

SELF ASSESMENT KLINIK
DALAM RANGKA PEMENUHAN PERSYARATAN MINIMAL SESUAI STANDAR

Yang bertanda tangan di bawah ini:

- 1. Nama :
- 2. Jabatan : Kepala Klinik
- 3. Ponsel :
- 4. Email :

Dengan ini menyampaikan hasil *self assessment* Klinik dalam rangka pemenuhan persyaratan minimal sesuai standar untuk :

- 1. Nama Klinik : Klinik
- 2. Kode Registrasi :
- 3. Kemampuan Pelayanan : Pratama / Utama *coret salah satu
- 4. Penyelenggaraan Pelayanan : Rawat Jalan / Rawat Inap * coret salah satu
- 5. Alamat Lengkap Klinik : Jalan
- 6. Telp Klinik :
- 7. Email Klinik :

Adalah sebagai berikut :

A. Waktu Pelayanan Klinik

Hari	Buka Klinik (√)		Jam Pelayanan Klinik
	Ya	Tidak	
Senin			Pukul s/d Pukul
Selasa			Pukul s/d Pukul
Rabu			Pukul s/d Pukul
Kamis			Pukul s/d Pukul
Jum'at			Pukul s/d Pukul
Sabtu			Pukul s/d Pukul
Minggu			Pukul s/d Pukul

B. Rincian Pelayanan Klinik

No	Kriteria Assesment	Hasi Self Assesment (√)		Keterangan
		Ada	Tidak	
Pelayanan Promotif dan Preventif				
1	KIE kepada pasien dan keluarga			
2	Konseling medik			
3	Deteksi dini/ skrining			
4	Kegiatan yang mendukung program prioritas nasional			Sebutkan jenisnya: (1) (2) (3)
Pelayanan Kuratif dan Rehabilitatif				
5	Pelayanan medik dasar			

6	Pelayanan medik spesialitik dan/atau subspesialistik			Sebutkan jenisnya: (1) (2) (3)
7	Pelayanan medik gigi dasar			
8	Pelayanan medik gigi spesialitik dan/atau subspesialistik			Sebutkan jenisnya: (1) (2) (3)
9	Pelayanan kegawatdaruratan medis			

No	Kriteria Assesment	Hasi Self Assesment (√)		Keterangan
		Ada	Tidak	
10	Pelayanan rujukan			
11	Pelayanan <i>home care</i>			
12	Pelayanan persalinan/ kebidanan			
13	Pelayanan keperawatan			
14	Pelayanan gizi			
15	Pelayanan rehabilitasi medik			Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang terlibat : (1) (2)
16	Pelayanan rehabilitasi medik pecandu NAPZA			Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang terlibat : (1) (2)
17	Pelayanan kefarmasian			Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang terlibat : (1) (2)
18	Pelayanan laboratorium			Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang terlibat : (1) (2)
19	Pelayanan radiologi			Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang terlibat : (1) (2)
20	Pelayanan sterilisasi			

C. Pemenuhan Persyaratan Sarana: Bangunan Klinik

No	Kriteria Assesment	Hasi Self Assesment (√)	
		Ya	Tidak
1	Lokasi Klinik mudah diakses, paling sedikit oleh 1 (satu) unit kendaraan roda 4 (empat)		
2	Struktur bangunan kuat, kokoh, dan stabil dalam menahan beban/ kombinasi beban dan layak untuk kebutuhan pelayanan		

3	Bangunan Klinik harus bersifat permanen		
4	Bagi Klinik yang terletak di tempat tinggal perorangan, apartemen, perkantoran, rumah toko, rumah susun, pusat perbelanjaan, dan bangunan lain yang sejenis harus memenuhi persyaratan : a. Pintu masuk Klinik harus terpisah dengan pintu masuk ke ruangan lain, diluar pelayanan Klinik; b. Ruangan Klinik tidak boleh bergabung dengan ruangan lain yang bukan merupakan bagian Klinik. c. Tersedia fasilitas umum yang memadai, dapat bergabung dengan tempat tinggal perorangan, apartemen, perkantoran, rumah toko, rumah susun, pusat perbelanjaan.		

No	Kriteria Assesment	Hasi Self Assesment (√)	
		Ya	Tidak
5	Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang paripurna, fasilitas pelayanan kesehatan lain dapat bergabung dalam satu bangunan dengan Klinik sepanjang memenuhi standar usaha kegiatan dan memperoleh perizinan berusaha masing-masing sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan, dengan ketentuan : a. Fasilitas pelayanan kesehatan lain tersebut berupa : 1) apotek; 2) laboratorium medis, dan 3) optikal. b. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus memiliki struktur organisasi dan sumber daya manusia yang terpisah. c. Untuk klinik rawat inap, penyelenggaraan pelayanan laboratorium di klinik dapat melalui kerja sama dengan laboratorium medis yang berada dalam satu bangunan dengan klinik. d. Untuk klinik rawat inap, penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di klinik dapat melalui kerja sama dengan apotek yang berada dalam satu bangunan dengan klinik. e. Ruangan, prasarana, dan peralatan yang bersifat umum (nonteknis) dapat digunakan secara bersama, misalnya: ruang pendaftaran, ruang tunggu, kamar mandi/wc, ruang ASI		
6	Bangunan Klinik harus memperhatikan fungsi keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan kesehatan dan keselamatan bagi semua orang termasuk menyediakan fasilitas dan aksesibilitas bagi penyandang disabilitas, anak-anak dan lanjut usia		
7	Komponen bangunan dan material harus kuat dan layak sesuai dengan kebutuhan		

8	Menyediakan fasilitas dan aksesibilitas yang menjamin terwujudnya kemudahan, keamanan, dan kenyamanan bagi penyandang disabilitas dan lanjut usia		
9	Kawasan di dalam area Klinik harus bebas rokok		

D. Kawasan di dalam area Klinik harus bebas rokok

No	Kriteria Assesment	Hasi Self Assesment (√)	
		Ya	Tidak
1	Rancangan tata ruang agar memperhatikan fungsi sebagai fasilitas pelayanan kesehatan		
2	Tata letak ruang pelayanan pada bangunan Klinik diatur dengan memperhatikan zonasi Klinik sebagai bangunan fasilitas pelayanan kesehatan		
3	Persyaratan jenis ruang berdasarkan jenis pelayanan Klinik (pilih salah satu jenis Klinik saja : a. Klinik Rawat Jalan 1) ruang administrasi; 2) ruang tunggu; 3) ruang pemeriksaan; 4) ruang tindakan; 5) ruang asi; 6) kamar mandi/wc; 7) Tempat parkir; dan 8) Tambahan ruang lain : b. Klinik Rawat Inap 1) ruang administrasi; 2) ruang tunggu; 3) ruang pemeriksaan; 4) ruang tindakan; 5) ruang asi; 6) kamar mandi/wc 7) ruang rawat inap; 8) ruang gawat darurat; 9) ruang staf klinik; 10) instalasi farmasi; 11) ruang laboratorium; 12) ruang dapur gizi; 13) tempat parkir; dan 14) tambahan ruang lain:		

E. Pemenuhan Persyaratan Sarana: Informasi Klinik

No	Kriteria Assesment	Hasi Self Assesment (√)	
		Ya	Tidak

1	Nama Klinik a. Pemberian nama Klinik harus memperhatikan nilai dan norma agama, sosial budaya, dan etika; b. Pemberian nama Klinik dapat disesuaikan dengan kepemilikan dan/atau kekhususannya. c. Pemberian nama Klinik Utama sesuai dengan kekhususannya harus mencantumkan kekhususan pelayanannya		
2	Klinik memasang papan nama di tempat yang terlihat dengan ukuran minimal 1 (satu) m2 dengan dasar putih, huruf hitam yang paling sedikit mencantumkan : a. Jenis Klinik : pratama atau utama; b. Nama Klinik; c. Kekhususan untuk Klinik utama : organ, bidang, cabang ilmu/di disiplin ilmu, jenis layanan; dan; d. Nomor sertifikat standar usaha Klinik dan tanggal terbitnya		
3	Nama dan jadwal praktik tenaga medis yang berpraktik di Klinik wajib dicantumkan di dalam ruangan Klinik yang mudah dilihat		
4	Klinik yang menyelenggarakan pelayanan kefarmasian wajib memasang papan nama praktik apoteker sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan		

F. Pemenuhan Persyaratan Prasarana Klinik

No	Kriteria Assesment	Hasi Self Assesment (√)	
		Ya	Tidak
1	Sistem penghawaan (ventilasi)		
2	Sistem pencahayaan		
3	Sistem air dan sanitasi		
No	Kriteria Assesment	Hasi Self Assesment (√)	
		Ya	Tidak
4	Sistem kelistrikan		
5	Sistem gas medik		
6	Sistem proteksi kebakaran		
7	Ambulans Milik sendiri/ Bekerjasama dengan		
8	Sistem komunikasi		
9	Prasarana lainnya sesuai kebutuhan:		

G. Pemenuhan Persyaratan Peralatan Klinik

Catatan:

- Dirinci jenis peralatan mengacu pada standar usaha Klinik, pedoman, dan/atau standar profesi yang ditetapkan

1. Ruang Pemeriksaan

No	Jenis Peralatan, Perlengkapan, Meubelair, dan Bahan Pencatatan Pelaporan	Hasil Self Assesment Sesuai Standar(√)		Jumlah di Klinik
		Sesuai	Tidak	
1				
2				
3				

2. Ruang Tindakan

No	Jenis Peralatan, Perlengkapan, Meubelair, dan Bahan Pencatatan Pelaporan	Hasil Self Assesment Sesuai Standar(√)		Jumlah di Klinik
		Sesuai	Tidak	
1				
2				
3				

3. Ruang ...
(tambah tabel sesuai kebutuhan)

No	Jenis Peralatan, Perlengkapan, Meubelair, dan Bahan Pencatatan Pelaporan	Hasil Self Assesment Sesuai Standar(√)		Jumlah di Klinik
		Sesuai	Tidak	
1				
2				
3				

(tambah tabel sesuai kebutuhan)

Lokasi :
.....
Tanggal :
.....
Kepala Klinik

Tanda tangan dan
Stempel Klinik

NAMA LENGKAP