



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 55 TAHUN 2012

TENTANG

PETUNJUK TEKNIS PENGGUNAAN DANA ALOKASI KHUSUS
BIDANG KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2013

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 58 dan Pasal 59 Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan, telah ditetapkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 201/PMK.07/2012 tentang Alokasi dan Pedoman Umum Dana Alokasi Khusus Tahun Anggaran 2013;

b. bahwa untuk menindaklanjuti ketentuan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 201/PMK.07/2012 sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2013 dengan Peraturan Menteri 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 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-undang Nomor 19 Tahun 2012 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 228, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5361);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 137, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4575);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

10. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
12. Keputusan Presiden Nomor 42 Tahun 2002 tentang Pedoman Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4212) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 53 Tahun 2010;
13. Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2012 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 119);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2009 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Dana Alokasi Khusus (DAK) di Daerah;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585);
16. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 201/PMK.07/2012 tentang Penetapan Alokasi dan Pedoman Umum Dana Alokasi Khusus Tahun Anggaran 2013;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PENGGUNAAN DANA ALOKASI
KHUSUS BIDANG KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2013.

Pasal 1

Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2013 yang selanjutnya disebut DAK Bidang Kesehatan diberikan kepada daerah tertentu untuk membantu mendanai kegiatan bidang kesehatan yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas pembangunan kesehatan nasional tahun 2013 yang ditetapkan melalui Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2013.

Pasal 2

- (1) DAK Bidang Kesehatan diarahkan untuk kegiatan:
 - a. Sub Bidang Pelayanan Kesehatan Dasar;
 - b. Sub Bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan; dan
 - c. Sub Bidang Pelayanan Kefarmasian.
- (2) Penggunaan DAK untuk kegiatan Sub Bidang Pelayanan Kesehatan Dasar digunakan untuk Pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan bagi puskesmas dan jaringannya, meliputi:
 - a. Pembangunan Puskesmas Pembantu/Puskesmas di daerah tertinggal, kawasan perbatasan, dan kepulauan (DTPK)/Puskesmas Perawatan mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)/Instalasi pengolahan limbah Puskesmas/pembangunan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).
 - b. Peningkatan Puskesmas menjadi Puskesmas Perawatan di daerah tertinggal, kawasan perbatasan, dan kepulauan (DTPK).
 - c. Rehabilitasi puskesmas/rumah dinas dokter/dokter gigi/tenaga keperawatan dan kebidanan.
 - d. Penyediaan sarana dan prasarana penyehatan lingkungan/pengadaan UKBM Kit.



- 5 -

- (3) Penggunaan DAK Bidang Kesehatan untuk kegiatan Sub Bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan digunakan untuk Pemenuhan/pengadaan sarana, prasarana dan peralatan bagi Rumah Sakit Umum Daerah, meliputi:
- a. Pemenuhan Fasilitas Tempat Tidur Kelas III rumah sakit.
 - b. Pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).
 - c. Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Peralatan Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit.
 - d. Pemenuhan Sarana, prasarana dan peralatan *Intensive Care Unit* (ICU).
 - e. Pelayanan Darah (Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) dan Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS)
 - f. Pembangunan Instalasi Pengolahan Limbah (IPL) dan Pengadaan Peralatan pendukungnya di rumah sakit.
- (4) Penggunaan DAK Bidang Kesehatan untuk kegiatan Sub Bidang Pelayanan Kefarmasian digunakan untuk:
- a. Penyediaan obat dan perbekalan kesehatan;
 - b. Pembangunan Baru/Rehabilitasi dan atau penyediaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota;
 - c. Pembangunan Baru Instalasi Farmasi gugus pulau/satelit; dan
 - d. Penyediaan sarana pendukungnya.

Pasal 3

Penggunaan DAK Bidang Kesehatan dilaksanakan sesuai Petunjuk Teknis sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 4

Petunjuk Teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 agar digunakan sebagai acuan oleh Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota dalam Pengelolaan dan Penggunaan DAK Bidang Kesehatan.



- 6 -

Pasal 5

- (1) Penghitungan alokasi DAK Bidang Kesehatan, dilakukan melalui 2 (dua) tahapan, yaitu:
 - a. Penentuan daerah tertentu yang menerima DAK Bidang Kesehatan; dan
 - b. Penentuan besaran alokasi DAK Bidang Kesehatan masing-masing daerah.
- (2) Penentuan kelayakan daerah penerima DAK Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, menggunakan Indeks Fiskal Wilayah (IFW) dengan bobot 50% dan Indeks Teknis (IT) dengan bobot 50%.
- (3) Penentuan besaran alokasi DAK Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, menggunakan IFW dengan bobot 20 % dan IT dengan bobot 80%.

Pasal 6

- (1) Kepala SKPD penerima DAK Bidang Kesehatan sebagai penanggung jawab anggaran sarana pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan pelayanan kefarmasian harus menyampaikan laporan triwulan yang memuat pelaksanaan kegiatan dan penggunaan DAK Bidang Kesehatan kepada:
 - a. Menteri Kesehatan;
 - b. Menteri Dalam Negeri; dan
 - c. Menteri Keuangan.
- (2) Penyampaian laporan triwulan kegiatan DAK Bidang Kesehatan dilakukan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari setelah triwulan yang bersangkutan berakhir.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 7 -

Pasal 7

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 Desember 2012

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NAFSIAH MBOI

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 16 Januari 2013

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

AMIR SYAMSUDIN

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2013 NOMOR 98



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 8 -

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 55 TAHUN 2012
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PENGGUNAAN
DANA ALOKASI KHUSUS BIDANG
KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2013

PETUNJUK TEKNIS PENGGUNAAN DANA ALOKASI KHUSUS
BIDANG KESEHATAN TAHUN ANGGARAN 2013

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita Bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Pembangunan Nasional adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa dalam rangka mencapai tujuan bernegara. Pembangunan yang dilaksanakan harus dapat menjamin bahwa manfaatnya dapat diterima oleh semua pihak, berdampak adil bagi perempuan dan laki-laki (*responsif gender*).

Di dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pada pasal 2 dan 3 dinyatakan bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 9 -

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

Pembangunan bidang kesehatan juga menjadi perhatian penting dalam komitmen internasional, yang dituangkan dalam *Millennium Development Goals* (MDGs). Dalam MDGs terdapat tujuan yang terkait langsung dengan bidang kesehatan yaitu target 4 (menurunkan angka kematian anak), target 5 (meningkatkan kesehatan ibu) dan target 6 (memerangi HIV dan AIDS, TB dan Malaria serta penyakit lainnya), serta 2 target lainnya yang tidak terkait langsung yaitu target 1 (mengurangi kemiskinan dan kelaparan) dan target 3 (mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan). Kementerian Kesehatan telah menyusun strategi untuk pencapaian target-target tersebut.

Dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan, perlu adanya pembiayaan kesehatan, yang bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna.

Pemerintah melalui Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, telah menetapkan Dana Alokasi Khusus (DAK) sebagai salah satu sumber penerimaan 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.

Melalui Dana Alokasi Khusus (DAK), Pemerintah Pusat memberikan anggaran pada daerah untuk mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan merupakan prioritas nasional.

DAK Bidang Kesehatan, diberikan kepada daerah tertentu untuk membantu mendanai kegiatan bidang kesehatan yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas pembangunan kesehatan nasional tahun 2013 yang ditetapkan melalui Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2013.



- 10 -

RKP Tahun 2013 yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2012, merupakan acuan bagi Kementerian, Lembaga Pemerintah Non Kementerian dan Pemerintah Daerah maupun masyarakat termasuk dunia usaha sehingga tercapai sinergi dalam pelaksanaan program pembangunan.

DAK Bidang Kesehatan tahun 2013 difokuskan pada pelayanan kesehatan dasar (Pusat Kesehatan Masyarakat dan Pos Kesehatan Desa); pelayanan kefarmasian untuk Kabupaten/Kota; dan pelayanan kesehatan rujukan (Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/Kota).

Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Bidang Kesehatan Tahun 2013 berisi penjelasan rinci pemanfaatan DAK, dilengkapi informasi dalam pelaksanaan DAK Bidang Kesehatan di daerah dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Peraturan Menteri Keuangan tentang Alokasi dan Pedoman Umum Dana Alokasi Khusus Tahun Anggaran 2013. Selanjutnya petunjuk teknis ini menjadi pedoman pelaksanaan DAK Bidang Kesehatan Tahun 2013.

B. TUJUAN

1. Umum

Membantu mendanai kegiatan bidang kesehatan yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas pembangunan kesehatan nasional tahun 2013.

2. Khusus

Meningkatkan pemerataan, jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/Kota, serta penyediaan dan pengelolaan obat terutama obat generik dan perbekalan kesehatan.

C. RUANG LINGKUP

DAK Bidang Kesehatan Tahun 2013 diarahkan untuk kegiatan:

1. Subbidang Pelayanan Kesehatan Dasar

Pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan bagi puskesmas dan jaringannya antara lain meliputi:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 11 -

- a. Pembangunan Puskesmas Pembantu (Pustu)/Puskesmas di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK)/Puskesmas Perawatan mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)/Instalasi pengolahan limbah Puskesmas/ pembangunan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)/Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu).
 - b. Peningkatan Puskesmas menjadi Puskesmas menjadi Puskesmas Perawatan di DTPK.
 - c. Rehabilitasi puskesmas/rumah dinas dokter/dokter gigi/paramedis (Kopel).
 - d. Penyediaan sarana dan prasarana penyehatan lingkungan/pengadaan UKBM Kit.
2. Subbidang Pelayanan Kesehatan Rujukan
- Pemenuhan/pengadaan sarana, prasarana dan peralatan bagi RSUD antara lain meliputi:
- a. Pemenuhan Fasilitas Tempat Tidur Kelas III Rumah Sakit
 - b. Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Peralatan PONEK Rumah Sakit
 - c. Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Peralatan IGD Rumah Sakit
 - d. Pemenuhan Sarana, Prasarana dan peralatan ICU
 - e. Pelayanan Darah (Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) dan Unit Transfusi Darah (UTD) di Rumah Sakit)
 - f. Pembangunan Instalasi Pengolahan Limbah (IPL) dan Pengadaan Peralatan pendukungnya di Rumah Sakit.
3. Subbidang Pelayanan Kefarmasian
- a. Penyediaan obat dan perbekalan kesehatan
 - b. Pembangunan Baru/Rehabilitasi dan/atau penyediaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota
 - c. Pembangunan Baru Instalasi Farmasi gugus pulau/satelit dan penyediaan sarana pendukungnya.

D. PENGALOKASIAN DAN PENYALURAN

1. Pengalokasian

Penghitungan alokasi DAK Bidang Kesehatan Tahun 2013, dilakukan melalui 2 (dua) tahapan, yaitu:



- 12 -

- a. Penentuan daerah tertentu yang menerima DAK
Penentuan kelayakan daerah penerima DAK menggunakan Indeks Fiskal Wilayah (IFW) dengan bobot 50% dan IT (Indeks Teknis) dengan bobot 50%.
- b. Penentuan besaran alokasi DAK masing-masing daerah
 - 1) Penentuan besaran alokasi daerah penerima DAK menggunakan IFW dengan bobot 20 % dan IT dengan bobot 80%.
 - 2) IFW ditentukan berdasarkan Kriteria Umum dan Kriteria Khusus merupakan kewenangan dari Kementerian Keuangan, sedangkan IT ditentukan berdasarkan data dan Indeks Teknis merupakan kewenangan dari Kementerian Kesehatan.
 - 3) Usulan ruang lingkup kegiatan dan besaran alokasi DAK kemudian dibahas dan diputuskan bersama antara pemerintah dengan Panitia Kerja Belanja Transfer ke Daerah DPR RI.
 - 4) Kaidah-kaidah mengenai mekanisme pengalokasian DAK dapat dilihat pada Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005.

2. Penyaluran

DAK Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2013 disalurkan melalui mekanisme transfer yang diatur melalui Peraturan Menteri Keuangan dan ketentuan peraturan yang berlaku lainnya.

- a. Penyediaan sarana prasarana pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kefarmasian untuk Kabupaten/Kota, disalurkan melalui SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- b. Penyediaan sarana prasarana dan peralatan kesehatan untuk pelayanan kesehatan rujukan disalurkan melalui SKPD Rumah Sakit Umum atau Khusus Provinsi/Kabupaten/Kota.



- 13 -

BAB II

KEBIJAKAN DAK BIDANG KESEHATAN TA 2013

A. Kebijakan Umum

1. Kebijakan DAK Bidang Kesehatan adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dalam rangka percepatan penurunan angka kematian ibu, bayi dan anak, dukungan program jaminan persalinan dan jaminan kesehatan di Puskesmas dan kelas III Rumah Sakit melalui peningkatan sarana dan prasarana di Puskesmas dan jaringannya, Poskesdes dan Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/Kota, serta penyediaan obat terutama obat generik dan sarana pendukung pengelolaan obat, perbekalan kesehatan dan vaksin yang berkhasiat, aman, bermutu dan bermanfaat terutama untuk pelayanan kesehatan penduduk miskin dan penduduk di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan.
2. DAK Bidang Kesehatan merupakan bantuan kepada daerah tertentu, untuk mendanai dukungan pelayanan kesehatan yang merupakan kewenangan dan tanggung jawab daerah ke arah peningkatan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.
3. DAK Bidang Kesehatan membantu daerah untuk membiayai kebutuhan sarana dan prasarana kesehatan yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional di bidang kesehatan.
4. DAK Bidang Kesehatan Tahun 2013 difokuskan pada pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan pelayanan kefarmasian.
5. Dalam pelaksanaan kegiatan, pemerintah daerah harus menyediakan pembiayaan yang bersumber dari daerah untuk dana pendamping sebesar 10% sesuai dengan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 dan Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005, serta biaya operasional, biaya pemeliharaan/perawatan sarana dan peralatan kesehatan, ketersediaan tenaga pelaksana, aspek lainnya sebagai akibat pelaksanaan kegiatan DAK Bidang Kesehatan.



- 14 -

6. Alokasi pagu anggaran DAK Bidang Kesehatan TA 2013, terdiri dari anggaran untuk pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan pelayanan kefarmasian.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Direktur RSUD Provinsi/Kabupaten/Kota bertanggung jawab terhadap anggaran DAK Bidang Kesehatan di wilayah kerjanya.

B. Kebijakan Khusus

Penggunaan DAK Bidang Kesehatan diprioritaskan untuk :

1. Mendukung pencapaian target MDG's Nomor 1,3,4,5 dan 6 (menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV dan AIDS, TB, Malaria serta penyakit menular lainnya).
2. Menunjang percepatan pembangunan sarana dan prasarana kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, termasuk daerah yang memiliki Pangkalan Pendaratan Ikan (PPI).
3. Pembangunan Puskesmas Pembantu (Pustu)/Puskesmas di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK)/Puskesmas Perawatan mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)/Instalasi pengolahan limbah Puskesmas/ pembangunan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)/Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu).
4. Peningkatan Puskesmas menjadi Puskesmas menjadi Puskesmas Perawatan di DTPK.
5. Rehabilitasi puskesmas/rumah dinas dokter/dokter gigi/paramedis (Kopel).
6. Penyediaan sarana dan prasarana penyehatan lingkungan/pengadaan UKBM Kit.
7. Meningkatkan Fasilitas Tempat Tidur Kelas III Rumah Sakit.
8. Meningkatkan Sarana Prasarana dan Pengadaan Peralatan Kesehatan Untuk Program Pelayanan Obstetri Neonatal *Emergency* Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit.
9. Meningkatkan Fasilitas Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit dan ICU Rumah Sakit.
10. Meningkatkan fasilitas pelayanan darah.
11. Peningkatan fasilitas Instalasi Pengolahan Limbah (IPL) di Rumah Sakit.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- 15 -

12. Penyediaan dan Pengelolaan Obat terutama Obat Generik dan Perbekalan Kesehatan.
13. Pembangunan Baru/Rehabilitasi dan atau penyediaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota.
14. Pembangunan Baru Instalasi Farmasi Gugus Pulau/Satelit dan penyediaan sarana pendukungnya.



- 16 -

BAB III

PERENCANAAN DAN PELAKSANAAN TEKNIS DAK BIDANG KESEHATAN TA 2013

A. PERENCANAAN

Sesuai dengan Pasal 162 Undang-Undang No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Pemerintah dan Pemerintah Daerah (Provinsi/Kabupaten/Kota) harus saling berkoordinasi dalam penyusunan kegiatannya.

Dalam rangka menjaga sinkronisasi perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program kesehatan Kabupaten/Kota dengan Provinsi, Satker Kabupaten/Kota yang memperoleh alokasi DAK Bidang Kesehatan agar berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi.

Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA) yang disusun mengacu kepada Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Bidang Kesehatan Tahun 2013.

B. PELAKSANAAN TEKNIS

Penggunaan anggaran DAK Bidang Kesehatan 2013 yang tidak sesuai dengan Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Bidang Kesehatan 2013 menjadi tanggung jawab Kepala Daerah dan SKPD yang bersangkutan.



- 17 -

BAB IV

MENU DAK BIDANG KESEHATAN TA 2013 SUBBIDANG PELAYANAN KESEHATAN DASAR

- A. Pembangunan Puskesmas Pembantu/Puskesmas di DTPK/ Puskesmas Perawatan Mampu PONED/ Instalasi Pengelolaan Limbah Puskesmas/ Pembangunan Poskesdes/Posbindu.

1. PEMBANGUNAN PUSKESMAS PEMBANTU (PUSTU)

Di era desentralisasi terjadi pengembangan Kabupaten/Kota diikuti oleh pengembangan kecamatan dan desa. Setiap kecamatan diharapkan memiliki Puskesmas. Dalam upaya mendekatkan akses pelayanan kesehatan, Puskesmas dibantu Pustu, dimana Pustu akan melayani 2-3 desa yang berada di wilayah kerja Puskesmas. Dengan bertambahnya jumlah desa, maka diperlukan pembangunan Pustu untuk mengoptimalkan pelayanan Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Pembangunan Pustu juga diperlukan untuk hal-hal khusus seperti Pustu yang rusak akibat bencana alam, relokasi Pustu yang disebabkan adanya perubahan tata ruang wilayah, dan lain-lain. Persyaratan pembangunan Pustu adalah sebagai berikut :

a. Persyaratan Umum

- 1) Kebutuhan akan adanya Pustu, karena :
 - a) Mendukung peningkatan pelayanan Puskesmas.
 - b) Mengganti Pustu yang rusak karena bencana alam.
 - c) Relokasi Pustu, yang disebabkan adanya jalur hijau, perubahan tata ruang wilayah, terjadinya masalah hukum pada lokasi fisik bangunan.
 - d) Pustu diharapkan dapat melayani 2 – 3 desa yang ada.
 - e) Belum pernah diusulkan dari sumber dana lainnya
- 2) Lokasi :
 - a) Berada di tengah pemukiman penduduk.
 - b) Kepadatan penduduk, berkisar antara 3.000 – 5.000 penduduk, atau terdapat pertimbangan lain.



- 18 -

- c) Jarak lokasi pembangunan baru Pustu dengan sarana kesehatan lain, dengan kisaran 3 – 5 km, atau terdapat pertimbangan lain.
- 3) Persyaratan Pustu
 - a) Adanya telaahan kebutuhan Puskesmas Mampu Poned dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - b) RAB
 - c) Tersedia tanah yang tidak bermasalah dinyatakan dengan Surat Pernyataan.
 - d) Kesanggupan daerah untuk memenuhi ketenagaan dan biaya operasional.
- b. Persyaratan Teknis :
 - 1) Luas bangunan

Luas ruangan/bangunan sesuai dengan kondisi setempat dengan memperhatikan kebutuhan minimal pelayanan/kegiatan. Sedangkan jumlah sarana dan ruangan tergantung jenis pelayanan/kegiatan yang dilaksanakan. Pembangunan baru Pustu dapat menggunakan bahan bangunan yang dihasilkan oleh wilayah setempat.
 - 2) Denah tata-ruang Rancangan tata-ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan. Denah kebutuhan tataruang mengacu pada buku Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas, Ditjen Bina Kesmas tahun 2007 serta lampiran pedoman yang disempurnakan dan pedoman program.
 - 3) Peralatan kesehatan

Kebutuhan minimal peralatan kesehatan Pustu mengacu pada buku Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas, Ditjen Bina Kesmas tahun 2007 serta lampiran pedoman yang disempurnakan dan pedoman program.



- 19 -

2. PEMBANGUNAN PUSKESMAS DI DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN, DAN KEPUALAUAN (DTPK)

Pembangunan Puskesmas ditujukan untuk peningkatan jangkauan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Pembangunan baru Puskesmas tersebut termasuk pembangunan pagar, penyediaan alat kesehatan dan *mebeulair* serta rumah dinas petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, paramedis).

a. Persyaratan Umum

- 1) Kebutuhan akan adanya Puskesmas di DTPK , antara lain :
 - a) Kecamatan pemekaran yang tidak mempunyai Puskesmas.
 - b) Kepadatan penduduk tinggi, jumlah penduduk lebih dari 30.000 penduduk per kecamatan.
 - c) Wilayah kerja sangat luas
 - d) Belum pernah diusulkan dari sumber dana lainnya
- 2) Lokasi Puskesmas di DTPK :
 - a) Didirikan pada area yang mudah terjangkau baik dari segi jarak maupun sarana transportasi umum dari seluruh wilayah kerjanya.
 - b) Pertimbangan lainnya yang ditetapkan oleh daerah.
- 3) Persyaratan Pustu
 - a) Adanya telahan kebutuhan Puskesmas di DTPK dari Dinas Kesehatan Kabupaten/KotaTelahan
 - b) Rincian Anggaran Biaya (RAB)
 - c) Tersedia tanah yang tidak bermasalah dan di lokasi strategis dinyatakan dengan Surat Pernyataan.
 - d) Kesanggupan daerah untuk memenuhi ketenagaan dan biaya operasional.

b. Persyaratan Teknis

- 1) Luas lahan dan bangunan

Luas lahan, jumlah dan luas ruangan tergantung jenis pelayanan kesehatan/kegiatan yang dilaksanakan guna memberikan pelayanan yang optimal dan memperhatikan hal-hal yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan laki-laki dan perempuan.



- 20 -

2) Denah tata-ruang

- a) Denah tata ruang Puskesmas mengacu pada buku Pedoman Tata Ruang Puskesmas, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat tahun 2007 serta lampiran pedoman yang disempurnakan dan pedoman program.
- b) Setiap perbaikan/rehabilitasi Puskesmas perlu memperhatikan ruang farmasi, ruang laboratorium dan adanya ruang laktasi/pojok ASI.

3. PEMBANGUNAN PUSKESMAS PERAWATAN MENJADI PUSKESMAS PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENSI DASAR (PONED)

Pembangunan Puskesmas Perawatan dapat dilaksanakan dengan peningkatan Puskesmas menjadi Puskesmas Perawatan. Pembangunan Puskesmas Perawatan dilaksanakan dalam rangka meningkatkan jangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu dan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat pada pelayanan rawat inap. Dalam rangka mendekatkan akses penanganan gawat darurat obstetri dan neonatal Puskesmas Perawatan perlu dilengkapi dengan program pengembangan PONED. Pembangunan Puskesmas Perawatan mampu PONED tersebut termasuk mebeulair, peralatan kesehatan dan rumah dinas petugas kesehatan Puskesmas, penyediaan sarana dan peralatan PONED.

Pembangunan Puskesmas Perawatan menjadi Puskesmas PONED juga diperuntukkan bagi rehab Puskesmas Perawatan rusak sedang maupun rehab rusak berat.

a. Persyaratan Umum

Pembangunan Puskesmas Perawatan mampu PONED harus mempertimbangkan persyaratan antara lain:

- 1) Lokasi Puskesmas Perawatan mampu PONED :
 - a) Lokasi Puskesmas Perawatan mampu PONED letak strategis dengan Puskesmas lain dan Rumah sakit atau ketentuan khusus.
 - b) Berada dalam waktu tempuh lebih dari 2 jam ke Rumah Sakit.
 - c) Dapat dilalui oleh sarana transportasi umum.



- 21 -

- 2) Persyaratan Puskesmas Perawatan mampu PONED
 - a) Adanya telaah kebutuhan Puskesmas Perawatan mampu PONED dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - b) Rincian Anggaran Biaya (RAB)
 - c) Tersedia tanah yang tidak bermasalah dan di lokasi strategis dinyatakan dengan Surat Pernyataan.
 - d) Kesanggupan daerah untuk memenuhi ketenagaan dan biaya operasional.
 - e) Belum pernah diusulkan dari sumber dana lainnya
- b. Persyaratan Teknis
 - 1) Luas lahan dan bangunan

Jumlah sarana dan ruangan tergantung jenis pelayanan/kegiatan yang dilaksanakan, dengan luas sesuai ketentuan. Pembangunan Puskesmas Perawatan, rumah dokter dan rumah petugas kesehatan harus berada dalam satu lokasi.
 - 2) Denah tata-ruang

Rancangan tata-ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan. Setiap Puskesmas Perawatan harus dilengkapi dengan Dapur Gizi dan peralatannya serta UGD yang dapat memberikan pelayanan PONED. Pelayanan PONED mengacu pada buku acuan Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar.
 - 3) Sarana penunjang yang harus diperhatikan seperti SPAIL/ IPAL, pagar, listrik, air dan selasar.
 - 4) Peralatan kesehatan

Selain itu dalam rangka meningkatkan Puskesmas PONED, maka Puskesmas diperkenankan melengkapi peralatan Puskesmas sesuai standar Puskesmas.
 - 5) Dalam rangka pengembangan Sistem Penanganan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dimungkinkan untuk pengadaan Pusling/Ambulans bagi Puskesmas



- 22 -

4. PEMBANGUNAN INSTALASI PENGOLAHAN LIMBAH (IPL) DAN PENGADAAN PERALATAN PENDUKUNGNYA DI PUSKESMAS

Penyediaan Instalasi Pengolahan Limbah (IPL) dan Pengadaan Peralatan Pendukungnya di Puskesmas Kabupaten/Kota dari Dana Alokasi Khusus dimaksudkan untuk menjamin keamanan kualitas lingkungan khususnya limbah cair dan padat dari hasil kegiatan Puskesmas terhadap masyarakat sekitarnya. Instalasi pengolahan air limbah adalah termasuk pengolahan pendahuluan (pre treatment). Hal ini dilakukan untuk melindungi kualitas lingkungan sekitar dari kegiatan Puskesmas agar tidak terjadi pencemaran lingkungan. Instalasi Pengolahan Limbah berfungsi untuk mengolah air buangan dan mengolah limbah padat yang berasal dari kegiatan yang ada di Puskesmas agar memenuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku. Peralatan pendukung adalah peralatan yang berfungsi mendukung dan memperlancar proses pengolahan air buangan baik pengolahan secara fisik, biologis maupun kimiawi, alat pendukung lainnya pengolahan limbah padat.

a. Persyaratan Umum Instalasi Pengolahan Limbah Puskesmas

- 1) Puskesmas tersebut belum mempunyai Instalasi pengolahan Limbah atau sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Limbah tapi tidak dapat berfungsi yang diadakan sebelum tahun 2002.
- 2) Mempunyai lahan siap bangun, lahan tidak dalam sengketa, mempunyai sertifikat tanah, sudah dilakukan perataan, pemadatan dan pematangan tanah.
- 3) Perhitungan pengadaan Instalasi Pengolahan Limbah dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional serta kondisi dan letak geografis/topografi daerah.
- 4) Pengelolaan limbah Puskesmas harus memenuhi persyaratan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas.
- 5) Garansi Instalasi pengolahan limbah minimal 1 (satu) tahun.



- 23 -

- 6) Garansi purna jual instalasi pengolahan limbah minimal 5 (lima) tahun.
 - 7) Penyedia jasa wajib melakukan Pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan IPL bagi petugas Puskesmas.
 - 8) Penyedia jasa wajib Memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Pemeliharaan (SMP) Instalasi Pengolahan Limbah dalam bahasa Indonesia.
 - 9) Penyedia jasa atau Puskesmas wajib mengurus ijin operasional ijin pembuangan limbah cair (IPAL) ke kantor/badan lingkungan hidup setempat sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - 10) Puskesmas yang menghasilkan limbah cair atau limbah padat yang mengandung atau terkena zat radioaktif, pengelolaannya dilakukan sesuai ketentuan BATAN (tidak dimasukan ke IPAL).
- b. Persyaratan Khusus Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL)
- 1) Luas lahan dan bangunan IPAL disesuaikan dengan kapasitas IPAL yang di butuhkan Puskesmas yang didapat dari data pemakaian rata-rata air bersih per hari.
 - 2) Kapasitas IPAL minimal dapat mengolah limbah cair sebanyak 100% 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 PU Pemda setempat diketahui oleh Bupati/Walikota. Perencanaan *Detail Engineering Design (DED)* IPAL dan jaringannya serta RAB tersebut dibiayai dari APBD Kabupaten/Kota. Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai Pelaksanaan Operasional dan Pemeliharaan yang ditandatangani oleh Kepala Puskesmas dan diketahui oleh Bupati/Walikota sebelum Pekerjaan Pembangunan dimulai.



- 24 -

- 4) Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai uji laboratorium lingkungan terhadap influen dan efluen air limbah yang masuk dan keluar dari IPAL yang ditandatangani oleh Kepala Puskesmas dan diketahui oleh Bupati/Walikota selama minimal 3 bulan sekali dan melaporkannya ke Kementerian Kesehatan.
- 5) Membuat surat pernyataan kesanggupan menjaga agar efluen air limbah yang keluar dari instalasi tersebut memenuhi Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair Bagi Kegiatan Rumah Sakit atau peraturan daerah setempat, yang ditandatangani oleh Kepala Puskesmas dan diketahui oleh Gubernur/Bupati/Walikota sebelum Pekerjaan Pembangunan dimulai.
- 6) Rencana peletakan Instalasi pengolahan limbah agar memperhatikan denah tata ruang di Puskesmas agar memudahkan operasional, pemeliharaan, dan keamanan IPL.
- 7) Semua air limbah Puskesmas 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.
- 8) 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 elektrik antara lain pemasangan blower dan pompa, pembuatan panel listrik, dengan kapasitas daya minimal serta pemasangan peralatan listrik lainnya.
 - h) Pagar Pelindung lokasi IPAL
 - i) Jaringan Air Limbah dan Bak Pengumpul



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 25 -

- 9) Dalam pemilihan jenis dan teknologi instalasi pengolahan air limbah (IPAL) harus memperhatikan:
 - a) Kekuatan konstruksi bangunan.
 - b) Teknologi IPAL yang dipilih harus sudah terbukti efluen (keluaran) air limbah hasil pengolahannya telah memenuhi Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair Bagi Kegiatan Rumah Sakit atau Peraturan Daerah Setempat.
 - c) Disarankan pihak Puskesmas mencari referensi dengan peninjauan ke Puskesmas yang telah memakai produk teknologi IPAL yang terbukti minimal 3 tahun effluennya masih memenuhi Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 atau peraturan daerah setempat dengan dibuktikan dengan hasil uji laboratorium lingkungan (yang terakreditasi) terhadap *influent* dan *effluent* air limbah.
 - d) Teknologi IPAL yang dipilih harus mudah dalam pengoperasian dan pemeliharaannya.
 - e) Mudah mencari suku cadangnya.
 - f) Biaya operasional IPAL yang tidak besar (listrik, pemeliharaan alat, dll)
 - g) IPAL Dapat digunakan untuk pengolahan air limbah dengan konsentrasi rendah maupun konsentrasi tinggi.
 - h) Lumpur yang dihasilkan IPAL sedikit.
 - i) 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.
 - 11) Pemerintah Daerah dan Pihak Puskesmas harus menyediakan dana untuk tenaga operator dan biaya operasional lainnya.
- c. Persyaratan khusus alat penghancur jarum suntik dan *syringe* nya
- 1) Alat ini mampu menghancurkan jarum suntik dan *syringe* nya.



- 26 -

- 2) Alat penghancur jarum suntik dan *syringe* nya harus teregistrasi di Kementerian Kesehatan
- 3) Hasil olahan alat maksimal 10,0 mm (lebih kecil hasil olahan lebih baik)
- 4) Kapasitas alat minimal dapat menghancurkan jarum suntik dan *syringe* nya 300 buah/jam.

d. Acuan

- 1) Undang-Undang Nomor 32 tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup.
- 2) Peraturan Pemerintah Nomor 18 tahun 1999 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun.
- 3) Keputusan Bapedal Nomor 03 tahun 1995, tentang Persyaratan Teknis Pengolahan Limbah B3.
- 4) Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 13 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Emisi Sumber Tidak Bergerak.
- 5) Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair Bagi Kegiatan Rumah Sakit.
- 6) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1428 tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas.
- 7) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1190 tahun 2010 tentang Ijin Edar Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga.

5. POS KESEHATAN DESA (POSKESDES)/POS PEMBINAAN TERPADU (POSBINDU)

Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi Kesehatan melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) Tahun 2013 diarahkan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat dalam bentuk kegiatan promotif, preventif, dan kuratif. Dalam pelaksanaannya, pelayanan kesehatan dasar diberikan sesuai kewenangan para tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader kesehatan. Keberadaan Poskesdes di tengah masyarakat diharapkan menjadi wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dan kewaspadaan dini terhadap berbagai risiko dan masalah kesehatan.



- 27 -

Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) adalah kegiatan yang diselenggarakan secara integrasi oleh kelompok aktif masyarakat dalam upaya preventif dan promotif pengendalian PTM. Kegiatan monitoring dan peningkatan pengetahuan pencegahan dan pengendalian faktor risiko dilakukan oleh anggota masyarakat selektif dari masing-masing kelompok yang telah dilatih untuk melakukan monitoring faktor PTM (Kader Monitor) untuk menjadi penyuluh dan pelaksana konseling faktor risiko PTM utama (Kader Konselor/Edukator).

Pembangunan Poskesdes

Pelayanan Poskesdes meliputi upaya promotif, preventif dan kuratif sesuai dengan kewenangannya yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader kesehatan, dengan mempertimbangkan persyaratan sebagai berikut:

a. Persyaratan Umum

Pembangunan baru Poskesdes diperuntukkan bagi desa yang belum memiliki bangunan Poskesdes, dengan persyaratan:

- 1) Masyarakatnya tidak mampu membangun secara swadaya.
- 2) Tersedia tanah/lahan yang tidak bermasalah (bukan lahan sengketa) yang dibuktikan dengan surat pernyataan dari Kepala Desa.
- 3) Beberapa pertimbangan untuk lokasi Poskesdes:
 - a) Ketersediaan lahan di tengah pemukiman.
 - b) Mudah dijangkau oleh masyarakat (transportasi).
 - c) Keamanan petugas kesehatan terjamin.
 - d) Tidak berdekatan dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- 4) Kesepakatan pembangunan Poskesdes didasari oleh musyawarah mufakat masyarakat desa.

b. Persyaratan Teknis

- 1) Luas bangunan:
 - a) Luas ruangan/bangunan disesuaikan dengan ketersediaan lahan dengan memperhatikan kebutuhan minimal pelayanan/ kegiatan dan hal-hal yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan baik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 28 -

perempuan maupun laki-laki, termasuk anak dan balita, ibu hamil, usia lanjut, dan penyandang cacat.

- b) Jumlah ruangan dan sarana yang dibutuhkan disesuaikan dengan jenis pelayanan/kegiatan yang dilaksanakan.
- c) Pembangunan baru Poskesdes diprioritaskan menggunakan bahan bangunan yang berasal dari daerah setempat.
- d) Bentuk luar dari Poskesdes dapat disesuaikan dengan model rumah adat setempat.

2) Denah tata-ruang

Rancangan tata ruang/bangunan Poskesdes disesuaikan dengan fungsi sarana pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di dalam Poskesdes, ruangan atau tempat yang ada dapat berfungsi sebagai:

- a) Tempat pendaftaran
- b) Tempat tunggu
- c) Ruang pemeriksaan
- d) Ruang tindakan (persalinan)
- e) Ruang rawat inap persalinan
- f) Ruang petugas
- g) Tempat konsultasi (gizi, sanitasi, dll)
- h) Tempat obat
- i) Pojok ASI
- j) Kamar mandi dan toilet

3) Peralatan Poskesdes (Poskesdes *Kit*)

- a) Peralatan medis sesuai dengan jenis pelayanannya.
- b) Peralatan non medis seperti meubelair, sarana pencatatan, sarana komunikasi, *wireless meeting amplifier*, *megaphone*, dan lain-lain sesuai kebutuhan.
- c) Membuat surat pernyataan untuk tidak mengalihfungsikan Poskesdes *Kit* yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.
- d) Standar peralatan dan logistik Poskesdes. Peralatan dan logistik Poskesdes meliputi peralatan medis, peralatan non medis, obat, bahan habis pakai, dan alat penyuluhan.



- 29 -

4) Tenaga Kesehatan

Poskesdes dapat dibangun bila tersedia:

a) Kader Kesehatan

Kader kesehatan sekurang-kurangnya berjumlah 2 (dua) orang yang telah mendapatkan pelatihan/orientasi pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

b) Tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan di Poskesdes minimal 1 (satu) orang bidan.

Pemenuhan tenaga kesehatan Poskesdes awalnya dapat dilakukan atas bantuan pemerintah daerah setempat dan selanjutnya dilakukan secara bertahap oleh masyarakat sendiri. Diharapkan tenaga kesehatan yang akan membantu Poskesdes berdomisili di desa setempat.

5) Obat-obatan

Jenis dan jumlah obat-obatan yang perlu disediakan di Poskesdes sesuai dengan jenis pelayanan yang diselenggarakan, yang penetapannya berkoordinasi dengan Puskesmas setempat.

c. Acuan

- 1) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/MENKES/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- 2) Petunjuk Teknis Pengembangan dan Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa, Pusat Promosi Kesehatan tahun 2012.

B. PENINGKATAN PUSKESMAS MENJADI PUSKESMAS PERAWATAN DI DTPK

Peningkatan Puskesmas menjadi Puskesmas Perawatan di DTPK, ditujukan untuk meningkatkan jangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu dan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat pada pelayanan rawat inap. Sasaran utama Puskesmas yang ditingkatkan menjadi Puskesmas Perawatan adalah Puskesmas yang berada di perbatasan dengan negara tetangga dan Puskesmas



- 30 -

yang berada di daerah terpencil/sangat terpencil, yang sulit melalui rujukan.

1. Persyaratan Umum

- a. Kebutuhan akan adanya Puskesmas Perawatan, antara lain:
 - 1) Puskesmas di wilayah terpencil, tertinggal, kepulauan, Perbatasan dengan negara lain dengan target.
 - 2) Kabupaten pemekaran yang belum tersedia Rumah Sakit.
- b. Lokasi Puskesmas:
 - 1) Wilayah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan.
 - 2) Waktu tempuh lebih dari 2 jam dengan menggunakan sarana transportasi yang tersedia.
- c. Persyaratan Puskesmas Perawatan di DTPK
 - 1) Adanya telahan kebutuhan Puskesmas Perawatan di DTPK dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - 2) RAB
 - 3) Tersedia tanah yang tidak bermasalah dan di lokasi strategis dinyatakan dengan Surat Pernyataan.
 - 4) Kesanggupan daerah untuk memenuhi ketenagaan dan biaya operasional.
 - 5) Belum pernah diusulkan dari sumber dana lainnya

2. Persyaratan Teknis

- a. Luas lahan dan bangunan

Jumlah sarana dan ruangan tergantung jenis pelayanan/kegiatan yang dilaksanakan mengacu kepada Pedoman Tata Ruang Puskesmas Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat tahun 2007 dilengkapi dengan ruang laktasi/pojok ASI.
- b. Denah tata-ruang pada pembangunan baru Puskesmas Perawatan mengacu pada buku Pedoman Tata Ruang Puskesmas Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat tahun 2007.
- c. Sarana penunjang yang harus diperhatikan seperti SPAIL/IPAL, pagar, listrik, air dan selasar.
- d. Peralatan kesehatan Puskesmas Perawatan mengacu pada buku Pedoman Peralatan Puskesmas.



- 31 -

C. REHABILITASI PUSKESMAS PEMBANTU/PUSKESMAS/RUMAH DINAS DOKTER/DOKTER GIGI/PARAMEDIS (KOPEL)

1. Rehabilitasi Puskesmas Pembantu

Untuk meningkatkan akses serta meningkatkan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas di wilayah kerjanya, keberadaan Puskesmas Pembantu sebagai jejaring pelayanan sangat dibutuhkan. Di beberapa daerah perlu ada rehabilitasi fisik pada bangunan Puskesmas Pembantu yang mengalami kerusakan. Pelaksanaan rehabilitasi fisik Puskesmas Pembantu harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

a. Persyaratan Umum

- 1) Puskesmas Pembantu dengan kondisi rusak berat atau sedang.
- 2) Belum pernah diusulkan dari sumber dana lainnya.

b. Persyaratan Teknis

- 1) Denah tata-ruang
Denah tata ruang Puskesmas Pembantu mengacu pada buku Pedoman Tata Ruang Puskesmas, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat tahun 2007 serta lampiran pedoman yang disempurnakan dan pedoman program
- 2) Puskesmas Pembantu dengan kondisi rusak berat/sedang dengan bukti pernyataan Dinas Pekerjaan Umum (PU) setempat tentang kondisi bangunan rusak berat/sedang sehingga perlu di perbaiki/rehabilitasi. Biaya penghancuran dibebankan pada APBD (dengan memanfaatkan dana pendamping DAK).
- 3) Rancangan tata-ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan. Tata-ruang dan jenis ruangan mengacu pada buku Pedoman Peralatan.

2. Rehabilitasi Puskesmas

Guna menunjang serta meningkatkan pelayanan secara optimal Puskesmas perlu adanya rehabilitasi fisik pada bangunan yang mengalami kerusakan. Rehabilitasi Puskesmas juga diperlukan untuk hal-hal khusus seperti Puskesmas yang rusak akibat bencana alam, relokasi Puskesmas yang disebabkan adanya perubahan tata ruang wilayah, dan lain-lain. Khusus bagi Puskesmas yang membutuhkan Rumah Dinas Dokter,



- 32 -

diperkenankan untuk menambah bangunan Rumah Dinas Dokter Puskesmas. Pelaksanaan rehabilitasi fisik Puskesmas harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

a. Persyaratan Umum

- 1) Puskesmas atau Puskesmas Perawatan dengan kondisi rusak berat atau sedang.
- 2) Belum pernah diusulkan dari sumber dana lainnya.

b. Persyaratan Teknis

- 1) Denah tata-ruang
 - a) Denah tata ruang Puskesmas mengacu pada buku Pedoman Tata Ruang Puskesmas, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat tahun 2007 serta lampiran pedoman yang disempurnakan dan pedoman program
 - b) Setiap perbaikan/rehabilitasi Puskesmas perlu memperhatikan ruang farmasi, ruang laboratorium dan tersedianya ruang laktasi/pojok ASI.
- 2) Puskesmas dengan kondisi rusak berat/sedang dengan bukti pernyataan Dinas Pekerjaan Umum (PU) setempat tentang kondisi bangunan rusak berat/sedang sehingga perlu di perbaiki/rehabilitasi. Biaya penghancuran dibebankan pada APBD (di luar dana pendamping DAK).
- 3) Tidak perlu dilakukan registrasi baru pada bangunan Puskesmas yang diperbaiki/direhabilitasi berat/sedang.
- 4) Rancangan tata-ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan. Tata-ruang dan jenis ruangan mengacu pada buku Pedoman Peralatan

3. Rehabilitasi Rumah Dinas Dokter/Dokter Gigi/Paramedis (Kopel)

Guna menunjang pelayanan kesehatan secara optimal, telah dialokasikan kegiatan rehabilitasi rumah dokter/dokter gigi/paramedis, dengan persyaratan sebagai berikut :

a. Persyaratan Umum

- 1) Kondisi kerusakan bangunan rusak berat dan sedang.
- 2) Rehabilitasi rumah dinas dokter/dokter gigi/paramedis, yang berada pada lokasi dalam wilayah kerja yang sama dengan Puskesmas.
- 3) Belum pernah diusulkan dari sumber dana lainnya.



- 33 -

b. Persyaratan Teknis

- 1) Persyaratan teknis rehabilitasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- 2) Puskesmas dengan kondisi rusak berat/sedang dengan bukti pernyataan Dinas Pekerjaan Umum (PU) setempat tentang kondisi bangunan rusak berat/sedang sehingga perlu di perbaiki/rehabilitasi. Biaya penghancuran dibebankan pada APBD (di luar dana pendamping DAK).
- 3) Rencana tata-ruang.

Rancangan tata-ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan. Tata-ruang dan jenis ruangan mengacu pada buku Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas, Ditjen Bina Kesmas tahun 2007 serta lampiran pedoman yang disempurnakan dan pedoman program.

D. PUSKESMAS KELILING RODA EMPAT (PUSLING R-4)

Dalam rangka memperluas, memperlancar dan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas serta menunjang pelaksanaan rujukan medis dan kesehatan, maka perlu diadakan Puskesmas Keliling roda 4 (empat) baik *single* gardan ataupun *double* gardan.

1. Persyaratan Umum

- a. Kebutuhan akan adanya Puskesmas Keliling Roda-4 diharapkan mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:
 - 1) Untuk mendukung pelayanan dan meningkatkan jangkauan pelayanan Puskesmas.
 - 2) Tersedianya sarana jalan di wilayah kerja Puskesmas yang dapat dilalui oleh kendaraan roda empat.
 - 3) Agar memperhatikan spesifikasi teknis dalam pengadaannya.
- b. Mampu untuk tetap mempertahankan fungsi utama, dengan tidak mengubah menjadi kendaraan penumpang.

2. Persyaratan Teknis

- a. Jenis kendaraan dapat disesuaikan dengan kebutuhan daerah dengan mempertimbangkan kondisi geografi dan topografi wilayah kerja.



- 34 -

- b. Ukuran kendaraan dapat memenuhi fungsi :
 - 1) Pelayanan kesehatan dasar.
 - 2) Rujukan.
 - 3) Transportasi petugas.
 - 4) Promosi kesehatan.
 - 5) Pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan.
- c. Peralatan kesehatan penunjangnya mengacu pada buku Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas, Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak tahun 2007.

E. PENYEDIAAN SARANA DAN PRASARANA PENYEHAATAN LINGKUNGAN/ PENGADAAN UKBM KIT

1. *SANITARIAN KIT*

Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mencapai target “*Millennium Development Goals*” (MDGs) target 7c yaitu menurunkan hingga separuh dari proporsi penduduk yang belum mempunyai akses air minum dan sanitasi pada tahun 2015. Sejalan dengan itu, kebijakan nasional pembangunan Air Minum dan Penyehatan Lingkungan Berbasis Masyarakat (AMPL-BM) adalah terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui pengelolaan pelayanan air minum dan penyehatan lingkungan yang berkelanjutan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 736/Menkes/Per/VI/2010 tentang Tatalaksana Pengawasan Kualitas Air Minum hingga saat ini masih belum setiap Kabupaten/Kota melaporkan data hasil pemeriksaan kualitas airnya, serta belum setiap Puskesmas mampu memberikan data dukung melalui pemeriksaan kualitas air lapangan.

a. Persyaratan Umum

Penyediaan *sanitarian kit* untuk pemeriksaan air minum yang bersifat ringkas dan praktis (*mobile portable*) diperuntukkan untuk puskesmas dengan persyaratan:

- 1) Belum memiliki *sanitarian kit* atau telah rusak.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 35 -

- 2) Memiliki tenaga sanitarian atau tenaga kesehatan lainnya yang telah mendapatkan pelatihan teknis kesehatan lingkungan.
 - 3) Menyelenggarakan kegiatan penyehatan lingkungan melalui dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) atau APBD pada 1 tahun terakhir.
- b. Peryaratan Teknis
- 1) *Sanitarian kit* dikhususkan untuk kegiatan pengawasan kualitas air minum secara lapangan.
 - 2) *Sanitarian kit* minimal mampu memeriksa parameter wajib kualitas air berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum.
 - 3) *Sanitarian kit* mampu menyediakan informasi hasil uji kualitas air dalam bentuk tercetak yang sesuai dengan format surveilan kualitas air.
- c. Acuan
- 1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum
 - 2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 736/Menkes/Per/VI/2010 tentang Tatalaksana Pengawasan Kualitas Air Minum



- 36 -

BAB V

MENU DAK BIDANG KESEHATAN TA 2013 SUBBIDANG PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

A. PEMENUHAN FASILITAS TEMPAT TIDUR KELAS III RUMAH SAKIT

Rumah Sakit yang mendapatkan paket peningkatan fasilitas tempat tidur kelas III adalah Rumah Sakit milik pemerintah daerah provinsi maupun milik pemerintah daerah Kabupaten/Kota yang melaksanakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan memberikan usulannya ke Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan dengan mempertimbangkan: a) *Bed Occupancy Rate* (BOR) kelas III Rumah Sakit; b) Rasio tempat tidur yang dipergunakan untuk kelas III dibandingkan dengan total tempat tidur Rumah Sakit; c) Jumlah tempat tidur yang digunakan untuk kelas III Rumah Sakit; d) Jenis menu yang diusulkan oleh Rumah Sakit ke Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan (untuk tempat tidur set kelas III saja, atau untuk bangunan fisik ruang rawat inap kelas III saja, atau kedua-duanya); dan e) Sudah pernah atau belum pernah Rumah Sakit memperoleh alokasi DAK untuk menu fasilitas tempat tidur kelas III Rumah Sakit.

1. Persyaratan Umum

Masih tersedianya lahan untuk peningkatan fasilitas tempat tidur kelas III Rumah Sakit.

2. Persyaratan Teknis

a. Luas Lahan dan Tata Ruang Bangunan

Pembangunan/rehabilitasi ruang rawat inap kelas III Rumah Sakit harus memperhatikan fungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan serta alur pelayanan untuk kelancaran dalam pelayanan pasien. Oleh karena itu setiap pembangunan/rehabilitasi ruang rawat inap kelas III yang baik, berisi 8 (delapan) set tempat tidur yang dilengkapi fasilitas penunjang antara lain: selasar, 2 (dua) kamar mandi, 2 (dua) wastafel, serta 2 (dua) kipas angin/*ceiling fan*.

Bila direncanakan membangun/merehabilitasi lebih dari 4 (empat) ruang rawat inap kelas III, pada setiap pembangunan/rehabilitasi 4 (empat) ruang rawat inap (dengan



- 37 -

jumlah tempat tidur 32) atau kelipatannya, maka perlu dibangun 1 (satu) ruang perawat (*Nurse Station*) yang dilengkapi dengan ruang-ruang pendukungnya.

Adapun contoh ukuran luas ruangan bangunan tersebut di atas adalah sebagai berikut:

1) Ruang Rawat Inap Kelas III

- Ruang rawat inap kelas III $8 \times 9 \text{ m}^2$ = 72 m^2
- 2 kamar mandi @ $2 \times 3 \text{ m}^2$ = 12 m^2
- Selasar $8 \times 2.5 \text{ m}^2$ = 20 m^2
- Total luas bangunan yang dibutuhkan = 104 m^2

2) Ruang Perawat (*Nurse Station*)

- 1 Ruang kerja perawat $3 \times 3 \text{ m}^2$ = 9 m^2
- 1 Ruang istirahat petugas $3 \times 3 \text{ m}^2$ = 9 m^2
- 1 Kamar mandi petugas $2 \times 1.5 \text{ m}^2$ = 3 m^2
- Total luas bangunan yang dibutuhkan = 21 m^2

Apabila luas lahan yang dimiliki Rumah Sakit terbatas, maka pembangunan/rehabilitasi tersebut disesuaikan dengan kondisi setempat dan tetap memperhatikan acuan ketentuan pembangunan ruang pelayanan kesehatan.

b. Spesifikasi Teknis Bangunan

1) Ruang Rawat Inap Kelas III

- a) Lantai terbuat dari keramik kualitas satu (KW-1).
- b) Dinding tembok $\frac{1}{2}$ bata berplester dan dicat.
- c) Atap dari genting dengan plafon.
- d) Besaran ventilasi alami setiap ruangan minimal 15% dari luas lantai ruangan, ambang bawah jendela minimal 1,5 meter dari lantai.
- e) Ruang rawat inap dilengkapi dengan 2 buah wastafel dari keramik serta 2 buah keran dan saluran pembuangan.
- f) Kamar mandi berlantai keramik kasar (tidak licin) dilengkapi 1 bak mandi, 1 *closet* duduk dan 1 gantungan infus.

2) Ruang Perawat (*Nurse Station*)

- a) Lantai terbuat dari keramik kualitas satu (KW-1)
- b) Dinding tembok $\frac{1}{2}$ bata berplester dan dicat.



- 38 -

- c) Atap dari genting dengan plafon.
- d) Ruang kerja perawat dilengkapi dengan 1 buah wastafel dari keramik serta 1 buah kran dan saluran pembuangan.
- e) Kamar mandi berlantai keramik kasar (tidak licin). dilengkapi 1 bak mandi dan 1 closet duduk.

3) Peralatan kesehatan

Peralatan kesehatan yang ada pada setiap ruang rawat inap kelas III Rumah Sakit berisi 8 set tempat tidur, di mana setiap set tempat tidur terdiri dari:

- a) 1 buah tempat tidur dengan kelengkapannya (matras, bantal dan selimut).
- b) 1 buah nakas.
- c) 1 buah tiang infus.
- d) 1 buah meja makan pasien
- e) Dengan pertimbangan khusus, Rumah Sakit dapat mengadakan peralatan kesehatan lainnya untuk mendukung pelayanan kesehatan di ruang rawat inap kelas III. Misalnya pengadaan tempat tidur ginekologi untuk bangsal kandungan dan kebidanan kelas III.

B. PEMENUHAN SARANA, PRASARANA DAN PERALATAN PELAYANAN OBSTETRIK NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF (PONEK) RUMAH SAKIT

1. Persyaratan umum

- a. Ada dokter jaga yang terlatih di UGD untuk mengatasi kasus emergensi baik secara umum maupun emergensi obstetrik-neonatal.
- b. Dokter, bidan dan perawat telah mengikuti pelatihan tim PONEK di Rumah Sakit meliputi resusitasi neonatus, kegawat-daruratan obstetrik dan neonatus.
- c. Tersedia kamar operasi yang siap (siaga 24 jam) untuk melakukan operasi, bila ada kasus emergensi obstetrik atau umum.



- 39 -

- d. Adanya dukungan semua pihak dalam tim pelayanan PONEK, antara lain dokter kebidanan, dokter anak, dokter/petugas anestesi, dokter penyakit dalam, dokter spesialis lain serta dokter umum, bidan dan perawat (telah memiliki minimal 1 dokter kebidanan dan 1 dokter anak).
- e. Tersedia pelayanan darah yang siap 24 jam.
- f. Mempunyai prosedur pendelegasian wewenang tertentu.

2. Persyaratan Teknis

a. Peningkatan Sarana dan Prasarana

- 1) Rancangan denah dan tata ruang maternal dan neonatal harus memenuhi beberapa persyaratan teknis sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1051/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit.
- 2) Persyaratan yang harus diperhatikan:
 - a) Ruang Maternal
 - (1) Kamar bersalin:
 - (a) Lokasi berdekatan dengan kamar operasi dan IGD.
 - (b) Luas minimal 6 m² per orang.
 - (c) Paling kecil, ruangan berukuran 12 m².
 - (d) Harus ada tempat untuk isolasi ibu di tempat terpisah.
 - (e) Tiap ibu bersalin harus punya privasi agar keluarga dapat hadir.
 - (f) Ruangan bersalin tidak boleh merupakan tempat lalu lalang orang.
 - (g) Bila kamar operasi juga ada dalam lokasi yang sama, usahakan tidak melintas pada ruang bersalin.
 - (h) Minimal 2 kamar bersalin terdapat pada setiap Rumah Sakit Umum.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 40 -

- (i) Kamar bersalin terletak sangat dekat dengan kamar neonatal, untuk memudahkan transportasi bayi dengan komplikasi ke ruang rawat.
- (j) Idealnya sebuah ruang bersalin merupakan unit terintegrasi: kala 1, kala 2 dan kala 3 yang berarti setiap pasien diperlakukan utuh sampai kala 4 bagi ibu bersama bayinya secara privasi. Bila tidak memungkinkan, maka diperlukan dua kamar kala 1 dan sebuah kamar kala 2.
- (k) Kamar bersalin harus dekat dengan ruang jaga perawat (*nurse station*) agar memudahkan pengawasan ketat setelah pasien partus sebelum dibawa ke ruang rawat (*post partum*). Selanjutnya bila diperlukan operasi, pasien akan dibawa ke kamar operasi yang berdekatan dengan kamar bersalin.
- (l) Harus ada kamar mandi/toilet yang berhubungan dengan kamar bersalin.
- (m) Ruang *post partum* harus cukup luas, standar 8 m² per tempat tidur (*bed*).
- (n) Ruang tersebut terpisah dari fasilitas: toilet, kloset, lemari.
- (o) Pada ruang dengan banyak tempat tidur, jarak antar tempat tidur minimal 1 meter.
- (p) Jumlah tempat tidur per ruangan maksimum 4 buah.
- (q) Tiap ruangan harus mempunyai jendela sehingga cahaya dan udara cukup.
- (r) Harus ada fasilitas untuk cuci tangan pada tiap ruangan.
- (s) Tiap pasien harus punya akses ke kamar mandi privasi tanpa ke koridor.
- (t) Kamar pemeriksaan/diagnostik harus mempunyai luas sekurang-kurangnya 11 m² dan berisi: tempat tidur pasien/obsgin, kursi pemeriksa, lampu sorot, troli alat, lemari obat kecil, USG *mobile* dan troli emergensi
- (u) Ada ruang perawat (*nurse station*).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 41 -

- (v) Ruang isolasi bagi kasus infeksi perlu disediakan seperti pada kamar bersalin.
- (w) Ruang tindakan operasi/kecil darurat/*one day care*: untuk kuret, penjahitan dan sebagainya.
- (x) Ruang tunggu bagi keluarga pasien.

(2) Unit Perawatan Intensif/Eklampsia/Sepsis

- (a) Unit ini harus berada di samping ruang bersalin, atau setidaknya jauh dari area yang sering dilalui.
- (b) Paling kecil, ruangan berukuran 18 m².
- (c) Di ruang dengan beberapa tempat tidur, sedikitnya ada jarak antara ranjang satu dengan ranjang lainnya.
- (d) Ruangan harus dilengkapi paling sedikit enam steker listrik yang dipasang dengan tepat untuk peralatan listrik.

b) Ruangan Neonatal

(1) Unit Perawatan Intensif

- (a) Unit ini harus berada di samping ruang bersalin atau setidaknya jauh dari area yang sering dilalui.
- (b) Minimal ruangan berukuran 18 m².
- (c) Di ruangan dengan beberapa tempat tidur sedikitnya ada jarak antar ranjang.
- (d) Harus ada tempat untuk isolasi bayi di area terpisah.
- (e) Ruang harus dilengkapi paling sedikit 6 steker yang dipasang dengan tepat untuk peralatan listrik.

(2) Unit Perawatan Khusus

- (a) Unit ini harus berada di samping ruang bersalin atau setidaknya jauh dari area yang sering dilalui.
- (b) Minimal ruangan berukuran 12 m².
- (c) Harus ada tempat untuk isolasi bayi di tempat terpisah.
- (d) Paling sedikit harus ada jarak antara inkubator dengan tempat tidur bayi.



- (3) Area laktasi.
Minimal ruangan berukuran 6 m².
- (4) Area pencucian inkubator.
Minimal ruangan berukuran 6-8 m².

Dalam rangka penyelenggaraan PONEK, perlu mempertimbangkan kebutuhan bagi laki-laki dan perempuan, antara lain:

- Adanya pemisahan visual antara ruang bersalin satu dengan yang lainnya.
- Sarana, prasarana dan peralatan yang ada harus mempertimbangkan ergonomis dan kemudahan aksesibilitas bagi ibu hamil

b. Jenis Peralatan PONEK

1) PERALATAN NEONATAL

No.	Jenis Peralatan	Jumlah minimal
1.	Inkubator baby	5
2.	Infant Warmer	2
3.	Pulse Oxymeter Neonatus	3
4.	Phototherapy	2
5.	Syringe Pump	4
6.	Infant resuscitation dan Emergensi Set	1
7.	CPAP(<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>) w/ Medical air Compressor	1
8.	Flow meter	1
9.	Infuse Pump	1
10	Neonatus Resusitation and Emergensi Set	1

2) PERALATAN MATERNAL

No.	Jumlah Peralatan	Jumlah Minimal
1.	Kotak Resusitasi Berisi:	
	– Bilah Laringoskop	1
	– Balon	1
	– Bola lampu laringskop ukuran dewasa	1
	– Batre AA (cadangan) untuk bilah laringoskop	1
	– Bola lampu laringoskop cadangan	1
	– Selang reservoir oksigen	1
	– Masker oksigen	1
	– Pipa endotrakeal	1
	– Plester	1
	– Gunting	1
	– Kateter penghisap	1
	– Naso gastric tube	1
	– Alat suntik 1, 2 ¹ / ₂ , 3, 5, 10, 20, 50 cc	1
	– Ampul Epinefrin / Adrenalin	1
	– NaCL 0,9% / larutan Ringer Asetat / RL	1
	– MgSO ₄	1
	– Sodium bikarbonat 8,4%	1
	– Kateter Vena	1
	– Infus Set	1
2.	Ekstraktor vakum delivery	1
3.	Inkubator baby	1
4.	Infant Warmer	1
5.	Forceps naegele	1
6.	AVM (Aspirasi Vakum Manual)	1
7.	Pompa vakum listrik	1
8.	Monitor denyut jantung/pernapasan	1
9.	Foetal Doppler	1
10.	Set Sectio Saesaria	1

c. Acuan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor
1051/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman
Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal
Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit. Emergensi



- 44 -

C. PEMENUHAN SARANA, PRASARANA DAN PERALATAN INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT

1. Persyaratan Umum

Peningkatan fasilitas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit, adalah Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Khusus milik pemerintah daerah (Provinsi atau Kabupaten/Kota), dengan mempertimbangkan data sebagai berikut:

- a. RSUD prioritas kelas D dan C di seluruh Indonesia (sudah penetapan kelas).
- b. Rumah Sakit sudah teregistrasi.

2. Persyaratan Teknis

- a. Kebijakan tidak ada uang muka bagi pasien kegawatdaruratan.
- b. Pelayanan IGD harus dapat memberikan layanan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu.
- c. Ada dokter jaga yang terlatih di UGD untuk mengatasi kasus *emergency*.
- d. Dokter dan perawat telah mengikuti pelatihan penanganan kegawatdaruratan di Rumah Sakit.
- e. Mempunyai *Standar Operating Procedure* (SOP) penerimaan dan penanganan pasien kegawatdaruratan.
- f. Mempunyai *standar response time* di IGD selama 5 menit.

3. Kriteria Teknis Peralatan

Peningkatan fasilitas Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/MENKES/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit.

(Tabel peralatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan)

4. Pembangunan/Penyesuaian Bangunan IGD

Rumah Sakit dapat melakukan pembangunan baru atau penyesuaian bangunan IGD sehingga memenuhi persyaratan sebagai berikut:



- 45 -

- a. Luas bangunan IGD disesuaikan dengan beban kerja Rumah Sakit dengan memperhitungkan kemungkinan penanganan korban massal/bencana.
 - b. Lokasi Gedung harus berada dibagian depan Rumah Sakit, mudah dijangkau oleh masyarakat dengan tanda-tanda yang jelas dari dalam dan dari luar Rumah Sakit.
 - c. Harus mempunyai pintu masuk dan keluar yang berbeda dengan pintu utama (alur masuk kendaraan/pasien tidak sama dengan alur keluar) kecuali pada klasifikasi IGD level 1 dan 2.
 - d. Ambulans/kendaraan yang membawa pasien harus dapat sampai di depan pintu yang areanya terlindung dari panas dan hujan (catatan: untuk lantai IGD yang tidak sama tinggi dengan jalan ambulans harus membuat *ramp*).
 - e. Pintu IGD harus dapat dilalui oleh brankar.
 - f. Memiliki area khusus parkir ambulans yang bisa menampung lebih dari 2 ambulans (sesuai dengan beban Rumah Sakit)
 - g. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar dan tidak ada "*cross infection*", dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan Rumah Sakit, mudah dibersihkan dan memudahkan kontrol kegiatan oleh perawat kepala jaga.
 - h. Area dekontaminasi ditempatkan didepan/diluar IGD atau terpisah dengan IGD.
 - i. Ruang triase harus dapat memuat minimal 2 (dua) brankar.
 - j. Harus mempunyai ruang tunggu untuk keluarga pasien.
 - k. Memiliki ruang untuk istirahat petugas (dokter dan perawat).
5. Pengadaan Alat Transportasi (*Ambulance*) mendukung Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 882/Menkes/SK/X/2009 tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik.



- 46 -

D. PEMENUHAN SARANA, PRASARANA DAN PERALATAN *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)

1. Persyaratan Umum

Untuk memenuhi kebutuhan pelayanan observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia, maka diperlukan *Intensive Care Unit* (ICU) yang perlu di dukung kemampuan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik. Peningkatan fasilitas di ICU Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Khusus milik pemerintah daerah (Provinsi atau Kabupaten/Kota), dengan mempertimbangkan data sebagai berikut:

- a. RSUD prioritas kelas C dan B di seluruh Indonesia (sudah penetapan kelas).
- b. Rumah Sakit sudah teregistrasi.

2. Persyaratan Teknis

- a. Pengelolaan pasien langsung dilakukan secara primer oleh dokter intensivis dengan melaksanakan pendekatan pengelolaan total pada pasien sakit kritis.
- b. Pelayanan ICU harus dapat memberikan layanan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu
- c. Ada Tim jaga yang terlatih di ICU yang terdiri dari dokter yang mempunyai dasar pengetahuan, keterampilan, teknis, komitmen waktu dan secara fisik selalu berada di suatu tempat utk melakukan perawatan
- d. Dokter dan perawat telah mengikuti pelatihan *critical care medicine* berkelanjutan
- e. Mempunyai *Standar Operating Procedure* (SOP) penerimaan dan penanganan pasien ICU

3. Kriteria Teknis Peralatan

Peningkatan fasilitas *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit.



- 47 -

4. Pembangunan/Penyesuaian Bangunan ICU

Pelayanan ICU yang memadai ditentukan berdasarkan disain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat. Disain berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU.

E. PELAYANAN DARAH (BANK DARAH RUMAH SAKIT DAN UNIT TRANSFUSI DARAH DI RUMAH SAKIT)

1. PEMENUHAN PERALATAN UNIT TRANSFUSI DARAH (UTD) MILIK PEMERINTAH DAERAH

Dalam rangka meningkatkan kualitas dan akses pelayanan darah, pemerintah mengeluarkan kebijakan pendirian UTD rumah sakit yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 423/Menkes/SK/VI/2007.

UTD di Rumah Sakit adalah salah satu instalasi di Rumah Sakit yang bertugas:

- Menyusun perencanaan;
- Melakukan pengerahan dan pelestarian pendonor darah;
- Melakukan penyediaan darah mulai dari seleksi donor, penyiapan darah dan uji saring terhadap penyakit Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD);
- Melakukan penyimpanan darah;
- Melakukan pemeriksaan golongan darah dan uji silang serasi;
- Melakukan pendistribusian darah ke bagian/ruangan lain atau Rumah Sakit lain yang membutuhkan;
- Memantau reaksi transfusi dan melakukan pelacakan penyebab reaksi transfusi atau kejadian ikutan akibat transfusi darah;
- Melakukan pemusnahan darah yang tidak layak pakai;
- Melakukan pencatatan dan pelaporan.

Agar UTD di Rumah Sakit dapat beroperasi dengan peralatan yang memenuhi standar, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan darah di Rumah Sakit khususnya dan meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit pada umumnya, maka perlu didukung dengan peralatan UTD yang berkualitas dan memenuhi standar.

1. Persyaratan Umum

Pemenuhan kebutuhan peralatan UTD di Rumah Sakit mengacu pada persyaratan umum yaitu diperuntukkan bagi pemenuhan peralatan :

 - a. UTD yang telah operasional di Rumah Sakit dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan transfusi darah.
 - b. UTD yang belum operasional di Rumah Sakit dalam rangka pemenuhan standar peralatan UTD.
2. Persyaratan Teknis

NO	JENIS KELENGKAPAN	JUMLAH	
		Di Gedung UTD	Mobile Unit
1.	Perlengkapan seleksi donor		
1.1	Peralatan : Timbangan badan Haemoglobinometer AC/DC atau <i>Baker glass</i> ukuran 30 ml dan wadah CuSO4 Tempat kapas <i>Stainlesssteel</i> Termos, wadah untuk menyimpan antisera Wadah limbah infeksius Wadah limbah non infeksius Tensimeter untuk dokter	1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah	1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah
1.2	Bahan Habis Pakai <i>Blood lancet</i> <i>Capilary tube</i> Desinfektan kulit dengan spray Kaca obyek Kapas steril <i>Bio plate</i> <i>Ice pack</i> untuk reagen termos Kantong limbah infeksius Kantong limbah non infeksius	Secukupnya Secukupnya 1 btl Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya	Secukupnya Secukupnya 1 btl Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya
1.3	Sabun desinfektan untuk cuci tangan Reagensia. Larutan CuSO4 BJ 1.052 Antisera anti A, anti B monoklonal	1 btl Secukupnya Secukupnya	1 btl Secukupnya Secukupnya

NO	JENIS KELENGKAPAN	JUMLAH	
	Anti D monoklonal IgM Reagen Hemoglobinometer	Secukupnya Secukupnya	Secukupnya Secukupnya
2.	Perlengkapan pengambilan darah	Di Gedung UTD	<i>Mobile Unit</i>
2.1	Peralatan : Tempat tidur statis Tempat tidur lipat Tensimeter <i>Blood bank refrigerator</i> (kapasitas kecil) Klem / pean Haemoscale (<i>electric</i>) <i>Hand sealer</i> Gunting Tempat gunting dan pean Tempat kapas steril Rak tabung 40 lobang <i>Electric sealer</i> Wadah limbah infeksius Wadah limbah non infeksius Tempat limbah padat infeksius (tajam)	2 buah - 2 buah 1 buah 2 buah 2 buah 2 buah 2 buah 2 buah 2 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah	- 2 buah 2 buah - 2 buah 2 buah 2 buah 2 buah 2 buah 2 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah
2.2	Bahan Habis Pakai : Kantong darah 350 ml <i>single</i> Spidol artline 70 Sarung tangan uk. S,M,L Desinfektan kulit dalam botol spray Kassa steril Tabung reaksi dengan tutup ulir untuk contoh darah Handyplast/ sejenisnya Kantong limbah infeksius Kantong limbah noninfeksius	Secukupnya Secukupnya Secukupnya 1 botol Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya	Secukupnya Secukupnya Secukupnya 1 botol Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya
3.	Perlengkapan penyimpanan darah		
	<i>Blood bank refrigerator</i> Peti pendingin darah / <i>cool box</i> untuk <i>mobile unit</i> (25 – 50 kantong) Peti pendingin darah/ <i>cool box</i> untuk	1 buah 1 buah 2 buah	

NO	JENIS KELENGKAPAN	JUMLAH
	ruangan (2 – 5 kantong) Termometer Termometer digital	2 buah 1 buah
4.	Perlengkapan Laboratorium Pemeriksaan Konfirmasi Golongan Darah dan Uji Silang Serasi	
4.1	Peralatan : <i>Serological centrifuge</i> untuk tube 12 x 75 mm <i>Table top centrifuge</i> <i>Reagen refrigerator</i> <i>Sampel refrigerator</i> <i>Centrifuge (gel test)</i> <i>Inkubator (Dry incubator)</i> <i>Inkubator (gel test)</i> <i>Water bath</i> Mikroskop Rak tabung (tabung 12x75 & rak tabung) Tabung reaksi kaca <i>pyrex</i> ukuran.12x75 <i>Bloodgrouping plate</i> Pipet Pasteur uk 1 ml Mikropipet uk 5 ul, 25 ul, 50 ul Labu semprot Timer Gelas wadah bilas pipet Pasteur Gunting Kaca objek Ember kecil untuk limbah cair Wadah limbah infeksius Wadah limbah non infeksius	1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah secukupnya secukupnya secukupnya secukupnya 1 buah 2 buah 2 buah 2 buah Secukupnya 2 buah Secukupnya Secukupnya
4.2	Bahan Habis Pakai : Kantong limbah infeksius Kantong limbah non infeksius Kertassaring <i>Tissue</i> Parafilm	Secukupnya Secukupnya Secukupnya Secukupnya 1 roll

NO	JENIS KELENGKAPAN	JUMLAH
5.2	Bahan dan alat habis pakai : Kantong darah ganda, triple <i>Capillary tube</i> Kapas Alkohol 70% Alkohol 96%. secukupnya. <i>Dry Ice</i> <i>Washing bag</i> secukupnya. NaCl 0,9%. <i>Crito seal</i> Alumunium ring	secukupnya secukupnya secukupnya secukupnya secukupnya secukupnya secukupnya secukupnya secukupnya
6	Peralatan Laboratorium Pemeriksaan IMLTD	
6.1	Metode <i>Rapid Test</i> (untuk jumlah darah donor <3500 kantong/tahun) Tabung Reaksi uk.12x75 mm Rak Tabung reaksi 40 lubang <i>Timer</i>	Secukupnya 2 buah 2 buah
6.2	Metode Elisa Manual/Semi Otomatik(untuk jumlah darah donor >3500 kantong/tahun) Tip kuning Tip biru Tabung Reaksi uk.12x75 mm Rak Tabung reaksi 40 lubang Mikropipet ukuran 5-50 ul Mikropipet ukuran 50-200 ul Mikropipet ukuran 200-1000 ul <i>Dry Incubator</i> <i>Washer</i> <i>Reader</i> <i>Printer + Computer</i> Gelas Ukur <i>Timer</i>	Secukupnya Secukupnya Secukupnya 6 buah 2 buah 2 buah 2 buah 1 buah 1-2 buah 1-2 buah 1-2 buah 2 buah 3 buah

Mengingat pelayanan darah mempunyai resiko cukup tinggi, maka peralatan UTD harus memiliki kualitas tinggi.



- 53 -

Kriteria peralatan yang dapat diusulkan:

- 1) Bagi UTD yang telah operasional :
 - Peralatan yang belum dimiliki sesuai persyaratan teknis di atas, sedangkan bahan habis pakai dan reagensia tidak dapat diusulkan karena merupakan bagian dari operasional UTD.
 - Peralatan pengolahan komponen darah hanya bagi UTD yang telah memiliki tenaga yang kompeten dan adanya permintaan komponen darah dari klinisi. Pengolahan komponen darah akan lebih efisien apabila dilakukan di UTD dengan jumlah donasi lebih dari 3500 kantong pertahun.
- 2) Bagi UTD yang belum operasional adalah pemenuhan peralatan, bahan habis pakai dan reagensia yang belum dimiliki sesuai persyaratan teknis di atas, kecuali peralatan pengolahan komponen darah tidak dapat diusulkan.

2. PEMBANGUNAN DAN PENGADAAN PERALATAN BANK DARAH RUMAH SAKIT (BDRS)

Sejalan dengan kebijakan Kementerian Kesehatan dalam peningkatan kualitas dan akses pelayanan darah, BDRS berperan dalam menjamin terlaksananya sistem pelayanan darah tertutup di Rumah Sakit. BDRS sebagai bagian dari pelayanan Rumah Sakit secara keseluruhan berperan sebagai pelaksana dan penanggung jawab pemenuhan kebutuhan darah di Rumah Sakit melalui jalinan kerjasama dengan UTD setempat sebagai pemasok darah yang aman.

1. Persyaratan Umum

Pembangunan fasilitas BDRS mengacu pada persyaratan umum sebagai berikut

- a. Terdapat UTD yang dapat memasok kebutuhan darah aman di Kabupaten/Kota setempat.
- b. Terdapat Rumah Sakit Pemerintah di Kabupaten/Kota setempat.
- c. Dinas Kesehatan setempat mempunyai sistem pengawasan dan pembinaan pelayanan transfusi darah.

- d. Ada komitmen daerah untuk membantu operasionalisasi dan pemeliharaan BDRS melalui APBD.

2. Persyaratan teknis

a. Luas ruang

Luas ruang BDRS didasarkan pada jenis ruang kegiatan yang dilaksanakan. Adapun luasan itu adalah:

1) Ruang administrasi dan loket penerimaan sampel darah	Luas: 5m ²
2) Ruang laboratorium	Luas : 9 m ²
3) Ruang penyimpanan darah	Luas : 6 m ²
4) Ruang kepala BDRS & Ruang rapat	Luas : 6 m ²
5) Ruang jaga petugas	Luas : 5 m ²
6) Ruang gudang	Luas : 3 m ²
7) Ruang kamar mandi/WC	Luas : 3 m ²
8) Lorong	Luas : 3 m ²
Total Luas	40 m²

b. Denah dan tata ruang

Rancangan denah dan tata ruang pada BDRS harus mempertimbangkan aksesibilitas dan kemudahan dari kegiatan yang dilaksanakan. Adapun denah dan tata ruang BDRS harus memenuhi beberapa persyaratan teknis pelayanan kesehatan yang ada, diantaranya:

- 1) Bangunan berada di dalam lingkungan/bangunan Rumah Sakit.
- 2) Lokasi berada di tempat yang strategis dan mudah dijangkau dari ruang-ruang perawatan dan ruang emergensi serta ruang operasi.
- 3) Luas minimal 40 m² dengan cahaya dan ventilasi yang cukup serta ber AC, termasuk ruang administrasi secara terpisah.
- 4) Fasilitas air mengalir dan listrik yang memadai, genset atau UPS yang mampu mem *back up* refrigerator agar stabilitas suhu tetap terjaga.
- 5) Tersedia 2 bak cuci yang terdiri dari bak cuci tangan dan bak cuci alat.
- 6) Lantai ruangan ada tanpa sambungan (*vinyll*), sudut lantai melengkung.

c. Peralatan BDRS (minimal)

- | | |
|--|-------------------|
| 1) <i>Blood bank refrigerator</i> | 1 unit |
| 2) <i>Serological centrifuge</i> | 2 unit |
| 3) <i>Serological rotator</i> | 1 unit |
| 4) <i>Dry incubator</i> | 1 unit |
| 5) Mikroskop binokuler | 1 unit |
| 6) <i>Plasma extractor</i> | 1 unit |
| 7) Set peralatan uji silang serasi dengan metode gel | 1 unit |
| 8) Peralatan laboratorium lainnya 1 paket (pasteur pipet <i>plastic</i> , set alat pemeriksaan uji silang serasi dengan metode gel test, labu semprot, rak tabung, tabung ukuran 12 x 75 mm, tabung ukuran 5 ml, hematokrit tube, beker glass, <i>blood grouping plate</i> , baskom cuci, gelas melamin, gunting <i>stainless steel</i> , klem lab, korentang, sarung tangan, jas laboratorium dan kacamata pelindung, <i>object glass</i> , <i>timer</i> , mikro pipete <i>yellow tipe</i>). | |
| 9) <i>Cool box</i> kapasitas 3 – 5 kantong darah: | 3 unit |
| 10) Bahan habis pakai | |
| • coombs control cell | : 1 vial |
| • NaCl 0,9% | : 25 vial (@500ml |
| • Reagen golongan darah ABO, Rhesus dan Uji silang metode 3 fase dengan bovine albumin 22% dan coomb serum | :10 vial @10cc) |
| • Reagen untuk pemeriksaan uji silang serasi metode gel test /mikroplate | : 1 paket |
| • Cairan desinfektant | : 1 paket |

d. Data Rumah Sakit yang belum memiliki UTD Rumah Sakit dan BDRS → untuk menu 2014

F. PEMBANGUNAN INSTALASI PENGOLAHAN LIMBAH (IPL) DAN PENGADAAN PERALATAN PENDUKUNGNYA DI RUMAH SAKIT

Penyediaan Instalasi Pengolahan Limbah (IPL) dan Pengadaan Peralatan Pendukungnya di Rumah Sakit, Provinsi/Kabupaten/Kota dari Dana Alokasi Khusus dimaksudkan untuk menjamin keamanan kualitas lingkungan khususnya limbah cair dan padat dari hasil kegiatan Rumah Sakit terhadap masyarakat sekitarnya. Instalasi



- 56 -

pengolahan air limbah adalah termasuk pengolahan pendahuluan (*pre treatment*). Hal ini dilakukan untuk melindungi kualitas lingkungan sekitar dari kegiatan Rumah Sakit agar tidak terjadi pencemaran lingkungan. Instalasi Pengolahan Limbah berfungsi untuk mengolah air buangan dan mengolah limbah padat yang berasal dari kegiatan yang ada di Rumah Sakit agar memenuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku. Peralatan pendukung adalah peralatan yang berfungsi mendukung dan memperlancar proses pengolahan air buangan baik pengolahan secara fisik, biologis maupun kimiawi, alat pendukung lainnya pengolah limbah padat.

1. Persyaratan Umum Instalasi Pengolahan Limbah Rumah Sakit

- a. Rumah Sakit tersebut belum mempunyai Instalasi pengolahan Limbah atau sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Limbah tapi tidak dapat berfungsi yang diadakan sebelum tahun 2002.
- b. Mempunyai lahan siap bangun, lahan tidak dalam sengketa, mempunyai sertifikat tanah, sudah dilakukan perataan, pemadatan dan pematangan tanah.
- c. Perhitungan pengadaan Instalasi Pengolahan Limbah dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional serta kondisi dan letak geografis/topografi daerah.
- d. Adanya Penanggung jawab kesehatan lingkungan Rumah Sakit yang memiliki kualifikasi sanitarian serendah-rendahnya berijazah diploma (D3) di bidang lingkungan untuk Rumah Sakit kelas C atau D, dan serendah-rendahnya berijazah sarjana (S1) di bidang lingkungan untuk RS kelas A atau B.
- e. Adanya dukungan semua pihak Rumah Sakit dalam pelaksanaan pengelolaan limbah Rumah Sakit baik limbah cair maupun limbah padat.
- f. Pengelolaan limbah Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Rumah Sakit Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan RS.
- g. Garansi Instalasi pengolahan limbah minimal 1 (satu) tahun.
- h. Garansi purna jual instalasi pengolahan limbah minimal 5 (lima) tahun.



- 57 -

- i. Penyedia jasa wajib melakukan Pelatihan pengoperasian dan pemeliharaan IPL bagi petugas Rumah Sakit.
 - j. Penyedia jasa wajib Memberikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Pemeliharaan (SMP) Instalasi Pengolahan Limbah dalam bahasa indonesia.
 - k. Penyedia jasa atau Rumah Sakit wajib mengurus ijin operasional IPAL (ijin pembuangan limbah cair) ke kantor/badan lingkungan hidup setempat sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - l. Penyedia jasa atau Rumah Sakit wajib mengurus ijin operasional *incinerator* ke Kementerian Lingkungan Hidup sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - m. Rumah Sakit yang menghasilkan limbah cair atau limbah padat yang mengandung atau terkena zat radioaktif, pengelolaannya dilakukan sesuai ketentuan BATAN (tidak dimasukan ke IPAL/incinerator).
2. Persyaratan Khusus Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL)
- a. Luas lahan dan bangunan IPAL disesuaikan dengan kapasitas IPAL yang dibutuhkan Rumah Sakit yang didapat dari data pemakaian rata-rata air bersih per hari.
 - b. Kapasitas IPAL minimal dapat mengolah limbah cair sebanyak 100% dari jumlah pemakaian air bersih di RS tiap harinya. Bila tidak mempunyai 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.
 - c. 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.
 - d. Perencanaan *Detail Engineering Design (DED)* IPAL dan jaringannya serta RAB tersebut dibiayai dari APBD Provinsi/Kabupaten/Kota.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 58 -

- e. Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai uji laboratorium lingkungan terhadap influen dan efluen air limbah yang masuk dan keluar dari IPAL yang ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit dan diketahui oleh Gubernur/Bupati/Walikota selama minimal 3 bulan sekali dan melaporkannya ke Kementerian Kesehatan.
- f. Membuat surat pernyataan kesanggupan menjaga agar efluen air limbah yang keluar dari instalasi tersebut memenuhi Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair Bagi Kegiatan Rumah Sakit atau peraturan daerah setempat, yang ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit dan diketahui oleh Gubernur/Bupati/Walikota sebelum Pekerjaan Pembangunan dimulai.
- g. Rencana peletakan Instalasi pengolahan limbah agar memperhatikan denah tata ruang di Rumah Sakit agar memudahkan operasional, pemeliharaan, dan keamanan IPL.
- h. 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.
- i. Komponen yang bisa dicakup dari Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk Pembangunan Instalasi Pengolahan Air Limbah meliputi:
 - 1) Pekerjaan persiapan: bouplank, direksi kit, mobilisasi
 - 2) Pekerjaan struktur pondasi
 - 3) Pekerjaan konstruksi IPAL
 - 4) Plester, acian IPAL dan water proofing
 - 5) Fasilitas IPAL antara lain ruang panel, blower dan ruang operator
 - 6) Finishing IPAL
 - 7) Pekerjaan equipment, mekanikal dan elektrikal antara lain pemasangan blower dan pompa, pembuatan panel listrik, dengan kapasitas daya minimal serta pemasangan peralatan listrik lainnya.
 - 8) Pagar Pelindung lokasi IPAL
 - 9) Jaringan Air Limbah dan Bak Pengumpul



- 59 -

- j. Dalam pemilihan jenis dan teknologi instalasi pengolahan air limbah (IPAL) harus memperhatikan:
- 1) Kekuatan konstruksi bangunan
 - 2) Teknologi IPAL yang dipilih harus sudah terbukti efluen (keluaran) air limbah hasil pengolahannya telah memenuhi Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair Bagi Kegiatan Rumah Sakit atau Peraturan Daerah Setempat.
 - 3) Disarankan pihak Rumah Sakit mencari referensi dengan peninjauan ke RS yang telah memakai produk teknologi IPAL yang terbukti minimal 3 tahun effluennya masih memenuhi Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 atau peraturan daerah setempat dengan dibuktikan dengan 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, dll).
 - 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.
 - 11) Pemerintah Daerah dan pihak Rumah Sakit harus menyediakan dana untuk tenaga operator dan biaya operasional lainnya.



- 60 -

3. Persyaratan Khusus Incinerator

- a. Lokasi incinerator merupakan daerah bebas banjir dan jarak aman antara lokasi incinerator dan fasilitas Rumah Sakit lainnya.
- b. Memiliki sistem penjagaan 24 jam yang memantau, mengawasi dan mencegah orang yang tidak berkepentingan masuk ke lokasi incinerator dan tempat penyimpanan limbah padat medis sementara.
- c. Mempunyai pagar pengaman atau penghalang lain yang memadai dan suatu sistem untuk mengawasi keluar masuk orang.
- d. Mempunyai tanda yang mudah terlihat dari jarak 10 meter dengan tulisan **“Berbahaya”** yang dipasang pada unit/bangunan pengolahan dan penyimpanan, serta tanda **“Yang Tidak Berkepentingan Dilarang Masuk”** yang ditempatkan di setiap pintu masuk ke dalam instalasi.
- e. Mempunyai penerangan yang memadai di sekitar lokasi.
- f. Tersedianya sistem pemadam kebakaran.
- g. Incinerator mempunyai minimal dua ruang bakar.
- h. Spesifikasi incinerator, sekurang-kurangnya memuat informasi antara lain:
 - 1) Nama pabrik pembuat dan nomor model.
 - 2) Jenis incinerator.
 - 3) Dimensi internal dari unit incinerator termasuk luas penampang.
 - 4) zona/ruang proses pembakaran.
 - 5) Kapasitas udara penggerak utama (*prime air mover*).
 - 6) Uraian mengenai sistem bahan bakar (jenis/umpan).
 - 7) Spesifikasi teknis dan desain dari nozzle dan burner.
 - 8) Temperatur dan tekanan operasi di zona/ruang bakar.
 - 9) Waktu tinggal limbah dalam zona/ruang pembakar.
 - 10) Kapasitas blower.
 - 11) Tinggi dan diameter cerobong.
 - 12) Uraian peralatan pencegah pencemaran udara dan peralatan.
 - 13) Pemantauan emisi cerobong (*stack/chimney*).
 - 14) Tempat dan deskripsi dari alat pencatat suhu, tekanan, alirandan alat-alat pengontrol lain.



- 61 -

- 15) Deskripsi sistem pemutus umpan limbah yang bekerja otomatis.
 - 16) Efisiensi Penghancuran dan penghilangan (DRE), dan Efisiensi Pembakaran (EP).
 - 17) Daftar suku cadang incinerator untuk garansi 1 tahun.
 - 18) Gambar desain dan tata letak incinerator.
 - 19) Perhitungan volume ruang bakar 1 dan ruang bakar 2 incinerator.
 - i. Suhu di ruang bakar kedua minimum 1.000 °C..
 - j. Kapasitas dan volume ruang bakar pertama disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit, melihat jumlah limbah padat medis yang dihasilkan tiap harinya.
 - k. Tersedia minimal 2 (dua) thermocouple untuk mengetahui temperatur di ruang bakar pertama dan ruang bakar kedua.
 - l. Waktu tinggal (*residence time*) gas di zona/ruang bakar kedua minimum 2 detik.
 - m. Alat incinerator yang ditawarkan sudah termasuk pelindung incinerator sesuai dengan yang dipersyaratkan pabrikan incinerator.
 - n. Membuat surat pernyataan kesanggupan membiayai uji laboratorium lingkungan terhadap emisi incinerator yang ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit dan diketahui oleh Gubernur/Bupati/Walikota minimal 1 tahun sekali dan melaporkannya ke Kementerian Kesehatan.
 - o. Membuat surat pernyataan kesanggupan menjaga agar emisi incinerator memenuhi Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 13 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Emisi Sumber Tidak Bergerak yang ditandatangani oleh RS dan diketahui oleh Gubernur/Bupati/Walikota sebelum Pekerjaan Pembangunan dimulai.
4. Persyaratan khusus alat penghancur jarum suntik dan *syringe* nya
- a. Alat ini mampu menghancurkan jarum suntik dan *syringenya*.
 - b. Alat penghancur jarum suntik dan *syringe* nya harus teregistrasi di Kementerian Kesehatan.
 - c. Hasil olahan alat maksimal 10,0 mm (lebih kecil hasil olahan lebih baik).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 62 -

- d. Kapasitas alat minimal dapat menghancurkan jarum suntik dan *syringe* nya 300 buah/jam.

5. Acuan

- a. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup.
- b. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 1999 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun.
- d. Keputusan Bapedal Nomor 03 Tahun 1995 tentang Persyaratan Teknis Pengolahan Limbah B3.
- e. Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 13 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Emisi Sumber Tidak Bergerak.
- f. Keputusan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 58 Tahun 1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair Bagi Kegiatan Rumah Sakit.
- g. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1204 Tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
- h. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1190 Tahun 2010 tentang Ijin Edar Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga.
- i. Pedoman Teknis Instalasi Pengolahan Air Limbah dengan Sistem Aerobik lumpur aktif pada fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2009.
- j. Pedoman Teknis Instalasi Pengolahan Air Limbah dengan Sistem Anaerob Aerob pada fasilitas Pelayanan Kesehatan tahun 2009.



- 63 -

BAB VI

MENU DAK BIDANG KESEHATAN TAHUN 2013 SUBBIDANG PELAYANAN KEFARMASIAN

Penyediaan dan pengelolaan obat terutama obat generik dan perbekalan kesehatan adalah bagian dari upaya untuk peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar, serta secara tidak langsung mendukung pelayanan kesehatan sekunder dan tersier dalam rangka percepatan penurunan angka kematian ibu dan anak, perbaikan status gizi masyarakat, pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, terutama untuk pelayanan kesehatan penduduk miskin dan penduduk di daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) serta Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).

Menu DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian Tahun 2013 ditujukan untuk mendukung pencapaian ketersediaan obat terutama obat generik dan vaksin di Kabupaten/Kota

A. Penyediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan

1. Persyaratan Umum

- a. Besaran alokasi DAK untuk Kabupaten/Kota dihitung berdasarkan biaya minimal obat perkapita penduduk miskin di Kabupaten/Kota dan biaya obat perkapita bagi seluruh penduduk Kabupaten/Kota dengan memperhatikan jumlah kunjungan Puskesmas.
- b. Penyediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan (Perbekkes) dari DAK meliputi obat generik, perbekalan kesehatan, reagensia dan vaksin skala Kabupaten/Kota (tidak termasuk penyediaan vaksin imunisasi dasar) yang digunakan untuk pelayanan kesehatan dasar (PKD) (termasuk Bufferstock Kabupaten/Kota). DAK dapat juga digunakan untuk mendukung pembiayaan APBN dalam rangka memenuhi kekurangan obat yang dibutuhkan dalam pelaksanaan Program Penanggulangan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), Program Gizi dan Kesehatan Ibu Anak (KIA), Program Prioritas Kementerian Kesehatan lainnya dan pada saat terjadi bencana/Kejadian Luar Biasa (KLB).



- 64 -

- c. Penyediaan obat, terutama obat generik, dan perbekkes dalam DAK Bidang Kesehatan TA 2013 Subbidang Pelayanan Kefarmasian dipergunakan sesuai dengan menu penyediaan obat dan perbekkes yang terdapat dalam Petunjuk Teknis DAK Bidang Kesehatan TA 2013. Bila ketersediaan obat dan perbekkes di masing-masing Kabupaten/Kota telah terpenuhi minimal selama 18 bulan, Kabupaten/Kota diperkenankan mengusulkan pengalihan alokasi DAK Penyediaan Obat dan Perbekkes ke kegiatan lainnya dengan batasan masih dalam satu Subbidang Pelayanan Kefarmasian dan dilaksanakan sesuai Petunjuk Teknis DAK Bidang Kesehatan TA 2013.
- d. Pengalihan alokasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam butir (c) harus dengan persetujuan Menteri Kesehatan cq Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- e. Pemerintah daerah Kabupaten/Kota harus menyediakan anggaran dari APBD Kabupaten/Kota untuk pengadaan obat dan perbekkes, biaya operasional, biaya distribusi obat dan perbekkes serta biaya lain terkait proses pengadaan obat dan perbekkes di Kabupaten/Kota.

2. Persyaratan Teknis

- a. Penyediaan obat terutama obat generik dan perbekkes di Kabupaten/Kota dilakukan setelah melalui penelaahan terhadap tingkat kesakitan (*morbidity*) dan tingkat kematian (*mortality*) akibat penyakit untuk mengetahui jenis obat dan perbekkes yang paling dibutuhkan.
- b. Penyediaan obat dan perbekkes hanya dapat digunakan untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Puskesmas Perawatan.
- c. Kabupaten/Kota membuat usulan penyediaan obat dan perbekkes sesuai daftar obat Pelayanan Kesehatan Dasar yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.
- d. Kabupaten/Kota membuat Surat Pernyataan Kesanggupan Pelaksanaan Pekerjaan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.



- 65 -

- e. Pemilihan jenis obat, perbekkes, reagensia dan vaksin skala Kabupaten/Kota (diluar imunisasi dasar) mengacu pada Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN) serta Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan perihal Daftar Obat dan Perbekalan Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar yang berlaku, kecuali Kepala Puskesmas mengajukan usulan kebutuhan obat di luar DOEN atau usulan kebutuhan jamu/obat tradisional (Obat Herbal Terstandar, Fitofarmaka) dengan mendapatkan persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- f. Proses penyediaan Obat Generik untuk kebutuhan obat di Pelayanan Kesehatan Dasar dilaksanakan melalui mekanisme *e-catalog* dan Perpres Nomor 70 Tahun 2012 tentang Perubahan Kedua atas Perpres No 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah. Sedangkan proses penyediaan Perbekalan Kesehatan, obat di luar DOEN dan Jamu/Obat Tradisional (Obat Herbal Terstandar, Fitofarmaka) dilaksanakan dengan mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 70 Tahun 2012.
- g. Proses penyediaan obat generik dan perbekkes agar memperhatikan dan mengacu pada Keputusan/Peraturan Menteri Kesehatan terkait Harga Obat, Vaksin dan Perbekalan Kesehatan untuk Pengadaan Pemerintah serta Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Teknis Penyediaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar dan peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku.
- h. Tata cara pengajuan Permohonan Rekomendasi Realokasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian Tahun 2013 adalah dengan mengirimkan Surat Permohonan Rekomendasi Realokasi Dana DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian Tahun 2013 yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan persetujuan Bupati/Walikota, ditujukan kepada Menteri Kesehatan cq Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan melampirkan dokumen pendukung sebagai berikut:
 - 1) Rincian Rencana Penggunaan DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA 2013;

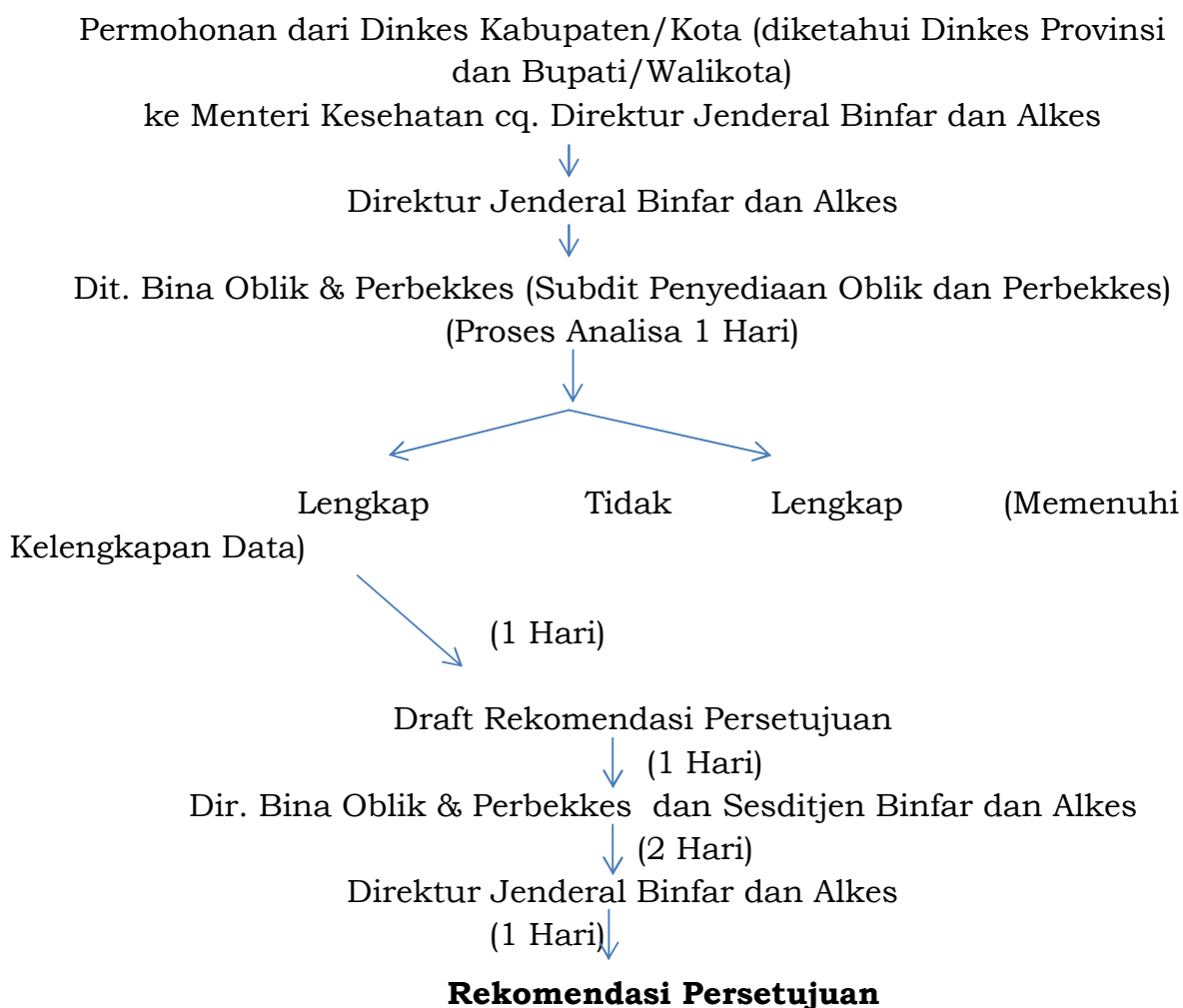


- 66 -

- 2) Tingkat Kecukupan Obat selama 18 bulan. Contoh format kecukupan obat sebagaimana tercantum dalam formulir 1 terlampir;
- 3) Rincian Anggaran Biaya (RAB) Pembangunan baru/Rehabilitasi Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota (IFK) dan/atau Penyediaan sarana pendukung IFK dan/atau Pembangunan baru Instalasi Farmasi (IF) Gugus Pulau/Satelit.

Contoh Surat Permohonan Rekomendasi Realokasi Dana DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian Tahun 2013 sebagaimana tercantum dalam formulir 2 terlampir.

ALUR PENGGAJUAN REKOMENDASI REALOKASI DAK SUBBIDANG PELAYANAN KEFARMASIAN TA 2013





- 67 -

B. Pembangunan Baru/Rehabilitasi dan/atau Penyediaan Sarana Pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota

1. Persyaratan Umum

- a. Rehabilitasi Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota
Kebutuhan akan rehabilitasi IFK diperuntukkan bagi IFK yang mengalami kerusakan berat dan spesifikasinya telah ditentukan oleh instansi berwenang.
- b. Perluasan Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota
Perluasan IFK diperuntukkan bagi IFK yang memiliki luas penyimpanan tidak mencukupi untuk menyimpan obat dan perbekkes yang dikelola.
- c. Pembangunan Baru Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota
 - 1) Kabupaten/Kota yang belum memiliki IFK
 - 2) Mempunyai lahan yang telah siap bangun (pembebasan, sertifikat tanah, pematangan lahan (pemerataan dan pemadatan) merupakan tanggung jawab pemerintah daerah) dengan luas minimal 700 M².
- d. Penyediaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota
Sarana pendukung IFK hanya diperuntukkan bagi Kabupaten/Kota dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Belum memiliki sarana pendukung tersebut
 - 2) Sarana pendukung yang ada telah rusak berat
 - 3) Kapasitas sarana pendukung yang ada tidak memadai (lebih kecil dari kebutuhan).

Pengadaan sarana pendukung IFK dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional serta kondisi dan letak geografis/topografi daerah.
- e. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menyediakan biaya operasional dan biaya pemeliharaan IFK.

2. Persyaratan Teknis

- a. Rehabilitasi dan Perluasan IFK
 - 1) Rehabilitasi dan Perluasan bangunan IFK disesuaikan dengan kebutuhan Kabupaten/Kota berupa luas serta volume obat dan perbekkes yang harus disediakan.



- 68 -

- 2) Kabupaten/Kota membuat usulan rehabilitasi dan perluasan pembangunan IFK dengan melampirkan *master plan*, gambar/*block plan*, *unit cost* (per M²) dan RAB. *Unit cost* masing-masing daerah ditetapkan oleh Dinas Pekerjaan Umum Pemerintah Daerah setempat dan ditandatangani oleh Kepala Dinas serta diketahui oleh Bupati/Walikota.
 - 3) Kabupaten/Kota membuat Surat Pernyataan Kesanggupan Pelaksanaan Pekerjaan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.
 - 4) Proses pengadaan rehabilitasi dan perluasan bangunan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku.
 - 5) Denah dan rencana rehabilitasi tata ruang/bangunan IFK agar memperhatikan fungsi sebagai sarana penyimpanan obat publik dan perbekkes serta mengacu pada Standar Sarana Dan Prasarana Di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- b. Pembangunan Baru IFK
- 1) Luas lahan dan bangunan disesuaikan dengan kebutuhan daerah berupa volume obat dan perbekkes yang akan disediakan (minimal luas lahan 700M² dan minimal luas bangunan 500M²).
 - 2) Kabupaten/Kota membuat usulan pembangunan dengan melampirkan *master plan*, gambar/*block plan*, *unit cost* (per M²) dan RAB. *Unit cost* masing-masing daerah ditetapkan oleh Dinas Pekerjaan Umum setempat dan ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota setempat.
 - 3) Kabupaten/Kota membuat Surat Pernyataan Kesanggupan Pelaksanaan Pekerjaan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.
 - 4) Proses pengadaan pembangunan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku.



- 69 -

- 5) Denah tata ruang
Rencana tata ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana penyimpanan obat publik dan perbekkes serta mengacu pada buku Standar Sarana dan Prasarana di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- c. Pengadaan Sarana Pendukung Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota
 - 1) Sarana pendukung IFK hanya diperbolehkan untuk:
 - a) Sarana penyimpan yaitu *Vaccine Cooler*, Refrigerator, *Generator Set*, *AC split*, *Hand Forklift*, Palet, Rak obat dan Perbekkes, Lemari Narkotika dan Psikotropika.
 - b) Sarana Distribusi Obat dan perbekkes yaitu Mobil *Box* Roda Empat yang spesifikasinya memperhatikan kebutuhan distribusi dan kesesuaian geografis wilayah.
 - c) Sarana Pengamanan yaitu Alarm, Tabung Pemadam Kebakaran (alat pemadam api ringan (APAR)), Pagar dan Teralis.
 - d) Sarana Pengolah data yaitu Komputer (PC), Printer, perangkat konektivitas jaringan internet berupa modem serta *Uninterruptable Power Supply* (UPS).
 - e) Sarana Telekomunikasi, yaitu Mesin Faksimili
 - 2) Kabupaten/Kota Membuat usulan pengadaan sarana pendukung IFK dengan melampirkan RAB dan *unit cost* yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.
 - 3) Kabupaten/Kota membuat Surat Pernyataan Kesanggupan Pelaksanaan Pengadaan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.
 - 4) Proses pengadaan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku.
 - 5) Pengadaan sarana pendukung IFK disesuaikan dengan kebutuhan serta mengacu pada Standar Sarana Dan Prasarana Di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota.



- 70 -

C. Pembangunan Baru Instalasi Farmasi Gugus Pulau/ Satelit dan Penyediaan Sarana Pendukungnya

1. Persyaratan Umum

- a. Pembangunan Instalasi Farmasi Gugus Pulau diperuntukkan kepada Kabupaten/Kota dengan wilayah yang terdiri dari kepulauan
- b. Pembangunan Instalasi Farmasi Satelit diperuntukkan kepada Kabupaten/Kota yang memiliki wilayah luas dan lokasi Puskesmas sulit dijangkau.
- c. Mempunyai lahan yang telah siap bangun (pembebasan, sertifikat tanah, pematangan lahan (pemerataan dan pemadatan) merupakan tanggung jawab pemerintah daerah) dengan luas minimal 300 M²
- d. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menyediakan biaya operasional dan pemeliharaan Instalasi Farmasi Gugus Pulau/Satelit.
- e. Pengadaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Gugus Pulau/Satelit dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan, pertimbangan operasional serta kondisi dan letak geografis/topografi daerah.

2. Persyaratan Teknis

- a. Pembangunan Baru Instalasi Farmasi Gugus Pulau/Satelit
 - 1) Luas lahan dan bangunan disesuaikan dengan kebutuhan daerah berupa volume obat dan perbekkes yang akan disediakan (minimal luas lahan 300M² dan minimal luas bangunan 100M²).
 - 2) Kabupaten/kota membuat usulan pembangunan dengan melampirkan master plan, gambar/block plan, *unit cost* (per M²) dan RAB. *Unit cost* masing-masing daerah ditetapkan oleh Dinas PU Pemda setempat dan ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota setempat
 - 3) Kabupaten/Kota membuat Surat Pernyataan Kesanggupan Pelaksanaan Pekerjaan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.



- 71 -

- 4) Proses pengadaan pembangunan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku.
 - 5) Denah tata ruang
Rencana tata ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai sarana penyimpanan obat publik dan perbekkes.
- b. Pengadaan Sarana Pendukung Instalasi Farmasi Gugus Pulau/Satelit
- 1) Sarana pendukung Instalasi Farmasi hanya diperbolehkan untuk:
 - Sarana penyimpan yaitu *Vaccine Cooler, Refrigerator, Generator Set, AC split, Hand Forklift*, Palet, Rak obat dan Perbekkes, Lemari Narkotika dan Psikotropika
 - Sarana Distribusi Obat.
 - Sarana Pengamanan yaitu Alarm, Tabung Pemadam Kebakaran (APAR), Pagar dan Teralis
 - Sarana Pengolah data yaitu Komputer (PC), *Printer*, perangkat konektivitas jaringan internet berupa modem dan UPS.
 - Sarana Telekomunikasi, yaitu Mesin Faksimili
 - 2) Kabupaten/Kota membuat usulan pengadaan sarana pendukung Instalasi Farmasi dengan melampirkan RAB dan *unit cost* yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.
 - 3) Kabupaten/Kota membuat Surat Pernyataan Kesanggupan Pelaksanaan Pengadaan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui oleh Bupati/Walikota.
 - 4) Proses pengadaan harus mengacu kepada peraturan perundang-undangan serta aturan perubahan dan aturan turunannya yang berlaku.
 - 5) Pengadaan sarana pendukung Instalasi Farmasi Gugus Pulau/Satelit disesuaikan dengan kebutuhan.
3. Acuan
- a. Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN) yang berlaku.
 - b. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Harga Obat Generik yang berlaku.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 72 -

- c. Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar.
- d. Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan perihal Daftar Obat dan Perbekalan Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar yang berlaku.
- e. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Harga Alat Kesehatan yang berfungsi sebagai obat bagi pelayanan program kesehatan pemerintah.
- f. Keputusan Menteri Kesehatan tentang harga Serum dan Vaksin Program Imunisasi.
- g. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Harga Pengadaan Obat anti Tuberkolosis-FDC.
- h. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Harga Perbekalan Kesehatan dan Obat Gigi yang berlaku.
- i. Standar Sarana dan Prasarana di Instalasi Farmasi Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- j. Peraturan Kepala Badan Pengawas dan Obat dan Makanan Nomor HK.00.05.41.1384 tentang Kriteria dan Tata Laksana Pendaftaran Obat Tradisional, Obat Herbal Terstandar dan Fitofarmaka.



- 73 -

BAB VII

PEMANTAUAN, EVALUASI DAN PELAPORAN

A. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan DAK Bidang Kesehatan TA 2013 merupakan suatu kegiatan untuk memastikan pelaksanaan DAK Bidang Kesehatan di Provinsi/Kabupaten/Kota tepat waktu dan tepat sasaran sesuai dengan penetapan alokasi DAK Bidang Kesehatan TA 2013 dan Petunjuk Teknis DAK Bidang Kesehatan Tahun 2013. Selain itu pemantauan untuk mengidentifikasi permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan DAK Bidang Kesehatan TA 2013, yang nantinya digunakan untuk perbaikan perencanaan dan pelaksanaan DAK Bidang Kesehatan Tahun 2014.

Ruang lingkup pemantauan hanya pada aspek teknis, meliputi: kesesuaian antara kegiatan DAK Bidang Kesehatan dengan usulan kegiatan yang ada dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), kesesuaian pemanfaatan DAK Bidang Kesehatan dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran – Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) dengan petunjuk teknis dan pelaksanaan di lapangan, serta realisasi waktu pelaksanaan, lokasi, dan sasaran pelaksanaan dengan perencanaan.

Pemantauan DAK bidang kesehatan dilakukan dengan 3 (tiga) cara, yaitu:

1. *Review* atas laporan triwulan yang disampaikan oleh Gubernur/Bupati/Walikota dan Dinas Kesehatan Provinsi setiap akhir triwulan sesuai dengan format laporan.
2. Kunjungan lapangan.
3. Forum koordinasi untuk menindaklanjuti hasil *review* laporan dan atau kunjungan lapangan.

Evaluasi DAK Bidang Kesehatan merupakan evaluasi terhadap pemanfaatan DAK Bidang Kesehatan untuk memastikan pelaksanaan DAK Bidang Kesehatan bermanfaat bagi masyarakat di Provinsi/Kabupaten/Kota mengacu pada tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan pembangunan nasional serta sebagai masukan untuk penyempurnaan kebijakan dan pengelolaan DAK Bidang Kesehatan yang meliputi aspek perencanaan, pengalokasian, pelaksanaan, dan pemanfaatan DAK ke depan.



- 74 -

Ruang lingkup evaluasi pemanfaatan DAK Bidang Kesehatan meliputi pencapaian sasaran kegiatan DAK berdasarkan *input*, proses, *output* sejauh mana bila memungkinkan sampai *outcome* dan *impact*.

Evaluasi DAK Bidang Kesehatan dilakukan dengan 3 (tiga) cara yaitu:

1. *Review* atas laporan akhir yang disampaikan oleh Gubernur/Bupati/Walikota setiap akhir tahun. Contoh penyusunan laporan akhir sebagaimana tercantum dalam formulir 5 terlampir.
2. Studi evaluasi.
3. Forum koordinasi untuk menindaklanjuti hasil pemantauan dan atau evaluasi pemanfaatan DAK Bidang Kesehatan.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan oleh Organisasi Pelaksana dan atau Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota sesuai dengan petunjuk teknis dalam Surat Edaran Bersama (SEB) Menteri Negara PPN/Kepala Bappenas, Menteri Keuangan, dan Menteri Dalam Negeri Tahun 2008 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pemantauan Teknis Pelaksanaan dan Evaluasi Pemanfaatan DAK.

B. PELAPORAN

Kepala SKPD penerima DAK Bidang Kesehatan TA 2013 sebagai penanggung jawab anggaran sarana pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan pelayanan kefarmasian harus menyampaikan laporan triwulan yang memuat pelaksanaan kegiatan dan penggunaan DAK kepada:

1. Menteri Kesehatan
2. Menteri Dalam Negeri
3. Menteri Keuangan

Penyampaian laporan triwulan pada kegiatan DAK Bidang Kesehatan TA 2013 dilakukan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari setelah triwulan yang bersangkutan berakhir (Maret, Juni, September dan Desember).

1. JENIS PELAPORAN

Laporan dari kegiatan pemantauan teknis pelaksanaan DAK Bidang Kesehatan terdiri:



- 75 -

- a. Laporan triwulan, yang disampaikan selambat-lambatnya 14 hari setelah akhir triwulan berakhir. Contoh laporan triwulan sebagaimana tercantum dalam formulir 3 dan formulir 4 terlampir;
- b. Laporan penyerapan DAK disampaikan kepada Menteri Keuangan berdasarkan PMK Nomor 126/PMK.07/2011 tentang Pelaksanaan dan Pertanggungjawaban Anggaran Transfer ke daerah dan PMK Nomor 209/PMK.07/2011 tentang Pedoman Umum dan Alokasi Dana Alokasi Khusus Tahun Anggaran 2013;
- c. Laporan akhir merupakan laporan pelaksanaan akhir tahun, yang disampaikan dua bulan setelah tahun anggaran berakhir. Contoh laporan akhir sebagaimana tercantum dalam formulir 5 terlampir.

2. ALUR PELAPORAN

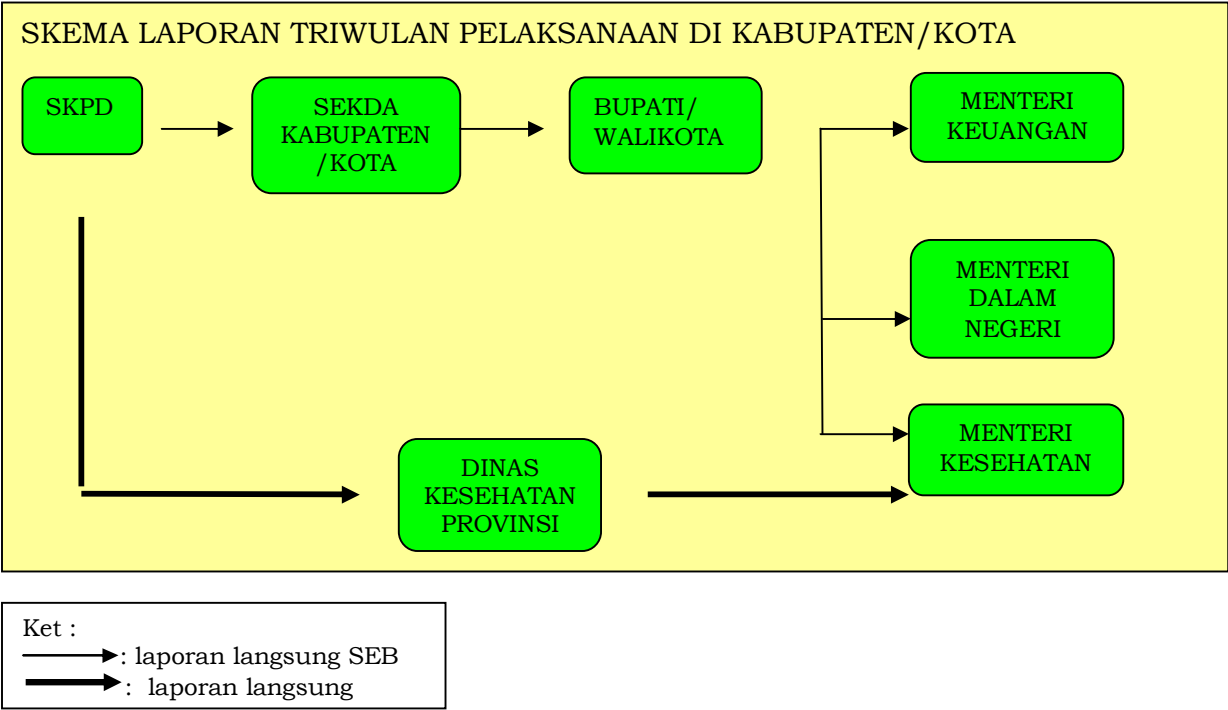
Pelaksanaan pelaporan triwulan baik tingkat Kabupaten/Kota maupun tingkat provinsi disampaikan dari SKPD kepada sekretaris daerah, dan selanjutnya sekretaris daerah melakukan kompilasi terhadap laporan SKPD tersebut (SEB Tahun 2008 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pemantauan Teknis Pelaksanaan dan Evaluasi Pemanfaatan DAK).

Pelaporan triwulan lainnya sesuai dengan Petunjuk Teknis DAK tahun 2013, SKPD Kabupaten/Kota/Provinsi menyampaikan laporan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan selanjutnya Dinas Kesehatan Provinsi melakukan kompilasi terhadap laporan SKPD tersebut.

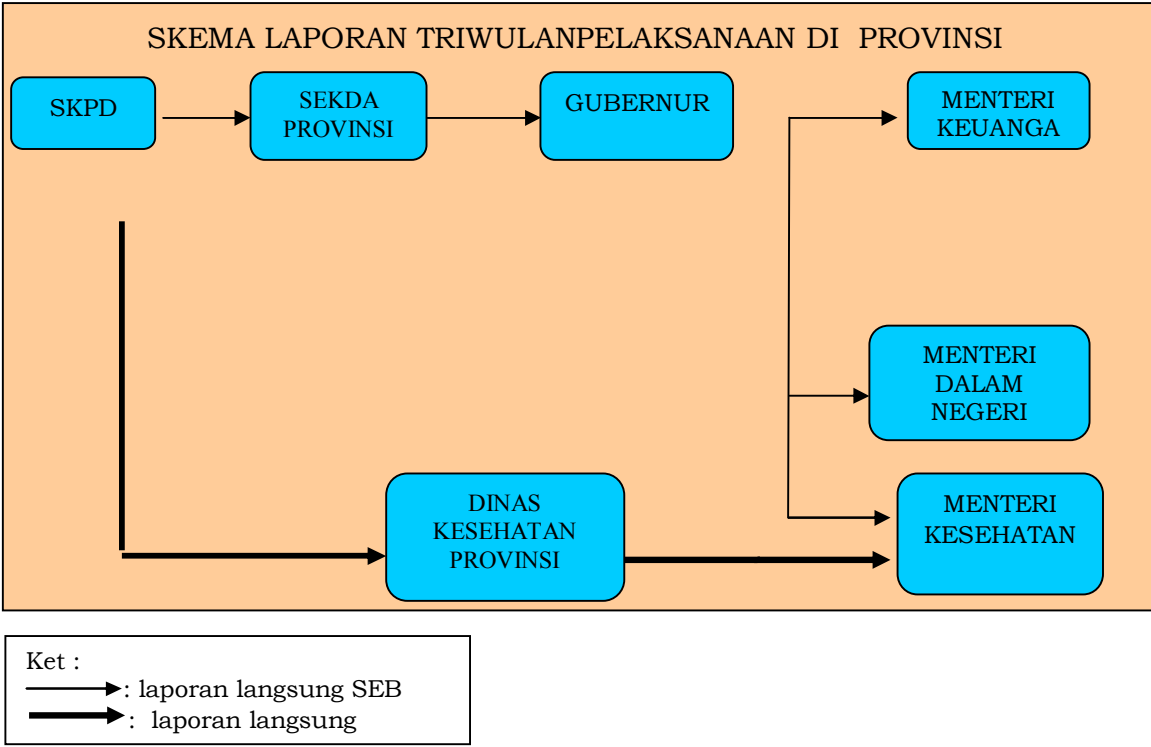
Laporan triwulan selanjutnya dikirimkan kepada Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan u.p Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan.

Laporan triwulan tingkat Kabupaten/Kota dan tingkat provinsi, sesuai dengan SEB tahun 2008 dan Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Bidang Kesehatan Tahun 2013 disampaikan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari setelah triwulan yang bersangkutan berakhir.

Bagan 1. Alur Laporan Triwulan di Tingkat Kabupaten/Kota



Bagan 2. Alur Laporan triwulan di tingkat Propinsi





- 77 -

BAB VIII

PENUTUP

Petunjuk Teknis ini dibuat untuk dijadikan acuan penggunaan DAK Bidang Kesehatan TA 2013 yang diarahkan untuk kegiatan yang dapat meningkatkan daya jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat di Provinsi/Kabupaten/Kota terutama daerah dengan derajat kesehatan yang belum optimal sehingga warga masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan bermutu.

Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Bidang Kesehatan 2013 ini merupakan pilihan kegiatan bagi tiap subbidangnya. Dimana tiap subbidang pelayanan kesehatan dasar, subbidang pelayanan kesehatan rujukan dan subbidang pelayanan kefarmasian masing-masing mempunyai beberapa pilihan kegiatan di tiap subbidangnya dan tidak diperkenankan adanya pengalihan anggaran dan kegiatan antar subbidang karena adanya keterikatan dengan Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2013 dan Undang-Undang APBN 2013.

Kegiatan-kegiatan yang bisa didanai dari DAK Bidang Kesehatan 2013 ini sebagaimana diuraikan di atas sifatnya adalah pilihan. Kepala Daerah bisa memilih satu atau lebih kegiatan sesuai prioritas daerah. Pemilihan kegiatan DAK Bidang kesehatan seharusnya merupakan bagian program jangka menengah sesuai Renstra Daerah dan Renstra Kementerian Kesehatan.

Selanjutnya dalam pelaksanaan kegiatannya agar disinergikan dengan kegiatan yang bersumber dari pendanaan lainnya (seperti dana tugas pembantuan, APBD kabupaten/kota dan sumber lainnya) sehingga lebih berdaya guna dan berhasil guna.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NAFSIAH MBOI

FORMULIR 1

CONTOH FORMAT PERSENTASE KETERSEDIAAN OBAT DAN VAKSIN

FORMAT PERSENTASE KETERSEDIAAN OBAT DAN VAKSIN DI KAB.....
BULAN 2013

NO	NAMA OBAT	KEMASAN	KEBUTUHAN TAHUN 2013	PEMAKAIAN BULANs.d.....	SISA STOK PER.....2013	JUMLAH OBAT DAN VAKSIN	% KETERSEDIAAN
1	2	3	4	5	6	7=5+6	8=7/4
1	Alopurinol tablet 100 mg	100 tablet/strip/ blister, kotak					
2	Aminofilin tablet 200 mg	100 tablet / botol					
3	Aminofilin injeksi 24 mg/ml	30 ampul / kotak					
4	Amitripilin tablet salut 25 mg (HCL)	100 tablet/strip/ blister, kotak					
5	Amoksisilin kapsul 250 mg	120 kapsul/strip/ blister, kotak					
6							
7							
...							
dst							
	VAKSIN						
...	BCG						
...	T T						
...	D T						
...	CAMPAK 10 Dosis						
...	POLIO 10 Dosis						
...							
...							
dst							
			TOTAL				

- Keterangan:
- 1. Kebutuhan adalah persediaan ideal selama satu tahun dengan penghitungan pemakaian rata-rata per bulan tahun sebelumnya x 18 bulan (12 bulan kebutuhan, 3 bulan cadangan/buffer stok, dan 3 bulan lead time pengadaan)
 - 2. Sisa stok adalah jumlah fisik obat dan vaksin yang ada di IFK di akhir periode tertentu
 - 3. Jumlah Obat dan Vaksin yang tersedia di IFK adalah : Sisa stok + total penggunaan selama periode tertentu
 - 4. Untuk triwulan I sisa stok per 31 Maret, Pemakaian dari awal Bulan Januari sampai dengan akhir Maret
 - 5. Untuk triwulan II sisa stok per 30 Juni, Pemakaian dari awal Bulan Januari sampai dengan akhir Juni
 - 6. Untuk triwulan III sisa stok per 30 September, Pemakaian dari awal Bulan Januari sampai dengan akhir September
 - 7. % Ketersediaan Obat dan Vaksin di IFK = jumlah obat dan vaksin yang tersedia / kebutuhan x 100%

Contoh Surat Permohonan Rekomendasi Realokasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA 2013

Nomor : Januari 2013
Lampiran : Satu berkas
Hal : Permohonan Rekomendasi
Realokasi DAK Subbidang
Pelayanan Kefarmasian TA 2013

Yang terhormat,
Menteri Kesehatan
c.q Dirjen Binar dan Alkes
di
Tempat

Sehubungan dengan adanya Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan TA 2013, Kabupaten mendapatkan alokasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian sebesar Rp. Setelah dilakukan perhitungan perencanaan kebutuhan obat sampai persediaan 18 bulan ke depan, dibutuhkan dana sebesar Rp., sehingga terdapat sisa alokasi sebesar Rp.....

Untuk itu bersama ini kami mengajukan permohonan rekomendasi pengalihan sisa dana DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian sebesar Rp. dengan rincian sebagai berikut :

- 1. Rehabilitasi IFK = Rp.
- 2. Pengadaan sarana dan prasarana IFK = Rp.

Adapun bersama ini kami lampirkan data dukung sebagaimana berikut :

- 1. Tingkat kecukupan obat selama 18 bulan
- 2. RAB Pembangunan baru/Rehabilitasi IFK dan/atau Penyediaan sarana pendukung IFK dan/atau Pembangunan baru IF Gugus Pulau/Satelit

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan,

Nama
NIP

- Tembusan:
- 1. Bupati/Walikota Kab.
 - 2. Kadinkes Propinsi

LAPORAN REALISASI PENGGUNAAN DAK BIDANG KESEHATAN TA 2013
SARANA PELAYANAN KESEHATAN DASAR DAN PELAYANAN KEFARMASIAN TRIWULAN I/II/III/IV *

Kabupaten/Kota :

Provinsi :

[illegible]

No	Jenis Kegiatan	Perencanaan Kegiatan					Pelaksanaan Kegiatan						Permasalahan	
		Jumlah	Satuan	Jumlah			Jml	Satuan	Realisasi		Kesesuaian antara DPA-SKPD dengan Juknis		Kode Masalah **)	Upaya Pemecahan Masalah yang diharapkan
				DAK (Rp. Juta)	Pendamping (Rp. Juta)	Total (Rp. Juta)			Keuangan (%)	Fisik (%)	Ya	Tidak		
1	2	3	4	5			6	7	8	9	10		11	12
	Penyediaan sarana Pendukungnya													
	Total													

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan Prov.

Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota

Nama
NIP

Nama
NIP

Petunjuk pengisian :

- ✓ Kolom 2 diisi dengan jenis kegiatan sesuai dengan juknis
 - ✓ Kolom 3 diisi dengan jumlah kegiatan pada sarana dan prasarana kesehatan.
 - ✓ Kolom 4 diisi dengan satuan dari kolom 3.
 - ✓ Kolom 5 diisi dengan besarnya alokasi DAK Bidang Kesehatan (termasuk pendamping) untuk masing-masing kegiatan.
 - ✓ Kolom 6 diisi dengan jumlah kegiatan yang terealisasi pada sarana dan prasarana kesehatan.
 - ✓ Kolom 7 diisi dengan satuan dari kolom 6
 - ✓ Kolom 8 diisi dengan realisasi penggunaan DAK (termasuk pendamping) untuk masing-masing kegiatan sampai dengan triwulan I/II/III/IV *).
 - ✓ Kolom 9 diisi dengan persentase fisik sampai dengan triwulan I/II/III/IV *).
 - ✓ Kolom 10 diisi dengan Kesesuaian antara DPA-SKPD dengan Juknis
 - ✓ Kolom 11 diisi dengan kode masalah dibawah ini: Kode Masalah **)
 - 1 Permasalahan terkait dengan Peraturan Menteri Keuangan (PMK)
 - 2 Permasalahan terkait dengan petunjuk teknis
 - 3 Permasalahan terkait dengan Rencana Kerja dan Anggaran (SKPD)
 - 4 Permasalahan terkait dengan DPA-SKPD
 - 5 Permasalahan terkait dengan SK Penetapan Pelaksanaan Kegiatan
 - 6 Permasalahan terkait dengan Pelaksanaan Tender Pekerjaan Kontrak
 - 7 Permasalahan terkait dengan Persiapan Pekerjaan Swakelola
 - 8 Permasalahan terkait dengan Penerbitan SP2D
 - 9 Permasalahan terkait dengan Pelaksanaan Pekerjaan Kontrak
- Permasalahan terkait dengan Pelaksanaan Pekerjaan Swakelo

LAPORAN REALISASI PENGGUNAAN DANA ALOKASI KHUSUS BIDANG KESEHATAN TAHUN 2013
SARANA PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TRIWULAN I/II/III/IV *)

Provinsi :
Kabupaten/Kota :

No	Jenis Kegiatan	Perencanaan Kegiatan			Pelaksanaan Kegiatan								Permasalahan	
		Jml	Sat	Jumlah	Juml		jml	Sat	Realisasi		Kesesuaian antara DPA-SKPD dengan Juknis		Masalah	Upaya Pemecahan Masalah yang diharapkan
				DAK (Rp. Juta)	Pendamping (Rp. Juta)	Total (Rp. Juta)			Keuangan (%)	Fisik (%)	Ya	Tidak		
1	2	3	4	5			6	7	8	9	10		11	12
1	Fasilitas TT Kelas III a. Pembangunan baru b. Rehabilitasi c. TT set Peralatan													
2	PONEK RS a. Pembangunan baru b. Rehabilitasi ruang maternal/ neonatal c. Peralatan PONEK RS													
3	IGD RS a. Penyesuaian Bangunan IGD RS b. Peralatan IGD RS													
4	UTDRS/BDRS a. Pembangunan Baru UTD di RS b. Peralatan UTD di RS c. BDRS													
	Total													

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

Nama
NIP

Direktur RS

Nama
NIP

Petunjuk pengisian :

- ✓ Kolom 2 diisi dengan jenis kegiatan sesuai dengan juknis (untuk pengadaan peralatan laboratorium Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota disebutkan jenis peralatan yang diperoleh)
- ✓ Kolom 3 diisi dengan jumlah kegiatan pada sarana dan prasarana kesehatan.
- ✓ Kolom 4 diisi dengan satuan dari kolom 3.
- ✓ Kolom 5 diisi dengan besarnya alokasi DAK Bidang Kesehatan (termasuk pendamping) untuk masing-masing kegiatan.
- ✓ Kolom 6 diisi dengan jumlah kegiatan yang terealisasi pada sarana dan prasarana kesehatan.
- ✓ Kolom 7 diisi dengan satuan dari kolom 6
- ✓ Kolom 8 diisi dengan realisasi penggunaan DAK (termasuk pendamping) untuk masing-masing kegiatan sampai dengan triwulan I/II/III/IV *).
- ✓ Kolom 9 diisi dengan persentase fisik sampai dengan triwulan I/II/III/IV *).
- ✓ Kolom 10 diisi dengan Kesesuaian antara DPA-SKPD dengan Juknis
- ✓ Kolom 11 diisi dengan kode masalah dibawah ini:

Kode Masalah

1. Permasalahan terkait dengan Peraturan Menteri Keuangan (PMK)
2. Permasalahan terkait dengan petunjuk teknis
3. Permasalahan terkait dengan Rencana Kerja dan Anggaran (SKPD)
4. Permasalahan terkait dengan DPA-SKPD
5. Permasalahan terkait dengan SK Penetapan Pelaksanaan Kegiatan
6. Permasalahan terkait dengan Pelaksanaan Tender Pekerjaan Kontrak
7. Permasalahan terkait dengan Persiapan Pekerjaan Swakelola
8. Permasalahan terkait dengan Penerbitan SP2D
9. Permasalahan terkait dengan Pelaksanaan Pekerjaan Kontrak
10. Permasalahan terkait dengan Pelaksanaan Pekerjaan Swakelola

SISTEMATIKA
LAPORAN AKHIR DANA ALOKASI KHUSUS

- I. PENDAHULUAN
 - a. Latar belakang
 - b. Tujuan penulisan laporan
- II. HASIL PELAKSANAAN DAK
 - a. Umum
 - b. Per bidang DAK
- III. PERMASALAHAN DAN KENDALA PELAKSANAAN DAK
 - a. Umum
 - i. Perencanaan
 - ii. Penganggaran
 - iii. Pelaksanaan
 - iv. Pemantauan, dan
 - v. Evaluasi
 - b. Khusus
 - i. Keberadaan dan peran tim koordinasi
 - ii. Proses dan mekanisme koordinasi
 - c. Per bidang DAK
- IV. PENUTUP
 - a. Saran dan masukan daerah
 - b. Rekomendasi kebijakan untuk pemerintah pusat