

**INSTRUMEN PENILAIAN FKTP BERPRESTASI  
TAHUN 2015**

**Klinik Pratama**

3/18/2015

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

# I. KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN FASILITAS KESEHATAN

NO	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN ≥80% terpenuhi nilai 10; 20%-79% terpenuhi sebagian nilai 5; < 20% terpenuhi nilai 0			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
<b>A.</b>	<b>PERSYARATAN UMUM KLINIK</b>					
1.	Klinik memenuhi persyaratan administrasi:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat analisis pendirian klinik dengan mempertimbangkan tata ruang daerah, rasio ketersediaan jumlah fasyankes dan jumlah penduduk</li> <li>- Memiliki perijinan yang berlaku</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumen hasil analisis terhadap pendirian fasilitas</li> <li>2. Dokumen perijinan klinik</li> </ol>
2.	Bangunan klinik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bangunan Klinik harus bersifat permanen</li> <li>- tidak bergabung fisik bangunannya dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ijin Klinik
3.	Bangunan klinik memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang yang tersedia sesuai jenis pelayanan</li> <li>- Ruang minimal yaitu:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ruang pendaftaran/ruang tunggu,</li> <li>2. ruang konsultasi dokter,</li> <li>3. ruang administrasi,</li> <li>4. ruang tindakan,</li> <li>5. ruang obat</li> <li>6. pojok ASI,</li> </ol> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK atau SOP kepedulian terhadap pasien dengan kebutuhan khusus</li> <li>2. SOP pemeliharaan ruangan</li> <li>3. Hasil survey kepuasan pelanggan yang sudah diolah</li> </ol>

NO	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN ≥80% terpenuhi nilai 10; 20%-79% terpenuhi sebagian nilai 5; < 20% terpenuhi nilai 0			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
						4. Denah ruangan
3.	Bangunan klinik memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan	7. kamar mandi/WC 8. dan ruang lain sesuai kebutuhan - Memiliki sarana untuk pasien dengan kebutuhan khusus - pengaturan ruangan memperhatikan penyandang disabilitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Prasarana klinik tersedia, terpelihara dan berfungsi dengan baik menunjang pelayanan	Tersedia prasarana sesuai kebutuhan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalasi Sanitasi :Penyediaan air,Tersedia air mengalir bersih atau air yang telah diolah sehingga aman digunakan</li> <li>• Pembuangan sampah, Tersedia Tempat Sampah, yang dipisahkan antara infeksius dengan non infeksius</li> <li>• Penanganan limbah Klinik harus memperhatikan sistim pembuangan air kotor dan limbah, baik limbah medis maupun limbah non medis agar ramah lingkungan dan aman bagi masyarakat sekitar klinik</li> <li>• Instalasi listrik, Tersedia Listrik yg tersedia sesuai kebutuhan</li> <li>• Pencegahan dan penanggulangan kebakaran;Tersedia Alat Pemadam Api Ringan ( APAR ) dapat berupa tabung jinjing, gendong maupun beroda</li> <li>• Sistem tata udara, Suhu udara di setiap ruangan Suhu 26-27 ° C</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. SOP pengelolaan sampah dan limbah 2. dokumen bukti pelaksanaan dan monitoring pemeliharaann 3. SOP pelaksanaan dan monitoring pemeliharaan 4. SOP penggulangan kebakaran 5. SOP pengaturan suhu udara di ruangan 6. Jadwal pemeliharaan

NO	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN ≥80% terpenuhi nilai 10; 20%-79% terpenuhi sebagian nilai 5; < 20% terpenuhi nilai 0			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		(dengan AC) atau suhu kamar • Dilakukan pemeliharaan terjadwal terhadap prasarana • Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan prasarana klinik • Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring				
5.	Peralatan medis dan non medis tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tersedia peralatan medis, non medis, BHP, sesuai jenis pelayanan dan memiliki ijin</li> <li>- Dilakukan pemeliharaan terjadwal terhadap peralatan</li> <li>- Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan peralatan</li> <li>- Dilakukan monitoring terhadap fungsi peralatan</li> <li>- Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring</li> <li>- Dilakukan kalibrasi terhadap peralatan yang perlu dikalibrasi</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. daftar inventaris peralatan medis dan non medis</li> <li>2. SOP kalibrasi alat</li> <li>3. rencana jadwal kalibrasi tertulis</li> <li>4. SOP pemeliharaan dan monitoring peralatan medis dan non medis</li> <li>5. Rencana jadwal pelaksanaan pemeliharaan dan monitoring peralatan medis dan non medis tertulis</li> <li>6. bukti pelaksanaan pemeliharaan dan monitoring alat</li> <li>7. bukti pelaksanaan kalibrasi</li> <li>8. Dokumen tindak lanjut hasil kalibrasi</li> <li>9. Dokumen tindak</li> </ol>

NO	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN ≥80% terpenuhi nilai 10; 20%-79% terpenuhi sebagian nilai 5; < 20% terpenuhi nilai 0			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
						lanjut hasil pelaksanaan pemeliharaan dan monitoring alat 10. Jadwal pemeliharaan
6.	Klinik harus memenuhi persyaratan ketenagaan yang dipersyaratkan dalam peraturan perundangan sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan</li> <li>- Ditetapkan kompetensi untuk tiap jenis tenaga yang dibutuhkan</li> <li>- Penanggungjawab klinik seorang dokter/dokter gigi</li> <li>- Kejelasan persyaratan penanggungjawab klinik</li> <li>- Kejelasan uraian tugas penanggung jawab klinik dan setiap tenaga yang bekerja di Klinik</li> <li>- Setiap petugas kesehatan yang bertugas memiliki ijin profesi</li> </ul>				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumen analisis kebutuhan tenaga</li> <li>2. SK uraian tugas penanggungjawab klinik,</li> <li>3. SK uraian tugas tenaga medis dan non medis</li> <li>4. SK sebagai penanggungjawab klinik oleh Pemilik</li> <li>5. Dokumen persyaratan kompetensi tenaga</li> <li>6. SOP perekrutan tenaga di klinik</li> <li>7. Daftar tenaga medis dan non medis</li> <li>8. SIP dan SITK bagi tenaga kesehatan</li> </ol>

## II. LAYANAN KLINIS YANG BERORIENTASI PASIEN

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
<p style="text-align: center;">≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 &lt; 20% terpenuhi nilai 0</p>						
<b>A</b>	<b>PROSES PENDAFTARAN PASIEN</b>					
1.	Proses pendaftaran pasien dilaksanakan dengan efektif dan efisien dengan memperhatikan kebutuhan pelanggan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tersedia SOP pendaftaran</li> <li>- Tersedia bagan alur pendaftaran</li> <li>- Petugas mengetahui prosedur pendaftaran dan mengikuti prosedur</li> <li>- Terdapat cara mengetahui bahwa pelanggan puas terhadap proses pendaftaran (survey kepuasan pelanggan)</li> <li>- Terdapat tindak lanjut jika pelanggan tidak puas</li> <li>- Keselamatan pelanggan terjamin di tempat pendaftaran.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP pendaftaran</li> <li>2. SOP identifikasi pasien</li> <li>3. Bagan alur pendaftaran</li> <li>4. SOP untuk menilai kepuasan pelanggan</li> <li>5. Form survey kepuasan pasien</li> <li>6. Dokumen tindak lanjut hasil survei</li> </ol>
2.	Informasi tentang pendaftaran tersedia dan terdapat dokumentasi tentang informasi tersebut di tempat pendaftaran, termasuk hak dan kewajiban pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tersedia media informasi tentang pendaftaran di tempat pendaftaran yang diletakkan pada tempat yang mudah dilihat</li> <li>- Semua pihak yang membutuhkan informasi pendaftaran memperoleh informasi sesuai yang dibutuhkan</li> <li>- Pelanggan dapat memperoleh informasi lain tentang tarif, jenis pelayanan, rujukan, ketersediaan tempat tidur untuk klinik</li> <li>- Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang terlatih dengan memperhatikan hak-hak pasien (ramah, terampil)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Media informasi di tempat pendaftaran dan mudah terlihat</li> <li>2. SOP penyampaian informasi pendaftaran, tarif, jenis pelayanan, rujukan, ketersediaan tempat tidur</li> <li>3. ketersediaan informasi tentang fasilitas rujukan</li> <li>4. SK dan SOP penyampaian hak dan kewajiban pasien</li> <li>5. SOP koordinasi antara</li> </ol>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 < 20% terpenuhi nilai 0			
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat mekanisme koordinasi petugas di ruang pendaftaran dengan unit lain/terkait agar pelanggan memperoleh pelayanan</li> <li>- Terdapat hak dan kewajiban pasien ditempat yang mudah dilihat</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>6. pendaftaran dengan unit penunjang/terkait</li> <li>7. Sertifikat pelatihan petugas pendaftaran</li> <li>8. Media informasi tentang hak dan kewajiban pasien ditempat yang mudah dilihat</li> <li>9. Persyaratan tenaga yang bertugas di tempat pendaftaran</li> </ul>
3.	Tahapan pelayanan klinis diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tersedia tahapan dan prosedur pelayanan klinis yang dipahami oleh petugas</li> <li>- Sejak awal pasien/keluarga memperoleh informasi dan paham terhadap prosedur pelayanan klinis</li> <li>- Tersedia daftar jenis pelayanan di klinik beserta jadwal pelayanan</li> <li>- Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan lain (rujukan klinis, rujukan diagnosis, rujukan konsultatif)</li> <li>- Terdapat <i>informed consent</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. SOP alur pelayanan pasien</li> <li>2. SOP pelayanan klinis untuk masing-masing penyakit</li> <li>3. Media informasi tentang jenis dan jadwal pelayanan</li> <li>4. MoU dengan sarana kesehatan lain untuk rujukan</li> <li>5. SOP pemberian informasi pelayanan klinis kepada pasien oleh petugas</li> <li>6. Form <i>informed consent</i></li> <li>7. SOP rujukan</li> </ul>
<b>B</b>	<b>PENGAJIAN KLINIS AWAL PASIEN</b>					
1.	Proses kajian klinis awal dilakukan secara paripurna, mencakup berbagai	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat prosedur pengkajian awal yang paripurna meliputi anamnesis/alloanamnesi,</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. SOP pengkajian awal klinis</li> <li>2. persyaratan kompetensi</li> </ul>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
	kebutuhan dan harapan pasien/keluarga, hasil kajian dicatat dalam rekam medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggungjawab	<p>pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan kajian sosial untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proses pengkajian dilakukan oleh tenaga yang kompeten</li> <li>- pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan (PMK no 5 Tahun 2014 tentang PPK)</li> <li>- Prosedur pengkajian yang ada menjamin tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu</li> <li>- Hasil kajian/informasi dicatat dalam rekam medis</li> <li>- Dilakukan koordinasi dengan petugas kesehatan yang lain untuk menjamin perolehan dan pemanfaatan informasi tersebut secara tepat</li> </ul>				<p>tenaga, pola ketenagaan yang memberikan pelayanan klinis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. SOP pelayanan klinis</li> <li>4. SOP asuhan keperawatan</li> <li>5. Form rekam medis</li> <li>6. SOP pencatatan rekam medis</li> <li>7. SOP penyimpanan dan pemanfaatan rekam medis</li> <li>8. SK uraian tugas petugas rekam medis</li> <li>9. Persyaratan kompetensi tenaga yang bertugas di rekam medis</li> </ol>
2.	Pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak atau segera diberikan prioritas untuk assessment dan pengobatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas gawat darurat melaksanakan proses triase untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi</li> <li>- Petugas gawat darurat terlatih pelatihan gawat darurat (dasar maupun lanjutan)</li> <li>- Pasien emergensi diperiksa dan distabilisasi sebelum dirujuk</li> <li>- Pasien dan keluarga mengetahui tindakan medis yang akan dilakukan</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP triase</li> <li>2. SOP rujukan pasien emergensi</li> <li>3. kerangka acuan pelatihan petugas unit gawat darurat</li> <li>4. sertifikat pelatihan emergensi bagi petugas gawat darurat</li> <li>5. Form rujukan</li> <li>6. Form <i>informed consent</i></li> </ol>



NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 < 20% terpenuhi nilai 0			
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
<b>C</b>	<b>KEPUTUSAN LAYANAN KLINIS</b>					
1.	Hasil kajian awal pasien dianalisis oleh petugas kesehatan profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kajian dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional dan kompeten dalam satu tim interprofesi</li> <li>- Terdapat kejelasan proses pendelegasian wewenang secara tertulis kepada petugas yang diberi kewenangan apabila pelayanan dilakukan oleh tenaga yg tidak memenuhi persyaratan</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK tim interprofesi</li> <li>2. SOP pendelegasian wewenang</li> <li>3. Form Surat pendelegasian wewenang</li> <li>4. SK tentang pendelegasian wewenang</li> </ol>
<b>D.</b>	<b>RENCANA LAYANAN KLINIS</b>					
1.	Rencana tindakan dan pengobatan serta rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan oleh tim kesehatan antar profesi disusun dengan tujuan yang jelas, terkoordinasi dan melibatkan pasien/keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat kebijakan dan prosedur yang jelas untuk menyusun rencana layanan medis dan layanan terpadu</li> <li>- Setiap petugas yang terkait dalam pelayanan klinis mengetahui kebijakan dan prosedur serta menerapkan dalam rencana terapi (sesuai PMK no.5 tahun 2014 tentang PPK) atau layanan terpadu</li> <li>- Rencana layanan disusun dengan tahapan waktu yang jelas, mempertimbangkan resiko dan efek samping pengobatan</li> <li>- Rencana layanan didokumentasikan dalam rekam medis</li> <li>- Rencana layanan juga memuat pendidikan/penyuluhan</li> <li>- Rencanan layanan diinformasikan kepada pasien termasuk bila ada tindakan medis</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK tentang rencana layanan medis dan layanan terpadu</li> <li>2. SOP penyusunan rencana layanan medis dan terpadu</li> <li>3. SOP evaluasi kesesuaian layanan klinis dengan rencana terapi/rencana asuhan</li> <li>4. Form Rekam medis</li> <li>5. SOP pemberian informasi ttg rencana layanan, efek samping dan resiko pengobatan</li> <li>6. SOP evaluasi kesesuaian rencana terapi</li> <li>7. Dokumen tindak lanjut hasil evaluasi kesesuaian pelaksanaan rencana</li> </ol>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilakukan evaluasi kesesuaian pelaksanaan rencana terapi /asuhan dengan kebijakan dan prosedur</li> <li>- Tindak lanjut bila terjadi ketidaksesuaian</li> <li>- Pihak keluarga mengetahui rencana terapi/asuhan</li> </ul>				terapi 8. Form <i>informed consent</i>
<b>E.</b>	<b>PELAKSANAAN LAYANAN</b>					
1.	Pelaksanaan layanan dipandu oleh kebijakan, prosedur dan peraturan yang berlaku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelayanan klinis sesuai dengan prosedur yang terdapat dalam pedoman (PMK no.5 tahun 2014)</li> <li>- Layanan diberikan sesuai dengan rencana layanan yang sudah dibuat</li> <li>- Layanan yang diberikan kepada pasien didokumentasikan</li> <li>- Perubahan rencana layanan dilakukan berdasarkan perkembangan pasien dan dicatat dalam rekam medis</li> <li>- Jika diperlukan tindakan medis, pasien /keluarga memperoleh informasi dan dituangkan dalam <i>informed consent</i></li> <li>- Melakukan rujukan bila diperlukan</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. SK tentang pemberian pelayanan klinis 2. SOP pelayanan klinis untuk masing-masing penyakit 3. Rekam medis 4. Form <i>informed consent</i> 5. Form rujukan 6. SOP rujukan

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
			≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 < 20% terpenuhi nilai 0			
2.	Pelaksanaan layanan bagi pasien gawat darurat dan beresiko tinggi dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang berlaku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kasus gawat darurat/beresiko tinggi yang biasa terjadi diidentifikasi</li> <li>- Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan gawat darurat/emergensi dan pasien beresiko tinggi</li> <li>- Terdapat kerjasama dengan fasyankes lain apabila tidak tersedia pelayanan gawat darurat 24 jam untuk merujuk pasien</li> <li>- Tersedia prosedur pencegahan terjadinya infeksi pada pelayanan yang diberikan baik bagi petugas maupun pasien dalam penanganan pasien beresiko tinggi</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK penanggung jawab petugas IGD</li> <li>2. Daftar kasus gawat darurat/beresiko tinggi yang biasa ditangani (tertulis)</li> <li>3. Laporan penanganan pasien gawat darurat dan resiko tinggi</li> <li>4. Kajian kasus pasien gawat darurat dan resiko tinggi</li> <li>5. SOP penanganan pasien gawat darurat masing-masing penyakit</li> <li>6. SOP penanganan pasien beresiko tinggi</li> <li>7. Mou Kerjasama dengan Fasyankes lain</li> <li>8. SOP kewaspadaan universal</li> <li>9. SOP proteksi diri</li> <li>10. Form rujukan</li> </ol>
3.	Pelayanan anestesi lokal, sedasi dan bedah minor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tersedia pelayanan anestesi lokal dan sedasi sesuai kebutuhan di klinik</li> <li>- Pelaksanaan anestesi lokal dan sedasi dipandu kebijakan dan prosedur yang jelas</li> <li>- Anestesi lokal, sedasi dan teknik anestesi lokal ditulis dalam rekam</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumen daftar pelayanan anestesi dan sedasi yang tersedia</li> <li>2. SOP melakukan anestesi dan sedasi</li> <li>3. Bukti kajian pelaksanaan pembedahan dan rencana asuhan</li> </ol>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>medik pasien</li> <li>- Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor melakukan kajian sebelum melaksanakan pembedahan dan merencanakan asuhan pembedahan berdasarkan hasil kajian</li> <li>- Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor menjelaskan risiko, manfaat, komplikasi potensial, dan alternatif kepada pasien/keluarga pasien</li> <li>- Laporan/catatan operasi dituliskan dalam rekam medis.</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>pembedahan</li> <li>4. SOP pemberian informasi terkait pembedahan (resiko, manfaat dll)</li> <li>5. Rekam medis <i>Informed consent</i></li> <li>6. Laporan operasi</li> </ul>
4.	Pasien/keluarga memperoleh penyuluhan kesehatan dengan pendekatan yang komunikatif dan bahasa yang mudah dipahami	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyusunan dan pelaksanaan layanan mencakup aspek pendidikan dan penyuluhan</li> <li>- Materi pendidikan/penyuluhan kesehatan mencakup informasi mengenai penyakit, penggunaan obat, peralatan medik, aspek etika di klinik dan perilaku hidup bersih dan sehat dengan mempertimbangkan latar belakang sosio ekonomi dan sosio budaya</li> <li>- Tersedia metode dan media penyuluhan bagi pasien dan keluarga dengan memperhatikan kondisi sasar/penerima informasi.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. SOP pendidikan/penyuluhan pasien</li> <li>2. Media dan alat bantu penyuluhan</li> <li>3. Rekam medis</li> <li>4. Dokumen pelaksanaan pendidikan dan penyuluhan pasien</li> </ul>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
			≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 < 20% terpenuhi nilai 0			
<b>F</b>	<b>RUJUKAN</b>					
1.	Rujukan sesuai kebutuhan pasien ke sarana pelayanan lain diatur dengan prosedur yang jelas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat berupa rujukan horizontal (ke PKM atau klinik lainnya) juga rujukan vertical (ke RS)</li> <li>- Tersedia prosedur rujukan yang jelas serta jejaring fasilitas rujukan</li> <li>- Proses rujukan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien untuk menjamin kelangsungan layanan</li> <li>- Tersedia prosedur mempersiapkan pasien/keluarga pasien untuk dirujuk</li> <li>- Tersedia prosedur komunikasi dengan fasyankes lain yang menerima rujukan</li> <li>- Informasi tentang rujukan disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien, informasi mencakup alasan rujukan, sarana tujuan rujukan dan kapan rujukan harus dilakukan</li> <li>- Lembar persetujuan pasien atau keluarga untuk dirujuk</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP rujukan</li> <li>2. Form rujukan</li> <li>3. Laporan pasien yang dirujuk atau menolak dirujuk</li> <li>4. SOP persiapan pasien/keluarga untuk dirujuk</li> <li>5. SOP alur komunikasi rujukan</li> <li>6. MoU dengan fasyankes lain</li> <li>7. Daftar Fasyankes lain terdekat</li> <li>8. SOP pendampingan pasien yang dirujuk</li> <li>9. Form <i>informed consent</i></li> </ol>
	<b>Total Nilai Bab II: .....</b>		...	...	...	<b>Nilai Max: 120</b>

### III. MANAJEMEN PENUNJANG LAYANAN KLINIS

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
<p>STANDAR PENGUKURAN                      ≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79%                      terpenuhi sebagian nilai 5 &lt; 20%                      terpenuhi nilai 0</p>						
<b>A</b>	<b>PELAYANAN LABORATORIUM</b>					
1.	Pelayanan laboratorium tersedia tepat waktu untuk memenuhi kebutuhan pengkajian pasien, serta mematuhi standar, hukum dan peraturan yang berlaku -	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ditetapkan jenis-jenis pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan di klinik</li> <li>- Tersedia jenis dan jumlah petugas kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan dan jam buka</li> <li>- Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas kompeten yang terlatih dan berpengalaman</li> <li>- Tersedia kebijakan dan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpanan spesimen</li> <li>- Tersedia prosedur untuk masing-masing pemeriksaan</li> <li>- Dilakukan pemantauan secara berkala terhadap pelaksanaan prosedur tersebut</li> <li>- Dilakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil lab</li> <li>- Prosedur untuk pemeriksaan yang beresiko tinggi</li> <li>- Prosedur kesehatan dan keselamatan kerja bagi petugas lab</li> <li>- Prosedur pengelolaan reagen di</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK tentang pelayanan dan jenis pemeriksaan laboratorium</li> <li>2. SK tentang petugas Laboratorium</li> <li>3. Sertifikat dan bukti pelatihan petugas laboratorium</li> <li>4. SOP pemeriksaan</li> <li>5. laboratorium untuk masing-masing jenis</li> <li>6. SOP pengambilan , penanganan dan penyimpanan spesimen</li> <li>7. Jadwal pemantauan dan monitoring pelaksanaan prosedur</li> <li>8. Dokumen lama waktu tunggu suatu pemeriksaan</li> <li>9. SOP proteksi diri di lab</li> <li>10.SOP penyerahan hasil lab,</li> <li>11.SOP pemantauan dan monitoring alat lab dan reagen</li> <li>12.SK penetapan nilai rentang hasil</li> <li>13. SOP pengendalian mutu</li> </ol>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		laboratorium - Penetapan nilai rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan dan disertakan dalam catatan klinis waktu hasil pemeriksaan dilaporkan - Tersedia kebijakan dan prosedur pengendalian mutu pelayanan laboratorium - Terdapat mekanisme rujukan spesimen dan pasien bila pemeriksaan lab tidak dilakukan di klinik - Staf laboratorium mendapatkan pelatihan/pendidikan untuk prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya yang baru maupun peralatan baru				pelayanan lab 14. SOP Rujukan spesimen 15. SOP pengelolaan reagen 16. SOP pengelolaan limbah 17. Form laporan hasil pemeriksaan lab 18. Kerangka acuan pelatihan dan pendidikan untuk prosedur baru, bahan berbahaya, peralatan baru, 19. Bukti pelaksanaan pendidikan dan pelatihan 20. SOP kalibrasi 21. Persyaratan petugas yang melakukan interpretasi
<b>B</b>	<b>PELAYANAN OBAT</b>					
1.	Obat yang tersedia dikelola secara efisien untuk memenuhi kebutuhan pasien -	- terdapat kejelasan prosedur penyediaan dan penggunaan obat - tersedia pelayanan obat-obatan selama tujuh hari dalam seminggu 24 jam pada klinik yang memberikan pelayanan gawat darurat - tersedia daftar formularium obat klinik (merujuk Fornas dan data penyakit terbanyak) - dilakukan evaluasi dan tindak lanjut ketersediaan obat dibandingkan formularium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. SOP penyediaan dan penggunaan obat, 2. Daftar obat yang tersedia 3. Dokumen pencatatan dan pelaporan penggunaan obat 4. SK penanggungjawab pelayanan obat 5. SK tentang pelayanan obat 24 jam 6. SOP permintaan dan

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat ketentuan petugas yang berhak memberikan resep dan menyediakan obat termasuk jenis narkotika/psikotropika</li> <li>- tersedia kebijakan dan proses peresepan, pemesanan dan pengelolaan obat</li> <li>- tersedia prosedur dan persyaratan penyimpanan obat</li> <li>- tersedia prosedur pemberian obat kepada pasien (disertai label, tertulis nama, dosis, cara pemakaian, frekuensi)</li> <li>- tersedia kebijakan dan prosedur penanganan obat yang kadaluarsa/rusak</li> <li>- tersedia prosedur pelaporan efek samping</li> <li>- tersedia kebijakan dan prosedur untuk mencatat, memantau dan melaporkan bila terjadi efek samping penggunaan obat dan KTD (kejadian tidak diinginkan) termasuk kesalahan pemberian obat</li> <li>- terdapat RTL untuk keluhan efek samping obat</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>7. pengadaan stok obat bila habis</li> <li>7. SOP evaluasi kesesuaian peresepan dengan formularium</li> <li>8. SK tentang persyaratan petugas yang berhak menyediakan obat</li> <li>9. SOP peresepan, pemesanan dan pengelolaan obat termasuk narkotika/psikotropika</li> <li>10. SOP penyimpanan dan pengelolaan narkotika/psikotropika</li> <li>11. SK tentang petugas yang berhak memberikan narkotika/psikotropika</li> <li>12. SOP penulisan label dan etiket pemakaian</li> <li>13. SOP pemberian obat kepada pasien dan pemberian informasi penggunaan obat (termasuk efek samping)</li> <li>14. SOP penanganan obat kadaluarsa/rusak</li> <li>15. SOP pencatatan dan pelaporan efek samping obat</li> </ul>



NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
						16. SOP tindak lanjut efek samping obat dan KTD 17. Dokumen pelaporan efek samping obat dan KTD dan tindak lanjutnya 18. Bukti tindak lanjut pelaporan efek samping obat dan KTD 19. SOP penyimpanan obat
<b>C</b>	<b>MANAJEMEN INFORMASI-REKAM MEDIS</b>					
1.	Kebutuhan data dan informasi asuhan bagi petugas kesehatan, pengelola sarana dan pihak terkait di luar organisasi dapat dipenuhi melalui proses yang baku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat standarisasi kode klasifikasi dan rekam medis</li> <li>- Dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. SK tentang standar kode klasifikasi diagnosis dan terminologi dan pembakuan singkatan yang digunakan 2. SK penanggungjawab rekam medik dan uraian tugas 3. SOP tentang penyimpanan dan akses terhadap rekam medis 4. SK tentang isi rekam medis 5. SOP penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis, 6. SOP monitoring dan evaluasi pengelolaan rekam medis 7. bukti pelaksanaan

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
						monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut hasil
<b>D.</b>	<b>MANAJEMEN KEAMANAN LINGKUNGAN</b>					
1.	Lingkungan pelayanan mematuhi persyaratan hukum, regulasi dan perijinan yang berlaku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondisi fisik lingkungan klinik dipantau secara rutin</li> <li>- Instalasi listrik, kualitas air, ventilasi, gas dan sistem lain yang digunakan dipantau secara periodik oleh petugas</li> <li>- Tersedia sarana untuk menangani masalah listrik/api apabila terjadi kebakaran</li> <li>- Tersedia kebijakan dan prosedur inspeksi pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan instalasi listrik, air, ventilasi, gas dan sistem lain</li> <li>- Dilakukan dokumentasi pelaksanaan hasil inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan yang telah dilakukan</li> <li>- Terdapat kebijakan dan prosedur pengendalian dan pembuangan limbah dan bahan berbahaya</li> <li>- Terdapat kebijakan dan prosedur untuk memisahkan alat yang bersih dan alat yang kotor, alat yang memerlukan sterilisasi dan alat yang membutuhkan persyaratan khusus</li> <li>- Dilakukan inventarisasi peralatan yang ada di klinik</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK dan SOP pemeliharaan dan pemantauan lingkungan fisik</li> <li>2. Jadwal pelaksanaan pemeliharaan dan pemantauan lingkungan fisik</li> <li>3. SOP pemeliharaan dan pemantauan instalasi listrik, air, ventilasi, gas dan sistem lain,</li> <li>4. Dokumen pemeliharaan dan pemantauan serta tindak lanjut hasil</li> <li>5. SOP penanggulangan kebakaran,</li> <li>6. SOP proteksi terhadap kebakaran</li> <li>7. Kerangka acuan pelatihan kebakaran</li> <li>8. SK dan SOP pemantauan dan perbaikan sarana dan perlatan</li> <li>9. Daftar inventaris peralatan di fasyankes yang ditandatangani</li> </ol>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 < 20% terpenuhi nilai 0			
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ditetapkan penanggungjawab, pengelola alat ukur dan dilakukan kalibrasi atau yang sejenisnya secara teratur</li> <li>- Terdapat sistem pencatatan dan pelaporan identifikasi masalah keamanan lingkungan</li> <li>- Terdapat rencana tindak lanjut terhadap identifikasi masalah</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>penanggung jawab klinis</li> <li>10. SK penanggung jawab pengelolaan peralatan dan kalibrasi</li> <li>11. SOP Pengelolaan limbah</li> <li>12. SOP Pemeliharaan alat</li> <li>13. Dokumen pencatatan dan pelaporan identifikasi masalah keamanan lingkungan</li> <li>14. RTL terhadap masalah yang telah diidentifikasi</li> <li>15. SOP sterilisasi</li> <li>16. SOP pembisahan alat bersih dan kotor</li> <li>17. SOP pemeliharaan alat yang membutuhkan persyaratan khusus</li> </ul>
<b>E</b>	<b>MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA</b>					
1.	Terdapat proses rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan tenaga klinis yang baku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada penghitungan kebutuhan tenaga klinis dengan persyaratan kompetensi dan kualifikasi</li> <li>- Ada cara menilai kualifikasi tenaga untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kewenangan</li> <li>- Dilakukan proses kredensial yang mencakup sertifikasi dan lisensi</li> <li>- Ada upaya untuk meningkatkan kompetensi tenaga klinis agar sesuai persyaratan</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumen kajian perhitungan kebutuhan tenaga klinis</li> <li>2. SOP rekrutmen tenaga klinis</li> <li>3. Sertifikat dan lisensi tenaga klinis yang bertugas</li> <li>4. SK tentang kualifikasi tenaga dan penetapan kewenangan</li> <li>5. Kerangka acuan</li> </ul>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN ≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 < 20% terpenuhi nilai 0			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setiap tenaga yang memberikan pelayanan klinis mempunyai uraian tugas dan wewenang</li> <li>- Terdapat tim recruitment SDM</li> <li>- Terdapat mekanisme membangun tim untuk membangun komitmen</li> </ul>				peningkatan kompetensi, pemetaan kompetensi, rencana peningkatan kompetensi, bukti pelaksanaan 6. SK tentang Tim Rekrutmen SDM 7. SOP kredensial tenaga klinis 8. SK uraian tugas dan wewenang
	<b>Total Nilai Bab III = .....</b>		...	...	...	<b>Nilai Max: 50</b>

#### IV. PENINGKATAN MUTU KLINIS DAN KESELAMATAN PASIEN

NO	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN ≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 < 20% terpenuhi nilai 0			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
1.	Perencanaan, monitoring, dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan tenaga yang bekerja di pelayanan klinis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya peran aktif tenaga klinis dalam merencanakan dan mengevaluasi mutu layanan klinis dan upaya peningkatan keselamatan pasien</li> <li>- Ditetapkan indikator dan standar</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. SK tentang penanggung jawab pelayanan klinis 2. SK dan SOP tentang evaluasi mutu pelayanan klinis 3. SK tentang peningkatan

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
		<p>mutu klinis untuk monitoring dan penilaian mutu klinis dan ditetapkan sasaran-sasaran keselamatan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilakukan pengumpulan data, analisis dan pelaporan mutu klinis secara berkala</li> <li>- Dilakukan identifikasi terhadap Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), Kejadian Potensial Cedera (KPC) maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC)</li> <li>- Ditetapkan kebijakan dan prosedur penanganan KTD, KPC, KNC, dan risiko dalam pelayanan klinis</li> <li>- Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan klinis diidentifikasi, dianalisis dan ditindaklanjuti</li> <li>- Dilakukan evaluasi dan perbaikan perilaku dalam pelayanan klinis oleh tenaga klinis dalam pelayanan klinis yang mencerminkan budaya keselamatan dan budaya perbaikan yang berkelanjutan</li> <li>- Ada program/kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun dan direncanakan oleh tenaga klinis</li> <li>- Dilakukan pengukuran terhadap indikator-indikator keselamatan pasien</li> <li>- Terdokumentasinya hasil monitoring dan evaluasi</li> </ul>				<p>keselamatan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Dokumen tentang Pemilihan dan penetapan prioritas indikator mutu klinis di fasyankes berdasarkan sumber daya yang tersedia dan standar pencapaian</li> <li>5. Dokumen hasil pengumpulan data, bukti analisis dan pelaporan berkala indikator mutu klinis</li> <li>6. Laporan KTD, KPC, KNC</li> <li>7. SK tentang penanganan KTD, KPC, KNC dan resiko pelayanan klinis</li> <li>8. Dokumen tindak lanjut hasil laporan KTD, KPC, KNC</li> <li>9. Jadwal pertemuan rutin dalam rangka peningkatan mutu layanan klinis</li> <li>10. Dokumen evaluasi dan perbaikan perilaku dalam yan. Klinis</li> <li>11. Dokumen identifikasi factor resiko yang mungkin terjadi</li> <li>12. Dokumen indicator keselamatan pasien.</li> </ol>

NO.	PARAMETER	URAIAN	STANDAR PENGUKURAN			DOKUMEN TELUSUR
			SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	
			≥80% terpenuhi nilai 10 20% - 79% terpenuhi sebagian nilai 5 < 20% terpenuhi nilai 0			
			...	...	...	Nilai Max: 10
			Total Nilai Bab IV = .....			
			Total Nilai Bab I + II + III + IV = .....			

## IV. INDIKATOR KINERJA KLINIK

NO.	INDIKATOR	SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	Nilai
1.	Pelaksanaan pelayanan klinis medis diselenggarakan sesuai Permenkes 5/2014	Ada SOP mengacu pada PMK 5/2014	Ada SOP tetapi tidak mengacu pada PMK 5/2014	Tidak ada SOP	
2.	Angka Kontak Komunikasi	$\geq 150$ per mil		<100 per mil	
3.	Jumlah kunjungan rawat jalan non spesialis yang dirujuk - 80% penyakit non spesialis tuntas di pelayanan primer	<5%	5 – 10%	>10%	
4.	Jumlah tenaga medis (Rasio jumlah dokter berbanding dengan waktu pelayanan dan jumlah pasien)				
	a. Dokter	1 : 5.000	1 : > 5000 – 6.000	1 : > 6.000	
	b. Dokter gigi	ada		Tidak ada	
5.	Program Rujuk Balik				
	a. Melaksanakan atau tidak	Ya		Tidak	
	b. Jumlah peserta	>70%	<70% - >50%	<50%	
6.	Program Pengelolaan Penyakit Kronis				
	a. Memiliki Klub Prolanis	Ada		Tidak	
	b. Rasio peserta BPJS prolanis rutin berkunjung ke klinik	$\geq 50\%$		<50%	
7.	Jam pelayanan klinik	24 jam	12 – 18 jam	<12 jam	
8.	Angka perpindahan peserta BPJS ke Faskes lain per tahun	<5 %	5 – 5,5%	>5,5%	
9.	Persentase kepuasan pasien	$\geq 80\%$	50% - 79%	< 50%	
10.	Pemanfaatan <i>Pcare</i>	Ya		Tidak	

# TABEL SKORING

POIN PENILAIAN	NILAI MAKSIMAL	Nilai Riil	NILAI	Bobot
1. BAB I KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN FASKES	60		$(\text{Nilai riil}/\text{Nilai Max}) \times 100\%$	30%
2. BAB II LAYANAN KLINIS YANG BERORIENTASI PASIEN	120		$(\text{Nilai riil}/\text{Nilai Max}) \times 100\%$	20%
3. BAB III MANAJEMEN PENUNJANG LAYANAN KLINIS	50		$(\text{Nilai riil}/\text{Nilai Max}) \times 100\%$	20%
4. BAB IV PENINGKATAN MUTU KLINIS DAN KESELAMATAN PASIEN	10		$(\text{Nilai riil}/\text{Nilai Max}) \times 100\%$	20%
5. INDIKATOR KINERJA	60		$(\text{Nilai riil}/\text{Nilai Max}) \times 100\%$	100%