkalian antara bobot (kolom 3) dengan nilai yang diperoleh (kolom 5)
3. Variabel upaya yang diserahkan/dilaksanakan pihak luar  
Bagi rumah sakit yang menyerahkan sebagian komponen yang dinilai (kolom 4) yang tercantum pada variabel upaya (kolom 2) kepada pihak luar dan dikerjakan di luar lingkungan rumah sakit, maka untuk variabel upaya tersebut tidak termasuk dalam penilaian ini, sehingga skore maksimal (10.000) harus dikurangi dengan skore sebagian kegiatan pada variabel upaya yang diserahkan kepada pihak luar tersebut.
4. Variabel upaya yang tidak dilakukan pemeriksaan  
Untuk komponen yang dinilai (kolom 4) pada variabel upaya (kolom 2) yang tidak dilakukan pemeriksaan atau penilaian dalam inspeksi sanitasi rumah sakit. Ini disebabkan karena tidak tersedia alat yang memadai atau petugas yang tidak mampu untuk melaksanakan pemeriksaan atau karena sebab-sebab lainnya, maka untuk komponen yang dinilai tersebut tidak termasuk dalam penilaian, sehingga skore maksimal (10.000) dikurangi dengan skore maksimal komponen yang dinilai tersebut.
5. Kesimpulan kategori penilaian adalah
  - a. Kategori Sangat Baik, dengan skor 8.600 – 10.000
  - b. Kategori Baik, dengan skor 6.500 – 8.500
  - c. Kategori Kurang, dengan skor < 6.500

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum dan Organisasi

Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA.

ttid

NILA FARID MOELDEA



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 8 TAHUN 2019

TENTANG

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- imbang :
- a. bahwa dalam rangka melaksanakan pembangunan kesehatan diperlukan upaya peningkatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang terintegrasi dan bersinergi dengan bidang lainnya sesuai kewenangan di berbagai tingkat pemerintahan;
  - b. bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan sudah tidak sesuai dengan kebutuhan hukum dan perkembangan ilmu pengetahuan sehingga perlu dilakukan penggantian;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan;



Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 7, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5495).
3. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5539) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5717);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 168, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5558) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5864);
5. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);

6. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1755);

**MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : **PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG  
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN.**

**BAB I  
KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

**Dalam** peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disebut Pemberdayaan Masyarakat adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat.

2. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat, yang selanjutnya disingkat UKBM adalah wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya.
3. Tenaga Pendamping Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disebut Tenaga Pendamping adalah seseorang yang memiliki kemampuan untuk mendampingi serta membantu proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh masyarakat dalam mengadopsi inovasi di bidang kesehatan.
4. Kader Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut Kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.
5. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
6. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
7. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

## Pasal 2

Pengaturan Pemberdayaan Masyarakat digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, swasta, dan pemangku kepentingan terkait lainnya dalam mewujudkan peran aktif dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.



## BAB II

### STRATEGI DAN KEGIATAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

#### Pasal 3

Strategi Pemberdayaan Masyarakat meliputi:

- a. peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi;
- b. peningkatan kesadaran masyarakat melalui penggerakan masyarakat;
- c. pengembangan dan pengorganisasian masyarakat;
- d. penguatan dan peningkatan advokasi kepada pemangku kepentingan;
- e. peningkatan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, dan swasta;
- f. peningkatan pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal; dan
- g. pengintegrasian program, kegiatan, dan/atau kelembagaan Pemberdayaan Masyarakat yang sudah ada sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan masyarakat.

#### Pasal 4

(1) Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat meliputi:

- a. kesehatan ibu, bayi dan balita;
- b. kesehatan anak usia sekolah dan remaja;
- c. kesehatan usia produktif;
- d. kesehatan lanjut usia;
- e. kesehatan kerja;
- f. perbaikan gizi masyarakat;
- g. penyehatan lingkungan;
- h. penanggulangan penyakit menular dan tidak menular;
- i. kesehatan tradisional;
- j. kesehatan jiwa;
- k. kesiapsiagaan bencana dan krisis kesehatan; dan

1. kegiatan peningkatan kesehatan lainnya yang dibutuhkan oleh masyarakat setempat.
- (2) Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif.

### BAB III

## PENYELENGGARAAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

### Pasal 5

- (1) Masyarakat menyelenggarakan Pemberdayaan Masyarakat dengan didampingi oleh Tenaga Pendamping.
- (2) Tenaga Pendamping sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, swasta, perguruan tinggi, dan/atau anggota masyarakat.
- (3) Tenaga Pendamping sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus memiliki kemampuan sebagai Tenaga Pendamping yang didapat melalui pelatihan.
- (4) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah atau masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### Pasal 6

Tenaga pendamping sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) berperan sebagai:

- a. katalisator dalam proses Pemberdayaan Masyarakat;
- b. pemberi dukungan dalam proses penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat;
- c. penghubung dengan sumber daya yang dapat dimanfaatkan;
- d. pendamping dalam penyelesaian masalah kesehatan;
- e. pendamping dalam pelaksanaan pemantauan dan evaluasi; dan
- f. pendamping masyarakat dan/atau melakukan pendekatan kepada pemangku kepentingan terkait.

#### Pasal 7

- (1) Selain Tenaga Pendamping sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) dalam Pemberdayaan Masyarakat diperlukan keterlibatan Kader.
- (2) Kader sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berperan sebagai:
  - a. penggerak masyarakat untuk berperan serta dalam upaya kesehatan sesuai kewenangannya;
  - b. penggerak masyarakat agar memanfaatkan UKBM dan pelayanan kesehatan dasar;
  - c. pengelola UKBM;
  - d. penyuluh kesehatan kepada masyarakat;
  - e. pencatat kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan; dan
  - f. pelapor jika ada permasalahan atau kasus kesehatan setempat pada tenaga kesehatan.

#### Pasal 8

Penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat dilakukan dengan tahap:

- a. pengenalan kondisi desa/kelurahan;
- b. survei mawas diri;
- c. musyawarah di desa/kelurahan;
- d. perencanaan partisipatif;
- e. pelaksanaan kegiatan; dan
- f. pembinaan kelestarian.

#### Pasal 9

- (1) Tahap pengenalan kondisi desa/kelurahan sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 huruf a, dilakukan oleh masyarakat dengan dibantu oleh Kader dan pemerintah desa/kelurahan.
- (2) Pengenalan kondisi desa/kelurahan dilakukan dengan mengkaji:
  - a. data profil desa/kelurahan;
  - b. hasil analisis situasi permasalahan kesehatan; dan/atau



- c. data lain yang diperlukan.
- (3) Hasil kajian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) digunakan sebagai dasar pelaksanaan tahap survei mawas diri.

#### Pasal 10

- (1) Survei mawas diri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf b dilakukan untuk mengetahui:
- masalah kesehatan yang ada di masyarakat dan urutan prioritas penanganannya;
  - faktor penyebab masalah kesehatan, termasuk perilaku berisiko, non-perilaku/lingkungan, dan kebijakan yang ada di masyarakat; dan
  - potensi yang dimiliki desa/kelurahan untuk mengatasi masalah kesehatan termasuk keberadaan UKBM.
- (2) Pelaksanaan survei mawas diri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat menggunakan instrumen yang disusun bersama oleh masyarakat, Kader, dan pemerintah desa/kelurahan dengan dibantu oleh Tenaga Pendamping.

#### Pasal 11

- (1) Tahap musyawarah di desa/kelurahan sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 huruf c diikuti oleh pemerintah desa/kelurahan, badan permusyawaratan desa, dan unsur masyarakat sesuai dengan kondisi sosial budaya masyarakat.
- (2) Musyawarah di desa/kelurahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk:
- menyosialisasikan program kesehatan dan hasil survei mawas diri;
  - menyepakati urutan prioritas masalah kesehatan yang hendak ditangani;
  - menyepakati kegiatan yang akan dilaksanakan melalui UKBM atau kegiatan lain yang memberdayakan masyarakat;

- d. memetakan data/informasi potensi dan sumber daya desa/kelurahan; dan
- e. menggalang partisipasi warga desa/kelurahan untuk mendukung Pemberdayaan Masyarakat.

#### Pasal 12

- (1) Tahap perencanaan partisipatif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf d, dilakukan oleh masyarakat bersama pemerintah desa/kelurahan, dan Kader.
- (2) Perencanaan partisipatif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup:
  - a. UKBM yang akan dibentuk atau diaktifkan kembali, dan/atau kegiatan lain yang memberdayakan masyarakat yang akan dilaksanakan;
  - b. sarana prasarana yang diperlukan untuk Pemberdayaan Masyarakat; dan
  - c. rencana anggaran, jadwal pelaksanaan, sasaran kegiatan, dan penanggung jawab.
- (3) Hasil perencanaan partisipatif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang termasuk kewenangan lokal berskala desa, menjadi pedoman bagi pemerintah desa/kelurahan untuk menyusun rancangan rencana kerja pemerintah desa/kelurahan dan daftar usulan rencana kerja pemerintah desa/kelurahan.
- (4) Hasil perencanaan partisipatif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang memerlukan dukungan puskesmas dapat menjadi pedoman bagi puskesmas dalam menyusun rencana usulan kegiatan puskesmas.

#### Pasal 13

- (1) Tahap pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf e, dilakukan melalui kegiatan UKBM atau kegiatan lain yang memberdayakan masyarakat secara swakelola.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Pemberdayaan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan pencatatan dan pelaporan.

#### Pasal 14

- (1) Tahap pembinaan kelestarian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf f diarahkan untuk menjamin pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat berlangsung secara berkesinambungan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.
- (2) Tahap pembinaan kelestarian sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui kegiatan:
  - a. pertemuan berkala;
  - b. orientasi bagi Kader;
  - c. sosialisasi;
  - d. penerbitan peraturan lokal; dan/atau
  - e. pemantauan serta evaluasi.
- (3) Kegiatan pembinaan kelestarian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai kebutuhan masyarakat desa/kelurahan.
- (4) Kegiatan pembinaan kelestarian sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan oleh masyarakat bersama pemerintah desa/kelurahan dan pendamping teknis.
- (5) Pertemuan berkala sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilakukan dengan melibatkan kader, pemerintah desa, dan pemangku kepentingan terkait di desa dengan waktu yang disepakati bersama sesuai dengan kebutuhan.
- (6) Orientasi bagi Kader sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan Kader, pemerintah desa, dan pemangku kepentingan terkait dalam pelaksanaan pemberdayaan masyarakat.
- (7) Sosialisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan untuk memberikan informasi kepada masyarakat terkait perkembangan kegiatan pemberdayaan masyarakat dan kegiatan kesehatan lainnya.



- (8) Penerbitan peraturan lokal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d dilakukan melalui peraturan tertulis di desa/kelurahan atau institusi terkait, dan/atau peraturan tidak tertulis seperti hukum adat atau norma sosial yang disepakati oleh masyarakat.
- (9) Pemantauan serta evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e dilakukan secara berkala dengan melibatkan unsur masyarakat, pemerintah desa dan Pembina teknis.

#### BAB IV

### UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT

#### Pasal 15

- (1) UKBM dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat yang diselenggarakan dengan tahapan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8.
- (2) Pembentukan UKBM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memenuhi syarat sebagai berikut:
  - a. memiliki struktur kepengurusan;
  - b. memiliki Kader sebagai pengelola/pelaksana kegiatan UKBM; dan
  - c. memiliki sumber daya.

#### Pasal 16

- (1) Penyelenggaraan UKBM harus didukung dengan pembinaan teknis kesehatan dan kelembagaan.
- (2) Pembinaan teknis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh puskesmas.
- (3) Pembinaan kelembagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah desa/kelurahan atau pemangku kepentingan sesuai tatanan UKBM.

#### Pasal 17

- (1) Penyelenggaraan UKBM ditetapkan dengan peraturan desa atau instrumen hukum lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Struktur organisasi/pengurus dan ditetapkan oleh kepala desa/lurah Kader UKBM atau pemangku kepentingan sesuai tatanan UKBM.

#### Pasal 18

- (1) Penyelenggaraan kegiatan UKBM sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1)
- (2) Penyelenggaraan kegiatan UKBM sebagaimana pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### BAB V

#### TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH PUSAT DAN PEMERINTAH DAERAH

#### Pasal 19

Dalam penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintah Pusat bertanggung jawab:

- a. menetapkan dan menyosialisasikan kebijakan, pedoman dan petunjuk teknis terkait Pemberdayaan Masyarakat;
- b. membentuk dan/atau mengaktifkan wadah koordinasi Pemberdayaan Masyarakat dengan lintas sektor dan pemangku kepentingan lain yang terkait secara terintegrasi;
- c. mengembangkan sistem informasi terintegrasi terkait Pemberdayaan Masyarakat;
- d. meningkatkan kapasitas penyelenggara Pemberdayaan Masyarakat di tingkat pusat dan provinsi;
- e. melakukan pembinaan dan pendampingan penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat kepada provinsi;
- f. melakukan penelitian terkait Pemberdayaan Masyarakat dan
- g. melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat di tingkat nasional secara berkala.

## Pasal 20

Dalam penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintah Daerah provinsi bertanggung jawab:

- a. menetapkan dan melaksanakan kebijakan, peraturan, pedoman dan petunjuk teknis terkait Pemberdayaan Masyarakat di wilayah provinsi;
- b. membentuk dan/atau mengaktifkan wadah koordinasi Pemberdayaan Masyarakat tingkat provinsi dengan lintas sektor dan pemangku kepentingan lain yang terkait, secara terintegrasi;
- c. mengembangkan sistem informasi terintegrasi terkait Pemberdayaan Masyarakat di wilayah provinsi;
- d. melakukan pembinaan dan pendampingan penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat kepada daerah kabupaten/kota;
- e. menyelenggarakan peningkatan kapasitas bagi penyelenggara pemberdayaan masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota; dan
- f. melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat di tingkat provinsi secara berkala.

## Pasal 21

Dalam penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintah Daerah kabupaten/kota bertanggung jawab:

- a. menetapkan dan melaksanakan kebijakan, peraturan, pedoman dan petunjuk teknis terkait Pemberdayaan Masyarakat di wilayah kabupaten/kota;
- b. membentuk dan/atau mengaktifkan wadah koordinasi Pemberdayaan Masyarakat tingkat kabupaten/kota dengan lintas sektor dan pemangku kepentingan lain yang terkait secara terintegrasi;
- c. mengembangkan sistem informasi terintegrasi terkait Pemberdayaan Masyarakat;
- d. melakukan pembinaan dan pendampingan Pemberdayaan Masyarakat tingkat kecamatan, desa/kelurahan, dan puskesmas;



- e. menyelenggarakan peningkatan kapasitas penyelenggara Pemberdayaan Masyarakat di tingkat kecamatan dan desa/kelurahan; dan
- f. melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat di tingkat kabupaten/kota secara berkala.

#### Pasal 22

- (1) Selain Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, puskesmas juga bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat.
- (2) Tanggung jawab puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. melaksanakan advokasi dan sosialisasi kepada masyarakat, pemangku kepentingan, dan mitra terkait untuk mendukung pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat di wilayah kerja puskesmas;
  - b. melakukan pendampingan dan pembinaan teknis dalam tahapan penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat;
  - c. melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan pemangku kepentingan di wilayah kerja puskesmas dalam pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat;
  - d. membangun kemitraan dengan organisasi kemasyarakatan dan swasta di wilayah kerja puskesmas dalam pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat;
  - e. mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan terkait Pemberdayaan Masyarakat dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal;
  - f. melakukan peningkatan kapasitas Tenaga Pendamping Pemberdayaan Masyarakat dan Kader;
  - g. melakukan dan memfasilitasi edukasi kesehatan kepada masyarakat;

- h. menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan Pemberdayaan Masyarakat;
- i. melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat di tingkat kecamatan dan kabupaten/kota secara berkala; dan
- j. melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat di wilayah kerja puskesmas secara berkala.

## BAB VI PENDANAAN

### Pasal 23

Pendanaan penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat dapat berasal dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan belanja daerah provinsi, anggaran pendapatan belanja daerah kabupaten/kota, anggaran pendapatan belanja desa, dana swadaya masyarakat, bantuan swasta, dan/atau sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

### Pasal 24

- (1) Menteri, gubernur, bupati/wali kota melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat sesuai kewenangan masing-masing
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
  - a. advokasi dan sosialisasi;
  - b. bimbingan teknis;
  - c. pelatihan dan peningkatan kapasitas;
  - d. pemantauan dan evaluasi; dan/atau
  - e. pemberian penghargaan.

- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara berkala.

## BAB VIII KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 25

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

### Pasal 26

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.



Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 19 Februari 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Ditandatangani di Jakarta  
pada tanggal 13 Maret 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WUDO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 272

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



*[Handwritten Signature]*  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 9 TAHUN 2019

TENTANG

PEMBERIAN MANDAT DAN DELEGASI  
DALAM MANAJEMEN PEGAWAI NEGERI SIPIL  
DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dengan berlakunya Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil, ketentuan mengenai pemberian mandat dan delegasi kewenangan di lingkungan Kementerian Kesehatan sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 510/MENKES/PER/VII/2009 tentang Pemberian Kuasa dan Pendelegasian Kewenangan Penandatanganan Nota/Surat Persetujuan dan Keputusan Manajemen Kepegawaian dalam Lingkungan Departemen Kesehatan perlu dilakukan penyesuaian;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pemberian Mandat dan Delegasi dalam Manajemen Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Kementerian Kesehatan;

1. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
3. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037);
5. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

**MEMUTUSKAN:**

Mengantapkan : **PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEMBERIAN MANDAT DAN DELEGASI DALAM MANAJEMEN PEGAWAI NEGERI SIPIL DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN.**



Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Mandat adalah pelimpahan kewenangan dari Pejabat Pemerintahan yang lebih tinggi kepada Pejabat Pemerintahan yang lebih rendah dengan tanggung jawab dan tanggung gugat tetap berada pada pemberi mandat.
2. Delegasi adalah pelimpahan kewenangan dari Pejabat Pemerintahan yang lebih tinggi kepada Pejabat Pemerintahan yang lebih rendah dengan tanggung jawab penerima delegasi beralih sepenuhnya kepada penerima delegasi.
3. Kewenangan adalah kekuasaan pejabat pemerintahan atau penyelenggara negara lainnya untuk bertindak dalam ranah hukum publik.
4. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah PNS sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang tentang Aparatur Sipil Negara yang bekerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
5. Naskah Dinas adalah informasi tertulis sebagai alat komunikasi kedinasan yang dibuat dan diterima oleh pejabat yang berwenang di lingkungan Kementerian Kesehatan dalam rangka penyelenggaraan tugas pemerintahan dan pembangunan.
6. Manajemen Pegawai Negeri Sipil adalah segala perubahan mengenai status kepegawaian seorang pegawai negeri sipil.
7. Unit Pelaksana Teknis adalah satuan organisasi di bawah binaan Unit Eselon I yang bersifat mandiri yang melaksanakan tugas teknis operasional, tugas teknis penunjang, dan tugas teknis yang berhubungan dengan pelayanan masyarakat.
8. Unit Eselon I adalah satuan organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan yang meliputi Sekretariat Jenderal, Direktorat Jenderal, Inspektorat Jenderal dan Badan.
9. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

## Pasal 2

- (1) Menteri selaku Pejabat Pembina Kepegawaian berwenang menetapkan Manajemen PNS di lingkungan Kementerian Kesehatan.
- (2) Manajemen PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi penyusunan dan penetapan kebutuhan, pengadaan, pangkat dan Jabatan, pengembangan karier, pola karier, promosi, mutasi, penilaian kinerja, penggajian dan tunjangan, penghargaan, disiplin, pemberhentian, jaminan pensiun dan jaminan hari tua, dan perlindungan.
- (3) Untuk melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri melimpahkan kewenangan kepada pejabat pimpinan tinggi, pejabat administrator, dan pejabat pengawas, dalam bentuk:
  - a. Mandat, untuk penandatanganan Naskah Dinas dalam manajemen PNS; dan
  - b. Delegasi, untuk:
    1. penandatanganan Naskah Dinas dalam Manajemen PNS; dan
    2. pelaksanaan pengambilan sumpah dan janji, serta pelantikan PNS.
- (4) Penandatanganan Naskah Dinas dalam manajemen PNS yang kewenangannya diperoleh melalui Mandat dilakukan dengan menyebutkan atas nama pejabat yang memberikan mandat.

## Pasal 3

- (1) Naskah Dinas dalam Manajemen PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (3), meliputi:
  - a. keputusan;
  - b. nota;
  - c. surat; dan
  - d. berita acara.

- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:
- Keputusan Menteri, dalam hal Kewenangan penandatanganannya diperoleh melalui Mandat; dan
  - Keputusan pejabat, dalam hal Kewenangan penandatanganannya diperoleh melalui Delegasi.
- (3) Keputusan pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b terdiri atas:
- Keputusan Kepala Biro/Kepala Pusat;
  - Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal/Sekretaris Inspektorat Jenderal/Sekretaris Badan;
  - Keputusan Kepala Bagian; dan
  - Keputusan pemimpin Unit Pelaksana Teknis.
- (4) Keputusan pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dalam bentuk perorangan atau kolektif.

#### Pasal 4

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pemberian Mandat dan Delegasi penandatanganan Naskah Dinas dalam manajemen PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Pasal 3 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

#### Pasal 5

Menteri mendelegasikan pelaksanaan pengambilan sumpah dan janji PNS, kepada:

- Sekretaris Jenderal, Direktur Jenderal, Inspektur Jenderal, dan Kepala Badan untuk seluruh PNS di lingkungan Kementerian Kesehatan; atau
- para Pimpinan Unit Pelaksana Teknis untuk seluruh PNS di lingkungan masing-masing.

#### Pasal 6

Menteri mendelegasikan pelaksanaan pelantikan PNS, kepada:

- Sekretaris Jenderal untuk jabatan administrator, jabatan pengawas, dan jabatan fungsional jenjang utama dan jenjang madya di lingkungan Kementerian Kesehatan;



- b. para Direktur Jenderal, Inspektur Jenderal, dan para Kepala Badan untuk:
1. jabatan administrator, jabatan pengawas, atau jabatan pelaksana yang menduduki jabatan kepala urusan tatausaha di lingkungan masing-masing; dan
  2. jabatan fungsional jenjang utama dan jenjang madya.
- c. para Sekretaris Direktorat Jenderal, Sekretaris Inspektorat Jenderal, dan Para Sekretaris Badan untuk jabatan fungsional selain tingkat utama dan madya di lingkungan masing-masing.
- d. Kepala Biro Kepegawaian untuk jabatan fungsional selain tingkat utama dan madya di lingkungan Sekretariat Jenderal.
- e. para Kepala Unit Pelaksana Teknis untuk jabatan fungsional selain tingkat utama dan madya di lingkungan masing-masing.

#### Pasal 7

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 510/MENKES/PER/VII/2009 tentang Pemberian Kuasa dan Pendelegasian Kewenangan Penandatanganan Nota/Surat Persetujuan dan Keputusan Mutasi Kepegawaian dalam Lingkungan Departemen Kesehatan sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/076/1/2010 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 510/MENKES/PER/VII/2009 tentang Pemberian Kuasa dan Pendelegasian Kewenangan Penandatanganan Nota/Surat Persetujuan dan Keputusan Mutasi Kepegawaian dalam Lingkungan Departemen Kesehatan, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

#### Pasal 8

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 26 Februari 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 26 Maret 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

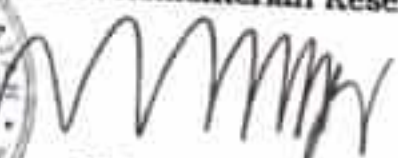
ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 326

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN

PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA

NOMOR 9 TAHUN 2019

TENTANG

PEMBERIAN MANDAT DAN DELEGASI  
DALAM MANAJEMEN PEGAWAI NEGERI SIPIL  
DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

DAFTAR MANDAT DAN DELEGASI PENANDATANGANAN NASKAH DINAS  
DALAM MANAJEMEN PEGAWAI NEGERI SIPIL

KEHIDUPAN	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
Pengurusan Kebutuhan PNS				
Ukuran kebutuhan	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan Menteri	
Penggangkatan PNS				
Penggangkatan CPNS	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	Untuk Pangkat / gol. III / b dan III / c
	Mandat	Kepala Bagian Pengadaan Pegawai	Keputusan Menteri	Untuk Pangkat / gol. III / a ke bawah
Penggangkatan CPNS menjadi PNS	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	Untuk Pangkat / gol. III / b dan III / c
	Mandat	Kepala Bagian Pengadaan Pegawai	Keputusan Menteri	Untuk Pangkat / gol. III / a ke bawah
Penetapan penentuan penetapan NIP bagi CPNS	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Nota	Untuk Pangkat / gol. III / c ke bawah
Penetapan pengangkatan menjadi PNS bagi CPNS	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Nota	Untuk Pangkat / gol. III / c ke bawah
Pemberhentian dengan hormat sebagai CPNS	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	III / c ke bawah
Penyempah/janji PNS	Delegasi	Sesjen, para Dirjen, Irjen dan para Ka Badan	Berita Acara	PNS di Unit Utama masing-masing



NO	PERIHAL	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
		Delegasi	Pimpinan UPT	Berita Acara	PNS di lingkungan masing-masing
7	Usul Pembuatan Kartu Pegawai, Kartu Istri dan Kartu Suami	Mandat	Kepala Bagian Pengadaan Pegawai	Surat	Untuk seluruh pangkat dan golongan
	Usul perubahan/perbaikan Kartu Pegawai, Kartu Istri dan Kartu Suami	Mandat	Kepala Bagian Pengadaan Pegawai	Surat	Untuk seluruh pangkat dan golongan
<b>C</b> Kenaikan pangkat					
1	Kenaikan pangkat	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan kolektif Menteri	IV/a dan IV/b
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Petikan Keputusan Menteri	IV/a dan IV/b
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	III/c dan III/d
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Keputusan Menteri	III/b ke bawah
2	Usul persetujuan KP	Mandat	Sekretaris Jenderal	Nota	IV/c ke atas
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Nota	III/a s.d. IV/b
		Mandat	Kasubag KP	Nota	II/d ke bawah
<b>D</b> Peninjauan masa kerja					
1	Peninjauan masa kerja	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	IV/a ke atas
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Keputusan Menteri	III/d ke bawah

NO	PERHAL	JENIS PELIMPAAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
2	Usul persetujuan penugasan masa kerja	Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Nota	III/a ke atas
		Mandat	Kasubag KP	Nota	II/d ke bawah
Pemindahan PNS					
1	Pemindahan antar Unit Utama, antar Biro/Pusat di lingkungan Sekretariat Jenderal, antar UPT, dari Unit Utama ke UPT dan dari UPT ke Unit Utama	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan Menteri	IV/c ke atas selain yang menduduki JPT Madya
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	IV/a dan IV/b
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Keputusan Menteri	III/d ke bawah
2	Pemindahan di lingkungan Biro dan Pusat	Delegasi	Para Karo dan Kapus di lingkungan Setjen	Keputusan Kepala Biro/Pusat	Seluruh pangkat dan golongan di lingkungan masing-masing
3	Pemindahan antar unit kerja dalam satu Unit Utama	Delegasi	Para Ses Ditjen, Itjen dan Para Ses Badan	Keputusan Sekretaris Ditjen/Itjen /Badan	untuk pangkat/gol III/a ke atas
		Delegasi	Kepala Bagian bidang kepegawaian di lingkungan Ditjen, Itjen dan Badan	Keputusan Kepala Bagian	untuk pangkat/gol II/d ke bawah
4	Pemindahan di lingkungan UPT	Delegasi	Pimpinan UPT	Keputusan Pimpinan UPT	Seluruh pangkat dan golongan di lingkungan masing-masing
5	Penarikan dan perbantuan	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan Menteri	IV/c ke atas
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	IV/a dan IV/b
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian	Keputusan Menteri	III/d ke bawah

NO	PERHAL	JENIS PELIMPAAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
			Kinerja Pegawai		
6	Penempatan pindah antar instansi	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	IV/c ke atas
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja	Keputusan Menteri	IV/b ke bawah
7	Usul penarikan, perbantuan dan pindah antar instansi	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Nota	IV/c ke atas
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Nota	III/a s.d. IV/b
		Mandat	Kasubag Pemindehan dan Pemberhentian	Nota	II/d ke bawah
8	Permintaan persetujuan pindah antar instansi	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Seluruh pangkat dan golongan
9	Pernyataan persetujuan pindah antar instansi	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Seluruh pangkat dan golongan
<b>F</b>	<b>Masa Persiapan Pensiun</b>				
	Masa Persiapan Pensiun	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	Untuk pangkat/gol IV/b ke atas
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Keputusan Menteri	Untuk pangkat/gol IV/a ke bawah
<b>G</b>	<b>Kenaikan gaji berkala</b>				
	Pemberitahuan KGB	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	JPT Madya, JPT Pratama, JA, JP dan Japlak IV/c ke atas di Setjen
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Surat	Japlak IV/b ke bawah di Setjen



NO	PERIHAL	JENIS PELIMPAAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
		Delegasi	Para Ses Ditjen, Itjen dan Para Ses Badan	Surat	JPT Madya, JPT Pratama, Jabatan Administrator, Jabatan Pengawas, dan Japlak IV/a ke atas di lingkungan masing-masing
		Delegasi	Kepala Bagian bidang kepegawaian di lingkungan Ditjen, Itjen dan Badan	Surat	Japlak III/d ke bawah di lingkungan masing-masing
		Delegasi	Pimpinan UPT	Surat	Seluruh pangkat dan golongan di lingkungan masing-masing
	<b>Pemberhentian dengan hormat</b>				
1	Pemberhentian dengan hormat dengan hak Pensiun	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Petikan Keputusan Menteri	IV/a ke atas
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Petikan Keputusan Menteri	III/d ke bawah
2	Usul pertimbangan teknis pemberhentian PNS dengan hak pensiun	Mandat	Sekretaris Jenderal	Surat	JPT Madya dan JF Ahli Utama
3	Penundaan atau penolakan atas permohonan pemberhentian atas permintaan sendiri	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Untuk seluruh pangkat dan golongan
4	Usul pertimbangan teknis pemberhentian	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Untuk Pangkat/gol IV/b ke atas kecuali JPT

NO	PERIHAL	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
	lian dengan hormat BUP				Madya dan JF Utama (Sekjen)
		Mandat	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Surat	Untuk Pangkat/gol IV/a ke bawah
5	Pengangkatan kembali PNS yang diberhentikan karena dinyatakan meninggal atau hilang	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	Untuk pangkat/gol III/d ke bawah
1	<b>Pengangkatan dalam jabatan PNS</b>				
1	Pengangkatan dan Pemberhentian dalam dan dari JA, JP, Jabatan Pelaksana Kepala Urusan TU dan Direktur Poltekkes	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan perorangan atau kolektif Menteri	
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Petikan Keputusan Menteri	
2	Pengangkatan dalam Jabatan Pelaksana	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan perorangan atau kolektif Menteri	Untuk pangkat/gol IV/a dan IV/b
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Petikan Keputusan Menteri	Untuk pangkat/gol IV/a dan IV/b
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	Untuk pangkat/gol III/c dan III/d
		Mandat	Kepala Bagian Pengembangan Pegawai	Keputusan Menteri	Untuk pangkat/gol III/b ke bawah
J	<b>Pelantikan PNS</b>				
1	Pernyataan pelantikan dan melaksanakan tugas	Delegasi	Sekretaris Ditjen dan Sekretaris Badan	Surat	JA, JP, semua JF selain JF Utama dan JF Madya, dan Japlak Kepala Urusan TU di lingkungan masing-masing

PERIHAL	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
	Delegasi	Sekretaris Inspektorat Jenderal	Surat	JA, JP, semua JF selain JF Utama dan JF Madya di lingkungan Itjen
	Delegasi	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	JA dan JP, semua JF selain JF Utama dan JF Madya di lingkungan Setjen
Pernyataan masih menduduki jabatan	Delegasi	Sekretaris Jenderal, Para Dirjen, Irjen dan para Ka Badan	Surat	JPT Pratama, JF Utama, JF Madya di lingkungan masing-masing
	Delegasi	Sekretaris Ditjen dan Sekretaris Badan	Surat	JA, JP, semua JF selain JF Utama dan JF Madya, dan Japlap Kepala Urusan TU di lingkungan masing-masing
	Delegasi	Sekretaris Inspektorat Jenderal	Surat	JA, JP, semua JF selain JF Utama dan JF Madya di lingkungan Itjen
	Delegasi	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	JA dan JP, semua JF selain JF Utama dan JF Madya di lingkungan Setjen
	Delegasi	Pimpinan UPT	Surat	JA, JP, semua JF selain JF Utama dan JF Madya dan Japlap Kepala Urusan TU di lingkungan masing-masing
<b>Pelaksana Tugas dan Pelaksana Harian</b>				
Perintah penunjukan sebagai PLT	Delegasi	Sekretaris Jenderal, Para Dirjen,	Surat	JPT Pratama dan Pimpinan UPT setara



NO	PERIHAL	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
	dan PLH		Irjen dan para Ka Badan		JPT Pratama
		Delegasi	Para Ses Ditjen, Ses Itjen dan para Ses Badan, para Kepala UPT	Surat	Jabatan Administrator dan Jabatan Pengawas
		Delegasi	Para Sekretaris Ditjen dan Para Sekretaris Badan	Surat	Pimpinan UPT setara Jabatan Administrator dan Jabatan Pengawas
		Delegasi	Karo dan Kapus di lingkungan Setjen	Surat	Jabatan Administrator dan Jabatan Pengawas di lingkungan masing-masing
		Delegasi	Pimpinan UPT	Surat	Jabatan Administrator, Jabatan Pengawas, atau Jabatan Pelaksana sebagai Kepala Urusan Tata Usaha di lingkungan masing-masing
L	<b>Pendidikan dan Pelatihan Kepemimpinan</b>				
	Penunjukan peserta Diklatpim	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan Menteri	Tingkat III
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	Tingkat IV
M	<b>Jabatan fungsional</b>				
1	Pengangkatan, pembebasan sementara, pengangkatan kembali dan pemberhentian dalam dan dari JF	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Petikan Keputusan	JF Ahli Madya
		Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	JF Ahli Muda dan JF Penyelia
		Mandat	Kepala Bagian Pengembangan Pegawai	Keputusan Menteri	JF Ahli Pertama dan JF Mahir ke bawah
2	Usul pengangkatan dalam JF Ahli Utama	Mandat	Sekretaris Jenderal	Surat	

PERIHAL	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
Pemberian tunjangan JF	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	JF Ahli Madya ke atas
	Mandat	Kepala Bagian Pengembangan Pegawai	Keputusan Menteri	JF Ahli Muda dan JF Penyelia ke bawah
Penetapan tunjangan bahaya radiasi	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	IV/a ke atas
	Mandat	Kepala Bagian Pengembangan Pegawai	Keputusan Menteri	III/d ke bawah

#### Izin dan tugas belajar

Izin belajar	Delegasi	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Seluruh pangkat dan golongan
Tugas belajar	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan Menteri	Seluruh pangkat dan golongan yang dilakukan di dalam negeri
Rekomendasi tugas belajar	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Seluruh pangkat dan golongan
Penugasan Peningkatan Kapasitas (Magang, Short Course, dan lain-lain)	Mandat	Sekretaris Jenderal, Direktorat Jenderal, Inspektorat Jenderal, dan para Kepala Badan	Surat	Seluruh pangkat dan golongan yang dilakukan di dalam negeri

#### Cuti PNS

Cuti Karena Alasan Penting dan Cuti Besar yang dilaksanakan di dalam negeri	Mandat	Sekretaris Jenderal	Surat	JPT Pratama
	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	JA, JF Ahli Madya dan Lektor Kepala, Guru Besar
	Mandat	Kepala Bagian Disiplin dan Kesra Pegawai	Surat	JP, JF Ahli Muda ke bawah, JF Penyelia ke bawah, Lektor, Asisten Ahli dan Japlak

NO	PERIHAL	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
2	Cuti Tahunan, Cuti Sakit dan Cuti Bersalin yang dilaksanakan di dalam negeri	Mandat	Irjen, Para dan Dirjen para Ka Badan	Surat	JPT Pratama dan JF Utama di Unit Utama serta Pimpinan UPT masing-masing
		Mandat	Para Ses Itjen, Ses Ditjen, dan Ses para Badan	Surat	JA, JF Ahli Madya dan Lektor Kepala di Unit Utama masing-masing
		Mandat	Para Karo dan para Kapus di lingkungan Setjen	Surat	PNS di lingkungan masing-masing
		Mandat	Kepala Bagian Disiplin dan Kepra Pegawai	Surat	PNS di Biro Kepegawaian
		Mandat	Kepala Bagian bidang kepegawaian di lingkungan Ditjen, Itjen dan Badan	Surat	JP, JF Ahli Muda ke bawah, JF Penyelia ke bawah, Lektor, Asisten Ahli dan Japlak di Unit Utama masing-masing
		Mandat	Pimpinan UPT	Surat	PNS di unit kerja masing-masing
P	Perkawinan dan perceraian PNS				
	Penolakan atau pemberian izin atau keterangan untuk melakukan perceraian/beristri lebih dari seorang	Delegasi	Para Ses Ditjen, Ses Itjen dan Ses para Badan	Keputusan Sekretaris Ditjen/Itjen /Badan	untuk pangkat/gol II/d ke bawah di lingkungan masing-masing
		Delegasi	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Kepala Biro	untuk pangkat/gol II/d ke bawah di lingkungan Setjen
Q	Pemberhentian sementara PNS				



PERIHAL	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
Diberhentikan sementara dan pengaktifan kembali PNS yang diberhentikan sementara karena menjadi pejabat negara, komisioner atau anggota LNS atau ditahan karena menjadi tersangka pidana	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan Menteri	IV/b ke bawah
<b>Banding administratif</b>				
Penetapan dapat/tidak masuk kerja bagi PNS yang mengajukan banding administratif	Mandat	Sekretaris Jenderal	Keputusan Menteri	
<b>Pengujian kesehatan</b>				
Pembentukan TPK	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Menteri	
Permintaan pengujian kesehatan CPNS dan PNS kepada TPK	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Unit Utama dan UPT Jakarta
	Mandat	Pimpinan UPT	Surat	UPT selain Jakarta
Tanggapan atas keberatan hasil uji kesehatan CPNS dan PNS	Mandat	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	
<b>Kecelakaan Kerja</b>				
Penetapan status untuk perawatan	Delegasi	Para Ses Ditjen, Itjen dan para Badan	Keputusan Sekretaris Ditjen/Itjen /Badan	Seluruh pangkat dan golongan di lingkungan masing-masing
	Delegasi	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Kepala Biro	Seluruh pangkat dan golongan di


NO	PERIHAL	JENIS PELIMPAHAN KEWENANGAN	PENERIMA	BENTUK/SUSUNAN	KETERANGAN
					lingkungan Setjen
		Delegasi	Pimpinan UPT	Keputusan Pimpinan UPT	Seluruh pangkat dan golongan di lingkungan masing-masing
2	Penetapan status untuk santunan dan tunjangan cacat	Delegasi	Kepala Biro Kepegawaian	Keputusan Kepala Biro	Seluruh pangkat dan golongan
3	Permohonan verifikasi dan validasi status untuk perawatan	Delegasi	Para Ses Ditjen, Itjen dan para Ses Badan	Surat	Seluruh pangkat dan golongan di lingkungan masing-masing
		Delegasi	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Seluruh pangkat dan golongan di lingkungan Setjen
		Delegasi	Pimpinan UPT	Surat	Seluruh pangkat dan golongan di lingkungan masing-masing
4	Permohonan verifikasi dan validasi status untuk santunan dan tunjangan cacat	Delegasi	Kepala Biro Kepegawaian	Surat	Seluruh pangkat dan golongan


MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 10 TAHUN 2019

TENTANG

PERUBAHAN KEEMPAT ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
NOMOR 75 TAHUN 2015 TENTANG PELAKSANAAN PEMBERIAN  
TUNJANGAN KINERJA BAGI PEGAWAI DI LINGKUNGAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan hasil evaluasi jabatan di Lingkungan Kementerian Kesehatan berdasarkan Surat Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor B/17/M.SM.04.00/2019 tanggal 10 Januari 2019, perlu dilakukan perubahan terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 48 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan;



- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
  2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
  3. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5135);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 121, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5258);
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037);
  6. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
  7. Peraturan Presiden Nomor 127 Tahun 2018 tentang Tunjangan Kinerja Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 221);

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja Bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1717) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 48 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja Bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1550);

**MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PERUBAHAN KEEMPAT ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 75 TAHUN 2015 TENTANG PELAKSANAAN PEMBERIAN TUNJANGAN KINERJA BAGI PEGAWAI DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN.

**Pasal I**

Beberapa Ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1717) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 48 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 tentang

Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1550) diubah sebagai berikut:

1. Ketentuan Pasal 32 diubah, sehingga Pasal 32 berbunyi:

Pasal 32

- (1) Besaran Tunjangan kinerja bagi Menteri sebagaimana ditetapkan dalam Lampiran III Peraturan Menteri ini dibayarkan terhitung mulai bulan Januari 2017.
- (2) Besaran Tunjangan kinerja bagi Pegawai selain Menteri sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri ini dibayarkan terhitung mulai bulan Mei 2018.
- (3) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), besaran tunjangan kinerja bagi Pejabat Struktural, Pejabat Fungsional, dan Pejabat Pelaksana yang terdapat perubahan hasil evaluasi jabatan berdasarkan perubahan organisasi dan/atau nomenklatur jabatan, dibayarkan terhitung mulai tanggal pelantikan dan/atau mulai pelaksanaan tugas.

2. Ketentuan dalam Lampiran III diubah sehingga berbunyi sebagaimana tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal II

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.



Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 11 Maret 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 12 Maret 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 268

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum dan Organisasi

Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002

## LAMPIRAN III

## PERATURAN MENTERI KESEHATAN

NOMOR 10 TAHUN 2019

## TENTANG

PERUBAHAN KEEMPAT ATAS PERATURAN  
 MENTERI KESEHATAN NOMOR 75 TAHUN 2015  
 TENTANG PELAKSANAAN PEMBERIAN  
 TUNJANGAN KINERJA BAGI PEGAWAI DI  
 LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

## BESARAN TUNJANGAN KINERJA KEMENTERIAN KESEHATAN

## A. MENTERI

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Menteri	Menteri	49.860.000

## B. SEKRETARIAT JENDERAL

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Sekretaris Jenderal	17	33.240.000
2	SAM Bidang Ekonomi Kesehatan	16	27.577.500
3	SAM Bidang Teknologi Kesehatan dan Globalisasi	16	27.577.500
4	SAM Bidang Desentralisasi Kesehatan	16	27.577.500
5	SAM Bidang Hukum Kesehatan	16	27.577.500
Biro Perencanaan dan Anggaran			
1	Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Perencanaan Strategis dan Program	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Perencanaan Strategis	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Perencanaan Program Transfer Daerah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
6	Kepala Bagian APBN I	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Perencanaan	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
8	Kepala Subbagian Anggaran	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Evaluasi dan Pelaporan	9	5.079.200
10	Kepala Bagian APBN II	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Perencanaan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Anggaran	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Evaluasi dan Pelaporan	9	5.079.200
14	Kepala Bagian APBN III	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Perencanaan	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Anggaran	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Evaluasi dan Pelaporan	9	5.079.200
<b>Biro Keuangan dan Barang Milik Negara</b>			
1	Kepala Biro Keuangan dan Barang Milik Negara	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Tata Laksana Keuangan dan Perbendaharaan	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Tata Laksana Keuangan I	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Tata Laksana Keuangan II	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Perbendaharaan	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Akuntansi I	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Akuntansi II	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Analisis Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Pengadaan Barang/Jasa	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Layanan Pengadaan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Pemantauan dan Evaluasi	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Pengelolaan Barang Milik Negara	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Pemanfaatan Barang Milik Negara	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
16	Kepala Subbagian Penghapusan Barang Milik Negara	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Penatausahaan Barang Milik Negara	9	5.079.200
<b>Biro Hukum dan Organisasi</b>			
1	Kepala Biro Hukum dan Organisasi	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Peraturan Perundang-Undangan I	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Peraturan Bidang Kefarmasian dan Alat Kesehatan dan Inspektorat	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Peraturan Bidang Sumber Daya Manusia Kesehatan dan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Peraturan Bidang Kesehatan Masyarakat dan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Peraturan Perundang-Undangan II	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Peraturan Bidang Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Peraturan Bidang Manajemen Kesehatan	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Advokasi Hukum	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Advokasi Hukum I	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Advokasi Hukum II	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Advokasi Hukum III	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Organisasi dan Tata Laksana	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Penataan Organisasi	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Tata Laksana	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Analisis Jabatan	9	5.079.200
<b>Biro Kepegawaian</b>			

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Biro Kepegawaian	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Pengadaan Pegawai	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Penyusunan Formasi Pegawai	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Pengangkatan Pegawai Negeri Sipil	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Pengangkatan Pegawai dengan Penugasan Khusus	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Mutasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Kenaikan Pangkat	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Pemindahan dan Pemberhentian	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Penilaian Kinerja dan Dukungan Informasi Kepegawaian	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Pengembangan Pegawai	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Perancangan Pengembangan Jabatan Pimpinan Tinggi dan Jabatan Administrasi	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Administrasi Pengembangan Jabatan Fungsional	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Pengembangan Karir	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Disiplin dan Kesejahteraan Pegawai	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Peraturan Kepegawaian dan Penegakan Disiplin Pegawai	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Penghargaan dan Kesejahteraan Pegawai	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Biro Kerja Sama Luar Negeri			
1	Kepala Biro Kerja Sama Luar Negeri	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Kerja Sama Bilateral	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Kerja Sama Bilateral I	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
4	Kepala Subbagian Kerja Sama Bilateral II	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Kerja Sama Kesehatan Regional	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Kerjasama Kesehatan Regional I	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Kerjasama Kesehatan Regional II	9	5.079.200
9	Kepala Bagian Kerja Sama Kesehatan Multilateral	12	9.896.000
10	Kepala Subbagian Kerja Sama Kesehatan Multilateral I	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Kerja Sama Kesehatan Multilateral II	9	5.079.200
<b>Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat</b>			
1	Kepala Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Opini Publik, Produksi Komunikasi, dan Peliputan	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Opini Publik	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Produksi Komunikasi	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Peliputan dan Dokumentasi	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Hubungan Media dan Lembaga	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Hubungan Media Massa dan Media Sosial	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Komunikasi Antar Lembaga	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Pelayanan Masyarakat	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Pelayanan Informasi	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Pengaduan Masyarakat	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
13	Kepala Subbagian Penerbitan dan Perpustakaan	9	5.079.200
Biro Umum			
1	Kepala Biro Umum	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Tata Usaha Pimpinan dan Protokol	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Tata Usaha Menteri dan Staf Ahli	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Tata Usaha Sekretaris Jenderal	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Protokol	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Kearsipan dan Administrasi	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Kearsipan	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Persuratan	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Administrasi Perjalanan Dinas	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Rumah Tangga	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Pemanfaatan Sarana dan Prasarana	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Pemeliharaan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Pengamanan	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Gaji dan Tata Usaha	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Verifikasi Gaji	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Penatausahaan Gaji	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Pusat Data dan Informasi			
1	Kepala Pusat Data dan Informasi	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Pengembangan Sistem Informasi	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Arsitektur Sistem Informasi	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Standardisasi Sistem Informasi	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
5	Kepala Bidang Pengelolaan Teknologi Informasi	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Pengelolaan Aplikasi dan Database	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Pengelolaan Infrastruktur Teknologi Informasi	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Pengelolaan Data dan Informasi	12	9.896.000
9	Kepala Subbidang Analisis Data	9	5.079.200
10	Kepala Subbidang Diseminasi Informasi	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
12	Kepala Subbagian Program dan Evaluasi	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Barang Milik Negara	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Kepegawaian dan Umum	9	5.079.200
<b>Pusat Analisis Determinan Kesehatan</b>			
1	Kepala Pusat Analisis Determinan Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Analisis Lingkungan Strategis	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Analisis Politik Kesehatan	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Analisis Sosial Ekonomi	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Analisis Perilaku dan Kesehatan Inteligensia	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Analisis Perilaku	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Analisis Kesehatan Intelegensia	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
9	Kepala Subbagian Program dan Evaluasi	9	5.079.200
10	Kepala Subbagian Kepegawaian, Keuangan dan Umum	9	5.079.200
<b>Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan</b>			
1	Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
3	Kepala Subbidang Perhitungan Biaya Kesehatan	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Analisis Belanja Kesehatan	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Jaminan Kesehatan	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Standar Pelayanan dan Manfaat	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Analisis Pembiayaan dan Kepesertaan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Evaluasi Ekonomi Pembiayaan Kesehatan	12	9.896.000
9	Kepala Subbidang Analisis Efektifitas dan Efisiensi Pembiayaan Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Subbidang Penilaian Teknologi Kesehatan	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
12	Kepala Subbagian Perencanaan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Informasi dan Pelaporan	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Kepegawain dan Umum	9	5.079.200
<b>Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan</b>			
1	Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Pencegahan, Mitigasi dan Kesiapsiagaan	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Pencegahan dan Mitigasi	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Kesiapsiagaan	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Fasilitasi Penanggulangan Krisis Kesehatan	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Fasilitasi Tanggap Darurat	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Fasilitasi Pemulihan Awal	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Evaluasi dan Informasi	12	9.896.000
9	Kepala Subbidang Evaluasi	9	5.079.200
10	Kepala Subbidang Pemantauan dan Informasi	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
11	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
12	Kepala Subbagian Program	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Barang Milik Negara	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Kepegawaian dan Umum	9	5.079.200
<b>Pusat Kesehatan Haji</b>			
1	Kepala Pusat Kesehatan Haji	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Pembimbingan dan Pengendalian Faktor Risiko Kesehatan Haji	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Penyuluhan dan Pembimbingan Kesehatan	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Pengendalian Faktor Risiko	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pendayagunaan Sumber Daya dan Fasilitasi Pelayanan Kesehatan Haji	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Pendayagunaan Sumber Daya Kesehatan Haji	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Fasilitasi Pelayanan Kesehatan Haji	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
9	Kepala Subbagian Program dan Informasi Kesehatan Haji	9	5.079.200
10	Kepala Subbagian Keuangan dan Barang Milik Negara	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Kepegawaian dan Umum	9	5.079.200
<b>Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia</b>			
1	Sekretaris Konsil Kedokteran Indonesia	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Standardisasi Pendidikan Profesi	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Pendidikan Dokter	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Pendidikan Dokter Spesialis	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Pendidikan Berkelanjutan	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
6	Kepala Bagian Registrasi	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Registrasi Sementara	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Registrasi Bersyarat	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Registrasi Heregristasi	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Pelayanan Hukum	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Penyusunan Peraturan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Persidangan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Bantuan Hukum	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Hubungan Masyarakat	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Tata Usaha dan Kepegawaian	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Keuangan	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Hubungan Masyarakat	9	5.079.200

C. DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat	17	33.240.000
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat			
1	Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Program dan Informasi	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Program	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Anggaran	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Informasi dan Evaluasi	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Peraturan Perundang-undangan	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Organisasi dan Tata Laksana	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
9	Kepala Subbagian Advokasi Hukum dan Hubungan Masyarakat	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Perbendaharaan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Verifikasi dan Akuntansi	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Pengelolaan Barang Milik Negara	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Kepegawaian	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Layanan Pengadaan	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha dan Rumah Tangga	9	5.079.200
<b>Direktorat Kesehatan Keluarga</b>			
1	Direktur Kesehatan Keluarga	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Kesehatan Maternal dan Neonatal	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Kesehatan Maternal	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Kesehatan Neonatal	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Kesehatan Balita dan Anak Prasekolah	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Kelangsungan Hidup Balita dan Anak Prasekolah	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Kualitas Hidup Balita dan Anak Prasekolah	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja di Dalam Sekolah	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja di Luar Sekolah	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Kesehatan Usia Reproduksi	12	9.896.000



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
12	Kepala Seksi Akses Kesehatan Reproduksi	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Kualitas Kesehatan Reproduksi	9	5.079.200
14	Kepala Subdirektorat Kesehatan Lanjut Usia	12	9.896.000
15	Kepala Seksi Akses Kesehatan Lanjut Usia	9	5.079.200
16	Kepala Seksi Kualitas Kesehatan Lanjut Usia	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Kesehatan Lingkungan</b>			
1	Direktur Kesehatan Lingkungan	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Penyehatan Air dan Sanitasi Dasar	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Penyehatan Air	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Penyehatan Sanitasi Dasar	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Penyehatan Pangan	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Peningkatan Higiene dan Sanitasi Pangan	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Pengawasan dan Perlindungan Higiene dan Sanitasi Pangan	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Penyehatan Udara, Tanah, dan Kawasan	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Penyehatan Udara dan Tanah	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Penyehatan Kawasan	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Pengamanan Limbah dan Radiasi	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Pengamanan Limbah	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Pengamanan Radiasi	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga</b>			
1	Direktur Kesehatan Kerja dan Olahraga	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Kesehatan Okupasi dan Surveilans	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Kesehatan Okupasi	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Surveilans Kesehatan Pekerja	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Kapasitas Kerja	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
6	Kepala Seksi Kapasitas Kerja Pekerja	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Kapasitas Kerja Institusi	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Lingkungan Kerja	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Pengendalian Lingkungan Kerja	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Perlindungan Ergonomi	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Kesehatan Olahraga	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Kesehatan Olahraga Masyarakat	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Kesehatan Olahraga Prestasi	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Gizi Masyarakat</b>			
1	Direktur Gizi Masyarakat	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Peningkatan Mutu dan Kecukupan Gizi	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Mutu Gizi	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Kecukupan Gizi	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Kewaspadaan Gizi	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Surveilans Gizi	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Ketahanan Gizi	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Penanggulangan Masalah Gizi	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Masalah Gizi Makro	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Masalah Gizi Mikro	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Pengelolaan Konsumsi Gizi	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Konsumsi Gizi Umum	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Konsumsi Gizi Khusus	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</b>			
1	Direktur Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	15	19.280.000
2	Kepala Sub Direktorat Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Kesehatan	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
3	Kepala Seksi Strategi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Kesehatan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Penyebarluasan Informasi Kesehatan	9	5.079.200
5	Kepala Sub Direktorat Advokasi dan Kemitraan	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Advokasi Kesehatan	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Kemitraan Kesehatan	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Potensi Sumber Daya Promosi Kesehatan	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Penggerak Promosi Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Sarana dan Prasarana Promosi Kesehatan	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Pemberdayaan Masyarakat	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Pengorganisasian Masyarakat	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Peningkatan Peran Serta Masyarakat	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat Bandung</b>			
1	Kepala Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat Bandung	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Olahraga	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Kemitraan	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Balai Kesehatan Tradisional Masyarakat Makassar</b>			
1	Kepala Balai Kesehatan Tradisional Masyarakat Makassar	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
<b>Loka Kesehatan Tradisional Masyarakat Palembang</b>			
1	Kepala Loka Kesehatan Tradisional Masyarakat Palembang	10	5.979.200



D. DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	17	33.240.000
Sekretariat Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit			
1	Sekretaris Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Program dan Informasi	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Program	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Anggaran	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Informasi dan Evaluasi	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Peraturan Perundang-undangan	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Organisasi dan Tata Laksana	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Advokasi Hukum dan Hubungan Masyarakat	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Perbendaharaan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Verifikasi dan Akuntansi	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Pengelolaan Barang Milik Negara	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Kepegawaian	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Layanan Pengadaan	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha dan Rumah Tangga	9	5.079.200
Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan			
1	Direktur Surveilans dan Karantina Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Surveilans	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
3	Kepala Seksi Kewaspadaan Dini	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Respon Kejadian Luar Biasa dan Wabah	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Penyakit Infeksi Emerging	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Deteksi Penyakit Infeksi Emerging	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Intervensi Penyakit Infeksi Emerging	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Kekarantinaan Kesehatan	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Karantina Kesehatan Pelabuhan dan Bandar Udara	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Karantina Kesehatan Wilayah dan Pos Lintas Batas Darat Negara	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Imunisasi	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Imunisasi Dasar	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Imunisasi Lanjutan dan Khusus	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung</b>			
1	Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Tuberkulosis	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Tuberkulosis Sensitif Obat	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Tuberkulosis Resistensi Obat	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Infeksi Saluran Pernafasan Akut	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Infeksi Saluran Pernafasan Atas	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Pneumonia	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual	12	9.896.000
9	Kepala Seksi HIV AIDS	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
10	Kepala Seksi Penyakit Infeksi Menular Seksual	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Hepatitis dan Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Hepatitis	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan	9	5.079.200
14	Kepala Subdirektorat Penyakit Tropis Menular Langsung	12	9.896.000
15	Kepala Seksi Kusta	9	5.079.200
16	Kepala Seksi Frambusia	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik			
1	Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Malaria	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Pencegahan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Pengendalian	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Zoonosis	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Pencegahan	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Pengendalian	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Filariasis dan Kecacingan	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Filariasis	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kecacingan	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Arbovirosis	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Pencegahan	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Pengendalian	9	5.079.200
14	Kepala Subdirektorat Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit	12	9.896.000
15	Kepala Seksi Vektor	9	5.079.200
16	Kepala Seksi Binatang Pembawa Penyakit	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular			
1	Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Penyakit Paru Kronik dan Gangguan Imunologi	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Penyakit Paru Kronik	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Penyakit Gangguan Imunologi	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Penyakit Jantung	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Penyakit Pembuluh Darah	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Penyakit Kanker dan Kelainan Darah	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Penyakit Kanker	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Penyakit Kelainan Darah	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Penyakit Diabetes Mellitus dan Gangguan Metabolik	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Penyakit Diabetes Mellitus	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Penyakit Gangguan Metabolik	9	5.079.200
14	Kepala Subdirektorat Gangguan Indera dan Fungsional	12	9.896.000
15	Kepala Seksi Gangguan Indera	9	5.079.200
16	Kepala Seksi Gangguan Fungsional	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA			
1	Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Masalah Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Kesehatan Jiwa Anak	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Kesehatan Jiwa Remaja	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Masalah Kesehatan Jiwa Dewasa dan Lanjut Usia	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
6	Kepala Seksi Kesehatan Jiwa Dewasa	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Kesehatan Jiwa Lanjut Usia	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Masalah Penyalahgunaan NAPZA	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Masalah Penyalahgunaan NAPZA di Masyarakat	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Masalah Penyalahgunaan NAPZA di Institusi	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Tanjung Priok	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Karantina	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Pengendalian Vektor dan Binatang Penular Penyakit	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Sanitasi dan Dampak Risiko Lingkungan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Umum	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Denpasar			

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Denpasar	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Karantina	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Pengendalian Vektor dan Binatang Penular Penyakit	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Sanitasi dan Dampak Risiko Lingkungan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Umum	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Surabaya</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Surabaya	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Karantina	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Pengendalian Vektor dan Binatang Penular Penyakit	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
7	Kepala Seksi Sanitasi dan Dampak Risiko Lingkungan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Umum	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Soekarno-Hatta</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Soekarno-Hatta	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Karantina	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Pengendalian Vektor dan Binatang Penular Penyakit	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Sanitasi dan Dampak Risiko Lingkungan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Umum	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Medan			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Medan	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Karantina	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Pengendalian Vektor dan Binatang Penular Penyakit	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Sanitasi dan Dampak Risiko Lingkungan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Umum	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Makassar			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Makassar	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Karantina	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Pengendalian Vektor dan Binatang Penular Penyakit	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
7	Kepala Seksi Sanitasi dan Dampak Risiko Lingkungan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Umum	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Batam</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Batam	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Karantina	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengendalian Risiko Lingkungan	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Pengendalian Vektor dan Binatang Penular Penyakit	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Sanitasi dan Dampak Risiko Lingkungan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Pencegahan dan Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Kesehatan Matra dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Keuangan dan Umum	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Tanjung Pinang			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Tanjung Pinang	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Banjarmasin			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Banjarmasin	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Kendari			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Kendari	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Tarakan			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Tarakan	13	10.936.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Mataram</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Mataram	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Padang</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Padang	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Semarang</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Semarang	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Palembang</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Palembang	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Probolinggo</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Probolinggo	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Ambon</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Ambon	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pekanbaru	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Balikpapan			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Balikpapan	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Manado			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Manado	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung			

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Banten			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Banten	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pontianak			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Pontianak	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Samarinda			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Samarinda	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Cilacap</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Cilacap	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Panjang</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Panjang	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Jayapura</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Jayapura	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Tanjung Balai Karimun			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Tanjung Balai Karimun	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Upaya Kesehatan dan Lintas Wilayah	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Pangkal Pinang			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Pangkal Pinang	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Bitung			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Bitung	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Tembilahan			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Tembilahan	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Jambi</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Jambi	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Dumai</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Dumai	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Palu</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Palu	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Kupang</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Kupang	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Biak			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Biak	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Sorong			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Sorong	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Manokwari			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Manokwari	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Sampit			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Sampit	12	9.896.000



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Banda Aceh			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Banda Aceh	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Merauke			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Merauke	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Lhokseumawe			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Lhokseumawe	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Bengkulu			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Bengkulu	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Poso			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Poso	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Palangkaraya			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Palangkaraya	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Gorontalo			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Gorontalo	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Ternate			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Ternate	12	9.896.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
<b>Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Sabang</b>			
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Sabang	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Pengendalian Karantina dan Surveilans Epidemiologi	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengendalian Resiko Lingkungan dan Kesehatan Lintas Wilayah	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
<b>BBTKL dan PPM Yogyakarta</b>			
1	Kepala BBTCL dan PPM Yogyakarta	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Advokasi Kejadian Luar Biasa	8	4.595.150
4	Kepala Seksi Pengkajian dan Diseminasi	8	4.595.150
5	Kepala Bidang Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Teknologi Pemberantasan Penyakit Menular	8	4.595.150
7	Kepala Seksi Teknologi Laboratorium	8	4.595.150
8	Kepala Bidang Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Lingkungan Fisik dan Kimia	8	4.595.150
10	Kepala Seksi Lingkungan Biologi	8	4.595.150
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	8	4.595.150
13	Kepala Subbagian Umum	8	4.595.150
<b>BBTKL dan PPM Jakarta</b>			
1	Kepala BBTCL dan PPM Jakarta	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
3	Kepala Seksi Advokasi Kejadian Luar Biasa	8	4.595.150
4	Kepala Seksi Pengkajian dan Diseminasi	8	4.595.150
5	Kepala Bidang Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Teknologi Pemberantasan Penyakit Menular	8	4.595.150
7	Kepala Seksi Teknologi Laboratorium	8	4.595.150
8	Kepala Bidang Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Lingkungan Fisik dan Kimia	8	4.595.150
10	Kepala Seksi Lingkungan Biologi	8	4.595.150
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	8	4.595.150
13	Kepala Subbagian Umum	8	4.595.150
<b>BBTKL dan PPM Surabaya</b>			
1	Kepala BBTKL dan PPM Surabaya	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Advokasi Kejadian Luar Biasa	8	4.595.150
4	Kepala Seksi Pengkajian dan Diseminasi	8	4.595.150
5	Kepala Bidang Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Teknologi Pemberantasan Penyakit Menular	8	4.595.150
7	Kepala Seksi Teknologi Laboratorium	8	4.595.150
8	Kepala Bidang Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Lingkungan Fisik dan Kimia	8	4.595.150
10	Kepala Seksi Lingkungan Biologi	8	4.595.150
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	8	4.595.150
13	Kepala Subbagian Umum	8	4.595.150
<b>BETKL dan PPM Banjarbaru</b>			

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala BBTCL dan PPM Banjarbaru	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Surveilans Epidemiologi	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Advokasi Kejadian Luar Biasa	8	4.595.150
4	Kepala Seksi Pengkajian dan Diseminasi	8	4.595.150
5	Kepala Bidang Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Teknologi Pemberantasan Penyakit Menular	8	4.595.150
7	Kepala Seksi Teknologi Laboratorium	8	4.595.150
8	Kepala Bidang Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	10	5.979.200
9	Kepala Seksi Lingkungan Fisik dan Kimia	8	4.595.150
10	Kepala Seksi Lingkungan Biologi	8	4.595.150
11	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
12	Kepala Subbagian Program dan Laporan	8	4.595.150
13	Kepala Subbagian Umum	8	4.595.150
<b>BTKL dan PPM Kelas I Batam</b>			
1	Kepala BTKL dan PPM Kelas I Batam	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>BTKL dan PPM Kelas I Makassar</b>			
1	Kepala BTKL dan PPM Kelas I Makassar	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
BTKL dan PPM Kelas I Medan			
1	Kepala BTKL dan PPM Kelas I Medan	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
BTKL dan PPM Kelas I Palembang			
1	Kepala BTKL dan PPM Kelas I Palembang	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
BTKL dan PPM Kelas I Manado			
1	Kepala BTKL dan PPM Kelas I Manado	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
BTKL dan PPM Kelas II Ambon			
1	Kepala BTKL dan PPM Kelas II Ambon	12	9.896.000
2	Kepala Seksi Surveilans Epidemiologi dan Analisis Dampak Kesehatan Lingkungan	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Pengembangan Teknologi dan Laboratorium	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas IV DI Yogyakarta			



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas IV Di Yogyakarta	10	5.979.200
2	Kepala Urusan Tata Usaha	8	4.595.150

#### E. DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan	17	33.240.000
Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			
1	Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Program dan Informasi	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Program	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Anggaran	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Informasi dan Evaluasi	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Peraturan Perundang-undangan	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Organisasi dan Tata Laksana	9	5.079.200
9	Kepala Sub Bagian Advokasi Hukum dan Hubungan Masyarakat	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Perbendaharaan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Verifikasi dan Akuntansi	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Pengelolaan Barang Milik Negara	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Kepegawaian	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Layanan Pengadaan	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
17	Kepala Subbagian Tata Usaha dan Rumah Tangga	9	5.079.200
<b>Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer</b>			
1	Direktur Pelayanan Kesehatan Primer	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Pusat Kesehatan Masyarakat	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Penunjang Pelayanan Kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Klinik	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Klinik	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Penunjang Pelayanan Kesehatan Klinik	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Praktik Perorangan	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Pelayanan Medis	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Pelayanan Non Medis	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan</b>			
1	Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Pelayanan Medik dan Keperawatan	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Rawat Jalan dan Gawat Darurat	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Rawat Inap, Intensif, dan Bedah	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Pelayanan Penunjang	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Pelayanan Gawat Darurat Terpadu	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Pra Rumah Sakit	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Antar Rumah Sakit	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
11	Kepala Subdirektorat Pengelolaan Rujukan dan Pemantauan Rumah Sakit	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Pengelolaan Pelayanan Rujukan	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Pemantauan dan Evaluasi Rumah Sakit	9	5.079.200
14	Kepala Subdirektorat Rumah Sakit Pendidikan	12	9.896.000
15	Kepala Seksi Jejaring Rumah Sakit Pendidikan	9	5.079.200
16	Kepala Seksi Pemantauan dan Evaluasi Rumah Sakit Pendidikan	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Direktorat Pelayanan Kesehatan Tradisional			
1	Direktur Pelayanan Kesehatan Tradisional	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Penyehat Tradisional	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Asuhan Mandiri	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer Mandiri	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer Berkelompok	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
10	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan</b>			
1	Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Sarana dan Prasarana	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Peralatan	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Sarana dan Prasarana	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Peralatan	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Sarana dan Prasarana	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Peralatan	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan</b>			
1	Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Primer	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Mutu Pelayanan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Akreditasi Pelayanan	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Rujukan	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Mutu Pelayanan	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Akreditasi Pelayanan	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lainnya	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Mutu Pelayanan	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
10	Kepala Seksi Akreditasi Pelayanan	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Jakarta</b>			
1	Kepala Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Jakarta	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pelayanan Teknis	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Tata Operasional	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Kemitraan dan Bimbingan Teknis	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Surabaya</b>			
1	Kepala Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Surabaya	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pelayanan Teknis	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Tata Operasional	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Kemitraan dan Bimbingan Teknis	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Medan</b>			
1	Kepala Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Medan	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pelayanan Teknis	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Tata Operasional	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Makassar</b>			
1	Kepala Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Makassar	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pelayanan Teknis	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Tata Operasional	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Balai Kesehatan Mata Masyarakat Cikampek</b>			
1	Kepala Balai Kesehatan Mata Masyarakat Cikampek	13	10.936.000



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Penunjang Pelayanan Kesehatan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Kemitraan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Rumah Sakit Umum Ratatotok Buyat</b>			
1	Direktur Rumah Sakit Umum Ratatotok Buyat	11	8.757.600
2	Kepala Bagian Sekretariat	10	5.979.200
3	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Program dan Keuangan	8	4.595.150
5	Kepala Sub Bagian Hukum, Organisasi, dan Humas	8	4.595.150
6	Kepala Bidang Pelayanan	10	5.979.200
7	Kepala Seksi Pelayanan Medik	8	4.595.150
8	Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan	8	4.595.150
9	Kepala Seksi Penunjang Medik	8	4.595.150
<b>Loka Pengamanan Fasilitas Kesehatan Surakarta</b>			
1	Kepala Loka Pengamanan Fasilitas Kesehatan Surakarta	10	5.979.200
2	Kepala Urusan Tata Usaha	8	4.595.150
<b>Loka Pengamanan Fasilitas Kesehatan Banjarbaru</b>			
1	Kepala Loka Pengamanan Fasilitas Kesehatan Banjarbaru	10	5.979.200
2	Kepala Urusan Tata Usaha	8	4.595.150
<b>Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan</b>			
1	Kepala Unit Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan	11	8.757.600
2	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan	8	4.595.150
3	Kepala Seksi Penunjang Medik	8	4.595.150
4	Kepala Subbagian Tata Usaha	8	4.595.150



F. DIREKTORAT JENDERAL KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan	17	33.240.000
Sekretariat Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan			
1	Sekretaris Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Program dan Informasi	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Program	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Anggaran	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Informasi dan Evaluasi	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Peraturan Perundang-undangan	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Organisasi dan Tata Laksana	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Advokasi Hukum dan Hubungan Masyarakat	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Perbendaharaan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Verifikasi dan Akuntansi	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Pengelolaan Barang Milik Negara	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Kepegawaian	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Layanan Pengadaan	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Tata Usaha dan Rumah Tangga	9	5.079.200
Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan			
1	Direktur Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan	15	19.280.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Subdirektorat Perencanaan dan Penilaian Ketersediaan	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Perencanaan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Penilaian Ketersediaan	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Pengendalian Harga dan Pengaturan Pengadaan	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Pengendalian Harga	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Pengaturan Pengadaan	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Pengendalian Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Pengendalian Obat Publik	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Pengendalian Perbekalan Kesehatan	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Pemantauan Pasar Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Pemantauan Pasar Obat Publik	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Pemantauan Pasar Perbekalan Kesehatan	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Direktorat Pelayanan Kefarmasian</b>			
1	Direktur Pelayanan Kefarmasian	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Manajemen dan Klinikal Farmasi	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Manajemen Farmasi	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Klinikal Farmasi	9	5.079.200
5	Kepala Sub Direktorat Analisis Farmakoekonomi	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Analisis Farmakoekonomi Obat	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Analisis Farmakoekonomi Alat Kesehatan	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Seleksi Obat dan Alat Kesehatan	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Seleksi Obat	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Seleksi Alat Kesehatan	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
11	Kepala Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Peningkatan Penggunaan Obat Rasional	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Pemantauan Penggunaan Obat Rasional	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian			
1	Direktur Produksi dan Distribusi Kefarmasian	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Obat dan Pangan	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Obat	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Pangan	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Obat Tradisional dan Kosmetika	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Obat Tradisional	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Kosmetika	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Narkotika dan Psikotropika	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Prekursor Farmasi	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Kemandirian Obat dan Bahan Baku Sediaan Farmasi	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Kemandirian Obat	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Kemandirian Bahan Baku Sediaan Farmasi	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Direktorat Penilaian Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga			
1	Direktur Penilaian Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Alat Kesehatan Kelas A dan B	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Alat Kesehatan Kelas A	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
4	Kepala Seksi Alat Kesehatan Kelas B	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Alat Kesehatan Kelas C dan D	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Alat Kesehatan Kelas C	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Alat Kesehatan Kelas D dan Produk Radiologi	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Produk Diagnostik dan Alat Kesehatan Khusus	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Produk Diagnostik	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Alat Kesehatan Khusus	9	5.079.200
11	Kepala Subdirektorat Produk Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga dan Produk Mandiri	12	9.896.000
12	Kepala Seksi Produk Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga	9	5.079.200
13	Kepala Seksi Produk Mandiri	9	5.079.200
14	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Direktorat Pengawasan Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga			
1	Direktur Pengawasan Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga	15	19.280.000
2	Kepala Subdirektorat Pembakuan dan Sertifikasi Produksi dan Distribusi	12	9.896.000
3	Kepala Seksi Pembakuan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Sertifikasi	9	5.079.200
5	Kepala Subdirektorat Pengawasan Sarana Produksi dan Distribusi	12	9.896.000
6	Kepala Seksi Pengawasan Sarana Produksi	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Pengawasan Sarana Distribusi dan Ekspor Impor	9	5.079.200
8	Kepala Subdirektorat Pengawasan Produk	12	9.896.000
9	Kepala Seksi Pengawasan Produk Alat Kesehatan	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
10	Kepala Seksi Pengawasan Produk Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200

#### G. INSPEKTORAT JENDERAL

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Inspektur Jenderal	17	33.240.000
Sekretariat Inspektorat Jenderal			
1	Sekretaris Inspektorat Jenderal	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Program dan Informasi	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Program dan Anggaran	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Evaluasi, Informasi dan Hubungan Masyarakat	9	5.079.200
5	Kepala Bagian Analisis dan Pelaporan Tindak Lanjut Hasil Pengawasan	12	9.896.000
6	Kepala Subbagian Analisis dan Pelaporan Tindak Lanjut Hasil Pengawasan I	9	5.079.200
7	Kepala Subbagian Analisis dan Pelaporan Tindak Lanjut Hasil Pengawasan II	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara	12	9.896.000
9	Kepala Subbagian Perbendaharaan dan Verifikasi	9	5.079.200
10	Kepala Subbagian Pengelolaan Barang Milik Negara dan Rumah Tangga	9	5.079.200
11	Kepala Bagian Tata Usaha, Hukum, dan Kepegawaian	12	9.896.000
12	Kepala Subbagian Tata Usaha dan Hukum	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Kepegawaian dan Organisasi	9	5.079.200
Inspektorat I			

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Inspektur I	15	19.280.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Inspektorat II			
1	Inspektur II	15	19.280.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Inspektorat III			
1	Inspektur III	15	19.280.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Inspektorat IV			
1	Inspektur IV	15	19.280.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Inspektorat Investigasi			
1	Inspektur Investigasi	15	19.280.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200

**E. BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	17	33.240.000
Sekretariat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan			
1	Sekretaris Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Program dan Informasi	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Program dan Anggaran	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Data dan Informasi	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Evaluasi dan Pelaporan	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Hukum, Organisasi dan Kepegawaian	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Hukum	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Organisasi dan Tata Laksana	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
9	Kepala Subbagian Kepegawaian	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Perbendaharaan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Verifikasi dan Akuntansi	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Pengelolaan Barang Milik Negara dan Layanan Pengadaan	9	5.079.200
14	Kepala Bagian Umum, Dokumentasi, dan Jejaring	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Umum	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Dokumentasi, Perpustakaan, dan Publikasi	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Jejaring dan Hubungan Masyarakat	9	5.079.200
<b>Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan</b>			
1	Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Biomedis	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Biomedis Penyakit Menular	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Biomedis Penyakit Tidak Menular	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Teknologi Dasar Kesehatan	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Produk Biologi	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Instrumen dan Produk Diagnostik	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
9	Kepala Subbagian Program dan Kerjasama	9	5.079.200
10	Kepala Sub Bagian Keuangan, Kepegawaian dan Umum	9	5.079.200
<b>Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan</b>			
1	Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan	15	19.280.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Kefarmasian dan Alat Kesehatan	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Sumber Daya Manusia Kesehatan	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Pelayanan Kesehatan Primer dan Rujukan	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Pelayanan Kesehatan Tradisional dan Penunjang	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
9	Kepala Subbagian Program dan Kerjasama	9	5.079.200
10	Kepala Sub Bagian Keuangan, Kepegawaian dan Umum	9	5.079.200
<b>Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat</b>			
1	Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Gizi dan Kesehatan Keluarga	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Kesehatan Komunitas	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Penyakit Menular	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
9	Kepala Subbagian Program dan Kerjasama	9	5.079.200
10	Kepala Subbagian Keuangan, Kepegawaian, dan Umum	9	5.079.200
<b>Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan</b>			
1	Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan	15	19.280.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Bidang Humaniora Kesehatan	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Hukum dan Etika	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Sosial dan Budaya	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Manajemen Kesehatan	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Pembiayaan	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Analisis Kebijakan	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Tata Usaha	12	9.896.000
9	Kepala Subbagian Program dan Kerjasama	9	5.079.200
10	Kepala Sub Bagian Keuangan, Kepegawaian dan Umum	9	5.079.200

**Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga**

1	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga	14	17.064.000
2	Kepala Bagian Tata Usaha	11	8.757.600
3	Kepala Subbagian Umum	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Keuangan	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Program, Kerja Sama dan Jaringan Informasi	11	8.757.600
6	Kepala Seksi Program dan Evaluasi	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Kerja Sama dan Jaringan Informasi	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Layanan dan Sarana Penelitian	11	8.757.600
9	Kepala Seksi Pelayanan Teknis	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Sarana Penelitian dan Pengembangan	9	5.079.200

**Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional Tawangmangu**

1	Kepala Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional Tawangmangu	14	17.064.000
2	Kepala Bagian Tata Usaha	11	8.757.600



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
3	Kepala Subbagian Umum	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Keuangan	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Program, Kerja Sama dan Jaringan Informasi	11	8.757.600
6	Kepala Seksi Program dan Evaluasi	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Kerja Sama dan Jaringan Informasi	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Layanan dan Sarana Penelitian	11	8.757.600
9	Kepala Seksi Pelayanan Teknis	9	5.079.200
10	Kepala Seksi Sarana Penelitian dan Pengembangan	9	5.079.200
<b>Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Magelang</b>			
1	Kepala Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Magelang	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Program dan Evaluasi	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Kerja Sama dan Jaringan Informasi	9	5.079.200
5	Kepala Seksi Layanan dan Sarana Penelitian	9	5.079.200
<b>Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Donggala</b>			
1	Kepala Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Donggala	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Program dan Evaluasi	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Kerja Sama dan Jaringan Informasi	9	5.079.200
5	Kepala Seksi Layanan dan Sarana Penelitian	9	5.079.200
<b>Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Banjarnegara</b>			
1	Kepala Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Banjarnegara	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Program dan Evaluasi	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
4	Kepala Seksi Kerja Sama dan Jaringan Informasi	9	5.079.200
5	Kepala Seksi Layanan dan Sarana Penelitian	9	5.079.200
Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tanah Bumbu			
1	Kepala Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tanah Bumbu	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Program dan Kerja Sama	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Layanan dan Sarana Penelitian	9	5.079.200
Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Papua			
1	Kepala Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Papua	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Program dan Kerja Sama	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Layanan dan Sarana Penelitian	9	5.079.200
Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Baturaja			
1	Kepala Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Baturaja	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Program dan Kerja Sama	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Layanan dan Sarana Penelitian	9	5.079.200
Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Banda Aceh			
1	Kepala Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Banda Aceh	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Program dan Kerja Sama	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Layanan dan Sarana Penelitian	9	5.079.200
Loka Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Pangandaran			
1	Kepala Loka Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Pangandaran	10	5.979.200
2	Kepala Urusan Tata Usaha	8	4.595.150
Loka Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Waikabubak			

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Loka Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Waikabubak	10	5.979.200
2	Kepala Urusan Tata Usaha	8	4.595.150

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan	17	33.240.000
Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan			
1	Sekretaris Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Program dan Informasi	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Program dan Anggaran	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Data dan Informasi	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Evaluasi dan Pelaporan	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	12	9.896.000
7	Kepala Subbagian Peraturan Perundang-undangan	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Organisasi dan Tata Laksana	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Advokasi Hukum dan Hubungan Masyarakat	9	5.079.200
10	Kepala Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara	12	9.896.000
11	Kepala Subbagian Perbendaharaan	9	5.079.200
12	Kepala Subbagian Verifikasi dan Akuntansi	9	5.079.200
13	Kepala Subbagian Pengelolaan Barang Milik Negara	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
14	Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum	12	9.896.000
15	Kepala Subbagian Pengembangan Pegawai	9	5.079.200
16	Kepala Subbagian Pengadaan dan Mutasi Pegawai	9	5.079.200
17	Kepala Subbagian Umum dan Layanan Pengadaan	9	5.079.200
Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan			
1	Kepala Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Perencanaan Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Dalam Negeri	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Nasional	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Daerah Khusus	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Luar Negeri	12	9.896.000
9	Kepala Subbidang Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Indonesia ke Luar Negeri	9	5.079.200
10	Kepala Subbidang Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Warga Negara Asing	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan			

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Fasilitasi Pengembangan Pendidikan dan Kemitraan	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Fasilitasi Pengembangan Pendidikan	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Kemitraan	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Penyelenggaraan Pendidikan	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Fasilitasi Teknis Pendidikan	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Fasilitasi Penunjang Pendidikan	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Fasilitasi Akreditasi dan Pengendalian Mutu Pendidikan	12	9.896.000
9	Kepala Subbidang Fasilitasi Akreditasi	9	5.079.200
10	Kepala Subbidang Pengendalian Mutu Pendidikan	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan</b>			
1	Kepala Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Analisis Kompetensi dan Kebutuhan Pelatihan	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Analisis Kompetensi	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Pemetaan Kebutuhan Pelatihan	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengembangan Pelatihan	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Pengembangan Pelatihan Teknis	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Pengembangan Pelatihan Fungsional	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Pengendalian Mutu Pelatihan	12	9.896.000
9	Kepala Subbidang Akreditasi Pelatihan	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
10	Kepala Subbidang Akreditasi Institusi Pelatihan	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Pusat Peningkatan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan</b>			
1	Kepala Pusat Peningkatan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan	15	19.280.000
2	Kepala Bidang Pengembangan Jabatan Fungsional Kesehatan	12	9.896.000
3	Kepala Subbidang Pengembangan Jabatan Fungsional Kesehatan I	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Pengembangan Jabatan Fungsional Kesehatan II	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Pengembangan Karir dan Tata Kelola Sertifikasi	12	9.896.000
6	Kepala Subbidang Pengembangan Karir	9	5.079.200
7	Kepala Subbidang Tata Kelola Sertifikasi	9	5.079.200
8	Kepala Bidang Pengembangan Kualifikasi SDM Kesehatan Berkelanjutan	12	9.896.000
9	Kepala Subbidang Pengembangan Kualifikasi SDM Kesehatan Berkelanjutan I	9	5.079.200
10	Kepala Subbidang Pengembangan Kualifikasi SDM Kesehatan Berkelanjutan II	9	5.079.200
11	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
<b>Sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia</b>			
1	Sekretaris Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia	15	19.280.000
2	Kepala Bagian Registrasi, Standardisasi, dan Keprofesian Tenaga Kesehatan	12	9.896.000
3	Kepala Subbagian Registrasi	9	5.079.200
4	Kepala Subbagian Standardisasi	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Keprofesian	9	5.079.200
6	Kepala Bagian Hukum dan Administrasi Umum	12	9.896.000



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
7	Kepala Subbagian Hukum dan Hubungan Masyarakat	9	5.079.200
8	Kepala Subbagian Program dan Informasi	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Kepegawaian dan Umum	9	5.079.200
Poltekkes Padang			
1	Direktur Poltekkes Padang	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Riau			
1	Direktur Poltekkes Riau	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Jambi			
1	Direktur Poltekkes Jambi	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Palembang			
1	Direktur Poltekkes Palembang	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Denpasar			
1	Direktur Poltekkes Denpasar	13	10.936.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Jakarta I			
1	Direktur Poltekkes Jakarta I	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Tasikmalaya			
1	Direktur Poltekkes Tasikmalaya	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Mataram			
1	Direktur Poltekkes Mataram	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Kupang			
1	Direktur Poltekkes Kupang	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
Poltekkes Kalimantan Timur			
1	Direktur Poltekkes Kalimantan Timur	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Banjarmasin			
1	Direktur Poltekkes Banjarmasin	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Manado			
1	Direktur Poltekkes Manado	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Palu			
1	Direktur Poltekkes Palu	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Kendari			
1	Direktur Poltekkes Kendari	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Jayapura			
1	Direktur Poltekkes Jayapura	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Palangkaraya			
1	Direktur Poltekkes Palangkaraya	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Aceh			
1	Direktur Poltekkes Aceh	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Maluku			
1	Direktur Poltekkes Maluku	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Ternate			
1	Direktur Poltekkes Ternate	13	10.936.000

No	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Gorontalo			
1	Direktur Poltekkes Gorontalo	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Tanjung Pinang			
1	Direktur Poltekkes Tanjung Pinang	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Pangkal Pinang			
1	Direktur Poltekkes Pangkal Pinang	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Banten			
1	Direktur Poltekkes Banten	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Mamuju			

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Direktur Poltekkes Mamuju	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Poltekkes Sorong			
1	Direktur Poltekkes Sorong	13	10.936.000
2	Kepala Subbagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, Perencanaan dan Sistem Informasi	9	5.079.200
3	Kepala Subbagian Administrasi Umum, Keuangan, dan Kepegawaian	9	5.079.200
Balai Besar Pelatihan Kesehatan Jakarta			
1	Kepala Balai Besar Pelatihan Kesehatan Jakarta	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengembangan dan Pengendalian Mutu	10	5.979.200
3	Kepala Subbidang Pengkajian dan Pengembangan	9	5.079.200
4	Kepala Subbidang Pengendalian Mutu	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan	10	5.979.200
6	Kepala Subbidang Perencanaan dan Evaluasi Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
7	Kepala Sub Bidang Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
9	Kepala Subbagian Umum	9	5.079.200
10	Kepala Subbagian Keuangan	9	5.079.200
Balai Besar Pelatihan Kesehatan Ciloto			
1	Kepala Balai Besar Pelatihan Kesehatan Ciloto	14	17.064.000



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Kepala Bidang Pengembangan dan Pengendalian Mutu	10	5.979.200
2	Kepala Seksi Pengkajian dan Pengembangan	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Mutu	9	5.079.200
4	Kepala Bidang Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan	10	5.979.200
5	Kepala Seksi Perencanaan dan Evaluasi Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
6	Kepala Seksi Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
7	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
8	Kepala Subbagian Umum	9	5.079.200
9	Kepala Subbagian Keuangan	9	5.079.200
Balai Besar Pelatihan Kesehatan Makassar			
1	Kepala Balai Besar Pelatihan Kesehatan Makassar	14	17.064.000
2	Kepala Bidang Pengembangan dan Pengendalian Mutu	10	5.979.200
3	Kepala Seksi Pengkajian dan Pengembangan	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Pengendalian Mutu	9	5.079.200
5	Kepala Bidang Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan	10	5.979.200
6	Kepala Seksi Perencanaan dan Evaluasi Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
7	Kepala Seksi Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
8	Kepala Bagian Tata Usaha	10	5.979.200
9	Kepala Subbagian Umum	9	5.079.200
10	Kepala Subbagian Keuangan	9	5.079.200
Balai Pelatihan Kesehatan Cikarang			
1	Kepala Balai Pelatihan Kesehatan Cikarang	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengkajian dan Pengembangan	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Mutu	9	5.079.200

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
4	Kepala Seksi Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Balai Pelatihan Kesehatan Semarang			
1	Kepala Balai Pelatihan Kesehatan Semarang	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengkajian dan Pengembangan	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Mutu	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200
Balai Pelatihan Kesehatan Batam			
1	Kepala Balai Pelatihan Kesehatan Batam	13	10.936.000
2	Kepala Seksi Pengkajian dan Pengembangan	9	5.079.200
3	Kepala Seksi Pengendalian Mutu	9	5.079.200
4	Kepala Seksi Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan	9	5.079.200
5	Kepala Subbagian Tata Usaha	9	5.079.200

#### J. JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Administrator Kesehatan Madya	11	8.757.600
2	Administrator Kesehatan Muda	9	5.079.200
3	Administrator Kesehatan Pertama	8	4.595.150
4	Apoteker Utama	13	10.936.000
5	Apoteker Madya	11	8.757.600
6	Apoteker Muda	9	5.079.200
7	Apoteker Pertama	8	4.595.150
8	Asisten Apoteker Penyelia	8	4.595.150
9	Asisten Apoteker Mahir	7	3.015.900

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
10	Asisten Apoteker Terampil	6	3.510.400
11	Asisten Apoteker Pemula	5	3.134.250
12	Asisten Penata Anestesi Penyelia	8	4.595.150
13	Asisten Penata Anestesi Mahir	7	3.915.950
14	Asisten Penata Anestesi Terampil	6	3.510.400
15	Bidan Madya	11	8.757.600
16	Bidan Muda	9	5.079.200
17	Bidan Pertama	8	4.595.150
18	Bidan Penyelia	8	4.595.150
19	Bidan Mahir	7	3.915.950
20	Bidan Terampil	6	3.510.400
21	Dokter Utama	14	17.064.000
22	Dokter Madya	12	9.896.000
23	Dokter Muda	10	5.979.200
24	Dokter Pertama	9	5.079.200
25	Dokter Gigi Utama	14	17.064.000
26	Dokter Gigi Madya	12	9.896.000
27	Dokter Gigi Muda	10	5.979.200
28	Dokter Gigi Pertama	9	5.079.200
29	Dokter Pendidik Klinis Utama	15	19.280.000
30	Dokter Pendidik Klinis Madya	13	10.936.000
31	Dokter Pendidik Klinis Muda	11	8.757.600
32	Dokter Pendidik Klinis Pertama	10	5.979.200
33	Entomolog Kesehatan Madya	11	8.757.600
34	Entomolog Kesehatan Muda	9	5.079.200
35	Entomolog Kesehatan Pertama	8	4.595.150
36	Entomolog Kesehatan Penyelia	8	4.595.150
37	Entomolog Kesehatan Mahir	7	3.915.950
38	Entomolog Kesehatan Terampil	6	3.510.400
39	Entomolog Kesehatan Pemula	5	3.134.250
40	Epidemiolog Kesehatan Madya	11	8.757.600
41	Epidemiolog Kesehatan Muda	9	5.079.200
42	Epidemiolog Kesehatan Pertama	8	4.595.150



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
43	Epidemiolog Kesehatan Penyelia	8	4.595.150
44	Epidemiolog Kesehatan Mahir	7	3.915.950
45	Epidemiolog Kesehatan Terampil	6	3.510.400
46	Epidemiolog Kesehatan Pemula	5	3.134.250
47	Fisikawan Medis Madya	11	8.757.600
48	Fisikawan Medis Muda	9	5.079.200
49	Fisikawan Medis Pertama	8	4.595.150
50	Fisioterapis Madya	11	8.757.600
51	Fisioterapis Muda	9	5.079.200
52	Fisioterapis Pertama	8	4.595.150
53	Fisioterapis Penyelia	8	4.595.150
54	Fisioterapis Mahir	7	3.915.950
55	Fisioterapis Terampil	6	3.510.400
56	Nutrisisionis Madya	11	8.757.600
57	Nutrisisionis Muda	9	5.079.200
58	Nutrisisionis Pertama	8	4.595.150
59	Nutrisisionis Penyelia	8	4.595.150
60	Nutrisisionis Mahir	7	3.915.950
61	Nutrisisionis Terampil	6	3.510.400
62	Okupasi Terapis Penyelia	8	4.595.150
63	Okupasi Terapis Mahir	7	3.915.950
64	Okupasi Terapis Terampil	6	3.510.400
65	Okupasi Terapis Pemula	5	3.134.250
66	Ortotik Prostetis Penyelia	8	4.595.150
67	Ortotik Prostetis Mahir	7	3.915.950
68	Ortotik Prostetis Terampil	6	3.510.400
69	Ortotik Prostetis Pemula	5	3.134.250
70	Pembimbing Kesehatan Kerja Madya	11	8.757.600
71	Pembimbing Kesehatan Kerja Muda	9	5.079.200
72	Pembimbing Kesehatan Kerja Pertama	8	4.595.150
73	Penata Anestesi Madya	11	8.757.600
74	Penata Anestesi Muda	9	5.079.200
75	Penata Anestesi Pertama	8	4.595.150

No	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
70	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Madya	11	8.757.600
71	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Muda	9	5.079.200
72	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Pertama	8	4.595.150
73	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Penyelia	8	4.595.150
74	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Mahir	7	3.915.950
75	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Terampil	6	3.510.400
76	Perawat Utama	13	10.936.000
77	Perawat Madya	11	8.757.600
78	Perawat Muda	9	5.079.200
79	Perawat Pertama	8	4.595.150
80	Perawat Penyelia	8	4.595.150
81	Perawat Mahir	7	3.915.950
82	Perawat Terampil	6	3.510.400
83	Perawat Pemula	5	3.134.250
84	Perawat Gigi Madya	11	8.757.600
85	Perawat Gigi Muda	9	5.079.200
86	Perawat Gigi Pertama	8	4.595.150
87	Perawat Gigi Penyelia	8	4.595.150
88	Perawat Gigi Mahir	7	3.915.950
89	Perawat Gigi Terampil	6	3.510.400
90	Perawat Gigi Pemula	5	3.134.250
91	Perekam Medis Madya	11	8.757.600
92	Perekam Medis Muda	9	5.079.200
93	Perekam Medis Pertama	8	4.595.150
94	Perekam Medis Penyelia	8	4.595.150
95	Perekam Medis Mahir	7	3.915.950
96	Perekam Medis Terampil	6	3.510.400
97	Pranata Laboratorium Kesehatan Madya	11	8.757.600
98	Pranata Laboratorium Kesehatan Muda	9	5.079.200
99	Pranata Laboratorium Kesehatan Pertama	8	4.595.150
100	Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia	8	4.595.150
101	Pranata Laboratorium Kesehatan Mahir	7	3.915.950
102	Pranata Laboratorium Kesehatan Terampil	6	3.510.400
103	Pranata Laboratorium Kesehatan Madya	11	8.757.600
104	Pranata Laboratorium Kesehatan Muda	9	5.079.200
105	Pranata Laboratorium Kesehatan Pertama	8	4.595.150
106	Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia	8	4.595.150
107	Pranata Laboratorium Kesehatan Mahir	7	3.915.950
108	Pranata Laboratorium Kesehatan Terampil	6	3.510.400

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
109	Pranata Laboratorium Kesehatan Pemula	5	3.134.250
110	Psikolog Klinis Madya	11	8.757.600
111	Psikolog Klinis Muda	9	5.079.200
112	Psikolog Klinis Pertama	8	4.595.150
113	Radiografer Madya	11	8.757.600
114	Radiografer Muda	9	5.079.200
115	Radiografer Pertama	8	4.595.150
116	Radiografer Penyelia	8	4.595.150
117	Radiografer Mahir	7	3.915.950
118	Radiografer Terampil	6	3.510.400
119	Refraksionis Optisien Penyelia	8	4.595.150
120	Refraksionis Optisien Mahir	7	3.915.950
121	Refraksionis Optisien Terampil	6	3.510.400
122	Refraksionis Optisien Pemula	5	3.134.250
123	Sanitarian Madya	11	8.757.600
124	Sanitarian Muda	9	5.079.200
125	Sanitarian Pertama	8	4.595.150
126	Sanitarian Penyelia	8	4.595.150
127	Sanitarian Mahir	7	3.915.950
128	Sanitarian Terampil	6	3.510.400
129	Sanitarian Pemula	5	3.134.250
130	Teknisi Elektro Medis Madya	11	8.757.600
131	Teknisi Elektro Medis Muda	9	5.079.200
132	Teknisi Elektro Medis Pertama	8	4.595.150
133	Teknisi Elektro Medis Penyelia	8	4.595.150
134	Teknisi Elektro Medis Mahir	7	3.915.950
135	Teknisi Elektro Medis Terampil	6	3.510.400
136	Teknisi Gigi Penyelia	8	4.595.150
137	Teknisi Gigi Mahir	7	3.915.950
138	Teknisi Gigi Terampil	6	3.510.400
139	Teknisi Transfusi Darah Penyelia	8	4.595.150
140	Teknisi Transfusi Darah Mahir	7	3.915.950
141	Teknisi Transfusi Darah Terampil	6	3.510.400



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
142	Teknisi Transfusi Darah Pemula	5	3.134.250
143	Terapi Wicara Penyelia	8	4.595.150
144	Terapi Wicara Mahir	7	3.915.950
145	Terapi Wicara Terampil	6	3.510.400
146	Terapi Wicara Pemula	5	3.134.250

#### JABATAN FUNGSIONAL NONKESEHATAN

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Analisis Anggaran Utama	14	17.064.000
2	Analisis Anggaran Madya	12	9.896.000
3	Analisis Anggaran Muda	10	5.979.200
4	Analisis Anggaran Pertama	8	4.595.150
5	Analisis Kebijakan Utama	14	17.064.000
6	Analisis Kebijakan Madya	12	9.896.000
7	Analisis Kebijakan Muda	10	5.979.200
8	Analisis Kebijakan Pertama	8	4.595.150
9	Analisis Kepegawaian Utama	13	10.936.000
10	Analisis Kepegawaian Madya	11	8.757.600
11	Analisis Kepegawaian Muda	9	5.079.200
12	Analisis Kepegawaian Pertama	8	4.595.150
13	Analisis Kepegawaian Penyelia	8	4.595.150
14	Analisis Kepegawaian Mahir	7	3.915.950
15	Analisis Kepegawaian Terampil	6	3.510.400
16	Arsiparis Utama	13	10.936.000
17	Arsiparis Madya	11	8.757.600
18	Arsiparis Muda	9	5.079.200
19	Arsiparis Pertama	8	4.595.150
20	Arsiparis Penyelia	8	4.595.150
21	Arsiparis Mahir	7	3.915.950
22	Arsiparis Terampil	6	3.510.400
23	Asesor SDM Aparatur Utama	14	17.064.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
24	Assesor SDM Aparatur Madya	12	9.896.000
25	Assesor SDM Aparatur Muda	10	5.979.200
26	Assesor SDM Aparatur Pertama	8	4.595.150
27	Auditor Ahli Utama	13	10.936.000
28	Auditor Ahli Madya	11	8.757.600
29	Auditor Ahli Muda	9	5.079.200
30	Auditor Ahli Pertama	8	4.595.150
31	Auditor Penyelia	8	4.595.150
32	Auditor Mahir	7	3.915.950
33	Auditor Terampil	6	3.510.400
34	Auditor Kepegawaian Madya	11	8.757.600
35	Auditor Kepegawaian Muda	9	5.079.200
36	Auditor Kepegawaian Pertama	8	4.595.150
37	Pekerja Sosial Madya	11	8.757.600
38	Pekerja Sosial Muda	9	5.079.200
39	Pekerja Sosial Pertama	8	4.595.150
40	Pekerja Sosial Penyelia	8	4.595.150
41	Pekerja Sosial Mahir	7	3.915.950
42	Pekerja Sosial Terampil	6	3.510.400
43	Pekerja Sosial Pemula	5	3.134.250
44	Peneliti Utama	13	10.936.000
45	Peneliti Madya	11	8.757.600
46	Peneliti Muda	9	5.079.200
47	Peneliti Pertama	8	4.595.150
48	Pengelola Pengadaan Barang/Jasa Madya	11	8.757.600
49	Pengelola Pengadaan Barang/Jasa Muda	9	5.079.200
50	Pengelola Pengadaan Barang/Jasa Pertama	8	4.595.150
51	Pengembang Teknologi Pembelajaran Madya	11	8.757.600
52	Pengembang Teknologi Pembelajaran Muda	9	5.079.200
53	Pengembang Teknologi Pembelajaran Pertama	8	4.595.150
54	Perancang Peraturan Perundang-undangan Utama	13	10.936.000

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
55	Perancang Peraturan Perundang-undangan Madya	11	8.757.600
56	Perancang Peraturan Perundang-undangan Muda	9	5.079.200
57	Perancang Peraturan Perundang-undangan Pertama	8	4.595.150
58	Perekayasa Utama	13	10.936.000
59	Perekayasa Madya	11	8.757.600
60	Perekayasa Muda	9	5.079.200
61	Perekayasa Pertama	8	4.595.150
62	Perencana Utama	13	10.936.000
63	Perencana Madya	11	8.757.600
64	Perencana Muda	9	5.079.200
65	Perencana Pertama	8	4.595.150
66	Pranata Hubungan Masyarakat Madya	11	8.757.600
67	Pranata Hubungan Masyarakat Muda	9	5.079.200
68	Pranata Hubungan Masyarakat Pertama	8	4.595.150
69	Pranata Hubungan Masyarakat Penyelia	8	4.595.150
70	Pranata Hubungan Masyarakat Mahir	7	3.915.950
71	Pranata Hubungan Masyarakat Terampil	6	3.510.400
72	Pranata Hubungan Masyarakat Pemula	5	3.134.250
73	Pranata Komputer Utama	13	10.936.000
74	Pranata Komputer Madya	11	8.757.600
75	Pranata Komputer Muda	9	5.079.200
76	Pranata Komputer Pertama	8	4.595.150
77	Pranata Komputer Penyelia	8	4.595.150
78	Pranata Komputer Mahir	7	3.915.950
79	Pranata Komputer Terampil	6	3.510.400
80	Pranata Komputer Pemula	5	3.134.250
81	Pranata Laboratorium Pendidikan Madya	11	8.757.600
82	Pranata Laboratorium Pendidikan Muda	9	5.079.200
83	Pranata Laboratorium Pendidikan Pertama	8	4.595.150
84	Pranata Laboratorium Pendidikan Penyelia	8	4.595.150



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
85	Pranata Laboratorium Pendidikan Mahir	7	3.915.950
86	Pranata Laboratorium Pendidikan Terampil	6	3.510.400
87	Pustakawan Utama	13	10.936.000
88	Pustakawan Madya	11	8.757.600
89	Pustakawan Muda	9	5.079.200
90	Pustakawan Pertama	8	4.595.150
91	Pustakawan Penyelia	8	4.595.150
92	Pustakawan Mahir	7	3.915.950
93	Pustakawan Terampil	6	3.510.400
94	Statistisi Madya	11	8.757.600
95	Statistisi Muda	9	5.079.200
96	Statistisi Pertama	8	4.595.150
97	Statistisi Penyelia	8	4.595.150
98	Statistisi Mahir	7	3.915.950
99	Statistisi Terampil	6	3.510.400
100	Statistisi Pemula	5	3.134.250
101	Teknisi Litkayasa Penyelia	8	4.595.150
102	Teknisi Litkayasa Mahir	7	3.915.950
103	Teknisi Litkayasa Terampil	6	3.510.400
104	Teknisi Litkayasa Pemula	5	3.134.250
105	Widyaiswara Utama	13	10.936.000
106	Widyaiswara Madya	11	8.757.600
107	Widyaiswara Muda	9	5.079.200
108	Widyaiswara Pertama	8	4.595.150
109	Guru Besar	13	10.936.000
110	Lektor Kepala	11	8.757.600
111	Lektor	9	5.079.200
112	Asisten Ahli	8	4.595.150

L. JABATAN PELAKSANA

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
1	Dokter Pendidik Klinis	9	5.079.200
2	Dokter	8	4.595.150
3	Dokter Gigi	8	4.595.150
4	Analisis Penanggulangan Krisis Kesehatan	8	4.595.150
5	Administrator Kesehatan	7	3.915.950
6	Analisis Data dan Informasi	7	3.915.950
7	Analisis Diklat	7	3.915.950
8	Analisis Humas dan Protokol	7	3.915.950
9	Analisis Kebijakan	7	3.915.950
10	Analisis Kebijakan Barang Milik Negara	7	3.915.950
11	Analisis Keolahragaan	7	3.915.950
12	Analisis Kepegawaian Ahli	7	3.915.950
13	Analisis Kerjasama Luar Negeri	7	3.915.950
14	Analisis Keuangan	7	3.915.950
15	Analisis Materi Sidang	7	3.915.950
16	Analisis Organisasi dan Tatalaksana	7	3.915.950
17	Analisis Pengembangan Teknologi	7	3.915.950
18	Analisis Penyelesaian Laporan Hasil Pemeriksaan	7	3.915.950
19	Apoteker	7	3.915.950
20	Arsiparis Ahli	7	3.915.950
21	Assesor	7	3.915.950
22	Auditor Ahli	7	3.915.950
23	Bendahara	7	3.915.950
24	Bidan Ahli	7	3.915.950
25	Dosen	7	3.915.950
26	Entomolog Kesehatan Ahli	7	3.915.950
27	Epidemiolog Kesehatan Ahli	7	3.915.950
28	Fisikawan Medis	7	3.915.950
29	Fisioterapis Ahli	7	3.915.950
30	Inspektur Sarana dan Prasarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan	7	3.915.950
31	Nutrisi Ahli	7	3.915.950
32	Pekerja Sosial Ahli	7	3.915.950

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
33	Pembimbing Kesehatan Kerja	7	3.915.950
34	Pemeriksa Penelitian Dan Hak Kekayaan Intelektual	7	3.915.950
35	Peneliti	7	3.915.950
36	Pengelola Pengadaan Barang/ Jasa	7	3.915.950
37	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli	7	3.915.950
38	Perancang Peraturan Perundang-undangan	7	3.915.950
39	Perawat Ahli	7	3.915.950
40	Perawat Gigi Ahli	7	3.915.950
41	Perekam Medis Ahli	7	3.915.950
42	Perencana	7	3.915.950
43	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli	7	3.915.950
44	Pranata Komputer Ahli	7	3.915.950
45	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli	7	3.915.950
46	Pranata Laboratorium Pendidikan Ahli	7	3.915.950
47	Psikolog Klinis	7	3.915.950
48	Pustakawan Ahli	7	3.915.950
49	Radiografer Ahli	7	3.915.950
50	Sanitarian Ahli	7	3.915.950
51	Teknisi Elektromedis Ahli	7	3.915.950
52	Verifikator Medis	7	3.915.950
53	Widyaiswara	7	3.915.950
54	Akupunturis	6	3.510.400
55	Audiolog	6	3.510.400
56	Herbalis	6	3.510.400
57	Komandan Petugas Keamanan	6	3.510.400
58	Pengadministrasi Keuangan	6	3.510.400
59	Pengelola Barang Milik Negara	6	3.510.400
60	Pengelola Data	6	3.510.400
61	Pengelola Museum dan Koleksi Benda Seni	6	3.510.400
62	Pengelola Penyelenggaraan Diklat	6	3.510.400
63	Pengelola Perjalanan Dinas	6	3.510.400
64	Sekretaris	6	3.510.400



NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
65	Teknisi Kardiovaskuler	6	3.510.400
66	Analisis Kepegawaian	5	3.134.250
67	Arsiparis	5	3.134.250
68	Asisten Apoteker	5	3.134.250
69	Auditor	5	3.134.250
70	Bidan	5	3.134.250
71	Entomolog Kesehatan	5	3.134.250
72	Epidemiolog Kesehatan	5	3.134.250
73	Fisioterapis	5	3.134.250
74	Nutrisionis	5	3.134.250
75	Okupasi Terapis	5	3.134.250
76	Operator Mesin	5	3.134.250
77	Ortotik Prostetis	5	3.134.250
78	Pekerja Sosial	5	3.134.250
79	Pengelola Instalasi Air dan Listrik	5	3.134.250
80	Pengelola Wisma	5	3.134.250
81	Penyuluh Kesehatan Masyarakat	5	3.134.250
82	Perawat	5	3.134.250
83	Perawat Gigi	5	3.134.250
84	Perekam Medis	5	3.134.250
85	Petugas Keamanan	5	3.134.250
86	Pranata Hubungan Masyarakat	5	3.134.250
87	Pranata Komputer	5	3.134.250
88	Pranata Laboratorium Kesehatan	5	3.134.250
89	Pranata Laboratorium Pendidikan	5	3.134.250
90	Pustakawan	5	3.134.250
91	Radiografer	5	3.134.250
92	Refraksionis Optisien	5	3.134.250
93	Sanitarian	5	3.134.250
94	Teknisi Elektromedis	5	3.134.250
95	Teknisi Gigi	5	3.134.250
96	Teknisi Litkayasa	5	3.134.250
97	Teknisi Mesin	5	3.134.250
98	Teknisi Transfusi Darah	5	3.134.250

NO	NAMA JABATAN	KELAS JABATAN	BESARAN TUNJANGAN
99	Terapi Wicara	5	3.134.250
100	Pemulasaraan Jenazah	4	2.985.000
101	Pengemudi Ambulan	4	2.985.000
102	Pengemudi Kenegaraan	4	2.985.000
103	Asisten Perawat	3	2.898.000
104	Binatu Rumah Sakit	3	2.898.000
105	Pemelihara Sarana Dan Prasarana	3	2.898.000
106	Pengadministrasi Umum	3	2.898.000
107	Pengelola Pekarya Kebun	3	2.898.000
108	Pengemudi	3	2.898.000
109	Petugas Kamar Gelap	3	2.898.000
110	Pranata Jamuan	3	2.898.000
111	Pramubakti	3	2.898.000

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 11 TAHUN 2019  
TENTANG  
PENANGGULANGAN KUSTA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa kusta masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia karena menimbulkan masalah yang sangat kompleks, bukan hanya dari segi medis tetapi meluas hingga masalah sosial, ekonomi, dan budaya karena masih terdapat stigma di masyarakat terhadap kusta dan disabilitas yang ditimbulkannya;
  - b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 44 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular, perlu menyusun pedoman penanggulangan kusta;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penanggulangan Kusta.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);



2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
4. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG  
PENANGGULANGAN KUSTA.

# BAB I

## KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

1. Kusta adalah penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae*.
2. Penanggulangan Kusta adalah upaya kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan memutus mata rantai penularan Kusta.
3. Eliminasi Kusta adalah kondisi penurunan penderita terdaftar pada suatu wilayah.
4. Penderita Kusta adalah seseorang yang terinfeksi kuman *Mycobacterium leprae* yang disertai tanda dan gejala klinis.
5. Surveilans adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang Penderita Kusta dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya penularan Kusta untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien.
6. Kemoprofilaksis adalah pemberian obat pada kontak Penderita Kusta untuk mencegah penularan Kusta.
7. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
8. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
9. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

10. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

## BAB II TARGET DAN STRATEGI

### Pasal 2

- (1) Dalam rangka Penanggulangan Kusta, Pemerintah Pusat menetapkan target Eliminasi Kusta.
- (2) Penanggulangan Kusta bertujuan untuk mencapai Eliminasi Kusta tingkat provinsi pada tahun 2019 dan tingkat kabupaten/kota pada tahun 2024.
- (3) Indikator pencapaian target Eliminasi Kusta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa angka prevalensi <math><1/10.000</math> (kurang dari satu per sepuluh ribu) penduduk.

### Pasal 3

Strategi Eliminasi Kusta meliputi:

- a. penguatan advokasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor;
- b. penguatan peran serta masyarakat dan organisasi kemasyarakatan;
- c. penyediaan sumber daya yang mencukupi dalam Penanggulangan Kusta; dan
- d. penguatan sistem Surveilans serta pemantauan dan evaluasi kegiatan Penanggulangan Kusta.

### Pasal 4

Pelaksanaan target dan strategi Penanggulangan Kusta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Pasal 3 mengacu pada Pedoman Penanggulangan Kusta sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.



BAB III  
KEGIATAN PENANGGULANGAN KUSTA

Pasal 5

- (1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan Kusta.
- (2) Penyelenggaraan Penanggulangan Kusta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan.

Pasal 6

- (1) Penyelenggaraan Penanggulangan Kusta dilaksanakan melalui upaya pencegahan dan pengendalian.
- (2) Upaya pencegahan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi kegiatan:
  - a. promosi kesehatan;
  - b. Surveilans;
  - c. Kemoprofilaksis; dan
  - d. tata laksana Penderita Kusta.

Pasal 7

- (1) Kegiatan promosi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf a diarahkan untuk memberdayakan masyarakat agar mampu berperan aktif dalam mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan untuk pencegahan dan pengendalian Kusta.
- (2) Kegiatan promosi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam bentuk:
  - a. memberikan informasi kepada masyarakat tentang tanda dan gejala dini Kusta, serta teknis kegiatan Penanggulangan Kusta;
  - b. mempengaruhi individu, keluarga, dan masyarakat untuk penghapusan stigma dan menghilangkan

- diskriminasi pada Penderita Kusta dan orang yang pernah mengalami Kusta;
- c. mempengaruhi pemangku kepentingan terkait untuk memperoleh dukungan kebijakan Penanggulangan Kusta, khususnya penghapusan stigma dan diskriminasi, serta pembiayaan; dan
  - d. membantu individu, keluarga, dan masyarakat untuk berperan aktif dalam penemuan dan tata laksana Penderita Kusta, pelaksanaan Kemoprofilaksis, dan kegiatan penelitian dan pengembangan.

#### Pasal 8

- (1) Kegiatan promosi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dilakukan oleh semua tenaga kesehatan yang dikoordinasikan oleh tenaga promosi kesehatan atau pimpinan unit kerja fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, dan/atau pengelola program pada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi, dan Kementerian Kesehatan.
- (2) Pelaksanaan Kegiatan promosi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya masing-masing.

#### Pasal 9

- (1) Kegiatan Surveilans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf b diarahkan untuk penemuan Penderita Kusta dan penanganan secara dini serta mengetahui besaran masalah di suatu wilayah.
- (2) Kegiatan Surveilans sebagaimana pada ayat (1) dilaksanakan dalam bentuk:
  - a. pengumpulan data;
  - b. pengolahan data;
  - c. analisis data; dan
  - d. diseminasi informasi.

- (3) Pengumpulan data sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilakukan melalui penemuan Penderita Kusta secara aktif dan pasif.
- (4) Pengumpulan data melalui penemuan Penderita Kusta secara aktif paling sedikit dilakukan melalui survei cepat desa, intensifikasi penemuan Penderita Kusta, pemeriksaan anak sekolah, dan pemeriksaan kontak serumah, tetangga, dan sosial.
- (5) Pengumpulan data melalui penemuan Penderita Kusta secara pasif dilaksanakan dengan cara menerima data dari fasilitas pelayanan kesehatan, masyarakat, dan sumber data lainnya.
- (6) Pengolahan data sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan dengan cara perekaman data, kodifikasi, validasi, dan/atau pengelompokan berdasarkan tempat, waktu, usia, klasifikasi Kusta, dan jenis kelamin.
- (7) Analisis data sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan melalui metode epidemiologi deskriptif dan/atau analitik untuk menghasilkan informasi yang sesuai dengan tujuan Surveilans.
- (8) Diseminasi informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d dilakukan dengan cara menyampaikan informasi kepada pengelola program dan unit lain yang membutuhkan serta memberikan umpan balik sesuai kebutuhan.

#### Pasal 10

Kegiatan Surveilans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 dilaksanakan oleh pengelola program atau unit pengelola sistem informasi kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi dan Kementerian Kesehatan.

#### Pasal 11

Kegiatan Surveilans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 dilaksanakan baik pada daerah yang belum mencapai



Eliminasi Kusta maupun daerah yang telah mencapai Eliminasi Kusta untuk mempertahankan status Eliminasi Kusta.

#### Pasal 12

- (1) Kemoprofilaksis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf c diarahkan untuk mencegah penularan Kusta pada orang yang kontak dengan Penderita Kusta.
- (2) Kemoprofilaksis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam bentuk pemberian obat rifampisin dosis tunggal pada orang yang kontak dengan Penderita Kusta yang memenuhi kriteria dan persyaratan.
- (3) Kriteria dan persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
  - a. penduduk yang menetap paling singkat 3 (tiga) bulan pada daerah yang memiliki Penderita Kusta;
  - b. berusia lebih dari 2 (dua) tahun;
  - c. tidak dalam terapi rifampisin dalam kurun waktu 2 (dua) tahun terakhir;
  - d. tidak sedang dirawat di rumah sakit;
  - e. tidak memiliki kelainan fungsi ginjal dan hati;
  - f. bukan suspek tuberkulosis;
  - g. bukan suspek Kusta atau terdiagnosis Kusta; dan
  - h. bukan lanjut usia dengan gangguan kognitif.
- (4) Obat rifampisin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh petugas kesehatan dan wajib diminum langsung di depan petugas pada saat diberikan.

#### Pasal 13

Kemoprofilaksis dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota setempat dengan menggunakan metode yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah sasaran.

#### Pasal 14

- (1) Tata laksana Penderita Kusta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf d diarahkan untuk mengobati Penderita Kusta secara dini dan mencegah

disabilitas akibat Kusta.

- (2) Tata laksana Penderita Kusta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk:
  - a. penegakkan diagnosis;
  - b. pemberian obat dan pemantauan pengobatan; dan
  - c. pencegahan dan penanganan disabilitas.
- (3) Tata laksana Penderita Kusta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 15

Penderita Kusta yang telah dinyatakan selesai pengobatan harus tetap dilakukan pemantauan oleh petugas Puskesmas untuk menghindari reaksi Kusta yang dapat menyebabkan disabilitas.

#### Pasal 16

Pelaksanaan Kegiatan Penanggulangan Kusta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 sampai dengan Pasal 15 mengacu pada Pedoman Penanggulangan Kusta sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

### BAB IV

#### TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH PUSAT DAN PEMERINTAH DAERAH

#### Pasal 17

Dalam rangka Penanggulangan Kusta, Pemerintah Pusat bertanggung jawab:

- a. menetapkan kebijakan Penanggulangan Kusta;
- b. menjamin ketersediaan sumber daya yang diperlukan;
- c. melakukan kerja sama dan membentuk jejaring kerja dengan pemangku kepentingan terkait;
- d. melakukan advokasi dan kerja sama antar lintas program dan lintas sektor;

- e. menyusun materi dalam media komunikasi, informasi, dan edukasi program Penanggulangan Kusta dan mendistribusikan ke daerah;
- f. meningkatkan kemampuan teknis sumber daya manusia;
- g. melakukan pemantauan dan evaluasi; dan
- h. melakukan penelitian dan pengembangan.

#### Pasal 18

Dalam rangka Penanggulangan Kusta, Pemerintah Daerah provinsi bertanggung jawab:

- a. membuat dan melaksanakan kebijakan Penanggulangan Kusta di wilayah daerah provinsi sesuai kebijakan nasional;
- b. melakukan kerja sama dan membentuk jejaring kerja dengan pemangku kepentingan terkait;
- c. melakukan bimbingan teknis dan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program Penanggulangan Kusta kepada kabupaten/kota melalui Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya;
- d. menyediakan sumber daya yang diperlukan;
- e. menyediakan dan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi program Penanggulangan Kusta;
- f. meningkatkan koordinasi lintas program dan lintas sektor di tingkat daerah provinsi;
- g. melaksanakan advokasi dan sosialisasi program Penanggulangan Kusta kepada para pemangku kepentingan di daerah kabupaten/kota dan lintas sektor terkait;
- h. meningkatkan kemampuan teknis sumber daya manusia; dan
- i. melakukan penelitian dan pengembangan.

#### Pasal 19

Dalam rangka Penanggulangan Kusta, Pemerintah Daerah kabupaten/kota bertanggung jawab:



- a. membuat dan melaksanakan kebijakan Penanggulangan Kusta di wilayah daerah kabupaten/kota sesuai kebijakan nasional dan kebijakan daerah provinsi;
- b. meningkatkan kemampuan tenaga Puskesmas, Rumah Sakit, klinik, dan kader;
- c. menyediakan sumber daya yang diperlukan;
- d. menyediakan dan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi program Penanggulangan Kusta;
- e. melaksanakan advokasi dan sosialisasi program Penanggulangan Kusta kepada para pemangku kepentingan dan lintas sektor terkait; dan
- f. melakukan bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi pelaksanaan Penanggulangan Kusta kepada Puskesmas.

## BAB V SUMBER DAYA

### Pasal 20

Dalam rangka penyelenggaraan Penanggulangan Kusta diperlukan dukungan:

- a. sumber daya manusia;
- b. sarana, prasarana, dan peralatan;
- c. obat dan alat kesehatan; dan
- d. pendanaan.

### Pasal 21

- (1) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf a merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Selain tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam pelaksanaan Penanggulangan Kusta dapat melibatkan masyarakat terlatih.

### Pasal 22

Sarana, prasarana, dan peralatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf b paling sedikit meliputi:

- a. fasilitas pelayanan kesehatan termasuk fasilitas penunjang diagnosis penyakit; dan
- b. peralatan pencegahan disabilitas.

#### Pasal 23

Obat dan alat kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf c paling sedikit meliputi obat dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan tata laksana Penderita Kusta dan kebutuhan Penanggulangan Kusta.

#### Pasal 24

Pendanaan Penanggulangan Kusta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf d dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### BAB VI

#### PERAN SERTA MASYARAKAT

#### Pasal 25

- (1) Peran serta masyarakat diarahkan untuk merdayakan dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kegiatan Penanggulangan Kusta.
- (2) Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk:
  - a. keikutsertaan sebagai kader;
  - b. menjadi pengawas minum obat;
  - c. keikutsertaan dalam kegiatan promosi kesehatan dan deteksi dini Penderita Kusta; dan
  - d. partisipasi dan dukungan lainnya dalam pelaksanaan kegiatan Penanggulangan Kusta.
- (3) Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk orang yang pernah mengalami Kusta.

BAB VII  
PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 26

- (1) Setiap Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memberikan layanan pengobatan Kusta wajib melakukan pencatatan dan pelaporan.
- (2) Pencatatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. jumlah Penderita Kusta;
  - b. pemantauan pengobatan;
  - c. hasil pengobatan;
  - d. reaksi Kusta;
  - e. tingkat disabilitas; dan
  - f. pemantauan setelah selesai pengobatan.
- (3) Hasil pencatatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikompilasi dan diolah untuk dilakukan pelaporan secara berjenjang kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi, dan Kementerian Kesehatan.
- (4) Hasil pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) digunakan sebagai dasar pemenuhan kebutuhan program dan untuk penetapan status pencapaian Eliminasi Kusta.
- (5) Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (3) mengacu pada Pedoman Penanggulangan Kusta sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

BAB VIII  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 27

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Penanggulangan Kusta dilakukan secara berjenjang oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, dan



Pemerintah Daerah kabupaten/kota sesuai kewenangan masing-masing.

- (2) Dalam melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan organisasi profesi dan masyarakat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk:
  - a. mencapai target Eliminasi Kusta; dan
  - b. mempertahankan keberlangsungan program Penanggulangan Kusta pasca Eliminasi Kusta.
  - c. meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan Penanggulangan Kusta; dan
  - d. meningkatkan cakupan wilayah pelaksanaan Kemoprofilaksis;
- (4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
  - a. advokasi dan sosialisasi;
  - b. pelatihan;
  - c. bimbingan teknis; dan
  - d. pemantauan dan evaluasi.

#### Pasal 28

- (1) Pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (4) huruf d dilakukan untuk mengukur pencapaian indikator program Penanggulangan Kusta.
- (2) Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Pedoman Penanggulangan Kusta sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

### BAB IX

#### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 29

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 27 Maret 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR

LAMPIRAN  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 11 TAHUN 2019  
TENTANG  
PENANGGULANGAN KUSTA

PEDOMAN PENANGGULANGAN KUSTA

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas hingga masalah sosial, ekonomi, dan budaya karena Kusta sampai saat ini masih merupakan stigma di masyarakat, keluarga, termasuk sebagian petugas kesehatan. Hal ini disebabkan masih kurangnya pengetahuan atau pengertian, kepercayaan yang keliru terhadap Kusta dan disabilitas yang ditimbulkannya.

Dalam program nasional Penanggulangan Kusta, dilakukan upaya secara berkesinambungan untuk menurunkan beban Kusta. Sejak *Multi Drug Therapy* (MDT) diperkenalkan 3 dekade yang lalu, masalah Kusta turun secara signifikan, perkampungan Kusta di hampir seluruh tempat ditutup dan Kusta bisa diobati di rumah sakit dan Puskesmas.

Indonesia telah mencapai Eliminasi Kusta tingkat nasional (angka prevalensi <1/10.000 penduduk) pada tahun 2000, sesuai target Eliminasi Kusta global yang diamanatkan WHA (World Health Assembly) tahun 1991. Angka prevalensi Kusta di Indonesia telah menurun dari 5,2 per 10.000 penduduk pada tahun 1981 menjadi 0,9 per 10.000 penduduk pada tahun 2000. Namun sejak tahun 2001 sampai sekarang, situasi epidemiologi Kusta di Indonesia statis dengan angka penemuan Penderita Kusta baru berada pada kisaran 17.000-20.000 Penderita Kusta baru per tahunnya dan terjadi peningkatan tren Penderita Kusta disabilitas tingkat 2, dengan proporsi di atas 10%.



Sampai dengan tahun 2017 masih terdapat 10 (sepuluh) provinsi dan 142 (seratus empat puluh dua) kabupaten/kota yang belum mencapai Eliminasi Kusta. Pencapaian Eliminasi Kusta pada suatu wilayah provinsi tidak selalu berbanding lurus terhadap pencapaian Eliminasi Kusta di kabupaten/kota pada wilayah provinsi yang telah mencapai Eliminasi Kusta tersebut. Hal ini disebabkan masih terdapat kantong-kantong Kusta pada kabupaten/kota di provinsi tersebut karena penularan Kusta setempat masih tinggi dan adanya stigma terhadap Kusta. Dengan adanya kantong-kantong Kusta pada kabupaten/kota tersebut maka pencapaian angka prevalensi menuju Eliminasi Kusta di tingkat kabupaten/kota masih belum dapat terwujud. Untuk itu, diperlukan kegiatan inovatif dan penemuan Penderita Kusta secara aktif.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Penanggulangan Kusta yang belum optimal antara lain:

1. masyarakat belum sepenuhnya mendapatkan informasi tentang Kusta dan mempunyai asumsi bahwa Kusta tidak dapat disembuhkan karena melihat disabilitas yang ditimbulkan.
2. kurangnya kemampuan petugas Puskesmas dalam deteksi dini dan tata laksana Penderita Kusta.
3. manajemen MDT yang belum baik.
4. kurangnya keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam Penanggulangan Kusta.
5. stigma dan diskriminasi masih tinggi.
6. besarnya masalah penanggulangan penyakit lain misalnya Tuberkulosis dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Hal ini berpengaruh kepada kurangnya perhatian terhadap Penanggulangan Kusta.

Dengan kemajuan teknologi di bidang promotif, pencegahan, pengobatan serta pemulihan kesehatan termasuk rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial ekonomi untuk meningkatkan kualitas hidup Orang Yang (Pernah) Mengalami Kusta, maka penanganan menjadi lebih efektif melalui pendekatan yang terpadu dan terintegrasi. Selain itu melalui peningkatan kesadaran masyarakat, komitmen pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya, maka Kusta diharapkan dapat diatasi dan tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat. Untuk itu diperlukan pedoman dalam Penanggulangan Kusta yang dilaksanakan secara terpadu dan menyeluruh sehingga target Eliminasi Kusta dapat tercapai.

B. Tujuan

Pedoman ini bertujuan untuk memberikan acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dalam menyelenggarakan Penanggulangan Kusta dan mencapai Eliminasi Kusta tahun 2019 di tingkat provinsi dan tahun 2024 di tingkat kabupaten/kota.

C. Sasaran

1. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
2. Masyarakat antara lain Lembaga swadaya masyarakat (LSM), organisasi Profesi, dan Orang yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK).

KEMENKES RI

## BAB II EPIDEMIOLOGI

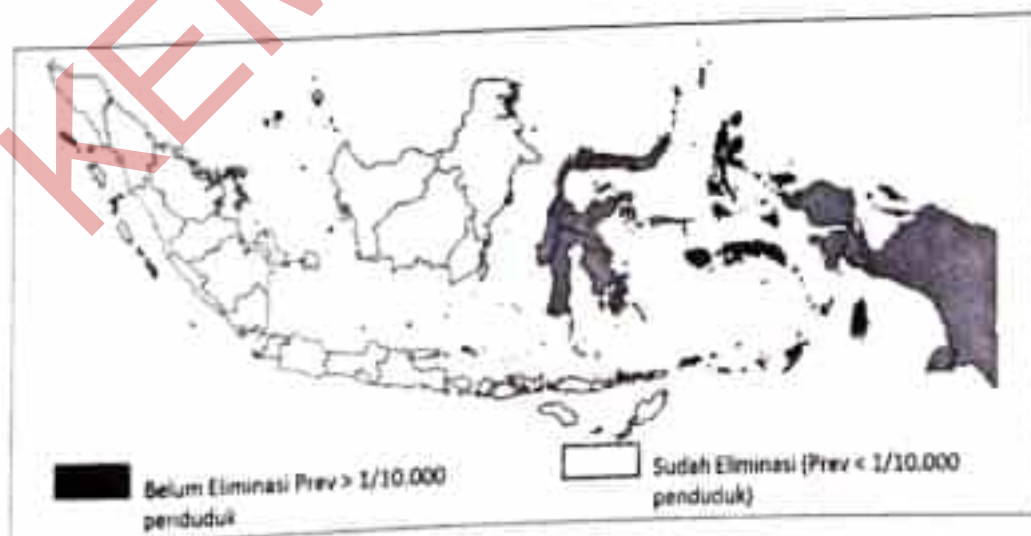
Kusta adalah penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae*. Timbulnya Kusta merupakan suatu interaksi antara berbagai faktor penyebab yaitu pejamu (*host*), kuman (*agent*), dan lingkungan (*environment*), melalui suatu proses yang dikenal sebagai rantai penularan yang terdiri dari 6 komponen, yaitu penyebab, sumber penularan, cara keluar dari sumber penularan, cara penularan, cara masuk ke pejamu, dan pejamu.

Dengan mengetahui proses terjadinya infeksi atau rantai penularan penyakit maka intervensi yang sesuai dapat dilakukan untuk memutuskan mata rantai penularan tersebut.

### 4. Epidemiologi Kusta

#### 1. Distribusi Penderita Kusta di Indonesia secara Geografi

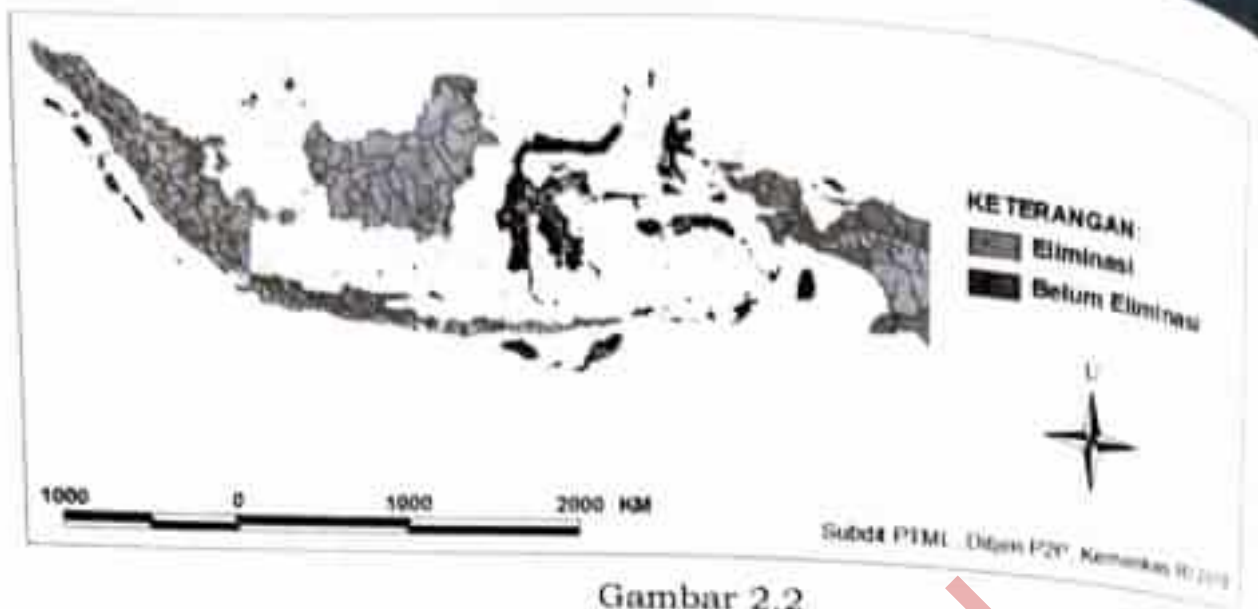
Indonesia berada di peringkat ketiga di dunia setelah India dan Brazil, dengan jumlah Penderita Kusta baru pada tahun 2017 mencapai 15.910 Penderita Kusta (angka penemuan Penderita Kusta baru 6,07 per 100.000 penduduk). Eliminasi Kusta telah dicapai di 24 provinsi (Gambar 2.1) dan 142 Kab/Kota (Gambar 2.2). Walaupun demikian, Penderita Kusta masih tersebar di  $\pm$  7.548 desa/kelurahan/kampung, mencakup wilayah kerja  $\pm$  1.975 Puskesmas, di  $\pm$  341 Kab/Kota di seluruh Provinsi di Indonesia.



Gambar 2.1

Capaian Eliminasi Kusta Tingkat Provinsi di Indonesia



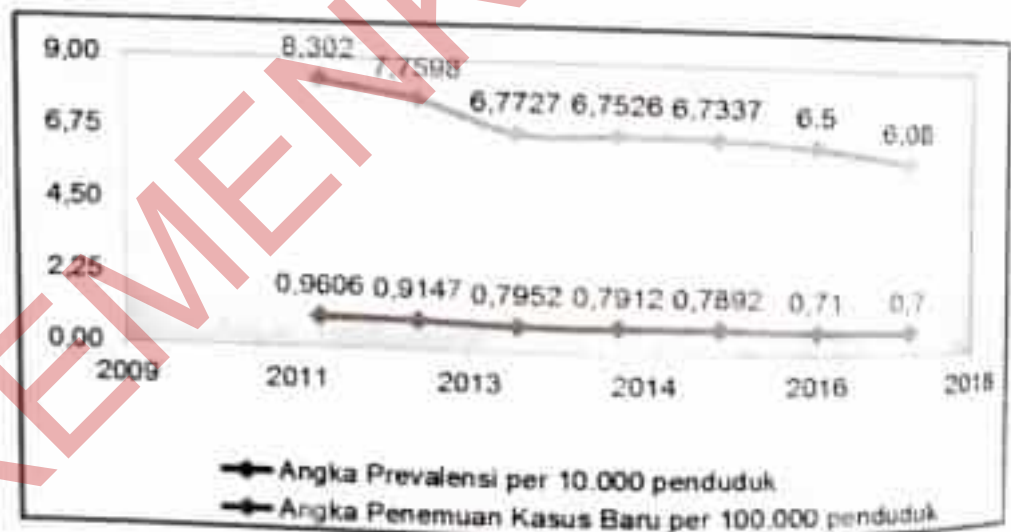


Gambar 2.2

### Capaian Eliminasi Kusta Tingkat Kabupaten/Kota di Indonesia

#### 2. Distribusi Penderita Kusta di Indonesia Menurut Waktu

Distribusi menurut waktu seperti terlihat pada tabel di bawah. Angka prevalensi dan penemuan penderita baru Kusta cenderung statis tiap tahunnya.



Gambar 2.3

#### Trend Penderita Kusta di Indonesia Tahun 2011-2018

#### 3. Distribusi Penderita Kusta Menurut Faktor Manusia

Ada beberapa hal yang menjadi distribusi Penderita Kusta menurut faktor manusia, antara lain:

##### a. Etnik atau Suku

Dalam satu negara atau wilayah yang sama kondisi lingkungannya, didapatkan bahwa faktor etnik mempengaruhi distribusi tipe Kusta. Pada negara Myanmar kejadian Kusta

lepromatosa lebih sering terjadi pada etnik Burma dibandingkan dengan etnik India. Situasi di Malaysia juga mengindikasikan hal yang sama, kejadian Kusta lepromatosa lebih banyak pada etnik Cina dibandingkan etnik Melayu atau India. Data menurut etnik/suku di Indonesia belum tersedia karena keterbatasan studi berkaitan dengan hal tersebut.

b. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi berperan penting dalam kejadian Kusta, dan hal ini terbukti pada negara-negara di Eropa. Dengan adanya peningkatan sosial ekonomi, maka kejadian Kusta sangat cepat menurun bahkan hilang.

c. Distribusi Menurut Usia

Pada penyakit kronis seperti Kusta, angka prevalensi penyakit berdasarkan kelompok umur tidak menggambarkan risiko kelompok umur tertentu untuk terkena penyakit. Kusta diketahui terjadi pada semua usia berkesar antara bayi sampai usia lanjut (3 minggu sampai lebih dari 70 tahun). Namun yang terbanyak adalah pada usia muda dan produktif. Di Indonesia, proporsi Penderita Kusta pada anak masih di atas 5%, yang mengindikasikan tingginya transmisi di wilayah setempat.



Gambar 2.4

Trend Penderita Kusta pada Anak Tahun 2011-2018

d. Distribusi Menurut Jenis Kelamin

Kusta dapat mengenai laki-laki dan perempuan. Berdasarkan laporan, sebagian besar negara di dunia kecuali di beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih

banyak terserang daripada perempuan. Di Indonesia, proporsi Penderita Kusta laki-laki dan perempuan relatif seimbang.

## B. Hal-hal yang Berkaitan Dengan Kejadian Kusta

### 1. Penyebab

Penyebab Kusta yaitu kuman *Mycobacterium leprae*, untuk pertama kali ditemukan oleh G.H. Armauer Hansen pada tahun 1873. *Mycobacterium leprae* hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (*Schwann cell*) dan sel dari sistem retikulo endotelial. Waktu pembelahannya sangat lama, yaitu 2-3 minggu. Kuman *Mycobacterium leprae* dari sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari (dalam iklim tropis) di luar tubuh manusia. Pertumbuhan optimal Kuman *Mycobacterium leprae* secara *in vivo* yang dilakukan pada tikus dapat bertahan pada suhu 27<sup>o</sup>-30<sup>o</sup> C. Saat ini ada penemuan subspecies *Mycobacterium lepromatosis* yang juga menyebabkan Kusta yang berbeda komponen genetiknya dengan *Mycobacterium leprae*.

### 2. Sumber Penularan

Sampai saat ini hanya manusia satu-satunya yang dianggap sebagai sumber penularan di Indonesia, walaupun kuman *Mycobacterium leprae* dapat hidup pada armadillo, simpanse, dan pada telapak kaki tikus yang tidak mempunyai kelenjar thymus (*athymic nude mouse*). Di Amerika sudah ditemukan penularan dari armadillo.

### 3. Cara Keluar dari Pejamu (*Host*)

Kuman *Mycobacterium leprae* banyak ditemukan di mukosa hidung manusia. Pada Penderita Kusta tipe lepromatosa telah terbukti bahwa saluran napas bagian atas merupakan sumber kuman.

### 4. Cara Penularan

Kuman *Mycobacterium leprae* mempunyai masa inkubasi rata-rata 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi apabila *Myobacterium leprae* yang utuh (hidup) keluar dari tubuh Penderita Kusta dan masuk ke dalam tubuh orang lain. Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan Penderita Kusta. Penderita Kusta yang sudah minum obat



*Multi Drugs Therapy* (MDT) tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain.

Cara masuk ke dalam pejamu

Menurut teori, cara masuknya kuman *Mycobacterium leprae* ke dalam tubuh adalah melalui saluran pernapasan bagian atas dan melalui kontak kulit yang lama.

Pejamu

Manusia merupakan satu-satunya pejamu bagi kuman *Mycobacterium leprae*. Faktor kekebalan tubuh berperan pada terjangkitnya Kusta, sehingga pada kondisi manusia dengan kekebalan tubuh yang rendah akan mudah terinfeksi. Kekebalan tubuh yang rendah antara lain dapat dipengaruhi oleh faktor fisiologis seperti pubertas, menopause, kehamilan, serta faktor infeksi dan malnutrisi.

Sebagian besar (95%) manusia kebal terhadap Kusta, hanya sebagian kecil yang dapat ditulari (5%). Dari 5% yang tertular tersebut, sekitar 70% dapat sembuh sendiri dan hanya 30% yang menjadi sakit, contohnya yaitu dari 100 orang yang terpapar, 95 orang tidak menjadi sakit (kebal), 3 orang sembuh sendiri tanpa obat, 2 orang menjadi sakit dan hal ini dikaitkan dengan memperhitungkan pengaruh pengobatan.

Seseorang dalam lingkungan tertentu akan termasuk dalam salah satu dari tiga kelompok berikut ini, yaitu:

- a. pejamu yang mempunyai kekebalan tubuh sempurna merupakan kelompok terbesar yang telah atau akan menjadi resisten terhadap kuman *Mycobacterium leprae*.
- b. pejamu yang mempunyai kekebalan tubuh tinggi terhadap kuman *Mycobacterium leprae*, jika menderita Kusta biasanya merupakan tipe Pausibasiler (PB). Pausibasiler adalah tipe Kusta yang mempunyai sedikit kuman *Mycobacterium leprae*.
- c. pejamu yang mempunyai kekebalan tubuh rendah terhadap kuman *Mycobacterium leprae*, jika menderita Kusta biasanya merupakan tipe Multibasiler (MB). Multibasiler adalah tipe Kusta yang mempunyai banyak kuman *Mycobacterium leprae*.

### C. Diagnosis Banding

Banyak penyakit kulit lain yang secara klinis menyerupai kelainan kulit pada Kusta. Bahkan ada istilah yang menyebutkan Kusta sebagai peniru terhebat (*the greatest imitator*) dalam penyakit kulit. Beberapa kelainan kulit yang mirip dengan Kusta antara lain:

1. bercak eritem berskuama: psoriasis, pitiriasis rosea, dermatitis seboroik, tinea korporis.
2. Bercak hipopigmentasi dengan skuama: pitiriasis versicolor, pitiriasis alba.
3. Bercak hipopigmentasi tanpa skuama: vitiligo.
4. Papul atau nodul: neurofibromatosis, prurigo nodularis.

Diagnosis banding juga dapat dilihat dengan menggunakan skin aplikasi mobile phone yang sudah dilengkapi dengan gambar.

### D. Reaksi Kusta

Reaksi Kusta merupakan suatu episode akut pada perjalanan penyakit yang kronis, yang dibagi dua tipe berdasarkan reaksi imunologiknya, yaitu reaksi tipe 1 atau disebut juga reaksi reversal, dan tipe 2 yang disebut sebagai reaksi ENL (Eritema Nodosum Leprosum).

Kusta merupakan masalah kesehatan masyarakat karena disabilitas yang ditimbulkannya. Disabilitas Kusta terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan atau kaki. Semakin lama waktu sejak saat pertama ditemukan tanda dini hingga dimulainya pengobatan, semakin besar risiko timbulnya kedisabilitasan akibat terjadinya kerusakan saraf yang progresif. Salah satu penyebab terjadinya kerusakan akut fungsi saraf adalah reaksi Kusta. Jika reaksi mengenai saraf tepi akar menyebabkan gangguan fungsi saraf yang akhirnya dapat menyebabkan disabilitas.

Kerusakan saraf akibat reaksi bila terjadi kurang dari 6 bulan dan diobati dengan cepat dan tepat, tidak akan terjadi kerusakan saraf yang permanen. Pada disabilitas permanen, yang dapat dilakukan hanya upaya mencegah pertambahan disabilitas dan rehabilitasi medis.

Terdapat 2 jenis disabilitas Kusta, yaitu disabilitas primer dan disabilitas sekunder. Disabilitas primer yaitu disebabkan langsung oleh aktivitas penyakit, terutama kerusakan akibat respons jaringan terhadap kuman *Mycobacterium leprae*, seperti anestesi, claw hand, dan kuli kornea. Sedangkan disabilitas sekunder terjadi akibat disabilitas primer, terutama

akibat adanya kerusakan saraf, seperti ulkus dan kontraktur. Penanganan reaksi dini dan tepat merupakan salah satu upaya pencegahan disabilitas primer.

Untuk deteksi dini adanya reaksi Kusta, setiap pemeriksaan penderita Kusta harus dilakukan dengan teliti dan menggunakan format program Kusta nasional yaitu format *Prevention of Disability (PoD)*. Itulah sebabnya MDT harus diambil oleh Penderita Kusta sendiri, bukan oleh orang lain. Reaksi Kusta dapat terjadi sebelum pengobatan, tetapi terutama terjadi selama atau setelah pengobatan. Penyebab pasti terjadinya reaksi masih belum jelas. Faktor pencetus memegang peranan penting.

#### Tingkat Disabilitas Menurut WHO

Tabel 2.1.

Tingkat Disabilitas Kusta Menurut WHO

Tingkat	Mata	Telapak tangan/kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat Kusta.	Tidak ada disabilitas akibat Kusta.
1	Ada kerusakan karena Kusta (anestesi pada kornea, tetapi gangguan visus tidak berat visus > 6/60; masih dapat menghitung jari dari jarak 6 meter).	Anestesi, kelemahan otot. (Tidak ada disabilitas/kerusakan yang kelihatan akibat Kusta).
2	Ada lagofthalmos, iridosiklitis, opasitas pada kornea serta gangguan visus berat (visus < 6/60; tidak mampu menghitung jari dari jarak 6 meter).	Ada disabilitas/ kerusakan yang kelihatan akibat Kusta, misalnya ulkus, jari kiting, kaki semper.

Tingkat 0 : tidak ada kelainan pada mata (termasuk visus).

Tingkat 1 : ada kelainan pada mata, tetapi tidak terlihat, visus sedikit berkurang.

Tingkat 2 : ada kelainan mata yang terlihat (misalnya lagofthalmos, kekeruhan kornea) dan atau visus sangat terganggu.



### BAB III TARGET DAN STRATEGI

Melihat permasalahan Kusta yang masih ada di Indonesia dan dalam upaya melanjutkan Penanggulangan Kusta, Pemerintah Pusat menetapkan target Eliminasi Kusta beserta indikator pencapaian target Eliminasi Kusta. Untuk mewujudkan target Eliminasi Kusta tersebut juga ditetapkan strategi Penanggulangan Kusta dan target pencapaian Eliminasi Kusta per periode waktu secara bertahap sesuai dengan peta jalan.

#### A. Target

Target Eliminasi Kusta untuk tingkat provinsi yaitu pada tahun 2019, dan untuk kabupaten/kota pada tahun 2024. Indikator pencapaian target Eliminasi Kusta berupa angka prevalensi  $<1/10.000$  (kurang dari satu per sepuluh ribu) penduduk. Untuk mewujudkan target Eliminasi Kusta dilakukan penetapan dan pelaksanaan strategi Eliminasi Kusta, dan intensifikasi kegiatan Penanggulangan Kusta.

Setelah Eliminasi Kusta di seluruh provinsi dan kabupaten/kota tercapai, Penanggulangan Kusta masih tetap perlu dilanjutkan dengan tujuan menurunkan Penderita Kusta dan memutuskan transmisi Kusta. Hal ini sejalan dengan target *Sustainable Development Goals* (SDG) 3.3 yaitu penurunan 90% jumlah orang yang membutuhkan intervensi terhadap penyakit-penyakit AIDS, Tuberculosis, Malaria, dan penyakit tropis terabaikan yaitu Kusta dan Filariasis. Untuk itu pada tahun 2024-2030 dilakukan upaya untuk menurunkan angka prevalensi Kusta tingkat nasional sampai kurang dari 0,05 per 10.000 penduduk dengan rincian sebagai berikut:

1. Penurunan 90% Penderita Kusta baru yang membutuhkan pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT) (baseline tahun 2017 adalah 16.000 Penderita Kusta baru).
2. Tidak ada disabilitas Kusta pada Penderita Kusta anak (no Penderita Kusta anak dengan disabilitas di antara Penderita Kusta baru).
3. Mempertahankan angka disabilitas Kusta tingkat dua  $<1/1.000.000$  penduduk.
4. mempertahankan angka Penderita Kusta selesai pengobatan tepat waktu (*RFT rate*)  $> 90\%$ .

## 1. Penguatan Advokasi dan Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor

Permasalahan Kusta tidak dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja dan membutuhkan waktu yang cukup panjang dalam penyelesaiannya. Secara umum permasalahan Kusta meliputi pelaksanaan program yang belum berkesinambungan, kurangnya perhatian dari pemangku kepentingan dan ketersediaan sumber daya yang belum memadai untuk pelaksanaan program di daerah.

Pelaksanaan program yang belum berkesinambungan tercermin dari fluktuatifnya jumlah penemuan Penderita Kusta baru aktif. Hal ini sesuai dengan fakta biologis bahwa masa inkubasi Kusta yang panjang mengharuskan adanya kesinambungan Penanggulangan Kusta di daerah dari tahun ke tahun.

Oleh karena itu dibutuhkan komitmen dari pemangku kepentingan melalui penguatan advokasi serta koordinasi dan kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam Penanggulangan Kusta sesuai tugas dan fungsi serta kewenangan masing-masing. Untuk memperoleh komitmen Pemerintah Daerah dalam Penanggulangan Kusta, dapat dilakukan melalui advokasi agar memperoleh dukungan kebijakan. Kebijakan ini mencakup terjaminnya ketersediaan sumber daya untuk Penanggulangan Kusta serta penghapusan stigma terhadap orang yang sedang dan pernah mengalami Kusta beserta keluarganya.

Kebijakan Kusta nasional perlu terus disosialisasikan ke Pemerintah Daerah provinsi dan kabupaten/kota sebagai acuan dalam pelaksanaan program Penanggulangan Kusta di daerah.

## 2. Penguatan Peran Serta Masyarakat dan Organisasi Kemasyarakatan

Masyarakat dan organisasi kemasyarakatan mempunyai peran penting dalam Penanggulangan Kusta. Peran masyarakat dan organisasi kemasyarakatan yang dapat dilakukan antara lain:

- a. penemuan Penderita Kusta yang dapat dilakukan melalui penemuan Penderita Kusta secara aktif, pasif, intensif, dan masif, berbasis keluarga atau masyarakat.
- b. penemuan Penderita Kusta melalui kolaborasi dengan Orang yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK), kader kesehatan, tokoh

agama, tokoh masyarakat dan lintas sektor lainnya dalam menemukan bercak pada kulit.

- c. penyebaran informasi tentang Kusta untuk menghilangkan stigma dan diskriminasi Kusta, sehingga perlu dilakukan edukasi kepada masyarakat agar mendapatkan pemahaman yang benar tentang Kusta.

### 3. Penyediaan Sumber Daya yang Mencukupi Dalam Penanggulangan Kusta

Ketersediaan sumber daya yang memadai baik secara kuantitas maupun kualitas sangat dibutuhkan dalam Penanggulangan Kusta. Penyediaan sumber daya antara lain melalui peningkatan kapasitas petugas kesehatan, pelibatan masyarakat dan Orang yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK), penyediaan dana serta logistik di semua tingkatan baik di Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, maupun di fasilitas pelayanan kesehatan.

Beberapa daerah belum mengalokasikan dana yang memadai untuk program Kusta karena dianggap bukan prioritas. Namun faktanya di daerah tersebut didapati jumlah penderita baru Kusta dan angka kecacatan yang tinggi, yang membutuhkan intervensi kegiatan promotif dan preventif yang adekuat. Selain itu tingginya mutasi tenaga kesehatan terlatih Kusta dan masih kurangnya pelatihan teknis Kusta yang diselenggarakan oleh daerah menimbulkan masalah dalam kontinuitas pelaksanaan program.

Untuk itu dukungan Pemerintah Daerah dalam program Kusta sangat dibutuhkan terutama dalam era desentralisasi ini, untuk memastikan kesinambungan kegiatan dan pelayanan program di daerah. Dukungan yang diharapkan terutama dalam ketersediaan dana dan sumber daya manusia yakni tenaga kesehatan dan masyarakat terlatih.

### 4. Penguatan Sistem Surveilans Kesehatan serta Pemantauan dan Evaluasi Kegiatan Penanggulangan Kusta

Surveilans Kusta merupakan kegiatan penting untuk memperoleh data epidemiologi yang diperlukan dalam sistem informasi program Penanggulangan Kusta. Surveilans Kusta dilakukan pada kelompok orang yang sedang dalam pengobatan Kusta maupun kelompok masyarakat di wilayah setempat setiap kelompok yang memiliki resiko penularan Kusta.



Fasilitas pelayanan kesehatan milik masyarakat/swasta diharapkan berkontribusi dalam pelaksanaan Surveilans penemuan Penderita Kusta melalui koordinasi dengan Puskesmas setempat. Melalui Surveilans Kusta yang baik maka pencapaian maupun kendala dalam menuju Eliminasi Kusta dapat diantisipasi dan diatasi dengan tanggap.

KEMENKES RI

## BAB IV

### KEGIATAN PENANGGULANGAN

#### A. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dilakukan dengan berbagai upaya kepada masyarakat sehingga mereka mau dan mampu meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka sendiri. Promosi kesehatan dilakukan melalui sinergisitas Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, organisasi kemasyarakatan, swasta/dunia usaha, dan masyarakat yang telah diberikan pengetahuan mengenai Kusta antara lain kader, tokoh masyarakat, serta Orang yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK).

Sasaran promosi kesehatan dalam kegiatan Penanggulangan Kusta yaitu Penderita Kusta, keluarga, masyarakat termasuk tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, tokoh publik, organisasi kemasyarakatan, dan kader, tenaga kesehatan, penentu kebijakan dan pemangku kepentingan. Promosi Kesehatan dilaksanakan dalam bentuk:

1. memberikan informasi tentang tanda dan gejala dini Kusta, serta teknis kegiatan Penanggulangan Kusta. Informasi tersebut dapat berupa pedoman, petunjuk teknis, leaflet, poster, lembar balik, spanduk, banner, penyuluhan, dan lain-lain.
2. mempengaruhi individu, keluarga, dan masyarakat untuk penghapusan stigma dan menghilangkan diskriminasi pada Penderita Kusta dan orang yang pernah mengalami Kusta, melalui kampanye, iklan layanan masyarakat, film pendek, pertunjukkan tradisional, dan lain-lain.
3. mempengaruhi pemangku kepentingan terkait untuk memperoleh dukungan kebijakan Penanggulangan Kusta, khususnya penghapusan stigma dan diskriminasi, serta pembiayaan, yang dapat dilakukan melalui peraturan perundang-perundangan, advokasi, seminar, dan lain-lain.
4. membantu individu, keluarga, dan masyarakat untuk berperan aktif dalam penemuan dan tata laksana Penderita Kusta, pelaksanaan Kemoprofilaksis, dan kegiatan penelitian dan pengembangan.

## Surveilans Kusta

Surveilans Kusta dilaksanakan baik pada daerah yang belum mencapai Eliminasi Kusta maupun daerah yang telah mencapai Eliminasi Kusta untuk mempertahankan status Eliminasi Kusta.

Sasaran Surveilans Kusta dalam kegiatan Penanggulangan Kusta sebagai berikut:

1. kelompok orang yang sedang dalam pengobatan Kusta
2. kelompok masyarakat di wilayah setempat sebagai kelompok yang memiliki resiko penularan Kusta
3. kelompok orang yang telah menyelesaikan pengobatan Kusta
4. kelompok orang yang diduga mengalami resistensi obat antimikrobia Kusta

Kegiatan Surveilans Kusta dilaksanakan melalui:

### 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dalam bentuk penemuan Penderita Kusta secara aktif dan pasif. Penemuan secara aktif dilakukan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat melalui:

#### a. Pemeriksaan kontak

Pemeriksaan kontak pada Penderita Kusta baru dan pasca RFT dilakukan sekali setahun selama 5 tahun. Pemeriksaan ini dilakukan pada kontak serumah, tetangga dan kontak sosial. Kontak serumah adalah mereka yang tinggal dalam satu rumah, kontak tetangga adalah mereka yang tinggal kira-kira 10 rumah sekitar Penderita Kusta, sementara kontak sosial adalah teman sekolah atau rekan sekerja yang bergaul dengan Penderita Kusta minimal 20 jam per minggu.

#### b. *Rapid Village Survey*, intensifikasi penemuan Penderita Kusta tingkat kabupaten/kota, dan pemeriksaan anak sekolah

*Rapid Village Survey* (RVS) yang selanjutnya disebut dengan pemeriksaan cepat desa dilakukan di desa yang memiliki kasus atau riwayat kasus Kusta. Pemeriksaan dilakukan untuk mencari suspek minimum 10% dari populasi desa tersebut.

Apabila distribusi Penderita Kusta di suatu wilayah kabupaten/kota cukup luas dan masih terus ditemukan kasus dalam waktu 2-5 tahun terakhir, maka dilakukan intensifikasi penemuan Penderita Kusta. Target pemeriksaan Kusta minimal 80% dari total penduduk.



Pemeriksaan anak sekolah diintegrasikan dengan pelaksanaan penjangkaran kesehatan anak sekolah. Kegiatan ini lebih diintensifkan pada wilayah yang memiliki kasus Kusta pada anak kurang dari 15 tahun.

- c. Kegiatan partisipasi masyarakat dalam Penanggulangan Kusta melalui Desa Sahabat Kusta, Cinta Keluarga, Kelompok Sobat Kusta yang berbasis masyarakat.

Kegiatan tersebut berfokus pada partisipasi kelompok potensial lokal dalam mengedukasi pengenalan tanda dini Kusta kepada masyarakat di sekitarnya dan memotivasi suspek untuk memeriksakan diri ke Puskesmas.

Penemuan secara pasif adalah pengumpulan data berdasarkan kedatangan Penderita Kusta ke Puskesmas/sarana kesehatan lainnya atas kemauan sendiri karena mengenali tanda Kusta atau datang untuk konsultasi permasalahan kesehatan lainnya.

Pengumpulan data pencegahan disabilitas dilakukan pada Penderita Kusta yang sedang dalam pengobatan dan setelah selesai pengobatan. Penderita Kusta yang sedang dalam pengobatan diamati keteraturan berobat, fungsi saraf, dan adanya reaksi setiap bulan. Penderita Kusta yang telah menyelesaikan pengobatan diamati fungsi saraf dan adanya reaksi selama selama 2 tahun untuk tipe PB dan 5 tahun untuk tipe MB.

Pengumpulan data juga dilakukan pada kelompok yang diduga mengalami resistensi obat anti mikrobial Kusta, yaitu Penderita Kusta baru dan Penderita Kusta yang mendapatkan pengobatan kembali.

## 2. Pengolahan Data

Data dari fasilitas pelayanan kesehatan, masyarakat, dan sumber data lainnya diolah dan selanjutnya divalidasi secara berkala. Data harus memenuhi standar yaitu lengkap, tepat waktu dan akurat, serta sesuai dengan indikator program. Pengolahan data dilakukan melalui Sistem Informasi Pencatatan dan Pelaporan Kusta ke dalam bentuk tabel, grafik, dan peta.

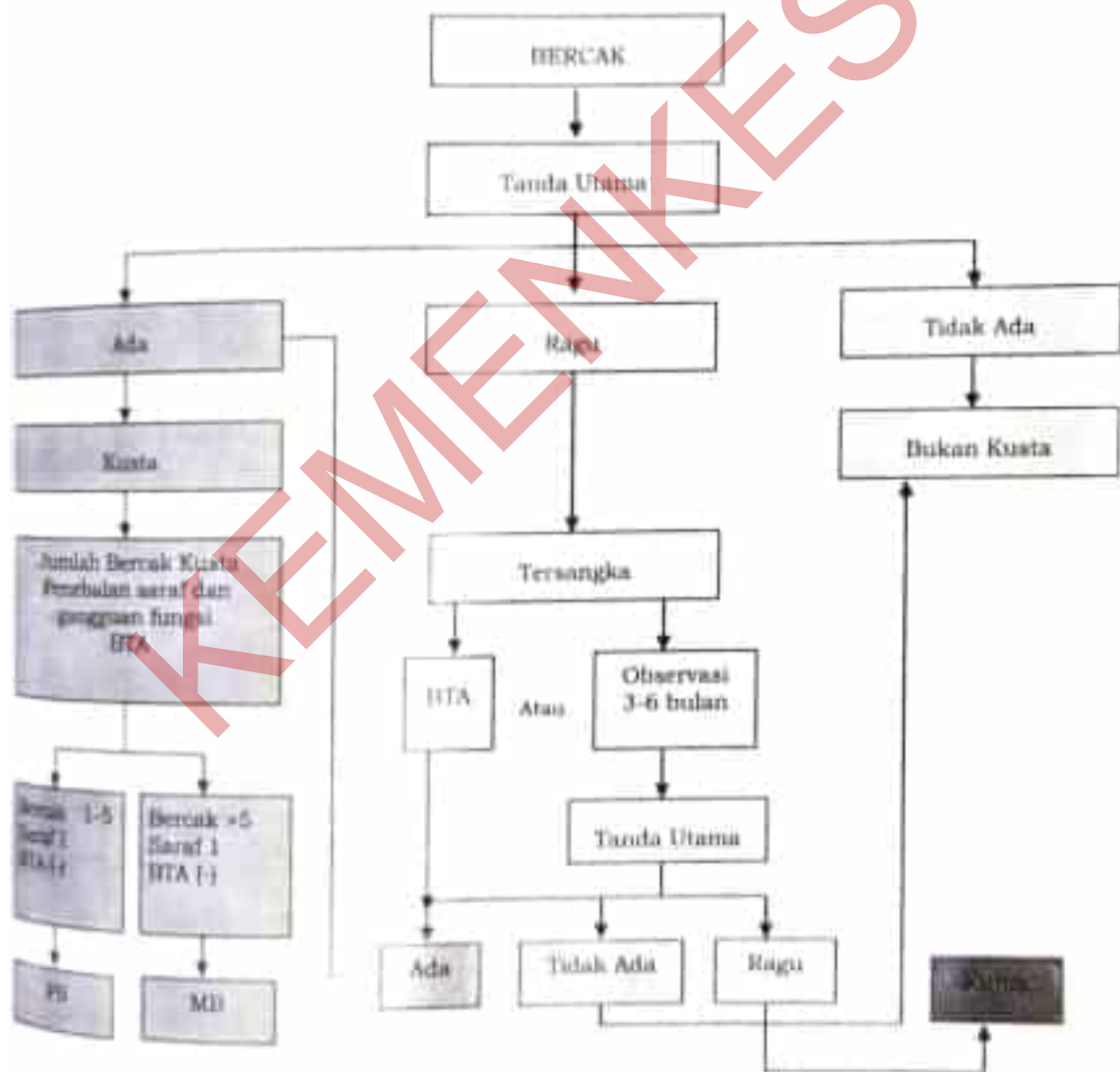
## 3. Analisis Data

Analisis data dilakukan secara deskriptif dan/atau analitis menurut orang, tempat, dan waktu. Analisis berupa angka prevalensi, angka penemuan kasus baru, proporsi kusta anak di

antara kasus baru, proporsi kasus MB di antara kasus baru, proporsi kasus perempuan di antara kasus baru, proporsi kasus cacat tingkat 2 di antara kasus baru, proporsi penemuan kasus Kusta baru tanpa cacat, angka cacat tingkat 2, proporsi cakupan pemeriksaan kontak.

4. Diseminasi Informasi

Hasil analisa dibuat dalam bentuk laporan dan/atau presentasi. Laporan tersebut dikirimkan oleh unit penanggungjawab kepada jenjang struktural yang lebih tinggi dan memberi umpan balik. Diseminasi informasi juga ditujukan kepada seluruh stakeholder yang terkait, yaitu jajaran kesehatan, LSM, profesi, perguruan tinggi, dan masyarakat. Informasi akan menjadi dasar dalam pengambilan keputusan dan perencanaan pencegahan pengendalian Kusta dan evaluasi program.



Gambar 4.1.

Alur Penemuan Diri Penderita Kusta

Alur Penemuan Dini Penderita Kusta tersebut di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Penemuan Penderita Kusta diawali dengan pemeriksaan bercak kulit yang dilakukan oleh masyarakat. Selanjutnya pemeriksaan bercak kulit akan dikonfirmasi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk mencari tanda utama Kusta, yaitu bercak kulit mati rasa, penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi yang diperoleh dari pemeriksaan klinis, dan Basil Tahan Asam (BTA) positif pada kerokan kulit pada bercak yang diperoleh dari pemeriksaan laboratorium.
2. Jika ditemukan salah satu saja dari tanda utama maka diagnosis Kusta dapat ditegakkan. Selanjutnya klasifikasi Kusta ditentukan berdasarkan jumlah bercak Kusta, jumlah saraf tepi yang menebal dan disertai gangguan fungsi dan hasil pemeriksaan BTA.
3. Jika bercak Kusta berjumlah 1-5, penebalan saraf tepi dan disertai gangguan fungsi hanya satu saraf serta BTA negatif pada kerokan kulit, maka klasifikasinya adalah Pausibasiler (PB).
4. Jika jumlah bercak Kusta lebih dari 5, penebalan saraf tepi dan disertai gangguan fungsi lebih dari satu saraf serta BTA positif pada kerokan kulit, maka klasifikasinya adalah Multibasiler (MB).
5. Selanjutnya Penderita Kusta diberikan pengobatan sesuai klasifikasi Kusta.
6. Jika dari pemeriksaan klinis, belum ditemukan tanda utama, namun ada bercak kulit yang mencurigakan, riwayat menetap di wilayah dengan riwayat Penderita Kusta, riwayat kontak erat dan lama dengan orang yang mengalami Kusta, maka orang tersebut dinyatakan sebagai tersangka/suspek Kusta. Pada tersangka/suspek Kusta dilakukan pemeriksaan kerokan jaringan kulit oleh tenaga kesehatan Puskesmas. Jika tenaga kesehatan Puskesmas tidak ada, maka suspek diberikan edukasi tentang keadaannya dan lakukan observasi 3-6 bulan untuk kemudian diperiksa kembali. Selanjutnya apabila selama observasi 3-6 bulan ditemukan tanda utama pada



- tersangka/suspek Kusta, maka diagnosa Kusta dapat ditegakkan dan diberikan pengobatan sesuai klasifikasi.
7. Untuk tersangka yang tetap menunjukkan tanda meragukan maka dianjurkan untuk dirujuk ke layanan spesialisik.
  8. Jika dari pemeriksaan klinis tidak ditemukan tanda utama dan tanda mencurigakan, serta tidak ada riwayat menetap di wilayah dengan Penderita Kusta ataupun riwayat kontak lama dengan orang yang mengalami Kusta maka orang tersebut dapat langsung dinyatakan bukan Kusta.

#### Kemoprofilaksis Kusta

Kemoprofilaksis Kusta adalah pemberian obat yang ditujukan untuk pencegahan Kusta. Kemoprofilaksis Kusta dilakukan pada daerah yang memiliki Penderita Kusta yang tinggi, atau berdasarkan hasil Surveilans di daerah yang memiliki Penderita Kusta yang rendah pada situasi khusus. Kemoprofilaksis Kusta dilakukan pada penduduk yang memenuhi kriteria dan persyaratan sebagai berikut:

1. penduduk yang menetap paling singkat 3 (tiga) bulan pada daerah yang memiliki Penderita Kusta;
2. berusia lebih dari 2 (dua) tahun;
3. tidak dalam terapi rifampisin dalam kurun 2 (dua) tahun terakhir;
4. tidak sedang dirawat di rumah sakit;
5. tidak memiliki kelainan fungsi ginjal dan hati;
6. bukan suspek tuberkulosis;
7. bukan suspek Kusta atau terdiagnosis Kusta;
8. bukan lanjut usia dengan gangguan kognitif.

Pemberian Kemoprofilaksis Kusta dilaksanakan 1 (satu) kali dan dapat diulang kembali setelah 2 (dua) tahun dari pemberian sebelumnya apabila di antara kontak serumah/kontak tetangga/kontak sosial ditemukan lagi Penderita Kusta baru. Kemoprofilaksis Kusta yang diberikan oleh petugas kesehatan wajib diminum langsung di depan petugas pada saat diberikan. Penentuan sasaran penduduk yang akan diberikan Kemoprofilaksis Kusta sesuai dengan metode yang ditentukan oleh Pemerintah Daerah setempat. Adapun pemilihan metode pelaksanaan Kemoprofilaksis Kusta disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah sasaran. Pelaksanaan Kemoprofilaksis Kusta sebagai berikut:

## 1. Persiapan Pelaksanaan

### a. Pengumpulan Data Epidemiologi dan Identifikasi Karakteristik Masyarakat

Sebelum mengambil keputusan untuk melaksanakan Kemoprofilaksis Kusta, pengelola program harus mengetahui dengan jelas mengenai data epidemiologi Kusta di daerahnya. Hal ini penting untuk digunakan sebagai dasar menentukan pendekatan pelaksanaan Kemoprofilaksis Kusta yang sesuai dan cakupan kontak/penduduk yang akan diberi Kemoprofilaksis Kusta. Data epidemiologi yang harus diketahui adalah sebagai berikut:

- 1) jumlah penduduk berdasarkan golongan umur
- 2) jumlah kepala keluarga
- 3) jumlah kontak
- 4) jumlah tenaga kesehatan dan kader
- 5) pemetaan lokasi dengan Penderita Kusta (desa, Puskesmas)
- 6) jumlah Penderita Kusta baru
- 7) angka prevalensi (PR)
- 8) angka penemuan Penderita Kusta baru (CDR)
- 9) proporsi cacat tingkat 2 di antara Penderita Kusta baru

Selain data epidemiologi, harus diketahui juga data dan informasi tentang situasi masyarakat (kearifan lokal, budaya dan adat istiadat) di lokasi sasaran, terutama yang terkait dengan stigma dan diskriminasi terhadap Orang yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK).

### b. Pemilihan Metode Pendekatan dalam Pelaksanaan Kegiatan Pemberian Kemoprofilaksis Kusta

#### 1) Pendekatan *Blanket*

Kegiatan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan *blanket* adalah kegiatan Kemoprofilaksis Kusta dengan sasaran seluruh penduduk di suatu daerah. Metode ini membutuhkan biaya dan tenaga yang sangat besar, oleh karenanya pendekatan ini sangat disarankan pada daerah-daerah dengan kriteria:

- a) daerah dengan beban tinggi yang memiliki angka penemuan Penderita Kusta baru  $>5$  per 100.000 penduduk.

- b) daerah terisolir dengan akses terbatas/sulit (DTPK, daerah tertinggal).
- c) daerah dengan pelayanan kesehatan (terutama Kusta) yang tidak memadai/rutin.

Keuntungan menggunakan pendekatan *blanket* yaitu Kemoprofilaksis Kusta hanya dilakukan 1 (satu) kali saja pada seluruh penduduk sehingga mendapatkan intervensi yang sama dan lebih termotivasi untuk meminum obat Kemoprofilaksis Kusta.

## 2) Pendekatan Partisipasi Masyarakat

Kegiatan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan partisipasi masyarakat melibatkan anggota keluarga, petugas kesehatan di desa, tokoh masyarakat/agama, kader kesehatan dan organisasi kemasyarakatan lainnya yang berada di lokasi tempat tinggal Penderita Kusta.

Melalui pemberdayaan masyarakat, khususnya anggota keluarga dapat melakukan pemeriksaan diri (*self screening*) secara dini berdasarkan informasi yang tercantum dalam alat bantu format pemeriksaan Kusta (*self screening format/SSF*).

Masyarakat diberi waktu untuk melihat format serta melakukan pemeriksaan diri dan melaporkan saat petugas datang berkunjung untuk tindak lanjut pada waktu yang telah ditentukan.

Kriteria daerah yang perlu melakukan pendekatan partisipasi masyarakat adalah :

- a) daerah beban tinggi yang memiliki Penderita Kusta baru >5 per 100.000 penduduk atau >30 Penderita Kusta baru per tahun selama 3 tahun berturut-turut.
- b) Tersedia tenaga kader kesehatan aktif yang memadai.

Keuntungan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan partisipasi masyarakat yaitu dapat meningkatkan diseminasi informasi Kusta dan meningkatkan kewaspadaan terhadap risiko penularan Kusta. Selain itu, beban kerja petugas dalam melakukan pemeriksaan Kusta relatif lebih ringan.



Kelemahan pendekatan ini yaitu masyarakat tidak akurat dalam memberikan informasi dan mengenali gejala dini Kusta sehingga Kemoprofilaksis Kusta tidak tepat sasaran.

### 3) Pendekatan Kontak

Setiap kontak Penderita Kusta diharapkan bisa mendapatkan Kemoprofilaksis Kusta. Kegiatan Kemoprofilaksis Kusta ini dengan sasaran meliputi seluruh kontak (kontak serumah, tetangga, dan sosial) dari Penderita Kusta baru. Daerah yang tidak termasuk dalam kriteria daerah yang dapat melakukan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan *blanket* ataupun pendekatan partisipasi masyarakat dapat melakukan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan kontak.

Keuntungan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan kontak yaitu dapat menjadi stimulan bagi petugas dan masyarakat sehingga cakupan pemeriksaan kontak dapat meningkat. Kelemahan pendekatan ini adalah kerahasiaan, dimana identitas *index case* dan Penderita Kusta baru yang terjaring pada saat kegiatan ini lebih mudah diketahui oleh masyarakat sekitar. Selain itu beban kerja petugas lebih berat karena rata-rata jumlah kontak yang harus diperiksa sebanyak 20 orang.

## 2. Waktu Pelaksanaan

Guna mempermudah monitoring terhadap pelaksanaan Kemoprofilaksis Kusta dibutuhkan rencana kerja yang dituangkan dalam tabel waktu. Rencana kerja tersebut tertuang dalam Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas.

Tabel. 4.1  
Tabel Waktu Pelaksanaan

Kegiatan	Rencana waktu pelaksanaan kegiatan											
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
Perencanaan												
1. Persiapan												
2. Sosialisasi, advokasi												
3. Pelatihan / <i>on the job training</i>												
4. Pembuatan daftar sasaran												
5. Pembuatan peta sasaran												
6. Pelaksanaan :												
a. Pembagian SSF (motede parsipatory)												
b. Penyuluhan												
c. Pemeriksaan kontak												
d. Kemoprofilaksis Kusta												
7. Monitoring												
8. Pelaporan tw 1												
9. Pelaporan tw 2												
10. Pelaporan tw 3												
11. Pelaporan tw 4												
12. Evaluasi tahunan												

3. Prosedur Pelaksanaan

Berikut adalah prosedur pelaksanaan Kemoprofilaksis Kusta dengan berbagai pendekatan:

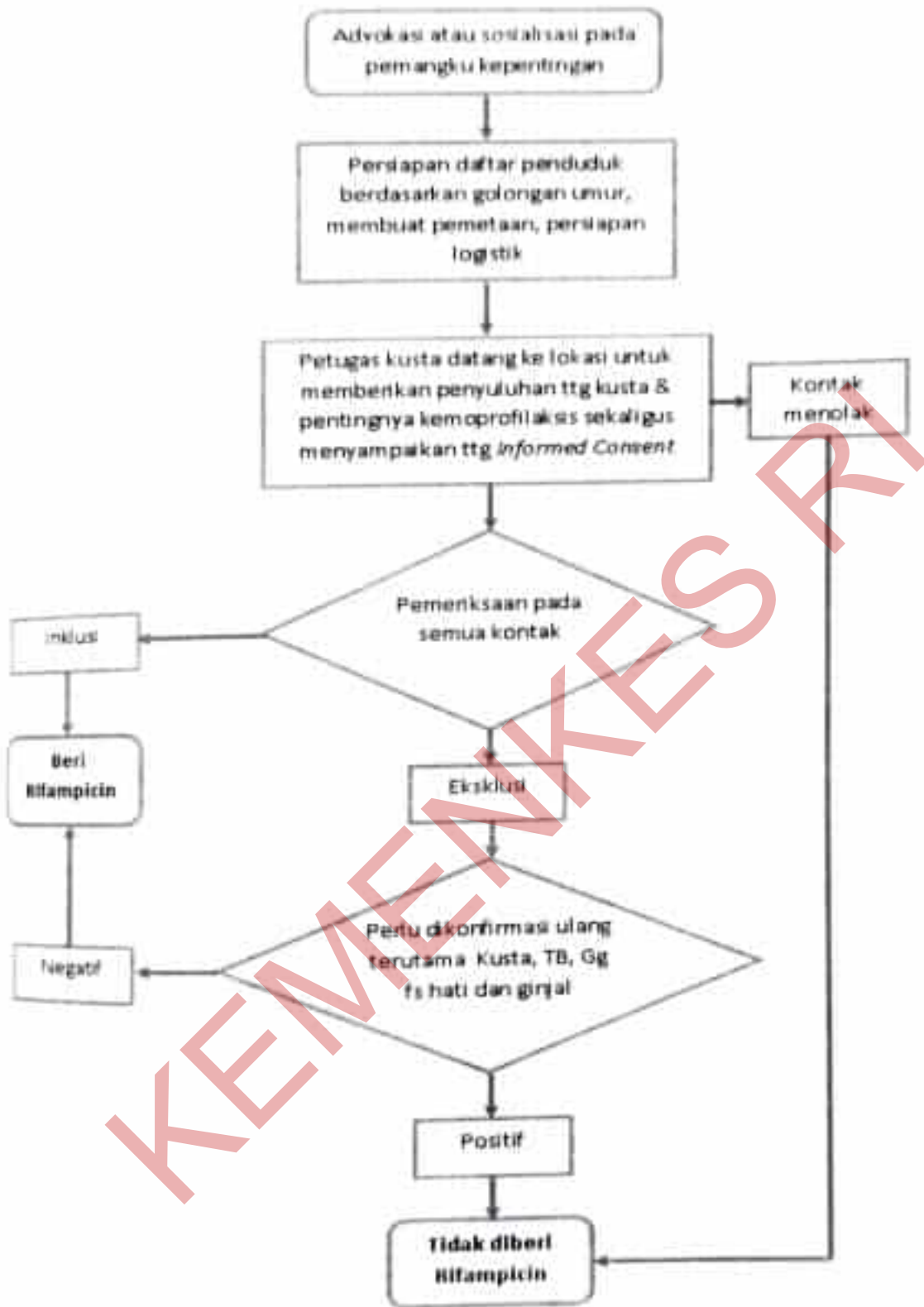
a. Pendekatan *Blanket*

Tahapan pelaksanaan kegiatan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan *blanket* sebagai berikut:

- 1) Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada pemangku kepentingan atau kepada para pengambil kebijakan

- (Bupati/Walikota, Camat, dan Kepala Desa/Lurah) setempat.
- 2) Mempersiapkan daftar penduduk berdasarkan golongan umur dan alamat kemudian melakukan pemetaan berdasarkan data tersebut.
  - 3) Melakukan kegiatan Kemoprofilaksis Kusta ke lokasi sesuai dengan hasil pemetaan.
  - 4) Penyuluhan yang berisi tentang:
    - a) informasi tentang Kusta
    - b) Informasi tentang pentingnya kegiatan Kemoprofilaksis Kusta
    - c) Informasi tentang Rifampisin dan efek sampingnya
    - d) Informasikan tentang kriteria ekaklusi
    - e) *Informed consent* pemberian Kemoprofilaksis Kusta
    - f) Pemberian Kemoprofilaksis Kusta di depan petugas
  - 5) Apabila ditemukan suspek Kusta dan/atau TB maka dilakukan konfirmasi diagnosis pada petugas program yang bersangkutan.
  - 6) Apabila ditemukan suspek Kusta dan/atau TB maka dilakukan konfirmasi diagnosis oleh tenaga kesehatan Puskesmas terlatih yang bersangkutan.
  - 7) Apabila pada waktu pelaksanaan kegiatan ada penduduk yang tidak ada di tempat maka petugas kesehatan berkewajiban untuk mengunjungi rumah untuk memberikan kemoprofilaksis paling lambat 1 bulan sejak pelaksanaan kegiatan.





Gambar 4.2

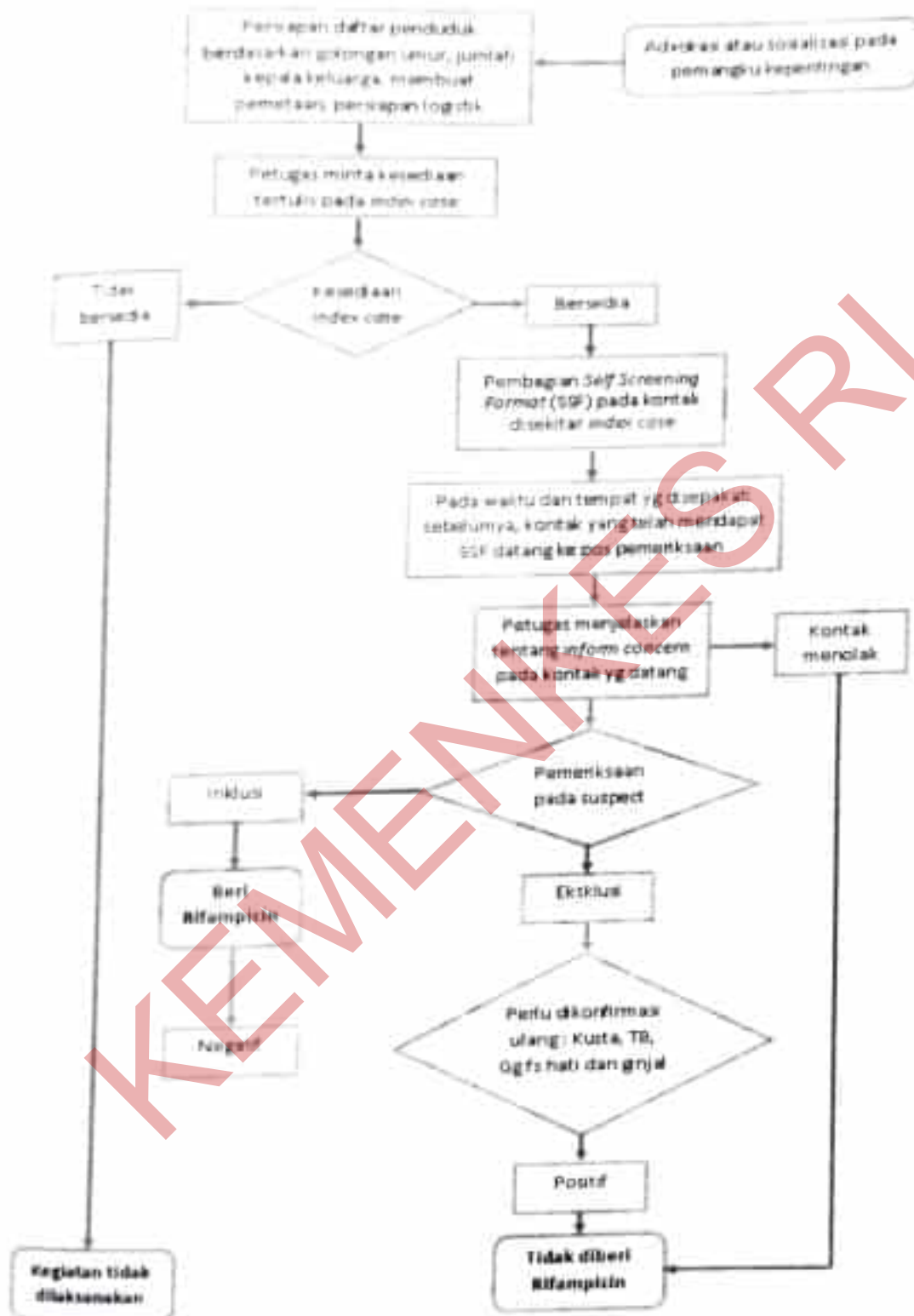
Alur Pelaksanaan Kegiatan Kemoprofilaksis Kusta dengan Pendekatan *Elanket*

b. Pendekatan Partisipasi Masyarakat

Tahapan pelaksanaan kegiatan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan partisipasi masyarakat sebagai berikut:

- 1) Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada pemangku kepentingan atau kepada para pengambil kebijakan (Bupati/Walikota, Camat, dan Kepala Desa/Lurah) setempat.
- 2) Daftar nama Penderita Kusta baru lengkap dengan alamatnya.
- 3) Mempersiapkan daftar penduduk berdasarkan golongan umur, jumlah KK dan alamat yang kontak.
- 4) Petugas Kusta di Puskesmas bersama-sama Penderita Kusta membuat peta sasaran secara sederhana.
- 5) Petugas Kusta mendelegasikan pembagian self screening format kepada kader kesehatan/bidan desa.
- 6) Dalam waktu 7 (tujuh) hari kemudian atau sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, petugas Kusta serta petugas kesehatan lainnya dan kader kesehatan desa melakukan kunjungan ke lokasi.
- 7) Penyuluhan yang berisi tentang :
  - a) informasi tentang Kusta
  - b) Informasi tentang pentingnya kegiatan Kemoprofilaksis Kusta
  - c) Informasi tentang Rifampisin dan efek sampingnya
  - d) Informasikan tentang kriteria eksklusi
  - e) *Informed consent* pemberian Kemoprofilaksis Kusta
  - f) Pemberian Kemoprofilaksis Kusta di depan petugas
- 8) Apabila ditemukan suspek Kusta dan/atau TB maka dilakukan konfirmasi diagnosis pada petugas program yang bersangkutan.
- 9) Apabila ditemukan suspek Kusta dan/atau TB maka dilakukan konfirmasi diagnosis oleh tenaga kesehatan Puskesmas terlatih yang bersangkutan.
- 10) Apabila pada waktu pelaksanaan kegiatan ada penduduk yang tidak ada di tempat maka petugas kesehatan berkewajiban untuk mengunjungi rumah untuk

memberikan Kemoprofilaksis Kusta paling lambat 1 bulan sejak pelaksanaan kegiatan.



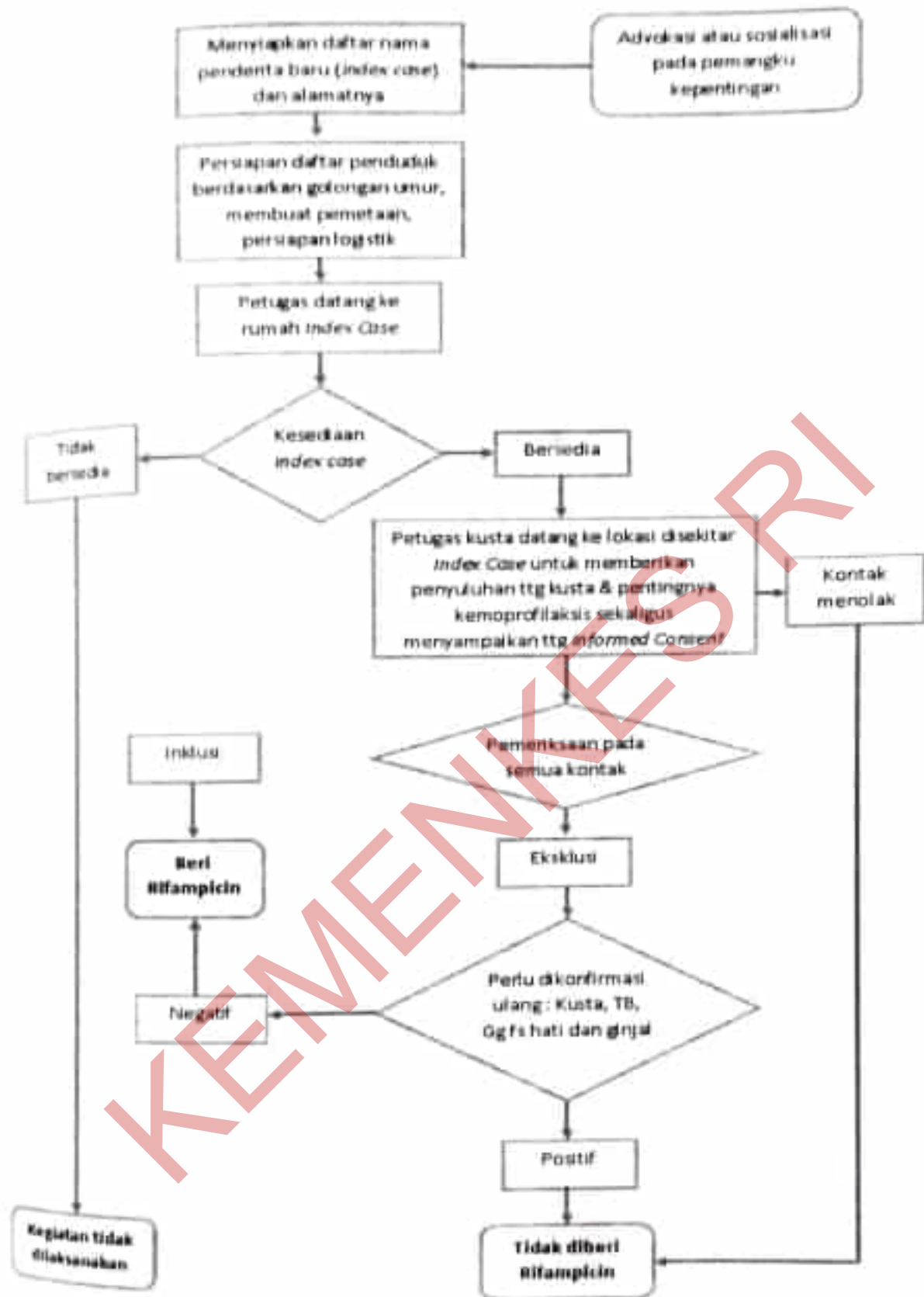
Gambar 4.3

Alur Pelaksanaan Kegiatan Kemoprofilaksis Kusta dengan Pendekatan Partisipasi Masyarakat

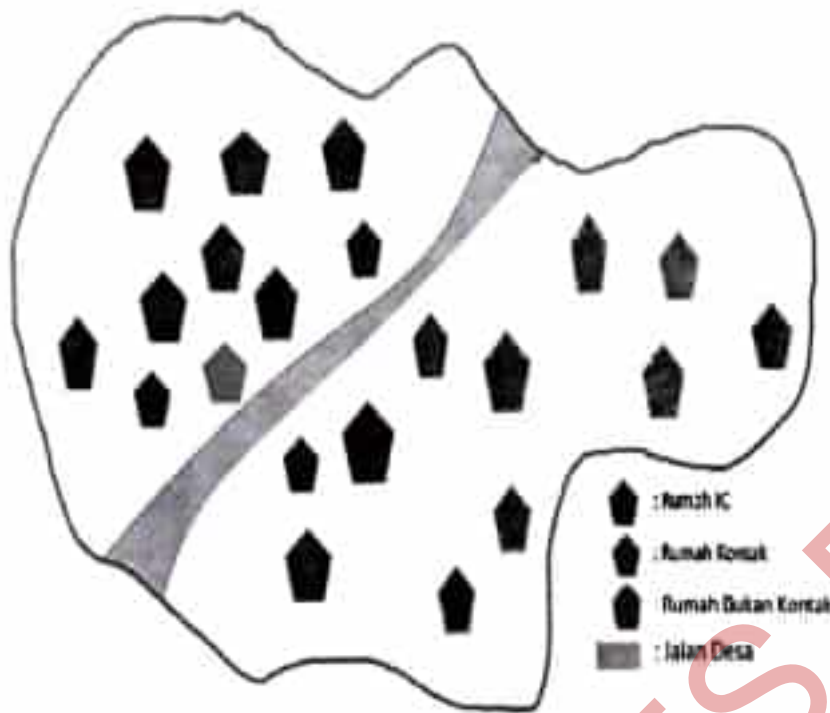


c. Pendekatan Kontak

- 1) Tahapan pelaksanaan kegiatan Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan kontak sebagai berikut:
- 2) Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada pemangku kepentingan atau kepada para pengambil kebijakan (Bupati/Walikota, Camat, dan Kepala Desa/Lurah) setempat.
- 3) Mempersiapkan daftar Penderita Kusta indeks (Penderita Kusta baru) beserta kontaknya dan alamat kemudian melakukan pemetaan berdasarkan data tersebut.
- 4) Melakukan kunjungan ke lokasi sesuai dengan hasil pemetaan.
- 5) Penyuluhan yang berisi tentang:
  - a) informasi tentang Kusta
  - b) Informasi tentang pentingnya kegiatan Kemoprofilaksis Kusta
  - c) Informasi tentang Rifampisin dan efek sampingnya
  - d) Informasikan tentang kriteria eksklusi
  - e) *Informed consent* pemberian Kemoprofilaksis Kusta
  - f) Pemberian Kemoprofilaksis Kusta di depan petugas
- 6) Apabila ditemukan suspek Kusta dan/atau TB maka dilakukan konfirmasi diagnosis kepada tenaga kesehatan yang berkompeten.
- 7) Apabila pada waktu pelaksanaan kegiatan ada penduduk yang tidak ada di tempat maka petugas kesehatan berkewajiban untuk mengunjungi rumah untuk memberikan Kemoprofilaksis paling lambat 1 bulan sejak pelaksanaan kegiatan.



Gambar 4.4  
Alur Pelaksanaan Kegiatan Kemoprofilaksis Kusta  
dengan Pendekatan Kontak



Gambar 4.5

Contoh Pemetaan Sasaran Pemberian Kemoprofilaksis Kusta

Gambar 4.5 memperlihatkan contoh pemetaan sasaran Kemoprofilaksis Kusta. Pemetaan ini memperlihatkan legenda sederhana (sungai, jalan desa, dan lain-lain), gambaran posisi rumah Penderita Kusta, rumah kontak Penderita Kusta, rumah bukan kontak. Pemetaan saat penting sebagai dokumen untuk melaksanakan dan menindaklanjuti kegiatan Kemoprofilaksis Kusta yang dilakukan.

#### D. Tata Laksana Penderita Kusta

Tata laksana Penderita Kusta dilaksanakan melalui kegiatan diagnosis, pengobatan Kusta, dan pencegahan disabilitas di Puskesmas dan layanan rujukan. Rujukan dilakukan bagi Penderita Kusta yang menimbulkan komplikasi dan/atau membutuhkan penanganan lebih lanjut. Tata laksana Penderita Kusta dilaksanakan berdasarkan standar pelayanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tata laksana Penderita Kusta dilakukan melalui kegiatan:



## Diagnosis

Untuk menetapkan diagnosis Kusta, perlu dicari tanda-tanda utama (*cardinal signs*), yaitu:

- a. kelainan kulit atau lesi dapat berbentuk hipopigmentasi atau eritema yang mati rasa (anestesi).
- b. penebalan saraf tepi disertai dengan gangguan fungsi saraf akibat peradangan saraf tepi (neuritis perifer) kronis. Gangguan fungsi saraf ini dapat berupa:
  - 1) gangguan fungsi sensoris: anestesi
  - 2) gangguan fungsi motoris: paresis atau paralisis otot
  - 3) gangguan fungsi otonom: kulit kering atau anhidrosis dan terdapat fisura
- c. adanya Basil Tahan Asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (*slit skin smear*).

Diagnosis Kusta ditegakkan apabila terdapat satu dari tanda-tanda utama di atas. Pada dasarnya sebagian besar Penderita Kusta dapat di diagnosis dengan pemeriksaan klinis dan/atau pemeriksaan bakteriologis dan penunjang lain. Jika masih ragu maka dianggap sebagai Penderita Kusta yang dicurigai (suspek/tersangka).

### a. Tanda-Tanda Suspek/Tersangka Kusta

#### 1) Tanda-Tanda Pada Kulit

- a) bercak kulit yang eritema atau hipopigmentasi (gambaran yang paling sering ditemukan), datar atau menonjol, dapat disertai dengan tidak gatal dan mengkilap atau kering bersisik.
- b) adanya kelainan kulit yang tidak berkeringat (anhidrosis) dan atau alis mata tidak berambut (madarosis).
- c) bengkak atau penebalan pada wajah dan cuping telinga.
- d) timbul lepuh atau luka tanpa rasa nyeri pada tangan dan kaki.

#### 2) Tanda-tanda pada saraf

- a) nyeri tekan dan/atau spontan pada saraf.
- b) rasa kesemutan, tertusuk-tusuk, dan nyeri pada anggota gerak.
- c) kelemahan anggota gerak dan/atau kelopak mata.

- d) adanya disabilitas (deformitas).
- e) luka (ulkus) yang sulit sembuh.

b. Pemeriksaan

Pemeriksaan yang teliti dan lengkap sangat penting dalam menegakkan diagnosa Kusta. Pemeriksaan tersebut meliputi:

- a. anamnesis, termasuk riwayat kontak
- b. pemeriksaan fisik
  - 1) pemeriksaan kulit/dermatologis  
pemeriksaan kulit/dermatologis merupakan pemeriksaan bercak putih mati rasa atau merah pada kulit.
  - 2) pemeriksaan saraf tepi  
pemeriksaan saraf tepi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba saraf tepi antara lain saraf ulnaris, peroneus communis, dan tibialis posterior. Pemeriksaan fungsi saraf dilakukan secara sistematis pada mata, tangan dan kaki.

Tabel 4.1

Fungsi Normal Beberapa Saraf Tepi

SARAF	FUNGSI		
	MOTORIK	SENSORIK	OTONOM
<i>Auricularis magnus</i>		Mempersarafi area belakang Telinga	Mempersarafi kelenjar keringat, kelenjar minyak dan pembuluh darah
<i>Facialis</i>	Mempersarafi kelopak mata agar bisa menutup		
<i>Ulnaris</i>	Mempersarafi jari manis dan jari	Rasa raba telapak tangan: jari	

SARAF	FUNGSI		
	MOTORIK	SENSORIK	OTONOM
	kelingking	kelingking dan separuh jari manis	
Mediantis	Mempersarafi ibu jari, telunjuk dan jari tengah	Rasa raba telapak tangan bagian ibu jari, telunjuk, jari tengah, separuh jari manis	
Radialis	Kekuatan pergelangan tangan		
Peroneus Communis	Kekuatan pergelangan kaki		
Tibialis Posterior	Mempersarafi jari kaki	Rasa raba telapak kaki	

c. Pemeriksaan Bakteriologis dan Penunjang Lain

Pemeriksaan bakteriologis dilakukan melalui kerokan jaringan kulit (*skin smear*) yaitu pemeriksaan sediaan yang diperoleh melalui sayatan dan kerokan jaringan kulit yang kemudian diberi pewarnaan tahan asam untuk melihat *Mycobacterium leprae*. Pemeriksaan ini membutuhkan sarana laboratorium dan tenaga kesehatan dengan keterampilan khusus. Apabila sarana dan tenaga kesehatan dengan keterampilan khusus tersebut tidak tersedia maka dapat dilakukan observasi selama 3-6 bulan.

Pemeriksaan penunjang lain dapat dilakukan di rumah sakit rujukan yang memiliki fasilitas terkait. Pemeriksaan tersebut antara lain histopatologi, serologis, *Polimerase Chain Reaction* (PCR).

Dalam klasifikasi Kusta sesuai dengan kriteria WHO dapat dibagi dalam 2 tipe yaitu tipe Pausibasiler (PB) dan tipe Multibasiler (MB). Sebagai dasar penentuan dari klasifikasi ini



yaitu gambaran klinis dan hasil pemeriksaan BTA melalui pemeriksaan kerokan jaringan kulit.

Tabel 4.2

Tanda-Tanda Kusta Pada Tipe Pausibasiler (PB) dan Multibasiler (MB)

TANDA	PB	MB
Lesi kulit (berbentuk bercak datar, papul atau nodus)	Jumlah lesi 1 - 5 <input type="checkbox"/> Hipopigmentasi atau eritema <input type="checkbox"/> Distribusi asimetris <input type="checkbox"/> Mati/kurang rasa jelas	Jumlah lesi > 5 <input type="checkbox"/> Distribusi lebih simetris <input type="checkbox"/> Mati/kurang rasa tidak jelas
Kerusakan saraf (ditemukan adanya mati/kurang rasa, dan atau kelemahan otot yang dipersarafi saraf yang terkena)	Hanya satu saraf	Lebih dari 1 saraf
Hasil pemeriksaan slit skin smear BTA	Negatif	Positif

## 2. Pengobatan Secara Umum

Pengobatan Kusta dengan *Multi Drug Therapy* (MDT) untuk tipe PB maupun MB. MDT adalah kombinasi dua atau lebih obat anti Kusta, salah satunya Rifampisin sebagai anti Kusta yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan obat anti Kusta lain bersifat bakteriostatik. MDT tersedia dalam bentuk 4 macam blister MDT sesuai dengan kelompok umur (PB dewasa, MB dewasa, PB anak dan MB anak). Tata cara minum MDT adalah dosis hari pertama pada setiap blister MDT diminum di depan petugas saat Penderita Kusta datang atau bertemu Penderita Kusta, selanjutnya diminum di rumah dengan pengawasan keluarga. Pengobatan Kusta dengan MDT bertujuan untuk:

- a. memutuskan mata rantai penularan
- b. mencegah resistensi obat

- c. meningkatkan keteraturan berobat
- d. mencegah terjadinya disabilitas atau mencegah bertambahnya disabilitas yang sudah ada sebelum pengobatan

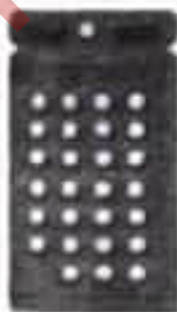
Dengan matinya kuman, maka sumber penularan dari Penderita Kusta, terutama tipe MB ke orang lain terputus. Disabilitas yang sudah terjadi sebelum pengobatan tidak dapat diperbaiki dengan MDT. Bila Penderita Kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman Kusta dapat menjadi resisten/kebal terhadap MDT, sehingga gejala penyakit menetap, bahkan memburuk. Gejala baru dapat timbul pada kulit dan saraf. Kelompok orang yang membutuhkan MDT meliputi:

- a. Penderita Kusta yang baru didiagnosa Kusta dan belum pernah mendapat MDT.
- b. Penderita Kusta ulangan yaitu Penderita Kusta yang mengalami hal-hal di bawah ini:
  - 1) relaps
  - 2) masuk kembali setelah *default* (dapat PB maupun MB)
  - 3) pindah berobat (pindah masuk)
  - 4) ganti klasifikasi/tipe

Regimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai dengan yang direkomendasikan oleh WHO, sebagai berikut:

- a. Penderita Kusta Tipe Pausibasiler (PB)

Pengobatan Tipe PB diberikan dosis berdasarkan golongan umur sesuai tabel di bawah. Pemberian satu blister untuk 28 hari sehingga dibutuhkan 6 blister yang dapat diminum selama 6-9 bulan.



**Blister PB dewasa**



**Blister PB anak**

Tabel 4.3

Pemberian MDT Tipe PB Berdasarkan Golongan Umur

JENIS OBAT	USIA < 5 TH	USIA 5-9 TH	USIA 10-15 TH	USIA > 15 TH	KETERANGAN
Rifampisin		300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson	Berdasarkan berat badan*	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di rumah

\*Dosis anak dibawah 5 tahun disesuaikan dengan berat badan:

- a. Rifampisin : bulanan 10 - 15 mg/kgBB
- b. Dapson : bulanan atau harian 1 - 2 mg/kgBB

## b. Penderita Kusta Tipe Multibasiler (MB)

Pengobatan Tipe MB diberikan dosis berdasarkan golongan umur sesuai tabel di bawah. Pemberian satu blister untuk 28 hari sehingga dibutuhkan 12 blister yang dapat diminum selama 12-18 bulan.



Blister MB dewasa



Blister MB anak

Tabel 4.4

Pemberian MDT tipe MB berdasarkan golongan umur.

JENIS OBAT	< 5 TH	5-9 TH	10-15 TH	>15 TH	KETERANGAN
Rifampisin	Berdasarkan	300mg/bln	450 mg/bln	600mg/bln	Minum di depan petugas



JENIS OBAT	< 5 TH	5-9 TH	10-15 TH	>15 TH	KETERANGAN
Dapson	berat badan*	25mg/bln	50mg/bln	100mg/bln	Minum di depan petugas
		25mg/bln	50mg/bln	100mg/bln	Minum di rumah
Klofazimin		100mg/bln	150mg/bln	300mg/bln	Minum di depan petugas
		50 mg 2x seminggu	50 mg setiap 2 hari	50 mg per hari	Minum di rumah

\*Dosis anak dibawah 5 tahun disesuaikan dengan berat badan:

- a. Rifampisin : bulanan 10 - 15 mg/kgBB
- b. Dapson : bulanan atau harian 1 - 2 mg/kgBB
- c. Klofazimin : bulanan : 6 mg/kgBB, harian : 1 mg/kgBB

### **Efek Samping MDT dan Penanganannya**

Efek samping obat-obat MDT dan penanganannya secara ringkas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.5  
Efek Samping Obat MDT dan Penanganannya

MASALAH	NAMA OBAT	PENANGANAN
<b>Ringan :</b>		
Air seni berwarna merah	Rifampisin	<i>Reassurance</i> (menenangkan Penderita Kusta dengan penjelasan yang benar), konseling
Perubahan warna kulit menjadi coklat	Klofazimin	Konseling
Masalah gastro intestinal	Semua obat (3 obat dalam MDT)	Obat diminum bersama dengan makanan atau setelah makan

MASALAH	NAMA OBAT	PENANGANAN
Anemia Hemolitik	Dapson	Hentikan Dapson
<b>Serius :</b>		
Ruam kulit yang gatal	Dapson	Hentikan Dapson, Rujuk
Alergi Urtikaria	Dapson atau Rifampisin	Hentikan keduanya, Rujuk
Ikterus (kuning)	Rifampisin	Hentikan Rifampisin, Rujuk
Shock, purpura, gagal ginjal	Rifampisin	Hentikan Rifampisin, Rujuk

3. Pengobatan pada Penderita Kusta dengan Keadaan Khusus
  - a. Hamil dan menyusui: regimen MDT aman untuk ibu hamil/menyusui dan anaknya
  - b. Tuberkulosis: bila seseorang menderita Tuberkulosis (TB) dan Kusta, maka pengobatan antituberkulosis dan MDT dapat diberikan bersamaan, dengan dosis Rifampisin sesuai dosis untuk Tuberkulosis:
    - 1) untuk penderita TB yang menderita Kusta tipe PB untuk pengobatan Kusta cukup ditambahkan Dapson 100 mg, karena Rifampisin sudah diperoleh dari obat TB. Lama pengobatan tetap sesuai dengan jangka waktu pengobatan PB.
    - 2) untuk penderita TB yang menderita Kusta tipe MB Pengobatan Kusta cukup dengan Dapson dan Klofazimin karena Rifampisin sudah diperoleh dari obat TB. Lama pengobatan tetap disesuaikan dengan jangka waktu pengobatan MB. Jika pengobatan TB sudah selesai maka pengobatan Kusta kembali sesuai blister MDT
  - c. Untuk Penderita Kusta PB yang alergi terhadap Dapson, Dapson dapat diganti dengan Klofazimin
  - d. Untuk Penderita Kusta MB yang alergi terhadap dapson, pengobatan hanya dengan dua macam obat saja, yaitu

Rifampisin dan Klofazimin sesuai dosis dan jangka waktu pengobatan MB.

- c. Penderita Kusta yang tidak dapat minum Dapson (contoh Sindrom Dapson/SD)

Setelah SD reda, terapi MDT tanpa Dapson dapat dilanjutkan.

Penderita Kusta MB melanjutkan terapi dengan Rifampisin dan Klofazimin saja sampai memenuhi regimen 12 bulan. Penderita

Kusta PB melanjutkan terapi dengan Rifampisin dan Klofazimin (sebagai pengganti Dapson) sampai memenuhi regimen 6 bulan.

- f. Penderita Kusta yang tidak dapat minum Rifampisin

Penyebabnya adalah ada efek samping Rifampisin atau ada penyakit penyerta seperti hepatitis kronis, atau terinfeksi dengan *Rifampicin-resistant M leprae*. Mereka mendapat regimen 24 bulan sebagai berikut:

1) Klofazimin 50 mg ditambah 2 dari obat berikut-Ofloksasin 400 mg atau Minosiklin 100 mg atau Klaritromisin 50 mg, setiap hari - untuk 6 bulan.

2) kemudian dilanjutkan dengan Klofazimin 50 mg ditambah Ofloksasin 400 mg atau Minosiklin 100 mg, setiap hari selama 18 bulan.

- g. Penderita Kusta yang menolak minum Klofazimin

Pada Penderita Kusta yang menolak minum Klofazimin karena terjadi perubahan warna kulit diberikan regimen berikut:

MDT MB 12 bulan tapi Klofazimin diganti Ofloksasin 400 mg per hari atau Minosiklin 100 mg per hari atau Rifampisin 600 mg per bulan, Ofloksasin 400 mg per bulan dan Minosiklin 100 mg per bulan, selama 24 bulan.

#### 4. Upaya Pencegahan Disabilitas

Komponen pencegahan disabilitas terdiri atas:

- a. Penemuan Dini Penderita Kusta Sebelum Disabilitas

Kegiatan ini dilakukan dengan cara *active case finding* (penemuan Penderita Kusta secara aktif).

- b. Pengobatan Penderita Kusta dengan MDT sampai RFT

Dengan memberikan MDT sesuai regimen WHO maka dapat menghindari risiko penularan dan mengurangi risiko disabilitas.



c. Deteksi Dini Adanya Reaksi Kusta dengan Pemeriksaan Fungsi Saraf Secara Rutin

Setiap kali memeriksa seorang Penderita Kusta, juga dilakukan pemeriksaan pada kulit dan saraf untuk mendeteksi dini adanya reaksi. Hasil pemeriksaan selanjutnya akan dicatat ke dalam formulir Pemantauan Fungsi Saraf (PFS). Formulir tersebut rutin diisi pada setiap kali kunjungan Penderita Kusta ke Puskesmas saat mengambil obat. Hasil kesimpulan pemeriksaan selanjutnya akan menentukan penanganan lebih lanjut terhadap kerusakan saraf yang terjadi.

Reaksi Kusta adalah suatu episode dalam perjalanan kronis penyakit Kusta yang merupakan suatu reaksi kekebalan (seluler respons) atau reaksi antigen-antibodi (Humoral respons) yang dapat merugikan Penderita Kusta, terutama pada saraf tepi yang bisa menyebabkan gangguan fungsi (cacat) yang ditandai dengan peradangan akut baik di kulit maupun saraf tepi. Reaksi Kusta dapat terjadi sebelum pengobatan, selama pengobatan, dan sesudah pengobatan.

Hal-hal yang mempermudah (pencetus) terjadinya reaksi Kusta misalnya:

- 1) Penderita Kusta dalam keadaan kondisi lemah
- 2) Kehamilan dan setelah melahirkan (masa nifas)
- 3) Sesudah mendapat imunisasi
- 4) Infeksi (seperti malaria, infeksi pada gigi, bisul, dan lain-lain)
- 5) Stress fisik dan mental
- 6) Kurang gizi
- 7) Pemakaian obat-obat yang meningkatkan kekebalan tubuh.

Untuk mengatasi dan mengendalikan faktor pencetus terjadinya reaksi Kusta, perlu dilakukan:

- 1) Memperhatikan status gizi baik dengan memenuhi konsumsi gizi seimbang
- 2) Pemeriksaan gigi
- 3) Pemberian obat neurotropik seperti vitamin B1, B6, dan B12 untuk membantu mengurangi dampak efek samping obat
- 4) Pemberian obat cacing dosis tunggal sesuai berat badan
- 5) Penanganan infeksi lain

6) Pemberian konseling

**Jenis Reaksi**

Jenis reaksi sesuai proses terjadinya dibedakan atas 2 tipe yaitu reaksi tipe 1 dan reaksi tipe 2 yang masing-masing derajatnya dibagi menjadi reaksi ringan dan reaksi berat.

Pasal 4.6

Perbedaan Reaksi Ringan dan Berat Pada Reaksi Tipe 1 dan 2

NO	GEJALA/ TANDA	REAKSI TIPE 1		REAKSI TIPE 2	
		RINGAN	BERAT	RINGAN	BERAT
1	Kulit	Bercak: merah, tebal, panas, nyeri.*	Bercak: merah, tebal, panas, nyeri yang bertambah parah à sampai pecah	Nodul: merah, panas, nyeri	Nodul: merah, panas, nyeri yang bertambah parah à sampai pecah
2	Saraf Tepi	Nyeri pada perabaan: (+)	Nyeri pada perabaan: (+)	Nyeri pada perabaan: (-)	Nyeri pada perabaan: (+)
		Gangguan fungsi: (-)	Gangguan fungsi: (+)	Gangguan fungsi: (-)	Gangguan fungsi: (+)
3	Keadaan Umum	Demam: (-)	Demam: ±	Demam: ±	Demam: (+)
4	Gangguan Pada Organ Lain	-	-	-	+ (Misalnya pada mata, sendi, testis, dan lain-lain)

\* Bila ada reaksi pada lesi kulit yang dekat dengan lokasi saraf, dikategorikan sebagai reaksi berat.

d. **Penanganan Reaksi Kusta**

Penanganan reaksi Kusta yang cepat dan tepat akan mencegah Penderita Kusta dari disabilitas. Penanganan reaksi Kusta dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terdiri atas dokter dan tenaga kesehatan lain yang terlatih dalam penanganan Kusta.

Sebelum memulai penanganan reaksi, terlebih dahulu dilakukan identifikasi tipe reaksi yang dialami berdasarkan derajat reaksinya. Derajat reaksi dapat ditentukan melalui jawaban dari pertanyaan yang terdapat dalam form Pemantauan Fungsi Saraf (PFS) berikut:

- 1) Apakah lagophthalmos baru terjadi dalam 6 bulan terakhir?
- 2) Adakah nyeri tekan pada saraf?
- 3) Adakah kekuatan otot berkurang dalam 6 bulan terakhir?
- 4) Adakah rasa raba berkurang dalam 6 bulan terakhir?
- 5) Adakah bercak pecah atau nodul ulserasi/pecah?
- 6) Adakah bercak aktif (meradang) di lokasi saraf tepi?

Jika tidak ada jawaban "ya" dari semua pertanyaan di atas, maka dikategorikan sebagai "Reaksi Ringan", sedangkan bila ada jawaban "ya" dari salah satu pertanyaan di atas, maka dikategorikan sebagai "Reaksi Berat".

**Penanganan Untuk Reaksi Ringan**

- 1) Berobat jalan, istirahat dirumah.
- 2) Pemberian analgetik/antipiretik, obat penenang bila perlu.
- 3) Mencari dan menghilangkan faktor pencetus.
- 4) Jika dalam pengobatan, MDT tetap diberikan dengan dosis tidak diubah.

**Penanganan Untuk Reaksi Berat**

- 1) Mobilisasi lokal/istirahat di rumah.
- 2) Pemberian analgesik, sedatif.
- 3) Mencari dan menghilangkan faktor pencetus.
- 4) Jika dalam pengobatan, MDT tetap diberikan dengan dosis tidak berubah.
- 5) Reaksi tipe 1 dan tipe 2 berat diobati dengan prednison sesuai skema.



- 6) Bila ada indikasi rawat inap Penderita Kusta dikirim ke rumah sakit.
- 7) Reaksi tipe 2 berat berulang diobati dengan prednison dan Klofazimin.

Pada Penderita Kusta yang mengalami reaksi berat, diperlukan pengisian form lain, yaitu Form Evaluasi Pengobatan Reaksi Berat. Form ini akan diisi rutin setiap 1-2 minggu untuk mengevaluasi kondisi Penderita Kusta.

### **Skema Pemberian Prednison**

Pada Orang Dewasa

Reaksi Tipe 1 dan 2 Berat

- 1) 2 minggu I : 40 mg/hari (1 x 8 tab) pagi hari sesudah makan
- 2) 2 minggu II : 30 mg/hari (1 x 6 tab) pagi hari sesudah makan
- 3) 2 minggu III : 20 mg/hari (1 x 4 tab) pagi hari sesudah makan
- 4) 2 minggu IV : 15 mg/hari (1 x 3 tab) pagi hari sesudah makan
- 5) 2 minggu V : 10 mg/hari (1 x 2 tab) pagi hari sesudah makan
- 6) 2 minggu VI : 5 mg/hari (1 x 1 tab) pagi hari sesudah makan

Sebelum menurunkan dosis Prednison, kondisi Penderita Kusta perlu dievaluasi. Apabila ada nyeri saraf, sebaiknya dicari dosis awal untuk Penderita Kusta tersebut dengan memeriksa ulang setelah 1 minggu, bila tidak ada perbaikan dosis dinaikkan menjadi 50 mg sampai 60 mg/hari. Dosis awal ini dipertahankan selama 2 minggu.

### **Penangan Reaksi Berat Pada Anak**

Penggunaan Prednison untuk pengobatan reaksi berat pada anak perlu pemantauan ketat karena Prednison merupakan golongan steroid yang dapat mengganggu proses pertumbuhan. Dosis maksimum Prednison pada anak tidak boleh melebihi 1 mg/kgBB. Minimal jangka waktu pengobatan adalah 12 minggu

(3 bulan). Pemberian Prednison sebaiknya diberikan dalam dosis tunggal pagi hari sesudah makan karena kadar kortisol alamiah dalam tubuh paling tinggi pada pagi hari.

Selambat-lambatnya setiap 2 minggu Penderita Kusta harus diperiksa ulang dan mencatatnya dalam form pencegahan cacat. Form pemberian Prednison diisi berdasarkan hasil evaluasi pemeriksaan fungsi saraf. Bila tidak ada perbaikan maka dosis Prednison yang diberikan dapat dilanjutkan 3 s/d 4 minggu atau dapat ditingkatkan (misalnya dari 15 mg menjadi 20 mg sehari) jika kondisi memburuk.

Penderita Kusta yang mendapatkan pengobatan Prednison perlu diberikan edukasi mengenai ancaman terjadinya kecacatan, lama pengobatan yang diberikan, pentingnya kepatuhan berobat, perlunya melaporkan diri pada petugas apabila nyeri dan gangguan fungsi bertambah.

#### **Efek Samping Prednison (Kortikosteroid)**

Penghentian prednison secara tiba-tiba mengakibatkan:

- 1) Demam
- 2) Nyeri otot
- 3) Nyeri sendi
- 4) Malaise

Pemberian prednison terus-menerus mengakibatkan:

- 1) Gangguan cairan dan elektrolit
- 2) Hiperglikemi
- 3) Mudah infeksi
- 4) Perdarahan atau perforasi pada penderita tukak lambung
- 5) Osteoporosis
- 6) *Cushing Syndrome*: moon face, obesitas sentral, jerawat, pertumbuhan rambut berlebihan, timbunan lemak supraklavikuler.

Kontra indikasi pemberian Prednison di antaranya hipertensi, TBC, diabetes melitus, tukak lambung berat, infeksi berat.

#### **Pemberian Klofazimin**

Pada jenis reaksi tertentu, Prednison diberikan bersamaan dengan tambahan Klofazimin. Klofazimin baru akan

menunjukkan khasiatnya dalam mengatasi peradangan setelah lebih dari 4 minggu, sebelum itu efek anti radang hanya didapat dari prednison. Jenis reaksi yang membutuhkan tambahan klofazimin adalah:

- 1) Reaksi Tipe II (ENL) berat berulang:
  - a) Episode reaksi lebih satu kali
  - b) ENL berat dengan dosis prednison naik turun
- 2) Reaksi ENL berat setelah RFT

Dosis untuk orang dewasa adalah 3 x 100 mg/hari selama 2 bulan. Kemudian dosis diturunkan menjadi 2 x 100 mg per hari selama 2 bulan, dan kemudian diturunkan menjadi 100 mg per hari selama 2 bulan. Jika Penderita Kusta masih dalam pengobatan MDT, maka dosis Klofazimin harus disesuaikan dengan dosis di atas.

#### **Indikasi Rujukan Penderita Reaksi Kusta ke Rumah Sakit**

- 1) ENL melepuh, suhu tubuh tinggi, neuritis, ENL yang pecah-pecah
- 2) Reaksi tipe I dengan disertai dengan bercak ulserasi, lesi di wajah, edema tangan dan kaki, atau neuritis
- 3) Disertai komplikasi penyakit lain yang berat, misalnya hepatitis, DM, hipertensi, tukak lambung yang berat, dan lain-lain.
- 4) Ibu hamil
- 5) Reaksi ENL berat berulang pada Penderita Kusta anak

#### **e. Penyuluhan**

Penyuluhan mengenai Kusta dilakukan secara komprehensif yang meliputi segala aspek baik medis maupun non medis. Penyuluhan bertujuan agar Penderita Kusta dan keluarga dapat mengenali tanda dan gejala disabilitas, berobat dengan tuntas, melakukan perawatan diri, serta menghilangkan stigma dan diskriminasi.

Penyuluhan mengenai Kusta dilakukan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat terlatih termasuk OYPMK. Sasaran penyuluhan adalah Penderita Kusta, keluarga, dan masyarakat.



Materi penyuluhan disesuaikan dengan sasaran penyuluhan, sebagai berikut :

- 1) Pada Penderita Kusta
  - a) Meyakinkan bahwa Penderita Kusta bisa sembuh
  - b) Memotivasi Penderita Kusta untuk berobat teratur
  - c) Memberi pesan untuk segera kembali bila mengalami keluhan
  - d) Mengajarkan cara perawatan diri
- 2) Pada Keluarga
  - e) Penyebab Kusta, sumber, dan cara penularan
  - f) Tidak perlu takut/menjauhi Penderita Kusta
  - g) Kusta dapat disembuhkan dan obatnya gratis
  - h) Mendukung keteraturan berobat Penderita Kusta
  - i) Membantu Penderita Kusta memeriksakan diri bila ada keluhan
  - j) Memotivasi Penderita Kusta melakukan perawatan diri
- 3) Pada Masyarakat
  - k) Penyebab, sumber dan cara penularan Kusta
  - l) Tanda-tanda diri Kusta
  - m) Risiko bila terlambat diobati dapat menimbulkan disabilitas
  - n) Tempat pengobatan yang tepat
  - o) Kusta bisa disembuhkan dan obatnya gratis

f. Perawatan Diri

Tujuan perawatan diri adalah untuk mencegah timbulnya disabilitas dan memburuknya keadaan disabilitas. Tenaga kesehatan di Puskesmas harus memperhatikan kondisi Penderita Kusta yang berisiko menjadi disabilitas atau telah mengalami disabilitas dan menentukan tindakan perawatan diri apa yang perlu dilakukan Penderita Kusta itu. Petugas jangan hanya memberikan penyuluhan dengan kata-kata kepada Penderita Kusta, tetapi memperagakan cara perawatan diri. Bantulah Penderita Kusta agar Penderita Kusta dapat melakukannya sendiri dengan mengupayakan penggunaan material yang mudah diperoleh di sekitar lingkungan Penderita Kusta.

Penderita Kusta harus mengerti bahwa pengobatan MDT sudah atau akan membunuh bakteri Kusta, tetapi disabilitas pada mata, tangan atau kaki yang terlanjur terjadi akan tetap ada seumur hidupnya, sehingga dia harus mampu melakukan perawatan diri secara kontinu agar disabilitas tidak bertambah berat.

Perawatan diri pada mata, tangan dan kaki dilakukan oleh Penderita Kusta seumur hidup dengan prinsip 3 M yaitu Memeriksa, Merawat, dan Melindungi. Perawatan diri ini bisa dilakukan di rumah setiap hari dan lebih baik bila bisa dibentuk Kelompok Perawatan Diri (KPD). Anggota kelompok ini selain Penderita Kusta dan OYPMK juga dapat diintegrasikan dengan penderita disabilitas akibat Filariasis ataupun disabilitas akibat Diabetes Melitus.

Kelompok perawatan diri dapat ditingkatkan menjadi *Self Help Group* (SHG) yang dibentuk dengan tujuan selain untuk perawatan diri juga dapat mengurangi stigma dan diskriminasi serta meningkatkan taraf hidup ekonomi Penderita Kusta dan keluarganya.

#### e. Penggunaan Alat Bantu

Beberapa Penderita Kusta dengan disabilitas membutuhkan alat bantu untuk mencegah memburuknya disabilitas dan membantu Penderita Kusta dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Alat bantu dapat berupa alat yang sederhana sampai dengan alat yang lebih canggih, misalnya tongkat penyangga, alat pelindung kaki dan kaki/tangan palsu.

#### h. Rehabilitasi Medis

Rehabilitasi medis diberikan kepada Penderita Kusta yang membutuhkan intervensi medis yang lebih kompleks. Beberapa intervensi tersebut membutuhkan penanganan spesialistik misalnya pada:

##### 1) Mata

Penderita Kusta yang mengalami lagophthalmos berat dilakukan bedah korektif.

2) Tangan

- a) Kelemahan jari tangan atau *claw hand* dilakukan operasi koreksi, dengan syarat sendi-sendi masih bergerak (*mobile*).
- b) Penderita Kusta dengan infeksi berat yang membutuhkan antibiotik atau operasi.

3) Kaki

- a) Ulkus kronik atau semua luka komplikata dilakukan tindakan bedah septik/skuestrektomi/amputasi.
- b) Penderita Kusta dengan infeksi berat yang membutuhkan antibiotik atau operasi.

E. Pemantauan dan evaluasi pengobatan

Penderita Kusta yang telah dinyatakan selesai pengobatan harus tetap dilakukan pemantauan oleh petugas Puskesmas untuk menghindari reaksi Kusta yang dapat menyebabkan disabilitas. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pemantauan dan evaluasi pengobatan, yaitu:

1. Setiap petugas harus memonitor tanggal pengambilan obat.
2. Apabila Penderita Kusta terlambat mengambil obat, paling lama dalam 1 bulan harus dilakukan pelacakan.
3. *Release From Treatment* (RFT) dapat dinyatakan setelah dosis dipenuhi tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium. Setelah RFT Penderita Kusta dikeluarkan dari register kohort.
4. Penderita Kusta yang sudah RFT namun memiliki faktor risiko:
  - a. disabilitas tingkat 1 atau 2
  - b. pernah mengalami reaksi
  - c. BTA pada awal pengobatan positif >3 (ada nodul atau infiltrat) dilakukan pengamatan secara semi-aktif
5. Penderita Kusta PB yang telah mendapat pengobatan 6 dosis (blister) dalam waktu 6-9 bulan dinyatakan RFT, tanpa harus pemeriksaan laboratorium.
6. Penderita Kusta MB yang telah mendapat pengobatan MDT 12 dosis (blister) dalam waktu 12-18 bulan dinyatakan RFT, tanpa harus pemeriksaan laboratorium.
7. Putus obat (*default*) jika seorang Penderita Kusta PB tidak mengambil/minum obatnya lebih dari 3 bulan dan Penderita Kusta MB lebih dari 6 bulan secara kumulatif (tidak mungkin baginya



untuk menyelesaikan pengobatan sesuai waktu yang ditetapkan), maka yang bersangkutan dikategorikan sebagai putus obat (*default*) dan Penderita Kusta tersebut disebut sebagai penderita *defaulter*.

Tindakan Bagi Penderita Putus Obat (*Defaulter*):

- a. Dikeluarkan dari register kohort
- b. Bila kemudian datang kembali, lakukan pemeriksaan klinis ulang dengan teliti. Bila hasil pemeriksaan:
  - 1) ditemukan tanda-tanda klinis yang aktif
    - a) Kemerahan/peninggian dari lesi lama di kulit
    - b) Adanya lesi baru
    - c) Adanya pembesaran saraf yang baru; maka penderita mendapat pengobatan MDT ulang sesuai klasifikasi saat itu
  - 2) atau bila hasil pemeriksaan indeks Morphology (MI) positif
  - 3) bila tidak ada tanda-tanda aktif maka penderita tidak perlu diobati lagi. Ada kalanya setelah dinyatakan default penderita diobati kembali, tetapi tetap belum memahami tujuan pengobatan sehingga ia berhenti atau tidak lagi mengambil obatnya sampai lebih dari 3 bulan, maka dinyatakan default kedua. Penderita default kedua tidak dikeluarkan dari register kohort, dan hanya dilanjutkan pengobatan yang tersisa hingga lengkap. Untuk penderita dengan *default* lebih dari 2 kali, diperlukan tindakan dan penanganan khusus.

Relaps

- a. relaps atau kambuh terjadi bila sebelumnya Penderita Kusta sudah pernah dinyatakan sembuh atau telah menyelesaikan pengobatan MDT oleh dokter atau petugas kesehatan, timbul lesi kulit baru di tempat yang berbeda dan bukan lesi lama yang bertambah aktif. Penderita Kusta juga dinyatakan relaps jika terdapat penebalan saraf baru yang disertai defisit neurologis yang sebelumnya tidak ada.
- b. untuk menyatakan relaps harus dikonfirmasi kepada pengelola program atau dokter yang memiliki kemampuan klinis dalam mendiagnosis relaps. Untuk relaps MB, jika pada pemeriksaan ulang ITA setelah RFT terjadi peningkatan Indeks Bakteri 2+ atau lebih bila dibandingkan dengan Indeks bakteri

saat diagnosis. Apabila tidak dilakukan pemeriksaan IFTA saat diagnosis dapat dilakukan pemeriksaan Indeks Morphology. Bila hasil Indeks Morphology positif maka dinyatakan relaps. Penderita Kusta dapat diberikan MDT maksimal 24 bulan dengan follow up pemeriksaan MI setiap 3 bulan. Jika MI sudah negatif maka MDT dihentikan. Jika di akhir bulan ke 24 hasil MI masih positif maka harus dilakukan pemeriksaan resistensi MDT.

- c. untuk orang yang pernah mendapat pengobatan dengan monoterapi (sebelum diperkenalkannya MDT) bila tanda Kusta aktif muncul kembali, maka Penderita Kusta tersebut dimasukkan dalam kategori relaps dan diberi MDT
9. Indikasi pengeluaran Penderita Kusta dari register kohort adalah RFT, meninggal, pindah, salah diagnosis, ganti klasifikasi, default.
10. Pada keadaan-keadaan khusus (misalnya akses yang sulit ke pelayanan kesehatan) dapat diberikan sekaligus beberapa blister disertai dengan penyuluhan lengkap mengenai efek samping, tanda-tanda reaksi, agar secepatnya kembali ke pelayanan kesehatan.

## BAB V

### SUMBER DAYA

#### Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia dalam Penanggulangan Kusta merupakan tenaga kesehatan yang memiliki keahlian dan kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk pengelola program tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, dan Puskesmas). Selain tenaga kesehatan dan pengelola program, sumber daya manusia dalam pelaksanaan Penanggulangan Kusta juga meliputi masyarakat terlatih (kader), tokoh agama/tokoh masyarakat, dan Orang yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK). Sumber daya manusia dalam Penanggulangan Kusta tersebut harus telah memperoleh peningkatan kapasitas untuk melakukan kegiatan Penanggulangan Kusta.

Peningkatan kapasitas merupakan salah satu upaya peningkatan sumber daya manusia dengan cara meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan petugas kesehatan dalam bidang Kusta. Peningkatan kapasitas dapat dilakukan melalui pelatihan. Metode pelatihan dapat dilaksanakan secara konvensional, klasik, maupun dengan metode pelatihan orang dewasa dan pelatihan jarak jauh/e-learning. Setelah pelaksanaan pelatihan diharapkan dilakukan evaluasi melalui supervisi.

Dalam Penanggulangan Kusta, kapasitas yang harus dimiliki oleh masing-masing pihak adalah sebagai berikut:

1. Pengelola Program di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, dan dan Puskesmas
  - a. untuk pengelola program di tingkat provinsi dan kabupaten/kota telah mendapat pelatihan program pengendalian penyakit Kusta melalui pelatihan di level nasional/provinsi.
  - b. pengelola program Kusta di Puskesmas telah mendapat pelatihan di provinsi atau kabupaten/kota tentang tata laksana Kusta.
2. Kader Kesehatan, tokoh agama/tokoh masyarakat, dan OYPMK telah mendapat sosialisasi tentang program pengendalian Kusta.



Peran dan tugas yang harus dimiliki oleh masing-masing pihak adalah sebagai berikut:

1. Pengelola Program di Tingkat Pusat
  - a. membuat peraturan perundang-undangan sebagai dasar legalitas kegiatan Penanggulangan Kusta.
  - b. membuat kebijakan dan strategi terkait dengan kegiatan Penanggulangan Kusta.
  - c. melaksanakan sosialisasi dan advokasi di berbagai tingkatan.
  - d. koordinasi dengan komisi ahli berkaitan dengan inovasi-inovasi dalam Penanggulangan Kusta di tingkat nasional
  - e. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan Penanggulangan Kusta di tingkat nasional.
  - f. menyediakan dan distribusi obat Rifampisin dan obat MDT.
2. Pengelola Program di Tingkat Provinsi
  - a. menentukan dan menyeleksi pelaksanaan Penanggulangan Kusta di kabupaten/kota berdasarkan prasyarat yang telah ditentukan.
  - b. melaksanakan advokasi dan sosialisasi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
  - c. menjalin kerja sama dengan rumah sakit umum daerah terutama untuk tata laksana Penderita Kusta dicurigai efek samping obat.
  - d. melakukan bimbingan teknis pelaksanaan Penanggulangan Kusta di kabupaten/kota.
  - e. melaporkan hasil kegiatan Penanggulangan Kusta ke Kementerian Kesehatan setiap triwulan. (rekapitulasi Kemoprofilaksis Kusta pada kontak Penderita Kusta baru tingkat provinsi)
  - f. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan Penanggulangan Kusta di kabupaten/kota.
  - g. mencari dan melakukan inovasi-inovasi program sesuai kearifan lokal untuk menghentikan penularan.
3. Pengelola Program di Tingkat Kabupaten/Kota
  - a. melaksanakan advokasi dan sosialisasi di tingkat kabupaten/kota dan Puskesmas.
  - b. melakukan koordinasi dengan rumah sakit umum daerah dalam penanganan efek samping obat.

- c. melakukan konfirmasi diagnosis terhadap suspek Kusta yang ditemukan (secara acak).
  - d. melakukan bimbingan teknis pelaksanaan Penanggulangan Kusta di Puskesmas.
  - e. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pengobatan MDT dan Kemoprofilaksis Kusta di Puskesmas.
  - f. mengumpulkan laporan dari setiap Puskesmas yang melaksanakan kegiatan Penanggulangan Kusta dan melaporkan ke provinsi setiap triwulan bersamaan dengan laporan rutin program.
  - g. mencari dan melakukan inovasi-inovasi program sesuai kearifan lokal untuk menghentikan penularan.
2. Pengelola program di Tingkat Puskesmas
- a. melaksanakan advokasi dan sosialisasi di tingkat desa.
  - b. membuat daftar Penderita Kusta baru dan kontakannya.
  - c. membuat pemetaan sederhana tentang index case dan kontakannya.
  - d. melakukan koordinasi dengan petugas Puskesmas Pembantu, Poskesdes, kepala desa, dan kader kesehatan.
  - e. mengoordinasikan dengan pengelola program Tuberkulosis terkait dengan suspek Tuberkulosis yang ditemukan pada saat pemeriksaan kontak.
  - f. melaksanakan pemeriksaan kontak dan Kemoprofilaksis Kusta.
  - g. membuat pencatatan dan pelaporan Penanggulangan Kusta dan melaporkan kepada pengelola program tingkat kabupaten/kota setiap triwulan.
3. Bidan Desa/Tenaga Kesehatan di Desa
- a. membantu membuat pemetaan Penderita Kusta.
  - b. membantu mendistribusikan format penemuan bercak.
  - c. membantu melaksanakan penjarangan suspek dan pemberian obat.
  - d. mencatat dan melaporkan hasil kegiatan penjarangan suspek dan pemberian obat.
4. Kader Kesehatan/Tokoh Agama/Tokoh Masyarakat
- a. terlibat dalam sosialisasi di tingkat desa.
  - b. membantu menggerakkan masyarakat desa.
  - c. membantu pendistribusian format penemuan bercak

- d. Melakukan kunjungan rumah untuk membantu program Penanggulangan Kusta.

### B. Sarana, Prasarana, dan Peralatan

Sarana, prasarana, dan peralatan yang dibutuhkan dalam Penanggulangan Kusta paling sedikit berupa:

1. fasilitas pelayanan kesehatan termasuk fasilitas penunjang diagnosis penyakit. Fasilitas penunjang diagnosis contohnya laboratorium dengan kelengkapan yang dibutuhkan antara lain, bunsen, mikropipet, pewarna.
2. peralatan pencegahan disabilitas, seperti alat bantu protease/kaki palsu, sandal/sepatu untuk Penderita Kusta yang telapak kakinya mati rasa.

Selain sarana, prasarana, dan peralatan tersebut di atas, dalam Penanggulangan Kusta juga dibutuhkan peralatan perawatan diri untuk mengurangi tingkat keparahan disabilitas.

### C. Obat dan Alat Kesehatan

Obat dan alat kesehatan paling sedikit meliputi obat dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan tata laksana Penderita Kusta dan kebutuhan Penanggulangan Kusta.

Obat dan bahan medis habis pakai yang biasa digunakan dalam Penanggulangan Kusta yaitu obat anti Kusta (*Multi Drugs Therapy/MDT*): Prednison, vitamin, obat caceng, Ferro sulphat, anti oksidan, reagen Ziehl Nielsen (ZN), Objek glass, spiritus, kapas, emersion oil.

Obat dan bahan medis habis pakai harus dipastikan ketersediaannya di fasilitas pelayanan kesehatan. Perkiraan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai dihitung berdasarkan data program.

#### Pengelolaan Logistik MDT

Pengelolaan logistik MDT adalah satu rangkaian kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, penggunaan, pencatatan dan pelaporan, serta monitoring dan evaluasi. Persediaan MDT yang cukup, tidak terputus, dan tepat waktu di fasilitas pelayanan kesehatan diperlukan untuk melayani Penderita Kusta agar tidak putus berobat. Kondisi ini seluruhnya tergantung pada efisiensi pengelolaan MDT di Puskesmas.



wabupaten/kota, provinsi dan pusat. Selain itu, pengelolaan yang efisien juga akan mencegah obat terbuang karena rusak atau kadaluwarsa.

#### Pendanaan

Pendanaan Penanggulangan Kusta dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemerintah Pusat akan selalu mendorong pendanaan daerah yang dapat melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Dana Alokasi Khusus Non Fisik, dan anggaran dana desa untuk menjaga kesinambungan program dan meningkatkan rasa kepemilikan terhadap program Penanggulangan Kusta.

KEMENKES RI

## BAB VI

### PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu elemen yang sangat penting untuk mendapatkan gambaran dan informasi kegiatan di semua tingkat pelaksana program Penanggulangan Kusta.

#### A. Pencatatan

Pencatatan adalah suatu kegiatan yang dilakukan petugas untuk mencatat hasil kegiatan program Penanggulangan Kusta. Pencatatan dilakukan pada semua fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan Kusta. Pencatatan Kusta paling sedikit meliputi:

1. jumlah Penderita Kusta;
2. pemantauan pengobatan;
3. hasil pengobatan;
4. reaksi Kusta;
5. tingkat disabilitas; dan
6. pemantauan setelah selesai pengobatan

Kegiatan pencatatan yang dilakukan baik di fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, maupun dinas kesehatan provinsi, sebagai berikut:

1. Pencatatan di Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya

Setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas baik dilaksanakan di dalam gedung maupun di luar gedung dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus dicatat dengan baik. Berikut kegiatan pencatatan yang dilakukan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya:

- a. Pencatatan Hasil Penemuan Suspek di Masyarakat

Pencatatan tersebut dapat dilakukan oleh petugas ataupun kader kesehatan. Kader kesehatan mencatat, mengumpulkan, memilah, dan merekap hasil penemuan bercak yang dilakukan oleh masing-masing kepala keluarga pada formulir penemuan bercak. Pencatatan yang dilakukan meliputi alamat, nama kepala keluarga berikut anggota keluarga, usia, dan tempat ditemukan bercak. Kader melaporkan rekapan tersebut ke petugas Puskesmas terlatih Kusta untuk dikonfirmasi dengan mengikuti alur diagnosis.

## Pencatatan Penderita Kusta

Penderita Kusta yang telah ditemukan, baik melalui kegiatan pasif maupun aktif, serta mendapatkan pengobatan dicatat dalam Kartu Penderita. Pencatatan meliputi identitas diri Penderita Kusta, cara penemuan, diagnosis, riwayat pengobatan, gambaran kelainan kulit dan saraf (*charting*), keadaan cacat, pengobatan MDT, dan pemeriksaan kontak serumah. Pencatatan di Kartu Penderita dipindahkan ke register kohort monitoring Penderita Kusta tipe PB dan MB secara manual atau dimasukkan dalam Sistem Informasi Program Kusta (SIPK) online.

### c. Pemantauan Fungsi Saraf

Pencatatan tersebut bertujuan untuk mengetahui tanda-tanda dini reaksi, menentukan tingkat kecacatan, serta membantu menentukan dosis *tapering off* (penurunan dosis Prednison) pada penderita reaksi. Pencatatan meliputi hasil pemeriksaan fungsi sensorik, motorik, dan otonom pada mata, tangan, dan kaki, serta hasil kesimpulan pemeriksaan.

### d. Evaluasi Pemberian Prednison

Pencatatan ini hanya dilakukan untuk memantau pengobatan pada Penderita Kusta reaksi berat yang mendapatkan Prednison. Pencatatan meliputi indikasi pemberian Prednison, hasil pemeriksaan fungsi saraf, dan tindak lanjut pengobatan.

### e. Pencatatan Hasil Pemeriksaan Kontak

Pencatatan ini dilakukan setiap kali dilaksanakan pemeriksaan kontak Penderita Kusta. Pencatatan hasil pemantauan dari pemeriksaan pada kontak dilakukan selama 5 tahun, mengingat inkubasi Kusta 2-5 tahun. Pencatatan meliputi nama kontak, usia, jenis kelamin, tanggal, bulan tahun pemeriksaan dan hasil pemeriksaan.

### f. Pencatatan Pemantauan Setelah Pengobatan (Pasca RFT)

Pencatatan ini dilakukan pada Penderita Kusta yang telah menyelesaikan pengobatan dan memiliki salah satu atau lebih faktor resiko berupa cacat tingkat 1 atau 2, pernah mengalami reaksi, dan hasil BTA pada awal pengobatan positif >3 (ada nodul atau infiltrat). Pencatatan pemantauan pada pemeriksaan



fungsi syaraf dilakukan selama 5 tahun setelah menyelesaikan pengobatan, meliputi tanggal bulan, tahun kunjungan GYPMK, hasil pemeriksaan fungsi saraf, keadaan cacat dan nama petugas yang memeriksa.

g. Kemoprofilaksis Kusta Pada Kontak

Pencatatan dilakukan pada kontak yang mendapatkan satu dosis tunggal Rifampisin sebagai Kemoprofilaksis Kusta. Pencatatan meliputi identitas Penderita Kusta baru (*index case*), nama dan informasi kontak, alasan eksklusi, konfirmasi diagnosa dan efek samping yang terjadi. Hasil pencatatan kemudian direkap berdasarkan Form Rekapitulasi Pemberian Kemoprofilaksis pada Kontak.

h. Pengelolaan Logistik

Pencatatan dilakukan oleh Puskesmas yang mendapat logistik berupa MDT, Rifampicin, Prednison, dan media komunikasi, informasi dan edukasi. Pencatatan meliputi tanggal dan jumlah penerimaan, sumber penerimaan, tanggal kadaluarsa, jumlah yang dikeluarkan, tujuan pengeluaran, jumlah yang rusak atau kadaluarsa, dan sisa stok.

Pencatatan tersebut dilakukan dengan menggunakan formulir:

- a. Pemeriksaan Suspek (Formulir 1)
- b. Kartu Penderita Kusta (Formulir 2)
- c. Register Kohort Monitoring Penderita Kusta Tipe PB dan MB (Formulir 3)
- d. Pemantauan Fungsi Saraf (Formulir 4)
- e. Evaluasi Pemberian Prednison (Formulir 5)
- f. Pemeriksaan Kontak (Formulir 6)
- g. Pemantauan Setelah Pengobatan (Pasca RFT) (Formulir 7)
- h. Kemoprofilaksis Kusta Pada Kontak (Formulir 8)
- i. Register Stok Obat MB Dewasa/Anak dan PB Dewasa/Anak (Formulir 9)
- j. Permintaan MDT (Formulir 10)

2. Pencatatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan pencatatan rekapitulasi laporan program yang masuk dari Puskesmas/fasilitas

pelayanan kesehatan lainnya. Untuk rekapitulasi pencatatan Penderita Kusta menggunakan Sistem Informasi Program Kusta (SIPK) berbasis *offline* yang dikenal dengan *Recording and Reporting* (SR elektronik) maupun Sistem Informasi Program Kusta (SIPK) *online*.

### 2. Pencatatan di Dinas Kesehatan Provinsi

Dinas kesehatan provinsi melakukan pencatatan rekapitulasi laporan program yang masuk dari dinas kesehatan kabupaten/kota. Untuk rekapitulasi pencatatan Penderita Kusta, petugas dinas kesehatan provinsi melakukan pemantauan, pengecekan dan validasi data kabupaten/kota menggunakan Sistem Informasi Program Kusta (SIPK) berbasis *offline* maupun *online*.

### 3. Pelaporan

1. Pelaporan oleh Puskesmas ditujukan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota setiap bulan.
2. Dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan kompilasi pelaporan dari Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, dan melakukan analisis situasi epidemiologi Kusta untuk pengambilan kebijakan dan rencana tindak lanjut, serta melaporkan ke dinas kesehatan provinsi setiap 3 (tiga) bulan.
3. Dinas kesehatan provinsi melakukan kompilasi pelaporan dan melakukan analisis situasi epidemiologi Kusta untuk pengambilan kebijakan dan rencana tindak lanjut serta melaporkan ke Direktur Jenderal di Kementerian Kesehatan yang memiliki tugas dan fungsi di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit setiap 3 (tiga) bulan.
4. Direktorat Jenderal yang memiliki tugas dan fungsi di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit melakukan kompilasi pelaporan dan melakukan analisis situasi epidemiologi Kusta untuk pengambilan kebijakan teknis dan tindak lanjut serta memberikan umpan balik ke dinas kesehatan provinsi dan menyampaikan laporan ke Menteri Kesehatan.

Format formulir pencatatan di Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya sebagai berikut:

Formulir 1

Formulir Pemeriksaan Suspek Kusta



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**

**AYO TEMUKAN BERCAK...!!**

Yth. Tim Kesehatan  
 Puskesmas \_\_\_\_\_

Setelah dilakukan upaya penemuan bercah oleh masing-masing anggota keluarga, temyata:

Tidak ada yang memiliki bercah \_\_\_\_\_ orang      Tempat ditemukan Bercah \_\_\_\_\_

Ada yang memiliki bercah \_\_\_\_\_ orang

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_  Wajah  Telinga      Badan  Tangan  Kaki  Punggung

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_  Wajah  Telinga      Badan  Tangan  Kaki  Punggung

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_  Wajah  Telinga      Badan  Tangan  Kaki  Punggung

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_  Wajah  Telinga      Badan  Tangan  Kaki  Punggung

Ada yang memiliki kerang \_\_\_\_\_ orang

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_

Demikian kami sampaikan, mohon dapat ditindaklanjut oleh Tim kesehatan Puskesmas. Terima kasih!

Nama Kepala Keluarga  
 Alamat lengkap



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**

**AYO TEMUKAN BERCAK...!!**

Yth. Tim Kesehatan  
 Puskesmas \_\_\_\_\_

Setelah dilakukan upaya penemuan bercah oleh masing-masing anggota keluarga, ternyata:

Tidak ada yang memiliki bercah \_\_\_\_\_ orang      Tempat ditemukan Bercah \_\_\_\_\_

Ada yang memiliki bercah \_\_\_\_\_ orang

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_  Wajah  Telinga      Badan  Tangan  Kaki  Punggung

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_  Wajah  Telinga      Badan  Tangan  Kaki  Punggung

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_  Wajah  Telinga      Badan  Tangan  Kaki  Punggung

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_  Wajah  Telinga      Badan  Tangan  Kaki  Punggung

Ada yang memiliki kerang \_\_\_\_\_ orang

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ umur \_\_\_\_\_

Demikian kami sampaikan, mohon dapat ditindaklanjut oleh Tim kesehatan Puskesmas. Terima kasih!


Nama Kepala Keluarga  
 Alamat lengkap





## II. Kartu Penderita Kusta Bagian Belakang

REPUBLIK INDONESIA  
 DEPARTEMEN KESEHATAN  
 DIREKTORAT JENDERAL BINA SAHABAT DAN KESEHATAN MASYARAKAT  
**KARTU PENDERITA KUSTA BAGIAN BELAKANG**



**STANDAR (TANGAN DAN/ATAU) MELANJAU PADA KUSTA**

10. Melanjuan jernih

11. Kulit-kulit jernih

12. Tangan 1 x 2 dengan jarak bahu bahu

13. Tangan 1 x 2 dengan jarak bahu

14. Lurus

15. Datar (sengul)

16. Datar

17. Bujur

18. Lurus

No.	Nama Kusta	Jenis	Periode													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
TH	TANGAN															
TH	TANGAN															
TH	TANGAN															

**PERINGKATAN KELOMPOK**

No.	Nama Kusta	Jenis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

*Peringatan: Tindakan ini harus dilakukan dengan hati-hati dan menggunakan alat yang steril. Hindari kontak langsung dengan penderita kusta.*





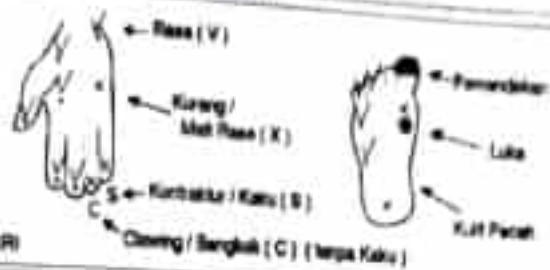


PENCATATAN PENCEGAHAN CACAT

Lampiran

Nama: \_\_\_\_\_ L/P Umur: \_\_\_\_\_ th. Alamat: \_\_\_\_\_

- Kunci:
- Ungkapan yang benar, misalnya: mata (2) atau K (S) L
  - Kelainan Diri: K = Kulit, S = Teling / Lemah, L = Lumpuh
  - Merawat Diri:  bisa sendiri / melakukan RAWAT DIRI



Tanggal: _____			Tanggal: _____		
<b>MATA</b> Lagophthalmos	Kanan tidak / ya	Kiri tidak / ya	<b>MATA</b> Lagophthalmos	Kanan tidak / ya	Kiri tidak / ya
<b>TANGAN</b> a. Nyeri Tulang Sendi Lainnya b. Kelainan Diri Jari ke V Bis. Jar. c. Rasa Nyeri	Kanan tidak / ya  K / S / L K / S / L K / S / L 	Kiri tidak / ya  K / S / L K / S / L K / S / L 	<b>TANGAN</b> a. Nyeri Tulang Sendi Lainnya b. Kelainan Diri Jari ke V Bis. Jar. c. Rasa Nyeri	Kanan tidak / ya  K / S / L K / S / L K / S / L 	Kiri tidak / ya  K / S / L K / S / L K / S / L 
<b>KAKI</b> a. Nyeri Tulang Sendi Tul. Prox. b. Kelainan Diri Kulit ke atas c. Rasa Nyeri	Kanan tidak / ya tidak / ya  K / S / L 	Kiri tidak / ya tidak / ya  K / S / L 	<b>KAKI</b> a. Nyeri Tulang Sendi Tul. Prox. b. Kelainan Diri Kulit ke atas c. Rasa Nyeri	Kanan tidak / ya tidak / ya  K / S / L 	Kiri tidak / ya tidak / ya  K / S / L 
<b>Kemampuan pemeriksaan:</b> 1. Apakah bisa berdiri? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 2. Apakah bisa jalan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 3. Apakah bisa duduk? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 4. Apakah bisa berdiri dengan satu kaki? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 5. Apakah bisa berdiri dengan dua kaki? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 6. Apakah bisa duduk dengan dua kaki? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			<b>Kemampuan pemeriksaan:</b> 1. Apakah bisa berdiri? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 2. Apakah bisa jalan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 3. Apakah bisa duduk? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 4. Apakah bisa berdiri dengan satu kaki? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 5. Apakah bisa berdiri dengan dua kaki? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 6. Apakah bisa duduk dengan dua kaki? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Apakah penderita bisa melakukan cara MERAJAT DIRI? <input type="checkbox"/> mata <input type="checkbox"/> tangan <input type="checkbox"/> kaki			Apakah penderita bisa melakukan cara MERAJAT DIRI? <input type="checkbox"/> mata <input type="checkbox"/> tangan <input type="checkbox"/> kaki		
Apakah penderita bisa melakukan RAWAT DIRI? <input type="checkbox"/> mata <input type="checkbox"/> tangan <input type="checkbox"/> kaki			Apakah penderita bisa melakukan RAWAT DIRI? <input type="checkbox"/> mata <input type="checkbox"/> tangan <input type="checkbox"/> kaki		
Nama pemeriksa: _____			Nama pemeriksa: _____		

Evaluasi Pemberian Prednison/Evaluasi Reaksi Berat

FORM EVALUASI PENGOBATAN PREDNISON

<p>Indikasi Pemberian Prednison</p> <p>Keputusan pemberian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah lagi pthalosis baru terjadi dalam 6 bulan terakhir?</li> <li>2. Adakah riwayat infeksi pada saat?</li> <li>3. Adakah keluhan lain atau masa tawar berkurang dalam 6 bulan terakhir?</li> <li>4. Adakah berat badan abnormal?</li> <li>5. Adakah bentuk kaki dilokasi saat kepi?</li> </ol>		<p>Tidak ya</p> <p>Tidak ya</p> <p>Tidak ya</p> <p>Tidak ya</p> <p>Tidak ya</p>	<p>Pemberian prednison: (lihat lampiran)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40 mg selama 2 Minggu</li> <li>- 30 mg selama 2 Minggu</li> <li>- 20 mg selama 2 Minggu</li> <li>- 10 mg selama 2 Minggu</li> <li>- 10 mg selama 2 Minggu</li> <li>- 5 mg selama 2 Minggu</li> </ul> <p>Perawatan dan pengawasan bila keluhan sudah meredakan</p>
---	--	---	---

Pengamatan dan tindak lanjut pengobatan reaksi (Follow up)

<p><b>Demam dan ruam</b></p> <p>Kolom 7 - 11 : tanpa dan keluhan yang ada</p> <p>Kolom 2 : suhu mm celah</p> <p>Kolom 3, 4, 5 : (+) bila ruam spontan atau bila demam sangat tinggi</p> <p>(+) bila dipukul ruam</p> <p>Kolom 7 dan 11 : Seriusitas N pada titik yang mati rasa</p>	<p>Kolom 4, 5, 6, 10 : titik K (kuat), S (sangat), L (Lempah)</p> <p>Kolom 12 : titik jentrit, demis &amp; lama dari profusia</p> <p>Kolom 13 : titik kelainan organ kulit yang ada</p>
---	---

Tgl	Masa Laporan	Tangan					Kaki					Demam dan lainnya	Ket		
		Selaman Otak					Seri								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11	
		Ka	Ki	Ka	Ki	Ka	Ki	Ka	Ki	Ka	Ki	Ka	Ki		
		Ki	Ka	Ki	Ka	Ki	Ka	Ki	Ka	Ki	Ka	Ki	Ka	Ki	





**FORMULIR PEMANTAUAN PASKA PENGOBATAN (RFT)  
ORANG YANG PERNAH MENGALAMI KUSTA (OYPMK)**

Nama : \_\_\_\_\_ Alamat : \_\_\_\_\_  
 Umur : \_\_\_\_\_ Puskesmas : \_\_\_\_\_  
 Jenis kelamin : \_\_\_\_\_ Kabupaten : \_\_\_\_\_  
 Tipe Kusta : \_\_\_\_\_ Tahun Penemuan : \_\_\_\_\_  
 Tingkat cacat saat RFT : \_\_\_\_\_  
 Indikasi pemantauan:

- Memiliki cacat tingkat 1 atau 2 Ya / Tidak
- Selama pengobatan pernah mengalami reaksi Ya / Tidak
- Hasil BTA pada awal pengobatan positif >3 atau memiliki nodul/infiltrate Ya / Tidak

Tgl kunjungan	Hasil Pemeriksaan Fungsi Saraf			Tingkat Disabilitas (WHO)		Intervensi yang diberikan*	Nama petugas yang memeriksa
	Reaksi Berat	Reaksi Ringan	Tidak ada reaksi	Nilai tertinggi	Jumlah nilai skor		

\*intervensi yang diberikan: Pemberian Prednison, perawatan dan edukasi penyuluhan







**Formulir 10**  
**Permintaan MDT**

**Program Pengendalian Penyakit Kusta**  
**Formulir Permintaan MDT Tribulan**

Formulir ini harus sampai di kabupaten paling lambat 1 bulan sebelum permulaan tribulan permintaan

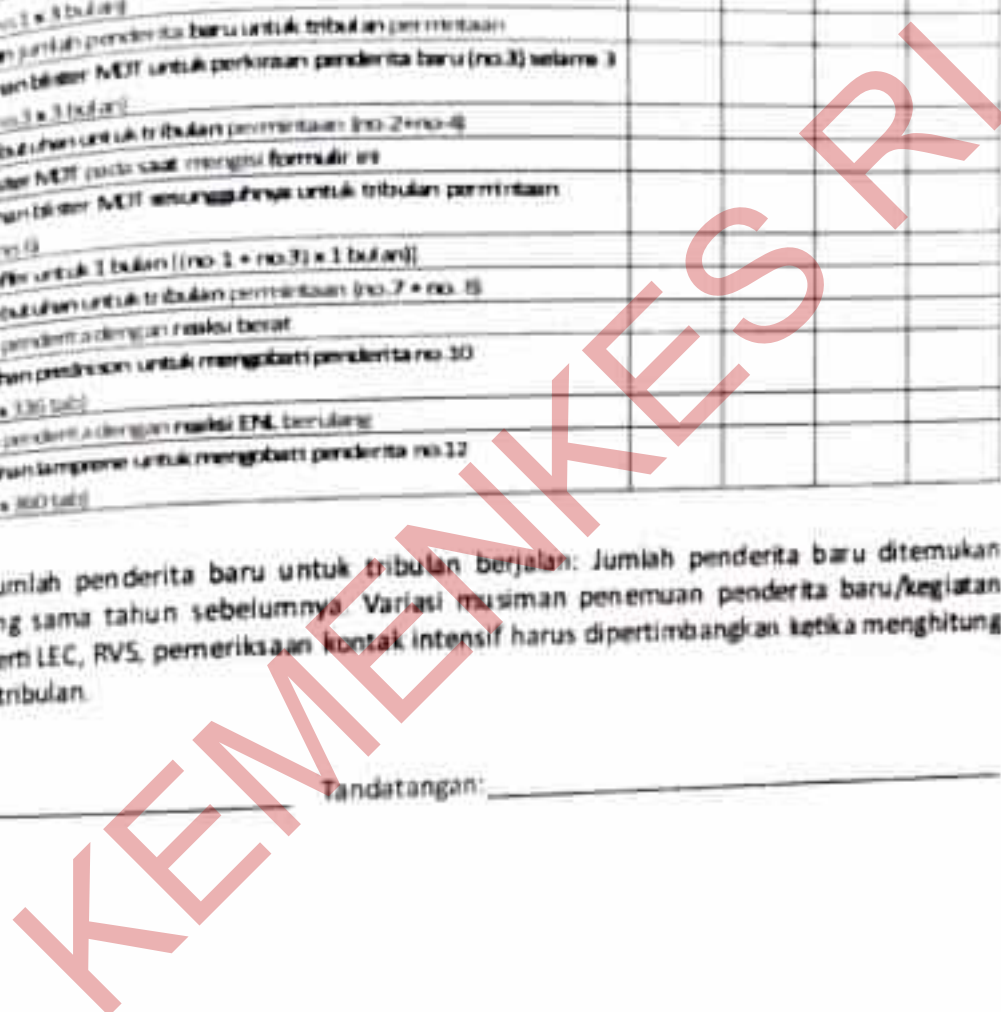
Permintaan untuk tribulan:

No	Item	MSD	MS-A	PSD	PS-A
1	kebutuhan dalam pengalokasian pada akhir tribulan sebelumnya				
2	kebutuhan dalam MDT untuk mengobati penderita (no.1) selama 3 bulan (no.1 x 3 bulan)				
3	kebutuhan jumlah penderita baru untuk tribulan permintaan				
4	kebutuhan dalam MDT untuk perawatan penderita baru (no.3) selama 3 bulan (no.3 x 3 bulan)				
5	kebutuhan untuk tribulan permintaan (no.2+no.4)				
6	kebutuhan MDT pada saat mengisi formulir ini				
7	kebutuhan dalam MDT sebagai biaya untuk tribulan permintaan (no.5, no.6)				
8	kebutuhan untuk 1 bulan ((no.1 + no.3) x 1 bulan)				
9	kebutuhan untuk tribulan permintaan (no.7 + no.8)				
10	jumlah penderita dengan reaksi berat				
11	kebutuhan predikson untuk mengobati penderita no.10 (no.10 x 100 tab)				
12	jumlah penderita dengan reaksi EML berulang				
13	kebutuhan lamprolone untuk mengobati penderita no.12 (no.12 x 300 tab)				

Perkiraan jumlah penderita baru untuk tribulan berjalan: Jumlah penderita baru ditemukan tribulan yang sama tahun sebelumnya. Variasi musiman penemuan penderita baru/kegiatan khusus seperti LEC, RVS, pemeriksaan kontak intensif harus dipertimbangkan ketika menghitung kebutuhan tribulan.

Nama: \_\_\_\_\_ Tandatangan: \_\_\_\_\_

Catatan:



Pemantauan dan evaluasi program Penanggulangan Kusta merupakan salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program Kusta. Pemantauan dilakukan secara rutin dan berkala agar masalah dalam pelaksanaan kegiatan program dapat diketahui lebih awal dan segera dilakukan tindakan perbaikan. Pemantauan dan evaluasi program Penanggulangan Kusta dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali dan satu tahun untuk mengukur pencapaian tujuan, indikator dan target yang ditetapkan. Seluruh kegiatan program harus dievaluasi baik aspek proses, maupun output dengan cara menganalisa laporan rutin yang menelaah laporan kunjungan/supervisi, wawancara ke petugas kesehatan ataupun masyarakat sasaran.

Pemantauan dan evaluasi merupakan tanggung jawab masing-masing tingkat pelaksana program, mulai dari pelaksana program di Puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi sampai dengan Pemerintah Pusat.

Untuk menilai program secara keseluruhan diperlukan beberapa indikator. Hasil dari pemantauan dan evaluasi ini dipergunakan untuk dasar perencanaan tahun berikutnya.

#### A. Indikator Program Kusta

Indikator program Kusta merupakan alat ukur kinerja dan kemajuan program (*marker of progress*) serta untuk mempermudah analisis dan kemajuan atau keberhasilan program Penanggulangan Kusta dinilai dari beberapa indikator, sebagai berikut:

##### 1. Penderita Kusta Terdaftar dan Angka Penderita Kusta Terdaftar (*Prevalence and Prevalence Rate = PR*)

Merupakan jumlah Penderita Kusta PB dan MB terdaftar atau yang mendapatkan pengobatan pada saat tertentu per 10.000 penduduk. Angka ini menunjukkan besarnya masalah di suatu daerah, menentukan beban kerja, dan sebagai alat evaluasi. Target nasional program Penanggulangan Kusta adalah angka Penderita Kusta terdaftar < 1 per 10.000 penduduk.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta terdaftar pada suatu saat tertentu}}{\text{Jumlah penduduk pada tahun yang sama}} \times 10.000$$



2. Angka Penemuan Penderita Kusta Baru (*Case Detection Rate = CDR*)  
Adalah jumlah Penderita Kusta yang baru ditemukan pada periode 1 (satu) tahun per 100.000 penduduk, dengan target program CDR < 5 per 100.000 penduduk. Merupakan indikator yang bermanfaat dalam menetapkan besarnya masalah dan transmisi yang sedang berlangsung. Selain itu, juga dipergunakan untuk menghitung jumlah kebutuhan obat serta menunjukkan aktivitas program.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang baru ditemukan pada periode satu tahun}}{\text{Jumlah penduduk pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

3. Tidak Ada Kebijakan yang Memperbolehkan Adanya Diskriminasi Terhadap OYPMK dan Keluarganya

Indikator ini menunjukkan ada tidaknya diskriminasi dalam masyarakat dengan melihat kesenjangan akses atau kesempatan bagi OYPMK mendapatkan pelayanan kesehatan. Indikator tersebut dinilai dengan melihat ada tidaknya kebijakan, peraturan perundang-undangan, atau produk hukum lainnya yang menimbulkan diskriminasi terhadap OYPMK dan keluarganya.

4. Proporsi Penderita Kusta Baru dengan Cacat Tingkat 2

Adalah jumlah Penderita Kusta cacat tingkat 2 yang ditemukan di antara Penderita Kusta baru pada periode 1 (satu) tahun. Angka ini bermanfaat untuk menunjukkan keterlambatan antara kejadian penyakit dan penegakkan diagnosa (keterlambatan Penderita Kusta mencari pengobatan atau keterlambatan petugas dalam penemuan Penderita Kusta). Target proporsi Penderita Kusta baru dengan cacat tingkat 2 adalah < 5%.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta baru dengan cacat tingkat 2 dalam periode 1 tahun}}{\text{Jumlah kasus baru yang ditemukan dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

5. Angka cacat tingkat 2 (*Grade 2 Disability Rate*)

Adalah angka Penderita Kusta baru yang telah mengalami cacat tingkat 2 per 1.000.000 penduduk. Angka ini merefleksikan perubahan dalam deteksi Penderita Kusta baru dengan penekanan

pada penemuan Penderita Kusta secara dini. Target yang ditetapkan untuk indikator tersebut adalah < 1 per 1.000.000 penduduk.

Rumus

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta baru dengan cacat tingkat 2 dalam periode 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 1.000.000$$

6. Proporsi Penderita Kusta Baru Tanpa Cacat

Jumlah Penderita Kusta baru tanpa cacat (cacat tingkat 0) di antara total Penderita Kusta baru yang ditemukan di suatu wilayah dalam periode waktu satu tahun. Indikator tersebut merefleksikan upaya penemuan Penderita Kusta secara dini.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta baru tanpa cacat yang ditemukan (cacat tingkat 0)}}{\text{Jumlah kasus baru yang ditemukan dalam periode 1 tahun}} \times 100\%$$

7. Proporsi Penderita Kusta Baru Pada Anak

Merupakan proporsi Penderita Kusta baru pada anak usia <15 tahun dengan target <5%. Indikator tersebut dapat digunakan untuk melihat keadaan penularan saat ini dan memperkirakan kebutuhan obat.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta baru anak (< 15 tahun) yang ditemukan pada periode 1 tahun}}{\text{Jumlah kasus kusta baru yang ditemukan dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

8. Jumlah Penderita Kusta Baru Pada Anak dengan Cacat Tingkat 2

Merupakan jumlah Penderita Kusta baru pada anak (< 15 tahun) yang mengalami cacat tingkat 2. Indikator tersebut mengindikasikan kualitas penemuan Penderita Kusta, kualitas pelayanan Kusta, dan merefleksikan kesadaran komunitas. Adanya Penderita Kusta baru pada anak dengan cacat tingkat 2 mengindikasikan keterlambatan penemuan Penderita Kusta dan transmisi infeksi yang masih berlangsung di masyarakat. Target yang diharapkan adalah tidak ada Penderita Kusta baru pada anak dengan cacat tingkat 2 pada tahun 2020.

9. Proporsi Perempuan di antara Penderita Kusta Baru

Merupakan jumlah Penderita Kusta perempuan di antara Penderita Kusta Kusta baru yang ditemukan pada periode 1 tahun.

Indikator tersebut menggambarkan akses pelayanan kesehatan terhadap perempuan di antara Penderita Kusta baru.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta baru perempuan dalam periode 1 tahun}}{\text{Jumlah kasus baru yang ditemukan dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

10. Proporsi Penderita Kusta MB di antara Penderita Baru

Jumlah Penderita Kusta MB yang ditemukan di antara Penderita Kusta baru pada periode 1 (satu) tahun. Angka tersebut dapat digunakan untuk memperkirakan sumber penyebaran infeksi dan untuk menghitung kebutuhan obat.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta baru MB yang ditemukan pada periode 1 tahun}}{\text{Jumlah kasus baru yang ditemukan dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

11. Proporsi Kontak Penderita Kusta yang Diperiksa

Merupakan proporsi kontak dari penderita indeks yang diperiksa di antara kontak yang terdaftar (kontak termasuk di antaranya kontak serumah dan kontak sosial). Indikator tersebut mengindikasikan intensitas upaya penemuan Penderita Kusta dan kualitas penemuan Penderita Kusta. Target yang ditentukan adalah 85% kontak Penderita Kusta diperiksa.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kontak kasus kusta yang diperiksa}}{\text{Total jumlah kontak kasus yang terdaftar}} \times 100\%$$

12. Angka Kesembuhan atau *Release From Treatment (RFT) Rate*

Angka ini sangat penting dalam menilai kualitas tata laksana penderita dan kepatuhan Penderita Kusta dalam minum obat.

a. RFT Rate MB

Jumlah Penderita Kusta baru MB dari periode kohort 1 (satu) tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (12 dosis dalam 12-18 bulan) dinyatakan dalam persentase.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru MB yang menyelesaikan 12 dosis dalam 12 - 18 bulan}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru MB yang memulainya: NDT pada periode kohort tahun yang sama}} \times 100\%$$



b. RFT Rate PB

Jumlah kasus baru PB dari periode kohort 1 tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (6 dosis dalam 6-9 bulan) dinyatakan dalam persentase.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru PB yang menyelesaikan 12 dosis dalam 6 - 9 bulan}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru PB yang memulai MDT pada periode kohort tahun yang sama}} \times 100\%$$

13. Proporsi Penderita Defaulter

Jumlah Penderita Kusta yang tidak menyelesaikan pengobatan tepat waktu (PB tidak mengambil obat lebih dari 3 bulan, MB tidak mengambil obat lebih dari 6 bulan) di antara Penderita Kusta baru yang mendapat pengobatan pada periode 1 (satu) tahun. Indikator ini bermanfaat untuk melihat kualitas kegiatan pembinaan pengobatan/keteraturan berobat.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus PB atau MB yang tidak menyelesaikan pengobatan tepat waktu}}{\text{Jumlah kasus baru PB atau MB yang mendapat pengobatan pada periode kohort tahun yang sama}} \times 100\%$$

14. Proporsi Penderita Kambuh atau Relaps

Merupakan jumlah Penderita Kusta kambuh atau relaps yang ditemukan. Indikator ini digunakan untuk melihat efektivitas pengobatan MDT. Peningkatan jumlah Penderita Kusta relaps yang ditemukan di suatu wilayah dapat mengindikasikan peningkatan kualitas pelaporan ataupun adanya resistensi obat.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus relaps}}{\text{Jumlah kasus terdaftar dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

15. Proporsi penderita impor (*foreign born*) di antara penderita baru Kusta

Merupakan jumlah penderita impor di antara penderita baru Kusta yang ditemukan pada periode 1 (satu) tahun. Indikator tersebut mengindikasikan besaran transmisi lokal di suatu wilayah dan aksesibilitas penderita impor terhadap pelayanan Kusta, serta mengindikasikan secara tidak langsung tentang kualitas pelayanan yang tersedia. Proporsi yang tinggi dapat disebabkan migrasi yang signifikan dari negara beban tinggi Kusta.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta baru impor dalam periode 1 tahun}}{\text{Jumlah kasus baru yang ditemukan dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

16. Jumlah Penderita Kusta yang Mengalami Reaksi Berat  
Indikator ini berguna untuk perhitungan kebutuhan prednison atau obat anti reaksi lainnya.
17. Jumlah Penderita Kusta yang Mengalami Reaksi Berat Berulang  
Indikator ini berguna untuk perhitungan kebutuhan prednison dan lampren atau obat anti reaksi lainnya.
18. Jumlah Penderita Kusta yang Mengalami Reaksi ENL Setelah RFT  
Indikator ini berguna untuk perhitungan kebutuhan prednison dan lampren atau obat anti reaksi lainnya.
19. Proporsi Penderita Kusta Baru yang Diperiksa Fungsi Saraf Selama Pengobatan  
Indikator tersebut mengindikasikan kinerja petugas dalam pencegahan kecacatan.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru yang diperiksa fungsi syaraf yang masih dalam pengobatan}}{\text{Jumlah kasus baru pada periode kohort tahun yang sama}} \times 100\%$$

20. Proporsi Penderita Kusta yang dievaluasi Nilai Kecacatannya, Minimal Dilaksanakan Pada Awal dan Akhir Pengobatan  
Indikator tersebut penting untuk menjamin seluruh Penderita Kusta baru dipantau secara adekuat selama pengobatan. Hal tersebut merefleksikan kualitas dari manajemen tata laksana Penderita Kusta. Target yang ditentukan adalah >85% Penderita Kusta dievaluasi nilai kecacatannya.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru yang dievaluasi nilai kecacatannya pada awal dan akhir pengobatan}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru periode kohort tahun yang sama}} \times 100\%$$

21. Proporsi Penderita Kusta yang bertambah kecacatannya selama pengobatan  
Indikator tersebut merefleksikan kualitas dari manajemen tata laksana Penderita Kusta secara keseluruhan, khususnya penanganan Penderita Kusta reaksi. Target yang diharapkan adalah 1% dari keseluruhan Penderita Kusta.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru yang dievaluasi bertambah nilai kecacatannya selama pengobatan}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru yang memulai MDT pada periode kohort tahun yang sama}} \times 100\%$$

22. Proporsi Penderita Kusta Baru yang didiagnosis Dengan Benar  
Jumlah Penderita Kusta baru yang didiagnosis dengan benar (setelah dikonfirmasi) di antara Penderita Kusta yang baru ditemukan pada periode satu tahun. Indikator ini bermanfaat untuk melihat kualitas diagnosis.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah Kasus baru yang didiagnosis dengan benar pada periode satu tahun}}{\text{Jumlah kasus yang baru ditemukan pada periode yang sama}} \times 100\%$$

23. Proporsi Penderita Kusta dan OYPMK yang Mendapatkan Pelatihan Perawatan Diri  
Indikator tersebut mengukur intensitas partisipasi fasilitas pelayanan kesehatan dalam bidang rehabilitasi dan pencegahan kecacatan, dengan target 100%.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pasien dengan cacat tingkat 1 dan 2 yang mendapatkan pelatihan perawatan diri}}{\text{Jumlah seluruh pasien dengan cacat tingkat 1 dan 2 pada periode pelaporan yang sama}} \times 100\%$$

24. Proporsi Penderita Kusta resisten obat Kusta (MDT) di antara Penderita Kusta relaps

Indikator tersebut penting untuk memantau trend resistensi obat.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus resisten MDT}}{\text{Jumlah kasus baru dan relaps pada periode kohort tahun yang sama}} \times 100\%$$



25. Proporsi Cakupan Pemberian Obat Rifampisin Pada Kemoprofilaksis Kusta dengan Pendekatan Blanket  
Target dari indikator tersebut adalah 80% dari seluruh penduduk di wilayah tersebut mendapatkan rifampisin pada saat dilaksanakan kemoprofilaksis dengan pendekatan blanket.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah penduduk yang menerima kemoprofilaksis}}{\text{Jumlah seluruh penduduk di wilayah tersebut}} \times 100\%$$

26. Proporsi Cakupan Pemberian Obat Rifampisin Pada Kemoprofilaksis dengan Pendekatan Partisipasi Masyarakat  
Target dari indikator tersebut adalah 90% dari jumlah sasaran yang sudah ditentukan.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah penduduk yang menerima kemoprofilaksis}}{50 \text{ kontak dikali jumlah kasus}} \times 100\%$$

27. Proporsi Cakupan Pemberian Obat Rifampisin Pada Kemoprofilaksis dengan Pendekatan Kontak  
Target dari indikator tersebut adalah 80% dari jumlah sasaran yang sudah ditentukan.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah penduduk yang menerima kemoprofilaksis}}{20 \text{ kontak dikali jumlah kasus}} \times 100\%$$

28. Rerata jumlah kontak yang menerima Kemoprofilaksis Kusta untuk setiap Penderita Kusta indeks (khusus bagi wilayah yang melaksanakan Kemoprofilaksis Kusta dengan metode partisipasi masyarakat dan kontak. Target rata-rata jumlah kontak yang menerima Rifampisin pada Kemoprofilaksis Kusta dengan pendekatan partisipasi masyarakat adalah sebanyak 35 orang, sedangkan rata-rata jumlah kontak yang menerima rifampisin pada Kemoprofilaksis dengan pendekatan kontak adalah 22 orang.

29. Proporsi Kontak yang Mendapat Kemoprofilaksis Kusta Menjadi Penderita Kusta Baru  
Target yang ditetapkan untuk indikator tersebut adalah <5%.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kontak yang menerima kemoprofilaksis menjadi kasus kusta baru}}{\text{Jumlah kontak yang diberikan kemoprofilaksis}} \times 100\%$$

#### B. Analisis Indikator

Terhadap indikator program Kusta dilakukan analisis untuk mendapatkan hasil pencapaian keberhasilan program yang dilihat berdasarkan jumlah kabupaten/kota dan provinsi yang mencapai Eliminasi Kusta serta jumlah desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota, dan provinsi yang masih memiliki beban tinggi (endemis).

Apabila dari hasil analisis, masih belum mencapai keberhasilan program maka disusun rekomendasi untuk perbaikan program.

**BAB VIII  
PENUTUP**

Dengan diterbitkannya pedoman Penanggulangan Kusta, diharapkan dapat digunakan oleh seluruh pemangku kepentingan yang menjalankan program kusta, agar pencapaian target Penanggulangan Kusta berupa Eliminasi Kusta pada tahun 2019 di Provinsi dan 2024 di seluruh kabupaten/kota dapat tercapai.

**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**NILA FARID MOELOEK**

**KEMENKES RI**





PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 12 TAHUN 2019  
TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 23 TAHUN  
2018 TENTANG PELAYANAN DAN PENERBITAN SERTIFIKAT VAKSINASI  
INTERNASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa ketentuan mengenai penyediaan vaksin untuk pelaku perjalanan internasional yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2018 tentang Pelayanan dan Penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional perlu disesuaikan dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kepada masyarakat;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2018 tentang Pelayanan dan Penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6236);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2013 tentang Jenis dan Tarif Atas Jenis Penerimaan Negara Bukan Pajak yang Berlaku pada Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5408);
4. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2018 tentang Pelayanan dan Penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 942);

**MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 23 TAHUN 2018 TENTANG PELAYANAN DAN PENERBITAN SERTIFIKAT VAKSINASI INTERNASIONAL.

**Pasal 1**

Ketentuan Pasal 8 dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2018 tentang Pelayanan dan Penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional (Berita Negara Republik Indonesia

Tahun 2018 Nomor 942) diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

#### Pasal 8

- (1) Pengadaan Vaksin untuk Klinik KKP dilaksanakan oleh direktorat pada Kementerian Kesehatan yang mempunyai tugas dan tanggung jawab di bidang surveilans dan karantina kesehatan.
- (2) Pengadaan Vaksin untuk Klinik atau Rumah Sakit dilaksanakan oleh Klinik atau Rumah Sakit yang bersangkutan.
- (3) Direktorat pada Kementerian Kesehatan yang mempunyai tugas dan tanggung jawab di bidang surveilans dan karantina kesehatan, Klinik, atau Rumah Sakit melaksanakan pengadaan Vaksin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) melalui *e-purchasing* berdasarkan katalog elektronik atau mekanisme lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pengadaan Vaksin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sesuai rencana kebutuhan yang sudah disampaikan untuk jangka waktu 1 (satu) tahun berikutnya melalui aplikasi *e-monev* katalog obat pada tahun sebelumnya yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), pengadaan Vaksin untuk Vaksinasi bagi Jemaah Haji dilakukan oleh direktorat jenderal pada Kementerian Kesehatan yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang kefarmasian dan alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 11

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.



Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 11 April 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 12 April 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 426

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 13 TAHUN 2019  
TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 51 TAHUN  
2018 TENTANG PENGENAAN URUN BIAYA DAN SELISIH BIAYA  
DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa sebagai bagian upaya kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan dalam program jaminan kesehatan telah ditetapkan pengaturan pengenaan urun biaya dan selisih biaya sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan;
- b. bahwa untuk memberikan perlindungan terhadap hak peserta program jaminan kesehatan diperlukan kesiapan implementasi di lapangan berupa penyiapan sistem pembayaran yang berlaku dan penerimaan informasi pemberlakuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan;

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
3. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 367);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan



Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442);

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 531);

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 92);

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1663);

#### MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 51 TAHUN 2018 TENTANG PENGENAAN URUN BIAYA DAN SELISIH BIAYA DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN.

#### Pasal 1

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1663) diubah sebagai berikut:

1. Pasal 18 dihapus
2. Di antara Pasal 18 dan Pasal 19 disisipkan 1 (satu) pasal yakni Pasal 18A sehingga berbunyi sebagai berikut:

#### Pasal 18A

- (1) Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (5) mulai berlaku pada tanggal 15 Januari 2019.
- (2) Dalam hal Peserta telah meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya sebelum tanggal 15 Januari 2019, ketentuan peningkatan kelas perawatan tersebut berlaku sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442), sampai dengan selesainya perawatan.

#### Pasal II

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 27 Mei 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 28 Mei 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

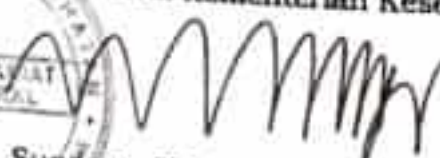
ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 606

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 14 TAHUN 2019

TENTANG

PELAKSANAAN TEKNIS SURVEILANS GIZI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Mengingat : a. bahwa untuk mengoptimalkan pelaksanaan surveilans gizi dalam rangka pengambilan keputusan dan penyusunan kebijakan perbaikan gizi, perlu mengatur pelaksanaan teknis surveilans gizi;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 28 ayat (6) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-

- Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
  4. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 100);
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 967);
  6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1113);
  7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PELAKSANAAN TEKNIS SURVEILANS GIZI.**

**Pasal 1**

Dalam peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Surveilans Gizi adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap masalah gizi masyarakat dan indikator pembinaan gizi.

2. Faktor Risiko adalah hal-hal yang mempengaruhi atau berkontribusi terhadap terjadinya masalah gizi di masyarakat.
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
4. Pengelola Program Gizi adalah unit kerja struktural atau fungsional yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan kegiatan surveilans gizi.
5. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
6. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
7. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

#### Pasal 2

- (1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk menyelenggarakan Surveilans Gizi secara terpadu, berjenjang, dan berkesinambungan.
- (2) Penyelenggaraan Surveilans Gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pengelola Program Gizi di Puskesmas, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi dan kementerian yang mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (3) Penyelenggaraan Surveilans Gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan untuk memberikan gambaran



mengenai perubahan pencapaian indikator kinerja perbaikan gizi secara nasional dan regional.

### Pasal 3

- (1) Penyelenggaraan Surveilans Gizi secara teknis dilaksanakan dengan berbasis indikator masalah gizi dan kinerja program gizi.
- (2) Selain indikator sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pelaksanaan teknis Surveilans Gizi juga membutuhkan indikator lain berupa Faktor Risiko yang mempengaruhi masalah gizi dan kinerja program gizi.

### Pasal 4

- (1) Indikator masalah gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) meliputi:
  - a. persentase balita berat badan kurang;
  - b. persentase balita pendek;
  - c. persentase balita gizi kurang;
  - d. persentase remaja putri anemia;
  - e. persentase ibu hamil anemia;
  - f. persentase ibu hamil risiko Kurang Energi Kronik; dan
  - g. persentase Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah.
- (2) Indikator kinerja program gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) meliputi:
  - a. cakupan bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif;
  - b. cakupan bayi usia 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif;
  - c. cakupan ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan;
  - d. cakupan ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan;
  - e. cakupan balita kurus yang mendapat makanan tambahan;

- f. cakupan remaja putri (Rematri) mendapat Tablet Tambah Darah;
  - g. cakupan bayi baru lahir yang mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD);
  - h. cakupan balita yang ditimbang berat badannya;
  - i. cakupan balita mempunyai buku Kesehatan Ibu Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS);
  - j. cakupan balita ditimbang yang naik berat badannya;
  - k. cakupan balita ditimbang yang tidak naik berat badannya dua kali berturut-turut;
  - l. cakupan balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A;
  - m. cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A;
  - n. cakupan rumah tangga mengonsumsi garam beriodium; dan
  - o. cakupan kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan.
- (3) Indikator lain berupa Faktor Risiko yang mempengaruhi masalah gizi dan kinerja program gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) paling sedikit meliputi:
- a. kemiskinan;
  - b. kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi;
  - c. praktik pengasuhan anak yang kurang tepat; dan/atau
  - d. konsumsi makanan bergizi yang rendah.

#### Pasal 5

- (1) Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi dilakukan dengan tahapan:
- a. pengumpulan data;
  - b. pengolahan dan analisis data; dan
  - c. diseminasi.
- (2) Tahapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sebagai satu kesatuan yang tidak terpisahkan untuk menghasilkan informasi yang digunakan sebagai pedoman dalam perumusan

kebijakan, pengambilan keputusan, perencanaan program, penentuan tindakan dan pelaksanaan intervensi serta evaluasi terhadap pengelolaan program gizi.

#### Pasal 6

- (1) Pengumpulan data sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf a dilakukan dengan cara mendapatkan data dari Posyandu, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, masyarakat, dan/atau sumber data lainnya.
- (2) Data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh melalui kegiatan:
  - a. pemantauan pertumbuhan;
  - b. pelaporan kasus;
  - c. pelaporan data rutin;
  - d. survei; dan/atau
  - e. kegiatan lainnya.

#### Pasal 7

- (1) Pengolahan dan analisis data sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf b, dilakukan untuk menghasilkan informasi yang diperlukan dalam mendukung program perbaikan gizi.
- (2) Pengolahan dan analisis data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan penerapan manajemen data melalui kegiatan sebagai berikut:
  - a. perekaman data;
  - b. validasi;
  - c. pengkodean;
  - d. alih bentuk; dan
  - e. pengelompokan berdasarkan tempat, waktu dan orang.

#### Pasal 8

- (1) Diseminasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c dilakukan untuk menyebarkan informasi



hasil analisis data terkait program perbaikan gizi kepada pemangku kepentingan.

- (2) Diseminasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan melalui kegiatan:
  - a. musyawarah perencanaan pembangunan;
  - b. lokakarya mini;
  - c. pertemuan lintas program/lintas sektor; dan/atau
  - d. forum komunikasi dan koordinasi lainnya.
- (3) Selain melalui kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diseminasi dapat dilakukan melalui media elektronik dan salinan cetak.

#### Pasal 9

Untuk mendukung pelaksanaan teknis Surveilans Gizi, kementerian yang mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan mengembangkan sistem informasi gizi berbasis teknologi informasi.

#### Pasal 10

- (1) Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi harus didukung dengan tersedianya:
  - a. sumber daya manusia;
  - b. sarana dan prasarana; dan
  - c. pendanaan.
- (2) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan tenaga kesehatan yang memiliki latar belakang pendidikan bidang gizi dan minimal berijazah Diploma III;
- (3) Sarana dan prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b paling sedikit meliputi penyediaan perangkat lunak dan perangkat keras untuk mendukung pemanfaatan informasi gizi berbasis teknologi informasi.
- (4) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain yang sah dan tidak mengikat

sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 11

Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

#### Pasal 12

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan teknis Surveilans Gizi dilakukan oleh Menteri, kepala dinas kesehatan daerah provinsi dan kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan untuk:
  - a. meningkatkan kualitas data dan informasi Surveilans Gizi; dan
  - b. meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam pelaksanaan teknis Surveilans Gizi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui kegiatan:
  - a. sosialisasi dan advokasi;
  - b. bimbingan teknis;
  - c. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan/atau
  - d. pemantauan dan evaluasi.
- (4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara berkala.

#### Pasal 13

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 17 Juni 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 26 Juni 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,


ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 699

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



LAMPIRAN  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 14 TAHUN 2019  
TENTANG  
PELAKSANAAN TEKNIS  
SURVEILANS GIZI

PEDOMAN PELAKSANAAN TEKNIS SURVEILANS GIZI

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya perbaikan gizi masyarakat sebagaimana disebutkan dalam Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat, antara lain melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi serta kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.

Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2015, 2016, dan 2017 menunjukkan tidak terjadi banyak perubahan prevalensi balita gizi kurang maupun balita pendek (stunting). Pada tahun 2015, 2016 dan 2017 prevalensi balita gizi kurang (underweight) secara berturut-turut adalah 18,8%, 17,8% dan 17,8%. Sedangkan prevalensi balita pendek berturut-turut sebesar 29,0%, 27,5% dan 29,6%. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dan tahun 2018, terjadi penurunan prevalensi balita gizi kurang dari 19,6% menjadi 17,7%, penurunan prevalensi balita pendek dari 37,2% menjadi 30,8% dan penurunan prevalensi balita gizi kurang (wasting) dari 12,1% menjadi 10,2%. Riskesdas juga menunjukkan capaian kinerja gizi yang masih kurang optimal seperti persentase ibu hamil yang mendapat TTD sebesar 73,2%, persentase bayi 0-6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif sebesar 37,3% dan persentase balita mendapat vitamin A mencapai 82,4%.

Dengan mengacu pada data tersebut diatas diperlukan kegiatan perbaikan gizi masyarakat yang dimonitor dan dievaluasi melalui kegiatan surveilans gizi, antara lain sebagai berikut:

1. Indikator Masalah Gizi

- a. Persentase balita berat badan kurang (*underweight*);
- b. Persentase balita pendek (*stunting*);
- c. Persentase balita gizi kurang (*wasting*);
- d. Persentase remaja putri anemia;
- e. Persentase ibu hamil anemia;
- f. Persentase ibu hamil risiko Kurang Energi Kronik (KEK); dan
- g. Persentase Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (berat badan kurang dari 2500 gram).

2. Indikator Kinerja Program Gizi

- a. Cakupan bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif;
- b. Cakupan bayi usia 6 bulan mendapat ASI Eksklusif;
- c. Cakupan ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilan;
- d. Cakupan ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapat makanan tambahan;
- e. Cakupan balita kurus yang mendapat makanan tambahan;
- f. Cakupan remaja putri (Rematri) mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) ;
- g. Cakupan bayi baru lahir yang mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD);
- h. Cakupan balita yang ditimbang berat badannya (D/S);
- i. Cakupan balita mempunyai buku Kesehatan Ibu Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS);
- j. Cakupan balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D);
- k. Cakupan balita ditimbang yang tidak naik berat badannya dua kali berturut-turut (2T/D);
- l. Cakupan balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A;
- m. Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A;
- n. Cakupan rumah tangga mengonsumsi garam beriodium; dan
- o. Cakupan kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan.

Berdasarkan hal tersebut, untuk memperoleh informasi pencapaian kinerja perbaikan gizi masyarakat secara cepat, akurat, teratur, berkelanjutan dan dapat dipertanggungjawabkan, perlu dilaksanakan kegiatan Surveilans Gizi oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Pusat. Untuk itu diperlukan pedoman pelaksanaan teknis Surveilans Gizi sebagai acuan bagi Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Pusat serta pemangku kepentingan lainnya sehingga dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi penanggulangan masalah gizi masyarakat.

## B. Tujuan

Pengaturan Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi bertujuan untuk:

1. memberikan acuan bagi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah termasuk Pengelola Program Gizi dalam mendukung program perbaikan gizi;
2. menata pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di berbagai tingkatan pemerintahan; dan
3. memberikan gambaran menyeluruh mengenai pemmasalahan gizi dan capaian indikator program gizi.

## C. Sasaran

Sasaran Pengaturan Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi:

1. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
2. Tenaga Kesehatan;
3. Pengelola Program Gizi di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi, dan kementerian yang mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan; dan
4. Pemangku kepentingan/pembuat kebijakan.



## BAB II INDIKATOR SURVEILANS GIZI

### A. Indikator Masalah Gizi

Indikator masalah gizi adalah indikator yang digunakan untuk menilai besaran masalah gizi yang terjadi di satu wilayah. Indikator masalah gizi terdiri atas:

#### 1. Persentase Balita Berat Badan Kurang (*Underweight*)

##### a. Latar Belakang

Berat Badan Kurang merupakan masalah gizi yang bersifat umum dapat disebabkan karena masalah kronis ataupun akut, sehingga perlu konfirmasi lebih lanjut. Masalah Berat Badan Kurang yang terjadi lama akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan pada anak. Indikator ini sebagai indikator *outcome* yang bertujuan untuk mengevaluasi dampak dari upaya program gizi yang telah dilakukan.

##### b. Definisi Operasional

- 1) Balita adalah anak yang berumur dibawah 5 tahun (0 sampai 59 bulan 29 hari).
- 2) Berat Badan Kurang adalah kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) dengan *Z-score* kurang dari -2 SD.
- 3) Persentase balita Berat Badan Kurang adalah jumlah balita dengan kategori status gizi Berat Badan Kurang terhadap jumlah seluruh balita yang ditimbang dikali 100%.

##### c. Ukuran Indikator

Berat Badan Kurang dinilai bukan masalah kesehatan masyarakat apabila prevalensi dibawah 10%

Rumus:

$$\text{Persentase Balita Underweight} = \frac{\text{Jumlah balita } \textit{underweight}}{\text{Jumlah balita yang ditimbang}} \times 100\%$$

##### d. Sumber data/informasi

Register penimbangan, kohort bayi, kohort balita dan anak prasekolah.

- e. Data yang dikumpulkan  
Berat badan, umur, jenis kelamin.
- f. Frekuensi Pelaporan  
Setiap tahun.
- g. Alat dan Bahan  
Register, timbangan berat badan.
- h. Mekanisme pelaporan
  - 1) Penimbangan dilakukan pada seluruh sasaran balita di wilayah kerja puskesmas baik di posyandu maupun di fasilitas pendidikan anak usia dini.
  - 2) Laporan hasil penimbangan dicatat dan dientry oleh puskesmas untuk selanjutnya ditentukan kategori status gizinya.
  - 3) Menghitung persentase jumlah balita *underweight*
  - 4) Apabila penimbangan tidak dapat dilakukan pada seluruh sasaran maka indikator ini dapat diperoleh melalui survey.

## 2. Persentase Balita Pendek (*Stunting*)

### a. Latar Belakang

Balita Pendek merupakan masalah gizi yang bersifat kronis yang disebabkan oleh banyak faktor baik dari masalah kesehatan maupun di luar kesehatan dan berlangsung lama. Balita Pendek berdampak pada gangguan kognitif dan risiko menderita penyakit degeneratif pada usia dewasa. Indikator ini sebagai indikator *outcome* yang bertujuan untuk mengevaluasi dampak dari upaya program gizi yang telah dilakukan.

### b. Definisi Operasional

- 1) Balita adalah anak yang berumur dibawah 5 tahun (0 sampai 59 bulan 29 hari).
- 2) Baduta adalah anak yang berumur dibawah 2 tahun (0 sampai 23 bulan 29 hari).
- 3) Pendek adalah kategori status gizi berdasarkan indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dengan *z-score* kurang dari -2 SD.

4) Persentase balita pendek adalah jumlah balita dengan kategori status gizi pendek terhadap jumlah seluruh balita diukur dikali 100%.

5) Persentase baduta pendek adalah jumlah baduta dengan kategori status gizi pendek terhadap jumlah seluruh baduta diukur dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Pendek dinilai bukan masalah kesehatan masyarakat apabila prevalensi dibawah 20%

Rumus:

$$\text{Persentase Balita Pendek} = \frac{\text{Jumlah balita pendek}}{\text{Jumlah balita yang diukur}} \times 100\%$$

$$\text{Persentase Baduta Pendek} = \frac{\text{Jumlah baduta pendek}}{\text{Jumlah baduta yang diukur}} \times 100\%$$

d. Sumber data/informasi

Register penimbangan, kohort bayi, kohort balita dan anak prasekolah.

e. Data yang dikumpulkan

Tinggi badan, umur, jenis kelamin.

f. Frekuensi Pelaporan

Setiap tahun.

g. Alat dan Bahan

Register, alat ukur panjang/tinggi badan.

h. Mekanisme pelaporan

1) Pengukuran dilakukan pada seluruh sasaran balita di wilayah kerja puskesmas baik di Posyandu maupun di PAUD.

2) Laporan hasil pengukuran dicatat dan di *entry* oleh puskesmas untuk selanjutnya ditentukan kategori status gizinya.

3) Menghitung persentase jumlah balita pendek.

4) Apabila pengukuran tidak dapat dilakukan pada seluruh sasaran maka indikator ini dapat diperoleh melalui survey.



### 3. Persentase Balita Gizi Kurang (*Wasting*)

#### a. Latar Belakang

Gizi kurang merupakan masalah gizi yang bersifat akut terutama disebabkan oleh asupan yang kurang atau penyakit infeksi. Gizi kurang berdampak pada gangguan pertumbuhan pada anak. Indikator ini sebagai indikator *outcome* yang bertujuan untuk mengevaluasi dampak dari upaya kinerja gizi yang telah dilakukan.

#### b. Definisi Operasional

- 1) Balita adalah anak yang berumur dibawah 5 tahun (0 sampai 59 bulan 29 hari).
- 2) Gizi kurang adalah kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dengan z-score kurang dari -2 SD.
- 3) Persentase balita gizi kurang adalah jumlah balita dengan kategori status gizi kurang terhadap jumlah seluruh balita diukur dikali 100%.

#### c. Ukuran Indikator

Gizi kurang dinilai bukan masalah kesehatan masyarakat apabila prevalensi dibawah 5%.

Rumus:

$$\text{Persentase Balita Gizi Kurang} = \frac{\text{Jumlah balita gizi kurang}}{\text{Jumlah balita diukur}} \times 100\%$$

#### d. Sumber data/informasi

Register penimbangan, kohort bayi, kohort balita dan anak prasekolah.

#### e. Data yang dikumpulkan

Berat badan, panjang/tinggi badan, umur, jenis kelamin.

#### f. Frekuensi Pelaporan

Data dilaporkan setiap tahun.

#### g. Alat dan Bahan

Register, timbangan berat badan, alat ukur panjang/tinggi badan.

#### h. Mekanisme pelaporan

- 1) Penimbangan dan pengukuran dilakukan pada seluruh sasaran balita di wilayah kerja Puskesmas baik di

Posyandu maupun di fasilitas pendidikan anak usia dini.

- 2) Laporan hasil penimbangan dan pengukuran dicatat dan di *entry* oleh Puskesmas untuk selanjutnya ditentukan kategori status gizinya.
- 3) Menghitung persentase jumlah balita gizi kurang.
- 4) Apabila penimbangan dan pengukuran tidak dapat dilakukan pada seluruh sasaran maka indikator ini dapat diperoleh melalui survey.

#### 4. Persentase Remaja Putri Anemia

##### a. Latar Belakang

Anemia pada remaja putri berdampak buruk terhadap penurunan imunitas, konsentrasi, prestasi belajar, kebugaran dan produktivitas. Dampak yang lebih serius akan terjadi karena mereka adalah calon ibu yang akan hamil dan melahirkan bayi yang berisiko terhadap kematian ibu melahirkan dan bayi lahir *prematum* serta BBLR. Anemia sebagai indikator rendahnya kualitas kesehatan dan gizi.

##### b. Definisi Operasional

- 1) Remaja putri adalah remaja putri yang berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat.
- 2) Remaja putri anemia adalah remaja putri dengan kadar Hb kurang dari 12,0 g/dl.
- 3) Persentase remaja putri anemia adalah jumlah remaja putri anemia terhadap jumlah remaja putri yang diperiksa dikali 100%.

##### c. Ukuran Indikator

Masalah anemia dinilai bukan masalah kesehatan masyarakat apabila prevalensi remaja putri anemia dibawah 5%.

Rumus:

$$\text{Persentase Remaja Putri Anemia} = \frac{\text{Jumlah remaja putri anemia}}{\text{Jumlah remaja putri yang diperiksa Hb}} \times 100\%$$

- d. Sumber data/informasi  
Register.
  - e. Data yang dikumpulkan  
Jumlah remaja putri, jumlah remaja putri yang diperiksa, jumlah remaja putri anemia.
  - f. Frekuensi Laporan  
Data dilaporkan setiap tahun dari hasil rekap setiap bulan, sehingga angka tahunan diperoleh melalui penjumlahan bulan Januari sampai Desember (kumulatif).
  - g. Alat dan Bahan  
Alat tes Hb, formulir monitoring dan evaluasi.
  - h. Mekanisme pelaporan
    - 1) Melakukan pengukuran Hb dan mencatat hasil pengukuran kedalam register.
    - 2) Mengkategorikan status anemia atau normal.
    - 3) Menjumlahkan remaja putri dengan status anemia dan seluruh remaja putri yang diperiksa.
    - 4) Menghitung persentase remaja putri anemia.
5. **Persentase Ibu Hamil Anemia**
- a. Latar Belakang  
Anemia pada ibu hamil menjadi salah satu penyebab terjadinya bayi BBLR dan pendarahan pada saat persalinan yang berujung pada kematian ibu. Anemia sebagai indikator rendahnya kualitas kesehatan dan gizi.
  - b. Definisi Operasional
    - 1) Ibu hamil anemia adalah ibu hamil dengan kadar Hb kurang dari 11,0 g/dl.
    - 2) Persentase ibu hamil anemia adalah jumlah ibu hamil anemia terhadap jumlah ibu hamil yang diperiksa dikali 100%.
  - c. Ukuran Indikator  
Masalah anemia dinilai bukan masalah kesehatan masyarakat apabila prevalensi ibu hamil anemia dibawah 5%.



Rumus:

$$\text{Persentase Ibu Hamil Anemia} = \frac{\text{Jumlah ibu hamil anemia}}{\text{Jumlah ibu hamil yang diperiksa Hb pertama kali}} \times 100\%$$

- d. Sumber data/informasi  
Kohort ibu, Buku KIA.
  - e. Data yang dikumpulkan  
Jumlah ibu hamil, jumlah ibu hamil yang diperiksa, jumlah ibu hamil anemia.
  - f. Frekuensi Laporan  
Data dilaporkan setiap tahun dari hasil rekap setiap bulan, sehingga angka tahunan diperoleh melalui penjumlahan bulan Januari sampai Desember (kumulatif).
  - g. Alat dan Bahan  
Alat tes Hb, formulir monitoring dan evaluasi.
  - h. Mekanisme pelaporan
    - 1) Melakukan pengukuran Hb dan mencatat hasil pengukuran kedalam register/kohort ibu.
    - 2) Mengkategorikan status anemia (anemia/normal)
    - 3) Menjumlahkan ibu hamil dengan status anemia dan seluruh ibu hamil yang diperiksa.
    - 4) Menghitung persentase ibu hamil anemia.
6. Persentase Ibu Hamil Risiko Kurang Energi Kronik (KEK)
- a. Latar Belakang  
Kurang Energi Kronik adalah kurangnya asupan energi yang berlangsung relatif lama. Keadaan KEK pada ibu hamil jika tidak segera ditangani akan menyebabkan gangguan kesehatan bagi ibu dan janin yang dilahirkan seperti keguguran, bayi BBLR bahkan kematian. Sehingga wajib dilakukan pengukuran status gizi pada ibu hamil untuk dapat menentukan tindakan segera.
  - b. Definisi Operasional
    - 1) Ibu hamil risiko KEK adalah ibu hamil dengan Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm.

2) Persentase ibu hamil risiko KEK adalah jumlah ibu hamil Risiko KEK terhadap jumlah ibu hamil yang diukur LiLA dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Masalah KEK dinilai bukan masalah kesehatan masyarakat apabila prevalensi ibu hamil risiko KEK dibawah 10%.

Rumus:

$$\text{Persentase Ibu Hamil Risiko KEK} = \frac{\text{Jumlah ibu hamil risiko KEK}}{\text{Jumlah ibu hamil yang diukur LiLA}} \times 100\%$$

d. Sumber data/informasi

Kohort ibu, Buku KIA.

e. Data yang dikumpulkan

Jumlah ibu hamil, jumlah ibu hamil yang diukur, jumlah ibu hamil risiko KEK.

f. Frekuensi Laporan

Data dilaporkan setiap tahun dari hasil rekap setiap bulan, sehingga angka tahunan diperoleh melalui penjumlahan bulan Januari sampai Desember (kumulatif).

g. Alat dan Bahan

Pita LiLA, formulir.

h. Mekanisme pelaporan

- 1) Melakukan pengukuran LiLA dan mencatat hasil pengukuran kedalam register/kohort ibu.
- 2) Mengkategorikan status risiko KEK atau normal.
- 3) Menjumlahkan ibu hamil dengan status risiko KEK dan seluruh ibu hamil yang diukur.
- 4) Menghitung persentase ibu hamil risiko KEK.

7. Persentase Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (Berat Badan kurang dari 2500 gram)

a. Latar Belakang

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu faktor determinan terjadinya masalah pendek. Indikator ini sebagai indikator *outcome* dari kondisi gizi ibu selama kehamilan.

b. Definisi Operasional

- 1) Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram.
- 2) Persentase BBLR adalah jumlah BBLR terhadap jumlah bayi baru lahir hidup yang ditimbang dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Masalah BBLR dinilai rendah apabila persentase BBLR dibawah target.

Rumus:

$$\text{Persentase Bayi BBLR} = \frac{\text{Jumlah bayi BBLR}}{\text{Jumlah bayi baru lahir hidup yang ditimbang}} \times 100 \%$$

d. Sumber Data

Kohort bayi

e. Frekuensi Laporan

Data dilaporkan setiap tahun dari hasil rekap setiap bulan, sehingga angka tahunan diperoleh melalui penjumlahan bulan Januari sampai Desember (kumulatif).

f. Alat dan Bahan

Formulir monitoring dan evaluasi.

g. Mekanisme pelaporan

- 1) Menimbang berat badan bayi baru lahir dan mencatatnya kedalam registrasi/kohort bayi.
- 2) Mengkategorikan status berat badan bayi rendah atau normal.
- 3) Menjumlahkan bayi dengan status BBLR dan seluruh bayi yang lahir dan ditimbang.
- 4) Menghitung persentase bayi BBLR.

Indikator Kinerja Program Gizi

Indikator kinerja gizi adalah indikator yang digunakan untuk menilai keberhasilan kinerja program gizi, yang meliputi:



1. Cakupan Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapat ASI Eksklusif

a. Latar Belakang

Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan memiliki banyak manfaat bagi bayi dan ibu. Indikator ini bertujuan untuk mengetahui penurunan persentase ASI Eksklusif berdasarkan kelompok umur sehingga dapat merencanakan edukasi gizi pada saat yang tepat bagi ibu hamil dan menyusui.

b. Definisi Operasional

- 1) Bayi usia kurang dari 6 bulan adalah seluruh bayi umur 0 bulan 1 hari sampai 5 bulan 29 hari
- 2) Bayi mendapat ASI Eksklusif kurang dari 6 bulan adalah bayi kurang dari 6 bulan yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan *recall* 24 jam.
- 3) Persentase bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif adalah jumlah bayi kurang dari 6 bulan yang masih mendapat ASI Eksklusif terhadap jumlah seluruh bayi kurang dari 6 bulan yang direcall dikali 100%.

**CATATAN:**

Data pemberian ASI Eksklusif dicatat dari KMS seluruh bayi usia 0 bulan 1 hari sampai 5 bulan 29 hari pada Formulir Pencatatan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi kurang dari 6 bulan sesuai simbol berikut:

V = bayi masih diberi ASI saja

X = bayi sudah diberi makanan/minuman lain selain ASI kecuali obat, vitamin dan mineral

A = bayi tidak datang penimbangan

Pencatatan pada Buku KIA/KMS dilakukan setiap bulan

c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika persentase bayi kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif sesuai target.

Rumus:

$$\text{Persentase Bayi kurang dari 6 Bulan Mendapat ASI Eksklusif} = \frac{\text{jumlah bayi kurang dari 6 bulan masih mendapat ASI Eksklusif}}{\text{Jumlah bayi kurang dari 6 bulan yang di recall}} \times 100\%$$

d. Sumber Data  
Buku KIA/KMS Balita, kohort bayi, Register Posyandu, Form ASI Eksklusif, Pencatatan dan pelaporan RS/klinik/praktek swasta.

e. Frekuensi Laporan  
Setiap enam bulan (Februari dan Agustus).

Cakupan tahunan menggunakan penjumlahan bulan Februari dan Agustus.

f. Alat dan Bahan

Buku KIA/KMS balita, register bayi, formulir pelaporan.

g. Mekanisme Pelaporan

- 1) Mencatat hasil *recall* ASI Eksklusif kedalam KMS setiap bulan.
- 2) Mencatat KMS masing-masing balita umur kurang dari 6 bulan kedalam register posyandu setiap bulan Februari dan Agustus.
- 3) Merekap jumlah bayi dan kategori pemberian ASI (ASI Eksklusif/Tidak ASI Eksklusif) berdasarkan kelompok umur 0 sampai 5 bulan.
- 4) Menghitung persentase bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif.

h. Langkah-Langkah Perhitungan Cakupan Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Kurang dari 6 Bulan

- 1) Siapkan Kartu Menuju Sehat (KMS) balita dan hitung umur bayi pada saat penimbangan bulanan. Umur bayi dihitung berdasarkan bulan penuh artinya umur dihitung 1 bulan apabila telah genap 30 hari.

Contoh:

- |                         |   |         |
|-------------------------|---|---------|
| a) Umur 25 hari         | = | 0 bulan |
| b) Umur 1 bulan 29 hari | = | 1 bulan |
| c) Umur 2 bulan 30 hari | = | 3 bulan |

Cara penghitungan umur anak:

- Tulis tanggal lahir bayi, dalam format: tanggal-bulan-tahun, misalnya: 5-4-2010.
- Tulis tanggal kunjungan, misalnya: 19-9-2010.
- Kaidah perhitungan umur anak adalah dalam bulan penuh. Pengertian bulan penuh adalah bila kelebihan

umur anak belum genap 30 hari, maka kelebihan hari diabaikan. Sebagai contoh bila umur anak 5 bulan 29 hari, maka umur anak adalah 5 bulan.

- Hitung umur bayi dengan mengurangi tanggal kunjungan dengan tanggal lahir.

Contoh 1:

Tanggal kunjungan	19	09	2010
Tanggal lahir	05	04	2010
	14	05	0

Jadi umur anak adalah 5 bulan 14 hari atau 5 bulan (menurut kaidah hitungan bulan penuh)

Contoh 2:

Tanggal kunjungan	05	04	2010
Tanggal lahir	19	09	2009
	-14	-5	1

Jadi umur anak adalah 1 tahun kurang 5 bulan kurang 14 hari atau 7 bulan kurang 14 hari atau 6 bulan (menurut kaidah hitungan bulan penuh)

- 2) Tanyakan ibu bayi apakah bayi sehari sebelumnya sudah diberikan makanan/minuman lain kecuali obat, vitamin dan mineral, kemudian catat jawaban ibu ke dalam KMS balita pada kolom Pemberian ASI Eksklusif 0,1,2,3,4,5 bulan dengan memberikan tanda-tanda notasi atau simbol berikut:

√ = bayi masih diberi ASI saja

X = bayi sudah diberi makanan/minuman lain selain ASI kecuali obat, vitamin dan mineral

A = bayi tidak datang penimbangan

N = jumlah sasaran bayi kurang dari 6 bulan (√ + X + A)

n = jumlah bayi yang datang dan di *recall* (√ + X)



Umur (Bulan)	0	1	2	3	4	5	6	7
Breastfeeding	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ASI (mg)	2.0	1.0	1.1					
ASI (gr)	200	200	200	200	200	200	200	
MTT								
ASI Eksklusif	✓	✓	✓					

Gambar 1:

Catatan ASI Eksklusif pada KMS

- 3) Pindahkan catatan informasi ASI pada KMS sesuai dengan kode-kode atau simbol yang telah diisi ke dalam register bayi. Hal ini dilakukan setiap bulan pada saat bayi berkunjung ke Posyandu. Berdasarkan register bayi, pada kunjungan terakhir (Februari atau Agustus) hitung jumlah untuk masing-masing kode-kode atau simbol sebagai berikut:

Nama Anak	Umur Bayi (Bulan)					
	0	1	2	3	4	5
Raihan	✓	Λ	✓	X	X	X
Iqbal	✓	X	X	X	X	X
Milea	✓	✓	✓			
Veronica	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Arsy	✓	Λ				
Gaby	-	-	-	-	✓	

Tabel 1:

Tabel Registrasi Pencatatan Pemberian ASI Eksklusif Bayi Umur Kurang dari 6 Bulan di Posyandu Mawar

Dari tabel 1 diatas diketahui pada kunjungan terakhir (Februari atau Agustus). Jumlah bayi antara 0 sampai 5 bulan 29 hari ada 6 bayi. Saat dilakukan *recall* pada bulan Februari/Agustus, diperoleh rincian sebagai berikut:

- Jumlah masih diberi ASI ( $\checkmark$ ) = 3 bayi (Milea, Veronica dan Gaby)
  - Jumlah tidak diberi ASI (X) = 2 bayi (Raihan dan Iqbal)
  - Jumlah yang di recall pada bulan ini (A) = 1 bayi (Arsy)
  - Jumlah seluruh bayi ( $N = \checkmark + X + A$ ) = 6 orang
  - Jumlah seluruh bayi di recall ( $n = \checkmark + X$ ) = 5 orang
- 4) Bidan di desa merekapitulasi jumlah masing-masing kode atau simbol  $\checkmark$  dan n pada kunjungan terakhir (Februari atau Agustus) berdasarkan masing-masing kelompok umur di Posyandu ke dalam formulir rekapitulasi di desa/kelurahan.

Tabel 2:

## Tabel Rekapitulasi Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Kurang dari 6 Bulan di Desa

Provinsi : DKI Jakarta  
 Kabupaten/Kota : Jakarta Barat  
 Puskesmas/Kecamatan : Grogol Petamburan  
 Desa/Kelurahan : Grogol  
 Bulan : Februari  
 Tahun : 2017

No	Nama	N	0 bulan		1 bulan		2 bulan		3 bulan		4 bulan		5 bulan		< 6 bulan	
			n	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n	v
1	Mawar	47	5	3	8	6	6	5	8	5	6	2	7	1	40	22
2	Melati	42	6	5	7	6	5	3	9	4	8	2	3	2	38	22
3	Bougenvill	55	9	7	7	5	8	4	7	3	10	4	9	6	50	29
4	Kenanga	49	7	5	6	3	8	5	5	2	9	5	10	3	45	23
5	Anggrek	56	9	8	9	8	8	6	11	8	7	5	8	2	52	37
	Grogol	249	36	28	37	28	35	23	40	22	40	18	37	14	225	133

Berdasarkan contoh diatas, maka persentase pemberian ASI Eksklusif kurang dari 6 bulan adalah =  $(v/n) * 100$

- kelompok umur 0 bulan =  $(28/36) * 100 = 77,8\%$
- kelompok umur 1 bulan =  $(28/37) * 100 = 70,3\%$
- kelompok umur 2 bulan =  $(23/35) * 100 = 71,4\%$
- kelompok umur 3 bulan =  $(22/40) * 100 = 57,5\%$
- kelompok umur 4 bulan =  $(18/40) * 100 = 50,0\%$
- kelompok umur 5 bulan =  $(14/37) * 100 = 37,8\%$

5) Tenaga Pelaksanaan Gizi (TPG) Puskesmas merekapitulasi jumlah kode atau simbol v (ceklist) diseraikan dan n pada kunjungan terakhir dari desa/kelurahan ke dalam formulir rekapitulasi di Puskesmas



Tabel 3:

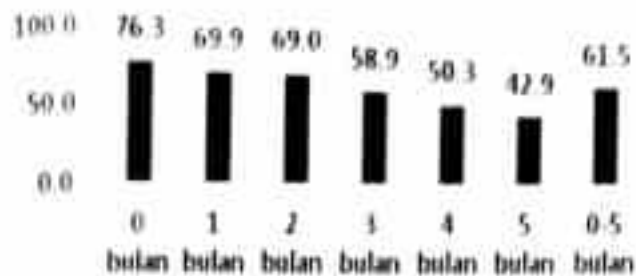
## Contoh Rekapitulasi Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Kurang dari 6 Bulan di Puskesmas

Provinsi : DKI Jakarta  
 Kabupaten/Kota : Jakarta Barat  
 Puskesmas/Kecamatan : Grogol Petamburan  
 Bulan : Februari  
 Tahun : 2017

No	Nama Desa/Kel	N	0 bulan		1 bulan		2 bulan		3 bulan		4 bulan		5 bulan		6 bulan								
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
1	Tanjung Duren	240	36	77,8	37	26	70,3	35	25	71,4	40	23	57,5	40	20	50,0	37	14	37,8	225	136	60,4	
2	Petamburan	267	38	30	78,9	41	30	73,2	36	23	63,9	44	24	54,5	35	18	51,4	40	18	45,0	234	143	61,1
3	Tomang	250	32	25	78,1	30	24	70,6	41	26	63,3	35	21	60,0	43	21	48,8	39	16	41,0	224	133	59,4
4	Jelambar	200	29	20	69,0	35	25	71,4	38	26	68,4	23	16	69,6	21	10	47,6	23	10	43,5	169	107	63,3
5	Wilaya Kusuma	195	25	19	76,0	36	23	63,9	34	27	79,4	26	14	53,7	28	15	53,6	22	11	50,0	171	110	64,3
6	Grogol Petamburan	1181	140	122	78,3	183	128	69,9	184	127	69,0	188	99	58,9	167	84	50,3	161	69	42,8	1033	628	61,5

Berdasarkan contoh diatas, maka persentase pemberian ASI Eksklusif kurang dari 6 bulan adalah =  $(N / n) \cdot 100$

- kelompok umur 0 bulan =  $(122/160) \cdot 100 = 76,3\%$
- kelompok umur 1 bulan =  $(128/183) \cdot 100 = 69,9\%$
- kelompok umur 2 bulan =  $(127/184) \cdot 100 = 69,0\%$
- kelompok umur 3 bulan =  $(99/168) \cdot 100 = 58,9\%$
- kelompok umur 4 bulan =  $(84/167) \cdot 100 = 50,3\%$
- kelompok umur 5 bulan =  $(69/161) \cdot 100 = 42,9\%$



Gambar 2:

Grafik Analisis ASI Eksklusif  
di Puskesmas Grogol Petamburan

- Diketahui jumlah balita di Puskesmas Grogol Petamburan sebanyak 1161 balita dan yang ditimbang pada bulan Februari sebanyak 1023 balita.
  - Dari balita yang ada wilayah kerja Puskesmas Grogol Petamburan hanya ada 88,1% yang melakukan pemantauan pertumbuhan pada bulan Februari. Rerata bayi umur kurang dari 6 bulan yang masih diberi ASI saja dalam 24 jam terakhir sebanyak 61,5%.
  - Jika diamati berdasarkan kelompok umur, pemberian ASI mulai menurun pada kelompok umur 3 bulan, hal ini disebabkan karena banyaknya ibu yang berkerja di wilayah puskesmas Grogol Petamburan. Ibu mulai bekerja sejak anaknya memasuki umur 3 bulan, karena ibu bekerja hanya diberikan cuti selama 3 bulan
  - Rekomendasi: Mengedukasi ibu sejak hamil dan selama masa cuti tentang pentingnya ASI Eksklusif, penggunaan ASI perah dengan melibatkan peran keluarga.
- 6) Petugas kabupaten/kota merkapitulasi dan menghitung persentase pemberian ASI Eksklusif kurang dari 6 bulan setiap 6 bulan sekali bersamaan dengan bulan vitamin A pada bulan Februari dan Agustus.

Tabel 4:

Contoh Rekapitulasi Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Kurang dari 6 Bulan di Kabupaten/Kota

No	Nama Puskesmas	N	0 bulan			1 bulan			2 bulan			3 bulan			4 bulan			5 bulan			< 6 bulan		
			n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%
1	Gregoi	1181	160	122	76,3	183	128	69,9	184	137	69,0	168	99	58,9	187	84	50,3	161	69	42,9	1023	629	61,5
2	Petamburan	3200	170	150	88,2	176	144	81,8	182	170	65,9	154	95	61,7	158	99	57,0	175	72	41,1	1015	671	66,1
3	Mariya	987	143	113	79,0	144	112	77,8	152	100	65,8	161	98	60,9	140	86	61,4	115	65	56,5	855	574	67,1
4	Juglo	1150	171	146	85,4	143	111	77,6	146	14	8,7	159	101	59,8	178	77	43,3	167	60	35,9	994	609	61,3
5	Srengeng	1100	185	164	88,6	156	104	66,7	171	113	66,3	146	99	67,8	167	89	53,3	179	68	38,0	1034	639	61,6
6	Jakarta Barat	5598	829	685	83,8	822	589	74,7	835	576	67,8	798	492	61,7	810	426	52,6	797	334	41,9	4891	3122	63,8

Berdasarkan contoh diatas, maka persentase pemberian ASI eksklusif kurang dari 6 bulan adalah =  $(v / n) * 100$

- kelompok umur 0 bulan = 83,8%
- kelompok umur 1 bulan = 74,7%
- kelompok umur 2 bulan = 67,4%
- kelompok umur 3 bulan = 61,7%
- kelompok umur 4 bulan = 52,6%
- kelompok umur 5 bulan = 41,9%



Contoh Analisis ASI Eksklusif di Kota Jakarta Barat sebagai berikut:



Gambar 3:

#### Analisis ASI Eksklusif di Kota Jakarta Barat

- Diketahui jumlah balita di Kota Jakarta Barat sebanyak 5598 balita dan yang ditimbang pada bulan Februari sebanyak 4891 balita.
  - Dari balita yang ada wilayah kerja Dinkes Kota Jakarta Barat hanya ada 87,4% yang melakukan pemantauan pertumbuhan pada bulan Februari. Rerata bayi umur kurang dari 6 bulan yang masih diberi ASI saja dalam 24 jam terakhir sebanyak 63,8%.
  - Pemberian ASI mulai menurun sejak kelompok umur 2 bulan, hal ini disebabkan karena banyaknya ibu yang bekerja dan beberapa klinik bersalin masih ada yang bekerja sama dengan produsen susu formula.
  - Rekomendasi: Menetapkan Perda ASI
- 7) Hasil rekapitulasi di kabupaten/kota, selanjutnya dilaporkan ke provinsi dan pusat pada saat yang bersamaan pada bulan Februari dan Agustus.

Tabel 5:  
Contoh Rekapitulasi Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Kurang dari 6 Bulan di Kabupaten/Kota

Provinsi  
: DKI Jakarta  
Kabupaten/Kota  
: Jakarta Barat  
Tahun  
: 2017

No	Nama Puskesmas	N	0 bulan			1 bulan			2 bulan			3 bulan			4 bulan			5 bulan			< 6 bulan		
			n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%
			1	Grogol Petamburan	1161	122	76.3	183	128	69.9	184	127	69.0	168	99	58.9	167	88	50.3	181	89	42.9	1073
2	Kembangan	1200	170	15.0	176	14.6	180	13.0	65.9	154	9.5	61.7	158	90	57.0	175	72	41.1	1015	671	66.1		
3	Menteng	987	143	13.3	144	11.2	152	10.0	65.8	161	9.8	60.9	140	86	61.4	115	65	56.5	855	574	67.1		
4	Joglo	1150	171	14.6	143	11.1	156	13.4	68.7	169	10.1	59.8	178	77	43.3	167	60	35.9	994	609	61.3		
5	Selegang	1100	185	16.4	156	10.4	167	11.5	67.3	146	9.9	67.8	167	89	53.3	179	68	38.0	1064	539	51.5		
6	Jakarta Barat	5598	695	83.8	802	589	74.7	855	576	67.4	798	492	61.7	810	426	52.6	797	338	41.9	4881	3122	63.8	

No	Nama Puskesmas	N	0 bulan			1 bulan			2 bulan			3 bulan			4 bulan			5 bulan			< 6 bulan		
			n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%
			1	Grogol Petamburan	1100	153	12.2	143	128	69.9	179	127	69.0	168	99	58.9	167	88	50.3	161	89	42.9	1011
2	Kembangan	1190	155	15.0	169	14.4	176	12.0	68.2	154	9.5	61.7	158	90	57.0	175	80	45.7	987	679	68.8		
3	Menteng	895	134	13.3	147	11.2	152	10.0	65.8	161	9.8	60.9	140	86	61.4	115	65	56.5	849	574	67.6		
4	Joglo	1200	180	14.6	129	11.1	129	11.4	63.7	169	11.2	66.3	178	77	43.3	167	56	33.5	1002	616	61.3		
5	Selegang	1105	176	16.4	161	10.4	164	11.5	74.7	146	9.9	67.8	167	89	53.3	179	68	38.0	983	639	65.0		
6	Jakarta Barat	5490	798	69.5	871	289	989	75.9	840	576	68.6	798	501	63.0	810	426	52.6	797	338	42.4	4832	3137	64.9

No	Nama Puskesmas	N	0 bulan			1 bulan			2 bulan			3 bulan			4 bulan			5 bulan			< 6 bulan		
			n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%	n	v	%
			1	Grogol Petamburan	2261	313	24.4	366	256	69.9	363	254	70.0	335	198	58.9	334	188	50.3	322	138	42.9	2034
2	Kembangan	2390	325	20.0	345	298	83.5	358	240	67.0	308	100	61.7	316	180	57.0	350	152	43.4	2002	1350	67.4	
3	Menteng	1682	277	22.6	291	224	77.0	304	200	65.8	322	196	60.9	280	172	61.4	230	130	56.5	1704	1148	67.4	
4	Joglo	2350	351	29.2	272	272	81.6	345	228	66.1	338	213	63.0	356	154	43.3	334	116	34.7	2288	1225	53.4	
5	Selegang	2205	361	32.8	317	208	65.6	325	230	70.8	292	198	67.8	334	178	53.3	358	136	38.0	1987	1278	64.3	
6	Jakarta Barat	11888	1627	13.90	1581	1188	75.3	1695	1152	68.0	1396	995	62.3	1620	852	52.6	1594	672	42.2	8723	6259	64.8	

## 2. Cakupan Bayi Usia 6 Bulan Mendapat ASI Eksklusif

### a. Latar Belakang

Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif mengamanatkan bahwa setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya selama enam bulan pertama agar mencapai pertumbuhan, perkembangan dan kesehatan yang optimal, selanjutnya, mereka harus memberi makanan pendamping yang bergizi dan terus menyusui hingga bayi berusia dua tahun atau lebih.

### b. Definisi Operasional

- 1) Bayi usia 6 bulan adalah seluruh bayi yang telah mencapai umur 5 bulan 29 hari
- 2) Bayi mendapat ASI Eksklusif 6 bulan adalah bayi sampai usia 6 bulan yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral sejak lahir
- 3) Persentase bayi usia 6 bulan mendapat ASI Eksklusif adalah jumlah bayi mencapai usia 5 bulan 29 hari mendapat ASI Eksklusif 6 bulan terhadap jumlah seluruh bayi mencapai usia 5 bulan 29 hari dikali 100%.

### c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika persentase bayi usia 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif sesuai target.

Rumus:

$$\text{Persentase Bayi Usia 6 Bulan mendapat ASI Eksklusif} = \frac{\text{Jumlah bayi telah mencapai usia 5 bulan 29 hari mendapat ASI Eksklusif}}{\text{Jumlah bayi telah mencapai 5 bulan 29 hari}} \times 100\%$$

### d. Sumber Data

Buku KIA/KMS Balita, kohort bayi, Register Posyandu, Form ASI Eksklusif, Pencatatan dan pelaporan RS/klinik/praktek swasta

### e. Frekuensi Laporan

Data dilaporkan setiap bulan, angka cakupan tahunan diperoleh melalui penjumlahan bulan Januari sampai Desember (kumulatif)

### f. Alat dan Bahan

Buku KIA/KMS balita, register bayi, formulir pelaporan



g. Mekanisme pelaporan

- 1) Mencatat hasil *recall* ASI Eksklusif ke dalam KMS setiap bulan
- 2) Mencatat KMS masing-masing balita ke dalam register posyandu
- 3) Merekap jumlah bayi yang mencapai usia 6 bulan 0 hari atau lebih dengan kategori pemberian ASI (ASI Eksklusif/Tidak ASI Eksklusif)
- 4) Menghitung persentase bayi usia 6 bulan mendapat ASI Eksklusif

3. Cakupan Ibu Hamil yang Mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) Minimal 90 Tablet Selama Masa Kehamilan

a. Latar Belakang

Pemberian TTD merupakan satu intervensi untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu selama proses kehamilan. Sebaiknya ibu hamil mulai mengonsumsi TTD sejak konsepsi sampai akhir trimester III. Indikator ini sebagai evaluasi kinerja apakah TTD sudah diberikan kepada seluruh sasaran.

b. Definisi Operasional

- 1) TTD adalah tablet yang sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah maupun diperoleh sendiri.
- 2) Ibu hamil mendapat 90 TTD adalah jumlah ibu hamil yang selama kehamilan mendapat minimal 90 TTD terhadap jumlah sasaran ibu hamil dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika persentase ibu selama hamil mendapat 90 TTD sesuai target.

Rumus:

$$\text{Persentase Ibu Hamil yang Mendapat 90 TTD} = \frac{\text{Jumlah ibu hamil yang mendapat minimal 90 TTD}}{\text{Jumlah ibu hamil}} \times 100\%$$

d. Sumber data

Kohort Ibu, Buku KIA

- c. Frekuensi laporan  
Data dilaporkan setiap bulan, angka cakupan tahunan diperoleh melalui penjumlahan bulan Januari sampai Desember (kumulatif)
- f. Alat dan Bahan  
Formulir monitoring bulanan ibu selama hamil dan jumlah TTD yang diterima dan formulir pelaporan
- g. Mekanisme pelaporan
- 1) Mencatat jumlah TTD yang diberikan kepada ibu setiap kali melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan kedalam kohort
  - 2) Merekap jumlah ibu hamil dengan usia kehamilan akhir trimester III
  - 3) Merekap jumlah ibu hamil dengan usia kehamilan akhir trimester III yang sudah mendapatkan TTD minimal 90 tablet
  - 4) Menghitung persentase ibu hamil yang mendapat TTD minimal 90 tablet
4. Cakupan Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang Mendapat Makanan Tambahan
- a. Latar belakang  
Ibu hamil di Indonesia masih mengalami defisit asupan energi dan protein. Berdasarkan hal tersebut pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil sangat diperlukan untuk mencegah bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).
- b. Definisi Operasional
- 1) Ibu hamil KEK adalah Ibu hamil dengan Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm
  - 2) Makanan Tambahan adalah makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal.
  - 3) Persentase Ibu hamil KEK mendapat makanan tambahan adalah jumlah ibu hamil KEK yang mendapatkan makanan tambahan terhadap jumlah ibu hamil KEK yang ada dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika presentase ibu hamil KEK mendapat makanan tambahan sesuai target.

Rumus:

$$\text{Persentase Ibu Hamil KEK mendapat makanan tambahan} = \frac{\text{Jumlah ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil KEK yang ada}} \times 100\%$$

d. Sumber data

Kohort Ibu, Buku KIA

e. Frekuensi laporan

Data dilaporkan setiap bulan, angka cakupan tahunan diperoleh melalui penjumlahan bulan Januari sampai Desember (kumulatif)

f. Alat dan Bahan

Pedoman pemberian makanan tambahan pada ibu hamil KEK, formulir pencatatan pemberian makanan tambahan Ibu hamil KEK, pita LiLA, timbangan berat badan

g. Mekanisme pelaporan

- 1) Melakukan pemeriksaan LiLA ibu hamil dan mencatat hasil pengukuran kedalam kohort ibu
- 2) Merekap jumlah ibu hamil yang diperiksa LiLA dan menentukan kategori LiLA (KEK/Normal)
- 3) Merekap pemberian PMT pada ibu hamil dengan kategori KEK
- 4) Menghitung persentase ibu hamil KEK yang mendapat MT

5. Cakupan Balita Kurus yang Mendapat Makanan Tambahan

a. Latar Belakang

Di banyak negara, kurang dari seperempat anak balita usia 6-23 bulan dengan frekuensi makan dan kriteria keragaman makanannya sesuai untuk usianya. Berdasarkan data Survei Diet Total (SDT) tahun 2014 diketahui bahwa lebih dari separuh balita (55,7%) mempunyai asupan energi yang kurang dari Angka Kecukupan Energi (AKE) yang dianjurkan. Pemberian makanan tambahan khususnya bagi kelompok rawan merupakan salah satu strategi suplementasi dalam mengatasi masalah gizi.



b. Definisi Operasional

- 1) Balita kurus adalah anak usia 6 bulan 0 hari sampai dengan 59 bulan 29 hari dengan status gizi kurus (BB/PB atau BB/TB -3 SD sampai dengan kurang dari -2 SD).
- 2) Makanan Tambahan adalah makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan local.
- 3) Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan adalah jumlah balita kurus yang mendapat makanan tambahan terhadap jumlah balita kurus dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika presentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan sesuai target.

Rumus:

$$\text{Persentase Balita Kurus mendapat makanan tambahan} = \frac{\text{Jumlah balita kurus yang mendapat makanan tambahan}}{\text{Jumlah seluruh balita kurus}} \times 100\%$$

d. Sumber data

Laporan bulanan Puskesmas

e. Frekuensi laporan

Setiap bulan

f. Alat dan Bahan

Formulir register balita, kohort bayi, kohort balita dan anak prasekolah, alat ukur panjang/tinggi badan, timbangan berat badan

g. Mekanisme pelaporan

- 1) Melakukan pemantauan pertumbuhan dan mencatat hasil pengukuran kedalam register
- 2) Menentukan kategori status gizi berdasarkan indeks BB/TB (Sangat Kurus/Kurus/Normal/Gemuk)
- 3) Menghitung jumlah balita kurus
- 4) Merekap pemberian makanan tambahan pada balita kurus
- 5) Menghitung persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan

6. Cakupan Remaja Putri (Rematri) mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

a. Latar Belakang

Prevalensi anemia di Indonesia pada perempuan usia 15 tahun keatas sebesar 22,7%. Remaja putri anemia akan mengalami gangguan kehamilan jika tidak segera ditangani. Pemberian TTD pada rematri usia 12-18 tahun sebagai upaya pencegahan anemia sejak dini. Pemberian TTD rematri yang diikuti dengan KIE gizi dan kesehatan diharapkan akan memperbaiki masalah-masalah pada periode berikutnya. Perlu dilakukan monitoring pemberian TTD, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan TTD pada remaja putri. Dalam kegiatan ini, diasumsikan seluruh remaja putri wajib sekolah.

b. Definisi Operasional

- 1) Remaja Putri adalah remaja putri yang berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat
- 2) TTD adalah tablet yang sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah maupun diperoleh secara mandiri
- 3) Remaja putri mendapat TTD adalah jumlah remaja putri yang mendapat TTD secara rutin setiap minggu sebanyak 1 tablet.
- 4) Persentase remaja putri mendapat TTD adalah jumlah remaja putri yang mendapat TTD secara rutin setiap minggu terhadap jumlah remaja putri yang ada dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika presentase remaja putri mendapat dan mengkonsumsi TTD sesuai target

Rumus:

$$\text{Persentase Remaja Putri mendapat TTD} = \frac{\text{Jumlah remaja putri mendapat TTD}}{\text{Jumlah seluruh remaja putri 12-18 tahun di sekolah}} \times 100\%$$

d. Sumber data

Laporan UKS

e. Frekuensi laporan

Setiap triwulan (3 bulanan)





- Kolom T diisi angka satu (1) Jika terima TTD dan angka nol (0) Jika tidak terima TTD
- Kolom M diisi angka satu (1) Jika minum TTD dan angka nol (0) Jika tidak minum TTD
- Kolom Jumlah minggu yang dilalui diisi dengan jumlah minggu yang dilalui remaja putri umur 12-18 tahun pada triwulan tersebut

No.	Nama Remaja Putri	Umur	Triwulan 1				Triwulan 1 - Triwulan 2					
			Jumlah minggu yang dilalui dari Januari-Maret	Jumlah TTD di Terima (T)	% TTD di Terima (kolom (T)/kolom (4)*100%)	Jumlah TTD di Minum	% TTD di Minum (kolom (M)/kolom (4)*100%)	Jumlah minggu yang dilalui dari Januari-Juni	Jumlah TTD di Terima (T)	% TTD di Terima (kolom (T)/kolom (8)*100%)	Jumlah TTD di Minum (M)	% TTD di Minum (kolom (M)/kolom (8)*100%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1	Alya		12	12	100,0	12	100,0					
2	Nina		12	8	66,7	8	66,7					
3	Evi		12	11	91,7	10	83,3					
4	Caca		11	12	109,1	8	72,7					
5	Fabri		12	12	100,0	12	100,0					
6	Ica		8	8	100,0	8	100,0					
7	Dhan		8	8	100,0	8	100,0					
8	Siska		12	9	75,0	9	75,0					
9	Nia		12	11	91,7	10	83,3					
10	Wati		12	8	66,7	8	66,7					

Tabel 7:

Contoh Formulir 1 Pemantauan Program TTD Remaja Putri di Puskesmas Triwulan 1 Tahun 2017

Keterangan:

- Kolom Jumlah minggu yang dilalui diisi dengan jumlah minggu yang dilalui remaja putri umur 12-18 tahun pada Triwulan tersebut
- Kolom Persentase TTD diterima (%) diisi dengan persentase jumlah tablet diterima terhadap jumlah minggu
- Kolom Persentase TTD diminum (%) diisi dengan persentase jumlah tablet diminum terhadap jumlah minggu

No.	Nama Subjék	Jumlah Sifat	Triwulan 1								Triwulan 1 - Triwulan 2							
			Jumlah Mendapat TTD				Jumlah Minum TTD				Jumlah Mendapat TTD				Jumlah Minum TTD			
			≤ 50%	51-80%	81-99%	≥ 100%	≤ 50%	51-80%	81-99%	≥ 100%	≤ 50%	51-80%	81-99%	≥ 100%	≤ 50%	51-80%	81-99%	≥ 100%
1	SMP A	300	10	150	80	90	150	90	30	30								
2	SMP B	310	80	130	120	30	90	150	50	20								
3	SMP C	280	15	160	85	20	40	150	90	60								
4	SAMA 1	400	40	240	80	40	120	200	80	40								
5	SAMA 2	280	20	130	120	30	90	170	20	10								
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
Total		1550	115	790	485	150	460	740	190	100								

Tabel 8:

Contoh Formulir 2 Pemantauan Program TTD Remaja Putri di Puskesmas Triwulan 1 Tahun 2017

Keterangan:

Kolom kategori persentase ( $\leq 50\%$ , 51-80%, 81-99%,  $\geq 100\%$ ) diisi dengan jumlah rematri umur 12-18 tahun yang masuk kategori tersebut berdasarkan form I Puskesmas

Intepretasi laporan hasil pemantauan remaja putri yang menerima TTD sebagai berikut:

- Persentase rematri yang menerima TTD sebanyak  $\leq 50\%$  tablet dari yang seharusnya mereka dapat adalah  $7,4\%$  ( $115/1550 \times 100\%$ ).
- Persentase rematri yang menerima TTD sebanyak 51-80% tablet dari yang seharusnya mereka dapat adalah  $51,0\%$  ( $115/1550 \times 100\%$ ).
- Persentase rematri yang menerima TTD sebanyak 81-99 % tablet dari yang seharusnya mereka dapat adalah  $31,9\%$  ( $790/1550 \times 100\%$ ).
- Persentase rematri yang menerima TTD sebanyak  $\geq 100\%$  tablet dari yang seharusnya mereka dapat adalah  $9,7\%$  ( $150/1550 \times 100\%$ )

Intepretasi laporan hasil pemantauan remaja putri yang minum TTD sebagai berikut:

- Persentase rematri yang minum TTD sebanyak  $\leq 50\%$  tablet dari yang seharusnya mereka minum adalah  $29,7\%$  ( $460/1550 \times 100\%$ ).
- Persentase rematri yang minum TTD sebanyak 51-80% tablet dari yang seharusnya mereka minum adalah  $47,7\%$  ( $740/1550 \times 100\%$ ).
- Persentase rematri yang minum TTD sebanyak 81-99% tablet dari yang seharusnya mereka minum adalah  $12,3\%$  ( $190/1550 \times 100\%$ ).
- Persentase rematri yang minum TTD sebanyak  $\geq 100\%$  tablet dari yang seharusnya mereka minum adalah  $10,3\%$  ( $160/1550 \times 100\%$ ).

7. Cakupan Bayi Baru Lahir yang Mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

a. Latar Belakang

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam waktu 1 jam setelah kelahiran, melindungi bayi yang baru lahir dari tertular infeksi dan mengurangi angka kematian bayi baru lahir. IMD merupakan salah satu indikator keberhasilan pelayanan kesehatan pada ibu hamil.

b. Definisi Operasional

- 1) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah proses menyusui dimulai segera setelah lahir. IMD dilakukan dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya segera setelah lahir dan berlangsung minimal 1 (satu) jam
- 2) Persentase bayi baru lahir yang mendapat IMD adalah jumlah bayi baru lahir hidup yang mendapat IMD terhadap jumlah bayi baru lahir hidup dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika persentase bayi baru lahir yang mendapat IMD sesuai dengan target.

Rumus:

$$\text{Persentase Jumlah bayi baru lahir yang mendapat IMD} = \frac{\text{Jumlah bayi baru lahir hidup yang mendapat IMD}}{\text{Jumlah seluruh bayi baru lahir hidup}} \times 100\%$$

d. Sumber data

Buku KIA, Kohort Bayi, Laporan IMD RS, Puskesmas rawat inap  
Bidan Praktik Mandiri

e. Frekuensi laporan

Setiap bulan

f. Alat dan Bahan

Selimut dan topi bayi, kohort ibu, formulir pelaporan IMD

g. Mekanisme pelaporan

- 1) Mencatat seluruh bayi baru lahir dan menentukan kategori IMD atau tidak IMD ke dalam kohort bayi
- 2) Merekap jumlah bayi baru lahir dan kategori IMD
- 3) Menghitung persentase bayi baru lahir hidup melakukan IMD terhadap jumlah bayi baru lahir hidup yang ada.



## Cakupan Balita Yang Ditimbang Berat Badannya (D/S)

### a. Latar Belakang

Balita yang ditimbang berat badannya menggambarkan tingkat keberlangsungan pemantauan pertumbuhan sebagai bentuk partisipasi masyarakat sekaligus menilai kinerja tenaga kesehatan dalam mengedukasi masyarakat untuk melakukan pemantauan pertumbuhan

### b. Definisi Operasional

- 1) Balita adalah anak yang berumur di bawah 5 tahun (0-59 bulan 29 hari)
- 2) S Balita adalah jumlah seluruh sasaran (S) balita yang ada di suatu wilayah.
- 3) D Balita adalah jumlah balita yang ditimbang (D) di suatu wilayah.
- 4) Persentase D/S adalah jumlah balita yang ditimbang terhadap balita yang ada dikali 100%.

### c. Ukuran Indikator

Kinerja penimbangan balita yang ditimbang berat badannya dinilai baik bila persentase D/S setiap bulannya sesuai target

Rumus:

$$\text{Persentase Balita ditimbang} = \frac{\text{Jumlah balita ditimbang di suatu wilayah}}{\text{Jumlah Balita yang ada}} \times 100\%$$

### d. Sumber data

Sistem Informasi Posyandu (SIP), register penimbangan, Buku KIA/KMS balita

### e. Frekuensi laporan

Setiap bulan

### f. Alat dan Bahan

Timbangan berat badan, buku KIA, kohort bayi, kohort balita dan anak prasekolah, formulir SIP

### g. Mekanisme pelaporan

- 1) Mencatat seluruh sasaran balita yang ada di satu wilayah
- 2) Mencatat hasil penimbangan kedalam buku KIA/KMS, register, kohort bayi, kohort balita dan anak prasekolah

- 3) Hasil penimbangan anak di Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) atau tempat penimbangan lainnya dicatat di Posyandu asal atau Posyandu dimana PAUD berada.
  - 4) Merekap jumlah balita yang melakukan penimbangan
  - 5) Menghitung persentase balita yang melakukan penimbangan terhadap jumlah balita yang ada.
9. Cakupan Balita mempunyai Buku Kesehatan Ibu Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS);
- a. Latar Belakang

KMS digunakan sebagai media untuk merekam pemantauan pertumbuhan anak. Sebaiknya seluruh balita mempunyai KMS didalam buku KIA agar dapat terus diikuti pertumbuhannya dari waktu ke waktu.
  - b. Definisi Operasional
    - 1) Balita adalah anak yang berumur di bawah 5 tahun (0-59 bulan 29 hari).
    - 2) Buku KIA adalah buku yang berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi dan anak balita) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu serta grafik pertumbuhan anak yang dapat dipantau setiap bulan.
    - 3) Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur yang dibedakan berdasarkan jenis kelamin. KMS digunakan untuk mencatat berat badan, memantau pertumbuhan balita setiap bulan dan sebagai media penyuluhan gizi dan kesehatan.
    - 4) Persentase balita mempunyai Buku KIA/KMS adalah jumlah balita mempunyai Buku KIA/KMS terhadap jumlah balita yang ada dikali 100%.
  - c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika persentase balita mempunyai Buku KIA/KMS sesuai dengan target.

Rumus:

$$\text{Persentase Balita mempunyai buku KIA/KMS} = \frac{\text{Jumlah balita mempunyai buku KIA/KMS}}{\text{Jumlah seluruh balita yang ada}} \times 100\%$$

d. Sumber data

Sistem Informasi Posyandu (SIP), register penimbangan dan lain-lain.

e. Frekuensi laporan

Setiap bulan

f. Alat dan Bahan

Formulir monitoring dan evaluasi

g. Mekanisme pelaporan

- 1) Mencatat seluruh sasaran balita yang ada di satu wilayah
- 2) Mencatat balita yang tidak memiliki buku KIA/KMS
- 3) Merekap jumlah balita yang memiliki buku KIA/KMS
- 4) Menghitung persentase balita yang mempunyai buku KIA/KMS terhadap jumlah balita yang ada.

10. Cakupan Balita ditimbang yang Naik Berat Badannya (N/D)

a. Latar Belakang

Pemantauan pertumbuhan yang dilakukan setiap bulan dapat memberikan gambaran tingkat keberhasilan program dalam kegiatan upaya perbaikan gizi masyarakat di posyandu melalui informasi persentase balita yang naik berat badannya.

b. Definisi Operasional

- 1) Balita adalah anak yang berumur di bawah 5 tahun (0-59 bulan 29 hari)
- 2) Balita ditimbang (D) adalah anak umur 0-59 bulan 29 hari yang ditimbang.
- 3) Berat badan naik (N) adalah hasil penimbangan berat badan dengan grafik berat badan mengikuti garis pertumbuhan atau kenaikan berat badan sama dengan kenaikan berat badan minimum atau lebih. Kenaikan berat badan ditentukan dengan membandingkan hasil penimbangan bulan ini dengan bulan lalu.



- 4) Balita tidak ditimbang bulan lalu (O) adalah balita yang tidak memiliki catatan hasil penimbangan bulan lalu
- 5) Balita baru (B) adalah balita yang baru datang ke posyandu dan tidak terdaftar sebelumnya.
- 6) Persentase balita ditimbang yang naik berat badannya adalah jumlah balita yang naik berat badannya terhadap jumlah balita yang ditimbang dikurangi balita tidak ditimbang bulan lalu dan balita baru dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika persentase balita ditimbang yang naik berat badannya sesuai dengan target.

Rumus:

$$\text{Persentase balita tidak naik Berat badannya} = \frac{\text{Jumlah balita naik berat badannya}}{\text{Jumlah seluruh balita yang ditimbang} - (\text{balita tidak ditimbang bulan lalu} + \text{balita baru})} \times 100\%$$

d. Sumber Data

Sistem Informasi Posyandu (SIP), register penimbangan, kohort bayi, kohort balita dan anak prasekolah, buku KIA/KMS

e. Frekuensi Laporan

Setiapbulan

f. Alat dan Bahan

Formulir monitoring dan evaluasi

g. Mekanisme pelaporan

- 1) Mencatat seluruh sasaran balita yang ditimbang dan balita yang naik berat badannya dibandingkan dengan penimbangan bulan lalu
- 2) Mencatat jumlah balita baru dan balita yang tidak ditimbang bulan lalu
- 3) Menghitung jumlah balita yang ditimbang bulan ini dikurangi dengan balita baru dan balita yang tidak ditimbang bulan lalu
- 4) Menghitung persentase balita yang naik berat badannya.

## Cakupan Balita Ditimbang yang Tidak Naik Berat Badannya Dua Kali Berturut-Turut (2T/D)

### a. Latar Belakang

Balita yang tidak naik berat badannya selama 2 bulan berturut-turut harus segera dirujuk ke puskesmas untuk mendapat pemeriksaan lanjut. Setelah diketahui penyebabnya maka tenaga kesehatan akan memberikan intervensi yang sesuai.

### b. Definisi Operasional

- 1) Balita adalah anak yang berumur di bawah 5 tahun (0-59 bulan 29 hari)
- 2) Balita ditimbang (D) adalah anak umur 0-59 bulan 29 hari yang ditimbang diseluruh Posyandu yang melapor di suatu wilayah pada periode tertentu.
- 3) Balita tidak ditimbang bulan lalu (O) adalah balita yang tidak memiliki catatan hasil penimbangan bulan lalu
- 4) Balita baru (B) adalah balita yang baru datang ke posyandu dan tidak terdaftar sebelumnya.
- 5) Tidak naik berat badannya (T) adalah hasil penimbangan berat badan dengan grafik berat badan mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau kenaikan berat badan kurang dari kenaikan berat badan minimum.
- 7) Balita 2T adalah balita tidak naik berat badannya dua kali berturut-turut dalam 2 bulan.
- 6) Persentase balita 2T adalah jumlah balita 2T terhadap jumlah balita yang ditimbang dikurangi balita tidak ditimbang bulan lalu dan balita baru dikali 100%.

### c. Ukuran Indikator

Masalah balita yang tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut dinilai rendah apabila persentase dibawah target

Rumus:

$$\text{Persentase balita tidak naik Berat badannya} = \frac{\text{Jumlah balita tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut}}{\text{Jumlah seluruh balita yang ditimbang - (balita tidak ditimbang bulan lalu + balita baru)}} \times 100\%$$

d. *Sumber Data*

Sistem Informasi Pseyandu (SIP), register penimbangan, kohort  
day, kohort balita dan anak prasekolah, Buku KIA

e. *Frekuensi Laporan*

Setiap bulan

f. *Alat dan Bahan*

Formulir monitoring dan evaluasi

g. *Mekanisme pelaporan*

- 1) Mencatat seluruh sasaran balita yang ditimbang
- 2) Mencatat balita yang tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut dibandingkan dengan penimbangan bulan lalu
- 3) Mencatat jumlah balita baru dan balita yang tidak ditimbang bulan lalu
- 4) Menghitung jumlah balita yang ditimbang bulan ini dikurangi balita baru dan balita yang tidak ditimbang bulan lalu
- 5) Menghitung persentase balita yang tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut.



Catatan Formulir Rekapitulasi Pemantauan Pertumbuhan Balita

No	Nama Bayi	Lingkar leher	KMS	Januari			Februari			Maret			April						
				umur (bulan)	berat	tinggi	Naik/Tidak Naik	umur (bulan)	berat	tinggi	Naik/Tidak Naik	umur (bulan)	berat	tinggi	Naik/Tidak Naik	umur (bulan)	berat	tinggi	Naik/Tidak Naik
1	cecil		ada	10	7,5	71,5	Naik	11	7,6		Ya	12	7,2		27	8		Naik	
2	iron		ada	24	11	86	Naik	25			Ya	26	12,5		Naik	27		Naik	
3	dian		TA	19	10,5	81	T	20	11,5		Ya	21	11,5		Naik	22	12		Naik
4	reit		ada	18	10	80,5	Naik	19	10,8		Ya	20	12		Naik	21	13,5		Naik
5	veronik		TA	45	15	100,5	Naik	46	16,5		Ya	47	17,5		Naik	48	18		Naik
6	lil		ada	36	14	98	Naik	37	14		Ya	38	14,5		Naik	39	14,5		TD
7	albert		ada	5	7,5	66	Naik	6			TD	7			TD	8			TD
8	sonu		ada	7	8,5	70	Naik	8	9,5		Ya	9			TD	10	9,5		O
9	adam		ada	15	10,5	80	Baru	16	10,5	80	Ya	16	10,5		T	17	12		Naik
10	rica		TA									4	7,5	64	Baru	5	8,5		Naik

Keterangan:

TA = Tidak Ada, T = Tidak Naik, TD = Tidak Datang

Bulan	B	K	D	N	O	B	D'	(D'-D-(O+B))	2T	D/S	K/S	M/D'	2T/D'
Januari	8	6	8	7	0	0	8	8	0	100,0	75,0	87,5	0,0
Februari	9	7	8	5	0	1	7	7	0	88,9	77,8	71,4	0,0
Maret	10	7	8	5	0	1	7	7	1	80,0	70,0	71,4	14,3
April	10	7	8	6	1	0	8	8	0	90,0	70,0	75,0	0,0

12. Cakupan balita 6-59 bulan mendapat kapsul Vitamin A

a. Latar Belakang

Vitamin A merupakan zat gizi esensial yang dibutuhkan oleh tubuh dan asupan vitamin A dari makanan sehari-hari umumnya masih kurang. Kekurangan Vitamin A (KVA) di dalam tubuh yang berlangsung lama menimbulkan berbagai masalah kesehatan yang berdampak pada meningkatnya risiko kesakitan dan kematian. Mempertahankan status vitamin A pada bayi dan anak balita dapat mengurangi masalah kesehatan masyarakat seperti kecacingan dan campak.

b. Definisi Operasional

- 1) Bayi umur 6-11 bulan adalah bayi umur 6-11 bulan yang ada di suatu wilayah kabupaten/kota
- 2) Balita umur 12-59 bulan adalah balita umur 12-59 bulan yang ada di suatu wilayah kabupaten/kota
- 3) Balita 6-59 bulan adalah balita umur 6-59 bulan yang ada di suatu wilayah kabupaten/kota
- 4) Kapsul vitamin A adalah kapsul yang mengandung vitamin A dosis tinggi, yaitu 100.000 Satuan Internasional (SI) untuk bayi umur 6-11 bulan dan 200.000 SI untuk anak balita 12-59 bulan
- 5) Persentase balita mendapat kapsul vitamin A adalah jumlah bayi 6-11 bulan ditambah jumlah balita 12-59 bulan yang mendapat 1 (satu) kapsul vitamin A pada periode 6 (enam) bulan terhadap jumlah seluruh balita 6-59 bulan dikali 100%.

c. Ukuran indikator:

Kinerja dinilai baik jika persentase balita 6-59 bulan mendapat Vitamin A sesuai target

Rumus:

$$\text{Persentase Balita 6-59 Bulan Mendapat Kapsul Vitamin A} = \frac{\text{Jumlah bayi 6-11 bulan} + \text{balita 12-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A}}{\text{Jumlah balita 6-59 bulan}} \times 100\%$$

d. Sumber data:

Laporan pemberian kapsul Vitamin A untuk balita pada bulan Februari dan Agustus, serta laporan LB3 SP2TP

Frekuensi laporan:

Setiap 6 bulan (bulan Februari dan Agustus)

Data tahunan menggabungkan data cakupan bayi umur 6 - 11 bulan yang mendapat vitamin A di bulan Februari dan Agustus, sedangkan data cakupan balita umur 12 - 59 bulan yang mendapat vitamin A menggunakan data bulan Agustus.

Alat dan Bahan:

Formulir pencatatan pendistribusian kapsul Vitamin A dan formulir laporan yang sudah ada.

Mekanisme pelaporan

- 1) Mencatat balita yang mendapat Vitamin A
- 2) Merekap balita yang menerima Vitamin A berdasarkan kelompok umur
- 3) Menghitung persentase balita yang mendapat vitamin

Cakupan ibu nifas mendapat kapsul Vitamin A

a. Latar belakang

Ibu nifas membutuhkan vitamin A karena pada saat proses melahirkan telah kehilangan sejumlah darah sehingga berisiko mengalami kekurangan vitamin A. Pemberian vitamin A dapat membantu menurunkan angka kematian pada ibu dan bayi, mengurangi penyakit infeksi paska persalinan, mempercepat proses pemulihan dan mencegah anemia.

b. Definisi Operasional

- 1) Ibu nifas adalah ibu baru melahirkan sampai hari ke-42.
- 2) Ibu nifas mendapat kapsul Vitamin A adalah ibu nifas mendapat 2 kapsul vitamin A, satu kapsul diberikan segera setelah melahirkan dan kapsul kedua diberikan minimal 24 jam setelah pemberian pertama.
- 3) Kapsul Vitamin A untuk ibu nifas adalah kapsul yang mengandung vitamin A dosis 200.000 Satuan Internasional (SI).
- 4) Persentase ibu nifas mendapat kapsul vitamin A adalah jumlah ibu nifas yang mendapat kapsul vitamin A terhadap jumlah ibu nifas yang ada dikali 100%.



c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik jika presentase ibu nifas mendapat dua kapsul vitamin A sesuai target. Presentase ibu nifas mendapat kapsul Vitamin A

Rumus:

$$\text{Persentase Ibu nifas dapat kapsul vit. A} = \frac{\text{Jumlah Ibu nifas dapat kapsul vit. A}}{\text{Jumlah seluruh ibu nifas}} \times 100\%$$

d. Sumber Data

Laporan Monitoring Puskesmas: LB 3 Ibu/Gizi (SP2TP)

e. Data yang dikumpulkan

Jumlah ibu nifas yang ada di wilayah tertentu, jumlah ibu nifas yang mendapat kapsul vitamin A

f. Frekuensi Laporan

Setiap bulan

g. Mekanisme pelaporan

- 1) Mencatat seluruh ibu nifas
- 2) Mencatat ibu nifas yang saat bersalin mendapat Vitamin A dan jumlah vitamin A yang didapat
- 3) Menghitung persentase ibu nifas yang mendapat vitamin A

14. Cakupan Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Beriodium

a. Latar belakang

Zat iodium berfungsi untuk membantu tubuh memproduksi hormon tiroid. Hormone tiroid berfungsi mengatur keberlangsungan proses metabolisme tubuh dan fungsi organ lainnya. Umumnya asupan makanan sumber iodium di masyarakat masih rendah, sehingga untuk mencegah defisiensi iodium, WHO menganjurkan fortifikasi pada garam yang digunakan untuk bumbu masakan di rumah tangga.

b. Definisi Operasional

- 1) Garam konsumsi beriodium adalah produk bahan makanan yang komponen utamanya Natrium Klorida (NaCl) dengan penambahan Kalium Iodat (KIO<sub>3</sub>).

- 2) Alat Tes Cepat Garam Beriodium (larutan uji garam beriodium) adalah larutan yang digunakan untuk menguji kandungan Iodium dalam garam secara kualitatif yang dapat membedakan ada/tidaknya Iodium dalam garam melalui perubahan warna menjadi ungu.
- 3) Rumah tangga yang mengonsumsi garam beriodium adalah seluruh anggota rumah tangga yang mengonsumsi garam beriodium.
- 4) Persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam beriodium adalah jumlah rumah tangga yang mengonsumsi garam beriodium terhadap jumlah seluruh rumah tangga yang diperiksa dikali 100%.

c. Ukuran Indikator

Kinerja dinilai baik, jika persentase rumah tangga mengonsumsi garam beriodium sesuai target.

Rumus:

$$\text{Persentase rumah tangga mengonsumsi garam beriodium} = \frac{\text{Jumlah rumah tangga yang mengonsumsi garam beriodium}}{\text{Jumlah rumah tangga yang diperiksa}} \times 100\%$$

d. Unit Pengamatan

Rumah tangga

e. Sumber Data

Hasil pemantauan konsumsi garam beriodium

f. Unit analisis:

Kabupaten/Kota

g. Metode:

Pemeriksaan garam dengan menggunakan alat tes cepat garam beriodium yang dilakukan di rumah tangga.

h. Frekuensi Pelaporan

Minimal 1 (satu) kali dalam setahun. Dilaporkan pada bulan Februari atau Agustus menggunakan formulir F6 (6 bulanan)

i. Sumber data:

Hasil pemantauan konsumsi garam beriodium

j. Alat dan Bahan:

- 1) SNI 3556: 2010 tentang garam konsumsi beriodium

- 2) Buku pedoman pelaksanaan pemantauan garam beriodium di tingkat masyarakat (Direktorat Gizi Masyarakat, 2010), larutan uji garam beriodium, formulir survei dan format pelaporan

## 15 Cakupan Kasus Balita Gizi Buruk yang Mendapat Perawatan

### a. Latar Belakang

Gizi buruk secara langsung disebabkan karena kekurangan asupan dan adanya penyakit infeksi. Gizi buruk yang berlangsung lama akan menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. Berdasarkan Permenkes Nomor 347/Menkes/IV/2008 semakin aktif surveilans gizi, maka semakin banyak kasus yang ditemukan dan ditujuk, karena setiap gizi buruk yang ditemukan harus segera mendapat perawatan. Indikator ini untuk melihat kinerja akses pelayanan kesehatan.

### b. Definisi Operasional

- 1) Balita adalah anak yang berumur di bawah 5 tahun (0-59 bulan 29 hari).
- 2) Kasus balita gizi buruk adalah balita dengan tanda klinis gizi buruk dan atau indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dengan nilai Z-score kurang dari -3 SD.
- 3) Kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan adalah balita gizi buruk yang dirawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai dengan tata laksana gizi buruk.
- 4) Persentase kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan adalah jumlah kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan terhadap jumlah kasus balita gizi buruk yang ditemukan di suatu wilayah pada periode tertentu dikali 100%.

### c. Ukuran Indikator

Kinerja penanganan kasus balita gizi buruk dinilai baik jika seluruh balita gizi buruk yang ditemukan mendapat perawatan.



Rumus:

$$\text{Persentase Kasus balita Gizi Buruk yang Mendapat Perawatan} = \frac{\text{Jumlah kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah kasus balita gizi buruk yang ditemukan di suatu wilayah}} \times 100\%$$

d. Sumber Data/Informasi

- 1) Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas
- 2) Sistem Pencatatan dan Pelaporan Dinkes Kabupaten/Kota
- 3) Sistem Pencatatan dan Pelaporan Rumah Sakit

e. Data yang dikumpulkan

- 1) Jumlah kasus balita gizi buruk yang baru ditemukan pada bulan ini
- 2) Jumlah kasus balita gizi buruk baru ditemukan yang dirawat bulan ini baik rawat jalan atau rawat inap
- 3) Jumlah kasus balita gizi buruk baru ditemukan yang membaik atau sembuh
- 4) Jumlah kasus balita gizi buruk baru ditemukan yang meninggal

Kasus balita gizi buruk membaik adalah apabila kasus gizi buruk yang dirawat menunjukkan perbaikan ke arah peningkatan status gizi berdasarkan indeks BB/PB atau BB/TB dari nilai Z-score < -3SD menjadi  $\geq$  -3SD, nafsu makan baik dan/atau berkurangnya tanda klinis dan komplikasi gizi buruk

Kasus balita gizi buruk sembuh adalah apabila kasus gizi buruk yang dirawat menunjukkan perbaikan ke arah peningkatan status gizi berdasarkan indeks BB/PB atau BB/TB dari nilai Z-score < -3SD menjadi  $>$  -2 SD dan tidak ada gejala klinis gizi buruk

f. Frekuensi Pengamatan

Setiap saat termasuk hasil investigasi Kejadian Luar Biasa (KLB) gizi buruk

g. Frekuensi Laporan

Laporan kasus setiap saat dan rekapitulasi dilakukan setiap bulan

h. Alat dan Bahan

- 1) Timbangan berat badan
- 2) Alat ukur panjang badan dan tinggi badan
- 3) Tabel indeks BB/PB atau BB/TB sesuai jenis kelamin berdasarkan Standar Antropometri Penilaian Status Gizi

Anak (Kepmenkes Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tanggal 30 Desember 2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak)

- 4) Bagan Tatalaksana Gizi Buruk (Buku I)
- 5) Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk (Buku II)
- 6) Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk

i. Mekanisme Pelaporan

- 1) Mencatat kasus gizi buruk yang ditemukan baik di puskesmas, posyandu maupun laporan masyarakat kemudian dilakukan konfirmasi oleh puskesmas
- 2) Kasus gizi buruk yang ditemukan segera ditangani dengan jenis perawatan yang sesuai atau dirujuk
- 3) Mencatat kasus balita yang ditangani/dirawat tersebut
- 4) Kasus yang dilaporkan pada bulan Januari adalah kasus yang ditemukan pada bulan tersebut, sehingga kasus yang ditemukan pada bulan lalu (Desember tahun sebelumnya) tidak dilaporkan kembali. Namun tetap ada dalam catatan penanganan kasus.
- 5) Menghitung persentase kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan terhadap kasus gizi buruk yang ditemukan

Contoh pencatatan rekapitulasi kasus balita gizi buruk. Laporan kasus balita gizi buruk dari Puskesmas Sukmajaya tahun 2018 sebagai berikut:

- Bulan Januari ditemukan ada 8 kasus, dan hanya 3 kasus yang mendapat perawatan.
- Bulan Februari ada 5 kasus dan ada 6 kasus yang mendapat perawatan. Kasus meninggal pada bulan ini ada 1 orang dan kasus yang membaik ada 1 orang
- Bulan Maret tidak ada kasus yang ditemukan namun ada 2 kasus yang mendapat perawatan dan ada 2 kasus membaik
- Bulan April ditemukan ada 2 kasus dan ada 4 kasus mendapat perawatan
- Bulan Mei tidak ditemukan kasus namun ada 1 kasus meninggal dan ada 2 kasus membaik

- Bulan Juni tidak ada kasus ditemukan namun ada 3 kasus membaik
- Bulan Juli ada 3 kasus ditemukan dan ada 2 kasus yang mendapat perawatan, sebanyak 5 kasus membaik
- Bulan Agustus ada 2 kasus ditemukan dan ada 3 kasus yang mendapat perawatan, Sebanyak 2 kasus membaik
- Bulan September ada 1 kasus ditemukan dan langsung mendapat perawatan, Bulan ini ada 1 kasus meninggal
- Bulan Oktober ada 2 kasus ditemukan dan 1 kasus mendapat perawatan, Sebanyak 2 kasus membaik
- Bulan November ada 4 kasus dan 2 kasus mendapat perawatan, Sebanyak 3 kasus membaik
- Bulan Desember ada 1 kasus dan ada 2 kasus yang mendapat perawatan, Bulan ini ada 1 kasus meninggal

Contoh rekapitulasi dari bulan Januari sampai Desember tahun 2018 dan persentase kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan adalah sebagai berikut:









Keberhasilan dalam pelaksanaan teknis surveilans gizi di suatu wilayah dapat dipantau dan dievaluasi berdasarkan:

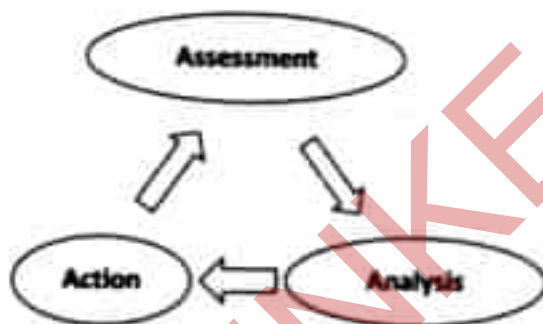
1. Indikator *Input*
  - a. Adanya tenaga manajemen data gizi yang meliputi pengumpul data dari laporan rutin atau survei khusus, pengolah dan analisis data serta penyaji informasi
  - b. Tersedianya instrumen pengumpulan dan pengolahan data
  - c. Tersedianya sarana dan prasarana pengolahan data
  - d. Tersedianya biaya operasional surveilans gizi
2. Indikator Proses
  - a. Adanya proses pengumpulan data
  - b. Adanya proses analisis data
  - c. Adanya tindakan berdasarkan informasi surveilans (laporan dan umpan balik, sosialisasi atau advokasi hasil surveilans gizi)
3. Indikator *Output*
  - a. Adanya perencanaan berbasis bukti
  - b. Terlaksananya advokasi kepada pemangku kepentingan



### BAB III PELAKSANAAN TEKNIS SURVEILANS GIZI

#### A. Konsep Surveilans Gizi

Kegiatan yang harus dilakukan dalam pelaksanaan teknis Surveilans Gizi yaitu pengkajian (*assessment*), analisis (*analysis*) dan respon (*action*) yang merupakan suatu siklus. Sistem Surveilans Gizi adalah alat untuk menghasilkan informasi yang sangat membantu dalam formulasi, modifikasi dan aplikasi kebijakan gizi disuatu wilayah. Surveilans mencakup informasi tentang pengaruh pola konsumsi gizi dan status gizi, oleh karena itu didalam analisis Surveilans Gizi juga membutuhkan informasi terkait faktor ekonomi, sosial budaya dan biologis.



Gambar 4: Lingkaran 3A Penanggulangan Masalah Gizi

Sumber: World Health Organization (WHO), 2013

Berdasarkan gambar 4 dijelaskan fungsi Surveilans Gizi dalam menanggulangi masalah gizi ada 3 langkah yaitu pengkajian (*assessment*), analisis (*analysis*) dan respon (*action*).

1. *Assessment* atau pengkajian adalah kegiatan pengumpulan dan pengolahan data mengenai situasi gizi populasi di suatu wilayah.
2. *Analysis* atau analisis adalah kegiatan menganalisis determinan masalah gizi termasuk penyebab langsung, tidak langsung dan mendasar. Analisis ini disajikan dalam bentuk informasi yang digunakan untuk diseminasi dan advokasi.
3. *Action* atau respon adalah tindakan yang didasari oleh hasil analisis dan sumber daya yang tersedia. Hasil analisis menjadi dasar perumusan kebijakan, pengambil keputusan, dan perencanaan program.

## B. Penerapan Surveilans Gizi

### 1. Peramalan

Implementasi dari hasil Surveilans Gizi diawali dengan sebuah proses yang dinamakan peramalan. Selanjutnya dilakukan pemantauan, dan analisis situasi. Peramalan dan pemantauan situasi ini disebut sebagai Sistem Informasi Dini (SID). Program pangan dan gizi yang ditetapkan kemudian dilaksanakan sekaligus kewaspadaan (pemantauan) untuk tindakan segera dan pencegahan memburuknya situasi. Contoh dari Sistem Informasi Dini (SID):

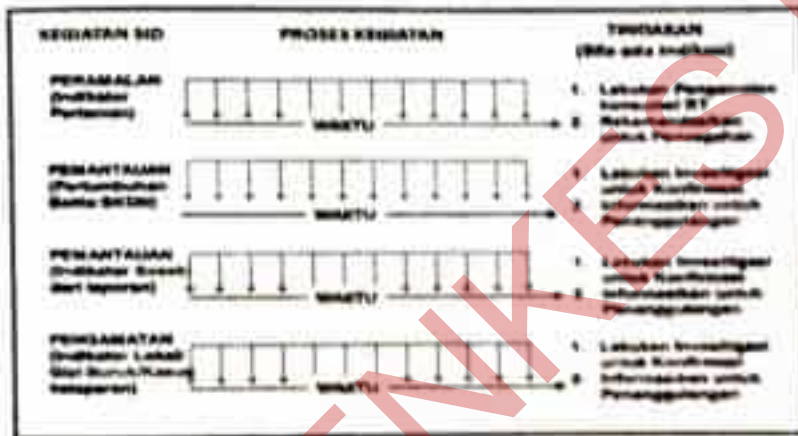
- a. Kegiatan SID berupa pemantauan atas situasi di suatu wilayah atau kelompok masyarakat dengan menggunakan indikator pertanian. Kegiatan yang dilakukan adalah pemantauan luas tanam, luas panen, luas kerusakan lahan pertanian, atau perubahan jumlah produksi pangan, apakah terjadi adanya eskalasi perubahan yang berpotensi menimbulkan kerawanan pangan atau tidak. Rekomendasi dari kegiatan pemantauan indikator pertanian ini adalah untuk melakukan pencegahan apabila terjadi kondisi yang berpotensi menimbulkan masalah.
- b. Kegiatan pemantauan pertumbuhan anak balita yang berbasis data hasil penimbangan bulanan (data SKDN: S = seluruh balita yang terdaftar, K = balita yang memiliki Buku KIA/Kartu Menuju Sehat, D = balita yang ditimbang, N = balita yang naik berat badannya), dengan melakukan konfirmasi. Idealnya, seluruh balita yang terdaftar memiliki KMS, setiap bulan seluruhnya ditimbang, dan berat badannya naik. Rekomendasinya adalah informasi untuk pencegahan dan penanggulangan, jika kondisi ideal tidak tercapai, atau ambang batas yang disepakati tidak tercapai. Jika didapatkan balita dengan berat badan dibawah garis merah pada KMS (BGM), perlu dilakukan konfirmasi oleh petugas puskesmas, dengan menggunakan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Hal ini untuk menentukan apakah kasus tersebut termasuk kategori gizi buruk yang perlu dirawat atau tidak.
- c. Pemantauan indikator sosial ekonomi didasarkan kepada laporan regular instansi terkait, dengan melakukan konfirmasi. Indikator yang dapat dikumpulkan antara lain adalah perubahan tingkat daya beli masyarakat, khususnya untuk



bahan pangan. Rekomendasinya adalah informasi dan langkah-langkah alternatif untuk penanggulangan.

- d. Pemantauan indikator lokal seperti kasus gizi buruk pada balita dan kelaparan dengan melakukan konfirmasi. Untuk indikator kemiskinan, kegiatan yang dilakukan adalah pemantauan konsumsi makanan rumah tangga, apakah terjadi penurunan tingkat asupan gizi atau perubahan pola makan masyarakat setempat. Frekuensi makan juga dapat dijadikan sebagai indikator pemantauan sebagai indikator lokal. Rekomendasinya adalah informasi untuk penanggulangan.

Secara diagramatik kegiatan peramalan serta penerapan sistem informasi dini, dapat dilihat pada Gambar 5 dan Gambar 6.



Gambar 5:

Diagram Pelaksanaan Sistem Informasi Dini dalam Surveilans Gizi  
Sumber: Abas Basuni Jahari



Gambar 6:

Diagram Sistem Informasi Dini dalam Implementasi Surveilans Gizi  
Sumber: Abas Basuni Jahari



Dalam gambar 6 di atas ditunjukkan keterkaitan antara kegiatan analisis situasi pangan dan gizi dan kegiatan pemantauan/peramalan status gizi dan pemanfaatan informasinya untuk perumusan kebijakan, perencanaan, dan evaluasi upaya perbaikan gizi masyarakat yang dilakukan secara berkala dan terus menerus. Hasil analisis situasi pangan dan gizi dijadikan dasar untuk merumuskan kebijakan, perencanaan, dan evaluasi upaya perbaikan gizi. Selanjutnya dalam penerapan kebijakan dan upaya perbaikan gizi dilakukan pengawalan oleh kegiatan pemantauan status gizi agar indikasi akan terjadinya masalah gizi dapat segera dideteksi dan ditanggulangi. Dengan demikian upaya perbaikan gizi masyarakat dapat dikelola lebih baik sehingga keadaan gizi masyarakat pada waktu-waktu berikutnya akan menjadi lebih baik.

## 2. Analisis Situasi

### a. Diagram Analisis

Analisis situasi pangan dan gizi serta faktor-faktor penyebabnya, merupakan salah satu komponen penting dalam implementasi hasil Surveilans Gizi di suatu wilayah. Hasil analisis digunakan sebagai bahan rekomendasi untuk kebijakan dan perencanaan serta evaluasi program pangan dan gizi. Hasil analisis situasi bisa berupa Peta Masalah, Grafik, atau Tabel Angka.

Pada akhir tahun berjalan, dilakukan kembali analisis situasi pangan dan gizi serta faktor-faktor penyebabnya dengan menggunakan data yang tersedia selama kurun waktu tahun berjalan tersebut. Hasil analisis dijadikan bahan rekomendasi untuk penyesuaian kebijakan dan perencanaan ulang program pangan dan gizi periode selanjutnya. Demikian seterusnya, proses ini berulang-ulang merupakan siklus yang berkesinambungan dan seakan tanpa batas.



Gambar 7:

Diagram Analisis Situasi Pangan dan Gizi

### 1) Penyajian Hasil Analisis

Sesuai dengan tujuan Surveilans Gizi, maka analisis data harus dapat menyediakan informasi tentang:

- Besaran masalah saat ini, baik yang terkait dengan pengelolaan program gizi (indikator *input* dan proses)
- Besaran masalah yang terkait dengan indikator *output* dari pengelolaan program gizi
- Besaran masalah yang terkait dengan *outcome* (indikator status gizi)
- Kecenderungan (*trend*) dari indikator-indikator tersebut pada poin a, b, dan c
- Analisis hubungan berbagai situasi
- Analisis situasi masalah gizi untuk memahami karakteristik permasalahannya dan faktor-faktor atau penyebab yang terkait

Hasil-hasil dari analisis tersebut di atas harus disajikan dalam bentuk:

- Laporan atau publikasi rutin
- Peta besaran masalah
- Grafik yang menggambarkan kecenderungan dari indikator-indikator yang dipantau secara rutin dan teratur



Penyajian informasi Surveilans Gizi dapat dilakukan di tingkat desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota, provinsi dan pusat. Berikut ini adalah contoh penyajian informasi Surveilans Gizi terkait dengan besaran masalah.

2) Peta prevalensi masalah gizi balita

Contoh penyajian hasil analisis dapat dilihat pada Gambar 8, yang menyajikan situasi keadaan gizi balita di Kabupaten Bogor. Pada peta tersebut tampak gradasi warna sebagai tanda besaran masalah dan tingkat prioritas upaya penanggulangannya. Terdapat empat tingkat prioritas masalah dengan perbedaan warna, yaitu: warna abu-abu sebagai tingkat prioritas tertinggi, yang pada kasus ini meliputi empat kecamatan. Sedangkan prioritas tingkat kedua meliputi delapan kecamatan di wilayah selatan yang ditandai oleh warna merah. Penggunaan gradasi warna bisa menggunakan piranti lunak khusus atau manual.

Dengan memanfaatkan gradasi warna sebagai gambaran tingkat prioritas, maka pemerintah maupun lembaga terkait, dapat segera mengambil langkah-langkah alternatif penanganan masalah.



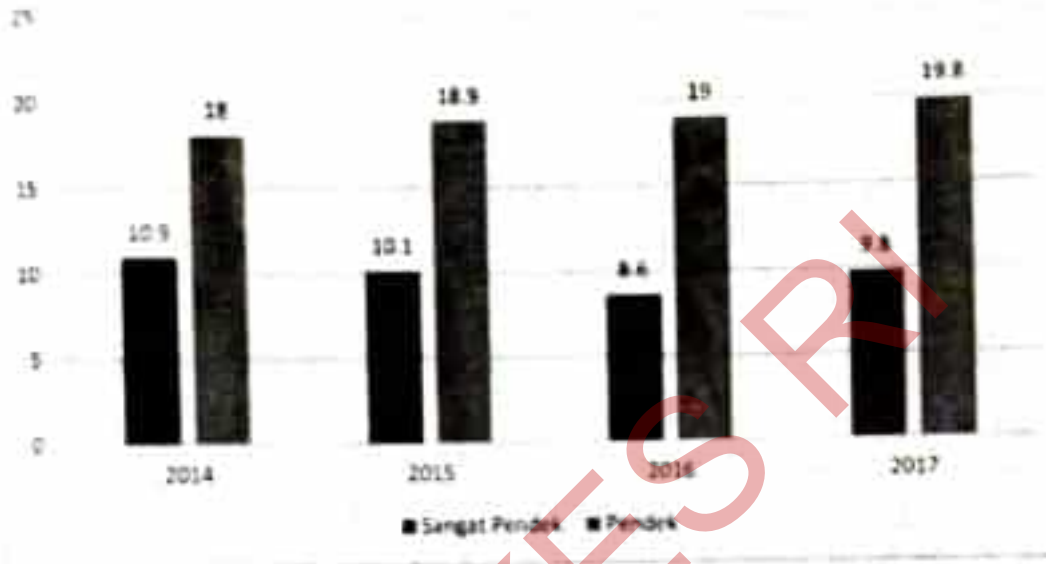
Gambar 8:

Peta Keadaan Gizi Balita di Kabupaten Bogor Tahun 2018



3) Grafik kecenderungan masalah gizi balita

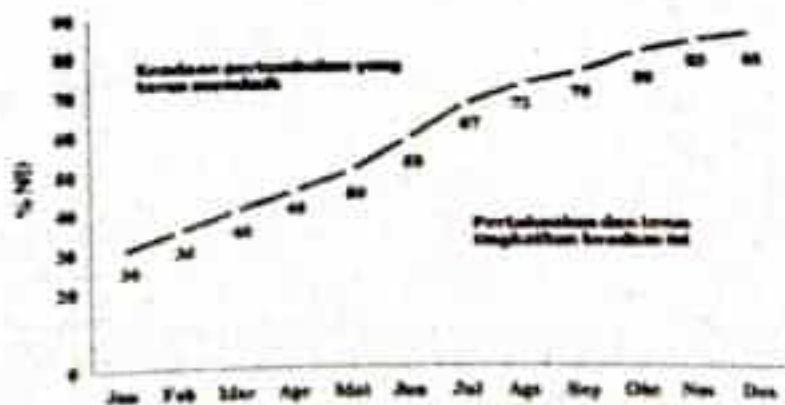
Gambaran masalah gizi juga dapat ditampilkan berupa grafik berdasarkan periode waktu, baik periode bulanan, tahunan, maupun periode tertentu sesuai dengan kebutuhan program. Gambar 9 dibawah ini menunjukkan kecenderungan angka prevalensi masalah gizi balita.



Gambar 9:  
Grafik Prevalensi Pendek dan Sangat Pendek pada Balita di Kabupaten Bandung Barat

Situasi kecenderungan masalah gizi dapat dibuat berdasarkan kategori status gizi, yaitu balita gizi kurang, balita pendek, dan balita kurus. Contoh kecenderungan seperti itu dapat dilihat pada Gambar 9, yang menampilkan data hasil Pemantauan Status Gizi tahun 2014-2017.

Pada gambar 10 disajikan contoh grafik perkembangan persentase balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D) di Posyandu.



Gambar 10:  
Grafik Persentase Balita yang Naik Berat Badan hasil Pemantauan Pertumbuhan Balita di Posyandu

Pada gambar 11 disajikan contoh grafik kecenderungan persentase partisipasi balita datang ke Posyandu (D/S).

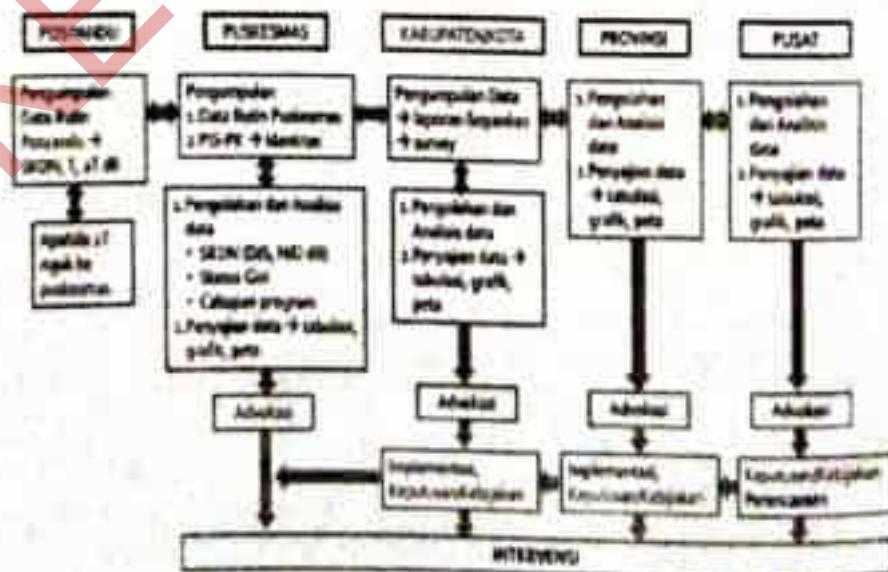


Gambar 11:  
Grafik Partisipasi pada Kegiatan Penimbangan Bulanan di Posyandu

### C. Tahap Pelaksanaan Teknis

Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi ditujukan kepada seluruh kelompok umur dalam siklus kehidupan, yaitu Anak Sekolah dan Remaja, WUS (Wanita Usia Subur), Ibu Hamil, Ibu Nifas, Ibu Menyusui, Bayi, Balita, Dewasa, dan Lanjut Usia.

Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi dilakukan mulai dari Posyandu, Puskesmas, kabupaten/kota, provinsi dan pusat. Tahapan Surveilans Gizi meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis data dan diseminasi informasi serta pemanfaatan data dengan alur seperti terlihat pada gambar 12.



Gambar 12:  
Tahapan Surveilans Gizi

## 1. Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi di Posyandu

Kegiatan Surveilans Gizi di Posyandu dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dengan melibatkan kader dalam pengumpulan, pengolahan dan analisis data serta diseminasi.

### a. Pengumpulan Data

- 1) Pencatatan hasil pelayanan di Posyandu melalui format yang tersedia yang disepakati oleh masing-masing daerah.
- 2) Pengisian data pada Buku KIA sesuai dengan pelayanan yang dilakukan seperti catatan kesehatan ibu hamil, catatan penimbangan, pengukuran panjang badan/tinggi badan, catatan imunisasi, catatan pemberian vitamin A, catatan nasehat pemenuhan gizi (IMD, ASI Eksklusif, PMBA) dan pemberian penyakit, catatan penyakit dan masalah pertumbuhan-perkembangan.
- 3) Dapat melakukan *entry* data hasil penimbangan kedalam aplikasi ePPGBM sesuai buku pedoman.

### b. Pengolahan dan Analisis Data

- 1) Rekapitulasi data hasil penimbangan yang meliputi data jumlah sasaran balita (S), jumlah balita mempunyai buku KIA/KMS (K), jumlah balita ditimbang (D), jumlah balita naik berat badannya (N), jumlah balita baru (B) dan balita yang tidak ditimbang bulan lalu (O) serta balita yang tidak naik berat badannya (2T).
- 2) Rekapitulasi data hasil pengukuran tinggi badan/panjang badan. Dalam upaya *early warning*, kader dapat dilatih untuk mengukur tinggi badan/panjang badan. Bila ada kelainan, dirujuk ke tenaga kesehatan.
- 3) Rekapitulasi hasil pelayanan gizi lainnya (balita mendapat vitamin A, ibu hamil mendapat TTD) dan perkembangan balita.
- 4) Menyediakan informasi kegiatan lain seperti pemberian makanan tambahan pada balita dan ibu hamil.
- 5) Membuat rekapan SKDN hasil penimbangan setiap bulan.



Tabel 11:

Contoh Rekapitan SKDN di Posyandu X Bulan Maret Tahun 2017

No	Uraian	Jumlah
1	Sasaran Balita (S)	100
2	Jumlah balita ditimbang (D)	90
3	Jumlah balita punya buku KIA/KMS (K)	98
4	Jumlah balita baru (B)	2
5	Jumlah balita tidak ditimbang bulan lalu (O)	5
4	Jumlah balita naik berat badannya (N)	70
6	Jumlah balita tidak naik berat badannya (T)	7
7	Jumlah balita tidak naik 2 kali berat badannya (2T)	6

- Dari 100 balita di posyandu X, masih ada sebanyak 2 balita yang belum mempunyai buku KIA/KMS. 2 balita tersebut merupakan balita yang baru saja ditimbang di posyandu tersebut.
- Hanya ada 90 balita yang ditimbang pada bulan Maret dan yang naik berat badannya sebanyak 70 balita dengan 2 balita baru ditimbang bulan ini dan 5 balita tidak ditimbang bulan lalu.
- Balita yang tidak naik 2 kali berat badannya ada 13 anak, terdiri dari 7 balita tidak naik dibandingkan bulan lalu dan 6 anak tidak naik 2 bulan berturut-turut. Namun seluruhnya sudah dirujuk ke puskesmas.

c. **Diseminasi**

- 1) Menyampaikan hasil kegiatan di Posyandu kepada kepala desa tembusan kepada kepala Puskesmas.
- 2) Diseminasi hasil surveilans gizi pada Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) Desa.

Setelah dilakukan tahapan pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Posyandu, selanjutnya dapat dilakukan tindak lanjut antara lain:

- a. Bersama tokoh masyarakat desa mengupayakan agar masyarakat mau berpartisipasi ke Posyandu.
- b. Kader wajib merujuk anak balita yang tidak naik berat badannya ke Puskesmas.

- c. Kader melakukan kunjungan rumah (*sweeping*) ke rumah tangga balita yang tidak hadir di Posyandu untuk menimbang sekaligus mengedukasi ibu balita tentang pentingnya melakukan pemantauan pertumbuhan setiap bulan dan pemantauan perkembangan setiap 3 atau 6 bulan (sesuai umur balita); serta melakukan investigasi kondisi keluarga tersebut didampingi oleh bidan di desa atau tenaga kesehatan Puskesmas.

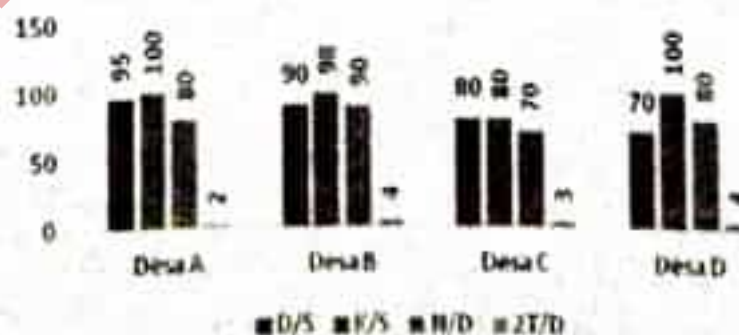
## 2. Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi di Puskesmas

### a. Pengumpulan Data

- 1) Pencatatan hasil pelayanan gizi di wilayah kerja Puskesmas (dalam dan luar gedung).
- 2) Rekapitulasi hasil penimbangan, pengukuran panjang badan/tinggi badan dan data lain (IMD, ASI Eksklusif, Vitamin A, TTD ibu hamil, TTD rematri) dari desa/kelurahan.
- 3) Memastikan ketersediaan suplementasi gizi.
- 4) Sinkronisasi data dengan pengelola Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan pengelola data program lain di puskesmas.
- 5) Melakukan *entry* data hasil penimbangan dan pengukuran kedalam aplikasi ePPGBM sesuai buku pedoman.

### b. Pengolahan dan Analisis Data

- 1) Membuat grafik persentase D/S, K/S, N/D dan 2T/D menurut desa/kelurahan setiap bulan seperti pada gambar 13.



Gambar 13:

Contoh Grafik Analisis SKDN Menurut Desa di Puskesmas Y,  
Bulan Maret Tahun 2017



- Cakupan D/S tertinggi di Desa A sedangkan yang terendah di Desa D. Di Desa D, ada beberapa rumah tangga yang sulit untuk akses ke Posyandu. Di Desa C sebagian besar ibu tidak ada waktu membawa anaknya ke posyandu karena harus bekerja ke ladang.
  - Di Desa C masih banyak yang belum mempunyai buku KIA/KMS.
  - Balita yang naik berat badannya di Desa D ada 80% namun hanya berasal dari 70% balita yang ditimbang.
  - Balita yang tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut terbanyak di Desa B dan Desa D.
- 2) Melakukan analisis data indikator kinerja gizi dengan menghubungkan indikator yang saling terkait, baik antar indikator gizi maupun indikator gizi dengan indikator program lain yang menjadi faktor risiko terjadinya masalah gizi seperti kejadian diare, campak dan kecacingan yang disajikan dengan membandingkan antar waktu dan antar tempat menurut desa/kelurahan.
  - 3) Melakukan konfirmasi data hasil kegiatan Posyandu/desa.
- c. Diseminasi
- 1) Kepala Puskesmas melakukan advokasi/umpan balik hasil surveilans gizi kepada kepala desa/lurah/kepala distrik, serta melaporkan ke kepala dinas kesehatan.
  - 2) Kepala Puskesmas menyampaikan analisis hasil Surveilans Gizi kepada kepala desa/lurah dan camat melalui lokakarya mini triwulan serta pada Musrenbang kecamatan, sebagai kesimpulan hasil lokakarya mini bulanan.

Setelah dilakukan tahapan pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Puskesmas, selanjutnya dapat dilakukan tindak lanjut antara lain:

- a. Pengelola gizi melakukan koordinasi dengan program lain, bidan di desa, kader dan aparat desa untuk:
  - 1) Meningkatkan partisipasi masyarakat ke Posyandu
  - 2) Pemenuhan suplementasi gizi di Posyandu/desa
  - 3) Pendampingan pada wilayah dengan D/S dan N/D rendah
  - 4) Edukasi gizi



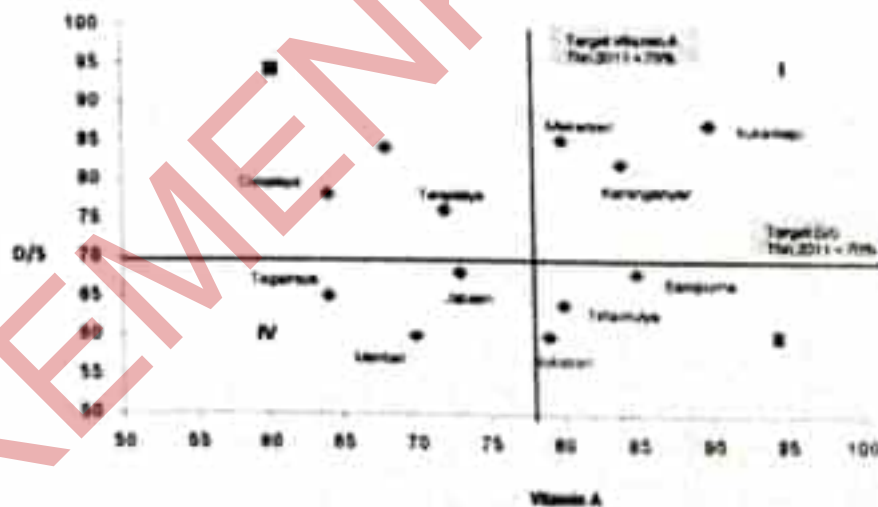
- b. Pengelola Program Gizi melakukan tindakan/respon cepat pada kasus rujukan balita tidak naik berat badannya atau balita yang mempunyai gejala klinis gizi buruk hasil laporan dari posyandu maupun masyarakat sesuai tugas pokok dan kemampuan puskesmas.
  - c. Melakukan penyelidikan epidemiologis apabila ditemukan balita dengan kasus gizi buruk.
  - d. Pengelola gizi melaporkan hasil Surveilans Gizi kepada kepala Puskesmas dan pengelola program lainnya.
  - e. Puskesmas dibawah koordinasi camat/lurah melakukan intervensi di posyandu/desa/keurahan, untuk menanggulangi masalah yang ditemukan berdasarkan analisis data Surveilans Gizi.
  - f. Perumusan kembali/penyesuaian kebijakan program yang sedang berjalan, diarahkan kepada upaya penanggulangan masalah yang ditemukan.
  - g. Membuat perencanaan intervensi untuk tahun anggaran berikutnya berdasarkan hasil Surveilans Gizi, melalui dana desa dan BOK.
  - h. Melakukan monitoring dan evaluasi Surveilans Gizi berbasis jaringan melalui Sigizi Terpadu.
3. Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Daerah Kabupaten/Kota
- a. Pengumpulan Data
    - 1) Rekapitulasi data Surveilans Gizi dari seluruh Puskesmas dan kecamatan di wilayah kerjanya pada periode waktu tertentu sesuai tujuan surveilans.
    - 2) Melakukan sinkronisasi data dengan pengelola PIS-PK, penanggung jawab data dan informasi serta penanggungjawab program terkait di dinas kesehatan.
    - 3) Kepala dinas kesehatan melakukan koordinasi dengan lintas sektor untuk melengkapi data dan informasi terkait dengan masalah, seperti luas tanam, luas panen, produksi, gagal panen, dan lain-lain.
  - b. Pengolahan dan Analisis Data
    - 1) Melakukan pemetaan situasi gizi untuk melihat gambaran situasi antar wilayah baik periode bulanan, triwulan, semesteran maupun tahunan, sehingga dapat menggambarkan besaran masalah gizi di kabupaten/kota tersebut.

Puskesmas	% Cakupan Distribusi Kapsul Vit A	% Cakupan D/S
Mentari	70	60
Tenjolaya	72	76
Karanganyar	84	82
Sukasari	79	60
Cimalaya	64	78
Jatiasri	73	68
Tegalraya	64	65
Sukmajaya	68	84
Mekarsari	80	85
Tirtamulya	80	64
Sukamaju	90	87
Sempurna	85	68

Tabel 12:

Contoh Cakupan Distribusi Kapsul Vitamin A dan D/S di Kabupaten X Tahun 2017

Berdasarkan contoh data pada tabel 12, disajikan kuadran antara indikator persentase D/S dengan cakupan vitamin A, sebagai berikut:



Gambar 14:

Contoh Grafik Distribusi Puskesmas menurut Kuadran Pencapaian D/S terhadap Cakupan Vitamin A Balita di Kabupaten X Tahun 2017

- Menganalisis faktor risiko terjadinya masalah gizi seperti prevalensi diare, campak, ISPA, gagal panen, tingkat kemiskinan, bencana alam, dan lain-lain.



c. **Diseminasi**

- 1) Umpan balik kepada Puskesmas.
- 2) Diseminasi hasil Surveilans Gizi pada Musrenbang kabupaten/kota dan advokasi kepada bupati/walikota.

Setelah dilakukan tahapan pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Daerah Kabupaten/Kota, selanjutnya dapat dilakukan tindak lanjut antara lain:

- a. Berdasarkan hasil analisis data Surveilans Gizi, dinas kesehatan bersama lintas sektor terkait melakukan intervensi penanggulangan masalah sesuai dengan rekomendasi yang disepakati.
- b. Perumusan kembali/penyesuaian kebijakan program yang sedang berjalan, diarahkan kepada upaya penanggulangan masalah yang ditemukan.
- c. Membuat perencanaan intervensi untuk tahun anggaran berikutnya berdasarkan hasil Surveilans Gizi, melalui dana APBD, BOK, maupun DAK.
- d. Melakukan monitoring dan evaluasi Surveilans Gizi berbasis jaringan melalui sigizi terpadu.

4. **Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Daerah Provinsi**

a. **Pengumpulan Data**

- 1) Rekapitulasi data Surveilans Gizi dari seluruh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota pada periode waktu tertentu sesuai tujuan surveilans.
- 2) Melakukan sinkronisasi data dengan pengelola PIS-PK, penanggung jawab data dan informasi serta penanggungjawab program terkait di dinas kesehatan.
- 3) Kepala dinas kesehatan melakukan koordinasi dengan lintas sektor untuk melengkapi data dan informasi terkait dengan masalah, seperti luas tanam, luas panen, produksi, gagal panen, penghasilan keluarga, dan lain-lain.

b. **Pengolahan dan Analisis Data**

- 1) Melakukan pemetaan situasi gizi untuk melihat gambaran situasi antar wilayah.
- 2) Melakukan analisis hubungan faktor penyebab terutama dengan sektor lain.



- 3) Menganalisis faktor risiko terjadinya masalah gizi seperti prevalensi diare, campak, ISPA, gagal panen, tingkat kemiskinan, bencana alam, dan lain-lain.
- c. Diseminasi
- 1) Umpan balik kepada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota dan Puskesmas.
  - 2) Diseminasi hasil surveilans gizi secara berkala kepada lintas sektor terkait dan melakukan advokasi kepada Gubernur.

Setelah dilakukan tahapan pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Provinsi, selanjutnya dapat dilakukan tindak lanjut antara lain:

- a. Berdasarkan hasil analisis data Surveilans Gizi, dinas kesehatan bersama lintas sektor terkait melakukan intervensi penanggulangan masalah sesuai dengan rekomendasi yang disepakati.
  - b. Perumusan kembali/penyesuaian kebijakan program yang sedang berjalan, diarahkan kepada upaya penanggulangan masalah yang ditemukan.
  - c. Membuat perencanaan intervensi untuk tahun anggaran berikutnya berdasarkan hasil surveilans gizi, melalui dana APBD, dana dekonsentrasi, atau anggaran lain yang tersedia.
  - d. Melakukan monitoring dan evaluasi Surveilans Gizi berbasis jaringan melalui Sigizi Terpadu.
5. Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Pusat
- a. Pengumpulan Data
    - 1) Kompilasi dan tabulasi data laporan Surveilans Gizi dari seluruh provinsi.
    - 2) Melakukan sinkronisasi data dengan pengelola PIS-PK, lintas program terkait, serta Pusat Data dan Informasi Kesehatan.
    - 3) Melakukan koordinasi dengan Badan Ketahanan Pangan dan Kementerian/Lembaga terkait untuk mengetahui determinan masalah yang ditemukan (luas tanam, gagal panen, tingkat pendapatan, pendidikan, dan lain-lain).
  - b. Pengolahan dan Analisis Data
    - 1) Mengkaji permasalahan gizi di seluruh kabupaten/kota.
    - 2) Memetakan situasi gizi nasional.
    - 3) Menganalisis determinan masalah gizi di daerah.

- 4) Melakukan pengolahan dan analisis data dalam bentuk tabel, grafik dan peta untuk menggambarkan besaran masalah gizi.
- 5) Melakukan analisis hubungan antara indikator Surveilans Gizi dengan indikator lain di luar kesehatan.
- 6) Melakukan sinkronisasi data dengan pengelola program lain dan Pusat Data dan Informasi (Pusdatin).

c. Diseminasi

- 1) Melakukan umpan balik pencapaian kinerja surveilans gizi kepada lintas sektor tingkat provinsi dan melakukan advokasi kepada pimpinan daerah.
- 2) Melakukan diseminasi hasil surveilans gizi secara reguler kepada sektor terkait untuk pencegahan timbulnya masalah baru.

Setelah dilakukan tahapan pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Pusat, selanjutnya dapat dilakukan tindak lanjut antara lain:

- a. Berdasarkan hasil analisis data Surveilans Gizi, Kementerian Kesehatan bersama lintas sektor terkait melakukan intervensi penanggulangan masalah sesuai dengan rekomendasi yang disepakati.
- b. Membuat perencanaan intervensi berdasarkan hasil Surveilans Gizi, untuk tahun anggaran berikutnya melalui sumber dana yang tersedia.

## BAB IV SISTEM INFORMASI GIZI

Pelaksanaan teknis surveilans gizi dapat menggunakan sistem informasi gizi berbasis teknologi informasi yang disebut Sistem Informasi Gizi Terpadu atau Sigizi Terpadu. Sigizi Terpadu merupakan suatu sistem terintegrasi untuk menghasilkan informasi status gizi dan kinerja program gizi yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah gizi, serta sebagai bahan pengambilan keputusan dan kebijakan program gizi masyarakat.

Sigizi Terpadu terdapat beberapa modul yang terbagi berdasarkan tingkat atau kewenangan pengguna baik di Pusat, Provinsi, Kabu

paten/Kota maupun Puskesmas dan Posyandu. Modul Sigizi Terpadu terdiri atas:

1. Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (ePPGBM)  
ePPGBM adalah modul yang digunakan untuk mencatat data individu sasaran yang bersumber dari Posyandu secara elektronik. Variabel yang diinput atau dimasukkan ke dalam ePPGBM berupa data identitas, data penimbangan dan pengukuran serta data kinerja program seperti IMD, ASI Eksklusif, Vitamin A, Tablet Tambah Darah dan konsumsi makanan tambahan.



Gambar 15:

Alur Pencatatan dan Pelaporan Gizi melalui ePPGBM

Alur pencatatan dan pelaporan gizi melalui ePPGBM adalah sebagai berikut:



- a. pencatatan kegiatan di posyandu di rekapitulasi oleh pengelola program gizi di puskesmas. Pengelola program gizi puskesmas melakukan pengecekan kelengkapan dan kesesuaian data tersebut. Jika ada yang tidak lengkap dan tidak sesuai Puskesmas melakukan konfirmasi data kepada Kader Posyandu atau Bidan di desa. Selanjutnya Puskesmas melakukan *entry* data masing-masing sasaran *by name by address* melalui ePPGBM. Informasi hasil *entry* data dapat menjadi bagian pelaporan Puskesmas kepada Dinkes Kabupaten/Kota.
- b. Dinkes Kabupaten/Kota melakukan pengecekan kelengkapan dan kesesuaian hasil *entry* data yang dilakukan oleh puskesmas. Jika ada yang tidak lengkap dan tidak sesuai Dinkes Kabupaten/Kota melakukan konfirmasi data kepada pengelola program gizi puskesmas. Informasi hasil *entry* data dapat menjadi bagian pelaporan Dinkes Kabupaten/Kota kepada Dinkes Provinsi.
- c. Informasi hasil kegiatan gizi yang di*entry* melalui aplikasi ePPGBM dapat dimanfaatkan oleh Puskesmas, Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, Pusat, lintas program dan sektor lain.

## 2. Laporan Rutin

Laporan rutin adalah modul yang digunakan untuk pelaporan bulanan, triwulan, semester maupun tahunan yang berupa data agregat yang diambil dari data individu yang sudah diinput melalui ePPGBM dan konsumsi makanan tambahan.

### 1. Distribusi Makanan Tambahan

Modul distribusi makanan tambahan merupakan modul pencatatan data ketersediaan PMT sampai tingkat Puskesmas. Modul tersebut juga digunakan untuk membuat Berita Acara Serah Terima (BAST) makanan tambahan baik dari Pusat ke Provinsi maupun sampai ke tingkat Puskesmas.

### 4. Manajemen Data

Modul manajemen data terdiri dari manajemen user yang digunakan untuk membuat akun di tingkat Pusat, Provinsi, Kab/kota dan Puskesmas sesuai dengan kewenangan secara berjenjang, serta manajemen tabel yang digunakan untuk mengelola wilayah kerja puskesmas.

5. *ePPGBM Offline*

Modul *ePPGBM offline* digunakan untuk memudahkan dalam *entry data* bagi daerah yang tidak dapat mengakses internet.

Penjelasan lebih rinci Sigizi Terpadu, dituangkan dalam buku panduan Sistem Informasi Gizi Terpadu. Modul dalam Sigizi Terpadu dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan program.

KEMENKES RI

BAB V  
PENUTUP

Pedoman Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi ini dimaksudkan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, tenaga kesehatan, Pengelola Program Gizi di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi, kementerian yang mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, dan pemangku kepentingan/pembuat kebijakan. Dengan adanya Pedoman Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi ini diharapkan dapat menambah pemahaman dalam menyelenggarakan Surveilans Gizi terutama menyediakan sumber data dan informasi secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan, sehingga permasalahan gizi yang ditemukan dapat segera ditanggulangi oleh Puskesmas, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dan dinas kesehatan daerah provinsi.

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



*[Handwritten Signature]*  
Sudoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002





**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 16 TAHUN 2019  
TENTANG  
PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*) SERTA  
PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI TERHADAP KECURANGAN (*FRAUD*)  
DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang : a. bahwa agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien perlu dilakukan upaya untuk mencegah kerugian dana jaminan sosial nasional akibat Kecurangan (*Fraud*) sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- b. bahwa dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional perlu disesuaikan dengan kebutuhan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan;

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 95 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan;

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial; (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5481);
3. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
4. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);



## MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*) SERTA PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI TERHADAP KECURANGAN (*FRAUD*) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN.

### BAB I

#### KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Kecurangan (*fraud*) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.
3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
4. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan.
5. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.



6. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

## BAB II

### PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*)

#### Pasal 2

- (1) Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh:
  - a. Peserta;
  - b. BPJS Kesehatan;
  - c. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan;
  - d. penyedia obat dan alat kesehatan; dan
  - e. pemangku kepentingan lainnya.
- (2) Pemangku kepentingan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan semua pihak yang melakukan dan/atau berkontribusi terjadinya Kecurangan (*fraud*).

#### Pasal 3

- (1) BPJS Kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*) melalui:
  - a. penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan (*fraud*);
  - b. pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*);
  - c. pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya; dan
  - d. pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- (2) Tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d pada dinas kesehatan kabupaten/kota terdiri atas unsur:
  - a. dinas kesehatan kabupaten/kota;

- b. BPJS Kesehatan;
  - c. asosiasi fasilitas kesehatan;
  - d. organisasi profesi; dan
  - e. unsur lain yang terkait.
- (3) Tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d bertugas:
- a. menyosialisasikan regulasi dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
  - b. meningkatkan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*);
  - c. mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan/atau tata kelola klinis yang baik;
  - d. melakukan upaya deteksi dan penyelesaian Kecurangan (*fraud*);
  - e. monitoring dan evaluasi; dan
  - f. pelaporan.

#### Pasal 4

- (1) Untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dibentuk tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat pusat dan di tingkat provinsi.
- (2) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat pusat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.
- (4) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. sub tim pencegahan; dan
  - b. sub tim penanganan.
- (5) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
- a. menyosialisasikan regulasi, dan budaya yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;

- b. meningkatkan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*);
- c. mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik;
- d. melakukan penanganan Kecurangan (*fraud*); dan
- e. monitoring dan evaluasi;

#### Pasal 5

- (1) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat pusat terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Komisi Pemberantasan Korupsi, dan kementerian/lembaga terkait.
- (2) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat provinsi terdiri atas unsur Dinas Kesehatan Provinsi, BPJS Kesehatan, dan Inspektorat Daerah Provinsi.
- (3) Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dalam melaksanakan tugasnya, terkait dengan pelayanan kesehatan melibatkan organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.
- (4) Selain melibatkan organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam melaksanakan tugasnya Tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dapat melibatkan pakar/ahli.

### BAB III

#### PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI

#### Pasal 6

- (1) Dalam rangka pengawasan, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif bagi setiap orang atau korporasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 yang melakukan Kecurangan (*fraud*).



- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
  - a. teguran lisan;
  - b. teguran tertulis; dan/atau
  - c. perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan.
- (3) Dalam hal Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan, sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diikuti dengan sanksi tambahan berupa denda.
- (4) Sanksi tambahan berupa denda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan kepada pihak yang dirugikan.
- (5) Dalam hal Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh tenaga kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan, sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diikuti dengan pencabutan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Pengenaan sanksi tambahan berupa denda atau pencabutan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) harus mempertimbangkan keberlangsungan pelayanan kesehatan kepada Peserta.
- (7) Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 7

Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dikenakan kepada pelaku Kecurangan (*fraud*) sesuai dengan kategori pelanggaran:

- a. ringan;
- b. sedang; dan
- c. berat.

#### Pasal 8

- (1) Sanksi teguran lisan dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran ringan.
- (2) Sanksi teguran tertulis dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran ringan atau pelanggaran sedang.
- (3) Sanksi perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran ringan, pelanggaran sedang atau pelanggaran berat.
- (4) Sanksi tambahan berupa denda dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran sedang atau pelanggaran berat.
- (5) Sanksi tambahan berupa pencabutan izin dapat dikenakan untuk kategori pelanggaran berat.

#### Pasal 9

Dalam hal Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) tidak berwenang memberikan sanksi administratif kepada pihak yang melakukan Kecurangan (*fraud*), pimpinan instansi/badan usaha terkait memberikan sanksi administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 10

Ketentuan pengenaan sanksi administratif berupa teguran tertulis dan denda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dikecualikan bagi Kecurangan (*fraud*) yang dilakukan oleh pemberi kerja selain penyelenggara negara terkait kewajiban pendaftaran pekerjanya sebagai peserta mengacu pada peraturan perundang-undangan.

**BAB IV**  
**KETENTUAN LAIN-LAIN**

**Pasal 11**

Pelaksanaan pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) serta pengenaan sanksi administrasi mengacu pada Pedoman Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

**BAB V**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 12**

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 739) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

**Pasal 13**

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.



Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan perundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 18 Juli 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 31 Juli 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

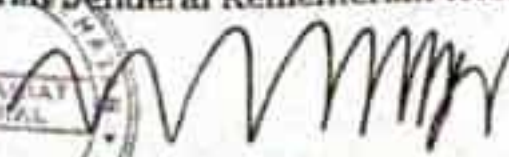
ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 803

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 16 TAHUN 2019  
TENTANG  
PENCEGAHAN DAN PENANGANAN  
KECURANGAN (*FRAUD*) SERTA  
PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI  
TERHADAP KECURANGAN (*FRAUD*)  
DALAM PELAKSANAAN PROGRAM  
JAMINAN KESEHATAN

PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*) SERTA  
PENGENAAN SANKSI ADMINISTRASI TERHADAP KECURANGAN (*FRAUD*)  
DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh di setiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi.

Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif. Amanah ini secara eksplisit tertera dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang mengamanatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial khususnya BPJS Kesehatan untuk membayar manfaat pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan secara efektif dan efisien.

Untuk menjamin agar pelayanan kesehatan diselenggarakan secara *cost-effective*, rasional, dan sesuai dengan kebutuhan Peserta, serta untuk menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan, maka perlu

diselenggarakan upaya kendali mutu dan kendali biaya. Salah satu upaya kendali mutu dan kendali biaya yang dapat dilakukan adalah meminimalisasi terjadinya potensi Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan. Berdasarkan laporan *Report to the Nations ACFE* (RTTN) Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) 2018 kerugian akibat Kecurangan (*fraud*) pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan.

Dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, telah memberikan definisi Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan yaitu tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) perlu dibuat Pedoman Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

## B. Tujuan

Pedoman Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya dalam menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) secara sistematis, terstruktur dan komprehensif agar pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien.

C. Ruang lingkup Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan meliputi:

1. jenis Kecurangan (*fraud*);
2. upaya pencegahan;
3. penanganan Kecurangan (*fraud*);
4. pengenaan sanksi administrasi; dan



5. pembinaan dan pengawasan

#### D. Pengertian

1. Identitas Peserta adalah Kartu Indonesia Sehat yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan, kecuali untuk bayi baru lahir, dapat berupa fisik atau elektronik.
2. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
3. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
4. Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan Pegawai Aparatur Sipil Negara dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
5. Klaim Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
6. Episode adalah proses pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar dari Fasilitas Kesehatan, termasuk konsultasi dan pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang, maupun pemeriksaan lainnya.

## BAB II

### JENIS KECURANGAN (*FRAUD*)

Jenis kecurangan (*fraud*) diuraikan berdasarkan pelaku yaitu:

- a. Peserta;
- b. BPJS Kesehatan;
- c. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan;
- d. Penyedia obat dan alat kesehatan; dan
- e. Pemangku kepentingan lainnya.

A. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Peserta, yaitu:

1. memalsukan data dan/atau identitas Peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. meminjamkan/menyewakan/memperjualbelikan identitas Peserta milik Peserta lain atau dirinya sendiri.
3. memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecessary services*) antara lain:
  - a. meminta rujukan ke FKRTL bukan karena alasan medis.
  - b. bekerja sama dengan Fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.
  - c. memaksa meminta tambahan pemeriksaan diagnostik, obat-obatan di luar indikasi medis.
  - d. memberikan informasi yang tidak benar dalam penegakan diagnosis.
4. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan, antara lain:
  - a. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pemberi pelayanan kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.
  - b. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pegawai BPJS Kesehatan.
  - c. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pihak lain yang berwenang dalam penetapan Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).
5. memperoleh obat dan/atau alat kesehatan dengan cara yang tidak sesuai ketentuan untuk dijual kembali dengan maksud mendapatkan keuntungan.

B. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh BPJS Kesehatan, yaitu:

1. melakukan kerjasama dengan Peserta untuk menerbitkan identitas Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan;
2. melakukan kerjasama dengan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan;
3. menyetujui/membiarkan/memanipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam Jaminan Kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non finansial dari Peserta atau Fasilitas Kesehatan;
4. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan, dan/atau memiliki benturan kepentingan yang mempengaruhi pengambilan keputusan sesuai dengan kewenangannya, antara lain:
  - a. menolak dan/atau memperlambat penerimaan pengajuan klaim yang telah memenuhi syarat;
  - b. memperlambat atau mempercepat proses verifikasi klaim dan/atau pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. menahan pembayaran tagihan ke Fasilitas Kesehatan yang telah diverifikasi dan telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - d. menghilangkan data klaim dan/atau dokumen pendukung klaim baik *softcopy* maupun *hardcopy* dari Fasilitas Kesehatan;
  - e. bekerjasama dan/atau meminta Fasilitas Kesehatan untuk mengubah kode diagnosis atau dokumen pendukung lainnya yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - f. menerima atau menarik imbalan dari Peserta/calon Peserta;
  - g. menunda proses pendaftaran kepesertaan yang telah memenuhi persyaratan;
  - h. membiarkan dan/atau tidak melaporkan adanya indikasi kecurangan yang diketahuinya kepada atasannya;
  - i. mengurangi manfaat yang seharusnya menjadi hak Peserta;
  - j. mengarahkan dan/atau bekerjasama dengan koder rumah sakit untuk merubah kodifikasi yang tidak sesuai dengan diagnosis yang ditulis oleh dokter;



- k. melaksanakan credentialing/recredentialing Fasilitas Kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - l. memanipulasi hasil credentialing/recredentialing Fasilitas Kesehatan;
  - m. memindahkan atau menentukan Peserta untuk didaftarkan pada FKTP tertentu di luar ketentuan yang berlaku; dan
  - n. pembayaran kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
5. menggunakan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi;
  6. menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  7. menerima titipan pembayaran iuran dari Peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan.
- C. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan.
- Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga administrasi.
1. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP yaitu:
    - a. penyalahgunaan dana kapitasi dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
    - b. menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
    - c. memanipulasi klaim nonkapitasi, seperti:
      - 1) klaim palsu (*phantom billing*) atau klaim fiktif, merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan;
      - 2) memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*);
      - 3) penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*); dan
      - 4) tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) pada kasus yang sudah ditagihkan sebelumnya.
    - d. melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
    - e. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan; dan

- f. memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
2. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu:
- a. memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan;  
Memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan merupakan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan besaran klaim dengan cara memalsukan diagnosa dan/atau tindakan medis, seperti:
    - 1) pasien seharusnya didiagnosis *apendicitis* akut, setelah operasi tanpa penyulit tetapi di resume/rekam medis ditulis *apendicitis* akut dengan perforasi; dan
    - 2) pasien dengan *pterygium grade I* tetapi dalam resume/rekam medis ditulis *squamous cell ca conjunctiva* dan dilakukan tindakan biopsi eksisi tanpa bukti dilakukan pemeriksaan patologi anatomi.
  - b. penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*);  
Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*) merupakan klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada, seperti: menyalin (*copy paste*) seluruh atau sebagian rekam medis dan/atau data pasien lain.
  - c. klaim palsu (*Phantom billing*);  
Klaim palsu (*Phantom billing*) merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah dilakukan/diberikan kepada pasien, seperti:
    - 1) Penagihan tindakan medik operatif yang tidak pernah dilakukan; dan
    - 2) Penagihan obat/alat kesehatan di luar paket INA-CBG yang tidak diberikan kepada pasien.
  - d. penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*Inflated bills*);  
Pengelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (*Inflated bills*) merupakan klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya, seperti:
    - 1) pasien patah tulang dilakukan operasi ortopedi dengan menggunakan *plate and screw* 4 (empat) buah, namun ditagihkan lebih dari 4 (empat) buah.



- 2) obat pasien penyakit kronis pada rawat jalan yang seharusnya mendapat obat 1 (satu) bulan, tetapi obat yang diberikan untuk 2 minggu, namun ditagihkan biayanya selama 1 (satu) bulan.
  - 3) pasien kemoterapi yang membutuhkan obat kemo sebanyak 2 (dua) vial diklaimkan menjadi 4 (empat) vial.
- e. pemecahan episode pelayanan sesuai dengan indikasi medis tetapi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*);  
Pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*) merupakan klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama, seperti:
- 1) pemberi pelayanan kesehatan mengirimkan tagihan terpisah dari diagnosis yang sama tetapi hasil pemeriksaan penunjang atau laboratorium yang sebenarnya dapat digabungkan menjadi terpisah menjadi 3 atau 4 pengajuan padahal dapat digabungkan menjadi satu grup dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan lebih;
  - 2) menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu episode perawatan pasien; dan
  - 3) tindakan operasi lebih dari satu diagnosa penyakit yang dapat dilaksanakan dalam satu tindakan namun dilakukan tindakan lebih dari satu dan diklaim terpisah dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan.
- g. rujukan semu (*self-referrals*);  
Rujukan semu (*self-referrals*) merupakan klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke rumah sakit tertentu atau ke dokter yang sama di Fasilitas Kesehatan lain kecuali dengan alasan keterbatasan fasilitas, seperti:
- 1) pasien masuk dengan kasus rencana akan di operasi tetapi dokter tidak mau mengoperasi di rumah sakit tersebut



karena jasa operasi yang didapatkan sedikit sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit tertentu dimana dokter juga bekerja di rumah sakit tersebut.

- 2) melakukan rujukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga pasien ke rumah sakit dimana dokter itu berdomisili.
- h. tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*);  
Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) merupakan klaim yang diulang pada kasus yang sama, seperti:  
Tagihan yang sudah pernah ditagihkan dan dibayarkan tetapi ditagihkan ulang.
- i. memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*);  
Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*) merupakan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap bukan karena indikasi medis, seperti:
- 1) penggunaan ventilator yang diperpanjang waktunya tanpa indikasi medis; dan
  - 2) *Case Main Group* (CMG) khusus untuk penyakit jiwa dan penyakit kusta;
- j. memanipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*);  
Memanipulasi kelas perawatan (*manipulation of room charge*) merupakan tindakan manipulasi kelas perawatan yang menyebabkan klaim yang tidak sesuai.
- k. menagihkan tindakan yang tidak dilakukan;  
Menagihkan tindakan yang tidak dilakukan merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan, seperti:
- 1) pada pasien Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) dengan rencana tindakan biopsi, tidak jadi dilakukan tindakan karena alasan tertentu namun tindakan biopsi tetap ditagihkan ke BPJS Kesehatan; dan
  - 2) pasien dengan indikasi rawat inap, tetapi pasien menolak dan pulang, sehingga pasien hanya ingin rawat jalan, namun di klaimkan sebagai rawat inap.
- l. melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis;

Melakukan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis merupakan klaim atas tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.

m. admisi yang berulang (*readmisi*);

Admisi yang berulang (*readmisi*) merupakan klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode, seperti pasien rawat inap dipulangkan kemudian diminta masuk kembali dengan berbagai alasan.

n. menarik biaya dari Peserta tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

o. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan Jaminan Kesehatan; dan

p. memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.

3. Jenis tindakan kecurangan oleh Fasilitas Kesehatan lainnya (apotek, optik, laboratorium, dan jejaring lainnya), yaitu:

a. klaim fiktif atau klaim obat, alat kesehatan dan/atau tindakan yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan namun tidak diberikan kepada pasien;

b. mengurangi jumlah obat yang diserahkan kepada pasien namun yang ditagihkan adalah yang tertulis dalam resep;

c. klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya (*Inflated bills*);

d. memanipulasi hasil pemeriksaan untuk memenuhi persyaratan penagihan, seperti mengubah hasil pemeriksaan refraksi mata; dan

e. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

D. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat dan Alat Kesehatan.

1. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat, yaitu:

a. penyedia obat yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan obat tanpa alasan yang jelas;

b. penyedia obat memperlambat waktu pengiriman obat tanpa alasan yang jelas; dan



c. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

2. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Alat Kesehatan, yaitu:

- a. penyedia alat kesehatan yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan alat kesehatan tanpa alasan yang jelas;
- b. penyedia alat kesehatan memperlambat waktu pengiriman alat kesehatan tanpa alasan yang jelas;
- c. penyedia menganjurkan kepada Fasilitas Kesehatan untuk membeli alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan atau tingkat keterampilan/keahlian tenaga kesehatan atau tenaga medis profesional yang akan menggunakan alat kesehatan tersebut dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan finansial; dan
- d. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.

E. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Pemangku Kepentingan Lainnya.

Kecurangan (*fraud*) oleh pemangku kepentingan lainnya yaitu oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara.

Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara, yaitu:

- a. perbuatan memanipulasi data kepegawaian, seperti:
  - 1) pemberi kerja memanipulasi data penghasilan yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sehingga jumlah iuran yang dibayarkan tidak terlalu besar;
  - 2) tidak mendaftarkan pegawainya menjadi Peserta BPJS Kesehatan; dan
  - 3) memanipulasi data pegawai yang tidak termasuk ke dalam data kepegawaian Pemberi Kerja.
- b. jumlah dan upah pegawai tidak disampaikan secara riil; dan
- c. perbuatan memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan.



### BAB III PENCEGAHAN KECURANGAN (*FRAUD*)

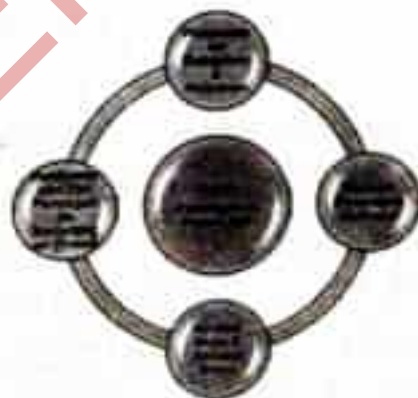
Secara umum tujuan dari pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang efektif adalah:

- a. *Prevention*; mencegah terjadinya Kecurangan (*fraud*) secara nyata pada semua lini organisasi.
- b. *Deterrence*; menangkai pihak-pihak yang akan mencoba melakukan tindakan kecurangan sehingga membuat jera.
- c. *Disruption*; mempersulit gerak langkah pelaku Kecurangan (*fraud*) sejauh mungkin.
- d. *Identification*; mengidentifikasi kegiatan berisiko tinggi dan kelemahan pengendalian.
- e. *Civil action prosecution*; melakukan tuntutan dan penjatuhan sanksi yang setimpal atas perbuatan curang kepada pelakunya.

Untuk mencapai tujuan pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang efektif semua pihak yang terkait dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan terutama BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*).

Gambar 1

Sistem Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan



Prinsip-prinsip dalam sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*) dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Penyusunan kebijakan (*policy*) dan pedoman pencegahan Kecurangan (*fraud*), antara lain:

- a. Penyusunan kebijakan anti Kecurangan (*fraud*) dengan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*.
  - b. Penyusunan pedoman manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*) paling sedikit terdiri dari pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*).
2. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*), antara lain:
    - a. Membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku.
    - b. Mendidik seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan tentang kesadaran anti Kecurangan (*fraud*).
    - c. Menciptakan lingkungan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan yang positif.
  3. Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, antara lain:
    - a. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari tim koordinasi dan tim teknis.
    - b. Implementasi konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan.
  4. Pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi.

Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh seluruh pihak yang berkaitan dengan program Jaminan Kesehatan mulai dari Peserta, BPJS Kesehatan, FKTP, FKRTL, pemberi kerja, penyedia obat dan alat kesehatan serta pemangku kepentingan lainnya, sebagai berikut:

1. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Peserta, antara lain:
  - a. Melaporkan dugaan Kecurangan (*fraud*) kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*).
  - b. Menjaga kerahasiaan identitas kependudukan dan kartu JKN KIS dari penyalahgunaan pihak yang tidak bertanggungjawab.
  - c. Mematuhi segala aturan yang terkait program Jaminan Kesehatan.
2. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh BPJS Kesehatan, antara lain:
  - a. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
    - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*.
    - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*), antara lain:



- a) Penguatan peran pengawasan internal dan sistem pengendalian internal (*internal control system*) dalam pencegahan Kecurangan (*fraud*).
  - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
  - c) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi *on-line*/terintegrasi).
  - d) Melakukan pemutakhiran (*updating*) data kepesertaan berdasarkan informasi dari Peserta, pemberi kerja, pemerintah dan instansi terkait lainnya.
  - e) Monitoring pembayaran iuran Peserta dengan pemberian notifikasi kepada Peserta.
  - f) Menyediakan data kepesertaan secara *real time* kepada Fasilitas Kesehatan.
  - g) Melakukan tindakan pemeriksaan kepatuhan kepada Peserta atau pemberi kerja yang memberikan informasi gaji yang terindikasi tidak sesuai.
  - h) Melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin terhadap hasil kerja petugas BPJS Kesehatan.
  - i) Melakukan monitoring dan evaluasi sesuai dengan perjanjian kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan terhadap ketersediaan obat dan alat kesehatan.
  - j) Melakukan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan atas ketersediaan obat dan alat kesehatan.
  - k) Memastikan tersedianya proses bisnis yang terstandar.
- b. Pelaksanaan manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*) antara lain:
- 1) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
  - 2) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko Kecurangan (*fraud*) secara komprehensif.
  - 3) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
  - 4) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
  - 5) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani Kecurangan (*fraud*) dengan cepat dan tepat.
  - 6) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.



- c. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) meliputi:
- 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai BPJS Kesehatan termasuk Direksi dan Dewan Pengawas.
  - 2) Memberikan edukasi dan/atau sosialisasi kepada pegawai BPJS Kesehatan tentang budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) termasuk juga kepada Peserta, Fasilitas Kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya.
  - 3) Melakukan sosialisasi kepada pemberi kerja/Peserta tentang manfaat BPJS Kesehatan.
- d. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi:
- 1) Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya.
  - 2) Penguatan tugas dan fungsi tim kendali mutu dan kendali biaya.
  - 3) Monitoring dan evaluasi kinerja tim kendali mutu dan kendali biaya.
- e. Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi :
- 1) Membentuk tim/divisi khusus untuk pencegahan, deteksi dan respons terhadap Kecurangan (*fraud*) di internal BPJS Kesehatan.
  - 2) Menetapkan mekanisme untuk investigasi internal dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*).
3. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh FKTP, antara lain:
- a. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
- 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, antara lain:
    - a) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
    - b) Penetapan dan penerapan *Standard Operational Procedure* (SOP). Untuk SOP layanan klinis mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK), *Clinical Pathway* (CP) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Menteri.

- c) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim non-kapitasi.
  - d) Pengelolaan dana jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*), antara lain:
- a) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
  - b) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi *on-line*/ terintegrasi).
  - c) Melakukan pemeriksaan kelengkapan dan validitas atas klaim yang diajukan oleh bidan dan laboratorium jejaring.
- 3) Pelaksanaan manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
- a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
  - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko Kecurangan (*fraud*) secara komprehensif.
  - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
  - d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
  - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani Kecurangan (*fraud*) dengan cepat dan tepat.
  - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi:
- 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai FKTP termasuk unsur pimpinan FKTP.
  - 2) Mengimplementasikan kode etik dan standar perilaku pegawai FKTP.
  - 3) Melaksanakan edukasi budaya anti Kecurangan (*fraud*) kepada seluruh pegawai FKTP dan Peserta Jaminan Kesehatan di FKTP.
  - 4) Sosialisasi kegiatan pencegahan Kecurangan (*fraud*) di FKTP.

- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi:
- 1) Penerapan konsep manajemen mutu dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, antara lain:
    - a) Membuat alur pelayanan yang efektif dan efisien.
    - b) Memanfaatkan sistem informasi elektronik secara optimal untuk efektivitas dan efisiensi pelayanan.
    - c) Menerapkan perbaikan kualitas berkelanjutan (*continuous quality improvement*) misalnya melalui akreditasi FKTP dan survey kepuasan layanan.
  - 2) Melaksanakan audit klinis dan utilization review. Kegiatan ini dapat dilaksanakan oleh FKTP atau berkoordinasi dengan tim kendali mutu dan kendali biaya serta Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
  - 3) Pelayanan berbasis bukti antara lain menulis rekam medis secara segera, lengkap dan jelas.
- d. Pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang melekat pada tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
4. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh FKRTL, antara lain:
- a. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
    - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, antara lain:
      - a) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
      - b) Penetapan dan penerapan *Standard Operational Procedure* (SOP). Untuk penetapan SOP layanan klinis mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
      - c) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim.
    - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*) termasuk mekanisme investigasi dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*), antara lain:



- a) Penguatan peran Pengawasan Internal dan Sistem Pengendalian Internal (*internal control system*) dalam pencegahan Kecurangan (*fraud*).
  - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
  - c) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi on-line/ terintegrasi).
  - d) Melakukan surveilans data atau audit data rutin.
  - e) Peningkatan kemampuan dokter serta petugas lain yang berkaitan dengan Klaim, berupa:
    - (1) Pemahaman dan penggunaan sistem koding yang berlaku;
    - (2) Melakukan edukasi dan pemberian pemahaman tentang langkah-langkah pencegahan dan pengenaan sanksi Kecurangan (*fraud*);
    - (3) Meningkatkan ketaatan terhadap SOP; dan
    - (4) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Pasien (DPJP) menulis dan memberikan resume medis secara jelas, lengkap dan tepat waktu.
  - f) Meningkatkan kemampuan koder, melalui:
    - (1) Pelatihan dan edukasi koding yang benar; dan
    - (2) Koordinasi dengan staf klinis dalam rangka memastikan diagnosa primer dan sekunder.
- 3) Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
- a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
  - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan secara komprehensif.
  - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko kecurangan.
  - d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
  - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani Kecurangan (*fraud*) dengan cepat dan tepat.
  - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.

- b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*), meliputi:
- 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai FKRTL termasuk unsur pimpinan FKRTL.
  - 2) Menetapkan dan mengimplementasikan kode etik profesi dan standar perilaku pegawai FKRTL.
  - 3) Melaksanakan edukasi budaya anti Kecurangan (*fraud*) kepada seluruh pegawai FKRTL dan Peserta di FKRTL.
  - 4) Sosialisasi kegiatan pencegahan Kecurangan (*fraud*) di FKRTL.
- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi :
- 1) Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya;
  - 2) Penguatan tugas dan fungsi tim kendali mutu dan kendali biaya;
  - 3) Ketepatan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan;
  - 4) Penerapan standar pelayanan, pedoman pelayanan klinis, dan clinical pathway dan pedoman lainnya di FKRTL;
  - 5) Melaksanakan audit klinis dan *utilization review* (UR) secara periodik; dan
  - 6) Penetapan prosedur klaim termasuk analisis data klaim;
  - 7) Monitoring dan evaluasi kinerja tim kendali mutu dan kendali biaya;
  - 8) Penerapan konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan;
  - 9) Penggunaan teknologi informasi berbasis bukti yang mampu memonitor dan mengevaluasi pelayanan Jaminan Kesehatan di FKRTL secara real time.
- d. Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan yang bertugas:
- 1) Melakukan deteksi dini Kecurangan (*fraud*) berdasarkan data Klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh FKRTL dan meneruskan dugaan Kecurangan (*fraud*) kepada pengawas internal;
  - 2) Melaksanakan sosialisasi kebijakan, regulasi, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
  - 3) Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik;
  - 4) Meningkatkan kemampuan koder, serta dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim;



- 5) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan Kecurangan (*fraud*); dan
- 6) Pelaporan pelaksanaan pencegahan Kecurangan (*fraud*).

Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan lainnya, antara lain:

- a. Penerapan kebijakan anti Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
  - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, antara lain:
    - a) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
    - b) Penetapan dan penerapan *Standard Operational Procedure* (SOP). Untuk SOP layanan klinis dapat mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK), *Clinical Pathway* (CP) dan/atau pedoman lain yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
    - c) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim.
  - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*) termasuk mekanisme investigasi dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*), antara lain:
    - a) Penguatan peran Pengawasan Internal dan Sistem Pengendalian Internal (internal control system) dalam pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan.
    - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
    - c) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi on-line/ terintegrasi).
    - d) Melaksanakan pelaporan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan secara akurat dan tepat waktu.
  - 3) Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
    - a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
    - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko Kecurangan (*fraud*) secara komprehensif.
    - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).



- d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
  - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan dengan cepat dan tepat.
  - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi :
- 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai termasuk unsur pimpinan.
  - 2) Menetapkan dan mengimplementasikan kode etik profesi dan standar perilaku pegawai.
  - 3) Melaksanakan edukasi budaya anti Kecurangan (*fraud*) kepada seluruh pegawai dan Peserta.
  - 4) Sosialisasi kegiatan pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi:
- 1) Penerapan konsep *lean* manajemen dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.
  - 2) Melaksanakan koordinasi dengan tim kendali mutu dan kendali biaya untuk dilakukan audit medis atau *utilisation review*.
6. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Penyedia Obat dan/atau Penyedia Alat Kesehatan, antara lain:
- a. Penerapan kebijakan anti Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
- 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*, antara lain:
    - a) Penetapan kewenangan dan uraian tugas tenaga kesehatan dan non-kesehatan.
    - b) Penetapan dan penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP).
    - c) Penetapan standar pelayanan penyediaan obat dan/atau alat kesehatan.
    - d) Penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim.
  - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*) termasuk mekanisme investigasi dan pelaporan pelaku Kecurangan (*fraud*), antara lain:

- a) Penguatan Sistem Pengendalian Internal (*internal control system*).
  - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
  - c) Sistem IT sebagai pendukung (*otomasi on-line/terintegrasi*).
  - d) Melaksanakan pelaporan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan secara akurat dan tepat waktu.
  - e) Memastikan obat dan/atau alat kesehatan yang diberikan kepada pemberi pelayanan kesehatan atau Instalasi Farmasi Pemerintah sesuai dalam jumlah dan kualitasnya.
- 3) Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:
- a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
  - b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan (*fraud risk management*) secara komprehensif.
  - c) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
  - d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
  - e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan dengan cepat dan tepat.
  - f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.
- b. Pengembangan Budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi :
- 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai termasuk unsur pimpinan.
  - 2) Menetapkan dan mengimplementasikan kode etik profesi/asosiasi perusahaan alat kesehatan dan laboratorium serta standar perilaku pegawai.
  - 3) Melaksanakan edukasi budaya anti Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan kepada seluruh pegawai dan Peserta Jaminan Kesehatan.
  - 4) Sosialisasi kegiatan pencegahan Kecurangan (*fraud*).



- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi:
- 1) Menerapkan cara distribusi alat kesehatan dengan baik (CDAKB) dan cara distribusi obat yang baik (CDOB).
  - 2) Penggunaan obat dan/atau alat kesehatan sesuai *evidence based* dan praktek klinis yang efisien.
7. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh Pemberi Kerja yang bukan termasuk penyelenggara negara, antara lain:  
Menerapkan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi :
- a. pelaksanaan tata kelola korporasi yang baik (*good corporate governance*).
  - b. Menandatangani komitmen pernyataan kesediaan menyampaikan seluruh data pegawai dan upah serta pemukhtahirannya sesuai kondisi sebenarnya, kepatuhan pembayaran iuran, penggunaan sistem aplikasi pendukung dari BPJS Kesehatan serta konsekuensi menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.
8. Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh aparatur pemerintah/pemerintah daerah antara lain:
- a. Penerapan kebijakan pencegahan Kecurangan (*fraud*) dan pedoman pencegahan, meliputi:
    - 1) Pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*.
    - 2) Pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*), antara lain:
      - a) Penguatan peran Pengawasan Internal dan Sistem Pengendalian Internal (*internal control system*) dalam pencegahan Kecurangan (*fraud*).
      - b) Mekanisme pengaduan masyarakat (*whistleblowing system*) dan tindak lanjutnya.
      - c) Sistem IT sebagai pendukung (otomasi on-line/ terintegrasi).
      - d) Membangun mekanisme data sharing terkait dengan data kepesertaan PBI antar pemangku kepentingan.
      - e) Melaksanakan seluruh ketentuan dan peraturan terkait dengan program Jaminan Kesehatan.
      - f) Melaksanakan verifikasi dan validasi Penerima Bantuan Iuran (PBI) baik yang dibiayai oleh APBN/APBD secara



periodik sebelum ditetapkan sebagai penerima bantuan iuran (PBI) untuk menghindari salah sasaran.

- g) Memastikan kecukupan anggaran untuk penerima bantuan iuran (PBI) APBN sesuai jumlah sasaran yang ditetapkan.
- h) Membuat mekanisme pelaporan antar pemangku kepentingan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dari tingkat pusat sampai ke tingkat daerah.
- i) Melakukan monitoring dan evaluasi dalam rangka penyempurnaan regulasi serta melakukan pengawasan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.
- j) Mengintegrasikan pencegahan Kecurangan (*fraud*) program Jaminan Kesehatan ke dalam program kesehatan mulai dari tingkat FKTP sampai FKRTL dan/atau kegiatan kemasyarakatan yang dilaksanakan oleh pemangku kepentingan lainnya.

3) Pelaksanaan manajemen risiko kecurangan (*fraud risk management*) dengan:

- a) Membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko Kecurangan (*fraud*).
- b) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko kecurangan secara komprehensif.
- c) Menetapkan rencana pengendalian risiko Kecurangan (*fraud*).
- d) Mengkomunikasikan potensi Kecurangan (*fraud*) yang telah teridentifikasi.
- e) Melaksanakan tindakan korektif dalam menangani kecurangan dengan cepat dan tepat.
- f) Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan manajemen risiko secara berkala.

b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan, meliputi:

- 1) Menandatangani dan melaksanakan pakta integritas untuk seluruh pegawai termasuk unsur pimpinan.
- 2) Membangun kesadaran masyarakat/Peserta tentang Kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan.

- 3) Mengintegrasikan pencegahan Kecurangan (*fraud*) program Jaminan Kesehatan ke dalam kurikulum Pendidikan Budaya Anti Korupsi (PBAK).
  - 4) Sosialisasi program pencegahan Kecurangan (*fraud*).
- c. Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, meliputi menyusun kebijakan kendali mutu dan kendali biaya dalam program Jaminan Kesehatan.

KEMENKES RI

## BAB IV PENANGANAN KECURANGAN (*FRAUD*)

Penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dilakukan melalui upaya deteksi potensi Kecurangan (*fraud*) dan upaya penyelesaian Kecurangan (*fraud*).

### A. Deteksi Potensi Kecurangan (*fraud*)

Deteksi potensi Kecurangan (*fraud*) dilakukan oleh masing-masing tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang terdapat di BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, serta Tim Pencegahan dan Penanganan di tingkat provinsi atau di tingkat pusat sesuai dengan kewenangan masing-masing.

Untuk melakukan deteksi potensi Kecurangan (*fraud*) diperlukan sumber informasi yang berasal dari:

- a. Keluhan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan;
- b. Laporan *whistle blower*;
- c. Data kepesertaan;
- d. Data klaim; dan
- e. Sumber lainnya.

Sumber informasi harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. Objektif, yaitu informasi yang ada menggambarkan keadaan yang sebenarnya;
- b. Representatif, yaitu informasi mampu mewakili persoalan yang ada atau sesuatu yang lebih luas;
- c. Mempunyai tingkat kesalahan yang kecil;
- d. Terbaru (*up to date*); dan
- e. Relevan, data harus berhubungan dengan persoalan yang akan dipecahkan.

Data yang diperlukan dalam deteksi potensi Kecurangan (*fraud*), terdiri dari:

- a. Data deteksi Kecurangan (*fraud*) pada area administrasi kepesertaan. Kecurangan (*fraud*) yang terjadi pada area administrasi kepesertaan baik yang dilakukan oleh perorangan maupun oleh kelompok/badan/institusi terkait dengan pendaftaran dan atau perubahan data kepesertaan Jaminan Kesehatan. Data yang



digunakan untuk mendeteksi potensi Kecurangan (*fraud*) pada area administrasi kepesertaan antara lain:

- 1) Data kependudukan;
  - 2) Data PBI;
  - 3) Data penghasilan;
  - 4) Data kepegawaian; dan
  - 5) Data kepesertaan.
- b. Data deteksi Kecurangan (*fraud*) pada area pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Kecurangan (*fraud*) yang terjadi pada area pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan baik oleh FKTP sebagai pemberi pelayanan maupun oleh Peserta sebagai penerima pelayanan. Data yang digunakan untuk mendeteksi Kecurangan (*fraud*) pada area pelayanan di FKTP adalah:

- 1) Data *profiling* FKTP.
  - 2) Data kunjungan Peserta di FKTP, merupakan catatan riwayat pelayanan Peserta di FKTP.
  - 3) Data pemberian pelayanan kesehatan di FKTP yang meliputi tenaga FKTP yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana prasarana FKTP yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan, proses pemberian pelayanan kesehatan, dan pencatatan atau dokumentasi pelayanan kesehatan yang diberikan.
  - 4) Data kapitasi yang meliputi data Peserta yang terdaftar pada FKTP, besaran nilai kapitasi yang diberikan pada FKTP, dan pembayaran kapitasi kepada FKTP.
  - 5) Klaim pelayanan kesehatan tingkat pertama yang meliputi proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan dan dokumentasi klaim pelayanan kesehatan yang diberikan FKTP.
  - 6) Informasi/data lain atas pelaksanaan pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- c. Data deteksi Kecurangan (*fraud*) pada area pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.
- Kecurangan (*fraud*) yang terjadi pada area pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dapat dilakukan baik oleh pihak FKTRL selaku pemberi pelayanan kesehatan, maupun oleh Peserta sebagai penerima

pelayanan. Seperti data dan informasi yang digunakan untuk mendeteksi Kecurangan (*fraud*) pada area pelayanan di FKRTL adalah:

- 1) Data profiling FKRTL.
- 2) Data kunjungan Peserta di FKRTL, merupakan riwayat pelayanan Peserta di FKRTL.
- 3) Data pemberian pelayanan kesehatan di FKRTL yang meliputi tenaga FKRTL yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana prasarana FKRTL yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan, proses pemberian pelayanan kesehatan, dan pencatatan atau dokumentasi pelayanan kesehatan yang diberikan.
- 4) Data klaim pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan dan dokumentasi klaim pelayanan kesehatan yang diberikan FKRTL.
- 5) Informasi/data lain atas pelaksanaan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Tahapan deteksi potensi Kecurangan (*fraud*):

a. Identifikasi

Identifikasi merupakan tahapan yang sangat penting dalam deteksi potensi Kecurangan (*fraud*). Karena pemahaman dan penilaian tentang kondisi data dilakukan pada tahapan ini. Identifikasi dilakukan terhadap data sebagai berikut:

- 1) Data klaim pelayanan kesehatan;
- 2) Data kepesertaan; dan
- 3) Data lainnya yang diperlukan selama proses deteksi.

b. Analisis data.

Analisis data dikelompokkan atas:

- 1) analisis data kepesertaan;
- 2) analisis data pembayaran iuran;
- 3) analisis data riwayat pelayanan kesehatan;
- 4) analisis data klaim;
- 5) analisis data kapitasi;
- 6) analisis data ketersediaan dan pelayanan obat dan alat kesehatan; dan
- 7) analisis data pengaduan.

Pelaksanaan analisis data pada masing-masing area ditentukan sesuai dengan jenis Kecurangan (*fraud*) maupun pelaku Kecurangan (*fraud*). Sehingga cara yang digunakan pada setiap jenis Kecurangan (*fraud*) dapat berbeda satu dengan lainnya.

c. Pelaporan Hasil Deteksi.

1) Isi Laporan Deteksi

Pelaporan hasil deteksi Kecurangan (*fraud*) memuat hal-hal sebagai berikut:

a) Deskripsi mengenai dugaan tindakan Kecurangan (*fraud*) pada Jaminan Kesehatan yang paling sedikit memuat:

- (1) waktu kejadian;
- (2) tempat kejadian;
- (3) oknum pelaku;
- (4) jumlah kejadian;
- (5) potensi kerugian finansial;
- (6) sumber informasi; dan
- (7) kronologi kejadian.

b) Bukti-bukti permulaan dapat berupa rekaman data/suara/gambar/video/salinan dokumen dan bukti lain yang didapatkan.

2) Jenis Laporan

a) Laporan Insidental

Merupakan laporan hasil deteksi yang disampaikan dalam kondisi tertentu dan perlu penyelesaian segera.

b) Laporan Rutin

Merupakan laporan berkala atas hasil deteksi yang dilakukan setiap semester.

3) Mekanisme Pelaporan

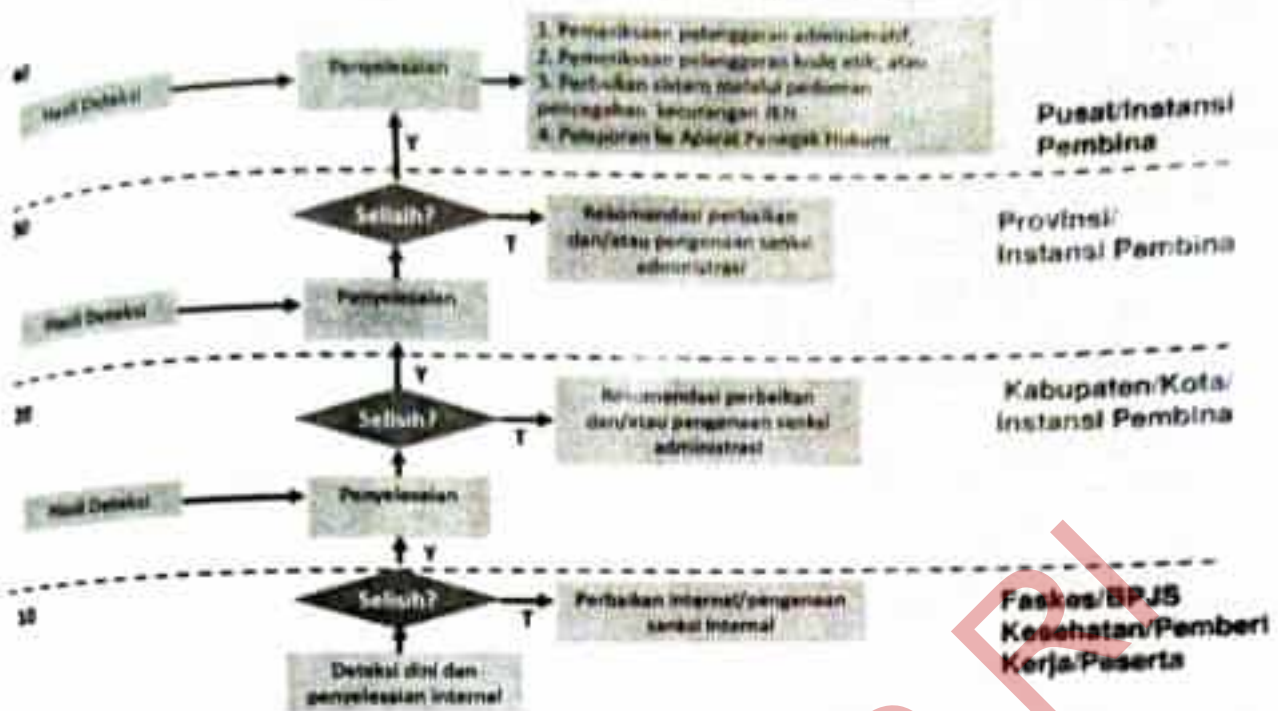
Hasil deteksi disampaikan oleh tim kepada pimpinan masing-masing institusi untuk diambil langkah-langkah penyelesaian.

B. Penyelesaian Kecurangan (*fraud*)

Penyelesaian Kecurangan (*fraud*) dilakukan internal dimasing-masing institusi. Untuk Kecurangan (*fraud*) yang tidak dapat diselesaikan pada tingkat internal, diselesaikan secara berjenjang sesuai dengan tingkat kewenangan dan instansi pembina.



## Alur Penyelesaian Kecurangan (*fraud*)



1. Penyelesaian oleh Fasilitas Kesehatan/BPJS Kesehatan/Pemangku Kepentingan Lainnya.

- Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) di Fasilitas Kesehatan bersama manajemen menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi dini.
- Hasil penyelesaian kasus dapat berupa perbaikan internal dan/atau pengenaan sanksi internal kepada pelaku.
- Dalam hal kasus Kecurangan (*fraud*) tidak dapat diselesaikan secara internal, maka Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) di Fasilitas Kesehatan melaporkan kasus kepada Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota.

2. Penyelesaian oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) Dinas Kabupaten/Kota.

- Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi, atau yang dilaporkan oleh Fasilitas Kesehatan. Mekanisme penyelesaian dapat dilakukan dengan verifikasi dan konfirmasi kepada pihak-pihak yang terkait. Proses penyelesaian dapat dibantu oleh ahli/pakar.
- Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota dapat berupa

- rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi administratif.
- c) Dalam hal kasus Kecurangan (*fraud*) tidak dapat diselesaikan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota, maka Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) pada dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan kasus kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi.
3. Penyelesaian oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi
    - a) Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi atau kasus Kecurangan (*fraud*) yang dilaporkan oleh Tim Pencegahan Kecurangan (*fraud*) Kabupaten/Kota. Mekanisme penyelesaian dapat dilakukan dengan pemeriksaan investigasi kepada pihak-pihak yang terkait. Proses penyelesaian dapat dibantu oleh ahli/pakar.
    - b) Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi dapat berupa rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi administratif.
    - c) Dalam hal kasus kecurangan tidak dapat diselesaikan oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi, maka Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi melaporkan kasus kepada Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat.
  4. Penyelesaian oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat.
    - a) Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat menyelesaikan kasus Kecurangan (*fraud*) yang ditemukan dari deteksi atau kasus Kecurangan (*fraud*) yang dilaporkan oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi. Mekanisme penyelesaian dapat dilakukan dengan pemeriksaan investigasi kepada pihak-pihak yang terkait. Proses penyelesaian dapat melibatkan ahli/pakar dan/atau organisasi



profesi, dan berkoordinasi dengan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Provinsi.

- b) Hasil penyelesaian kasus oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat dapat berupa rekomendasi perbaikan sistem dan regulasi, pemeriksaan pelanggaran administratif, pemeriksaan pelanggaran kode etik, dan/atau pelaporan kepada aparat penegak hukum.

Tata Cara penyelesaian Kecurangan (*fraud*) oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat:

1. Ekspose hasil deteksi.

Atas hasil deteksi dan/atau laporan dari Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Provinsi yang perlu ditindaklanjuti, maka Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat melakukan ekspose untuk menentukan langkah tindak lanjut dengan tata cara sebagai berikut:

a. Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat mengirimkan undangan kepada pimpinan instansi Peserta ekspose dalam waktu selambat-lambatnya 10 (sepuluh) hari kerja setelah menerima hasil deteksi dari Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Provinsi yang perlu ditindaklanjuti.

b. Peserta ekspose ditetapkan dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Terdiri dari anggota Sub Tim Penanganan Pusat dengan jumlah ganjil.
- 2) Jumlah maksimal 3 (tiga) orang perwakilan dari setiap instansi.
- 3) Salah satu perwakilan instansi adalah pejabat setingkat eselon II.
- 4) Tidak berpotensi konflik kepentingan dan kerahasiaan atas kasus kecurangan yang dilaporkan. Konflik kepentingan adalah kondisi Peserta ekspose yang memiliki kepentingan pribadi untuk menguntungkan diri sendiri dan/atau orang lain dalam penggunaan wewenang sehingga dapat mempengaruhi netralitas dan kualitas keputusan dan/atau tindakan yang dibuat dan/atau dilakukannya.



- c. Ekspose dipimpin oleh Ketua Sub Tim Penanganan. Pengambilan keputusan ekspose dilakukan berdasarkan keputusan mutlak dari seluruh peserta ekspose atau pengambilan suara terbanyak yang memenuhi 50%+1 dari peserta ekspose. Ekspose dapat dilakukan lebih dari 1 (satu) kali apabila diperlukan.
- d. Kriteria hasil deteksi yang diekspose meliputi:
- 1) Frekuensi dugaan Kecurangan (*fraud*) dilakukan berulang kali dengan frekuensi lebih dari 1 (satu) kali dalam kurun waktu 1 (satu) sampai 3 (tiga) bulan;
  - 2) Dugaan Kecurangan (*fraud*) terjadi di lebih dari 5 (lima) lokus berbeda dalam kurun waktu 1 (satu) sampai 3 (tiga) bulan;
  - 3) Potensi nilai kerugian minimal sebesar Rp. 1.000.000.000,- (satu milyar);
  - 4) Tidak adanya tindak lanjut atas peringatan dan/atau sanksi yang dikenakan BPJS Kesehatan dan/atau Kementerian Kesehatan dalam kurun waktu yang ditentukan dan telah diberikan peringatan; dan/atau
  - 5) Dampak kehilangan reputasi atau timbulnya publisitas buruk di media nasional dan tuntutan hukum jika kecurangan dibiarkan.

Tata tertib ekspose:

- 1) Ketua Sub Tim Penanganan Pusat membuka acara dengan menyampaikan tujuan ekspose, daftar pihak yang hadir, mekanisme pengambilan keputusan dan kewajiban menjaga kerahasiaan bagi seluruh Peserta ekspose. Peserta ekspose wajib menandatangani pakta integritas dan kerahasiaan.
- 2) Sub Tim Penanganan Pusat memaparkan laporan hasil deteksi Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Provinsi kepada peserta ekspose.
- 3) Peserta ekspose menentukan tindak lanjut berupa:
  - a) Jika memenuhi kriteria ekspose, dilakukan pengumpulan bahan dan keterangan (pulbaket). Pelaksanaan pulbaket dapat dilakukan melalui audit investigasi. Kegiatan pulbaket dilakukan oleh Sub Tim Penanganan dan dapat dibantu oleh Pakar/Ahli dan/atau instansi berwenang lainnya yang diputuskan dalam ekspose.

- b) Jika tidak memenuhi kriteria ekspose, maka ditindaklanjuti dengan:
- (1) Pemeriksaan pelanggaran administratif sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - (2) Perbaikan atau optimalisasi atas sistem pengendalian internal atau sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*).
  - (3) Perbaikan kebijakan/regulasi.
- c) Keputusan tentang pihak yang akan menindaklanjuti keputusan ekspose dilakukan dengan mempertimbangkan:
- (a) Kewenangan dan kapasitas pihak yang akan melakukan penyelesaian Kecurangan (*fraud*).
  - (b) Independensi dan objektivitas pihak yang akan melakukan tindak lanjut atas penyelesaian Kecurangan (*fraud*).
- d) Jika ekspose memutuskan perlu dilakukan pulbaket, maka akan dilaksanakan ekspose lanjutan untuk membahas hasil pulbaket untuk ditindaklanjuti dalam bentuk rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi.
- e) Ketua atau Wakil Ketua Sub Tim Penanganan menuangkan keputusan hasil ekspose dalam berita acara ekspose yang ditandatangani seluruh Peserta ekspose dan lampiran pakta integritas dan kerahasiaan.
- f) Sub Tim Penanganan mendokumentasikan seluruh kegiatan ekspose.

2. Tindak Lanjut atas Rekomendasi Penyelesaian.

Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat menindaklanjuti rekomendasi dengan tata cara sebagai berikut:

- a. Dalam waktu selambatnya 5 (lima) hari kerja setelah keputusan ekspose, Ketua Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat mengirimkan surat kepada Pimpinan Instansi yang ditunjuk untuk menindaklanjuti rekomendasi.



Surat juga melampirkan resume informasi dan tindak lanjut rekomendasi.

- b. Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat meminta tanggapan dari pimpinan instansi atas rekomendasi perbaikan dan/atau pengenaan sanksi dalam waktu paling lambat 30 (tigapuluh) hari kalender dalam bentuk tertulis.

### 3. Monitoring Evaluasi dan Pelaporan

#### a. Monitoring dan Evaluasi

Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat melakukan monitoring dan evaluasi atas rekomendasi penyelesaian Kecurangan (*fraud*) Jaminan Kesehatan berupa:

- 1) melakukan pertemuan untuk melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan kecurangan di daerah minimal 1 (satu) kali dalam setahun.
- 2) secara insidental dapat meminta laporan perkembangan atas penyelesaian Kecurangan (*fraud*) kepada instansi yang ditunjuk untuk melakukan penyelesaian.

#### b. Pelaporan

Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat menyusun laporan kegiatan penyelesaian Kecurangan (*fraud*) yang sekurang-kurangnya memuat:

- 1) Rekapitulasi laporan hasil deteksi yang ditindaklanjuti ke proses penyelesaian.
- 2) Kemajuan masing-masing proses penyelesaian Kecurangan (*fraud*) yang telah ditetapkan.
- 3) Rekapitulasi penyelamatan dana Jaminan Kesehatan akibat kecurangan (dari pengembalian dan denda yang dikenakan).
- 4) Kendala proses penyelesaian dan saran tindak lanjut.

Laporan kegiatan disusun setiap akhir tahun oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) tingkat Pusat dan disampaikan kepada Menteri.

Tata Cara Penanganan Kecurangan oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Provinsi dapat menggunakan tata cara penanganan Kecurangan (*fraud*) yang digunakan oleh Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) di tingkat Pusat.



## BAB V PENGENAAN SANKSI ADMINISTRATIF

Dalam hal Peserta, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya melakukan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan, maka Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat memberikan sanksi administratif berupa:

1. teguran lisan;
2. teguran tertulis;
3. perintah pengembalian kerugian akibat tindakan Kecurangan (*fraud*) kepada pihak yang dirugikan;
4. tambahan denda administratif; dan/atau
5. pencabutan izin.

Kategori Kecurangan (*fraud*) dan sanksi administratif sebagai berikut:

Dalam hal Kecurangan (*fraud*) yang dilakukan;

- a. menimbulkan kerugian kurang dari Rp50.000.000,- (lima puluh juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*), dikategorikan sebagai pelanggaran ringan.
- b. menimbulkan kerugian antara Rp50.000.000,- (lima puluh juta rupiah) sampai dengan Rp500.000.000,- (lima ratus juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*) atau sudah pernah dikenakan sanksi pelanggaran ringan, dikategorikan sebagai pelanggaran sedang.
- c. menimbulkan kerugian lebih dari Rp500.000.000,- (lima ratus juta rupiah) setiap jenis Kecurangan (*fraud*) atau sudah pernah dikenakan sanksi pelanggaran sedang, dikategorikan sebagai pelanggaran berat.

Tata cara pengenaan sanksi administratif:

- a. Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat melakukan konfirmasi kepada tim pencegahan kabupaten/kota atau tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dan kepada yang bersangkutan.
- b. menjatuhkan sanksi administratif sesuai dengan rekomendasi tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) atau tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) yang disertai dengan berita acara.

- c. pihak yang dikenakan sanksi administratif dapat menyampaikan keberatan paling lama 7 (tujuh) hari kerja sejak diterimanya sanksi administratif dengan menunjukkan bukti yang menguatkan.
- d. Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat menolak keberatan sebagaimana dimaksud pada angka 3 (tiga) dengan konsekuensi sanksi administratif tetap dijalankan, atau menerima keberatan dengan konsekuensi meneruskan kepada tim pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) atau tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) untuk dilakukan kajian.
- e. Dalam hal sanksi administratif yang dikenakan berupa perintah pengembalian kerugian akibat tindak Kecurangan (*fraud*) dan/atau pengenaan denda kepada pihak yang dirugikan, pengembalian dan/atau pembayaran denda dilakukan selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sejak putusan sanksi administratif diterima.
- f. Dalam hal terdapat keberatan atau ketidakmampuan untuk melaksanakan sanksi berupa perintah pengembalian kerugian sebagaimana dimaksud pada huruf e, pelaku Kecurangan (*fraud*) harus dapat membuktikan dan memberikan alasan keberatan.
- g. Dalam hal sanksi administratif yang dikenakan berupa denda:
  - a. sebesar 25% dari jumlah pengembalian kerugian perjenis Kecurangan (*fraud*) untuk kategori pelanggaran sedang;
  - b. sebesar 50% dari jumlah pengembalian kerugian perjenis Kecurangan (*fraud*) untuk kategori pelanggaran berat,
- h. Jumlah denda yang dikenakan untuk seluruh jenis Kecurangan (*fraud*) yang dilakukan paling banyak Rp 250.000.000,00 (dua ratus lima puluh juta rupiah).
- i. Dalam hal pihak yang dikenakan sanksi administratif tidak melaksanakan sanksi maka Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang dapat meneruskan ke Aparat Penegak Hukum.

Untuk tenaga kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan yang terkena sanksi administratif berupa teguran tertulis ketiga maka Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat instansi yang berwenang yang mengeluarkan izin mengenakan sanksi pencabutan izin. Tata cara pengenaan sanksi pencabutan izin dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEMENKES RI



## BAB VI

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing. Pembinaan dan pengawasan dapat dilaksanakan di BPJS Kesehatan, rumah sakit, di klinik utama atau yang setara dan FKTP, di penyedia obat dan penyedia alat kesehatan, dan di pemangku kepentingan lainnya.

Pembinaan dan pengawasan dilaksanakan melalui:

- a. Advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
- b. Pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
- c. Monitoring dan evaluasi.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di BPJS Kesehatan, dapat melibatkan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Satuan Pengawasan Intern (SPI) BPJS Kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di rumah sakit, dapat melibatkan Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, perhimpunan/asosiasi perumahsakit, dan organisasi profesi.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di klinik utama atau yang setara dan FKTP, dapat melibatkan asosiasi fasilitas kesehatan primer dan organisasi profesi.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di penyedia obat dan penyedia alat kesehatan, dapat melibatkan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) Jaminan Kesehatan yang dibentuk bersama oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan KPK, organisasi profesi dan asosiasi pengusaha alat kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan di pemangku kepentingan lainnya, dapat melibatkan tim pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan yang dibentuk bersama oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, KPK dan kementerian/lembaga lainnya.

BAB VII  
PENUTUP

Pedoman Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan merupakan suatu panduan bagi kementerian/lembaga/badan/pemerintah daerah, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dan penyedia obat/alat kesehatan terkait pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dalam upaya membangun dan menerapkan sistem pencegahan dan penanganan Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan.

Dengan dipahaminya tindakan-tindakan Kecurangan (*fraud*) dalam Jaminan Kesehatan, diharapkan agar segenap pihak yang terlibat dalam satu rangkaian proses Jaminan Kesehatan dapat menghindari tindakan Kecurangan (*fraud*) dan kerugian Dana Jaminan Sosial Nasional akibat Kecurangan (*fraud*) bisa dicegah sehingga dapat menjaga keberlangsungan program Jaminan Kesehatan.


MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 17 TAHUN 2019  
TENTANG  
PENYELENGGARAAN PERTIMBANGAN KLINIS (*CLINICAL ADVISORY*)  
DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) perlu disesuaikan dengan kebutuhan untuk meningkatkan efektivitas penyelenggaraan pertimbangan klinis (*Clinical Advisory*) dalam program Jaminan Kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 91 ayat (6) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) dalam Program Jaminan Kesehatan;



1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
3. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

**MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : **PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN PERTIMBANGAN KLINIS (CLINICAL ADVISORY) DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN.**

**BAB I  
KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.

2. Dewan Pertimbangan Klinis yang selanjutnya disingkat DPK adalah dewan yang dibentuk oleh Menteri untuk menyelesaikan sengketa klinis di tingkat Pusat dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.
3. Tim Pertimbangan Klinis yang selanjutnya disingkat TPK adalah tim yang dibentuk oleh Gubernur untuk menyelesaikan sengketa klinis di tingkat provinsi dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.
4. Sengketa Klinis adalah ketidaksepahaman para pihak menyangkut pelayanan atau tindakan klinis yang berdampak terhadap paket manfaat dan/atau pembayaran klaim yang terjadi dalam pelayanan kesehatan pada penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.
5. Para Pihak adalah peserta, fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan, dan asosiasi fasilitas kesehatan.
6. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

#### Pasal 2

Pengaturan Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) dalam program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk terselenggaranya pertimbangan klinis agar pelayanan kesehatan yang diberikan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien.

## BAB II DPK DAN TPK

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 3

- (1) Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dibentuk DPK.
- (2) DPK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di tingkat pusat yang ditetapkan oleh Menteri.

- (3) Untuk mempermudah pelaksanaan tugas DPK di tingkat provinsi dibentuk TPK yang ditetapkan oleh Gubernur.

## Bagian Kedua Keanggotaan

### Pasal 4

- (1) DPK berjumlah ganjil, beranggotakan paling banyak 13 (tiga belas) orang.
- (2) Anggota DPK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan, profesi kedokteran, akademisi kedokteran, dan akademisi kesehatan.

### Pasal 5

Anggota DPK harus memenuhi persyaratan:

- a. Warga Negara Indonesia;
- b. sehat fisik dan mental;
- c. cakap, jujur, memiliki moral, etika, integritas yang tinggi, memiliki reputasi yang baik, dan memahami masalah yang berkaitan dengan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan;
- d. berusia paling rendah 40 (empat puluh) tahun;
- e. tidak menjadi anggota salah satu partai politik; dan
- f. tidak pernah dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana yang diancam dengan pidana penjara 5 (lima) tahun atau lebih.

### Pasal 6

- (1) Anggota DPK tidak boleh merangkap jabatan lain yang dapat menimbulkan benturan kepentingan dan/atau mengganggu kinerja DPK.
- (2) Anggota DPK yang memiliki kepentingan dengan kasus Sengketa Klinis yang sedang diproses wajib mengundurkan diri dalam proses penyelesaian sengketa kasus tersebut.



#### Pasal 7

- (1) Masa jabatan anggota DPK adalah 3 (tiga) tahun dan ditinjau ulang setiap akhir masa jabatan.
- (2) Untuk pertama kali masa jabatan DPK ditetapkan selama 3 (tiga) tahun, minimal 3 (tiga) dari 13 (tiga belas) orang anggota DPK diperpanjang masa jabatannya selama 1 (satu) tahun.
- (3) Jabatan anggota DPK berakhir apabila:
  - a. masa jabatannya berakhir;
  - b. mengundurkan diri;
  - c. meninggal dunia; atau
  - d. diberhentikan berdasarkan Keputusan Menteri.

#### Pasal 8

- (1) TPK berjumlah ganjil, beranggotakan paling banyak 5 (lima) orang.
- (2) Anggota TPK sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas unsur dinas kesehatan provinsi, profesi kedokteran, akademisi kedokteran, dan akademisi kesehatan.

#### Bagian Ketiga

#### Tugas dan Tanggung Jawab

#### Pasal 9

- (1) DPK bertugas menyelesaikan Sengketa Klinis, dan memberikan pertimbangan kepada Menteri untuk penguatan program Jaminan Kesehatan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) DPK menyelenggarakan fungsi:
  - a. penapisan sengketa atas pengaduan dari Para Pihak;
  - b. penyelesaian Sengketa Klinis yang tidak dapat diselesaikan oleh TPK;
  - c. pemberian pertimbangan untuk pembentukan dan/atau pemutakhiran penatalaksanaan klinis dan alur klinis (*clinical pathway*);
  - d. pemberian umpan balik termasuk analisis kebijakan tentang Sengketa Klinis kepada seluruh pihak terkait;

- e. pembinaan dan peningkatan kapasitas TPK;
  - f. pemberian rekomendasi kebijakan obat, alat kesehatan, dan pelayanan kesehatan kepada Menteri yang didasarkan atas pertimbangan klinis; dan
  - g. pelaksanaan pelaporan kepada Menteri.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi pemberian rekomendasi kebijakan obat, alat kesehatan, dan dan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf g, DPK wajib berkoordinasi dengan Komite Formularium Nasional dan/atau Komite Nasional Kompendium Alat Kesehatan, dan meminta pendapat/masukan dari organisasi profesi, asosiasi farmasi dan alat kesehatan, asosiasi fasilitas kesehatan, dan/atau para ahli sesuai dengan masalah klinis yang disengketakan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) DPK mempunyai kewenangan:
- a. menghentikan dan/atau melanjutkan proses pemeriksaan Sengketa Klinis;
  - b. memanggil, memeriksa, dan meminta keterangan Para Pihak;
  - c. meminta keterangan saksi atau ahli;
  - d. meminta dokumen atau surat-menyurat, data informasi elektronik (digital) dari Para Pihak dan rekam medis dari fasilitas kesehatan;
  - e. meminta data klaim dan data pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan; dan
  - f. membuat keputusan penyelesaian Sengketa Klinis.

#### Pasal 10

- (1) TPK bertugas menyelesaikan Sengketa Klinis dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) TPK menyelenggarakan fungsi:
- a. penapisan sengketa yang diadukan kepada TPK;
  - b. penyelesaian Sengketa Klinis atas pengaduan dari Para Pihak;

- c. penyampaian Sengketa Klinis yang tidak dapat diselesaikan oleh TPK kepada DPK;
  - d. pelaksanaan koordinasi dengan DPK dalam penyelesaian Sengketa Klinis yang ditangani dan peningkatan kapasitas TPK;
  - e. pemberian umpan balik termasuk analisis kebijakan tentang Sengketa Klinis kepada seluruh pihak terkait; dan
  - f. pelaksanaan pelaporan kepada DPK.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) TPK mempunyai kewenangan:
- a. menghentikan dan/atau melanjutkan proses pemeriksaan Sengketa Klinis;
  - b. memanggil, memeriksa, dan meminta keterangan Para Pihak;
  - c. meminta keterangan saksi/ahli;
  - d. meminta dokumen/surat menyurat, data informasi elektronik (digital) dari Para Pihak dan rekam media dari fasilitas kesehatan;
  - e. meminta data klaim dan data pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan; dan
  - f. membuat keputusan penyelesaian Sengketa Klinis.

#### Pasal 11

- (1) TPK wajib menyampaikan keputusan penyelesaian Sengketa Klinis kepada DPK.
- (2) Keputusan penyelesaian Sengketa Klinis yang disampaikan oleh TPK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) atau keputusan penyelesaian Sengketa Klinis yang dibuat oleh DPK harus disampaikan oleh DPK kepada Menteri untuk dapat dijadikan dasar pertimbangan dalam mengambil kebijakan.

#### Pasal 12

- (1) Sengketa Klinis yang dapat diadukan kepada TPK atau DPK hanya Sengketa Klinis yang tidak dapat diselesaikan secara musyawarah oleh unit pengaduan, baik yang



terdapat di fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan, dinas kesehatan, atau oleh Para Pihak dengan melibatkan Kepala Dinas Kesehatan provinsi, Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota, dan/atau Badan Pengawas Rumah Sakit.

- (2) Dalam hal DPK atau TPK menerima aduan sengketa dari Para Pihak yang bukan termasuk Sengketa Klinis, DPK atau TPK harus meneruskan penyelesaian sengketa kepada lembaga yang berwenang.

#### Pasal 13

- (1) Dalam melaksanakan tugas, DPK dan TPK bersifat mandiri dan tidak memihak.
- (2) Dalam penyelesaian Sengketa Klinis, DPK dan TPK harus berpedoman pada kebijakan atau ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 14

DPK dan TPK dapat berkoordinasi dengan Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assesment*), Tim Tarif Jaminan Kesehatan, Tim Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan, Tim Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dan Majelis Kehormatan Etika Kedokteran/Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Gigi, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, Majelis Kehormatan Etika Rumah Sakit, Komite Medik Rumah Sakit, Komite Etik Hukum Rumah Sakit dan pihak lainnya.

#### Pasal 15

- (1) DPK bertanggungjawab kepada Menteri melalui Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan.
- (2) TPK bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
- (3) DPK wajib melaporkan pelaksanaan tugas secara berkala setiap 6 (enam) bulan, atau sewaktu-waktu jika diperlukan kepada Menteri melalui Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan.

- (4) TPK wajib melaporkan pelaksanaan tugas secara berkala setiap 6 (enam) bulan, atau sewaktu-waktu jika diperlukan kepada Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan tembusan kepada DPK.

#### Pasal 16

- (1) Dalam pelaksanaan tugasnya, DPK atau TPK dibantu oleh sekretariat yang berkedudukan:
- a. untuk DPK di Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan; dan
  - b. untuk TPK di Dinas Kesehatan Provinsi.
- (2) Sekretariat DPK bertugas:
- a. melakukan kegiatan administrasi dalam rangka mendukung kegiatan DPK dalam menjalankan tugas dan wewenangnya termasuk penyusunan anggaran kegiatan operasional;
  - b. menginventarisasi dan mengkompilasi laporan sengketa terkait program Jaminan Kesehatan baik yang telah, sedang dan/atau belum diselesaikan, yang dilaporkan oleh TPK;
  - c. melakukan koordinasi untuk meneruskan aduan kasus yang berasal dari provinsi tempat kejadian kepada TPK provinsi setempat apabila dipandang TPK tersebut mampu menyelesaikan terlebih dahulu;
  - d. menyusun daftar sengketa klinis yang akan diselesaikan oleh DPK;
  - e. menginventarisasi dan mengompilasi keputusan penyelesaian sengketa yang dihasilkan oleh DPK dan TPK sebagai bahan pembinaan;
  - f. menyusun jadwal pemeriksaan dan penyidangan kasus Sengketa Klinis; dan
  - g. melaksanakan pendokumentasian kegiatan DPK.
- (3) Sekretariat TPK bertugas:
- a. melakukan kegiatan administrasi dalam rangka mendukung kegiatan TPK dalam menjalankan tugas dan wewenangnya termasuk penyusunan anggaran kegiatan operasional.

- b. mengumpulkan, menginventarisasi, dan mengkompilasi semua pengaduan terkait program Jaminan Kesehatan yang masuk ke TPK.
- c. menyusun daftar sengketa klinis yang akan diselesaikan oleh TPK;
- d. menyusun jadwal pemeriksaan dan penyidangan kasus Sengketa Klinis; dan
- e. melaksanakan pendokumentasian kegiatan TPK.

### BAB III PEMBIAYAAN

#### Pasal 17

Pembiayaan pelaksanaan tugas dan fungsi DPK dan TPK bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dan sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### BAB IV KETENTUAN LAIN-LAIN

#### Pasal 18

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penyelesaian Sengketa Klinis dalam program Jaminan Kesehatan tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

### BAB V KETENTUAN PERALIHAN

#### Pasal 19

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku:

- a. DPK dan TPK atau Tim Money dan Pertimbangan Klinis Jaminan Kesehatan yang telah ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Menteri ini masih tetap menjalankan tugasnya sampai masa tugasnya berakhir;



- b. TPK atau Tim Monev dan Pertimbangan Klinis Jaminan Kesehatan yang telah ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Menteri ini harus disesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini paling lama 6 (enam) bulan.

## BAB VI KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 20

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 370) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

### Pasal 21

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 22 Juli 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 31 Juli 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,


ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 804

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 17 TAHUN 2019  
TENTANG  
PENYELENGGARAAN PERTIMBANGAN  
KLINIS (*CLINICAL ADVISORY*) DALAM  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

TATA CARA PENYELESAIAN SENGKETA KLINIS DALAM PROGRAM JAMINAN  
KESEHATAN

BAB I  
PENDAHULUAN

Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui program Jaminan Kesehatan mempunyai tujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak berupa manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada keselamatan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.

Penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan merupakan interaksi antara unsur peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, yang merupakan perubahan mendasar, menyeluruh, serentak, dan terus menerus yang senantiasa memerlukan penguatan bertahap. Pada penyelenggaraannya dapat terjadi permasalahan yang menyebabkan sengketa antara unsur-unsur yang berinteraksi tersebut. Dengan demikian, dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan memerlukan sistem dan mekanisme pemberian pertimbangan dalam penyelesaian sengketa, pendapat medik (*medical judgement*) serta wadah konsultasi untuk pertimbangan klinis (*clinical advisory*). Pertimbangan klinis dimaksudkan agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta/pasien efektif dan sesuai kebutuhan.

Pelaksanaan pemberian pertimbangan klinis telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan



Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*), namun dalam perkembangannya perlu penyesuaian terutama dengan ditetapkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 82 menyatakan "Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan, Menteri menetapkan kebijakan penyelenggaraan: a. penilaian teknologi kesehatan; b. pertimbangan klinis; c. penghitungan standar tarif; dan d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan". Khususnya pertimbangan klinis, berdasarkan Pasal 91 ayat (4) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, dibentuk DPK untuk menyelesaikan sengketa yang tidak dapat diselesaikan secara musyawarah oleh para pihak. Selanjutnya berdasarkan amanah Pasal 91 ayat (6) Menteri mengatur pembentukan, tugas, fungsi dan kewenangan Dewan Pertimbangan Klinis (DPK), serta tata cara penyelesaian Sengketa Klinis dalam program Jaminan Kesehatan.

KEMENKES RI

## A. Ketentuan umum

Sengketa Klinis dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan dapat terjadi antara:

1. Peserta dengan Fasilitas Kesehatan;
2. Peserta dengan BPJS Kesehatan;
3. BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan; atau
4. BPJS Kesehatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan

Penyelesaian Sengketa Klinis dalam program Jaminan Kesehatan dilakukan secara berjenjang dari tingkat provinsi sampai dengan pusat. Dalam hal TPK tidak mampu menyelesaikan kasus yang disengketakan, maka TPK wajib meneruskan kepada DPK untuk menyelesaikan sengketa tersebut.

Penyelesaian sengketa diselesaikan dengan prinsip keadilan, asas manfaat, efektif, dan efisien. Apabila para pihak yang bersengketa di tingkat kabupaten/kota sudah dapat diselesaikan secara musyawarah oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, TPK Provinsi setempat langsung mengkompilasi penyelesaian sengketa melalui musyawarah tersebut oleh sekretariat TPK untuk dilaporkan kepada DPK.

Penyelesaian sengketa dimulai dari diterimanya aduan resmi para pihak yang masuk ke sekretariat TPK. Seluruh proses pemeriksaan dan persidangan wajib dihadiri para pihak, namun TPK atau DPK dapat melanjutkan proses secara *in absentia*.

Keputusan yang bersifat final dan tetap dapat dibuat oleh TPK setelah para pihak menyatakan menerima dan tidak melakukan upaya banding (apabila salah satu pihak tidak menerima hasil putusan dengan mengajukan permohonan aduan kepada DPK). Apabila terdapat upaya banding, putusan yang bersifat final dan tetap harus dibuat oleh DPK. Keputusan penyelesaian Sengketa Klinis oleh TPK atau DPK harus disampaikan kepada Para Pihak.

Pembacaan keputusan sengketa wajib dihadiri para pihak, namun TPK atau DPK dapat membacakan keputusan secara *in absentia*.

DPK melakukan pembinaan dan evaluasi dari hasil kompilasi dari sekretariat TPK dan sekretariat DPK untuk pembuatan kebijakan baru sebagai antisipasi dini jenis-jenis kasus penyelesaian sengketa sebelumnya.

## B. Mekanisme Pengaduan

Pengaduan tingkat pertama ditujukan kepada TPK tempat kejadian. Pengaduan dimulai dari diterimanya surat pengaduan dari para pihak yang bersengketa kepada oleh TPK melalui sekretariat. TPK memutuskan apakah pengaduan dapat diterima atau tidak dapat diterima. Apabila dapat diterima, pengaduan dilanjutkan dengan persidangan oleh TPK.

### a. Pihak yang Bersengketa

Pihak yang bersengketa dapat menyampaikan pengaduan secara tertulis kepada TPK yang sekurang-kurangnya memuat informasi antara lain:

- 1) Identitas pengadu dan teradu
- 2) Kasus sengketa dan kronologinya
- 3) Data pendukung lainnya

### b. TPK

Pengaduan yang dapat diterima untuk diselesaikan oleh TPK, sekurang-kurangnya memuat informasi antara lain:

- 1) Identitas pengadu dan teradu;
- 2) Ringkasan kronologis peristiwa yang menimbulkan sengketa dan pokok permasalahan yang menimbulkan ketidaksepakatan atas rekomendasi/keputusan TPK Provinsi;
- 3) Bukti dan saksi serta data pendukung lain.

## C. Mekanisme Penghentian Aduan

Pengaduan yang tidak dapat diterima akan dilakukan penghentian aduan oleh TPK apabila:

- 1) Surat tanpa identitas yang jelas
- 2) Keliru wilayah
- 3) Keliru orang/lembaga
- 4) Keliru waktu (melewati batas waktu 2 tahun setelah kejadian)
- 5) Keliru objek (tidak terkait para pihak dan/atau pertimbangan klinis atas dasar kendali mutu kendali biaya dalam Jaminan Kesehatan



- 6) Kasus sama yang sudah pernah diperiksa atau diputuskan oleh TPK dan/atau DPK

#### D. Mekanisme Persidangan

##### 1. Tingkat Pertama di TPK

- a. Ketua TPK dibantu sekretariat memeriksa keabsahan para pihak;
- b. Ketua TPK bersama anggota memeriksa pihak pengadu terlebih dahulu disertai dengan bukti, saksi, dokumen yang diajukan pihak pengadu;
- c. Ketua TPK bersama anggota memeriksa pihak teradu disertai dengan bukti, saksi, dokumen yang diajukan pihak teradu;
- d. Ketua TPK bersama anggota apabila diperlukan dapat meminta keterangan pihak-pihak terkait, namun tidak terbatas dari Tim Monitoring dan Evaluasi JKN, Tim Pencegahan Fraud, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Dewan Pertimbangan Medik Regional, Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Wilayah IDI, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Gigi Wilayah PDGI dan BPJS Kesehatan cabang dan Divisi Regional, untuk dijadikan bahan pertimbangan.
- e. Ketua TPK bersama anggota melakukan sidang-sidang untuk membuat keputusan. Kuorum pengambilan keputusan adalah setengah ditambah satu dari keseluruhan anggota TPK. Pendapat yang berbeda (dissenting opinion) dicatat secara khusus;
- f. Hasil keputusan dibacakan dalam sidang yang dihadiri para pihak;
- g. Apabila diperlukan proses pemeriksaan dari butir 1 (satu) sampai butir 5 (lima) dapat didampingi oleh anggota DPK yang ditunjuk khusus oleh ketua DPK;
- h. Seluruh proses persidangan dan hasil keputusan didokumentasikan oleh sekretariat TPK dan dilaporkan oleh ketua TPK kepada ketua DPK melalui sekretariat;
- i. Proses pemeriksaan dilakukan dalam sidang tertutup;
- j. Seluruh proses persidangan sengketa tidak boleh melibatkan advokat yang mewakili para pihak; dan

- k. Para pihak diberi kesempatan secara tertulis untuk mengajukan keberatan terhadap hasil keputusan.

## 2. Tingkat Banding di DPK

- a. Ketua DPK dibantu sekretariat memeriksa keabsahan para pihak;
- b. Ketua DPK bersama anggota memeriksa pihak pengadu terlebih dahulu disertai dengan bukti, saksi, dokumen yang diajukan pihak pengadu;
- c. Ketua DPK bersama anggota memeriksa pihak teradu disertai dengan bukti, saksi, dokumen yang diajukan pihak teradu;
- d. Ketua DPK bersama anggota apabila diperlukan meminta keterangan pihak-pihak terkait, namun tidak terbatas dari Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (Health Technology Assessment), Tim Tarif Jaminan Kesehatan, Tim Monitoring dan Evaluasi JKN, Komite Formularium Nasional dan/atau Komite Nasional Kompendium Alat Kesehatan, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Pusat IDI, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Gigi Pusat PDGI, Konsil Kedokteran Indonesia, Tim Pencegahan Fraud, dan Badan Pengawas Rumah Sakit, untuk dijadikan pertimbangan klinis dalam sengketa yang berkaitan dengan pelayanan dalam program Jaminan Kesehatan;
- e. Ketua DPK bersama anggota melakukan sidang untuk membuat keputusan yang susunan dan bentuknya dibakukan oleh DPK. Kuorum pengambilan keputusan adalah setengah ditambah satu dari keseluruhan anggota DPK. Pendapat yang berbeda (*dissenting opinion*) dicatat secara khusus;
- f. Keputusan didokumentasikan oleh sekretariat dan dilaporkan oleh ketua DPK kepada Menteri Kesehatan dengan tembusan pihak terkait;
- g. Para pihak dilarang didampingi oleh advokat;
- h. Proses persidangan dilakukan secara tertutup; dan
- i. Keputusan sebagaimana huruf e dapat dijadikan pedoman oleh TPK wilayah lain untuk kasus yang sama setelah dinyatakan oleh ketetapan DPK yang khusus untuk itu (asas preseden).



E. Pelaporan

DPK membuat susunan dan bentuk laporan administratif kinerja secara baku yang menggambarkan intisari dari sistem penyelenggaraan pertimbangan klinis setelah mendengarkan saran-saran seluruh TPK.

a. TPK

TPK menyusun laporan kepada DPK yang terdiri dari:

- 1) Laporan sengketa yang akan diselesaikan
- 2) Laporan proses penyelesaian yang sedang diselesaikan
- 3) Laporan sengketa yang telah diselesaikan
- 4) Laporan sengketa yang tidak dapat diselesaikan

b. DPK

- 1) Laporan keputusan penyelesaian sengketa untuk ditetapkan Menteri.
- 2) Laporan umpan balik penyelesaian sengketa pada TPK.

F. Format Keputusan TPK

Keputusan penyelesaian Sengketa Klinis oleh TPK disusun dengan menggunakan contoh format di bawah ini.

**TIM PERTIMBANGAN KLINIS**  
**SEBAGAI PELAKSANAAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR TAHUN \_\_\_\_\_**  
**TENTANG PENYELENGGARAAN PERTIMBANGAN KLINIS (CLINICAL**  
**ADVISORY) DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAN**  
**SK GUBERNUR NO \_\_\_\_\_ TAHUN \_\_\_\_\_ TENTANG \_\_\_\_\_**

**KEPUTUSAN**

Nomor : \_\_\_\_\_

**DEMI KEBERLANGSUNGAN PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN**  
**NASIONAL (JKN) YANG ADIL DAN BERKUALITAS**

Tim Pertimbangan Klinis, yang memeriksa dan menyelesaikan sengketa klinis pengaduan dugaan pelanggaran peraturan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (untuk selanjutnya disingkat JKN) di tingkat pertama atas sengketa \_\_\_\_\_ telah menjatuhkan putusan dalam sengketa klinis, yang diajukan oleh:

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_



Yang dalam hal ini yang bersangkutan bertindak sebagai \_\_\_\_\_,  
untuk selanjutnya disebut sebagai Pengadu \_\_\_\_\_

Tim Pertimbangan Klinis telah :

Membaca dan menganalisa dokumen pengaduan pengadu;

Mendengar keterangan Teradu;

Mendengar keterangan Ahli;

Memeriksa bukti-bukti dari Teradu;

Memeriksa bukti-bukti Pengadu;

Memeriksa bukti/dokumen dan keterangan pihak-pihak terkait

#### DUDUK PERKARA

Menimbang bahwa pihak Pengadu mengajukan pengaduan kepada \_\_\_\_\_  
dengan surat nomor \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_ perihal \_\_\_\_\_, menguraikan  
hal-hal yang pada pokoknya sebagai berikut:

#### 1. KEWENANGAN TIM PERTIMBANGAN KLINIS

- a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor .. Tahun ...tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) dalam Program Jaminan Kesehatan bahwa dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dibentuk DPK di tingkat pusat, dan TPK di tingkat Propinsi.
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 10 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor .. Tahun ...tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) dalam Program Jaminan Kesehatan, memiliki tugas meliputi:
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) ..... (d disesuaikan)
- c. bahwa dalam tujuan Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*), memberikan kepastian penyelesaian permasalahan klinis yang terjadi dalam pelayanan kesehatan pada penyelenggaraan JKN, khususnya yang menjadi sengketa antara peserta, fasilitas pelayanan kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam kendali mutu dan kendali biaya;
- d. bahwa karena objek pengaduan pertimbangan klinis adalah \_\_\_\_\_ (*"urutan tripartite"*).
- e. maka Tim Pertimbangan Klinis berwenang untuk melakukan penyelesaian sengketa klinis dimaksud.

## 2. ALASAN PIHAK PENGADU MENGAJUKAN PENGADUAN

\_\_\_\_\_ uraian pokok yang disengketakan oleh pihak pengadu ke pihak teradu, dalam bahasa pengadu; dapat kronologis - (LAMPIRAN P-1)

\_\_\_\_\_ tambahan ihwal yang disengketakan - dalam bahasa pengadu, dapat kronologis (LAMPIRAN P-2), dst, dst (P-3, P-4 dst)

### ANALISA DAN PERTIMBANGAN KLINIS

Menimbang bahwa Tim Pertimbangan Klinis berwenang melanjutkan proses pemeriksaan kasus sengketa, menganalisis pokok pengaduan, telah memeriksa pihak Pengadu dan pihak Teradu beserta lampiran \_\_\_\_\_ *"(sesuaikan dengan pokok aduan yang ditangani)"* telah melakukan persidangan sebanyak \_\_\_\_\_ kali dengan menghadirkan para ahli dan para pemangku kepentingan terkait (serta melakukan verifikasi di tempat pihak Teradu yang dihadiri oleh pihak Pengadu, pihak Teradu) **bila ada**

#### **Pokok Pengaduan**

Menimbang bahwa pokok pengaduan pihak Pengadu adalah yang didasarkan atau didukung fakta \_\_\_\_\_

(fakta dirumuskan dalam yang didasarkan atau didukung fakta bahasa TPK) - sesuai Lampiran P-1, P-2, P-3 dst dst

Menimbang bahwa pihak Pengadu bersurat kepada \_\_\_\_\_ ditafsirkan oleh Tim Pertimbangan klinis sebagai pengaduan dari unsur \_\_\_\_\_ terhadap unsur \_\_\_\_\_ dan agar \_\_\_\_\_ (lampiran P-1)

Menimbang bahwa pihak Teradu berpendapat sebagai berikut :

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

yang didasarkan atau didukung fakta-fakta sebagai berikut :

(fakta dirumuskan dalam bahasa TPK) - - sesuai Lampiran T-1, T-2, T-3  
dst dst

Menimbang bahwa para ahli terkait yaitu \_\_\_\_\_, berpendapat bahwa :

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

yang didasarkan atau didukung fakta

(PDSp, pakar, dll) - yang tidak konflik kepentingan (sikap imparial independen) & sensitif thd "mutu & biaya"



Menimbang bahwa pemangku kepentingan terkait yakni \_\_\_\_\_, berpendapat bahwa:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

yang didasarkan atau didukung fakta

### MENIMBANG:

(Contoh : Tim Penyusun Tarif Pelayanan Kesehatan Pada FKTP dan FKRTL Kementerian Kesehatan; Tim HTA; Tim Anti Fraud; Tim Fornas; DJSN; DPM/TKMKB/BPJS, dll dll .....; MKEK/MKDKI/Makersi.....)  
Bila diperlukan dalam hal dissenting opinion anggota TPK/TPK :

### PENDAPAT TIM PERTIMBANGAN KLINIS:

Menimbang bahwa :

1. \_\_\_\_\_ mempunyai kedudukan hukum sah sebagai salah satu pihak dalam sengketa klinis (pihak Pengadu) yang mengadukan \_\_\_\_\_, juga mempunyai kedudukan yang sah sebagai pihak Teradu.
2. Tim Pertimbangan Klinis menyidangkan pengaduan sebagaimana dimaksud pada butir 1. yang mencakup \_\_\_\_\_.
3. Berdasarkan fakta yang diajukan oleh pihak Pengadu dan pihak Teradu serta pertimbangan \_\_\_\_\_ (dicantumkan pihak ahli, stakeholder terkait) sebagaimana tersebut diatas, Tim Pertimbangan Klinis berpendapat:
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. Tim Pertimbangan Klinis memerintahkan pihak Pengadu dan pihak Teradu untuk menyelesaikan sengketa klinis antara pihak Pengadu dan pihak Teradu sesuai kriteria sebagaimana dimaksud butir \_\_\_\_\_.
  - d. Tim Pertimbangan Klinis memerintahkan pihak Pengadu dan pihak Teradu melengkapi \_\_\_\_\_ (rincian sengketa tripartit)
    1. Rincian sebagaimana lampiran yang dimaksud butir ab. diatas disepakati oleh Pihak Pengadu dan pihak Teradu sehingga dapat diidentifikasi jumlah pasti tagihan yang akan dibayarkan oleh pihak Pengadu kepada pihak Teradu dalam rangka penyelesaian sengketa klinis dari klaim yang tertunda.
    2. Bila ada dokumen ini menjadi lampiran



**KEPUTUSAN:**

**Tim Pertimbangan Klinis**

Berdasarkan analisa dan pertimbangan klinis yang dikemukakan oleh pihak Pengadu, pihak Teradu, para ahli dari profesi terkait dan dokumen-dokumen sebagaimana dalam lampiran sebagaimana diuraikan diatas, Tim Pertimbangan Klinis memutuskan:

**Menetapkan :**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Demikian diputuskan dalam Rapat Sidang Tim Pertimbangan Klinis yang dihadiri oleh anggota yaitu \_\_\_\_\_, selaku Ketua merangkap Anggota, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, masing-masing sebagai Anggota, pada hari \_\_\_\_\_, tanggal \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_, tahun \_\_\_\_\_, dan diucapkan dalam sidang pleno Tim Pertimbangan Klinis pada hari \_\_\_\_\_, tanggal \_\_\_\_\_, bulan \_\_\_\_\_, tahun \_\_\_\_\_, oleh anggota Tim Pertimbangan Klinis, dengan didampingi oleh \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, masing-masing sebagai sekretariat.

**KETUA**

\_\_\_\_\_  
**ANGGOTA-ANGGOTA,**

\_\_\_\_\_

TATA CARA PEMBERIAN PERTIMBANGAN UNTUK  
PENGUATAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

- A. Tata Cara Pemberian Pertimbangan Kepada Menteri untuk Penguatan Program Jaminan Kesehatan.

Berdasarkan analisis kebijakan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan atau dari kompilasi data dan informasi penyelesaian Sengketa Klinis yang berasal dari TPK setelah dilakukan telaah kritis, DPK memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan. Telaah kritis dilakukan untuk lebih mengerti/memahami pola/pokok permasalahan klinis dan/atau sengketa klinis yang timbul.

DPK juga dapat memberikan umpan balik berkenaan dengan analisis kebijakan kepada:

1. Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional atau Kompendium Alat Kesehatan, Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assessment*), Tim Tarif Jaminan Kesehatan, Tim Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan, Tim Pencegahan Fraud, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran pusat dan Badan Pengawas Rumah Sakit;
2. Peserta, organisasi pasien, asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi, pemerintah daerah dan pemangku kepentingan lain.

DPK bersama BPJS Kesehatan juga melakukan analisis kebijakan terhadap obat, alat kesehatan, dan/atau bahan medis habis pakai yang dapat diklaim tersendiri diluar Paket Indonesian Case Based Group (INA CBG) yang digunakan dalam kondisi khusus dalam rangka kendali mutu kendali biaya yang dimaksudkan untuk penguatan program Jaminan Kesehatan. DPK dapat menggunakan data dan informasi resmi dari sumber manapun untuk analisis kebijakan sebagaimana dimaksud, termasuk melakukan koordinasi dengan pihak-pihak yang mengelola katalog elektronik, BPJS Kesehatan, peserta dan Fasilitas Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

BAB IV  
PENUTUP

Dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan memperkuat keberadaan Dewan Pertimbangan Klinis dalam penyelesaian sengketa dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan. Selain itu juga menegaskan kepada para pihak salah satu pilihan dalam menyelesaikan permasalahan yang berkaitan klinis yaitu melalui TPK atau DPK.

Dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) dalam program Jaminan Kesehatan diharapkan pelayanan kesehatan yang diberikan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien sehingga dapat menjaga keberlanjutan program Jaminan Kesehatan.

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA.

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002





PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 18 TAHUN 2019  
TENTANG  
KONSULTAN MANAJEMEN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk menyelenggarakan pekerjaan Konsultan Manajemen Kesehatan, perlu dilakukan penataan untuk menjamin mutu konsultansi bidang manajemen kesehatan;
- b. bahwa Konsultan Manajemen Kesehatan merupakan salah satu tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang memberikan jasa konsultansi terkait manajemen kesehatan;
- c. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 6 ayat (2) Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Menteri mempunyai kewenangan membina tenaga kesehatan dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Konsultan Manajemen Kesehatan;

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
4. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KONSULTAN MANAJEMEN KESEHATAN.**

**BAB I**

**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Konsultan Manajemen Kesehatan adalah tenaga yang mempunyai kompetensi profesional dalam menyediakan jasa konsultansi keahlian tertentu di bidang manajemen kesehatan.

2. Sertifikat Kompetensi Konsultan Manajemen Kesehatan yang selanjutnya disebut Sertifikat Kompetensi adalah bukti tertulis tingkat penguasaan kompetensi atas keahlian dan jenjang/level bidang manajemen kesehatan.
3. Sertifikasi Kompetensi adalah proses pemberian Sertifikat Kompetensi yang dilakukan secara sistematis dan objektif melalui uji kompetensi yang mengacu pada standar kompetensi kerja yang bersifat nasional, khusus maupun internasional.
4. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Konsultan Manajemen Kesehatan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi dan kualifikasi tertentu lain untuk menjalankan pekerjaan sebagai Konsultan Manajemen Kesehatan.
5. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Menteri kepada Konsultan Manajemen Kesehatan yang telah diregistrasi.
6. Surat Tanda Registrasi Sementara yang selanjutnya disingkat STRS adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Menteri untuk jangka waktu tertentu kepada Konsultan Manajemen Kesehatan warga negara asing yang telah diregistrasi.
7. Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia adalah kerangka penjurangan kualifikasi kompetensi yang dapat menyandingkan, menyetarakan, dan mengintegrasikan antara bidang pendidikan dan bidang pelatihan kerja serta pengalaman kerja dalam rangka pemberian pengakuan kompetensi kerja sesuai dengan struktur pekerjaan di berbagai sektor.
8. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
9. Organisasi Profesi Konsultan Manajemen Kesehatan yang selanjutnya disebut Organisasi Profesi adalah wadah berkumpul dan bernaungnya Konsultan Manajemen Kesehatan.



**BAB II**  
**KLASIFIKASI DAN**  
**KUALIFIKASI KONSULTAN MANAJEMEN KESEHATAN**

**Pasal 2**

- (1) Klasifikasi Konsultan Manajemen Kesehatan terdiri atas:
  - a. Konsultan Manajemen Kesehatan Pratama;
  - b. Konsultan Manajemen Kesehatan Madya; dan
  - c. Konsultan Manajemen Kesehatan Utama.
- (2) Konsultan Manajemen Kesehatan Pratama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus memiliki kualifikasi pendidikan dan/atau keterampilan paling rendah setingkat level 7 (tujuh) berdasarkan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia.
- (3) Konsultan Manajemen Kesehatan Madya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus memiliki kualifikasi pendidikan dan/atau keterampilan paling rendah setingkat level 8 (delapan) berdasarkan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia.
- (4) Konsultan Manajemen Kesehatan Utama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c harus memiliki kualifikasi pendidikan dan/atau keterampilan paling rendah setingkat level 9 (sembilan) berdasarkan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia.

**Pasal 3**

- (1) Dalam menjalankan pekerjaannya, Konsultan Manajemen Kesehatan dapat dibantu oleh asisten Konsultan Manajemen Kesehatan.
- (2) Asisten Konsultan Manajemen Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. asisten junior Konsultan Manajemen Kesehatan; dan
  - b. asisten senior Konsultan Manajemen Kesehatan.

## BAB III SERTIFIKASI

### Pasal 4

- (1) Setiap Konsultan Manajemen Kesehatan wajib memiliki Sertifikat Kompetensi yang diterbitkan oleh lembaga sertifikasi profesi Konsultan Manajemen Kesehatan.
- (2) Sertifikat Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah lulus uji kompetensi yang dilaksanakan oleh lembaga sertifikasi profesi Konsultan Manajemen Kesehatan.
- (3) Lembaga sertifikasi profesi Konsultan Manajemen Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan lembaga yang telah memiliki lisensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB IV REGISTRASI

### Pasal 5

- (1) Setiap Konsultan Manajemen Kesehatan yang akan menjalankan pekerjaan konsultansi Manajemen Kesehatan di Indonesia wajib memiliki STR.
- (2) Dalam rangka memperoleh STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setiap Konsultan Manajemen Kesehatan harus mengajukan permohonan kepada Menteri dengan melampirkan:
  - a. formulir Registrasi;
  - b. fotokopi Sertifikat Kompetensi;
  - c. melampirkan pas foto ukuran 4x6 (empat kali enam);
  - d. surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
  - e. membuat surat pernyataan mematuhi etika profesi dan peraturan perundang-undangan; dan
  - f. rekomendasi oleh Organisasi Profesi.

- (3) Menteri menerbitkan STR bagi Konsultan Manajemen Kesehatan yang telah memenuhi persyaratan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak permohonan dinyatakan lengkap.
- (4) Dalam menerbitkan STR sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Menteri dapat mendelegasikan kepada pejabat yang berwenang di lingkungan Kementerian Kesehatan.

#### Pasal 6

- (1) STR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 berlaku secara nasional.
- (2) STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang.
- (3) Perpanjangan STR sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan mengajukan permohonan disertai:
  - a. formulir Registrasi ulang;
  - b. fotokopi STR yang masih berlaku;
  - c. fotokopi Sertifikat Kompetensi yang masih berlaku;
  - d. surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
  - e. rekomendasi dari Organisasi Profesi; dan
  - f. melampirkan pas foto terbaru ukuran 4x6 (empat kali enam).

#### Pasal 7

STR tidak berlaku apabila:

- a. habis masa berlakunya;
- b. atas permintaan yang bersangkutan;
- c. yang bersangkutan meninggal dunia; atau
- d. dicabut atas dasar peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 8

- (1) Dalam hal Konsultan Manajemen Kesehatan warga negara Indonesia mendapatkan sertifikat kompetensi dari lembaga sertifikasi luar negeri, selain memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat



- (2) harus memenuhi persyaratan lulus evaluasi kompetensi.
- (2) Evaluasi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh lembaga sertifikasi profesi Konsultan Manajemen Kesehatan.

#### Pasal 9

- (1) Konsultan Manajemen Kesehatan warga negara asing yang akan didayagunakan sebagai Konsultan Manajemen Kesehatan di Indonesia wajib memiliki STRS.
- (2) Dalam rangka memperoleh STRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setiap konsultan manajemen kesehatan warga negara asing harus mengajukan permohonan kepada Menteri dengan melampirkan:
- a. formulir Registrasi;
  - b. fotokopi Sertifikat Kompetensi;
  - c. melampirkan pas foto ukuran 4x6 (empat kali enam);
  - d. surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter yang memiliki surat izin praktik; dan
  - e. membuat surat pernyataan mematuhi etika profesi dan peraturan perundang-undangan.
- (3) Sertifikat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b diperoleh setelah lulus evaluasi kompetensi yang diselenggarakan oleh lembaga sertifikasi profesi Konsultan Manajemen Kesehatan yang ditunjuk oleh Menteri.
- (4) Menteri menerbitkan STRS bagi Konsultan Manajemen Kesehatan warga negara asing yang telah memenuhi persyaratan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak permohonan dinyatakan lengkap.
- (5) Dalam menerbitkan STRS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Menteri dapat mendelegasikan kepada pejabat yang berwenang di lingkungan Kementerian Kesehatan.

#### Pasal 10

STRS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 berlaku selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya.

#### Pasal 11

Ketentuan mengenai pendayagunaan Konsultan Manajemen Kesehatan Warga Negara Asing dan bidang pekerjaannya diatur dengan Peraturan Menteri.

### BAB V

### PENYELENGGARAAN

#### Pasal 12

- (1) Konsultan Manajemen Kesehatan dalam memberikan jasa konsultansi harus sesuai dengan kompetensi dan keahlian yang dimiliki.
- (2) Jasa konsultansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk bidang:
  - a. manajemen fasilitas kesehatan;
  - b. manajemen kesehatan masyarakat;
  - c. manajemen administrasi kesehatan; dan
  - d. manajemen penunjang kesehatan.
- (3) Bidang manajemen fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a terdiri atas jenis:
  - a. manajemen fasilitas kesehatan tingkat pertama;
  - b. manajemen fasilitas kesehatan tingkat rujukan; dan
  - c. manajemen fasilitas kesehatan lainnya.
- (4) Bidang manajemen kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b terdiri atas jenis:
  - a. manajemen kesehatan reproduksi;
  - b. manajemen gizi masyarakat;
  - c. manajemen promosi kesehatan;
  - d. manajemen keselamatan dan kesehatan kerja;
  - e. manajemen pengendalian penyakit;
  - f. manajemen kesehatan lingkungan; dan
  - g. manajemen kesehatan masyarakat lainnya.

- (5) Bidang manajemen administrasi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri atas jenis:
- manajemen kebijakan kesehatan;
  - manajemen pembiayaan kesehatan; dan
  - manajemen administrasi kesehatan lainnya.
- (6) Bidang manajemen penunjang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d terdiri atas jenis:
- manajemen penelitian kesehatan;
  - manajemen teknologi peralatan kesehatan;
  - manajemen pelayanan kefarmasian;
  - manajemen informasi kesehatan;
  - manajemen sarana prasarana kesehatan;
  - manajemen hukum kesehatan;
  - manajemen industri farmasi;
  - manajemen industri alat kesehatan;
  - manajemen sumber daya manusia kesehatan;
  - manajemen kedaruratan dan bencana bidang kesehatan; dan
  - manajemen penunjang kesehatan lainnya.
- (7) Dalam memenuhi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan di bidang konsultasi manajemen kesehatan, Menteri dapat menetapkan bidang dan jenis Konsultan Manajemen Kesehatan selain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sampai dengan ayat (6).

### Pasal 13

- Konsultan Manajemen Kesehatan Pratama berwenang memberikan jasa konsultasi di bidang manajemen kesehatan secara umum sesuai dengan kompetensi teknis dan pengalaman kerjanya.
- Konsultan Manajemen Kesehatan Madya berwenang:
  - memberikan jasa konsultasi yang menjadi kewenangan Konsultan Manajemen Kesehatan Pratama sebagaimana dimaksud pada ayat (1); dan
  - memberikan jasa konsultasi secara lebih spesifik terbatas dalam beberapa jenis manajemen kesehatan



yang dapat dipilih dari bidang Fasilitas Pelayanan Kesehatan, bidang Kesehatan Masyarakat, bidang Administrasi Kesehatan atau bidang Penunjang Kesehatan,

sesuai dengan kompetensi dan keahliannya.

- (3) Konsultan Manajemen Kesehatan Utama berwenang:
- a. memberikan jasa konsultansi yang menjadi kewenangan Konsultan Manajemen Kesehatan Madya sebagaimana dimaksud pada ayat (2); dan
  - b. memberikan jasa konsultansi secara lebih spesifik di masing-masing bidang manajemen kesehatan, sesuai dengan kompetensi dan keahliannya.

## BAB VI

### HAK DAN KEWAJIBAN KONSULTAN MANAJEMEN KESEHATAN

#### Pasal 14

- (1) Setiap Konsultan Manajemen Kesehatan dalam menjalankan profesinya mempunyai kewajiban meliputi:
- a. memberikan jasa konsultansi sesuai dengan kompetensi dan tingkat keahliannya;
  - b. mematuhi kode etik Konsultan Manajemen Kesehatan;
  - c. mematuhi standar profesi Konsultan Manajemen Kesehatan;
  - d. mengikuti kegiatan pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi dalam rangka pengembangan profesional berkelanjutan;
  - e. menyampaikan laporan tahunan Konsultan Manajemen Kesehatan kepada Menteri melalui pejabat yang ditunjuk; dan
  - f. memberitahukan secara tertulis setiap perubahan pada nama dan alamat rumah atau kantor kepada Menteri.

- (2) Konsultan Manajemen Kesehatan dalam menjalankan profesinya mempunyai hak meliputi:
- a. memperoleh imbalan atas jasa konsultasi yang diberikan; dan
  - b. memperoleh akses terhadap data dan informasi sesuai dengan lingkup pekerjaan sebagai Konsultan Manajemen Kesehatan.

## BAB VII LARANGAN

### Pasal 15

- (1) Konsultan Manajemen Kesehatan dilarang memberikan jasa konsultasi di luar kompetensi dan keahliannya.
- (2) Selain larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Konsultan Manajemen Kesehatan yang berpendidikan tenaga kesehatan dilarang menjalankan praktik tenaga kesehatan tanpa memiliki izin praktik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

### Pasal 16

- (1) Setiap Konsultan Manajemen Kesehatan yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 dikenai sanksi administratif oleh Menteri melalui Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- (2) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
  - a. teguran tertulis;
  - b. pencabutan sementara STR atau STRS apabila tidak mengindahkan teguran tertulis sebagaimana dimaksud pada huruf a; dan/atau
  - c. pencabutan STR atau STRS dikenakan apabila tidak mengindahkan pencabutan sementara sebagaimana dimaksud pada huruf b.

- (3) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) dikenakan sanksi administratif berupa pencabutan STR atau STRS.

#### Pasal 17

Pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dilakukan berdasarkan:

- a. pengaduan;
- b. rekomendasi gubernur atau bupati/walikota;
- c. rekomendasi Organisasi Profesi; atau
- d. laporan hasil pembinaan dan pengawasan Konsultan Manajemen Kesehatan.

#### Pasal 18

- (1) Pengaduan disampaikan kepada Menteri melalui Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan disertai dengan identitas dan ditandatangani oleh pengadu.
- (2) Rekomendasi gubernur atau bupati/walikota, rekomendasi Organisasi Profesi, dan laporan hasil pembinaan dan pengawasan Konsultan Manajemen Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf b sampai dengan huruf d ditandatangani oleh pejabat yang berwenang dan disampaikan kepada Menteri melalui Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- (3) Pengaduan, rekomendasi gubernur atau bupati/walikota, rekomendasi Organisasi Profesi, dan laporan hasil pembinaan dan pengawasan Konsultan Manajemen Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 paling sedikit memuat:
  - a. identitas Konsultan Manajemen Kesehatan;
  - b. keterangan yang memuat fakta, data, terjadinya pelanggaran; dan
  - c. dokumen atau alat bukti terjadinya pelanggaran



#### Pasal 19

Menteri melalui Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan melakukan pemeriksaan terhadap pengaduan, rekomendasi gubernur atau bupati/walikota, dan laporan hasil monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18.

#### Pasal 20

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pemeriksaan dan penjatuhan sanksi administratif ditetapkan oleh Menteri.

### BAB VIII

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Pasal 21

- (1) Menteri, gubernur, dan bupati/walikota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Peraturan Menteri ini sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
- (2) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri, gubernur, dan bupati/walikota dapat melibatkan Organisasi Profesi.
- (3) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1):
  - a. Menteri, dapat mengenakan sanksi administratif kepada Konsultan Manajemen Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16.
  - b. gubernur, dan bupati/walikota dapat memberikan rekomendasi pengenaan sanksi administratif kepada Konsultan Manajemen Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16.

BAB IX  
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 22

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, tenaga ahli bidang kesehatan, tenaga pendampingan atau tenaga yang bergerak di bidang konsultan manajemen kesehatan yang telah melaksanakan praktik sebagai konsultan tetap dapat menjalankan praktiknya dan wajib menyesuaikan dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri ini paling lambat 2 (dua) tahun sejak diundangkannya Peraturan Menteri ini.

BAB X  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 23

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 26 Juli 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 2 Agustus 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA.

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 863

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M Hum

NIP 196504081988031002





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 19 TAHUN 2019

TENTANG

KONFIRMASI STATUS WAJIB PAJAK DALAM PEMBERIAN PELAYANAN  
PUBLIK DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk melaksanakan aksi pencegahan dan pemberantasan korupsi, perlu dilakukan konfirmasi status wajib pajak dalam pemberian pelayanan publik di lingkungan kementerian kesehatan;
  - b. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/310/2017 tentang Konfirmasi Status Wajib Pajak pada Pelayanan Publik Tertentu di Lingkungan Kementerian Kesehatan sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan hukum, sehingga perlu diganti;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Konfirmasi Status Wajib Pajak dalam Pemberian Pelayanan Publik di Lingkungan Kementerian Kesehatan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  2. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
  3. Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2018 tentang Strategi Nasional Pencegahan Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 108);
  4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

**MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : **PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KONFIRMASI STATUS WAJIB PAJAK DALAM PEMBERIAN PELAYANAN PUBLIK DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN.**

**Pasal 1**

- (1) Setiap pemberian pelayanan publik di lingkungan kementerian kesehatan harus dilakukan konfirmasi status wajib pajak.
- (2) Konfirmasi status wajib pajak dilakukan sebelum pelayanan publik diberikan kepada pelaku usaha.
- (3) Konfirmasi status wajib pajak dilakukan untuk memperoleh keterangan status wajib pajak pelaku usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Pelayanan publik di lingkungan kementerian kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam

Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

#### Pasal 2

- (1) Keterangan status wajib pajak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 ayat (3) memuat status valid atau tidak valid.
- (2) Keterangan status wajib pajak yang memuat status valid digunakan sebagai salah satu pemenuhan komitmen atau persyaratan dalam pemberian pelayanan publik.
- (3) Dalam hal keterangan status wajib pajak memuat status tidak valid, pelaku usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 ayat (3) dapat mengajukan permohonan untuk mendapatkan keterangan status wajib pajak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 3

Konfirmasi status wajib pajak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 dilakukan oleh pejabat/pegawai yang ditunjuk melalui:

- a. sistem informasi pada kementerian kesehatan yang telah terhubung dengan sistem informasi pada Direktorat Jenderal Pajak Kementerian Keuangan; atau
- b. aplikasi yang disediakan oleh Direktorat Jenderal Pajak Kementerian Keuangan.

#### Pasal 4

Menteri melalui Sekretaris Jenderal menyampaikan laporan keterangan status wajib pajak kepada Menteri Keuangan melalui Direktorat Jenderal Pajak.

#### Pasal 5

Menteri melalui Inspektur Jenderal melakukan pemantauan dan evaluasi serta penilaian terhadap pelaksanaan ketentuan konfirmasi status wajib pajak dalam pemberian pelayanan publik di lingkungan kementerian kesehatan.



**Pasal 6**

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/310/2017 tentang Konfirmasi Status Wajib Pajak pada Pelayanan Publik Tertentu di Lingkungan Kementerian Kesehatan, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

**Pasal 7**

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

KEMENKES RI

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 30 Juli 2019

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 7 Agustus 2019

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019, NOMOR 889

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN  
PERATURAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR      TAHUN 2019  
TENTANG  
KONFIRMASI STATUS WAJIB PAJAK  
DALAM PEMBERIAN PELAYANAN  
PUBLIK      DI      LINGKUNGAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN

**PELAYANAN PUBLIK DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

Pelayanan publik di Lingkungan Kementerian Kesehatan yang harus dilakukan konfirmasi status wajib pajak yaitu sebagai berikut:

1. Sertifikat Produksi Industri Farmasi;
2. Sertifikat Produksi Industri Farmasi Bahan Obat;
3. Sertifikat Distribusi Pedagang Besar Farmasi;
4. Sertifikat Produksi Industri Obat Tradisional (IOT) atau Ekstrak Bahan Alam (IEBA);
5. Sertifikat Produksi Kosmetika;
6. Importir Terdaftar Psikotropika dan Prekursor Farmasi;
7. Importir Produsen Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi;
8. Eksportir Produsen Psikotropika dan Prekursor Farmasi;
9. Persetujuan Impor Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi;
10. Persetujuan Ekspor Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi;
11. Izin Edar Alat Kesehatan, Alat Kesehatan Diagnostik *In Vitro* dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga;
12. Sertifikat Produksi Industri Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga;
13. Sertifikat Distribusi Penyalur Alat Kesehatan;
14. Sertifikat Cara Pembuatan Alat Kesehatan yang Baik (CPAKB);
15. Sertifikat Cara Pembuatan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga yang Baik (CPPKRTB);
16. Sertifikat Cara Distribusi Alat Kesehatan yang Baik (CDAKB);
17. Pendaftaran Penyelenggara Sistem Elektronik Farmasi (PSEF);
18. Izin Mendirikan Rumah Sakit Kelas A dan PMA;
19. Izin Operasional Rumah Sakit Kelas A dan PMA;




20. Izin Institusi Pengujian Fasilitas Kesehatan;
21. Izin Operasional Laboratorium Klinik Umum Utama dan Khusus;
22. Izin Operasional Laboratorium Pengolahan Sel Punca; dan
23. Izin Operasional Bank Jaringan dan/atau Sel Punca.


**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,**

ttd

**NILA FARID MOELOEK**

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Supdoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 20 TAHUN 2019  
TENTANG  
PENYELENGGARAAN PELAYANAN *TELEMEDICINE* ANTAR FASILITAS  
PELAYANAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mendekatkan pelayanan kesehatan spesialistik dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan terutama daerah terpencil, dilakukan berbagai upaya salah satunya melalui penggunaan teknologi informasi bidang kesehatan berupa pelayanan konsultasi antar fasilitas pelayanan kesehatan melalui *telemedicine*;
- b. bahwa untuk mewujudkan pelayanan *telemedicine* yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien, diperlukan pengaturan secara khusus mengenai pelayanan *telemedicine* antar fasilitas pelayanan kesehatan;

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 19 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan *Telemedicine* Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  2. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
  3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 16);
  4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN *TELEMEDICINE* ANTAR FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN.



BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. *Telemedicine* adalah pemberian pelayanan kesehatan jarak jauh oleh profesional kesehatan dengan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi, meliputi pertukaran informasi diagnosis, pengobatan, pencegahan penyakit dan cedera, penelitian dan evaluasi, dan pendidikan berkelanjutan penyedia layanan kesehatan untuk kepentingan peningkatan kesehatan individu dan masyarakat.
2. Pelayanan *Telemedicine* Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan, yang selanjutnya disebut Pelayanan *Telemedicine* adalah *Telemedicine* yang dilaksanakan antara fasilitas pelayanan kesehatan satu dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang lain berupa konsultasi untuk menegakkan diagnosis, terapi, dan/atau pencegahan penyakit.
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Fasyankes adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
4. Fasyankes Pemberi Konsultasi adalah Fasyankes yang menerima permintaan dan memberikan pelayanan konsultasi *Telemedicine*.
5. Fasyankes Peminta Konsultasi adalah Fasyankes yang mengirim permintaan konsultasi *Telemedicine*.
6. *Expertise* adalah hasil analisis dan kesimpulan oleh dokter spesialis/dokter subspesialis dan/atau ahli lainnya yang terkait terhadap pembacaan gambar, *image* atau foto yang berasal dari pemeriksaan penunjang medis, dan dokumen hasil pemeriksaan lain yang digunakan sebagai penunjang penegak diagnosa pasien.

7. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
8. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
9. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang kesehatan.
10. Direktur Jenderal adalah Direktur Jenderal pada Kementerian Kesehatan yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang pelayanan kesehatan.

## BAB II

### PELAYANAN

#### Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

##### Pasal 2

Pelayanan *Telemedicine* dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki surat izin praktik di Fasyankes penyelenggara.

##### Pasal 3

- (1) Pelayanan *Telemedicine* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 terdiri atas pelayanan:
  - a. teleradiologi;
  - b. teleelektrokardiografi;
  - c. teleultrasonografi;
  - d. telekonsultasi klinis; dan
  - e. pelayanan konsultasi *Telemedicine* lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
- (2) Teleradiologi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan pelayanan radiologi diagnostik

dengan menggunakan transmisi elektronik *image* dari semua modalitas radiologi beserta data pendukung dari Fasyankes Peminta Konsultasi ke Fasyankes Pemberi Konsultasi, untuk mendapatkan *Expertise* dalam hal penegakan diagnosis.

- (3) Teleelektrokardiografi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan pelayanan elektrokardiografi dengan menggunakan transmisi elektronik gambar dari semua modalitas elektrokardiografi beserta data pendukung dari Fasyankes Peminta Konsultasi ke Fasyankes Pemberi Konsultasi, untuk mendapatkan *Expertise* dalam hal penegakan diagnosis.
- (4) Teleultrasonografi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan pelayanan ultrasonografi obstetrik dengan menggunakan transmisi elektronik gambar dari semua modalitas ultrasonografi obstetrik beserta data pendukung dari Fasyankes Peminta Konsultasi ke Fasyankes Pemberi Konsultasi, untuk mendapatkan *Expertise* dalam hal penegakan diagnosis.
- (5) Telekonsultasi klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan pelayanan konsultasi klinis jarak jauh untuk membantu menegakkan diagnosis, dan/atau memberikan pertimbangan/saran tata laksana.
- (6) Telekonsultasi klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dapat dilakukan secara tertulis, suara, dan/atau video.
- (7) Telekonsultasi klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus terekam dan tercatat dalam rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 4

Pelayanan *Telemedicine* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dilaksanakan sesuai dengan standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



Bagian Kedua  
Fasyankes Penyelenggara

Pasal 5

Fasyankes penyelenggara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 meliputi Fasyankes Pemberi Konsultasi dan Fasyankes Peminta Konsultasi.

Pasal 6

- (1) Fasyankes Pemberi Konsultasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 berupa rumah sakit.
- (2) Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rumah sakit milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan.
- (3) Fasyankes Peminta Konsultasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 berupa rumah sakit, Fasyankes tingkat pertama, dan Fasyankes lain.

Pasal 7

- (1) Fasyankes Pemberi Konsultasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 memiliki tugas:
  - a. menetapkan sumber daya manusia dalam melaksanakan Pelayanan *Telemedicine*;
  - b. menetapkan standar prosedur operasional Pelayanan *Telemedicine* melalui keputusan kepala/direktur rumah sakit;
  - c. mendokumentasikan Pelayanan *Telemedicine* dalam rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - d. merespon setiap keluhan/usul/kritik atas Pelayanan *Telemedicine* dari Fasyankes Peminta Konsultasi.
- (2) Fasyankes Peminta Konsultasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 memiliki tugas:
  - a. menetapkan sumber daya manusia dalam melaksanakan Pelayanan *Telemedicine*,

- b. menetapkan standar prosedur operasional Pelayanan *Telemedicine* melalui keputusan pimpinan Fasyankes;
- c. mendokumentasikan Pelayanan *Telemedicine* dalam rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- d. memberikan jasa Pelayanan *Telemedicine* sesuai dengan perjanjian kerja sama.

Bagian Ketiga  
Persyaratan

Pasal 8

Fasyankes Pemberi Konsultasi dan Fasyankes Peminta Konsultasi yang menyelenggarakan Pelayanan *Telemedicine* harus memenuhi persyaratan yang meliputi:

- a. sumber daya manusia;
- b. sarana, prasarana, peralatan; dan
- c. aplikasi.

Pasal 9

- (1) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf a pada Fasyankes Pemberi Konsultasi terdiri atas:
  - a. dokter;
  - b. dokter spesialis/dokter subspesialis;
  - c. tenaga kesehatan lain; dan
  - d. tenaga lainnya yang kompeten di bidang teknologi informatika.
- (2) Selain sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasyankes Pemberi Konsultasi dapat memiliki ahli lain di bidang kesehatan.
- (3) Dokter spesialis/dokter subspesialis dan ahli lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan ayat (2) merupakan sumber daya kesehatan yang memberikan *Expertise* dan memiliki kompetensi sesuai dengan jenis Pelayanan *Telemedicine*.

## Pasal 10

- (1) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf a pada Fasyankes Peminta Konsultasi paling sedikit berupa:
  - a. dokter/dokter spesialis;
  - b. tenaga kesehatan lain; dan
  - c. tenaga lainnya yang kompeten di bidang teknologi informatika.
- (2) Dokter/dokter spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan sumber daya kesehatan yang meminta *Expertise* sesuai dengan jenis Pelayanan *Telemedicine*.
- (3) Dalam hal Fasyankes Peminta Konsultasi tidak memiliki dokter/dokter spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, konsultasi dapat dilakukan oleh bidan atau perawat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) harus terlatih menggunakan teknologi dan peralatan, serta memiliki keterampilan komunikasi dan perilaku yang sesuai dalam Pelayanan *Telemedicine*.

## Pasal 11

- (1) Sarana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf b merupakan bangunan/ruang yang digunakan dalam melakukan Pelayanan *Telemedicine*, dapat berdiri sendiri atau terpisah dari area pelayanan.
- (2) Prasarana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf b paling sedikit meliputi listrik, jaringan internet yang memadai, dan prasarana lain yang mendukung Pelayanan *Telemedicine*.
- (3) Peralatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf b paling sedikit meliputi peralatan medis dan nonmedis yang menunjang Pelayanan *Telemedicine*.
- (4) Sarana, Prasarana, dan Peralatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) harus memenuhi



standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan, dan laik pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 12

- (1) Aplikasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf c merupakan aplikasi *Telemedicine* dengan sistem keamanan dan keselamatan data sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Aplikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disediakan oleh Kementerian Kesehatan.
- (3) Dalam hal Pelayanan *Telemedicine* menggunakan aplikasi yang dikembangkan secara mandiri, aplikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus teregistrasi di Kementerian Kesehatan.
- (4) Registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan dalam rangka interoperabilitas data secara otomatis dan *real time*.
- (5) Interoperabilitas data sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berupa data agregat Pelayanan *Telemedicine*.

#### Bagian Keempat

#### Registrasi

#### Pasal 13

- (1) Setiap Fasyankes Pemberi Konsultasi dan Fasyankes Peminta Konsultasi yang telah memenuhi persyaratan harus teregistrasi.
- (2) Registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal.
- (3) Pengajuan registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan melampirkan dokumen pemenuhan persyaratan dan/atau aplikasi yang digunakan.

## Bagian Kelima

### *Expertise*

#### Pasal 14

- (1) Fasyankes Pemberi Konsultasi harus menyampaikan jawaban konsultasi dan/atau menerbitkan *Expertise* kepada Fasyankes Peminta Konsultasi.
- (2) Jawaban konsultasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pertimbangan medis dari dokter spesialis/dokter subspecialis dan/atau ahli lainnya yang terkait terhadap tindakan atau penatalaksanaan pasien pada pelayanan telekonsultasi klinis.
- (3) Jawaban konsultasi dan/atau penerbitan *Expertise* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mencantumkan paling sedikit nama dokter peminta, dokter spesialis/dokter subspecialis atau ahli lainnya yang terkait pembuat *Expertise*, data identitas pasien, dan keterangan lain yang dibutuhkan.
- (4) Jawaban konsultasi dan/atau penerbitan *Expertise* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dapat dicetak dan merupakan bagian dari rekam medis pasien.
- (5) Dalam hal komunikasi, tulisan, gambar, video, audio, atau keterangan lain yang dibutuhkan tidak jelas diterima, dokter spesialis/dokter subspecialis atau ahli lainnya pemberi konsultasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dapat meminta pemeriksaan atau pengiriman ulang sesuai dengan kebutuhan.

## BAB III

### BIAYA

#### Pasal 15

- (1) Biaya Pelayanan *Telemedicine* dibebankan kepada Fasyankes Peminta Konsultasi.
- (2) Besaran biaya Pelayanan *Telemedicine* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk program jaminan kesehatan ditetapkan oleh Menteri.

- (3) Selain untuk program jaminan kesehatan, Fasyankes dapat menetapkan besaran biaya Pelayanan *Telemedicine* melalui kesepakatan antar Fasyankes Pemberi Konsultasi dan Fasyankes Peminta Konsultasi.
- (4) Penetapan besaran biaya Pelayanan *Telemedicine* melalui kesepakatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan besaran biaya yang ditetapkan oleh Menteri sebagaimana dimaksud pada ayat (2).

#### Pasal 16

- (1) Pengajuan klaim biaya Pelayanan *Telemedicine* dilakukan melalui aplikasi.
- (2) Pembayaran klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### BAB IV

#### HAK DAN KEWAJIBAN

#### Pasal 17

- (1) Fasyankes Pemberi Konsultasi dalam melaksanakan Pelayanan *Telemedicine* memiliki hak:
  - a. menerima informasi medis berupa gambar, citra (*image*), teks, biosinyal, video dan/atau suara yang baik dengan menggunakan transmisi elektronik untuk menjawab konsultasi dan/atau memberi *Expertise*; dan
  - b. menerima imbalan jasa Pelayanan *Telemedicine*.
- (2) Fasyankes Pemberi Konsultasi dalam melaksanakan Pelayanan *Telemedicine* memiliki kewajiban:
  - a. menyampaikan jawaban konsultasi dan/atau memberikan *Expertise* sesuai standar;
  - b. menjaga kerahasiaan data pasien;
  - c. memberikan informasi yang benar, jelas, dapat dipertanggungjawabkan, dan jujur mengenai hasil konsultasi dan/atau *Expertise*; dan



- d. menyediakan waktu konsultasi 24 (dua puluh empat) jam dalam sehari, 7 (tujuh) hari dalam seminggu.

#### Pasal 18

- (1) Fasyankes Peminta Konsultasi dalam melaksanakan Pelayanan *Telemedicine* memiliki hak:
  - a. memperoleh jawaban konsultasi dan/atau menerima *Expertise* sesuai standar; dan
  - b. menerima informasi yang benar, jelas, dapat dipertanggungjawabkan, dan jujur mengenai hasil konsultasi dan/atau *Expertise*.
- (2) Fasyankes Peminta Konsultasi dalam melaksanakan Pelayanan *Telemedicine* memiliki kewajiban:
  - a. mengirim informasi medis berupa gambar, pencitraan, teks, biosinyal, video dan/atau suara dengan menggunakan transmisi elektronik sesuai standar mutu untuk meminta jawaban konsultasi dan/atau memperoleh *Expertise*;
  - b. menjaga kerahasiaan data pasien; dan
  - c. memberikan informasi yang benar, jelas, dapat dipertanggungjawabkan, dan jujur mengenai hasil konsultasi dan/atau *Expertise* kepada pasien;

#### BAB V

#### PENDANAAN

#### Pasal 19

- (1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat membantu pendanaan Pelayanan *Telemedicine* sesuai dengan kewenangan masing-masing.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari sumber:
  - b. anggaran pendapatan dan belanja negara;
  - c. anggaran pendapatan dan belanja daerah; dan/atau
  - d. sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 20

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Pelayanan *Telemedicine* dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi, dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota berdasarkan kewenangan masing-masing sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi, dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Pelayanan *Telemedicine* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan kementerian yang menangani urusan pemerintahan bidang komunikasi dan informasi dan organisasi profesi terkait.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan.

BAB VII  
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 21

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku Fasyankes yang telah menyelenggarakan Pelayanan *Telemedicine* harus menyesuaikan dengan ketentuan Peraturan Menteri ini paling lambat 6 (enam) bulan sejak Peraturan Menteri ini diundangkan.

BAB VIII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 22

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

KEMENKES RI



Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 30 Juli 2019

**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,**

ttd

**NILA FARID MOELOEK**

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 7 Agustus 2019

**DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,**

ttd

**WIDODO EKATJAHJANA**

**BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 890**

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



**Sundoyo, SH, MKM, M.Hum**

**NIP 196504081988031002**

KEMENKES RI

KEMENKES RI

ISBN 978-623-301-101-3 (jil. 3)

