



USAID
DARI RAKYAT AMERIKA

E&MAS

Menyelamatkan Ibu dan Bayi Baru Lahir



Alat Pantau Sistem Kinerja Klinik di Puskesmas



Petunjuk Praktis
Pendampingan Tata
Kelola Klinik

Alat Pantau
Sistem Kinerja Klinik
di Rumah Sakit &
Puskesmas

Alat Penunjang
Keputusan Klinik
(Decision Support
Tool –DST)

Daftar Tilik
Keterampilan
Klinik

Definisi Operasional
Sistem Kinerja
di Rumah Sakit &
Puskesmas

Petunjuk Teknis
Penggunaan
Dashboard

Petunjuk Teknis
Audit Nearmiss/
Kematian Maternal
& Neonatal

Petunjuk Teknis
Penyelenggaraan Simulasi
Emergensi Obstetri
& Neonatus

Petunjuk Praktis
Magang di Rumah Sakit
bagi Staff Puskesmas

Alat Pantau

Sistem Kinerja Klinik di Puskesmas

DAFTAR ISI

A.	Pedoman Pengisian Alat Pantau Sistem Kinerja Klinik	1
B.	Daftar Singkatan.....	11
C.	Alat Pantau 1:.....	13
	• Respon Emergensi Obstetri-Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta.....	14
	• Daftar Kelengkapan Troli Emergensi Ibu.....	16
	• Daftar Kelengkapan Troli Emergensi Neonatal	19
D.	Alat Pantau 2:.....	21
	• Pelayanan Emergensi Obstetri dan Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta.....	22
E.	Alat Pantau 3:.....	25
	• Rujukan Emergensi Obstetri dan Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta	26
F.	Alat Pantau 4:	29
	• Perlengkapan dan Peralatan PONED di Puskesmas/Klinik Swasta.....	30
	• Daftar Tilik Persiapan Kegawatdaruratan PONED.....	31
G.	Alat Pantau 5:.....	35
	• Pencegahan Infeksi di Puskesmas.....	36



A. Pedoman Pengisian Alat Pantau Sistem Kinerja Klinik

Proses Peningkatan Kualitas bertujuan untuk merubah sebuah pelayanan dari “praktik-praktik aktual” menjadi “praktik- praktik yang diinginkan” sesuai dengan standar yang diakui. Untuk itu terdapat beberapa kunci yang dapat menjadikan proses peningkatan kualitas ini berlangsung:

- Keterlibatan dan rasa memiliki dari petugas/staf: staf dari semua level harus terlibat dalam proses ini.
- Berorientasi pada pasien: kebutuhan dan harapan pasien harus dapat dipenuhi
- Berfokus pada sistem dan proses: harus selalu diingat bahwa kualitas pelayanan yang buruk seringkali merupakan hasil dari sistem dan proses yang lemah, atau kesulitan dalam mengimplementasikan suatu standar daripada kesalahan atau kekurangan individu.
- Sadar biaya dan efisien.
- Pembelajaran yang terus menerus, pembangunan dan pengembangan kapasitas.
- Peningkatan kualitas yang terus menerus.

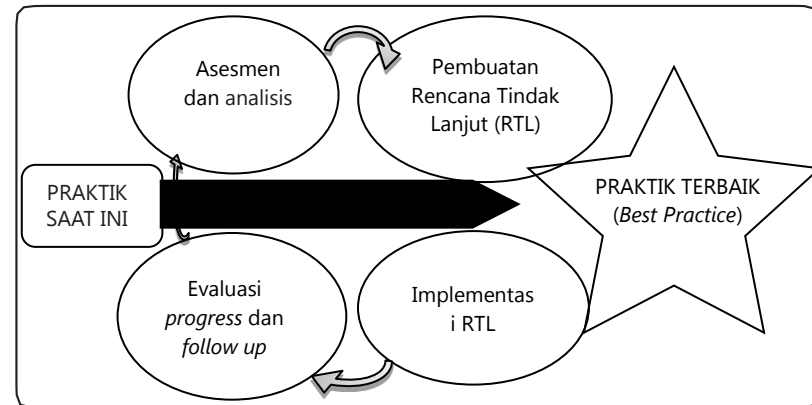
Memenuhi kunci-kunci tersebut maka proses peningkatan kualitas dapat dijalankan mengikuti siklus sebagaimana terlihat pada gambar 1.

Siklus ini dimulai dengan pengumpulan data dan analisis. Tujuan dari pengumpulan dan analisis data adalah mengidentifikasi kesenjangan antara kondisi yang ada dengan kondisi/standar yang diinginkan dalam pelayanan emergensi maternal dan neonatal.

Kegiatan dilakukan bersama-sama dengan tim dan aktor di fasilitas kesehatan yang terdiri dari kepala puskesmas, dokter dan bidan koordinator yang ada di fasilitas kesehatan dalam bentuk *participatory assessment* di awal, sehingga petugas di semua level terlibat sejak awal dengan upaya-upaya yang berhubungan dengan peningkatan kualitas dalam kerangka implementasi tata kelola klinik yang baik. Meskipun demikian mengingat salah satu tujuan alat pantau sistem kinerja adalah sebagai alat manajemen, maka didorong suatu asesmen yang mandiri.

Penerapan alat pantau mengarah untuk mengidentifikasi kesenjangan-kesenjangan kinerja yang harus diminimalisasi atau dihilangkan. Pengelola dan petugas kemudian menganalisa penyebab kesenjangan serta menerapkan intervensi yang sesuai untuk memperbaikinya – contohnya; troli emergensi yang tidak siap pakai, obat-obat emergensi tidak selalu tersedia, tidak dilaksanakannya audit di fasilitas kesehatan, kurangnya pengetahuan dan keterampilan petugas dan lain-lain.

Gambar 1. Siklus Peningkatan Kualitas



Pengelola dianjurkan untuk menekankan pada aksi dan memulai dengan intervensi yang sederhana agar tercapai hasil awal yang nyata sehingga menciptakan momentum perubahan dan memperoleh keterampilan manajemen perubahan secara bertahap untuk mengatasi kesenjangan yang lebih kompleks.

Alat Pantau Sistem Kinerja Klinik dan Bagaimana Menggunakannya

Penjelasan tentang Alat Pantau

Alat Pantau Sistem Kinerja Klinik adalah daftar standar kinerja yang diatur berdasarkan diagnosis utama yang menjadi fokus penyelamatan Ibu hamil dan neonatus, serta beberapa *"cross-cutting themes"*. Manfaat alat pantau ini adalah :

- Memuat kriteria verifikasi yang mudah diamati dengan opsi-opsi jawaban "ya", "tidak" dan "tidak diaplikasikan."
- Mengukur tingkat kinerja yang diterapkan pada fasilitas atau institusi.
- Membantu mengidentifikasi kesenjangan kinerja.
- Membangun secara objektif tingkat kinerja yang diinginkan.

Alat Pantau Sistem Kinerja Klinik Puskesmas

Alat Pantau Sistem Kinerja Klinik di Puskesmas terdiri dari 5 instrumen, yaitu:

- Alat Pantau 1. Respon Emergensi Obstetri-Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta
- Alat Pantau 2. Penilaian Ketrampilan di Puskesmas/Klinik Swasta
- Alat Pantau 3. Rujukan Emergensi Obstetri dan Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta
- Alat Pantau 4. Perlengkapan dan Peralatan PONED di Puskesmas/Klinik Swasta
- Alat Pantau 5. Pencegahan Infeksi di Puskesmas/Klinik Swasta

Bagaimana menggunakan alat pantau ini:

Alat Pantau ini digunakan untuk melakukan asesmen di fasilitas. Di setiap area, standar-standar mempunyai instruksi khusus tentang bagaimana dan dimana mengumpulkan/memverifikasi informasi yang dibutuhkan serta beberapa pengamatan yang diinginkan.

Ada beberapa cara untuk mendapatkan data yaitu dengan: pengamatan terstruktur langsung, mengkaji dokumen, wawancara dan melakukan simulasi klinik. Data-data tersebut pada mulanya didapatkan secara bersama-sama antara tim pendamping dengan tim dan aktor di fasilitas kesehatan. Hal ini diperlukan, selain sebagai suatu bentuk implementasi dari kegiatan pendampingan juga sekaligus menjadikan penilaian ini lebih valid karena adanya unsur eksternal (yaitu tim pendamping).

Selanjutnya, sebagai bagian dari siklus peningkatan kualitas maka tim dan aktor di fasilitas kesehatan dapat melakukan evaluasi secara mandiri.

Tim pendamping adalah merupakan suatu tim yang terdiri dari para klinisi yang bertugas membina dan juga memverifikasi hasil asesmen: spesialis Kebidanan, spesialis Anak, Dokter Umum, Bidan dan Perawat baik dari institusi kesehatan (Dinkes, RSUD) atau pusat pelatihan klinik kesehatan reproduksi seperti P2KS atau P2KP dan organisasi profesi (POGI, IDAI, IDI dan IBI).

Pengumpulan informasi mengenai standar-standar berdasarkan:

- Pengamatan langsung.
- Mengkaji dokumen administrasi dan rekam medis.
- Wawancara terarah.

Pada saat menggunakan pengamatan terstruktur secara langsung:

- Perkenalkan diri Anda dan jelaskan alasan dilakukan penilaian.
- Gunakan alat bantu penilaian sebagai panduan pengamatan.
- Jangan berikan umpan balik pada saat penilaian.
- Upayakan untuk obyektif dan bersikap sopan pada saat penilaian.

Pada saat mengkaji dokumen:

- Perkenalkan diri Anda dan jelaskan alasan dilakukan penilaian.
- Identifikasi sumber-sumber informasi yang benar (misal: formulir administrasi, catatan statistik, catatan pelayanan).
- Mengkaji dokumen dengan menggunakan alat bantu penilaian.
- Meminta petugas yang bertanggung jawab di area/ruangan tersebut untuk melengkapi dan/atau mengklarifikasi informasi.
- Upayakan untuk obyektif dan bersikap sopan pada saat penilaian.

Pada saat melakukan wawancara:

- Perkenalkan diri Anda dan jelaskan alasan dilakukan penilaian
- Identifikasi anggota staf yang biasanya melakukan kegiatan atau tindakan.
- Lakukan wawancara dengan anggota staf menggunakan alat bantu/daftar tilik
- Gali pertanyaan untuk mendapat jawaban yang tepat; jangan mengasumsikan jawaban.
- Minta petugas untuk menunjukkan dokumen, alat atau bahan yang sesuai.
- Upayakan untuk obyektif dan bersikap sopan pada saat penilaian.

Bagaimana cara mengisi alat pantau ini:

1. Lengkapi data identitas fasilitas sebelum melakukan pengisian instrumen termasuk informasi lengkap petugas yang melakukan penilaian.
2. Catat segera informasi yang dikumpulkan.
3. Terdapat 3 kolom penilaian, yaitu "Ya," "Tidak" atau "N/A".
4. Tuliskan tanda "√" pada kolom "Ya" kalau prosedur tersebut dikerjakan atau alat yang dimaksud tersedia sebagaimana yang disebutkan dalam standar.
5. Tuliskan tanda "√" pada kolom "Tidak" jika prosedur tidak dilakukan atau tidak dilakukan dengan benar
6. Tuliskan tanda "√" pada kolom "N/A" apabila kondisi yang dibutuhkan tidak berlaku atau ketika digunakan metode lain pada kriteria verifikasi.
7. Jangan biarkan salah satu dari 3 kolom tersebut kosong

Kolom Catatan/komentar – kolom ini sangat berguna untuk melakukan analisis dan sebaiknya dimanfaatkan sebanyak mungkin oleh staf fasilitas untuk memberi penjelasan terhadap pengisian dalam kolom Y dan T. Contohnya kolom ini dapat digunakan untuk menuliskan catatan atau mendokumentasikan bagaimana suatu kriteria yang perlu dipenuhi, atau keterangan mengapa metode yang berbeda digunakan dalam menentukan kriteria verifikasi.

Setelah menilik seluruh kriteria verifikasi yang diminta pada setiap instrumen, maka staf menuliskan nilai pada kolom "NILAI". Penilaian diberikan kepada tiap-tiap nomor dalam instrumen penilaian, dan apabila terdapat lebih dari satu kriteria verifikasi pada nomor tersebut, nilai "1" hanya diberikan jika semua kriteria verifikasi dijawab dengan "YA".

Pada contoh dibawah ini, kriteria verifikasi pertama adalah "Ya" karena selama pengamatan terdapat catatan di fasilitas yang mendokumentasikan jadwal tugas tim emergensi obstetri-neonatal di unit yang bersangkutan.

Sedangkan, semua kriteria verifikasi nomor 2 dituliskan "Tidak" karena pada saat pengamatan ditemukan bahwa trolis emergensi obstetri dan neonatus tidak lengkap.

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
1		Tim emergensi siap dipanggil untuk penatalaksanaan setiap ibu hamil, bersalin atau post-partum dan neonatus yang berada dalam kondisi mengancam jiwa terkait adanya komplikasi	Catatan di fasilitas yang mendokumentasikan jadwal tugas tim emergensi obstetri-neonatal di unit yang bersangkutan. Tim emergensi terdiri dari: bidan, perawat, dokter umum	√			
2		Peralatan dan perlengkapan untuk penatalaksanaan emergensi obstetri - neonatal tersedia dan selalu dalam kondisi siap pakai.	Periksalah apakah peralatan dan perlengkapan berikut terdapat pada troli emergensi obstetri-Neonatal atau wadah yang sama fungsinya:				
			<ul style="list-style-type: none"> Troli emergensi obstetri 		√		
3		Pemeriksaan rutin dan teratur terhadap kelengkapan dan kesiapan troli emergensi obstetri-neonatal.	Periksalah apakah terdapat daftar tilik troli emergensi obstetri- neonatal yang berisi:				
			<ul style="list-style-type: none"> Daftar tilik set peralatan lengkap pada troli atau wadah tersebut Jadwal pengecekan pada setiap pergantian dinas petugas 	√		√	
4		Fasilitas kesehatan melakukan pengkajian kasus pada semua rujukan emergensi di ibu hamil/persalinan/ postpartum dan neonatus ke rumah sakit	Mengkaji catatan di fasilitas yang mendokumentasikan pengkajian kasus untuk kondisi berikut:				
			<ul style="list-style-type: none"> Rujukan emergensi neonatus ke Rumah Sakit Rujukan emergensi ibu hamil/persalinan/postpartum ke RS 			√	Tidak ada kasus
						√	Tidak ada kasus

Pada kriteria verifikasi ke empat adalah "N/A" karena kondisi yang diinginkan tidak ada (tidak ada kasus), sedapat mungkin berikan catatan pada kolom "CATATAN" untuk menjelaskan hal tersebut.

Tabel perhitungan

Pada akhir setiap instrumen ada tabel perhitungan:

Total Standar Kinerja	
Total Standar Diobservasi	6
Total Pencapaian Standar	
% Pencapaian	%

Untuk mengisi tabel diatas, semua standar diperiksa kembali dan di hitung berapa standar yang berhasil dicapai untuk diisi pada baris pertama. Kemudian dihitung persentasinya.

Bagaimana menilai dan merangkum hasil penilaian:

Pemberian angka menggunakan alat pantau:

- Setiap standar mempunyai nilai 1 poin.
- Untuk standar yang sesuai, maka semua kriteria verifikasi harus "ya" atau "tidak dilakukan"
- Apabila kriteria verifikasi tidak sesuai (N/A) maka hal ini akan mengurangi total standar yang dinilai.

Mengembangkan Rencana Aksi dan Tim Organisasi

Setelah setiap asesmen, petugas (tim dan aktor di fasilitas kesehatan) harus mengembangkan sebuah Rencana Tindak Lanjut (RTL) yang strategis, yang di dalamnya berisi rencana operasional untuk memandu implementasi dari proses peningkatan. Rencana-rencana ini relatif merupakan alat pantau yang sederhana yang menggambarkan kesenjangan dan penyebab yang perlu diminimalisasi, intervensi khusus yang harus dilakukan, orang-orang yang terlibat, kerangka waktu pelaksanaan dan penunjang potensial yang dibutuhkan. Identifikasi orang-orang yang bertanggung jawab dan menentukan kerangka waktu merupakan hal yang sangat penting karena mereka memenuhi kegiatan tindak lanjut dalam perencanaan. Rencana operasional harus dikembangkan berdasarkan analisa hasil dari data awal atau asesmen pantauan lanjutan oleh tim yang terdiri dari staf fasilitas dan pimpinan yang bekerja di bagian pemberi layanan yang berbeda yang sedang ditingkatkan. Selain hasil penilaian ini tim dan aktor di fasilitas kesehatan disarankan juga mengumpulkan data tambahan yang sifatnya kualitatif khususnya terkait dengan implementasi dari *Principles of Good Care* di fasilitas kesehatan, seperti Komunikasi, Pengorganisasian tempat kerja, Privasi, Pencegahan Infeksi dan Dokumentasi. Berdasarkan data-data kualitatif tersebut serta hasil penilaian dari alat pantau sistem kinerja maka Tim dan Aktor bersama-sama menyusun RTL yang dievaluasi setidaknya setiap 3 bulan atau sesuai dengan waktu yang dijadwalkan.

Penting untuk memahami bahwa proses biasanya diawali dari kelompok kecil orang-orang yang berkomitmen karena hal ini luar biasa memerlukan dukungan luas untuk inisiatif-inisiatif baru. Selain itu, penting menemukan orang-orang yang berkomitmen untuk suatu inisiatif dan melibatkan mereka sejak awal.

Tugas utama dari kelompok orang-orang yang berkomitmen tersebut adalah mengatur/mengkoordinasikan tim untuk mengimplementasikan proses peningkatan. Sebagian besar proses akan tergantung pada kerja tim, sehingga perlu dikembangkan sekelompok orang yang berkomitmen pada kualitas melebihi apapun. Tim-tim sebaiknya

terdapat di tiap-tiap area intervensi, di mana mereka melakukan analisis dari semua data yang dikumpulkan, membuat rencana strategis, mengimplementasikannya serta memonitor pencapaiannya.

Sangat disarankan untuk bekerja dalam suatu jejaring dalam mengimplementasi rencana-rencana. Bekerja dalam jejaring akan mendorong pertukaran pengalaman dan saling mendukung, sehingga mendorong percepatan pencapaian perubahan yang positif.

Proses ini juga menunjukkan sebuah aksi yang berangkat dari dasar (petugas lini depan), klien/pasien dan keluarga serta keterlibatan masyarakat. Tujuan utama dari keseluruhan proses ini adalah menyediakan dukungan bagi petugas kesehatan, manajer dan komunitas berupa sebuah instrumen sederhana yang mendayagunakan dan meningkatkan kemampuan mereka untuk menguatkan proses penyediaan pelayanan kesehatan.

Dalam mengidentifikasi 'kesenjangan', tim harus selalu mengingat bahwa ada kesenjangan yang:

- Tidak membutuhkan analisis yang kompleks karena solusinya sederhana dan sangat jelas (misal; menunjuk penanggung jawab untuk sebuah tugas, mengganti peralatan yang rusak, mengorganisasi peralatan agar lebih efisien dan efektif).
- Berada dalam kendali fasilitas dan dapat diatasi dengan memobilisasi sumber-sumber lokal yang ada (misal; memodifikasi beberapa prosedur, melakukan redistribusi tenaga/staf).
- Berada dalam kendali yang ada di luar fasilitas dan biasanya membutuhkan mobilisasi dari sumber-sumber diluar fasilitas (misal; perubahan kebijakan, penambahan gaji, penambahan staf, persetujuan untuk dana baru).

Sebagaimana disebutkan sebelumnya, mulai dengan kesenjangan yang paling mudah untuk diselesaikan lalu secara bertahap melanjutkan ke kesenjangan- kesenjangan yang lebih kompleks.



B. Daftar Singkatan

- ASI : Air Susu Ibu
- DTT : Disinfeksi Tingkat Tinggi
- ETT : *Endo Tracheal Tube*
- IBI : Ikatan Bidan Indonesia
- IDAI : Ikatan Dokter Anak Indonesia
- IDI : Ikatan Dokter Indonesia
- PMI : Palang Merah Indonesia
- PMK : Perawatan Metode Kanguru
- PONED : Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar
- POGI : Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
- RS : Rumah Sakit
- SOP : *Standard Operational Procedure* (Standar Prosedur Operasional)
- UGD : Unit Gawat Darurat



C. Alat Pantau 1:

- Respon Emergensi Obstetri-Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta
- Daftar Kelengkapan Troli Emergensi Neonatal
- Daftar Kelengkapan Troli Emergensi Ibu

Alat Pantau 1

Respon Emergensi Obstetri-Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta

Nama Fasilitas: _____

Kecamatan, Kabupaten, Kota: _____

Penilai: _____ Tanggal: _____

Petunjuk pengisian:

Beri Tanda ✓ pada kolom YA atau kolom TIDAK di setiap kriteria verifikasi sesuai dengan temuan saat pengamatan dilakukan Tuliskan pada kolom tersebut apabila diperlukan tambahan informasi atau masalah lainnya (gunakan halaman belakang jika diperlukan).

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	CATATAN
1.		Tim emergensi siap dipanggil untuk penatalaksanaan setiap ibu hamil, bersalin atau post-partum dan neonatus yang berada dalam kondisi mengancam jiwa terkait adanya komplikasi	• Catatan di fasilitas yang mendokumentasikan jadwal tugas tim emergensi obstetri-neonatal di unit yang bersangkutan.			
			• Tim emergensi terdiri dari: bidan, perawat, dokter umum			
2.		Peralatan dan perlengkapan untuk penatalaksanaan emergensi obstetri - neonatal tersedia dan selalu dalam kondisi siap pakai.	Periksalah apakah peralatan dan perlengkapan berikut terdapat pada troli emergensi obstetri-Neonatal atau wadah yang sama fungsinya:			
			• Troli emergensi obstetri			
			• Troli emergensi neonatus <i>Lihat Lampiran daftar standar kelengkapan troli emergensi obstetri- neonatal</i>			
3.		Pemeriksaan rutin dan teratur terhadap kelengkapan dan kesiapan troli emergensi obstetri-neonatal.	Periksalah apakah terdapat daftar tilik troli emergensi obstetri- neonatal yang berisi:			
			• Daftar tilik set peralatan lengkap pada troli atau wadah tersebut			
			• Jadwal pengecekan pada setiap pergantian dinas petugas			

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	CATATAN
4.		Algoritma/ <i>Job-aid</i> tentang penatalaksanaan emergensi obstetri dan neonatal yang terpasang dengan jelas pada setiap unit	Algoritma/ <i>job aid</i> terpasang dan terlihat dengan jelas untuk dapat digunakan oleh staf			
			• Perdarahan Postpartum			
			• Eklampsia			
			• Syok pada Maternal			
			• Sepsis pada Maternal			
			• Persalinan Macet			
			• Resusitasi neonatus			
			• Kejang pada Neonatus			
			• Sepsis neonatus			
			• Dehidrasi berat pada neonatus			
			• Hipotermia pada neonatus			
5.		Puskesmas/klinik menjadwalkan dan melakukan latihan /demo tim emergensi obstetri neonatal secara rutin	Catatan/Log di setiap unit/ruangan yang berisi jadwal latihan/demo klinis untuk kondisi sebagai berikut:			
			• Syok pada Maternal			
			• Perdarahan Postpartum			
			• Eklampsia			
			• Resusitasi pada Neonatus			
• Daftar hadir peserta latihan/demo klinis tentang: syok pada Maternal, perdarahan postpartum Eklampsia, resusitasi pada neonatus						

Total Standar Kinerja	5
Total Standar Di observasi	
Total Pencapaian Standar	
% Pencapaian	

DAFTAR KELENGKAPAN TROLI EMERGENSI IBU

Petunjuk Pengisian

Berilah tanda √ pada kolom yang tersedia apabila di dapatkan kelengkapan yang sesuai saat pengamatan di lakukan. Gunakan kolom Catatan untuk menjelaskan, menuliskan masalah yang dihadapi dan catatan lainnya.

NO	NILAI	DESKRIPSI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
1.		PERALATAN				
		• Ambu bag, sungkup, slang oksigen, kanula oksigen				
		• Kateter penghisap ukuran 18				
		• Gudel dengan dua ukuran no 90 mm dan 100 mm				
		• Tensimeter				
		• Stetoskop				
		• Tourniquet				
		• folley catheter no 16, 18 dan kantong urin				
• palu refleks						
2.		PERSEDIAAN OBAT EMERGENSI				
		Obat-obat umum :				
		• Adrenalin				
		• Atropine sulfat				
		• Dextrose 40%				
		• Diphenhydramine atau Phenergan				
• Lidocain						

		<ul style="list-style-type: none"> Dexamethason 				
		<ul style="list-style-type: none"> Sodium bicarbonate 8,4% 				
		Obat obstetri :				
		<ul style="list-style-type: none"> Ergometrin inj 				
		<ul style="list-style-type: none"> nifedipin tab 10 mg/metyl dopa 250mg 				
		<ul style="list-style-type: none"> Magnesium sulfat 20% atau 40% 				
		<ul style="list-style-type: none"> Kalsium glukonas 				
		<ul style="list-style-type: none"> Oxytosin inj 				
3.		PERSEDIAAN LAINNYA				
		<ul style="list-style-type: none"> Plester 				
		<ul style="list-style-type: none"> Povidone iodine 10% dan alkohol 70% 				
		<ul style="list-style-type: none"> kassa steril 				
		<ul style="list-style-type: none"> Abocat dengan ukuran 16, 18, 20 				
		<ul style="list-style-type: none"> set infuse 				
		<ul style="list-style-type: none"> Cairan infuse Ringer Laktat, Nacl 0,9% 				
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Water for injection</i> 				
NO	NILAI	DESKRIPSI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
		<ul style="list-style-type: none"> Benang dengan jarum chromic catgut 3 no 3,0 dan no 2,0 				
		<ul style="list-style-type: none"> Sarung tangan berbagai ukuran no 6½, 7, 7½ dan no 8 				
		<ul style="list-style-type: none"> Sputit no 1, 2½, 3, 5, 10, 20, 50 cc 				

¹Emergency obstetric care AMDD hal b-32, PONEC buku acuan hal 14-3 dan petunjuk teknis penggunaan DAK bid. Kes thn 2009 peralatan PONEC hal 1

Total Standar Kinerja	3
Total Standar Diobservasi	
Total Pencapaian Standar	
% Pencapaian	

DAFTAR KELENGKAPAN TROLI EMERGENSI NEONATAL

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda √ pada kolom yang sesuai dengan situasi saat pengamatan di lakukan. Gunakan kolom catatan untuk menjelaskan, menuliskan masalah yang di hadapi, dan catatan lainnya.

NO	NILAI	DESKRIPSI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
1.		PERALATAN BALON DAN SUNGKUP				
		• Ambu bag				
		• Sungkup 3 ukuran (kecil, sedang, besar)				
		• Sumber oksigen dengan pengatur aliran (ukuran sampai 10 L/m)				
2.		PERLENGKAPAN PENGHISAP				
		• Balon penghisap				
		• Penghisap mekanik dan tabung				
		• Kateter penghisap, 5F, 6F, 8F,10F, 12F, dan 14F				
4.		OBAT-OBATAN				
		• Epinefrin 1: 10.000 (0,1 mg/ml)				
		• Kristaloid isotonik (NaCl 0.9% atau Ringer Laktat) untuk penambah Volume 100 ml atau 250 ml				
		• Fenobarbital 60, 65, 130 mg/cc				
		• Ampisilin dan gentamisin				
		• Dextrose 10 % 250 ml				
		• Larutan NaCl 0,9% untuk bilas				
		• Kateter umbilikal 3,5F				
• Sarung tangan steril						

		• Scalpel				
		• Larutan Yodium				
		• <i>Three way stopcock</i>				
		• Spuit 1, 3, 5, 10, 20, 50 ml				
5.		PERALATAN LAINNYA :				
		• gunting				
		• plester				
		• kapas alkohol				
		• Sarung tangan				
		• Stetoskop				
		• Plester ½ atau ¾ inchi ¹				

¹ Buku resusitasi neonatus panduan pelatihan bagi bidan dan perawat PERINASIA hal 1-26

Total Standar Kinerja	5
Total Standar Di observasi	
Total Pencapaian Standar	
% Pencapaian	



D. Alat Pantau 2: Pelayanan Emergensi Obstetri dan Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta

Alat Pantau 2

Pelayanan Emergensi Obstetri dan Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta

Nama Fasilitas: _____

Kecamatan, Kabupaten, Kota: _____

Penilai: _____ Tanggal: _____

Petunjuk pengisian:

Beri Tanda √ pada kolom YA atau TIDAK di setiap kriteria verifikasi sesuai dengan temuan saat pengamatan dilakukan. Tuliskan pada kolom tersebut apabila diperlukan tambahan informasi atau masalah lainnya (gunakan halaman belakang jika diperlukan).

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	CATATAN
1.		Tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan kompeten memperagakan Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum/Syok pada klien atau model	<ul style="list-style-type: none"> Mendokumentasikan kompetensi dengan penilaian sederhana keterampilan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik: Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum/Syok 			
			<p><i>*Penilaian keterampilan dapat dilakukan setelah penilaian fasilitas dalam sesi yang berbeda</i></p> <p><i>*Dokumentasi menunjukkan bahwa 80% petugas kesehatan kompeten melakukan keterampilan yang dinilai dengan penilaian sederhana langsung dalam pelayanan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik</i></p>			
2.		Tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan kompeten memperagakan Penatalaksanaan Manajemen Aktif Kala III pada klien atau model	<ul style="list-style-type: none"> Mendokumentasikan kompetensi dengan penilaian sederhana keterampilan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik: Penatalaksanaan Manajemen Aktif Kala III 			
			<p><i>*Penilaian keterampilan dapat dilakukan setelah penilaian fasilitas dalam sesi yang berbeda</i></p> <p><i>*Dokumentasi menunjukkan bahwa 80% petugas kesehatan kompeten melakukan keterampilan yang dinilai dengan penilaian sederhana langsung dalam pelayanan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik</i></p>			

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	CATATAN
3.		Tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan kompeten memperagakan Penatalaksanaan Preeklampsia Berat/Eklampsia pada klien atau model	<ul style="list-style-type: none"> Mendokumentasikan kompetensi dengan penilaian sederhana keterampilan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik: Penatalaksanaan Preeklampsia Berat/Eklampsia 			
			<p><i>*Penilaian keterampilan dapat dilakukan setelah penilaian fasilitas dalam sesi yang berbeda</i></p> <p><i>*Dokumentasi menunjukkan bahwa 80% petugas kesehatan kompeten melakukan keterampilan yang dinilai dengan penilaian sederhana langsung dalam pelayanan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik</i></p>			
4.		Tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan kompeten memperagakan Penatalaksanaan Resusitasi Neonatus pada klien atau model	<ul style="list-style-type: none"> Mendokumentasikan kompetensi dengan penilaian sederhana keterampilan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik: Penatalaksanaan Resusitasi Neonatus 			
			<p><i>*Penilaian keterampilan dapat dilakukan setelah penilaian fasilitas dalam sesi yang berbeda</i></p> <p><i>*Dokumentasi menunjukkan bahwa 80% petugas kesehatan kompeten melakukan keterampilan yang dinilai dengan penilaian sederhana langsung dalam pelayanan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik</i></p>			
5.		Tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan kompeten memperagakan langkah-langkah Inisiasi Menyusu Dini dan memberikan ASI yang benar	<ul style="list-style-type: none"> Mendokumentasikan kompetensi dengan penilaian sederhana keterampilan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik: Inisiasi Menyusu Dini (IMD) 			
			<p><i>*Penilaian keterampilan dapat dilakukan setelah penilaian fasilitas dalam sesi yang berbeda</i></p> <p><i>*Dokumentasi menunjukkan bahwa 80% petugas kesehatan kompeten melakukan keterampilan yang dinilai dengan penilaian sederhana langsung dalam pelayanan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik</i></p>			

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	CATATAN
6.		Tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan kompeten memperagakan Perawatan Metode Kanguru	<ul style="list-style-type: none"> Mendokumentasikan kompetensi dengan penilaian sederhana keterampilan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik: Perawatan Metode Kanguru (PMK) 			
			<p><i>*Penilaian keterampilan dapat dilakukan setelah penilaian fasilitas dalam sesi yang berbeda</i></p> <p><i>*Dokumentasi menunjukkan bahwa 80% petugas kesehatan kompeten melakukan keterampilan yang dinilai dengan penilaian sederhana langsung dalam pelayanan atau simulasi kasus menggunakan daftar tilik</i></p>			
7.		Fasilitas kesehatan memiliki sistem yang berlaku untuk penilaian keterampilan klinik yang dibutuhkan untuk menatalaksanakan emergensi obstetri dan neonatal	Mengkaji catatan difasilitas tentang sistem penilaian keterampilan termasuk :			
			<ul style="list-style-type: none"> Jadwal penilaian 			
			<ul style="list-style-type: none"> Daftar tenaga kesehatan yang telah dinilai 			

Total Standar Kinerja	7
Total Standar Diobservasi	
Total Pencapaian Standar	
% Pencapaian	



E. Alat Pantau 3:

- Rujukan Emergensi Obstetri dan Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta

Alat Pantau 3

Rujukan Emergensi Obstetri dan Neonatal di Puskesmas/Klinik Swasta

Nama Fasilitas: _____

Kecamatan, Kabupaten, Kota: _____

Penilai: _____ Tanggal: _____

Petunjuk pengisian:

Beri Tanda \checkmark pada kolom di setiap kriteria verifikasi sesuai dengan temuan saat pengamatan dilakukan. Tuliskan pada kolom tersebut apabila diperlukan tambahan informasi atau masalah lainnya (gunakan halaman belakang jika diperlukan).

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN	
1.		Puskesmas/Klinik Swasta mempunyai ambulan atau kendaraan roda empat yang berfungsi untuk rujukan emergensi obstetri dan neonatus	Amati dan memeriksa untuk hal berikut:					
			• Ambulan atau kendaraan roda empat yang berfungsi					
			• Anggaran atau bensin untuk pengantar					
			• Tersedia daftar supir					
			• Tersedia daftar tenaga pengantar					
2.		Ambulan atau kendaraan roda empat mempunyai peralatan dan perlengkapan untuk penatalaksanaan emergensi obstetri dan neonatus	Amati dan memeriksa ambulan untuk peralatan dan perlengkapan yang berikut:					
			• Resusitasi Neonatus Set					
			• Partus Set, terdiri dari:	Jumlah				
			Klem Kelly atau Kocher	2				
			Gunting tali pusat	1				
			Gunting Episiotomi	1				
			Alat pemecah selaput ketuban atau ½ Kocher	1				
			Sarung tangan steril	2				
Pengikat tali pusat	1							

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
			Kateter nelaton No. 12	1			
			Kain kecil atau duk kecil	1			
			Penghisap lender	1			
			Sprit 2,5 ml atau 3 ml	1			
			Kain bersih	4			
			Handuk bersih	1			
			• Selimut untuk ibu				
			• Obat uterotonika				
			• Nifedipin atau labetalol atau atenolol				
			• Set dan cairan infus				
			• Jarum dan alat suntik steril sekali pakai				
			• Tabung dan selang oksigen				
			• Stetoskop dan tensimeter				
3.		Puskesmas/Klinik Swasta mempunyai sistem komunikasi dengan Rumah Sakit untuk rujukan emergensi obstetri dan neonatus	Memeriksa untuk hal berikut di puskesmas:				
			• Direktori semua jejaring pelayanan yang dapat dihubungi untuk rujukan obstetri dan neonatus dilekatkan di tempat yang mudah dilihat dengan jelas				
			• RS untuk rujukan obstetri dapat dihubungi melalui HP atau SMS				
			• Tersedia daftar calon donor darah dan PMI melalui direktori				

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
4.		Puskesmas/Klinik Swasta memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) atau pedoman untuk rujukan neonatus sakit ke RS yang didalamnya mencantumkan : <ul style="list-style-type: none"> Riwayat penyakit Pemeriksaan Fisik Terapi yang diberikan sebelum rujuk 	Kaji dokumen SPO atau dokumen yang diperlukan untuk merujuk semua neonatus dengan:				
			• Berat lahir <2000 g				
			• Dehidrasi berat				
			• Kesulitan bernafas				
			• Tanda infeksi/sepsis				
		• Kejang					
5.		Puskesmas/klinik Swasta memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) atau pedoman untuk ibu hamil/bersalin/ postpartum dengan komplikasi ke RS yang didalamnya mencantumkan : <ul style="list-style-type: none"> Riwayat penyakit Pemeriksaan Fisik Terapi yang diberikan sebelum rujuk 	Kaji dokumen SPO atau pedoman yang diperlukan untuk merujuk semua ibu hamil/bersalin/postpartum dengan komplikasi sesuai dengan:				
			• Stabilisasi sebelum merujuk				
			• Pemberian Magnesium Sulfate pada preeklampsia berat/eklampsia sebelum merujuk				
			• Pemberian steroid atenatal pada ibu dengan persalinan prematur				
6.		Fasilitas kesehatan melakukan pengkajian kasus pada semua rujukan emergensi ibu hamil/persalinan/ postpartum dan neonatus ke rumah sakit	Mengkaji catatan di fasilitas yang mendokumentasikan pengkajian kasus untuk kondisi berikut:				
			• Rujukan emergensi di neonatus ke Rumah Sakit				
			• Rujukan emergensi di ibu hamil/ persalinan/ postpartum ke RS				

Total Standar Kinerja	6
Total Standar Diobservasi	
Total Pencapaian Standar	
% Pencapaian	



F. Alat Pantau 4:

- Perlengkapan dan Peralatan PONED di Puskesmas/Klinik Swasta
- Daftar Tilik Persiapan Kegawatdaruratan PONED

Alat Pantau 4

Perlengkapan dan Peralatan untuk Penanganan Emergensi Obstetri dan Neonatus Dasar di Puskesmas/Klinik Swasta

Nama Fasilitas: _____

Kecamatan, Kabupaten, Kota: _____

Penilai: _____ Tanggal: _____

Petunjuk pengisian:

Beri Tanda \checkmark pada kolom di setiap kriteria verifikasi sesuai dengan temuan saat pengamatan dilakukan. Tuliskan pada kolom tersebut apabila diperlukan tambahan informasi atau masalah lainnya (gunakan halaman belakang jika diperlukan).

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
1.		Peralatan dan perlengkapan untuk manajemen Penatalaksanaan Emergensi Obstetri dan Neonatus Dasar tersedia dan siap pakai serta disimpan dengan benar pada puskesmas/klinik swasta	Periksa apakah peralatan/perlengkapan berikut tersedia di fasilitas: <ul style="list-style-type: none">• Lihat daftar pada halaman berikut				

Total Standar Kinerja	1
Total Standar Diobservasi	
Total Pencapaian Standar	
% Pencapaian	

DAFTAR TILIK PERSIAPAN KEGAWATDARURATAN PONED

Berilah tanda √ yang sesuai dengan situasi saat pengamatan di lakukan. Gunakan kolom Catatan untuk menjelaskan, menuliskan masalah yang di hadapi, dan catatan lainnya.

I. MEDIKAMENTOSA	√	CATATAN
• Oksitosin inj - dalam kulkas		
• Metil ergometrin maleat injeksi dalam kulkas		
• Procain atau lidokain injeksi		
• nalin injeksi		
• Antibiotika :		
1. Ampisilin atau Amoxicillin Intra Vena		
2. Gentamisin Intra Vena		
3. Metronidasol Intra Vena/PO		
• Larutan infus :		
1. NaCl 0,9%		
2. Ringer laktat		
• Dexamethason		
• MgSO4 40% atau 20%		
• Lidokain		
• Larutan (Povidon iodine 10%)		
• Oksigen dengan pengatur aliran		
Obat antihypertensi: nifedipine ATAU Methyldopa		
Kalsium glukonat 10%		

II. INSTRUMEN	√	CATATAN
1. Instrumen		
A. SET PARTUS		
• Gunting episiotomi		
• Klem tali pusat		
• Gunting tali pusat		
• Klem tali pusat		
• Kasa steril		
• Mangkok kecil		
• Semprit disposable 10 ml		
B. PERLENGKAPAN JAHIT:		
• Pemegang jarum (25 cm)		
• Pinset anatomis		
• Gunting benang		
• Benang kromik no.2.0		
• Kasa steril		
C. EKSTRAKTOR VAKUM ^{*)}		
• Mangkok logam atau silastik (kecil, medium, besar)		
• Selang karet		
• Penarik mangkok		
• Botol vakum dengan manometer		
• Pompa vakum (1). Pilihan lain: mangkok vakum dari plastik/karet		

II. INSTRUMEN	√	CATATAN
D. INSTRUMEN LAINNYA		
• Ambu bag dewasa		
• Klem ovum minimal 2 buah		
• Cunam tampon minimal (1 buah)		
• Kateter karet urine		
• Mangkok/piring tempat plasenta		
• Lembar catatan medik termasuk lembar kontrol istimewa dan persetujuan tindakan		
• Alat perlindungan diri		
• Sarung tangan DTT / steril		
• Lampu sorot		
• Stetoskop laenec /Doppler		
• Stetoskop dan tensimeter		

III. BAYI	√	CATATAN
1. Instrumen		
• Penghisap lendir (manual /elektrik)		
• Sudip/penekan lidah (1 buah)		
• Kain/handuk kering dan bersih penyeka muka dan badan		
• Meja bersih, kering dan hangat untuk tindakan resusitasi		
• Inkubator		
• Alat suntik 10 ml dan jarum suntik no.23		
• Kateter intravena no. 24G dan jarum kupu-kupu *)		
• Selang nasogastric (<i>nasogastric feeding tube</i>) neonatal Untuk katerisasi umbilical *)		
• Popok dan selimut		
• Ambu bag neonates dg sungkup 3 ukuran		
2. Obat-obatan*)		
• Fenobarbitol 60, 65, atau 130 mg/cc		
• Epinefrin 1:10000 20cc		
• Antibiotika: ampicillin injeksi ATAU penicillin procain DAN gentamicin		
• Akuabidestilata dan dekstrose 10%		

*) khusus untuk Puskesmas PONED



G. Alat Pantau 5:

- Pencegahan Infeksi di Puskesmas

Alat Pantau 5

Pencegahan Infeksi di Puskesmas

Nama Puskesmas: _____

Kecamatan, Kabupaten,/Kota: _____

Diisi oleh: _____ Tanggal: _____

Petunjuk pengisian:

Beri Tanda √ pada kolom di setiap kriteria verifikasi sesuai dengan temuan saat pengamatan dilakukan. Tuliskan pada kolom tersebut apabila diperlukan tambahan informasi atau masalah lainnya (gunakan halaman belakang jika diperlukan).

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
1.		Puskesmas terlihat bersih*	Pada ruangan berikut terlihat bersih**:				
			• Ruang Tunggu				
			• Ruang Periksa				
			• Ruang Gawat Darurat				
			• Ruang Bersalin				
			• Ruang Nifas/Pasca-Persalinan				
			• Ruang Laboratorium				
			*Sesuai keberadaan ruangan di puskesmas masing-masing				
<i>**Tidak ada debu, darah, sampah, jarum dan alat suntik bekas pakai serta sarang laba-laba</i>							

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
2.		Terdapat Standar Prosedural Operasional Pencegahan Infeksi di Puskesmas	Puskesmas memiliki Dokumen* Standar Prosedural Operasional Pencegahan Infeksi tentang:				
			• Kebersihan dan Kesehatan Tangan				
			• Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)				
			• Penanganan Benda Tajam				
			• Pemrosesan Alat Pakai Ulang				
			• Penatalaksanaan Limbah				
			• Pengendalian Kebersihan dan Ventilasi Ruangan dan Lingkungan				
			• Monitoring Penerapan Pencegahan Infeksi di Puskesmas				
<i>*Didapatkan dari Kepala Puskesmas atau Bidan Koordinator serta lihat dokumen yang tersedia.</i>							
3.		Peralatan Kebersihan dan Kesehatan Tangan tersedia di Puskesmas sesuai standar	Periksa ketersediaan :				
			• Wastafel/ Ember Tertutup dengan kran yang mengalirkan air bersih				
			• Sabun cair dalam wadah terletak dekat Wastafel/Ember				
			• Larutan Penggosok Alkohol/gliserin di setiap ruangan				
			• Kain lap tangan pribadi atau Kertas tisu sekali pakai				
• Tempat sampah tisu sekali pakai							

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
4.		Alat Pelindung Diri tersedia di Puskesmas sesuai standar	Periksa ketersediaan:				
			• Sarung tangan periksa yang bersih				
			• Sarung tangan DTT				
			• Sarung Tangan Steril				
			• Celemek plastik				
			• Masker bedah				
			• Kacamata pelindung (<i>Goggle</i>)				
			• Sepatu/sandal tertutup bagian depan				
5.		Tempat Pembuangan Benda Tajam Habis Pakai tersedia di Puskesmas sesuai standar	Periksa ketersediaan:				
			• Wadah pembuangan benda tajam berupa kotak karton tebal tertutup dengan lubang yang cukup untuk memasukkan jarum suntik dan spuit serta benda tajam bekas pakai lainnya				
			• Wadah pembuangan benda tajam diletakkan di dekat tempat benda tajam digunakan				
			• Jarum dan spuit bekas pakai segera dibuang kedalam wadah pembuangan benda tajam				
			• Wadah pembuangan benda tajam ditutup rapat dan dibuang jika sudah tiga perempat penuh				
			• Setiap wadah pembuangan benda tajam hanya digunakan untuk satu kali dan kemudian dibuang sesuai standar prosedural operasional pembuangan limbah benda tajam.				

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
6.		Penyiapan larutan klorin 0,5% di Puskesmas untuk pemrosesan alat pakai ulang sesuai standar	Petugas menyiapkan larutan klorin seperti berikut:				
			• Wadah plastik digunakan untuk larutan klorin				
			• Larutan klorin baru dipersiapkan pada pagi hari atau lebih awal jika telah kotor				
			• Wadah diberi tanggal/waktu				
			• Menyiapkan botol semprot plastik berisi klorin 0,5%				
			LARUTAN KLORIN DAPAT DIBUAT DALAM 2 PILIHAN (pilih salah satu, A atau B) :				
			A. Membuat Larutan Klorin 0,5% dari konsentrat klorin berbentuk cair				
			• Menggunakan formula berikut untuk mempersiapkan larutan klorin 0,5%:				
			• $Jumlah\ bagian\ air = \left(\frac{\% \text{ konsentrat}}{0,5\%} \right) - 1$				
			B. Membuat larutan Klorin 0,5% dari serbuk klorin/tablet klorin				
			• Jika menggunakan kalsium hipoklorida (35%), 14 g pemutih serbuk atau 1 tablet klorin dicampur dengan 1 L air bersih*				
			• Jika menggunakan kalsium hipoklorida (70%), 7 g pemutih serbuk dicampur dengan 1 L air				
			*Air mentah yang tidak perlu dimasak				

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
7.		Menggunakan peralatan sesuai standar untuk pemrosesan alat	Petugas yang membersihkan peralatan memakai :				
			• Sarung tangan rumah tangga				
			• Kaca/Plastik pelindung mata atau wajah				
			• Celemek plastik				
			• Sepatu/sandal dengan bagian depan tertutup atau sepatu bot				
			• Spons				
8.		Pra-Bilas/Dekontaminasi alat dan bahan-bahan lain sesuai standar	Petugas melakukan pra-bilas/dekontaminasi sebagai berikut :				
			• Larutan klorin 0,5% digunakan untuk merendam alat habis pakai selama 10 menit				
			• Alat dikeluarkan dari larutan klorin dan dibilas dengan air masak segera				
			• Alat dan bahan dibawa dalam ember atau wadah ke ruang pencucian				
9.		Melakukan pencucian alat pakai ulang di tempat yang sesuai dengan rekomendasi untuk puskesmas	Pemrosesan alat pakai ulang dilakukan pada tempat seperti berikut:				
			• Area yang terpisah dari ruang tindakan				
			• Barang kotor dan bersih diletakkan terpisah				
			• Meja penerimaan barang kotor				
			• Terdapat air mengalir untuk mencuci peralatan				
			• Meja bersih tempat mengeringkan alat				
			• Meja bersih pembungkusan dan pengemasan alat				
• Terdapat rak untuk meletakkan kemasan peralatan bersih sebelum di DTT atau Sterilisasi							

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
10.		Melakukan pencucian alat pakai ulang dengan cara sesuai standar	Petugas melakukan cara pencucian alat pakai ulang sebagai berikut				
			• Tersedia deterjen cair atau bubuk, tanpa asam atau amonia				
			• Melepas bagian-bagian alat yang terdiri dari beberapa bagian dan membersihkan bagian gigi dan sambungan menggunakan sikat				
			• Membersihkan alat dan bahan lain di dalam air sampai semua darah dan kotoran lain tidak terlihat lagi pada peralatan yang dicuci				
			• Membilas peralatan dan bahan lain sampai bersih dengan air bersih				
			• Keringkan alat dan bahan lain dengan dianginkan atau menggunakan kain bersih				
			• Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir selama 10-15 detik lalu keringkan atau menggosok tangan dengan larutan berbahan dasar alkohol sebanyak 3-5 ml sampai kering				
11.		Melakukan Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) pada peralatan dan bahan sesuai standar	MEREBUS AIR UNTUK DTT PERALATAN LOGAM secara:				
			• Rebus selama 20 menit dalam wadah tertutup				
			• Mulai catat waktu sewaktu air mulai mendidih				
			• Alat logam harus terendam seluruhnya				
			• Jangan masukkan apapun ketika perhitungan waktu telah dimulai				

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
			MENGUKUS DTT SARUNG TANGAN PAKAI ULANG secara:				
			<ul style="list-style-type: none"> Menggunakan panci pengukus bertutup yang bertingkat dengan lubang-lubang ditengahnya 				
			<ul style="list-style-type: none"> Sarung tangan tersusun merata tidak ditumpuk 				
			<ul style="list-style-type: none"> Mulai catat waktu ketika uap mulai keluar diantara panci dan tutupnya 				
			<ul style="list-style-type: none"> Kukus sarung tangan selama 20 menit 				
12.		Melakukan Sterilisasi pada peralatan dan bahan sesuai standar	STERILISASI UAP PANAS sesuai standar*:				
			<ul style="list-style-type: none"> Panduan Penggunaan Alat tersedia 				
			<ul style="list-style-type: none"> Bagian-bagian alat termasuk kabel dan stop kontak dalam keadaan utuh dan aman dipakai. 				
			<ul style="list-style-type: none"> Pada suhu 121°C (250°F), tekanan 106 kPa (15lbs/in²), selama 20 menit untuk alat tidak terbungkus atau 30 menit untuk alat terbungkus ATAU Pada suhu 132°C(270°), tekanan 30 lbs/in²), selama 15 menit untuk alat terbungkus 				
			<ul style="list-style-type: none"> Membiarkan semua peralatan kering sebelum diambil dari sterilisator 				

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
			STERILISASI PANAS KERING sesuai standar* :				
			<ul style="list-style-type: none"> Panduan Penggunaan Alat tersedia 				
			<ul style="list-style-type: none"> Bagian-bagian peralatan termasuk kabel dan stop kontak dalam keadaan utuh dan aman dipakai. 				
			<ul style="list-style-type: none"> Penghitungan dimulai setelah tercapai suhu yang dikehendaki: 170°C(340°F) untuk 60 menit, 160°C(320°F) untuk 120 menit, 150°C(300°F) untuk 150 menit, 140°C(285°F) untuk 180 menit, 121°C(250°F) untuk 12 jam (semalaman) 				
			<ul style="list-style-type: none"> Membiarkan semua peralatan kering sebelum diambil dari sterilisator 				
			*Set tekanan (kPa atau lbs/in ²) mungkin berbeda tergantung pada jenis sterilisator yang digunakan. Ikutilah petunjuk pabrik.				
13.		Menyimpan peralatan DTT dan Steril sesuai standar	Peralatan DTT dan Steril disimpan sebagai berikut:				
			<ul style="list-style-type: none"> Area bersebelahan atau terhubung dengan tempat pemrosesan DTT/Sterilisasi yang bersih dari debu, kotoran, hewan dan serangga dengan suhu 24°C dan kelembaban <70%. 				
			<ul style="list-style-type: none"> Letak peralatan dengan jarak 20-25 cm dari lantai, 45-50 cm dari langit-langit dan 15-20 cm dari dinding. (TIDAK disimpan dalam kardus) 				
			<ul style="list-style-type: none"> Tertulis tanggal proses DTT atau Sterilisasi sesuai paket 				
			<ul style="list-style-type: none"> Distribusi peralatan DTT atau Steril dari area ini 				

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
14.		Terdapat tempat pembuangan Limbah sesuai standar di Puskesmas	Periksa ketersediaan :				
			• Tempat sampah kering dengan kantong plastik				
			• Tempat sampah basah dengan kantong plastik				
			• Kantong plastik kuning sampah infeksius				
			• Kantong plastik hitam sampah non-infeksius				
			• Area pembuangan sampah/insenerator/ ditanam*				
			• Memiliki saluran dan pembuangan air kotor yang memadai				
*Apabila dikirim ketempat lain, tunjukkan standar prosedural operasionalnya dan catat siapa dan bagaimana membawanya serta kemana limbah sampah tersebut dikirim							
15.		Sampah/limbah dibuang sesuai standar	Sampah infeksius dibuang secara berikut :				
			• Petugas memakai pelindung mata,,masker atau wajah dan sarung tangan rumah tangga				
			• Sampah cair dibuang kedalam toilet atau wastafel dengan sistem pembuangan yang lancar				
			• Wastafel dibilas dengan air setelah sampah/kotoran cair tersebut habis				
			• Wadah benda/alat tajam dibakar atau ditimbun				
• Sampah padat (kapas, kasa dan bahan lain yang terkontaminasi darah dan bahan organic) dibakar atau ditimbun							

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
			Jika sampah dibakar:				
			• Sampah dikirim ke area pembakaran				
			• Area tersebut diluar akses jalan di puskesmas				
			• Alur di area ini diawasi dan hanya boleh diakses oleh petugas yang berwenang.				
			• Sampah dibakar sampai menjadi abu pada area yang telah ditentukan				
			• Abu dari bahan yang terbakar dibuang seperti sampah tak terkontaminasi				
			• Area pembakaran sampah terjaga kebersihannya				
			Jika sampah ditimbun dalam lubang, pastikan :				
			• Area penimbunan tidak boleh diakses oleh staf lain,				
			• Lokasi penimbunan dipagari dengan materi dengan tingkat penyerapan rendah (mis. tanah liat)				
			• Lokasi penimbunan minimal berjarak 50 meter dari sumber/mata air dan terletak di daerah bebas banjir				
			• Lubang penimbunan sekitar 1 meter persegi dan kedalaman 2 meter				
			• Sampah yang dibuang ditimbun dengan tanah setebal 10-15 cm setiap hari				
			• Lapisan terakhir setebal 50-60 cm				
			• Lubang penimbunan minimal untuk 30 – 60 hari				
			• Lokasi penimbunan terjaga kebersihannya				

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
16.		Pengendalian kebersihan dan ventilasi ruangan dan lingkungan sesuai standar	Pemeliharaan kebersihan dan ventilasi ruangan dan lingkungan seperti berikut:				
			<ul style="list-style-type: none"> Pertukaran udara di ruangan tanpa AC* lebih dari 12 ACH**. Jika menggunakan AC terdapat catatan pembersihan AC setiap bulan 				
			<ul style="list-style-type: none"> Bongkar bersih ruangan bersalin setiap bulan 				
			<ul style="list-style-type: none"> Ruangan Bersalin dan tindakan dibersihkan setiap kali setelah tindakan selesai 				
			<ul style="list-style-type: none"> Tersedia cukup air di puskesmas untuk keperluan kebersihan pencucian 				
			<ul style="list-style-type: none"> Sampah ruangan dibuang sesuai aturan pembuangan sampah 				
			<ul style="list-style-type: none"> Pencahayaan ruangan sesuai kebutuhan 				
*Air Condition **Air Change Per Hour							
17.		Bahan antiseptik, dan disinfektan tersedia untuk pemakaian selama satu bulan	Periksa gudang/tempat penyimpanan dengan membandingkan pemakaian berdasarkan Daftar Persediaan pada bulan sebelumnya bahan-bahan berikut tersedia dalam jumlah yang cukup:				
			Antiseptik :				
			<ul style="list-style-type: none"> Etil atau isoprofil alkohol (60-90%) 				
			<ul style="list-style-type: none"> Klorheksidin glukonat (2-4%) 				
			<ul style="list-style-type: none"> Betadine 				
			Disinfektan :				
<ul style="list-style-type: none"> Klorin 							

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
18.		Bahan-bahan antiseptik tersedia dan siap pakai	Periksa sebagai berikut :				
			• Bahan antiseptik tersedia dalam wadah 60-100 ml dan dapat dipakai ulang untuk pemakaian				
			• Wadah pakai ulang tersebut dicuci dengan air sabun sampai benar-benar bersih, dibilas dengan air bersih lalu dikeringkan sebelum isi ulang				
			• Wadah pakai ulang diberi label berisi tanggal pengisian ulang				
			• Larutan diganti setiap hari atau jika telah kotor				
			• Kasa atau kapas disimpan dalam wadah kering tanpa bahan antiseptik				
			• Alat dan bahan lain disimpan dalam wadah kering tanpa bahan antiseptik				
19.		Terdapat sistem <i>shelf-life</i> untuk penyimpanan bahan/alat DTT/steril	Periksa apakah :				
			• Bahan yang bersih disimpan terpisah dari bahan yang telah di DTT/steril				
			• Bahan/alat-alat yang dibungkus digunakan segera				
			• Paket dan atau wadah DTT/steril ditulis tanggal pemrosesan				
			• Terdapat sistem rotasi dan sistem inventaris untuk mengontrol penggunaan bahan-bahan DTT				
• Paket/bahan yang terbungkus tidak sobek, lembab, berdebu							

NO	NILAI	STANDAR KINERJA	KRITERIA VERIFIKASI	YA	TIDAK	N/A	CATATAN
20.		Ada tempat khusus untuk penyimpanan alat pencuci lantai, toilet, jendela	Periksa apakah :				
			• Peralatan tersebut disimpan di tempat khusus				
			• Bahan-bahan pembersih cair disimpan dalam keadaan tertutup				
			• Peralatan pembersih (kain pel, sapu dll) disimpan dengan digantung				
			• Peralatan pembersih dari kain (lap) disimpan dalam keadaan kering				

Catatan: Apabila pengelolaan sampah dilakukan oleh pihak ketiga seperti Dinkes atau kontraktor, pastikan petugas PKM mengetahui jelas proses pengelolaan sampah yang dilakukan oleh pihak ketiga tersebut

Total Standar Kinerja	20
Total Standar Diobservasi	
Total Pencapaian Standar	
% Pencapaian	