

1. Standar Pelayanan Pemeriksaan TB

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. KTP/ KK/ Kartu BPJS/ Kartu KIS 2. Rujukan internal
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> a. Prosedur Pelayanan Penemuan kasus terduga TBC Anak <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menentukan sasaran 2. Melakukan pemeriksaan umum (Tinggi badan, berat badan, tensi, pernafasan dan suhu) 3. Petugas melakukan anamnesa. 4. Petugas melakukan rujukan jika pasien tersebut terduga TBC berupa pemeriksaan sputum (dahak) 5. Petugas mengisi form TBC 05 dan TBC 06 6. Petugas menyarankan pemeriksaan mantoux atau rontgen thorax dan menilai skoring TBC anak bila pemeriksaan sputum tidak di dapatkan 7. Petugas melakukan rujukan pada pelayanan TBC bila <ol style="list-style-type: none"> a. Skoring TBC > 6 atau b. Mantoux positif atau c. Kontak TBC positif b. Prosedur Pelayanan Penemuan kasus terduga TBC <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menentukan sasaran 2. Melakukan pemeriksaan umum (Tinggi badan, berat badan, tensi, nafas dan suhu) 3. Petugas melakukan anamnesa. 4. Petugas melakukan rujukan jika pasien tersebut terduga TBC berupa pemeriksaan sputum (dahak) 5. Petugas mengisi form TBC 05 dan TBC 06 c. Prosedur Penatalaksanaan Pengobatan TBC <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menggunakan APD 2. Petugas memberikan konseling sebelum memulai pengobatan 3. Petugas memberikan pengobatan sesuai katagori <ol style="list-style-type: none"> a. OAT kategori 1 untuk pasien TBC baru b. OAT Kategori dosis harian untuk pasien dengan riwayat pengobatan TBC sebelumnya/Kambuh. c. Rujuk fasilitas TBC Resisten Obat untuk pasien dengan hasil sputum Rifampisin resisten pada pasien terduga TBC Resisten Obat/RO d. Pengulangan tes dahak bila hasil sputum indeterminate atau Rifampisin resisten pada pasien bukan terduga TBC RO e. Antibiotik spectrum luas selama 2 minggu untuk terduga TBC dengan hasil negative rujukan jika pasien tersebut terduga TBC dengan hasil negative f. Rujukan pemeriksaan rontgen thorax untuk terduga TBC dengan hasil dahak

		<p>negative dan telah diberikan antibiotic spectrum luas</p> <ol style="list-style-type: none"> Petugas melakukan pencatatan Pada TBC 01, TBC 02 dan TBC 03 Petugas menyarankan pasien untuk kontrol sesuai dengan kartu TBC 02 Petugas melakukan input data pasien ke dalam Sistem Pelaporan Tuberkulosis (SITB)
3	Jangka Waktu Pelayanan	15 – 30 menitt
4	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> BPJS : Gratis Berdasarkan Peraturan Wali Kota Depok No 61 tahun 2016 Peraturan Walikota Depok No 49 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pembebasan Retribusi Pelayanan Penunjang Medik Laboratorium Penyakit HIV AIDS dan TBC di Puskesmas
5	Produk Pelayanan	<p>Jenis pelayanan TBC yang diberikan, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengobatan sesuai kategori Rujuk fasilitas TBC RO Pemeriksaan tes dahak Rujuk pemeriksaan rontgen thorax
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> Pengaduan saran dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui kotak saran. Menyampaikan pengaduan, saran dan masukan langsung via media sosial : <ol style="list-style-type: none"> Instagram : pkm_pdsukmajaya Facebook: Puskesmas pondok sukrajaya Email: pkm_pdsukmajaya@yahoo.co.id Hotline Puskesmas : 081285510500 Website: https://pkmpondoksukmajaya.depok.go.id/ LAPOR : www.lapor.go.id
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.67 tahun 2016 tentang Penagggulan Tuberkulosis Peraturan Presiden No 67 Tahun 2021 tentang Penanggulan Tuberkulosis
8	Sarana, Prasarana dan/ atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> Ruang Pelayanan TB APD Leaflet Lembar balik Pot dahak Meja Kursi pemeriksa, kursi pasien Lemari obat Kipas angin Buku register harian
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> Dokter Perawat Tenaga Laboratorium
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok Kepala UPTD
11	Jumlah Pelaksana	3 (Tiga) orang

12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Didukung dengan sarana dan prasarana yang sesuai dengan standar pelayanan minimal dan tenaga yang kompeten di bidangnya 2. Ketepatan waktu pelayanan
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Puskesmas 2. Tim Audit internal puskesmas
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian Kinerja Puskesmas 2. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas dan Rapat Tinjauan Manajemen setiap 6 bulan sekali 3. Evaluasi Berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 4. Survey Kepuasan Masyarakat setiap 6 bulan sekali

Standar Pelayanan VCT/IMS

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Rujukan Internal dari Poli Umum dan Lainnya Petugas dan Pasien mematuhi protocol kesehatan yang berlaku di Puskesmas . Tersedia Lembar Konseling TEST Tersedia reagen Pemeriksaan HIV dan IMS
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas menggunakan APD sesuai standar, melakukan screening dan pemeriksaan fisik pada pasien sesuai protokol kesehatan di Puskesmas . Melakukan Konseling pra Test dan Merujuk pasien ke laboratorium untuk pemeriksaan HIV dan IMS. Petugas membaca hasil tes laboratorium dan melakukan pasca test konseling terhadap pasien. Bila hasil HIV negatif dan hasil IMS Positif diberikan terapi di Puskesmas. Bila HIV Positif langsung di Rujuk ke Faskes Tingkat Lanjut dengan Perawatan Dukungan Pengobatan (PDP).
3	Jangka Waktu Pelayanan	15 -60 menit
4	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> BPJS : Gratis KTP DEPOK / DOMISILI DEPOK GRATIS Perwal No 49 Tahun 2014 Berdasarkan Peraturan Wali Kota Depok No 61 tahun 2016
5	Produk Pelayanan	Konseling Test dan Pelayanan VCT / IMS
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> Pengaduan saran dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui kotak saran. Menyampaikan pengaduan, saran dan masukan langsung via media sosial : <ol style="list-style-type: none"> Instagram : pkm_pdsukmajaya Facebook: Puskesmas pondok sukrajaya Email: pkm_pdsukmajaya@yahoo.co.id Hotline Puskesmas : 081285510500 Website : https://pkmpondoksukrajaya.depok.go.id/ LAPOR : www.lapor.go.id

PENGELOLAAN PELAYANAN		
7	Dasar Hukum	Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV AIDS
8	Sarana, Prasarana atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> Ruang pemeriksaan poli Ruang tunggu Reagen test HIV dan Sifilis Alat medis pendukung : Termometer, tensimeter, timbangan.
9	Kompetensi Pelaksana	Dokter Umum, Perawat / Bidan terlatih HIV, petugas lab
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok Kepala UPTD Puskesmas

11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Umum : 1 2. RR(Petugas Pencatatan dan Pelaporan) : 1 3. Perawat / Bidan : 1 4. Farmasi : 1 5. ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medis): 1
12	Jaminan Pelayanan	Didukung dengan sarana prasarana yang sesuai dengan standar pelayanan minimal dan tenaga yang berkompeten di bidangnya.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasi tentang rekam medis pasien dijamin kerahasiaannya 2. Obat yang digunakan dijamin masa berlaku penggunaannya (tidak kadaluwarsa)
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja melalui Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas dan Rapat Tinjauan Manajemen

3. Standar Pelayanan Program VCT HIV - IMS

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Pelayanan Luar Gedung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunitas Populasi Kunci sasaran / resiko HIV & IMS (LSL, WBP, Pengguna narkoba suntik, Waria dll) 2. Ibu Hamil 3. Pasien TB Paru 4. Sasaran mematuhi protocol kesehatan yang berlaku di Puskesmas <p>Pelayanan Dalam Gedung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedia Rekam Medis pasien 2. Rujukan internal dari poli umum dan poli lain 3. Petugas dan pasien mematuhi protokol kesehatan yang berlaku di Puskesmas
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memakai APD sesuai standar melakukan konseling terhadap sasaran yang telah melaksanakan protokol kesehatan (memakai masker, cuci tangan, jaga jarak). 2. Melakukan Konseling pra test, merujuk pasien ke laboratorium untuk pemeriksaan HIV dan IMS. 3. Petugas membaca hasil tes laboratorium dan melakukan konseling Pasca test terhadap pasien. 4. Bila hasil Positif di Rujuk ke Faskes Tingkat Lanjut dengan Perawatan Dukungan Pengobatan (PDP).
3	Jangka Waktu Pelayanan	15 -60 menit
4	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ktp / domisili depok : gratis 2. Perwal No 49 Tahun 2014 3. Berdasarkan Peraturan Wali Kota Depok No 61 tahun 2016
5	Produk Pelayanan	Pelayanan VCT HIV / IMS
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan saran dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran dan masukan langsung via media sosial : <ol style="list-style-type: none"> a. Instagram : pkm_pdsukmajaya b. Facebook: Puskesmas pondok sukrajaya 3. Email: pkm_pdsukmajaya@yahoo.co.id 4. Hotline Puskesmas : 081285510500 5. Website : https://pkmpondoksukmajaya.depok.go.id/ 6. LAPOR : www.lapor.go.id
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7	Dasar Hukum	<p>Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV AIDS</p> <p>Permenkes no 52 tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan HEP B dari Ibu ke Anak</p>
8	Sarana, Prasarana atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang pemeriksaan VCT 2. Ruang tunggu 3. Reagen test 4. Alat medis pendukung : Termometer, tensimeter, timbangan, Reagen Tes.
9	Kompetensi Pelaksana	Dokter Umum, Perawat /Bidan terlatih, ATLM

10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok 2. Kepala UPTD Puskesmas
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Umum : 1 2. RR (Petugas Pencatatan dan Pelaporan) : 1 3. Perawat / Bidan : 1 4. Farmasi : 1 5. ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medis) : 1
12	Jaminan Pelayanan	Didukung dengan sarana prasarana yang sesuai dengan standar pelayanan minimal dan tenaga yang berkompeten di bidangnya.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasi tentang rekam medis pasien dijamin kerahasiaannya 2. Obat dan Reagen yang digunakan dijamin masa berlaku penggunaannya (tidak kadaluwarsa)
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja melalui Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas dan Rapat Tinjauan Manajemen

4. Standar Pelayanan Program Penyakit Kusta

NO	KOMPONEN	URAIAN
Penyampaian Pelayanan		
1	Persyaratan Pelayanan	Rujukan Internal
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memanggil pasien sesuai nomor urut 2. Petugas mengambil kartu RM di loket yang tersedia petugas lain mengantarkan kartu RM ke poli pelayanan kusta dan memastikan identitas pasien sesuai dengan rekam medik. 3. Petugas layanan memanggil pasien yang akan di layani di ruang pelayanan kusta 4. Petugas memverifikasi data dan identitas pasien sesuai dengan kartu RM. 5. Bagi pasien lama kusta langsung di layani seperti biasa sesuai standar yang ada dan bagi pasien baru dibuatkan kartu penderita kusta baru. 6. Bagi pasien baru dilakukan anamnesa dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik dan fungsi syaraf dan di catat dalam Kartu Berobat penderita kusta. 7. Dalam hal pasien baru hasil rujukan internal maka dilakukan sama seperti pada poin 5. 8. Petugas Memeriksa cardinal sign (Bercak mati rasa yang berbatas tegas, penebalan saraf tepi yang disertai penurunan fungsi, BTA). 9. Petugas Mengklarifikasi cardinal sign 10. Petugas Melakukan cahrting dan mendokumentasikan kedalam blanko pasien apabila sudah tegak diagnosa kusta 11. Jika pasien dinyatakan positif kusta maka dilakukan konseling untuk mendapatkan pengobatan dan pasien / keluarga mendatangi <i>informed consernt</i>. 12. Setelah mendapatkan obat, pasien pulang. 13. Petugas melakukan identifikasi / RR

		<p style="text-align: center;">Diagram Alur</p> <pre> graph TD A([Petugas memanggil pasien sesuai nomor urut]) --> B[Petugas memastikan identitas pasien sesuai dengan rekam medik] B --> C[Petugas melakukan anamnesa / pemeriksaan fisik (pasien mengisi form "inform consent" terlebih dahulu)] C --> D[Pemeriksaan laboratorium atau radiologi (bila diperlukan) Ket: pasien kembali ke Puskesmas setelah ada hasil dan Observasi selama 3-6 bulan] D --> E[Petugas Memeriksa cardinal sign (Bercak mati rasa yang berbatas tegas, penebalan saraf tepi yang disertai penurunan fungsi)] E --> F[Petugas Mengklarifikasi cardinal sign] F --> G[Petugas Melakukan cahrting dan mendokumentasikan kedalam blanko pasien apabila sudah tegak diagnosa kusta] G --> H[Petugas Memberikan penjelasan tentang prosedur pengobatan dan penatalaksanaan] H --> I[Petugas Memberi MDT] </pre>
3	Jangka Waktu Penyelesaian	10 Menit – 15 Menit
4	Biaya/tarif	Gratis
5	Produk Pelayanan	Pencegahan dan Pengendalian Pasien Kusta
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan saran dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran dan masukan langsung via media sosial : <ol style="list-style-type: none"> a. Facebook: PuskesmasPondokSukmajaya b. Instagram : pkm_pdsukmajaya c. Whatsapp : 08128550500 d. Email: pkm_pdsukmajaya@yahoo.co.id 3. Hotline Puskesmas: 08128550500 4. LAPOR : www.lapor.go.id

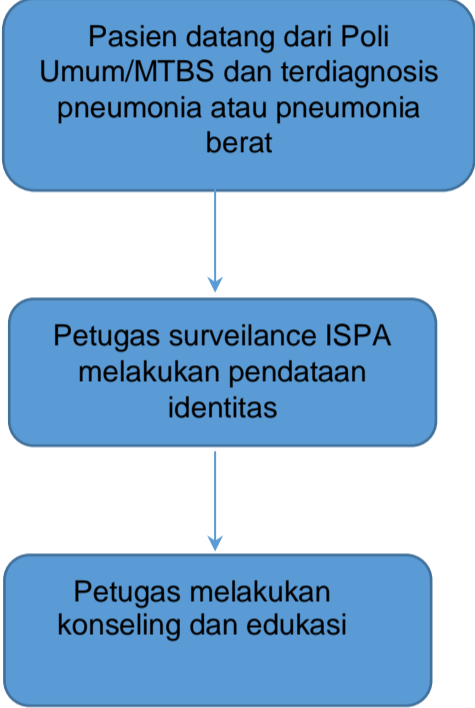
Pengelolaan Pelayanan		
7	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta
8	Sarana, Prasarana dan/atau fasilitas	1. Ruang pemeriksaan kusta 2. Ruang tunggu 3. Alat medis pendukung: - Skalpel - Kapas - Pulpen / pensil - Form Pemeriksaan Fungsi Saraf
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter, Perawat dan Bidan
10	Pengawasan Internal	2. Supervisi oleh atasan langsung 3. Dilakukan sistem pengendalian mutu internal oleh auditor internal puskesmas
11	Jumlah Pelaksana	2 (Dua) petugas
12	Jaminan Pelayanan	Didukung dengan sarana dan prasarana yang sesuai dengan standar pelayanan minimal dan tenaga yang kompeten di bidangnya.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Informasi tentang rekam medis pasien dijamin kerahasiaannya 2. Peralatan medis yang digunakan sesuai standar sterilitas masing – masing alat 3. Obat dan bahan medis yang digunakan dijamin masa berlaku penggunaannya (tidak kadaluwarsa)
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas dan Rapat Tinjauan Manajemen 2. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan

Standar Pelayanan Program Penyakit DIARE

NO	KOMPONEN	URAIAN
Penyampaian Pesan		
1	Persyaratan Pelayanan	Rujukan Internal
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<p>Dalam gedung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang dari Poli Umum/MTBS dan terdiagnosis diare 2. Petugas surveillance diare melakukan pendataan identitas 3. Petugas Melakukan Konseling dan edukasi <pre> graph TD A[Pasien datang dari Poli Umum/MTBS dan terdiagnosis diare] --> B[Petugas surveillance diare melakukan pendataan identitas] B --> C[Petugas melakukan Konseling dan Edukasi] </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	Dalam gedung: 15 menit
4	Biaya/tarif	Tidak ada
5	Produk Pelayanan	
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan saran dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran dan masukan langsung via media sosial : <ol style="list-style-type: none"> a. Instagram : pkm_pdsukmajaya b. Facebook: Puskesmas pondok sukrajaya 3. Email: pkm_pdsukmajaya@yahoo.co.id 4. Hotline Puskesmas : 081285510500 5. Website : https://pkmpondoksukmajaya.depok.go.id/ 6. LAPOR : www.lapor.go.id
Pengelolaan Pelayanan		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1501/MENKES/PER/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular tertentu yang dapat menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan. 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 206/MENKES/SK/II/2008 tentang Komite Ahli Pengendalian Penyakit

		Infeksi Saluran Pencernaan.
8	Sarana, Prasarana dan/atau fasilitas	1. Tidak ada
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Umum yang memiliki SIP 2. DIII/DIV Tenaga Surveillance bisa Perawat atau Bidan yang memiliki SIP
10	Pengawasan Internal	1. Supervisi oleh tim Mutu lalu dilaporkan ke Kepala Puskesmas 2. Dilakukan sistem pengendalian mutu internal oleh auditor internal puskesmas
11	Jumlah Pelaksana	2 orang (Surveilans diare dan dokter umum)
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan (sesuai dengan SOP)
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Informasi tentang rekam medis pasien dijamin kerahasiaannya 2. Peralatan medis yang digunakan sesuai standar sterilitas masing –masing alat 3. Sandar pelayanan sesuai dengan protokol kesehatan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas dan Rapat Tinjauan Manajemen 2. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 3. Survei indeks kepuasan masyarakat setiap 6 bulan sekali

Standar Pelayanan Program Penyakit ISPA

NO	KOMPONEN	URAIAN
Penyampaian Pelayanan		
1	Persyaratan Pelayanan	Kartu BPJS/ KK/KTP Rujukan Internal
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<p>Dalam gedung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang dari Poli Umum/MTBS dan terdiagnosis pneumonia atau pneumonia berat 2. Petugas surveillance ISPA melakukan pendataan identitas 3. Petugas melakukan konseling dan edukasi  <pre> graph TD A[Pasien datang dari Poli Umum/MTBS dan terdiagnosis pneumonia atau pneumonia berat] --> B[Petugas surveillance ISPA melakukan pendataan identitas] B --> C[Petugas melakukan konseling dan edukasi] </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	Dalam gedung : 15 menit
4	Biaya/tarif	Tidak ada
5	Produk Pelayanan	
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan saran dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran dan masukan langsung via media sosial : <ol style="list-style-type: none"> a. Instagram : pkm_pdsukmajaya b. Facebook: Puskesmas pondok sukmajaya 3. Email: pkm_pdsukmajaya@yahoo.co.id 4. Hotline Puskesmas : 081285510500 5. Website: https://pkmpondoksukmajaya.depok.go.id/ 6. LAPOR : www.lapor.go.id
Pengelolaan Pelayanan		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1537A/MENKES/SK/XII/2002 tentang Pedoman Pemberantas Penyakit Saluran Pernapasan Akut Penanggulangan Pneumonia Pada Balita. 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 300/MENKES/SK/IV/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza.

		3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 311/MENKES/SK/V/2009 tentang Penetapan Penyakit Flu Baru H1N1 (Mexican Strain) Sebagai Penyakit yang Dapat Menimbulkan Wabah.
8	Sarana, Prasarana dan/atau fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Timbangan 3. Pulse Oxymetri 4. APD : masker bedah dan face shield 5. Lembar balik/leaflet
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Umum yang memiliki SIP 2. DIII/DIV Tenaga Surveillance bisa Perawat / Bidan yang memiliki SIP
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi oleh tim Mutu lalu dilaporkan ke Kepala Puskesmas 2. Dilakukan sistem pengendalian mutu internal oleh auditor internal puskesmas
11	Jumlah Pelaksana	2 orang (Surveilans ISPA dan dokter umum)
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan (sesuai dengan SOP)
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasi tentang rekam medis pasien dijamin kerahasiaannya 2. Peralatan medis yang digunakan sesuai standar sterilitas masing –masing alat 3. Standar pelayanan sesuai dengan protokol kesehatan
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas dan Rapat Tinjauan Manajemen 2. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 3. Survei indeks kepuasan masyarakat setiap 6 bulan sekali