

**DAFTAR PERINCIAN**  
**ALAT / BAHAN / SARANA MEDIK DAN PENUNJANG MEDIK**

Praktek Bidan : .....

Alamat Praktek : Jl. ....

RT ..... RW ..... Ds./Kel. ....

Kec. .... Kabupaten Bandung Barat

Kode Pos ..... Telepon .....

NO	NAMA ALAT	VALIDASI			KETERANGAN
		UKURAN	SATUAN	JUMLAH	
1	MINOR SURGERY SET				
	Arteri klem lurus				
	Arteri klem bengkok				
	Gunting benang lurus ujung tumpul				
	Gunting benang lurus ujung tajam				
	Gunting jaringan lurus ujung tumpul				
	Gunting jaringan lurus ujung tajam				
	Handle Scalple				
	Jarum kulit				
	Jarum otot				
	Nald Poeder / Nedle Holder				
	Vincet anatomis				
	Vincet cirurgies				
	Bak instrumen				
2	PARTUS SET				
	Benang otot ( cat gut plain / chromic )				
	Catheter dewasa				
	Gunting benang				
	Gunting Episiotomi				
	Jarum Kulit				
	Jarum Otot				
	Klem tali pusat				
	Needle Holder / Pemegang jarum bedah				
	Penghisap lendir bayi / Slim zuijger				
	Tali Pengikat Tali Pusat				
	Termometer				
	Vinset Anatomis				
	Vinset Sirurgis				
3	IUD KIT				
	IUD				
	Sonde Uterus				
	Spekulum ( besar, kecil )				
	Tenakulum				
4	LABORATORIUM KIT				
	Bunsen Lamp				
	Centrefuge				
	Haemoglobinometer				
	Haemometer				
	Mikroskop				
	Object Glass				
	Ose				

NO	NAMA ALAT	VALIDASI			KETERANGAN
		UKURAN	SATUAN	JUMLAH	
5	<b>PENUNJANG MEDIK</b>				
	Ambu-bag ( *anak / dewasa )				
	Alkohol 70 %				
	Benang kulit ( cat gut silk )				
	Benang otot ( cat gut plain / chromic )				
	Catheter nelaton				
	Catheter metal				
	Lidokain				
	Duk bolong				
	Gunting verban				
	Hb Sachli				
	Iodin Vopidon				
	Kasa steril				
	Kapas				
	Kidney bassin / bengkok				
	Korentang + bak korentang				
	Pita Pengukur tinggi badan				
	Pisau bedah				
	Spigmo manometer *(air raksa, kompas)				
	Stetoskop ( *anak, dewasa )				
	Standar infus				
	Sarung tangan bedah				
	Sterilisator *kering / basah				
	Termo meter ( *anak, dewasa )				
	Timbangan *bayi, anak				
	Timbangan dewasa ( Kap. 100 kg )				
	Tongue Spatle ( *metal/plastik )				
	Tabung Oksigen + regulator + maskes				

Bandung Barat, .....

Dokter Penanggung Jawab,

.....

Catatan :

Kolom Validasi diisi sesuai dengan ukuran, satuan dan jumlah yang tersedia

## DAFTAR KELENGKAPAN BANGUNAN PRAKTEK BIDAN

Praktek Bidan : \_\_\_\_\_  
Alamat Praktek : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Ds./Kel. \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_

NO	JENIS/MACAM KELENGKAPAN	UKURAN	JUMLAH	KETERANGAN
I	IDENTITAS			
1	Papan Nama Balai Pengobatan			
II	GEDUNG			
1	Ruang Pendaftaran			
2	Ruang Administrasi			
3	Ruang Tunggu			
4	Ruang Periksa			
5	Ruang PI			
6	Ruang Obat			
7	Ruang / Kamar mandi + WC			

Bandung Barat, \_\_\_\_\_

Dokter Penanggung Jawab,

\_\_\_\_\_

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf kapital

**SURAT PERNYATAAN TIDAK BERKEBERATAN  
LINGKUNGAN TETANGGA**

Kami selaku warga / tetangga ;

NO	N A M A	TANDA TANGAN
1		1
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7
8		8
9		9
10		10
11		11
12		12
13		13
14		14
15		15

dengan ini menyatakan tidak berkeberatan atas penyelenggaraan praktek bidan ;

Nama Bidan Praktek : .....  
 Alamat Praktek : Jl. ....  
 RT ..... RW ..... Ds./Kel. ....  
 Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
 Kode Pos ..... Telepon .....

Demikian pernyataan ini kami buat dan di tandatangani untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung Barat, .....

Ketua RW,

Ketua RT,

.....

.....

Mengetahui,

Camat,

Kepala Desa,

.....

.....

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf capital

# BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Nomor : .....

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

kami yang bertandatangan di bawah ini petugas Puskesmas .....

Kecamatan ..... Kabupaten Bandung Barat ;

1. N a m a : .....
- N I P : .....
- Pangkat/ Golongan : .....
- Jabatan : .....
2. N a m a : .....
- N I P : .....
- Pangkat/ Golongan : .....
- Jabatan : .....
3. N a m a : .....
- N I P : .....
- Pangkat/ Golongan : .....
- Jabatan : .....

telah mengadakan pemeriksaan kelayakan Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta ;

Nama Pemohon : .....

Jenis Praktek : B I D A N

A l a m a t : Jl. ....

RT ..... RW ..... Desa .....

Kec. .... Kabupaten Bandung Barat

Kode Pos ..... Telepon .....

Waktu Praktek Tiap Hari Kerja

Pagi Jam ..... s/d Jam .....

Sore Jam ..... s/d Jam .....

24 jam, dengan pembagian jaga \*sistem 24 jam / 2 shift / 3 shift.

dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut :

NO	JENIS ACARA PEMERIKSAAN	*VALIDASI		KET
I	Bangunan			
	Sesuai dengan Lampiran Peta lokasi dan Denah Bangunan	ada	tidak ada	

NO	JENIS ACARA PEMERIKSAAN	*VALIDASI		KET
II	Fasilitas Sanitasi			
	Ventilasi	ada	tidak	
	Pencahayaan / penerangan	ada	tidak	
	Air bersih	ada	tidak	
	Tempat cuci tangan / wastapel	ada	tidak	
	Tempat sampah	ada	tidak	
III	Sarana Medik			
	Sesuai dengan Lampiran Daftar Alat/Sarana Medik dan Penunjang medik	ada	tidak	
IV	Mebeler			
	Meja Pendaftaran + kursi	ada	tidak	
	Meja Tulis pemeriksa + kursi	ada	tidak	
	Meja Periksa / tempat tidur pasien	ada	tidak	
	Tempat tidur persalinan	ada	tidak	
	Kursi penunggu	ada	tidak	
	Lemari / rak buku pasien	ada	tidak	
	Lemari obat	ada	tidak	
	Lemari kaca alat medis	ada	tidak	
V	Administrasi			
	Buku Register	Umum	ada	tidak
		Ibu Hamil	ada	tidak
		KB	ada	tidak
		Anak	ada	tidak
		Bayi	ada	tidak
		Obat	ada	tidak
		Buku / Kartu Status Pasien	ada	tidak
		Kartu Berobat Pasien	ada	tidak
VI	Pembinaan			
	Sesuai dengan Lampiran Pernyataan Sanggup Membina	ada	tidak	
NO	JENIS ACARA PEMERIKSAAN	*VALIDASI		KETERANGAN

VII	Kontribusi			
	Sesuai dengan Lampiran Pernyataan Sanggup memberikan laporan hasil pelayanan di tempat praktek ke Puskesmas Pembina Wilayah	ada	tidak	

Demikian Berita Acara Pemeriksaan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung Barat, .....

Pemeriksa : 1. .... 1. ....  
2. .... 2. ....  
3. .... 3. ....

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas

.....

.....  
NIP : .....

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf kapital  
\*coret yang tidak perlu

## SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN MEMBINA

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya ;

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_  
Jenis Praktek : B I D A N  
A l a m a t : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Desa \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_

dengan ini menyatakan bersedia / sanggup membina masyarakat di sekitar tempat praktek, yaitu ;

Posyandu : \_\_\_\_\_  
Alamat : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Desa \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_

Posyandu : \_\_\_\_\_  
Alamat : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Desa \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_

Sekolah : \_\_\_\_\_  
Alamat : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Desa \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_

Bandung Barat, \_\_\_\_\_  
mengetahui, \_\_\_\_\_ Yang Menyatakan,  
Kepala Puskesmas

\_\_\_\_\_

N I P : \_\_\_\_\_

Tembusan Disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Kab. Bandung Barat
2. Kepala Sekolah Setempat
3. Ketua RW setempat
4. Ketua RT setempat

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf kapital



**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN  
MEMBUAT LAPORAN HASIL PELAYANAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya ;

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_  
Jenis Praktek B I D A N  
A l a m a t : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Desa \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_

dengan ini menyatakan bersedia / sanggup memberikan kontribusi hasil pelayanan berupa laporan bulanan sesuai dengan format yang ditetapkan, ke Puskesmas Pembina Wilayah setempat.

Bandung Barat, \_\_\_\_\_

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas

Yang Menyatakan,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N I P : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf kapital

Nomor : ..... Bandung Barat, .....  
Lampiran : lembar Kepada Yth :  
Perihal : **Rekomendasi / Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pengantar Ijin Praktek Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten Bandung Barat**  
di -  
Tempat.

Yang bertanda tangan di bawah ini ;

N a m a : .....  
N I P : .....  
Pangkat / Golongan : .....  
Jabatan : Kepala Puskesmas .....  
Kecamatan .....  
Kabupaten Bandung Barat.

Setelah dilakukan pemeriksaan langsung dilapangan terhadap sarana dan prasarana bagi pelaksanaan praktek swasta ;

Nama Pemohon : .....  
Jenis Praktek : B I D A N  
A l a m a t : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Desa .....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....  
Waktu Praktek : Tiap Hari Kerja  
Pagi jam ..... s/d jam .....  
Sore jam ..... s/d jam .....  
24 jam, dengan pembagian jaga \*sistem 24 jam / 2 shift / 3 shift.

sesuai dengan persyaratan sebagaimana tercantum dalam Kepmenkes Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Her Registrasi dan Praktek Bidan serta Surat Keputusan Kanwil Depkes Jawa Barat No. HK.00.07.1-7.2.1317 A tahun 1999 tentang Juknis Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta (SPKDS), maka seluruh persyaratannya dinyatakan \*SUDAH / BELUM lengkap.

Demikian rekomendasi / pengantar ini disampaikan untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.

Kepala Puskesmas

.....

.....  
N I P :

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf kapital  
\*coret yang tidak