



**UPT PUSKESMAS SEGIRI
KOTA SAMARINDA**

No. Dokumen :

400.7/PDN-03/100.02.014/2023

Revisi : 00

Tgl Berlaku : 02 Januari 2023

PEDOMAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

SAMARINDA

TAHUN 2023



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS SEGIRI

Jalan Ramania 2, RT. 47, No. 12, Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu.

HP.081 15535511, Email : pkm-segiri@samarindakota.go.id

LEMBAR PENGESAHAN

PEDOMAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

TELAH DISAHKAN
DI SAMARINDA
PADA TANGGAL 02 Januari 2023

Mengetahui,

Wakil Manajemen Mutu

Suwarno,SKM
NIP. 19700401031992032114

Kepala UPTD Puskesmas Segiri



dr. Dra Puspa Rachmawati
NIP. 198210122010012017



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS SEGIRI

Jalan Ramania 2, RT. 47, No. 12, Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu

HP. 08115535511, Email : pkm-segiri@samarindakota.go.id

KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMASSEGIRI

NOMOR: 168.4/J11 /100.02.014/2023

TENTANG

**PEDOMAN PELAYANAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)
DI UPTD PUSKESMAS SEGIRI**

KEPALA UPTD PUSKESMAS SEGIRI,

- Menimbang : a. bahwa dalam kegiatan Puskesmas berpotensi menimbulkan bahaya fisik, kimia dan biologi yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan baik terhadap pasien, pengunjung dan pegawai Puskesmas;
- b. bahwa untuk mencegah dan mengurangi bahaya kesehatan dan keselamatan kerja di Puskesmas perlu dilakukan upaya kesehatan dan keselamatan kerja;
- c. bahwa dalam melaksanakan akreditasi Puskesmas ada beberapa kelompok kerja (Pokja) yang salah satunya adalah Pokja MFK (Manajemen Fasilitas dan Keselamatan);
- d. bahwa berkaitan dengan point c perlu dibuatkan pedoman yang jelas untuk melaksanakan program kegiatannya.

- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
4. Peraturan Pemerintah RI Nomor 50 Tahun 2012 Tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Dokter Gigi;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan

- Kesatu : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS TENTANG PEDOMAN PELAYANAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)
DI UPTD PUSKESMAS SEGIRI
- Kedua : Pedoman Manajemen Fasilitas dan Keselamatan sebagaimana terlampir dalam lampiran ini.
- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam diktum kedua merupakan acuan bagi penanggung jawab tim MFK.

Keempat : Surat Keputusan ini berlaku pada tanggal di tetapkan, dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan/perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Samarinda

Pada tanggal 02 Januari 2023

KEPALA UPTD PUSKESMAS SEGIRI

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials and a surname, positioned above the printed name.

Ira Puspa Rachmawati

LAMPIRAN

KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS SEGIRI

NOMOR : 188.4/111/100.02.014/2023

TENTANG : PEDOMAN PELAYANAN MANAJEMEN
FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)
DI UPTD PUSKESMAS SEGIRI

KATA PENGANTAR

UPTD. Puskesmas Segiri merupakan sarana fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan UKP dan UKM dan harus didukung dengan sarana dan prasarana Puskesmas yang terencana baik dan benar. Dan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan no 34 tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Mandiri Dokter Gigi disebutkan bahwa untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan dan keselamatan bagi pasien dan masyarakat serta meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia ,puskesmas harus melaksanakan akreditasi .

Puskesmas harus memenuhi persyaratan teknis sarana dan prasarana Puskesmas yang menunjang pelayanan kesehatan secara paripurna. Keseluruhan persyaratan tersebut harus direncanakan sesuai dengan standard dan kaidah kaidah yang berlaku. Adapun secara umum yang dimaksud dengan sarana adalah segala sesuatu hal yang menyangkut fisik gedung / bangunan serta ruangan. Sedangkan prasara adalah segala sesuatu yang membuat sarana tersebut dapat berfungsi seperti pengadaan air bersih, listrik, instalasi air limbah dan prasarana lain yang mendukung operasional Puskesmas.

Persyaratan Puskesmas disarankan memenuhi kriteria pemilihan lokasi Puskesmas dengan mempertimbangkan aspek sosio ekonomi masyarakat, asebilitas dan luas lahan untuk bangunan Puskesmas jadi penempatan bangunan prasarana menyesuaikan dengan lahan yang belum terisi sehingga tidak mengganggu bangunan lain. Persyaratan tehnis prasarana Puskesmas meliputi persyaratan ventilasi, listrik, air bersih, drainase, pengolahan limbah, system proteksi terhadap bahaya kebakaran, system komunikasi, system tata suara, pencahayaan, sarana dan sarana keselamatan lainnya.

Penyusunan Pedoman ini diharapkan dapat digunakan sebagai rujukan dalam mengimplikasikan serta penilaian akreditasi Puskesmas yang mempunyai standar untuk melaksanakan kegiatan berdasarkan pedoman yang dibuat.

Samarinda, 2 Januari 2023

Penyusun

TIM MFK

DAFTAR ISI

COVER.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN PEDOMAN.....	2
C. SASARAN PEDOMAN.....	3
D. RUANG LINGKUP PEDOMAN	3
E. BATASAN OPERASIONAL	3
BAB II	4
STANDAR KETENAGAAN.....	4
A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA	4
B. DISTRIBUSI KETENAGAAN.....	4
C. JADWAL KEGIATAN.....	6
BAB III.....	8
STANDAR FASILITAS.....	8
A. DENAH RUANGAN	8
B. STANDAR FASILITAS.....	10
BAB IV	16
TATA LAKSANA MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN	16
A. LINGKUP KEGIATAN.....	16
B. Metode.....	24
C. Langkah Kegiatan	24
BAB V.....	25
LOGISTIK	25
BAB VI	26
KESELAMATAN SASARAN KEGIATAN PROGRAM.....	26
A. PENGERTIAN.....	26
B. TUJUAN	26
C. STANDART KESELAMATAN SASARAN PROGRAM	26
BAB VII.....	28
KESELAMATAN KERJA.....	28
BAB VIII.....	29
PENGENDALIAN MUTU	29

BAB IX	30
PENUTUP	30
DAFTAR PUSTAKA	31

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Bahwa dalam penyelenggaraan Puskesmas harus memperhatikan prinsip-prinsip meliputi:

- a) Paradigma sehat;
- b) Pertanggungjawaban wilayah;
- c) Kemandirian masyarakat;
- d) Ketersediaan akses pelayanan kesehatan;
- e) Teknologi tepat guna; dan
- f) Keterpaduan dan kesinambungan

Prinsip pertanggungjawaban wilayah menjadi salah satu prinsip yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas, yaitu Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Wilayah kerja Puskesmas meliputi wilayah kerja administratif, yaitu satu kecamatan, atau sebagian wilayah kecamatan. Apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas oleh pemerintah daerah, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan) dalam satu kecamatan. Lebih lanjut Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, agar memperhatikan aspek kesehatan, yakni pembangunan yang mendukung terhadap kesehatan. Selain itu Puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Berkaitan dengan pembinaan, Puskesmas melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan Puskesmas, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, dan UKBM di wilayah kerjanya. Dalam rangka penyelenggaraan upaya-upaya kesehatan, Puskesmas berkoordinasi dengan pimpinan wilayah kecamatan, pimpinan wilayah desa, lintas program dan lintas sektor terkait melalui:

- a) koordinasi dengan kecamatan: Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Puskesmas berkoordinasi dengan kecamatan melalui pertemuan berkala, lokakarya mini tribulanan, dan pertemuan lain yang diselenggarakan di tingkat kecamatan. Koordinasi mencakup perencanaan, penggerakkan pelaksanaan, dan pengawasan pengendalian.
- b) koordinasi dengan masyarakat: Puskesmas mendorong masyarakat di wilayah

kerjanya untuk berperan serta secara aktif dalam setiap upaya kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas. Masyarakat selain menjadi obyek pelayanan juga berperan sebagai subyek pembangunan kesehatan. Dukungan aktif masyarakat tersebut salah satunya diwujudkan melalui pembentukan UKBM. Sebagai pembina UKBM, Puskesmas melaksanakan bimbingan teknis dan pemberdayaan sesuai kebutuhan dan ketentuan yang berlaku.

- c) koordinasi dengan lintas sektor lain: Tanggung jawab Puskesmas sebagai UPT Dinas Kesehatan adalah menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan yang diserahkan oleh Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. Untuk hasil yang optimal, penyelenggaraan pembangunan kesehatan tersebut harus dapat dikoordinasikan dengan berbagai sektor terkait yang ada di tingkat kecamatan. Diharapkan bahwa penyelenggaraan pembangunan kesehatan selain mendapat dukungan dari sektor terkait, juga akan memberikan dampak positif terhadap upaya yang dilaksanakan sektor lain dan masyarakat, dalam upaya mewujudkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas). Hasil pembangunan yang diselenggarakan oleh sektor lain di tingkat kecamatan, juga diharapkan berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat. Hal ini dapat terlihat dari membaiknya status kesehatan masyarakat dengan meningkatnya indeks keluarga sehat (IKS) mulai dari tingkat keluarga sampai di setiap jenjang pemerintah.

B. TUJUAN PEDOMAN

1. Menjamin berfungsinya kenyamanan, keamanan, keselamatan dan efisiensi fasilitas dan lingkungan puskesmas bagi pasien, pengunjung, karyawan dan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut
2. Menjaga keamanan dan keselamatan fasilitas puskesmas
3. Menjamin terpelihara dan berfungsinya system utilitas di puskesmas
4. Menjamin terpelihara dan berfungsinya peralatan di puskesmas
5. Meningkatkan kesiagaan puskesmas dalam menghadapi bencana
6. Meningkatkan kesiagaan puskesmas dalam mencegah terjadinya kebakaran dan kesiagaan jika terjadinya kebakaran
7. Terkelolanya B3 dan limbah B3 di puskesmas sesuai dengan peraturan perundangan
8. Meningkatkan pemahaman seluruh karyawan terhadap pengelolaan fasilitas dan keselamatan

C. SASARAN PEDOMAN

1. Staf dan seluruh Karyawan UPTD Puskesmas Segiri.
2. Pasien yang datang berobat di UPTD Puskesmas Segiri
3. Pengunjung yang datang/ pengantar pasien yang datang berobat di UPTD Puskesmas Segiri dan
4. Seluruh lapisan masyarakat khususnya yang berada di wilayah kerja puskesmas Segiri yaitu Kelurahan Sidodadi dan kelurahan Dadi Mulya
5. Staf dan seluruh Karyawan UPTD Puskesmas Segiri.
6. Pasien yang datang berobat di UPTD Puskesmas Segiri
7. Pengunjung yang datang/ pengantar pasien yang datang berobat di UPTD Puskesmas Segiri dan
8. Seluruh lapisan masyarakat khususnya yang berada di wilayah kerja puskesmas Segiri yaitu Kelurahan Sidodadi dan kelurahan Dadi Mulya

D. RUANG LINGKUP PEDOMAN

Buku pedoman ini hanya di gunakan secara terbatas di lingkungan Puskesmas Segiri, Meliputi :

- a) Manajemen Keselamatan dan keamanan fasilitas
- b) Manajemen Bahan berbahaya beracun (B3) dan limbah B3
- c) Manajemen kedaruratan dan bencana
- d) Manajemen Pengamanan kebakaran
- e) Manajemen Alat kesehatan
- f) Manajemen Sistem utilisasi
- g) Pendidikan MFK

E. BATASAN OPERASIONAL

MFK Adalah manajemen sarana (bangunan), prasarana, peralatan, keselamatan dan keamanan lingkungan puskesmas dilaksanakan sesuai ketentuan perundang-undangan serta dikelola dan dikaji dengan memperhatikan manajemen risiko. Yang meliputi Manajemen Keselamatan dan keamanan fasilitas, Manajemen Bahan berbahaya beracun (B3) dan limbah B3, Manajemen kedaruratan dan bencana, Manajemen Pengamanan kebakaran, Manajemen Alat kesehatan, Manajemen Sistem utilisasi dan Pendidikan MFK

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

Sumber daya manusia yang ada di Puskesmas Segiri memiliki pegawai : 31 orang PNS, 5 orang PTTB, 8 orang PTTH, 6 orang Honor BLUD yang terdiri dari :

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

Tenaga pemangku jabatan di UPTD Puskesmas Segiri Tahun 2023

NO	PEMANGKU JABATAN	PEGAWAI YANG ADA			
		PNS	PTTB	PTTH	BLUD
1	Kepala Puskesmas	1	0	0	0
2	Kepala Tata Usaha	1	0	0	0
3	Dokter Umum	4	0	0	0
4	Dokter Gigi	1	0	0	0
5	Perawat	7	0	2	0
6	Bidan	5	0	2	1
7	Epidemiologi	2	0	0	0
8	Sanitarian	2	0	0	0
9	Nutrisionis	1	0	0	1
10	Perawat Gigi	1	0	0	0
11	Analisis Laboratorium	1	0	1	0
12	Promkes	0	2	0	0
13	Apoteker	0	0	0	0
14	Asisten Apoteker	1	1	0	0
15	Administrasi Umum	3	2	3	0
16	Cleaning servis & Tukang kebersihan Lingkungan	0	0	0	2
17	Wakar/Penjaga Malam	0	0	0	1
18	Sopir	0	0	0	1
19	Keuangan	1	0	0	0
JUMLAH		31	5	8	6

Puskesmas Segiri terdiri dari tiga lantai dengan rincian sebagai berikut:

Urut	Lantai	Nama Ruangan	Kepala Ruangan
1	1	R. Pendaftaran	Rudiansyah, S.Kom
2	1	R. Rekam Medis	Sugeng Wahono
3	1 dan 2	R.Tunggu	
4	1	R. Infeksius	dr. M.Irwan Azis Ninik Mitantika, Amd.Kep
5	1	R. Pemeriksaan Umum	dr. Yuni Ramadhani Ernawati, Amd.Kep
6	1	R. Pemeriksaan Lansia	dr. Mery Tandiarrang Tri Rahayu W, Amd.Kep
7	1	R. Laboratorium	Achemad Faizin
8	1	R. TB	H. Mas' ud, SKM
9	1	R.Tindakan	Ns. Ati Topang, S.Kep
10	1	R. Farmasi	Agustin Rahmawati,Amd
11	1	R. Sterilisasi	Saidah, Amd.Keb
12	1	IPAL	Syahruni. A.Md
13	1	R. Genset	Arif Setiawan
14	1	R. Penampungan Sampah Medis Padat	Nur Yunika Ulfah, SKM
15	2	R. KB	Saidah, Amd.Keb
16	2	R. Menyusui	Mus'ifah, AMG
17	2	R. Pimpus	dr. Ira Puspa Rachmawati
18	2	R. Administrasi Umum	Ns.Siti Maidatul Janah, S.Kep
19	2	R. Imunisasi	Wiwik Herawati, SST
20	2	R. Kesehatan Gigi dan Mulut	drg. Rika Novalita
21	2	R. Pemeriksaan Ibu	Resida Sigalingging, Amd.Kep
22	2	R. Pemeriksaan Anak	dr. Budiasih Dyah R. Suratmi, Amd.Keb
23	2	R. Konsultasi Sanitasi	Syachruni, A.Md
24	2	R. Promkes	Andi Heri Wijaya, SKM
25	2	R. Konsultasi Gizi	Mus'ifah, AMG

26	2	R. P2P dan Surveilens	Mas'ud, SKM Suwarno, SKM
27	2	R. Gudang Farmasi	Puguh Santoso
28	2	R. Bendahara	Hanitasari, SE
29	3	R. Pertemuan	Sarlotha Tandiarrang, SE
30	3	R. Tim Mutu	Suwarno, SKM
31	3	R. Musholla	Kanaria
32	3	Gudang Umum	Sarlotha Tandiarrang, SE
33	3	R.Penyelenggaraan Makanan	Hasiana

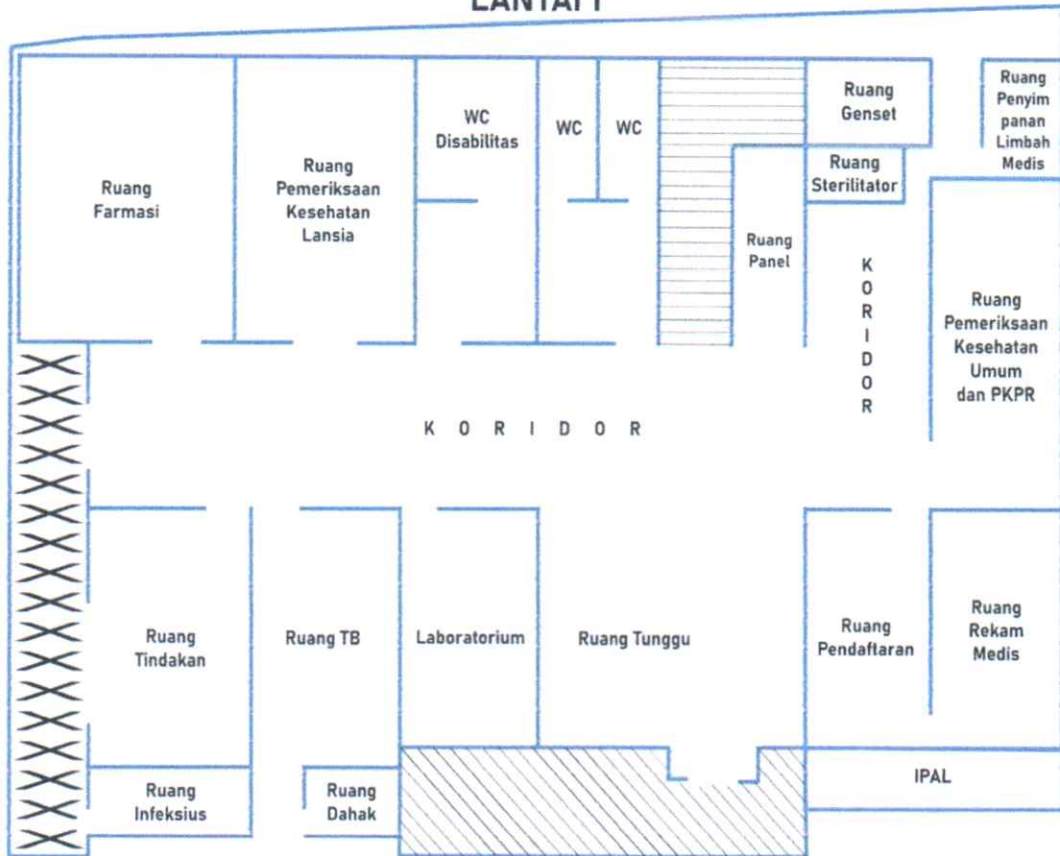
C. JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Workshop Pengelolaan Fasilitas dan Keamanan Puskesmas												
2	Penyusunan dokumen regulasi untuk Pengelolaan Fasilitas dan Keamanan Puskesmas	√											
3	Program kegiatan keamanan dan keselamatan												
	a. Program kegiatan Keamanan dan Keselamatan			√									
	b. Identifikasi area-area beresiko				√								
	c. Pemasangan CCTV pada area berisiko keamanan												
4	Program penanggulangan bencana												
	a. Melakukan HVA	√											
	b. Penyusunan disaster plan	√											
	c. Mengidentifikasi peralatan yang dibutuhkan untuk tanggal darurat bencana		√										
	d. Melakukan disaster drill yang diikuti oleh semua karyawan		√										
5	Program penanggulangan kebakaran												

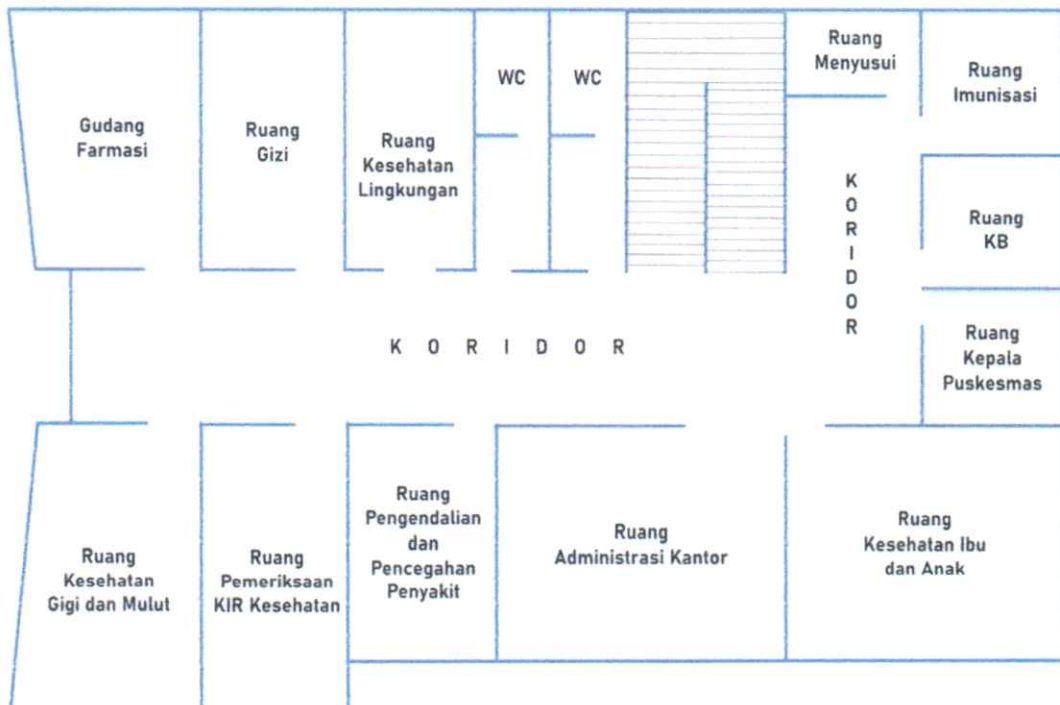
BAB III
STANDAR FASILITAS

A. DENAH RUANGAN

LANTAI 1



LANTAI 2



LANTAI 3



B. STANDAR FASILITAS

	Tersedia	Kondisi	Keterangan
RUANG PELAYANAN			
Ruangan PKPR(Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja)	Ada	Baik	
Ruangan Pendaftaran dan rekam medik	Ada	Baik	Bangunan ruangan rekam medik baru tahun 2017
Ruangan Pemeriksaan Umum/BP Umum	Ada	Baik	Bangunan ruang pemeriksaan umum tahun 2017
Ruangan Tunggu	Ada	Baik	Bangunan ruang tunggu LT.1 dan LT.2 tahun 2017
KM/WC Pasien (Laki dan Wanita Terpisah)	Ada	Baik	Bangunan KM/WC Pasien baru di LT.1,2 ,3 tahun 2017
Ruangan Kesehatan Ibu dan KB	Ada	Baik	Bangunan Ruang Kesehatan ibu baru Lantai 2 tahun 2017
Ruang Kesehatan Gigi & Mulut	Ada	Baik	Bangunan Ruang Kes gigi & mulut baru tahun 2017
Ruangan Farmasi/Kamar Obat	Ada	Baik	Bangunan ruangan farmasi baru tahun 2017
Ruangan Apotek	Ada	Baik	Bangunan ruangan apotek baru tahun 2017
Laboratorium	Ada	Baik	Ruangan Laboratorium baru tahun 2017
KM/WC Petugas	Ada	Baik	
Ruangan Gudang Umum	Ada	Baik	Bangunan gudang umum dan gudang barang baru LT.3 dan LT.1 tahun 2017
Gudang Obat	Ada	Baik	Bangunan gudang obat baru Puskesmas tahun 2017
Tempat/Area Penyimpanan Vaksin	Ada	Baik	Bangunan tempat/area penyimpanan vaksin baru tahun 2017
Ruang Tindakan dan Gawat Darurat	Ada	Baik	Plapon Runtu
Ruangan Keluarga Berencana	Ada	Baik	Ruang KB Lantai 2
Ruangan Geriatri (Usila)	Ada	Baik	

Ruangan Kesehatan Anak & Imunisasi	Ada	Baik	Bangunan ruangan kesehatan anak dan imunisasi menjadi 2 ruangan baru tahun 2017
Ruangan ASI / Laktasi	Ada	Baik	Bangunan baru pada tahun 2017
Ruangan Sterilisasi	Ada	Baik	
Ruangan Rawat Pasca Persalinan	-	Baik	
Ruangan Persalinan	-	Baik	
KM/WC Untuk Persalinan	-	Baik	
Ruangan KIE/Promosi Kesehatan	Ada	Baik	Bangunan baru Puskesmas tahun 2017
Ruangan Istirahat Petugas	Ada	Baik	RUANGAN MUSHOLA
Ruangan Penyelenggaraan Makanan	Ada	Baik	
Ruangan KIA, KB & Imunisasi	Ada	Baik	Ruangan KIA , KB dan Imunisasi dipisah menjadi 3 Ruangan
Ruangan Konsultasi Gizi Puskesmas	Ada	Baik	
Ruangan Pemeriksaan Khusus/TB/HIV	Ada	Baik	Plapon Runtuh dan Keramik Lepas dari Dinding)
PERALATAN UNTUK PELAYANAN LUAR GEDUNG PUSKESMAS			
Set Keperawatan Kesehatan Masyarakat(PHN KIT)	Ada	Baik	PHN KIT 1 Set
Kit Imunisasi	Ada	Baik	
Kit UKS	Ada	Baik	KIT UKS dari DKK tahun 2017
Kit Bidan	Ada	Baik	Dropping dari DKK tahun 2016
Kit Posyandu	Ada	Baik	Antropometri kit dari DKK tahun 2021 10 SET
Kit UKGS	Ada	Baik	
Kit Sanitarian	Ada	Baik	Kit Sanitarian dari DKK tahun 2017
RUANG KANTOR			

Ruang Kepala Puskesmas	-	Baik	Bangunan kepala puskesmas baru tahun 2017
Ruangan Administrasi	-	Baik	Bangunan administrasi kantor baru tahun 2017
Ruang Rapat/Diskusi	-	Baik	Bangunan baru Puskesmas tahun 2017
Ruang kantor untuk karyawan	-	Baik	
PENDUKUNG			
Parkir Kendaraan Roda 2	Ada	Baik	
Ruangan Sanitasi	-	Baik	Bangunan baru Puskesmas tahun 2017
Parkir Kendaraan Roda 4	Ada	Baik	
Parkir Ambulance	Ada	Baik	

Prasarana		Jumlah	Satuan	Kondisi	Ket
Sumber Listrik					
Listrik PLN					
	Daya Listrik Terpasang/Kapasitas (KVA)	415	KVA	Baik	
Genset					
	Jumlah genset yang berfungsi (Unit)	1	Unit	Baik	
	Total Kapasitas Genset yg Berfungsi (KVA)	20	KVA	Baik	
	Jumlah Operator Genset Bersertifikat (Orang)	0	Orang	Baik	
	Jumlah Genset Keseluruhan (Unit)	1	Unit	Baik	
Tenaga Surya					
	Total Kapasitas Listrik Tenaga Surya (KVA)				
	Jumlah tenaga surya yg berfungsi (Unit)				
Sumber Air					
PDAM					
	Rata-rata Pemakaian PDAM per Hari (M3/Hari)	2	M3/Hari	Baik	
Sumur Dangkal					
	Rata-rata Pemakaian Air Sumur Dangkal Perhari (M3/Hari)	0	M3/Hari	Baik	
Mata Air					
	Rata-rata Pemakaian Mata Air per Hari (M3/Hari)	0	M3/Hari	Baik	
Air Hujan					
	Rata-rata Pemakaian Air Hujan per Hari (M3/Hari)	0	M3/Hari	Baik	
Mobil Tangki Air					
	Rata-Rata Pemakaian Air Mobil Tangki per hari (M3/Hari)	0	M3/Hari	Baik	
Sumur Dalam/Artesis					
	Rata-rata Pemakaian Air Sumur Dalam per Hari (M3/Hari)	0	M3/Hari	Baik	
Sungai/Danau					
	Rata-rata Pemakaian Air Sungai/Danau per Hari (M3/Hari)				
Puskesmas Keliling					
Puskesmas Keliling Roda 4					
	Puskesmas Keliling Roda 4 Kondisi Baik (Unit)	0	Unit	Baik	
	Puskesmas Keliling Roda 4 Kondisi Rusak Berat (Unit)	0	Unit	-	
	Puskesmas Keliling Roda 4 Kondisi Rusak Ringan (Unit)	0	Unit	Baik	
Puskesmas Keliling Roda 2					
	Puskesmas Keliling Roda 2 Kondisi Baik (Unit)	3	Unit	Baik	
	Puskesmas Keliling Roda 2 Kondisi Rusak	0	Unit	Baik	

	Berat (Unit)			
	Puskesmas Keliling Roda 2 Kondisi Rusak Ringan (Unit)	1	Unit	Baik
Puskesmas Keliling Roda 4 Double Gardan				
	Puskesmas Keliling Roda 4 DG Kondisi Baik (Unit)	0	Unit	Baik
	Puskesmas Keliling Roda 4 DG Kondisi Rusak Berat (Unit)	0	Unit	Baik
	Puskesmas Keliling Roda 4 DG Kondisi Rusak Ringan (Unit)	0	Unit	Baik
Puskesmas Keliling Air				
	Puskesmas Keliling Air Kondisi Baik (Unit)	0	Unit	Baik
	Puskesmas Keliling Air kondisi Rusak Berat (Unit)	0	Unit	Baik
	Puskesmas Keliling Air kondisi Rusak Ringan (Unit)	0	Unit	Baik
Gas Medik & Vakum Medik				
Tabung				
	Tabung Oksigen/O2 Kondisi Baik (Tabung)	5	Tabung	Baik
	Manometer / Flowmeter Kondisi Baik (Unit)	2	Unit	-
Pengkondisian Udara (AC)				
AC Split				
	Jumlah AC Split yg berfungsi (Unit)	26	Unit	Baik
Ambulans				
Ambulans Transport				
	Jumlah ambulance transport Kondisi Baik (Unit)	1	Unit	Baik
	Jumlah ambulance transport Kondisi Rusak Berat (Unit)	0	Unit	Baik
	Jumlah ambulance transport Kondisi Rusak Ringan (Unit)	0	Unit	Baik
Pengolahan Limbah				
Limbah Cair				
	Total Kapasitas (M3/hr)	1500	M3/hr	Baik
	Jumlah IPAL yang Berfungsi (Unit)	1	Unit	Baik
	Jumlah IPAL Yang Berijin (Unit)	0	Unit	Baik
	Jumlah IPAL Keseluruhan (Unit)	1	Unit	Baik
Tangki Septik				
	Jumlah tangki septik yg digunakan (Unit)	1	Unit	Baik
TPS Limbah B3/infeksius Berijin				
	Jumlah TPS Limbah B3/infeksius Berijin (Unit)	1	Unit	Baik
	Jumlah Cold Storage/Freezer (Unit)			
	Jumlah TPS Limbah B3/Infeksius (Unit)			
Kerjasama Pengolahan Limbah Kepihak Berijin				
	MOU Limbah Padat/B3 (Dokumen)	1	Dokumen	Baik

	MOU Limbah Cair (Dokumen)				
Penanggulangan Bahaya Kebakaran					
APAR					
	Jumlah APAR yang Berfungsi (Unit)	8	Unit	Baik	
	Jumlah APAR Total Keseluruhan (Unit)	8	Unit	Baik	
Sistem Telekomunikasi					
Sambungan Saluran Telepon (SST)					
	Jumlah SST (Unit)	1	Unit	Baik	
	Jumlah SST yang Berfungsi (Unit)	1	Unit	Baik	
Jaringan Internet					
	Jumlah Saluran Jaringan Internet (Unit)	2	Unit	Baik	
	Jumlah Saluran Jaringan Internet yang Berfungsi (Unit)	2	Unit	Baik	
	Kapasitas Saluran Jaringan Internet yang Berfungsi (Mbps)				

BAB IV

TATA LAKSANA MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

A. LINGKUP KEGIATAN

1. Kepemimpinan dan Perencanaan
 - a. Puskesmas mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ketentuan tentang pemeriksaan fasilitas.
 - b. Puskesmas menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan supportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung.
 - c. Puskesmas menerapkan manajemen fasilitas dan keselamatan yang efektif meliputi perencanaan, pendidikan dan pemantauan yang multi disiplin meliputi :
 - 1) Merencanakan ruang, peralatan dan sumber daya yang dibutuhkan agar aman dan efektif untuk menunjang pelayanan klinis yang diberikan
 - 2) Seluruh staf dididik tentang fasilitas, cara mengurangi risiko, dan bagaimana memonitor dan melaporkan situasi yang menimbulkan risiko.
 - 3) Kriteria kinerja digunakan untuk mengevaluasi sistem yang penting dan untuk mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan.
 - 4) Unit non hospital (Kantin/koperasi) juga mematuhi rencana manajemen dan keselamatan fasilitas, sebagai berikut
 - a) Rencana keselamatan dan keamanan
 - b) Rencana penanganan bahan berbahaya
 - c) Rencana manajemen emergensi
 - d) Rencana pengamanan/penanggulangan kebakaran
 - d. Puskesmas menetapkan rencana induk atau rencana tahunan untuk mengelola risiko terhadap pasien, keluarga, pengunjung dan staf meliputi :
 - 1) Keselamatan dan keamanan
Keselamatan : Suatu tingkatan keadaan tertentu dimana gedung, halaman/ground dan peralatan Puskesmas tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf dan pengunjung
Keamanan : Proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang;
 - 2) Bahan berbahaya : penanganan, penyimpanan, dan penggunaan bahan radioaktif dan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman;
 - 3) Manajemen Emergensi Tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif;

- 4) Pengamanan kebakaran properti dan penghuninya dilindungi dari kebakaran dan asap;
 - 5) Peralatan medis peralatan dipilih, dipelihara dan digunakan sedekian rupa untuk mengurangi risiko;
 - 6) Sistem utilitas Listrik, air dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian rencana tersebut ditulis dan di up to date yang merefeksikan keadaan sekarang atau keadaan terkini dalam lingkungan Puskesmas;
 - 7) Ada proses untuk mereview dan mengupdate;
 - 8) Komite risiko fasilitas/lingkungan yang kompeten mengawasi perencanaan dan pelaksanaan program untuk mengelola risiko dilingkungan pelayanan Program pengawasan meliputi:
 - a) Merencanakan semua aspek dari program;
 - b) Melaksanakan program;
 - c) Mendidik staf;
 - d) Memonitor dan mengevaluasi uji coba program;
 - e) Melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala;
 - f) Memberikan laporan tahunan ke badan pengelola tentang pencapaian program;
 - g) Menyelenggarakan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus.
 - e. Puskesmas membuat monitoring yang menyediakan data insiden, cedera dan kejadian lainnya yang mendukung perencanaan dan pengurangan risiko lebih lanjut.
2. Manajemen Keselamatan dan Keamanan Fasilitas
- a. Puskesmas merencanakan dan melaksanakan program untuk memberikan keselamatan dan keamanan lingkungan;
 - b. Puskesmas melakukan pemeriksaan seluruh gedung pelayanan pasien dan mempunyai rencana untuk mengurangi risiko yang nyata serta menyediakan fasilitas fisik aman bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung;
 - c. Untuk menjamin keamanan, semua staf, karyawan dan dokter di Puskesmas diberi tanda pengenalan (badge);
 - d. Puskesmas merencanakan dan menganggarkan untuk meningkatkan atau mengganti sistem, bangunan atau komponen berdasarkan hasil inspeksi terhadap fasilitas dan tetap mematuhi peraturan perundangan;

- e. Puskesmas menganalisa situasi, dengan melihat sumber daya yang kita miliki, sumber dana yang tersedia dan bahan potensial apa yang mengancam keselamatan dan keamanan bekerja di Puskesmas;
 - f. Memonitor, mengendalikan, mengevaluasi dan merencanakan pengembangan K3 Puskesmas dilaksanakan oleh kepanitiaan yang disebut Panitia Keselamatan dan Kesehatan Kerja Puskesmas (PK3P).
 - g. Melaksanakan sosialisasi keselamatan dan keamanan kerja kepada seluruh karyawan dalam bentuk pelatihan, leaflet, poster, penyuluhan dan lain – lain;
 - h. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), termasuk penggunaan alat pelindung diri (APD), serta selalu mengacu pada pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - i. Seluruh staf puskesmas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi dan etika puskesmas yang berlaku.
3. Manajemen Bahan Berbahaya Beracun (B3) dan limbah B3
- a. Puskesmas mempunyai rencana tentang inventaris, penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan bahan dan limbah berbahaya;
 - b. Puskesmas mengidentifikasi dan mengendalikan secara aman bahan dan limbah berbahaya sesuai rencana;
 - c. Identifikasi dan pengendalian bahan berbahaya dan limbah diproses untuk:
 - 1. Inventarisasi bahan dan limbah berbahaya;
 - 2. Penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya;
 - 3. Pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan (exposure) dan insiden lainnya;
 - 4. Pembuangan limbah berbahaya yang benar sesuai dengan SPO yang ada;
 - 5. Peralatan dan prosedur perlindungan yang benar pada saat penggunaan, ada tumpahan (spill) atau paparan (exposure);
 - 6. Pendokumentasian meliputi izin dan perizinan / lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya;
 - 7. Pemasangan label yang benar pada bahan dan limbah berbahaya.
 - d. Setiap bahan berbahaya dan beracun (B3) pada wadah atau kemasan harus dicantumkan tanda atau simbol bahaya;

- e. Puskesmas memastikan bahwa bahan berbahaya dan beracun tersebut terpisah dari bahan – bahan lain dan jauh dari api;
- f. Puskesmas harus mengetahui sifat dan karakteristik dari penanganan, penyimpanan dan penggunaan B3 tersebut yang meliputi:
 - 1. Identifikasi Potensial Bahaya;
 - 2. Identifikasi dan penilaian resiko dilaksanakan oleh petugas yang berkompeten (Petugas terkait, Gudang, Laboratorium, dan Apotik);
 - 3. Penentuan penanganan bahan / material dilaksanakan secara manual atau mekanis ditetapkan berdasarkan hasil identifikasi ;
- g. Sistem Pengangkutan, Penyimpanan Dan Pembuangan
 - 1. Sistem pengangkutan bahan material yang diterima untuk pemindahan dari pengangkutan ke dalam gudang dilakukan secara manual yang dilaksanakan dengan perlakuan yang benar guna menghindari tumpahan atau ceceran;
 - 2. Pemindahan ini dilakukan dengan tenaga manusia dengan mempergunakan alat bantu troli. Pemindahan secara mekanis pada umumnya tidak dilakukan mengingat berat bahan yang diangkut tidaklah terlalu berat.
 - 3. Untuk penyimpanan bahan B3 harus dipersiapkan tempat khusus dan diberi label;
 - 4. Petugas pelaksana yang menangani pemindahan dan penggunaan harus memperhatikan aspek K3 dan harus mengenakan APD, alat bantu yang memadai dan apabila terjadi tumpahan atau ceceran pada saat pemindahan harus ditangani sesuai dengan instruksi kerja dan pedoman kerja yang berlaku.
- h. Pengendalian Barang – Barang Rusak Dan kadaluwarsa
Bahan – bahan yang diidentifikasi telah mengalami kerusakan dan kadaluwarsa ditempatkan di tempat yang aman secara khusus, tidak dapat dipergunakan, tercatat dan penanganannya harus sesuai dengan instruksi kerja
- i. Pembuangan Dan Penyimpanan
Barang bekas yang dinyatakan tidak dapat dipergunakan lagi harus disimpan sesuai ketentuan yang berlaku, ditempatkan secara khusus dan tercatat agar tidak dipergunakan lagi. Khusus wadah bekas bahan B3 harus di beri label dengan jelas sesuai sifat bahan tersebut (beracun, iritasi, korosif dan lain – lain). Penanganan limbah padat dan limbah cair sesuai

dengan Peraturan Perundangan yang berlaku (Peraturan Lingkungan Hidup).

4. Manajemen Kedaruratan dan Bencana

Puskesmas membuat rencana dan program penanganan kedaruratan dan program menanggapi bila terjadi kedaruratan komunitas, wadiah dan bencana alam atau bencana lainnya. Rencana tersebut berisikan proses untuk :

- a. Menetapkan jenis, kemungkinan dan konsekuensi dari bahaya, ancaman dan kejadian
- b. Menetapkan peran Puskesmas dalam kejadian tersebut
- c. Strategi komunikasi pada kejadian
- d. Pengelolaan sumber daya pada waktu kejadian, termasuk alternatif tempat pelayanan
- e. Identifikasi dan penugasan peran dan tanggungjawab staf pada waktu kejadian
- f. Proses untuk mengelola keadaan darurat/kedaruratan bila terjadi pertentangan antara tanggungjawab staf secara pribadi dengan tanggungjawab Puskesmas dalam hal penugasan staf untuk pelayanan pasien.

Puskesmas melakukan uji coba/simulasi penanganan/menanggapi kedaruratan, wadiah dan bencana Rencana kesiapan menghadapi bencana diujicoba melalui :

- a. Uji coba tahunan seluruh rencana penanggulangan bencana baik secara internal maupun sebagai bagian dan dilakukan bersama dengan masyarakat atau;
- b. Uji coba sepanjang tahun terhadap elemen kritis.
- c. Bila Puskesmas mengalami bencana secara nyata, mengaktifasi rencana yang ada, dan setelah itu diberi pengarahan yang tepat, dan situasi ini digambarkan setara dengan uji coba tahunan.

5. Manajemen Pengamanan Kebakaran

- a. Puskesmas melaksanakan program untuk memastikan bahwa seluruh penghuni di Puskesmas aman dari kebakaran, asap dan kedaruratan lainnya
- b. Puskesmas menjamin penghuni Puskesmas tetap aman sekalipun terjadi kebakaran atau asap dengan melaksanakan program antara lain :
 - 1) Pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko kebakaran, seperti penyimpanan dan penanganan secara aman bahan mudah terbakar,

- termasuk gas medik, seperti oksigen;
- 2) Bahaya yang terkait dengan setiap pembangunan didalam atau berdekatan dengan bangunan yang dihuni pasien;
 - 3) Jalan keluar yang aman dan tidak terhalang bila terjadi kebakaran;
 - 4) Sistem peringatan dini, sistem deteksi dini, seperti, deteksi asap (smoke detector), alarm kebakaran, dan patroli kebakaran;
 - 5) Mekanisme penghentian/supresi (suppression) seperti selang air, penggunaan apar atau sistem penyeburan (spinkler).
- c. Puskesmas secara teratur melakukan uji coba pengamanan kebakaran dan asap, meliputi setiap peralatan yang terkait untuk deteksi dini dan penghentian (suppression) dan mendokumentasikan hasilnya.
- d. Rencana pengamanan kebakaran Puskesmas mengidentifikasi :
- 1) Frekuensi pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan sistem perlindungan dan pengamanan kebakaran, sesuai ketentuan;
 - 2) Rencana evakuasi yang aman dari fasilitas bila terjadi kebakaran atau ada asap;
 - 3) Proses untuk melakukan uji coba semua bagian dari rencana, dalam jangka waktu 12 bulan;
 - 4) Pendidikan yang perlu bagi staf untuk dapat melindungi secara efektif dan mengevakuasi pasien bila terjadi kedaruratan dan
 - 5) Partisipasi semua staf dalam uji coba pengamanan kebakaran sekurang-kurangnya setahun sekali.
 - 6) Seluruh pemeriksaan, uji coba dan pemeriksaan didokumentasikan
- e. Larangan merokok
- 1) Puskesmas membuat larangan merokok dengan menggunakan spanduk dan stiker di area Puskesmas;
 - 2) Puskesmas menyusun dan mengimpenmentasikan kebijakan larangan merokok terhadap pasien, keluarga, staf dan pengunjung tanpa terkecuali
 - 3) Puskesmas secara teratur melakukan monitoring larangan merokok kepada setiap pasien, keluarga, staf dan pengunjung yang kedapatan merokok disekitar lingkungan Puskesmas. Lingkungan Puskesmas adalah semua Ruang Unit Kerja yang ada didalam batas Pagar Puskesmas;
 - 4) Bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung yang kedapatan merokok akan diberikan pengarahany dan masukan oleh bagian security

Puskesmas.

6. Manajemen alat Kesehatan

a. Pengadaan Alat Medis

- 1) Puskesmas merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pengadaan alat medis untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi / layak pakainya peralatan medis tersebut;
- 2) Fasilitas yang rusak atau sudah tidak dapat diperbaiki kembali segera dimutasi kebagian logistik dan dibuat berita acara pergantian barang oleh bagian teknisi medis;
- 3) Untuk penambahan (pengadaan) alat medis baru disebabkan oleh:
 - a) Adanya alat baru yang diperlukan pada pelayanan medis
 - b) Kurangnya fasilitas alat medis yang diperlukan, sehingga mengajukan penambahan alat medis yang baru kepada atasan.
 - c) Kepala bidang melakukan koordinasi dengan unit kerja untuk menentukan spesifikasi alat yang ingin diadakan.
 - d) Kepala ruangan mengajukan permohonan kepada pengelola barang melalui bagian perencanaan di ketatausahaan untuk pengadaan alat medis yang baru.
- 4) Untuk penggantian alat yang lama:
 - a. Pergantian alat medis harus diajukan oleh pengguna kepada Kepala Ruangan dan penanggung jawab program Puskesmas yang menyatakan bahwa alat tersebut sudah tidak layak pakai tidak dapat dipergunakan lagi.
 - b. Mengajukan permohonan pergantian alat yang lama oleh pengguna kepada Kepala ruangan dan penanggung jawab program masing-masing.
 - c. Kepala ruangan atau penanggung jawab program memanggil pengguna alat untuk rapat menentukan spesifikasi alat.
 - d. Kepala ruangan mengajukan permohonan kepada pengelola barang melalui bagian perencanaan di Tata Usaha.
 - e. Setiap pergantian dan pengadaan barang yang dilakukan pencatatan ke inventaris alat masing – masing bagian.

b. Pemeliharaan Alat Medis

1. Puskesmas merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan peralatan medis dan

mendokumentasikan hasilnya. Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi / layak pakainya peralatan medis, Puskesmas:

- a. Melakukan inventarisasi peralatan medis;
 - b. Melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur;
 - c. Melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya;
 - d. Melaksanakan pemeliharaan preventif.
2. Puskesmas mengumpulkan data hasil monitoring terhadap program manajemen peralatan medis. Data tersebut digunakan dalam menyusun rencana kebutuhan jangka panjang Puskesmas untuk peningkatan dan penggantian peralatan;
 3. Setiap kerusakan pada fasilitas Puskesmas segera dibuat memo permintaan perbaikan barang atau memo permintaan pergantian barang;
 4. Pemeriksaan hasil uji coba dan setiap kali pemeliharaan didokumentasikan.
 5. Pengadaan dan pergantian alat medis dilaksanakan oleh bagian perencanaan/bagian pengadaan;
 6. Setiap pergantian dan pengadaan barang yang dilakukan pencatatan ke inventaris alat masing-masing bagian
7. Manajemen Sistem Utilitas
 - a. Air minum dan listrik yang tersedia 24 jam sehari, tujuh hari seminggu, melalui sumber PDAM, untuk memenuhi kebutuhan utama.
 - b. Puskesmas memiliki proses emergensi untuk melindungi penghuni Puskesmas dari kejadian terganggunya, terkontaminasi atau kegagalan sistem pengadaan air minum dan listrik
 - c. Puskesmas melakukan uji coba sistem emergensi dari air minum dan listrik secara teratur sesuai dengan sistem dan hasilnya didokumentasikan.
 - d. Puskesmas melakukan identifikais sistem listrik, limbah, ventilasi, gas medis dan sistem kunci lainnya secara teratur diperiksa, dipelihara, dan bila perlu ditingkatkan untuk menghindari bahaya.
 - e. Puskesmas menetapkan unit kesling untuk memonitor mutu air secara teratur.
 - f. Puskesmas mengumpulkan data hasil monitoring program manajemen sistem utiliti/pendukung.

8. Pendidikan MFK

1. Puskesmas menetapkan Sumber Daya Manusia dengan berbagai kompetensi.
2. Puskesmas menetapkan pendidikan, keterampilan, pengetahuan dan persyaratan lain bagi seluruh staf atau dalam menetapkan jumlah staf atau perpaduan staf yang mendukung Visi, Misi, serta Motto Puskesmas.

B. Metode

Metode pelaksanaan program MFK di Puskesmas Segiri seperti yang sudah tercantum dalam SOP sebagai berikut :

1. Pemeliharaan dan pemantauan Air Bersih.
2. Pemeliharaan dan Pemantauan Gas Medik
3. Pemeliharaan dan pemantauan Sistem Kelistrikan
4. Pemeliharaan dan pemantauan Sistem penghawaan
5. Proteksi Kebakaran APAR.
6. Pemeliharaan alat dan Kalibrasi alat medis.
7. Penanggulan Kebakaran.
8. Inspeksi Fasilitas.
9. Identifikasi pengunjung, petugas dan alih daya
10. Pemeliharaan AC
11. Pemeliharaan Kompresor
12. Spill Kit
13. Infection Control Risk Assesment (ICRA)
14. Penanganan Tumpahan Limbah
15. Pelabelan B3 dan Limbah B3
16. Kode Darurat

C. Langkah Kegiatan

Langkah kegiatan pelaksanaan program MFK di Puskesmas Segiri tertuang dalam Sop sebagai berikut

1. Pencatatan dan pelaporan kejadian atau kegiatan Tim MFK.
2. Inspeksi dan pengujian untuk menilai keadaan K3 secara umum dan dilakukan secara berkala oleh petugas yang tergabung dalam Tim MFK sehingga kejadian dapat dicegah sedini mungkin, pengujian dilakukan terhadap lingkungan yang memungkinkan terjadinya resiko kecelakaan.
3. Evaluasi dilakukan untuk :
 - a) Menilai potensi bahaya, gangguan kesehatan dan keselamatan di Puskesmas.

- b) Memastikan dan menilai pengelolaan program MFK telah dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.
- c) Menentukan langkah selanjutnya untuk mengendalikan bahaya potensial serta pengembangan mutu Puskesmas

BAB V

LOGISTIK

Kebutuhan logistik dari program MFK untuk menunjang keberhasilan pelayanan yang bermutu di perlukan pengolaan, penyimpanan, dan pemakaian barangmaupun bahan habis pakai yang benar.

Perencanaan logistik dilakukan dengan cara identifikasi, skala prioritas dan pengusulan. Identifikasi kebutuhan dari masing-masing unit terkait dengan kebutuhan logistik untuk penerapan program MFK di unit pelayanan klinik. Kemudian di buat skalaprioritas jika kemampuan pembiayaan terbatas. Setelah itu dituangkan dalam format perencanaan, pengusulan pengadaan atau pemeliharaan yang berlaku di klinik.

Dalam mendukung pelaksanaan program MFK ketersediaan logistic di sesuaikan dengan kebijakan klinik dan pelayanan yang tersedia dengan mengacupada ketentuan perundang-undangan.

- b) KTD YANG TIDAK DAPAT DICEGAH/UNPREVENTABLE ADVERSE EVENT
Suatu KTD yang terjadi akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan mutakhir.
- c) KEJADIAN NYARIS CEDERA (KCN)/NEAR MISS
Adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), yang dapat mencederai sasaran/pelanggan, tetapi cedera serius tidak terjadi :
- Karena “keberuntungan”
 - Karena “pencegahan”
 - Karena “peringanan”
- d) KESALAHAN MEDIS/MEDICAL ERRORS
Adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau ber potensi mengakibatkan cedera pada sasaran/pelanggan.
- e) KEJADIAN SENTINEL/SENTINEL EVENT
Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius dimana biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, misalnya : balita kejatuhan timbangan sehingga berakibat fatal. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Keselamatan dan kesehatan kerja adalah suatu usaha untuk mencegah setiap perbuatan atau kondisi tidak selamat yang dapat mengakibatkan celaka. Keselamatan kerja bagi petugas kesehatan terdiri dari perlindungan terhadap ancaman infeksi dan perlindungan terhadap kecelakaan selama bekerja. Tenaga kesehatan sebagai ujung tombak yang melayani dan melakukan kontak langsung dengan pelanggan dalam waktu 24 jam secara terus menerus tentunya mempunyai resiko terpajan infeksi, oelh sebab itu tenaga kesehatan wajib menjaga kesehatan dan keselamatan dirinya dari resiko tertular penyakit agar dapat bekerja maksimal. Upaya pencegahan penyebaran infeksi dikenal melalui “Kewaspadaan Umum” atau “Universal Precaution” yaitu dimulai sejak dikenalnya infeksi nosokomial yang terus menjadi ancaman bagi “Petugas Kesehatan”

Kecelakaan selama bekerja dapat terjadi karena dua faktor yaitu kondisi kerja yang tidak aman dan perbuatan/tindakan yang tidak aman. Faktor lain yang menyebabkan kecelakaan kerja, yaitu :

1. Faktor teknis, seperti : tempat kerja, kondisi peralatan, bahan dan peralatan yang bergerak, transportasi dan alat.
2. Faktor non teknis, seperti : ketidak tahuan, kemampuan kurang, ketrampilan yang kurang, bermain-main, bekerja tanpa peralatan keselamatan kerja.
3. Faktor lain, seperti : bencana banjir, tanah longsor, stunami, dll.

Program MFK berkaitan erat dengan program kerja K3, Program kerja PPI dilaksanakan dengan memperhatikan lingkungan kerja yang nyaman dan aman serta fasilitas kerja yang aman sehingga tidak menimbulkan kecelakaan selama petugas, pasien atau pengunjung dan alih daya selama beraktifitas di puskesmas Segiri

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Untuk meningkatkan mutu Manajemen Fasilitas dan Keselamatan , harus dilakukan pemantauan dan evaluasi Program MFK . Hasil pemantauan dan evaluasi digunakan untuk mengukur kinerja Tim MFK, Tim K3 dan Tim PPI serta seluruh elemen yang berkaitan dengan program MFK di Puskesmas sekaligus menjadi indikator dalam penilaian akreditasi Puskesmas.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan untuk memperoleh gambaran hasil Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas terhadap akses masyarakat untuk memperoleh Pelayanan Kesehatan Lingkungan, kualitas Pelayanan Kesehatan Lingkungan Puskesmas, masalah yang dihadapi, dan dampak kesehatan masyarakat.

Pengendalian mutu Program MFK dilakukan dengan cara :

1. Monitoring, Evaluasi, dan Tindak lanjut indikator mutu klinis

Monitoring dan evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk memastikan pelaksanaan kegiatan program MFK sesuai dengan pedoman dan perencanaan. selain itu juga dimaksudkan dengan evaluasi sejauh mana pencapaian target indikator keberhasilan Program MFK termasuk dengan memberikan data dan informasi dalam Menyusun perbaikan kebijakan dan program MFK.

2. Kegiatan Audit MFK

Sasaran audit MFK yaitu audit Program MFK, kepatuhan petugas terhadap standar MFK dan audit kewaspadaan standar

BAB IX

PENUTUP

Demikian Pedoman ini dibuat dan telah disahkan oleh Kepala UPTD Puskesmas Segiri agar dapat menjadi pedoman bagi Tim MFK yang bekerja di UPTD Puskesmas Segiri. Kami memahami bahwa pelaksanaan dan kondisi di wilayah kerja UPTD Puskesmas Segiri akan dapat memberikan masukan dan saran pada kesempurnaan pedoman ini.

Selanjutnya diharapkan kepada seluruh petugas melaksanakan peran dan tanggung jawab sesuai tupoksi masing-masing termasuk melakukan pelayanan yang baik kepada pasien dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan secara komprehensif termasuk perbaikan dan penyesuaian isi pedoman ini. Harapan kedepan bahwa Manajemen Fasilitas dan Keselamatan UPTD Puskesmas Segiri akan menjadi lebih baik sehingga kenyamanan, keselamatan petugas, pasien atau pengunjung dan alih daya terus terjaga dan terpelihara

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Menteri kesehatan Nomor 43 tahun 2019 Tentang Puskesmas
Peraturan Menteri kesehatan No 34 Tahun 2022 Tentang Akreditasi Puskesmas,
Klinik,Laboratorium Kesehatan,Unit Transfusi Darah,Tempat Praktik Mandiri
Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi