

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR 015 /PER-DIR/RSDN/IV/2023**

TENTANG

**PENYELENGGARAAN PROGRAM NASIONAL
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
DIREKTUR RUMAH SAKIT**

- Menimbang : a. Bahwa Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan telah ditentukan prioritas pelayanan kesehatan dengan target yang harus dicapai. Salah satu fungsi rumah sakit adalah melaksanakan program pemerintah dan mendukung tercapainya target target pembangunan nasional.
- b. Bahwa agar Program Nasional di Rumah Sakit Dharma Nugraha dapat terselenggara secara terpadu dan bermutu serta berorientasi pada keselamatan pasien maka perlu disusun aturan yang jelas.
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan b, perlu mengeluarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha tentang Program Nasional di Rumah Sakit Dharma Nugraha.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 79 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit.

8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1051/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman PONEK 24 Jam di Rumah Sakit.
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 782 Tahun 2011 tentang Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA).
16. Protokol tatalaksana Covid-19 (PDPI, PERKI, PAPDI, PERDATIN dan IDAI) Edisi 1 April 2020.
17. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/1928/2022 Tentang apedoman Nasional Kedokteran Tatalaksana Stanting.
18. Permenkes 21 tahun 2021 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil,masa hamil,persalinan,dan masa sesudah melahirkan ,penyelenggara pelayanan kontrasepsi serta pelayanan kesehatan seksual.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG PROGRAM NASIONAL DI RUMAH SAKIT DARMA NUGRAHA

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Definisi

Dalam Peraturan Direktur Rumah Sakit Darma Nugraha ini yang dimaksud dengan :

1. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif) adalah upaya pelayanan komprehensif di rumah sakit untuk menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang kegiatannya disamping mampu melaksanakan seluruh Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) juga harus mampu memberikan penyediaan darah dan bedah caesar serta perawatan neonatal secara intensif.
3. Pelayanan HIV adalah pelayanan di rumah sakit yang memberikan akses bagi pasien untuk mendapatkan layanan pencegahan, pengobatan, dukungan dan perawatan HIV/AIDS.
4. Pelayanan TB DOTS adalah pelayanan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat tuberkulosis.
5. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) segera menaruh bayi di dada ibunya, kontak kulit dengan kulit (*skin to skin contact*) segera setelah lahir setidaknya satu jam atau lebih sampai bayi menyusui sendiri.
6. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yang ditimbang pada saat lahir sampai dengan 24 jam pertama setelah lahir.
7. Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah kontak kulit diantara ibu dan bayi secara dini, terus menerus dan dikombinasi dengan pemberian ASI eksklusif. Metode ini digunakan untuk bayi dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).

8. Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) adalah rumah sakit pemerintah maupun swasta, umum maupun khusus yang telah melaksanakan 10 langkah menuju perlindungan ibu dan bayi secara terpadu dan paripurna.
9. Pelaporan SIHA adalah sistem pencatatan dan pelaporan HIV-AIDS dan IMS yang resmi meliputi level Kabupaten, Propinsi dan Nasional dalam satu bank data nasional yang kredibel, legal dan satu pintu.
10. Konsep RASPRO adalah konsep Regulasi Antimikroba Sistem Prospektif yang dikembangkan oleh dr.Ronald Irwanto, SpPD-KPTI, FINASIM, sebagai salah satu konsep pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit.

BAB II

PROGRAM NASIONAL

Pasal 2

Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan telah ditentukan prioritas pelayanan kesehatan dengan target yang harus dicapai. Salah satu fungsi rumah sakit adalah melaksanakan program pemerintah dan mendukung tercapainya target target pembangunan nasional.

Pada standar akreditasi ini Program Nasional meliputi:

1. Peningkatan kesehatan ibu dan bayi.
2. Penurunan angka kesakitan Tuberculosis/TBC.
3. Penurunan angka kesakitan HIV/AIDS.
4. Penurunan prevalensi stunting dan wasting.
5. Keluarga Berencana Rumah Sakit.

Pelaksanaan program nasional oleh rumah sakit diharapkan mampu meningkatkan akselerasi pencapaian target RPJMN bidang kesehatan sehingga upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meningkat segera terwujud.

BAB III

PENINGKATAN KESEHATAN IBU DAN BAYI

Pasal 3

Pelaksanaan program ponek

Rumah sakit melaksanakan program PONEK sesuai dengan pedoman PONEK yang berlaku dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu.
- 2) Mengembangkan kebijakan dan standar pelayanan ibu dan bayi.
- 3) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- 4) Meningkatkan kesiapan rumah sakit dalam melaksanakan fungsi pelayanan obstetric dan neonates termasuk pelayanan kegawatdaruratan (PONEK 24 jam).
- 5) Meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai model dan Pembina teknis dalam pelaksanaan IMD dan ASI Eksklusif serta Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada BBLR
- 6) Meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan ibu dan bayi bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya.
- 7) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program RSSIB 10 langkah menyusui dan peningkatan kesehatan ibu
- 8) Melakukan pemantauan dan analisis yang meliputi:
 - a) Angka keterlambatan operasi section caesaria
 - b) Angka kematian ibu dan anak
 - c) Kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir
- 9) Rumah Sakit menyediakan anggaran terkait rencana kegiatan PONEK termasuk upaya peningkatan pelayanan PONEK 24 jam dan tercantum dalam Rencana Strategis (Renstra) serta Rencana Kerja Anggaran (RKA) rumah sakit.
- 10) Menyediakan ruang pelayanan yang memenuhi persyaratan untuk

PONEK, termasuk IGD PONEK dan rawat gabung.

- 11) Terselenggara pelatihan untuk meningkatkan kemampuan pelayanan PONEK 24 jam, termasuk stabilisasi sebelum dipindahkan.
- 12) Pelaksanaan rujukan PONEK dilakukan sesuai peraturan perundangan dan dilakukan pendokumentasian.
- 13) Membentuk Tim PONEK yang bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- 14) Tim PONEK mempunyai pedoman dan program kerja serta bukti pelaksanaan program kerja dan pemantauan mutu dan evaluasi dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit setiap triwulan.

Pelaporan dan analisis meliputi :

- a. Angka keterlambatan operasi section caesaria /SC (> 30 menit)
- b. Angka keterlambatan penyediaan darah (> 60 menit)
- c. Angka kematian ibu dan bayi
- d. Kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir
- e. Kasus perdarahan post partum
- f. Kasus pre eklampsia
- g. Kasus infeksi nifas
- h. Kasus partus lama
- i. Pelaksanaan antenatal care

Rujukan ponek

Pasal 4

Untuk meningkatkan efektifitas sistem rujukan maka Rumah sakit melakukan pembinaan kepada jejaring fasilitas Kesehatan rujukan yang ada.

- 1) Rumah Sakit dengan kemampuan PONEK adalah melakukan pembinaan kepada jejaring rujukan seperti Puskesmas, Klinik bersalin, praktek perseorangan dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- 2) Pembinaan jejaring rujukan dapat dilakukan dengan mengadakan pelatihan kepada fasilitas kesehatan jejaring, berbagi pengalaman dalam pelayanan ibu dan anak serta peningkatan kompetensi jejaring rujukan secara berkala.

- 3) Rumah sakit memetakan jejaring rujukan yang ada dan membuat program pembinaan setiap tahun serta dilakukan evaluasi.

Pasal 5

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pelayanan Obstetri Neonatus Komprehensif (PONEK di rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 tercantum dalam lampiran ini yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini terdiri dari:

- a. Pedoman pelayanan Ponek 24 jam
- b. Pedoman kerja Tim Ponek
- c. Panduan IMD dan pemberian ASI Eksklusif
- d. Panduan rawat gabung.
- e. Panduan perawatan Metode Kanguru (PMK)
- f. Panduan rujukan Ponek
- g. Pedoman penyelenggaraan RSSIB.

BAB IV

PENURUNAN ANGKA KESAKITAN TUBERKULOSIS (TBC)

Pasal 6

Penanggulangan Tuberkulosis

- 1) Penanggulangan tuberkulosis berupa upaya kesehatan yang mengutamakan:
 - a. Aspek promotif, preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat,
 - b. Menurunkan angka kesakitan, kecatatan atau kematian,
 - c. Memutuskan penularan mencegah resistensi obat dan
 - d. Mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat tubekulosis
- 2) Rumah sakit dalam melaksanakan penanggulangan tubekulosis melakukan kegiatan yang meliputi:
 - a. **Promosi kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, penobatan, pola hidup bersih dan sehat**

(PHBS) sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku sasaran yaitu pasien dan keluarga, pengunjung serta staf rumah sakit.

- b. **Surveilans tuberkulosis**, merupakan kegiatan memperoleh data epidemiologi yang diperlukan dalam sistem informasi program penanggulangan tuberkulosis, seperti pencatatan dan pelaporan tuberkulosis sensitif obat, pencatatan dan pelaporan tuberkulosis resistensi obat.
- c. **Pengendalian faktor risiko tuberkulosis**, ditujukan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit tuberkulosis, yang pelaksanaannya sesuai dengan pedoman pengendalian pencegahan infeksi tuberkulosis di rumah sakit
- d. **Penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis.**

Penemuan kasus tuberkulosis dilakukan melalui pasien yang datang kerumah sakit, setelah pemeriksaan, penegakan diagnosis, penetapan klarifikasi dan tipe pasien tuberkulosis. Sedangkan untuk penanganan kasus dilaksanakan sesuai tata laksana pada pedoman nasional pelayanan kedokteran tuberkulosis dan standar lainnya sesuai dengan peraturanperundang- undangan.

- e. **Pemberian kekebalan** Pemberian kekebalan dilakukan melalui pemberian imunisasi BCG terhadap bayi dalam upaya penurunan risiko tingkat pemahaman tuberkulosis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- f. **Pemberian obat pencegahan.**

Pemberian obat pencegahan selama 6 (enam) bulan yang ditujukan pada anak usia dibawah 5 (lima) tahun yang kontak erat dengan pasien tuberkulosis aktif; orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang tidak terdiagnosa tuberkulosis; populasi tertentu lainnya sesuai peraturan perundang-undangan.

- 3) Rumah sakit membentuk tim/panitia pelaksana program TB Paru Rumah Sakit untuk pelaksanaan program TB Paru Rumah Sakit seta evaluasinya antara lain:
 - a. Promosi kesehatan
 - b. Survelans
 - c. Upaya pencegahan tuberkulosis
- 4) Rumah sakit menyediakan anggaran terkait rencana kegiatan penanggulangan tuberkulosis termasuk upaya peningkatan pelayanan tuberkulosis dan tercantum dalam rencana strategis (Renstra) serta rencana kerja anggaran (RKA) rumah sakit,
- 5) Menyediakan ruang pelayanan yang memenuhi persyaratan untuk Pelayanan TB di rumah sakit, termasuk Poli DOTS TB, Ruang Rawat inap Isolasi Tekanan Negatif dan ruang pengambilan sputum.
- 6) Rumah Sakit mengatur mengenai penggunaan APD oleh staf rumah sakit dan pengunjung saat kontak dengan pasien atau spesimen.
- 7) Rumah Sakit melakukan pembentukan dan penyusunan program kerja Tim TB.
- 8) Tim TB melaksanakan promosi kesehatan bersama dengan Tim PKRS.
- 9) Melakukan monitoring evaluasi dan membuat laporan pelaksanaan program kerja Tim TB.
- 10) Melakukan pendidikan dan pelatihan pelayanan TB kepada seluruh tim dan staf RS, baik secara internal maupun eksternal.
- 11) Membuat dan melakukan pemantauan kepatuhan staf medis terhadap PPK TB.
- 12) Rumah sakit merencanakan dan mengadakan penyediaan obat anti tuberkulosis.
- 13) Rumah sakit memberikan pelayanan TB MDR (Bagi RS rujukanTB MDR).
- 14) Rumah Sakit melaksanakan pencatatan dan pelaporan kasus TB sesuai dengan ketentuan.

Pasal 7

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan penanggulangan tuberculosis di rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 6 tercantum dalam Lampiran ini yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini terdiri dari:

- a. Pedoman pelayanan penanggulangan tuberculosis
- b. Pedoman kerja Tim DOTS
- c. Pedoman PPI TB

BAB V

PENURUNAN ANGKA KESAKITAN HIV/AIDS

Pasal 8

Penanggulangan HIV/AIDS

- 1) Rumah Sakit Dharma Nugraha dalam melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan standar pelayanan bagi rujukan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dan satelitnya dengan langkah-langkah pelaksanaan sebagai berikut:
 - b. Meningkatkan fungsi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT).
 - c. Melakukan pelayanan PITC(*Provider Initiated Testing and conselling*) dan PMTCT (pelayanan *Prevention Mother to Child Transmision*).
 - d. Merencanakan dan melaksanakan fungsi pelayanan *Antiretroviral Therapy* (ART) atau bekerjasama dengan rumah sakit yang ditunjuk(RS Dharma Nugraha tidak menyediakan pengobatan ARV dilakukan rujukan jika diketemukan hasil positif)
 - e. Meningkatkan fungsi pelayanan Infeksi Oportunistik (IO);
 - f. Meningkatkan fungsi pelayanan pada ODHA dengan faktor risiko *Injection Drug Use* (IDU).
 - g. Meningkatkan fungsi pelayanan penunjang, yang meliputi: pelayanan gizi, laboratorium, dan radiologi, pencatatan dan pelaporan.
- 2) Rumah sakit menyediakan anggaran terkait rencana kegiatan penanggulangan HIV/AIDS termasuk upaya peningkatan pelayanan

HIV/AIDS dan tercantum dalam Renstra serta RKA rumah sakit.

- 3) Menyediakan ruang pelayanan yang memenuhi persyaratan untuk Pelayanan HIV di rumah sakit, termasuk Poli VCT.
- 4) Rumah Sakit melakukan pembentukan tim dan penyusunan program kerja Tim HIV.
- 5) Melakukan monitoring evaluasi dan membuat laporan terhadap pelaksanaan program kerja Tim HIV.
- 6) Melakukan pendidikan dan pelatihan pelayanan HIV berkelanjutan bagi tim dan staf rumah sakit, baik secara internal maupun eksternal.
- 7) Membuat laporan pelaksanaan rujukan pasien HIV ke fasilitas pelayanan rujukan.
- 8) Rumah sakit memberikan pelayanan kedaruratan pada pasien dengan HIV.
- 9) Rumah sakit mengisi pelaporan SIHA yang akan dikirimkan kepada Dinas Kesehatan.

Pasal 9

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan penanggulangan HIV AIDS di rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 tercantum dalam Lampiran ini yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini terdiri dari:

- a. Lampiran Pedoman pelayanan penanggulangan HIV/ AIDS
- b. Lampiran Pedoman kerja TIM HIV/AIDS

BAB VI

PENURUNAN PREVALENSI STUNTING DAN WASTING

Pasal 9

- 1) Rumah Sakit melaksanakan program penurunan prevalensi stunting dan wasting.
- 2) Tersedia regulasi penyelenggaraan program penurunan prevalensi stunting dan prevalensi wasting di rumah sakit yang meliputi:
 - a. Program penurunan prevalensi stunting dan prevalensi wasting.
 - b. Panduan tata laksana.
 - c. Ada tim /Organisasi pelaksana program terdiri dari tenaga kesehatan yang kompeten dari unsur: Staf Medis. Staf

Keperawatan. Staf Instalasi Farmasi. Staf Instalasi Gizi. Tim

Tumbuh Kembang. Tim Humas Rumah Sakit.

- 3) Organisasi program penurunan prevalensi stunting dan wasting dipimpin oleh staf medis atau dokter spesialis anak.
- 4) Pelaksanaan program stunting terdiri dari tenaga Kesehatan yang kompeten: staf medis, staf keperawatan, staf instalasi farmasi, staf instalasi gizi, tim tumbuh kembang, tim humas rumah sakit.
- 5) Rumah sakit menyusun program penurunan prevalensi stunting dan wasting di rumah sakit terdiri dari:
 - a. Peningkatan pemahaman dan kesadaran seluruh staf, pasien dan keluarga tentang masalah stunting dan wasting;
 - b. Intervensi spesifik di rumah sakit;
 - c. Penerapan Rumah Sakit Sayang Ibu Bayi;
 - d. Rumah sakit sebagai pusat rujukan kasus stunting dan wasting;
 - e. Rumah sakit sebagai pendamping klinis dan manajemen serta merupakan jejaring rujukan
 - f. Program pemantauan dan evaluasi.
- 6) Rumah sakit membuat laporan pelaksanaan program/kegiatan Penurunan Prevalensi Stunting dan Prevalensi Wasting meliputi:
 - a. kegiatan sosialisasi dan pelatihan staf tenaga kesehatan rumah sakit tentang Program Penurunan Stunting dan Wasting.
 - b. peningkatan efektifitas intervensi spesifik.
 - a) Program 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan) : 270 selama kehamilan, 730 hari pada dua tahun pertama
 - b) Suplementasi Tablet Besi Folat pada ibu hamil.
 - c) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil.
 - d) Promosi dan konseling IMD dan ASI Eksklusif.
 - e) Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA).
 - f) Pemantauan Pertumbuhan (Pelayanan Tumbuh Kembang bayi dan balita).
 - g) Pemberian Imunisasi.
 - h) Pemberian Makanan Tambahan Balita Gizi Kurang.
 - i) Pemberian Vitamin A.

- j) Pemberian taburia pada Baduta (0-23 bulan).
 - k) Pemberian obat cacing pada ibu hamil.
- 7) penguatan sistem surveilans gizi
- a. Tata laksana tim asuhan gizi meliputi Tata laksana Gizi Stunting, Tata Laksana Gizi Kurang, Tata Laksana Gizi Buruk (Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita).
 - b. Pencatatan dan Pelaporan kasus masalah gizi melalui aplikasi ePPGBM (Aplikasi Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat).
 - c. Melakukan evaluasi pelayanan, audit kesakitan dan kematian, pencatatan dan pelaporan gizi buruk dan stunting dalam Sistem Informasi Rumah sakit (SIRS).
- 8) Rumah sakit melaksanakan pelayanan sebagai pusat rujukan kasus stunting dan kasus wasting dengan menyiapkan sebagai:
- a. Rumah sakit sebagai pusat rujukan kasus stunting untuk memastikan kasus, penyebab dan tata laksana lanjut oleh dokter spesialis anak.
 - b. Rumah sakit sebagai pusat rujukan balita gizi buruk dengan komplikasi medis.
- 9) Rumah sakit dapat melaksanakan pendampingan klinis dan manajemen serta penguatan jejaring rujukan kepada rumah sakit dengan kelas di bawahnya dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di wilayahnya dalam tata laksana stunting dan gizi buruk
- 10) Rumah sakit menerapkan system dan evaluasi , bukti pelaporan dan analisa sesuai pada peningkatan efektifitas intervensi spesifik.

BAB VII

PELAYANAN KELUARGA BERENCANA RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

Pasal 10

Rumah Sakit melaksanakan program pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi di rumah sakit beserta pemantauan dan evaluasinya

- 1) Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit (PKBRS) merupakan bagian dari program keluarga berencana (KB), yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan percepatan penurunan stunting.
- 2) Kunci keberhasilan PKBRS adalah ketersediaan alat dan obat kontrasepsi, sarana penunjang pelayanan kontrasepsi dan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi serta manajemen yang handal
- 3) Rumah sakit dalam melaksanakan PKBRS sesuai dengan pedoman pelayanan KB yang berlaku, dengan langkah-langkah pelaksanaan sebagai berikut:
 - a. Melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan KB secara terpadu dan paripurna.
 - b. Mengembangkan kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan KB dan meningkatkan kualitas pelayanan KB.
 - c. Meningkatkan kesiapan rumah sakit dalam melaksanakan PKBRS termasuk pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran.
 - d. Meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai model dan pembinaan teknis dalam melaksanakan PKBRS.
 - e. Meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan pelayanan KB bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya.
 - f. Melaksanakan sistem pemantauan dan evaluasi pelaksanaan PKBRS.
 - g. Adanya regulasi rumah sakit yang menjamin pelaksanaan PKBRS, meliputi SPO pelayanan KB per metode kontrasepsi termasuk pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran.
 - h. Upaya peningkatan PKBRS masuk dalam rencana strategis (Renstra) dan rencana kerja anggaran (RKA) rumah sakit.
 - i. Tersedia ruang pelayanan yang memenuhi persyaratan untuk PKBRS antara lain ruang konseling dan ruang pelayanan KB.
 - j. Pembentukan tim PKBR serta program kerja dan bukti pelaksanaannya.

- k. Terselenggara kegiatan peningkatan kapasitas untuk meningkatkan kemampuan pelayanan PKBRS, termasuk KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran.
 - l. Pelaksanaan rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 4) Pelaporan dan analisis meliputi:
- a. ketersediaan semua jenis alat dan obat kontrasepsi sesuai dengan kapasitas rumah sakit dan kebutuhan pelayanan KB.
 - b. ketersediaan sarana penunjang pelayanan KB.
 - c. ketersediaan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan KB.
 - d. angka capaian pelayanan KB per metode kontrasepsi, baik Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan Non MKJP.
 - e. angka capaian pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran.
 - f. kejadian tidak dilakukannya KB Pasca Persalinan pada ibu baru bersalin dan KB Pasca Keguguran pada Ibu pasca keguguran.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11



Pemberlakuan

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya .

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 10 April 2023

DIREKTUR,



dr. Agung Darmanto Sp.A