



BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Nomor : 2512/IV-09/0825
Lampiran : Satu berkas
Hal : Pelaksanaan Rekredensialing FKTP
Tahun 2025

Pontianak, 25 Agustus 2025

Yth. Pimpinan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
di
Tempat

Sebelumnya kami ucapkan terima kasih atas sinergi dan kerjasama yang baik dalam peningkatan kualitas layanan kepada peserta JKN-KIS khususnya di wilayah kerja FKTP Bapak/Ibu. Sehubungan akan berakhirnya Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tentang Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi Peserta Jaminan Kesehatan Tahun 2024, maka kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:

1. Sesuai dengan Kontrak Kerja Sama pada BAB X Jangka Waktu Perjanjian Pasal 17 ayat (2) disebutkan bahwa "tentang Jangka Waktu Perjanjian ayat 2 disebutkan bahwa "Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya jangka waktu perjanjian, PARA PIHAK sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak melanjutkan kerja sama". Oleh karena itu, FKTP diharapkan mengisi formulir kesediaan melakukan perpanjangan kerjasama dengan BPJS Kesehatan (terlampir - **Lampiran 1**).
2. Bagi FKTP yang tidak bersedia melanjutkan kerjasama dengan BPJS Kesehatan harap mengisi Surat Pernyataan Pengunduran diri diatas materai (terlampir - **Lampiran 2**) disertai alasan tidak melanjutkan kerjasama.
3. Untuk tertib administrasi, maka FKTP diharapkan:
 - a. Mengisi Self Assesment Rekredensialing pada aplikasi **HFIS** paling lambat **04 September 2025**.
 - b. Menyerahkan kembali berkas administrasi sebagai berikut:
 - 1) **Bagi Puskesmas:**
 - a) Surat Izin Operasional/Sertifikat Standar (Luaran OSS yang masih berlaku).
 - b) SIP Tenaga Medis (Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Apoteker serta Tenaga Kesehatan lainnya).
 - c) NPWP dan Nomor Rekening Puskesmas.

Kantor Cabang Pontianak

Jalan Sultan Abdurrahman Nomor 135, Pontianak
Kalimantan Barat. Telp 0561 - 733076

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR E

- d) SK Bupati/Walikota tentang penetapan nama dan nomor rekening bendahara kapitasi.
- e) Sertifikat Akreditasi Terbaru.
- f) Melampirkan PKS (MOU) dengan Jejaring yang masih berlaku.
- g) SK Bupati/Walikota tentang penetapan Puskesmas mampu PONED.
- h) SK Bupati/Walikota tentang penetapan Tim Teknis dan Tim Pendukung Puskesmas mampu PONED.
- i) Formulir Manual Self Assessment Rekredensialing (**Lampiran 3**).
- j) Surat pernyataan kesediaan mematuhi seluruh ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (**Lampiran 4**).
- k) Mendaftarkan seluruh dokter dan pegawai FKTP menjadi peserta JKN dengan menunjukkan sertifikat kepesertaan Badan Usaha yang masih berlaku/ Surat Keterangan pendaftaran Badan Usaha yang masih berlaku.
- l) Surat pernyataan memenuhi standar mutu pelayanan peserta JKN sebagai komitmen FKTP terhadap pelayanan peserta (**Lampiran 5**).
- m) Surat pernyataan Nomor Rekening dan NPWP (**Lampiran 6**).
- n) Jadwal Praktek dokter umum, dokter gigi dan apotek (**Lampiran 7**).

2) Bagi Klinik Pratama

- a) Surat Izin Operasional/Sertifikat Standar (Luaran OSS yang masih berlaku).
- b) SIP Tenaga Medis (Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Apoteker serta Tenaga Kesehatan lainnya).
- c) NPWP dan Nomor Rekening Klinik Pratama.
- d) Sertifikat Akreditasi Terbaru.
- e) Melampirkan PKS (MOU) dengan Jejaring yang masih berlaku.
- f) Melampirkan Akta Notaris.
- g) Formulir Manual Self Assessment Rekredensialing (**Lampiran 3**).
- h) Surat pernyataan kesediaan mematuhi seluruh ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (**Lampiran 4**).
- i) Mendaftarkan seluruh dokter dan pegawai FKTP menjadi peserta JKN dengan menunjukkan sertifikat kepesertaan Badan Usaha yang masih berlaku/ Surat Keterangan pendaftaran Badan Usaha yang masih berlaku.
- j) Surat pernyataan memenuhi standar mutu pelayanan peserta JKN sebagai komitmen FKTP terhadap pelayanan peserta (**Lampiran 5**).
- k) Surat pernyataan Nomor Rekening dan NPWP (**Lampiran 6**).
- l) Jadwal Praktek dokter umum, dokter gigi dan apotek (**Lampiran 7**).

3) Bagi Tempat Praktik Mandiri Dokter (TPMD)

- a) SIP Tenaga Medis (Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Apoteker serta Tenaga Kesehatan lainnya.
- b) NPWP dan Nomor Rekening.
- c) Bukti Pelaporan INM Triwulan 3.
- d) Melampirkan PKS (MOU) dengan Jejaring yang masih berlaku.
- e) Formulir Manual Self Assessment Rekredensialing (**Lampiran 3**).
- f) Surat pernyataan kesediaan mematuhi seluruh ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (**Lampiran 4**).
- g) Mendaftarkan seluruh dokter dan pegawai FKTP menjadi peserta JKN dengan menunjukkan sertifikat kepesertaan Badan Usaha yang masih berlaku/ Surat Keterangan pendaftaran Badan Usaha yang masih berlaku.
- h) Surat pernyataan memenuhi standar mutu pelayanan peserta JKN sebagai komitmen FKTP terhadap pelayanan peserta (**Lampiran 5**).
- i) Surat pernyataan Nomor Rekening dan NPWP (**Lampiran 6**).
- j) Jadwal Praktek dokter umum, dokter gigi dan apotek (**Lampiran 7**).

4) Bagi Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (TPMDG)

- a) SIP Tenaga Medis (Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Apoteker serta Tenaga Kesehatan lainnya.
- b) NPWP dan Nomor Rekening.
- c) Bukti Pelaporan INM Triwulan 3.
- d) Melampirkan PKS (MOU) dengan Jejaring yang masih berlaku.
- e) Formulir Self Assessment Rekredensialing (**Lampiran 3**).
- f) Surat pernyataan kesediaan mematuhi seluruh ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (**Lampiran 4**).
- g) Mendaftarkan seluruh dokter dan pegawai FKTP menjadi peserta JKN dengan menunjukkan sertifikat kepesertaan Badan Usaha yang masih berlaku/ Surat Keterangan pendaftaran Badan Usaha yang masih berlaku.
- h) Surat pernyataan memenuhi standar mutu pelayanan peserta JKN sebagai komitmen FKTP terhadap pelayanan peserta (**Lampiran 5**).
- i) Surat pernyataan Nomor Rekening dan NPWP (**Lampiran 6**).
- j) Jadwal Praktek dokter umum, dokter gigi dan apotek (**Lampiran 7**).

5) Bagi Apotek PRB

- a) Surat Izin Operasional/Sertifikat Standar (Luaran OSS yang masih berlaku).
- b) Surat Izin Apoteker, Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian bagi Tenaga Teknis Kefarmasian.
- c) NPWP dan Nomor Rekening Apotek.
- d) Melampirkan PKS (MOU) dengan Jejaring yang masih berlaku.
- e) Formulir Manual Self Assessment Rekredensialing (**Lampiran 3**).
- f) Surat pernyataan kesediaan mematuhi seluruh ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (**Lampiran 4**).
- g) Mendaftarkan seluruh dokter dan pegawai FKTP menjadi peserta JKN dengan menunjukkan sertifikat kepesertaan Badan Usaha yang masih berlaku/ Surat Keterangan pendaftaran Badan Usaha yang masih berlaku.
- h) Surat pernyataan memenuhi standar mutu pelayanan peserta JKN sebagai komitmen FKTP terhadap pelayanan peserta (**Lampiran 5**).
- i) Surat pernyataan Nomor Rekening dan NPWP (**Lampiran 6**).
- j) Jadwal Praktek dokter umum, dokter gigi dan apotek (**Lampiran 7**).

6) Bagi Laboratorium

- a) Surat Izin Operasional/Sertifikat Standar (Luaran OSS yang masih berlaku).
- b) Surat Izin Praktik tenaga medik atau tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan dan keahlian manajemen di bidang laboratorium.
- c) NPWP dan Nomor Rekening Laboratorium.
- d) Sertifikat Akreditasi Terbaru.
- e) Formulir Manual Self Assessment Rekredensialing (**Lampiran 3**).
- f) Surat pernyataan kesediaan mematuhi seluruh ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (**Lampiran 4**).
- g) Mendaftarkan seluruh dokter dan pegawai FKTP menjadi peserta JKN dengan menunjukkan sertifikat kepesertaan Badan Usaha yang masih berlaku/ Surat Keterangan pendaftaran Badan Usaha yang masih berlaku.
- h) Surat pernyataan memenuhi standar mutu pelayanan peserta JKN sebagai komitmen FKTP terhadap pelayanan peserta (**Lampiran 5**).
- i) Surat pernyataan Nomor Rekening dan NPWP (**Lampiran 6**).

- c. Berkas sebagaimana poin b dapat dikirim melalui format PDF kepada PIC BPJS Kesehatan Kota/Kabupaten dengan alamat email sebagai berikut:

NO	KOTA/KABUPATEN	NAMA	ALAMAT EMAIL
1	KOTA PONTIANAK	Esty Rahayu	estirahayu@bpjs-kesehatan.go.id
2	KABUPATEN KUBU RAYA	Rizki Oktari Putri	rizki.octari@bpjs-kesehatan.go.id
3	KABUPATEN MEMPAWAH	Velda Safitri	velda.safitri@bpjs-kesehatan.go.id
4	KABUPATEN LANDAK	Deviliani	deviliani@bpjs-kesehatan.go.id
5	KABUPATEN KETAPANG	Andry Kusyandini	andry.kusyandini@bpjs-kesehatan.go.id
6	KABUPATEN KAYONG UTARA	Hendra	hendra@bpjs-kesehatan.go.id

4. Untuk pelaksanaan rekredensialing yang dilakukan secara daring (online), ketentuan yang digunakan sebagai berikut:
- Berada pada daerah terpencil tersedia jarkomdat dengan dilengkapi bukti.
 - Fasilitas kesehatan pada wilayah bencana.
 - Memiliki nilai rekredensialing selama 2 (tahun) berturut-turut lebih dari 80; atau
 - Fasilitas kesehatan yang sudah bekerja sama lebih dari 5 (lima) tahun.
5. BPJS Kesehatan akan melakukan Re-Kredensialing FKTP melalui kunjungan langsung atau secara daring (**Jadwal Terlampir**).

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerja sama bapak/ibu diucapkan terima kasih.

Kepala Cabang



Evi Retno Nurlianti

Tembusan:

Kepala BPJS Kesehatan Kabupaten Wilayah Kantor Cabang Pontianak

EK/er/PK.01

FORMULIR REKREDISIALING
FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA BPJS KESEHATAN
(KLINIK PRATAMA)

I. PERSYARATAN ADMINISTRASI (KRITERIA MUTLAK)

1. Nama Faskes : KLINIK PRATAMA UNIVERSITAS TANJUNGPURA (UNTAN)
2. Nama Pimpinan Faskes : dr. Eka Ardiani Putri, M.M.Kes
3. Alamat Praktek : Jalan Darya Nasional-Jalan Karanganyar Komplek UNTAN
Kelurahan Bantir Laut, Kecamatan Pontianak Tenggara Kode Pos 78113
4. No. Telepon : 0896-0120-0220
5. Email : klinik.pratama.untan@gmail.com
6. Dokumen Pendukung
 - a. Surat Izin Operasional (Sertifikat Standar Usaha Klinik), Surat Izin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja (SDIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain, Surat Izin Apoteker (SIPA) bagi Apoteker dalam hal klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.
 - b. Nomor Pokok Wajib Pajak Badan
 - c. Perjanjian kerjasama dengan Laboratorium, Apotek, dan Jejaring lainnya (jika diperlukan).
 - d. Surat Pernyataan kesediaan mematuhi seluruh ketentuan program Jaminan Kesehatan Nasional fasilitas kesehatan berkewajiban untuk mendaftarkan seluruh pegawai fasilitas kesehatan sebagai peserta JKN dengan melampirkan Sertifikat ISU / Surat Pendaftaran BU
 - e. Sertifikat Akreditasi

Keterangan

- o Persyaratan administrasi harus dipenuhi oleh setiap calon FKTP BPJS Kesehatan
- o Penilaian terhadap kriteria teknis dapat dilakukan setelah seluruh persyaratan administrasi terpenuhi.

II. PERSYARATAN TEKNIS

KRITERIA

A. SUMBER DAYA MANUSIA

1. Ketenagaan

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis di
a. bidang layanan primer (yang praktik minimal 7 jam sehari). | ☐ 1 orang | ☒ 2 orang | ☐ ≥ 3 orang | |
| b. Dokter Gigi (yang praktik minimal 4 jam sehari). | ☐ tidak ada | ☒ 1 orang | ☐ ≥ 2 orang | |
| c. Dokter pengganti jika dokter tetap berhalangan praktik | ☐ tidak ada | ☒ 1 orang | ☐ ≥ 2 orang | |
| d. Perawat | ☐ tidak ada | ☐ 1 orang | ☒ ≥ 2 orang | |
| e. Bidan | ☐ tidak ada | ☐ 1 orang | ☒ ≥ 2 orang | |
| f. Apoteker | ☐ tidak ada | ☒ ≥ 1 orang | ☐ ≥ 2 orang | |
| g. Tenaga Teknis: Kefarmasian | ☒ tidak ada | ☐ ≥ 1 orang | | |
| h. Fisioterapis | ☒ tidak ada | ☐ ≥ 1 orang | | |
| i. tenaga ahli teknologi laboratorium medik | ☐ tidak ada | ☐ ≥ 1 orang pada jejaring lab | ☐ ≥ 1 orang | ☒ ≥ 1 orang |
| j. Petugas Administrasi (menghitung orang bukan fungsi) | ☐ tidak ada | ☐ 1 orang | ☐ ≥ 2 orang | ☒ ≥ 2 orang |
| k. Petugas informasi dan penanganan keluhan | ☐ tidak ada | ☒ ≥ 1 orang | | |

2. Pelatihan Kompetensi (salah satu tenaga kesehatan klinik)

- a. Kedokteran Keluarga/Primary Care
- b. Sertifikat pelatihan medis endokrin

☒ Tidak Ada
☐ Tidak Ada

☐ Ada
☒ Ada

- c. Sertifikat pelatihan medis hipertensi
 d. Sertifikat pelatihan medis penanggulangan Tuberculosis
 e. Sertifikat keahlian medis dari organisasi profesi lainnya:
 Misal : ATLS, BLS-ACLS, EIMED, Sertifikat USC, Sertifikat MOOC Care Pathway/ Kementerian Kesehatan dll
 - Sebutkan Sertifikat USG dan ATLS

Tidak Ada
 Tidak Ada
 Tidak Ada

☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada

3. Penghargaan / Prestasi Klinik/sertifikasi

- a. Penghargaan / Prestasi Klinik
 b. Penghargaan dari BPJS Kesehatan
 c. Sertifikasi

tidak pernah
 tidak pernah
 tidak pernah

☒	pernah
☒	pernah
☒	pernah

tahun 2023 dan 2024
 tahun 2020 dan 2021
 tahun 2023

SUBTOTAL SUMBER LAYANAN MANUSIA

B. SARANA DAN PRASARANA

1. Bangunan

- a. Bangunan Lokasi Klinik
 b. Akses Lokasi dilalui kendaraan roda 4
 c. Tempat Parkir
 d. Papar nama Klinik

☐	Sewa/Pinjara Pakai
☐	Tidak dilalui kendaraan roda 4
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada

☒	Hak Milik
☒	Dilalui kendaraan roda 4
☐	Kend. Roda 2
☒	Ada

☒ Kend. Roda 2 & Roda 4

2. Ruangan Pendukung

- a. Ruang Administrasi (untuk fungsi Pendaftaran, Pembayaran, Rekam Medik dan Perkantoran)
 b. Ruang tunggu
 c. Ruang Pemeriksaan/konsultasi umum
 d. Ruang pelayanan gigi dan mulut
 e. Ruang Tindakan/Ruang Gawat Darurat
 f. Ruang/Instalasi Farmasi
 g. Ruang Laboratorium
 h. Kamar Mandi/WC
 i. Ruang Asli

☐	Tidak Ada
☐	Ada < 15 kursi
☐	Ada 1 ruang periksa
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada (wajib jejaring)
☐	Tidak Ada (wajib jejaring)
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada

☐	Ada merangkap fungsi
☒	Ada ≥ 15 kursi
☐	Ada > 1, tdk laka bersamaan
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada

☒ Ada masing2 fungsi

☒ Ada > 1 Poli, buka bersamaan

3. Perlengkapan ruang periksa menyesuaikan dengan jumlah ruang periksa

- a. Tempat tidur periksa
 b. Meja dan kursi dokter
 c. Kursi pasien
 d. Lemari obat dan peralatan
 e. Wastafel/tempat cuci tangan
 f. Tempat sampah medis
 g. Tempat sampah non medis

☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada

☐	Ada tidak sesuai jumlah ruang periksa
☐	Ada tidak sesuai jumlah ruang periksa
☐	Ada tidak sesuai jumlah ruang periksa
☐	Ada tidak sesuai jumlah ruang periksa
☐	Ada tidak sesuai jumlah ruang periksa
☐	Ada tidak sesuai jumlah ruang periksa
☐	Ada tidak sesuai jumlah ruang periksa
☐	Ada tidak sesuai jumlah ruang periksa

☒	Ada sesuai jumlah ruang periksa
☒	Ada sesuai jumlah ruang periksa
☒	Ada sesuai jumlah ruang periksa
☒	Ada sesuai jumlah ruang periksa
☒	Ada sesuai jumlah ruang periksa
☒	Ada sesuai jumlah ruang periksa
☒	Ada sesuai jumlah ruang periksa
☒	Ada sesuai jumlah ruang periksa

4. Perlengkapan penunjang administrasi

- a. Kartu Rekam medis
 b. Blanko resep
 c. Formulir persetujuan tindakan medik
 (informed consent)
 d. Surat keterangan sakit
 e. Lemari/tempat penyimpanan Arsip

☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada

☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada

5. Perlengkapan penunjang umum

- a. Sistem Antrian Online
 b. TV / Monitor
 c. Alat pemadam kebakaran

☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada

☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| ☒ | Ada |
| ☒ | Ada |
| ☐ | Ada |

	Tidak ada
	Tidak ada
	Tidak ada

☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada

[illegible][illegible]

	Tidak Ada
	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
	Tidak Ada
	Tidak Ada

Ada

Ada lengkap

2. Peralatan Medis Tambahan

Rincian :

- Timbangan bayi
- Forsep dressing 6"
- Forsep spons
- Peak flow meter
- Sterilisator basah atau kering
- Asthma control test
- Piala ginjal (neerbekken/bengkok)
- Nelaton kateter
- Spekulum Vagina
- Kateter Uretral
- Kanul suction
- KB Kit
- Loupe (kaca pembesar)
- Peralatan kunjungan rumah (senter, stetoskop, tensi)

☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada

☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☐	Ada
☒	Ada
☐	Ada
☒	Ada
☐	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada

3. Peralatan medis gigi

Rincian :

- Kursi Pemeriksaan Gigi (*Dental Chair*)
- Alat Sterilisasi Basah atau Kering
- Lampu Praktik
- High Speed Bor
- Low Speed Bor
- Hand Instrument (seperti kaca mulut, cement spatula, excavator, Sonde, Pinset, dll)
- Alat Ekstraksi (Tang Anterior, Tang Premolar, Tang Bayonet, Tang Posterior) set anak
- Alat Ekstraksi (Tang Anterior, Tang Premolar, Tang Bayonet, Tang Posterior) set dewasa
- Skaler Unit
- Light Curing Unit
- RO Viewer
- Bein
- Crayer
- Nierbaken
- Glass Slab/Glass Plate
- Sendok Cetak

☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada

☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada

4. Peralatan keadaan darurat

Emergensi kit minimal terdiri dari: oksigen, ambu bag, oropharyngeal airway, plester, sarung tangan

☐	Tidak Ada
--------------------------	-----------

☐	Ada, tidak lengkap
--------------------------	--------------------

☒	Ada, lengkap
-------------------------------------	--------------

5. Obat-obatan

- Obat essential
(Obat Suntik, Cairan Infus, Anestesi Lokal)
- Obat *emergency* termasuk obat *emergency* untuk dokter gigi
Sesuai Kepmenkes tentang Daftar Obat Keadaan Darurat Medis

☐	Tidak ada
--------------------------	-----------

☐	Ada, tidak lengkap
--------------------------	--------------------

☒	Ada, lengkap
-------------------------------------	--------------

☐	Tidak ada
--------------------------	-----------

☐	Ada, tidak lengkap
--------------------------	--------------------

☒	Ada, lengkap
-------------------------------------	--------------

6. Bahan Medis Habis Pakai Pelayanan Gigi

- Glass Ionomer
- Resin Composite
- Tambalan sementara (misal Fletcher set dll)
- Chlor Ethyl
- Lidocaine
- Kalsium Hidroksida
- Eugenol
- Cavity Cleanser
- Formokresol atau padanannya
- Formaldehide atau padanannya
- Dental Alginate
- Antiseptic

☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☐	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
☒	Tidak Ada
☐	Tidak Ada

☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☒	Ada
☐	Ada
☐	Ada
☐	Ada
☒	Ada

m. Sarung Tangan Disposable	☐ Tidak Ada	☒ Ada
n. Spuit	☐ Tidak Ada	☒ Ada

7. Perlengkapan Edukasi

a. Poster/Leaflet/Booklet/banner	☐ Tidak ada	☒ Ada
b. Media Informasi Digital	☐ Tidak ada	☒ Ada
c. Alat Peraga / Model	☐ Tidak ada	☒ Ada
d. Soundsystem	☐ Tidak ada	☒ Ada
e. Media Sosial	☐ Tidak ada	☒ Ada

8. Skrining Kesehatan (Satu Atap/Jejaring)

a. Pemeriksaan gula darah kapiler/vena	☐ Tidak ada	☒ Ada
b. Hb Analyzer	☐ Tidak ada	☒ Ada
c. Preparat tempat sampel apus darah tepi	☐ Tidak ada	☒ Ada
d. Hb Meter	☐ Tidak ada	☒ Ada
e. Rapid Hepatitis B	☐ Tidak ada	☒ Ada
f. Rapid Test Hepatitis c	☒ Tidak ada	☐ Ada
g. Benedict – Tabung Reaksi spot	☐ Tidak ada	☒ Ada

SUBTOTAL PERALATAN MEDIS, OBAT-OBATAN, DAN PERLENGKAPAN EDUKASI

E. LINGKUP PELAYANAN

1. Konsultasi/Pemeriksaan/Pengobatan

a. Hari Pelayanan Operasional	☐ < hari kerja	☒ Sesuai hari kerja	☐ hari kerja & hari libur
b. ruang pemeriksaan	☐ < hari kerja	☒ Sesuai hari kerja	☐ hari kerja & hari libur
c. Jam Pelayanan ruang pemeriksaan umum	☒ 7 - 8 jam/hari	☐ 9 - < 24 Jam	☐ 24 Jam
d. Ruang Pemeriksaan Gigi	☐ < hari kerja	☒ Sesuai hari kerja	☐ hari kerja & hari libur
e. Jam Pelayanan di ruang pemeriksaan gigi	☒ < 6 jam/hari	☐ 6 - 8 jam/hari	☐ > 8 jam

2. Pelayanan Obat

☐ Jejaring (ada bukti)	☒ Layanan satu atap
---	---

3. Pelayanan Laboratorium Pratama wajib ada Laboratorium

☐ Jejaring (ada bukti)	☒ Layanan satu atap Lab Pratama	☐ Layanan satu atap Lab Pratama dan Prolanis
---	---	---

4. Pelayanan Tb
TCM, BTA, Obat program

☐ Tidak Ada	☐ Sebagai Jejaring	☒ Layanan Satu Atap
------------------------------------	---	---

5. Pelayanan Imunisasi

☐ Tidak Ada	☐ Jejaring	☒ Layanan satu atap
------------------------------------	-----------------------------------	---

6. Pelayanan Antenatal Care (ANC), Post Natal Care (PNC)

☐ Jejaring	☐ Layanan satu atap tanpa USG	☒ Layanan satu atap dengan USG
-----------------------------------	--	--

7. Pelayanan Persalinan

☒ Tidak Ada Jejaring	☐ Ada Jejaring	☐ Satu Atap
--	---------------------------------------	------------------------------------

8. Pelayanan Keluarga Berencana

☐ Tidak Ada	☒ Ada
------------------------------------	---

9. Pelayanan homecare

☐ Tidak Ada	☒ Ada
------------------------------------	---

10. Pelayanan kontak tidak langsung

☐ Tidak Ada	☒ Ada
------------------------------------	---

11. Promosi Kesehatan (Edukasi Kelompok & Olahraga)

☐ Tidak Ada	☒ Ada
------------------------------------	---

12. Prothesa Gigi

☒ Tidak Ada	☐ Ada
---	------------------------------

13. Pelayanan Fisioterapi

☒ Tidak Ada	☐ Ada
---	------------------------------

SUBTOTAL CAKUPAN PELAYANAN

F. KOMITMEN MUTU

1. Memenuhi indikator kepatuhan sesuai target	☐ < 75% dari target	☒ 75% - 90% dari target	☐ >90% - < 100%
2. Tidak Pernah mendapatkan teguran tertulis (SP) selama periode kerja sama PKS terakhir	☐ Mendapat Teguran Tertulis (SP)	☒ Tidak Pernah Mendapat Teguran Tertulis (SP)	
3. Memastikan tindak lanjut keluhan sesuai dengan SLA	☐ Melebihi SLA	☒ Sesuai SLA	
4. Memastikan KESSAN / Rating faskes minimal 4,3 (bintang)	☐ Rating faskes < 4,3 bintang	☒ Rating faskes 4,3 - < 4,5 bintang	☐ Rating faskes ≥ 4,5 bintang
5. Memastikan Peserta Terdaftar (yang sesuai ketentuan) melakukan Skrining Riwayat Kesehatan	☒ Tidak < 75% dari target	☐ Ya 75% - 90% dari target	☐ >90% - < 100%

SUBTOTAL KOMITMEN
TOTAL PERSYARATAN TEKNIS

Hasil Kredensialing :

Kategori A (85 - 100)	=	Sangat Direkomendasikan
Kategori B (70 - 84)	=	Direkomendasikan
Kategori C (60 - 69)	=	Kurang Direkomendasikan
Kategori D (< 60)	=	Tidak Direkomendasikan



Menyetujui,
Kepala Klinik Pratama Universitas Tanjungpura
(dr. Eka Ardiani Putri, M.M.Kes)