

UPT PUSKESMAS

Kepada Yth :
Kepala DPMPTSP Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
di -

Bandung

REKOMENDASI

Nomor :

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
NIP :
Pangkat / Gol :
Jabatan :

Dengan ini menerangkan bahwa setelah melakukan pemeriksaan setempat kepada :

Nama Klinik :
Alamat Klinik : Jl
RT/RWKelurahan
Kecamatan
Wilayah Kerja Puskesmas
TeleponKode Pos

Dengan ini menyatakan bahwa fasilitas kesehatan tersebut diatas :

1. Memenuhi persyaratan dan dapat direkomendasikan untuk diberikan Surat Izin Klinik.
2. Tidak memenuhi persyaratan untuk diberikan rekomendasi Surat Izin Klinik.
Analisa Pemeriksaan Klinik terlampir.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung,

Kepala UPT. Puskesmas
.....

.....
NIP.

INSTRUMEN PEMERIKSAAN PENYELENGGARAAN KLINIK PRATAMA

Nama Klinik Pratama :

Alamat Klinik Pratama :

Nama Pemilik :

Dr Penanggung Jawab :

Tanggal Pemeriksaan :

I. Sarana

No	Jenis Ruangan	Yang Ada	Rawat Jalan	Rawat Inap/24 jam
1.	Ruang Pendaftaran/Ruang Tunggu		12 m ²	12 m ²
2.	Ruang Konsultasi dan Pemeriksaan		9 m ²	9 m ²
3.	Ruang Administrasi		9 m ²	9 m ²
4.	Ruang Tindakan		9 m ²	9 m ²
5.	Ruang Pojok ASI		3 m ²	3 m ²
6.	Ruang Obat dan BHP		9 m ²	9 m ²
7.	Kamar Mandi/WC		+ (karyawan, Staf), L/P terpisah	+, dan disetiap kamar Ruang rawat Inap
8.	Ruang Rawat Inap		-	5 – 10 TT
10.	Ruang Laboratorium		+/-	+
11.	Dapur		+/-	+
12.	Mobil Ambulans		+/-	+

II. Bangunan

No	Persyaratan	Yang ada
1	Bangunan Klinik harus bersifat permanen dan tidak bergabung fisik bangunannya dengan tempat tinggal perorangan, kecuali apartemen, rumah toko, rumah kantor, rumah susun, dan bangunan yang sejenis.	

III. Prasarana

No	Jenis Ruangan	Yang ada	Standar
1.	Halaman Parkir :		<ul style="list-style-type: none"> - Bersih - Tidak berdebu - Tersedia tempat sampah yang cukup
2.	Setiap Ruangan		<ul style="list-style-type: none"> - Lantai; bersih, kuat, kedap air, rata, tidak licin, mudah dibersihkan - Dinding; rata, bersih, berwarna terang dan mudah dibersihkan - Atap ; Bebas serangga/tikus, tdk bocor, terbuat dari bahan yg kuat - Langit – langit : Tinggi 2,7 - 3 m dari lantai
3.	Kamar mandi		Letak tidak berhubungan langsung dengan ruang konsultasi & ruang tindakan.
4.	Dapur		Dilengkapi dgn sungkup /cerobong asap
4.	Instalasi Listrik		<ul style="list-style-type: none"> • Tersedia Listrik yg tersedia minimal 4500 watt dan 11.000 watt utk rawat inap • Tersedia Generator listrik portable 200-500 watt • Tersedia Generator listrik 2000-5000 watt untuk klinik rawat inap

5.	Instalasi Sanitasi a. Penyediaan air b. Pembuangan sampah c. Penanganan limbah		Tersedia air mengalir bersih atau air yang telah diolah sehingga aman digunakan Tersedia tempat sampah yang kuat, tahan karat, Kedap air, dg penutup, dan kantong Plastik dg warna & lambang sesuai Dilakukan pengolahan melalui instalasi pengolahan limbah.
6.	Pencegahan dan penanggulangan kebakaran;		Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) dapat berupa tabung jinjing, gendong maupun beroda
7.	Sistem tata udara Sistem pencahayaan;		Suhu udara disetiap ruangan 26-27 ° C (dg AC) atau suhu kamar Pencayaan disetiap ruangan diharapkan dapat memenuhi ; a. Ventilasi; minimal 15% luas lantai b. Pencahayaan 100-200 lux
8.	Sistem Gas medis		Penyediaan gas medis di klinik pratama dilakukan melalui tabung gas medis lengkap 1 (satu) buah slang (tubing), 1 (satu) buah masker (nasal), 1 (satu) buah kunci regulator dan kunci tabung, 1 (satu) dengan trolley (dorongan).

Kesimpulan : (coret salah satu)

1. Sarana : Sesuai/tidak sesuai standar
2. Bangunan : Sesuai/tidak sesuai standar
3. Prasarana : Sesuai/tidak sesuai standar

Saran :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rekomendasi : (pilih salah satu)

1. Memenuhi persyaratan dan dapat direkomendasikan untuk diberikan Surat Izin Klinik.
2. Tidak memenuhi persyaratan untuk diberikan rekomendasi Surat Izin Klinik.

Mengetahui
Pemilik/Penanggung Jawab Klinik

Petugas Pemeriksa

(.....)

1.....

2.....