TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **MONITORING PENYEDIAAN OBAT EMERGENSI DI UNIT KERJA** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 440/173/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | | No. Revisi : 00 | |
| | | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS SUKAMARA** | | | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA NIP.198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Monitoring adalah merupakan kegiatan pengawasan atau memeriksa persediaan obat pelayanan gawat darurat di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>Obat Emergensi adalah obat yang dibutuhkan untuk mengatasi keadaan gawat darurat.<br>Unit kerja yang dimaksud adalah satuan kerja yang melakukan pelayanan gawat darurat.<br>Penyediaan Obat-Obat Emergensi Di Unit Kerja adalah Merupakan kegiatan pemenuhan kebutuhan obat pelayanan gawat darurat di ruang ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu (Persalinan). |
| 2. Tujuan | Untuk mengendalikan ketersediaan obat-obat emergency apabila terjadi pasien gawat darurat biar cepat tertangani. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas farmasi memeriksa persediaan (kartu stok) obat pelayanan gawat darurat di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Ruangan bersalin<br>2. Petugas farmasi mengecek kembali tanggal kedaluwarsa obat emergensi.<br>3. Petugas farmasi mengevaluasi kesesuaian stok obat dengan kartu stok.<br>4. Petugas farmasi menanyakan kepada petugas Pelayanan yang berada di masing-masing unit kerja apabila sudah terpakai |

<table>
<tr><td></td><td>5. Bila sesuai,petugas farmasi melakukan penambahan kembali bila ada yang kurang.<br>6. Petugas farmasi melakukan permintaan ke Dinas Kesehatan Kota jika obat Emergensi hampir habis.</td></tr>
<tr><td>6. Unit terkait</td><td>1. Pelayanan Umum.<br>2. Ruang tindakan<br>3. Pelayanan Gigi.<br>4. Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>5. Pustu dan Poskesdes</td></tr>
<tr><td>7. Rekaman Histori Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENYEDIAAN OBAT-OBAT EMERGENSI DI UNIT KERJA** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/171/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : 00<br>TanggalTerbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS SUKAMARA** | | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA<br>NIP.198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | **Obat Emergensi** adalah obat yang dibutuhkan untuk mengatasi keadaan gawat darurat.<br>**Unit kerja** yang dimaksud adalah satuan kerja yang melakukan pelayanan gawat darurat.<br>**Penyediaan Obat-Obat Emergensi Di Unit Kerja** adalah Merupakan kegiatan pemenuhan kebutuhan obat pelayanan gawat darurat di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu, |
| 2. Tujuan | Untuk mewujudkan tindakan yang cepat dan tepat untuk pasien gawat darurat |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas farmasi membuat perencanaan obat–obat emergensi di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>2. Petugas farmasi menyiapkan pengadaan obat untuk pelayanan emergensi.<br>3. Petugas farmasi mengajukan obat–obatan ke Dinas Kesehatan Kota apabila belum ada di puskesmas.<br>4. Petugas farmasi membuat daftar obat–obatan emergensi. |

| | |
|---|---|
| | 5. Petugas farmasi menyimpan obat di kotak khusus bersegel untuk ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, Pelayanan Kesehatan Ibu, dan ruang bersalin.<br>6. Petugas farmasi mencatat obat–obatan di kartu stok dan buku monitoring obat emergency<br>7. Petugas farmasi menyerahkan obat–obatan emergensi di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>8. Petugas Pelayanan yang menggunakan obat khusus emergensi di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu, maka segera melaporkan kepada petugas farmasi supaya obat-obat emergensi yang berkurang segera dilengkapi kembali.<br>9. Petugas farmasi selalu memantau pemakaian obat–obatan emergensi setiap bulan.<br>10. Petugas farmasi melengkapi obat–obatan yang telah habis, kedaluwarsa atau rusak. |
| 6. Unit terkait | 1. Pelayanan Umum.<br>2. Ruang tindakan<br>3. Pelayanan Gigi.<br>4. Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>5. Pustu dan Poskesdes |
| 7. Rekaman Histori Perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tgl mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENYIMPANAN OBAT EMERGENSI DI UNIT PELAYANAN** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 440/172/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | | No. Revisi : 00 | |
| | | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPTD USKESMAS SUKAMARA** | | | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA NIP.198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | **Obat Emergensi** adalah obat yang dibutuhkan untuk mengatasi keadaan gawat darurat.<br>**Penyimpanan Obat Emergensi di Unit Pelayanan** adalah obat-obat emergensi yang harus ada di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu. |
| 2. Tujuan | Untuk menciptakan keamanan obat- obat emergency apabila dipakai sewaktu- waktu masih memenuhi kebutuhan untuk pasien gawat darurat |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas pelayanan menerima obat emergensi dari petugas farmasi.<br>2. Petugas pelayanan menyimpan obat emergensi di lemari obat khusus emergensi di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu,.<br>3. Petugas pelayanan mencatat obat emergensi di kartu stok apabila digunakan<br>4. Petugas pelayanan yang menggunakan obat khusus emergensi di ruang tindakan, Pelayanan Gigi, Pelayanan Imunisasi, dan Pelayanan Kesehatan Ibu, maka segera melaporkan kepada petugas farmasi supaya obat-obat emergensi yang berkurang segera dilengkapi kembali. |

| | |
|---|---|
| 6. Unit terkait | 1. Pelayanan Umum.<br>2. Ruang tindakan<br>3. Pelayanan Gigi.<br>4. Pelayanan Kesehatan Ibu. |
| 7. Rekaman Histori Perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tgl mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENGKAJIAN RESEP DAN PEMBERIAN OBAT** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/169/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : 00<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA<br>NIP.198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Kajian Resep dan Pemberian Obat adalah proses yang dilakukan dalam pelayanan farmasi untuk mengevaluasi dan memastikan keabsahan resep, serta memberikan obat kepada pasien dengan benar. |
| 2. Tujuan | Untuk memastikan keabsahan resep yang diterima, meliputi verifikasi bahwa resep ditulis oleh dokter yang berwenang dan mengandung informasi yang lengkap dan jelas |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menerima resep dari pasien atau tenaga medis,<br>2. Petugas melakukan pengkajian resep yang terdiri dari :<br>a. Kelengkapan administratif, seperti :<br>1) informasi pasien (nama pasien, umur, jenis kelamin, berat badan, alamat)<br>2) informasi dokter penulis resep (nama dokter, nomor Surat Izin Praktik (SIP), alamat, nomor telepon dan paraf)<br>3) tanggal penulisan resep<br>b. Persyaratan farmasetik meliputi:<br>1) bentuk dan kekuatan sediaan<br>2) stabilitas<br>3) kompatibilitas (ketercampuran obat)<br>c. Persyaratan klinis meliputi:<br>1) ketepatan indikasi dan dosis obat<br>2) aturan, cara dan lama penggunaan obat<br>3) duplikasi dan/atau polifarmasi<br>4) reaksi obat yang tidak diinginkan (alergi, efek samping obat, manifestasi klinis lain)<br>5) kontra indikasi<br>6) interaksi<br>3. Petugas menghubungi dokter penulis resep jika ada hal yang perlu dikonfirmasi. Hasil konfirmasi dengan dokter dicatat pada resep.<br>4. Petugas menyiapkan jumlah obat sesuai resep, apabila resep racikan, obat akan diracik terlebih dahulu. |

<table>
<tr><td></td><td>5. Petugas mencetak dan menempelkan etiket di plastik obat<br>6. Petugas memasukan obat ke dalam plastik obat<br>7. Petugas mengecek kembali obat dan resep.</td></tr>
<tr><td>6. Diagram/ Bagan Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan</td><td>1. Kelengkapan resep<br>2. Kesesuaian obat dengan kondisi pasien<br>3. Interaksi obat dan kontraindikasi<br>4. Tepat dosis</td></tr>
<tr><td>8. Unit Terkait</td><td>Apotek</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>-</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi perubahan</th><th>Tanggal Mulai Perubahan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **EVALUASI PENGGUNAAN OBAT** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/166c/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : -<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman 1/2 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra<br>NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemantauan Terapi Obat adalah suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam memastikan terapi obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas mengidentifikasi masalah spesifik dalam penggunaan obat.<br>2. Petugas menentukan priorotas masalah yang akan di atasi.<br>3. Petugas menentukan indikator :<br>a. Indikator kinerja penggunaan obat rasional<br>1) Persentase antibiotik ispa non pneumoni dengan batas toleransi 20%.<br>2) Persentase anti biotik pada diare non spesifik dengan batas toleransi 8%.<br>3) Persentase injeksi pada myalgia dengan batas toleransi 1%.<br>4) Rerata jumlah item obat/resep dengan batas toleransi 2,6 item.<br>4. Petugas mendokumentasikan evaluasi penggunaan obat rasional setiap bulan.<br>5. Petugas mengirim laporan evaluasi kepada Dinas Kesehatan. |
| 6. Diagram/ Bagan Alir | - |
| 7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan | - |
| 8. Unit Terkait | 1. Unit Pelayanan<br>2. Dinas Kesehatan |
| 9. Dokumen Terkait | - |

10. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal Mulai Perubahan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PEMBERIAN INFORMASI PENGGUNAAN OBAT** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 440/170/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | | No. Revisi : 00 | |
| | | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS SUKAMARA** | | | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA NIP.198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemberian informasi penggunaan obat adalah proses kegiatan yang meliputi aspek teknis dan non teknis yang harus dikerjakan agar pasien memahami cara penggunaan obat yang diterima. |
| 2. Tujuan | Untuk membantu pasien untuk mengerti dan memahami tentang pengobatan yang didapatkan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas farmasi menyerahkan obat sesuai dengan resep.<br>2. Petugas farmasi memberikan informasi cara penggunaan obat yang meliputi:<br>1) Waktu penggunaan obat (berapa kali obat digunakan dalam sehari: pagi, siang sore atau malam).<br>2) Obat diminum sebelum, saat, atau sesudah makan.<br>3) Lama penggunaan obat, apakah selama keluhan masih ada atau harus dihabiskan meskipun sudah merasa sembuh, khususnya untuk obat antibiotik.<br>4) Cara penggunaan obat untuk sediaan farmasi tertentu seperti obat oral, tetes mata, tetes telinga, suppositoria atau salep/krim dan tablet vagina. |

<table>
<tr><td></td><td>3. Petugas farmasi meminta kepada pasien untuk mengulang informasi yang telah diberikan dan memastikan bahwa pasien sudah mengerti dengan tanda tangan di balik resep.</td></tr>
<tr><td>6. Unit terkait</td><td>1. Pelayanan Umum.<br>2. Ruang tindakan<br>3. Pelayanan Gigi.<br>4. Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>5. Pelayanan MTBS.<br>6. Pustu dan Poskesdes</td></tr>
<tr><td>7. Rekaman Histori Perubahan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl mulai diberlakukan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **KONSELING OBAT** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/166a/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : -<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/1 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra<br>NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | 1. Konseling adalah kegiatan penyelesaian masalah pasien yang berhubungan dengan obat berupa komunikasi dua arah yang bersifat motivatif untuk memaksimalkan pengobatan pasien<br>2. Sasaran pasien konseling adalah sebagai berikut: pasien rujukan dokter, pasien dengan penyakit kronis, pasien dengan dengan indeks terapi sempit dan pasien poli farmasi, pasien geriatrikpasien pediatrik. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk memberikan konseling tentang obat terhadap pasien. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Apoteker meminta kesediaan pasien/keluarga pasien dan menjelaskan tujuan konseling obat.<br>2. Apoteker melakukan tahap penilaian pasien untuk rencana edukasi.<br>3. Apoteker menanyakan 3 (tiga) pertanyaan kunci menyangkut obat dengan metode pertanyaan terbuka ( open-ended question).<br>a. Untuk resep baru dengan 3 prime question :<br>1) Apa yang telah dokter katakan mengenai obat ini?<br>2) Bagaimana dokter menerangkan cara pemakaian?<br>3) Apa yang dokter katakan tentang harapan setelah menggunakan obat ini?<br>b. Untuk resep ulang :<br>1) Apa gejala atau keluhan yang dirasakan pasien?<br>2) Bagaimana cara pemakaian obat?<br>3) Apakah ada keluhan selama penggunaan obat?<br>4. Apoteker melakukan tahap perencanaan dan implementasi dengan menjelaskan informasi yang dibutuhkan pasien/ sesuai permasalahan pasien (seperti deskripsi dan dosis obat, indikasi, waktu penggunaan obat, cara penyimpanan obat, cara penggunaan obat, efek samping obat, interaksi obat, dan dampak gaya hidup terhadap pengobatan).<br>5. Apoteker melakukan tahap evaluasi/ verifikasi akhir untuk memastikan pasien telah memahami informasi yang diberikan. |

<table>
<tr><td></td><td>6. Apoteker mendokumentasikan konseling pada formulir dokumentasi konseling.</td></tr>
<tr><td>6. Diagram/ Bagan Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan</td><td>-</td></tr>
<tr><td>8. Unit Terkait</td><td>Apotek</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>Form Konseling</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi perubahan</th><th>Tanggal Mulai Perubahan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **REKONSILIASI OBAT** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/167/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | No. Revisi : - | |
| | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| | Halaman : 1/2 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan pelayanan obat (medication error), seperti obat tidak diberikan, duplikasi,kesalahan dosis, atau interaksi obat. |
| 2. Tujuan | Tujuan dilakukannya rekonsiliasi obat adalah:<br>1. memastikan informasi yang akurat tentang obat yang digunakan pasien;<br>2. mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terdokumentasinya instruksi dokter; dan<br>3. mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terbacanya instruksi dokter. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Pengumpulan data.<br>Apoteker mencatat data dan memverifikasi obat yang sedang dan akan digunakan pasien yang meliputi nama obat, dosis, frekuensi, rute, obat mulai diberikan, obat diganti, obat dilanjutkan, obat dihentikan, riwayat alergi pasien, serta efek samping obat yang pernah terjadi. Dengan ketentuan :<br>• Khusus untuk data alergi dan efek samping obat, dicatat tanggal kejadian, obat yang menyebabkan terjadinya reaksi alergi dan efek samping, efek yang terjadi, dan tingkat keparahan<br>• Data riwayat penggunaan obat didapatkan dari pasien, keluarga pasien, daftar obat pasien, obat yang ada pada pasien, dan rekam medis (medication chart)<br>• Data obat yang dapat digunakan tidak lebih dari tiga bulan sebelumnya.<br>• Pada semua obat yang digunakan oleh pasien, baik resep maupun obat bebas termasuk herbal.<br>2. Komparasi.<br>Apoteker membandingkan data obat yang pernah, sedang, dan akan digunakan oleh pasien.<br>• Ketidakcocokan dapat terjadi bila ada obat yang hilang, berbeda, |

<table>
<tr><td></td><td>ditambahkan, atau diganti tanpa ada penjelasan yang didokumentasikan pada rekam medis pasien.<br>• Apoteker melakukan konfirmasi kepada dokter jika menemukan ketidaksesuaian dokumentasi.<br>• Bila ada ketidaksesuaian, dokter harus dihubungi kurang dari 24 jam.<br>3. Komunikasi.<br>Komunikasi dilakukan dengan pasien dan/atau keluarga pasien atau perawat mengenai perubahan terapi yang terjadi.<br>4. Apotek mendokumentasikan rekonsiliasi obat di Form Rekonsiliasi Obat.</td></tr>
<tr><td>6. Diagram/ Bagan Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan</td><td>-</td></tr>
<tr><td>8. Unit Terkait</td><td>Apotek</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>Form Rekonsiliasi Obat</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td><table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi perubahan</th><th>Tanggal Mulai Perubahan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PEMANTAUAN TERAPI OBAT** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/166b/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : -<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra<br>NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemantauan Terapi Obat adalah suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam memastikan terapi obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Kondisi pasien yang perlu dilakukan PTO antara lain :<br>a) Pasien dengan multi penyakit sehingga menerima polifarmasi<br>b) Pasien dengan gangguan fungsi organ tertentu terutama ginjal dan hati.<br>c) Pasien geriatri dan pediatri<br>d) Pasien hamil dan menyusui<br>e) Pasien yang menerima regimen yang komplek : polifarmasi, variasi aturan pakai dan rute pemberian.<br>f) Pasien yang menerima obat beresiko tinggi (obat dengan index terapi sempit, obat yang bersifat nefrotoksik dan hepatotoksik, obat antikoagulan, obat yang sering menimbulkan ROTD, obat kardiovaskular.<br><br>2. Metode pelaksanaan pemantauan terapi obat adalah dengan menggunakan kerangka SOAP :<br>S = Subjective (gejala yang dikeluhkan pasien)<br>O = Objective (gejala yang terukur oleh tenaga kesehatan)<br>A = Assesment (Analisa berdasarkan dara S dan O)<br>P = Plan (rencana untuk menyelesaikan masalah )<br><br>3. Setelah data terkumpul dilakukan analisis untuk identifikasi adanya masalah terkait obat antara lain ( ada indikasi tetapi tidak diterapi, pemberian obat tanpa indikasi, pemilihan obat yang tidak tepat, dosis obat terlalu tinggi, dosis obat terlalu rendah, ROTD, Interaksi Obat)<br><br>4. Hasil identifikasi masalah terkait obat dikomunikasikan kepada tenaga kesehatan terkait. |
| 6. Diagram/ Bagan Alir | - |
| 7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8. Unit Terkait | Apotek | | | |
| 9. Dokumen Terkait | - | | | |
| 10. Rekam Historis Perubahan | No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal Mulai Perubahan |
| | | | | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
**Jln. P. Sukarma NO. 35 Kode Pos 74711**
**Telp. ( 0532 ) 26018 email : pkmsukma@gmail.com**

Sukamara, 2 Desember 2023

No. : -

Kepada

Lamp. : 1

Yth.: Bapak/ ibu Pegawai

Perihal : Undangan

Puskesmas Sukamara

di Tempat

x

Sehubungan dengan akan disusunnya formularium obat Puskesmas Sukamara maka diharapkan kehadiran Saudara/i pada :

Hari /Tanggal : Senin, 4 Desember 2023

Waktu : Pukul 09.00 wib s.d selesai

Tempat : Aula Puskesmas Sukamara

Demikian untuk dimaklumi, atas perhatian dan kehadiran Saudara/I diucapkan terimakasih.

Mengetahui,
Ketua Tim Penyusun Formularium

drg. DEWI KATRIN SARI
NIP. 19801018 2015032 001

Sekretaris Tim Penyusun Formularium

SUSKA EVI R. S.Farm., apt.
NIP. 19781007 200604 2 006

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
**Jln. P. Sukarma NO. 35 Kode Pos 74711**
**Telp. ( 0532 ) 26018 email : pkmsukma@gmail.com**

Lampiran 1. Daftar Undangan

| No | Nama | Jabatan |
|---|---|---|
| 1 | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA | Kepala Puskesmas |
| 2 | drg. DEWI KATRIN SARI | Staff Puskesmas |
| 3 | apt. DIDIT KURNIAWAN, S.Farm. | Staff Puskesmas |
| 4 | SUSKA EVI R. S.Farm., apt. | Staff Puskesmas |
| 5 | MUHAMMAD NURROCHIM, A.Md.Farm. | Staff Puskesmas |
| 6 | DINI ANJAR DIYANI, A.Md.Keb. | Staff Puskesmas |
| 7 | SARIFAH FATIMAH, A.Md. Keb. | Staff Puskesmas |
| 8 | MARDONA, AMG. | Staff Puskesmas |
| 9 | UMI ASTUTI, AMKL. | Staff Puskesmas |
| 10 | NORMALIANA, AMK. | Staff Puskesmas |
| 11 | MUNAWWAROTULISNANIYAH A.Md.Kep | Staff Puskesmas |
| 12 | SELVI SELISTIAWATI, A.Md.Kep. | Staff Puskesmas |
| 13 | ZULHAIRAH, A.Md.AK | Staff Puskesmas |

Sukamara, 2 Desember 2023
Kepala Puskesmas Sukamara

dr. Muhammad Joni Chandra
NIP. 19860821 201903 1 006

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
Jln. P. Sukarma NO. 35 Kode Pos 74711
Telp. ( 0532 ) 26018 email : pkmsukma@gmail.com

# NOTULEN RAPAT

| | |
|---|---|
| Hari /Tanggal | : Senin,4 Desember 2023 |
| Waktu | : Pukul 09.00 wib s.d selesai |
| Tempat | : Aula Puskesmas Sukamara |
| Agenda | : Penyusunan Formularium Puskesmas |
| Pimpinan Rapat | : dr. Muhammad Joni Chandra |
| Peserta | : Staff Puskesmas |
| Daftar Hadir | : Terlampir |

**Hasil Rapat** : Untuk meningkatkan mutu pelaksanaan kegiatan pelayanan obat di Puskesmas Sukamara, maka perlu menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup; dan berdasarkan pertimbangan tersebut, diperlukan Tim yang diberikan kewenangan untuk melaksanakan Penyusunan Formularium Obat di Puskesmas Sukamara sebagai berikut :

1. PENANGGUNG JAWAB : dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA
   a. Melakukan monitoring dan perencanaan Formularium obat Puskesmas.
   b. Bertanggungjawab terhadap perencanaan Formularium obat Puskesmas.
2. KETUA : drg. DEWI KATRIN SARI
   a. Membantu Kepala Puskesmas Sukamara dalam melakukan monitoring dan perencanaan Formularium obat Puskesmas.
   b. Mengkoordinasikan kegiatan Tim Penyusun Formularium obat Puskesmas.
   c. Melaporkan hasil Tim Penyusun Formularium obat Puskesmas berupa daftar Formularium obat Puskesmas.
3. WAKIL KETUA : apt. DIDIT KURNIAWAN, S.Farm.
   a. Membantu Ketua dalam melaksanakan tugas terkait Formularium Puskesmas.

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
**Jln. P. Sukarma NO. 35 Kode Pos 74711**
**Telp. ( 0532 ) 26018 email : pkmsukma@gmail.com**

4. SEKRETARIS : SUSKA EVI R. S.Farm., apt.
   a. Membantu ketua dalam penyelenggaraan administrasi,perencanaan penyusunan Formularium obat Puskesmas
   b. Menyiapkan daftar kebutuhan untuk Formularium obat Puskesmas berupa obat, obat gigi, bahan medis habis pakai dan bahan laboratorium.
5. ANGGOTA : MUHAMMAD NURROCHIM, A.Md.Farm.
   DINI ANJAR DIYANI, A.Md.Keb.
   SARIFAH FATIMAH, A.Md. Keb.
   MARDONA, AMG.
   UMI ASTUTI, AMKL.
   NORMALIANA, AMK.
   MUNAWWAROTULISNANIYAH A.Md.Kep.
   SELVI SELISTIAWATI, A.Md.Kep.
   ZULHAIRAH, A.Md.AK
   a. Membantu ketua dalam perencanaan dan penyusunan Formularium obat Puskesmas.

Sukamara, 4 Desember 2023
Mengetahui,
Kepala Puskesmas Sukamara

dr. Muhammad Joni Chandra
NIP. 19860821 201903 1 006

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
Jln. P. Sukarma NO. 35 Kode Pos 74711
Telp. ( 0532 ) 26018 email : pkmsukma@gmail.com

Hari/Tanggal : Senin 4 Desember 2023
Waktu : 09.00 - selesai
Tempat : Aula.
Perihal : Penyusunan Formularium

| NO | NAMA | JABATAN | TTD |
|---|---|---|---|
| 1. | dr. M. Joni Chandra | kepala Puskesmas | |
| 2. | drg. Dewi Fatrin | Dokter Gigi | |
| 3. | Didit Kurniawan | apoteker | |
| 4. | Suskey ETL | apoteker | |
| 5 | Jr. [illegible] | Ast Apoteker | |
| 6. | Umi Astuti, A.Md.KL | Sanitarian | |
| 7. | Zuhairah | Lab | |
| 8. | MARSINA | Gizi | |
| 9. | Normaliana | P.umum | |
| 10. | Munawwarotul Isnaniyah | R. Tindakan | |
| 11 | Sekri | R. Imunisasi | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
**Jln. P. Sukarma NO. 35 Kode Pos 74711**
**Telp. ( 0532 ) 26018 email : pkmsukma@gmail.com**

## DOKUMENTASI RAPAT PENYUSUNAN FORMULARIUM

TERKENDALI

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
**Jln. P. Sukarma NO. 35 Kode Pos 74711**
**Telp. ( 0532 ) 26018 email : pkmsukma@gmail.com**

**SURAT KEPUTUSAN**
**KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
**NOMOR: 800/042/SK/PKM-SUKAMARA**

**TENTANG**
**TIM PENYUSUNAN FORMULARIUM PUSKESMAS**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
**TAHUN 2023**

**KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA**

**Menimbang** :
1. Bahwa dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan standar pelayanan dan penyelenggaraan pelayanan publik di Wilayah UPT Puskesmas Sukamara;
2. Bahwa dalam rangka penggunaan obat rasional yang meliputi tepat diagnosa, tepat indikasi, tepat dosis, tepat waktu dan tepat obat yang digunakan di UPT Puskesmas Sukamara;
3. Bahwa dalam upaya memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas maka perlu disusun formularium Puskesmas yang dilaksanakan secara dinamis sesuai dinamika kesehatan terkini;
4. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam nomor urut 1,2 dan 3 perlu ditetapkan Tim Penyusunan Formularium Puskesmas dengan keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara;

**Mengingat** :
1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 112 Tahun 2009 tambahan lembaran Negara nomor 5038):
2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 114 Tahun 2009, tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
3. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga kesehatan (Lembaran negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 49, tambahan Lembaran negara republik Indonesia Nomor 5607);
4. Undang Undang Nomor 5 Tahun 2002 tentang pembentukan Kabupaten Katingan, Kabupaten Seruyan , Kabupaten Sukamara, Kabupaten Lamandau, Kabupaten Gunung Mas, Kabupaten Murung Raya, dan Kabupaten Barito Timur Provinsi Kalimantan Tengah (Lembaran negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4180);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1227/MENKES/SK/XI/2001 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian dan Alat/Obat Kesehatan;
7. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Sukamara (Lembaran daerah kabupaten Sukamara Tahun 2008 tambahan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 03);

**MEMUTUSKAN**

**Kesatu** : MENETAPKAN TIM PENYUSUNAN FORMULARIUM PUSKESMAS SUKAMARA SEBAGAIMANA TERLAMPIR;

**Kedua** : Tim penyusunan formularium Puskesmas ini bisa memberikan pedoman dalam penggunaan obat rasional, memperbaiki pengelolaan obat, meningkatkan efisiensi penggunaan obat serta meningkatkan komunikasi antar profesi dalam menyelenggarakan pelayanan di UPT Puskesmas Sukamara;

**Ketiga** : Tim Penyusunan formularium Puskesmas Sukamara sebagaimana dimaksud pada diktum kesatu mempunyai tugas sebagai berikut :

1. Menyusun formularium yang menjadi dasar dalam penggunaan obat;
2. Tim formularium bersama-sama menyusun standar terapi dan penggunaan obat;
3. Menyusun dan melaksanakan program evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat;
4. Memberikan rekomendasi tentang pedoman penggunaan obat;
5. Memberikan rekomendasi Standar Operasional Prosedur pengelolaan obat;
6. Mengkoordinasikan pelaporan dan pemantauan efek samping obat;
7. Mensosialisasikan kebijakan Tim Penyusunan Formularium Puskesmas Sukamara kepada semua profesi kesehatan di Puskesmas Induk Pustu dan Poskesdes;

**Keempat** : Pedoman formularium yang disusun oleh Tim Penyusunan Formularium Puskesmas bisa menjadi Pedoman dalam pengobatan di Puskesmas Induk, Puskesmas Pembantu dan Pos Kesehatan Desa;

**Kelima** : Tim Penyusunan Formularium Puskesmas Sukamara bertanggung jawab dan melaporkan hasil kerjanya kepada Kepala UPT Puskesmas Sukamara;

**Keenam** : Apabila terdapat kekeliruan dalam penetapan surat keputusan ini, maka dapat diadakan perbaikan sebagaimana mestinya;

**Ketujuh** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan ditetapkannya surat keputusan berikutnya.

Ditetapkan di : Sukamara
Pada tanggal : 1 September 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA

**MUHAMMAD JONI CHANDRA**

Lampiran : Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara
Nomor : NOMOR: 800/042/SK/PKM-SUKAMARA
Tanggal : 1 September 2023

TIM PENYUSUNAN FORMULARIUM PUSKESMAS
UPT PUSKESMAS SUKAMARA
TAHUN 2023

---

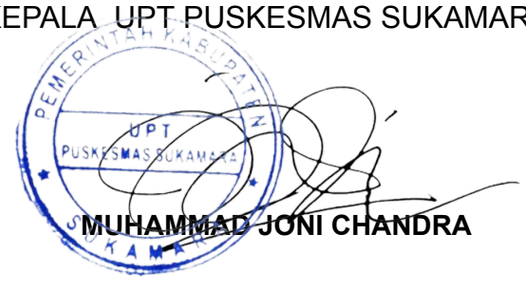
I. Penanggung Jawab : dr. MUHAMMAD JON CHANDRA

II. Pengurus :

1. Ketua : drg. DEWI KATRIN SARI
2. Wakil Ketua : apt. DIDIT KURNIAWAN, S.Farm.
3. Sekretaris : SUSKA EVI R. S.Farm. Apt.

4. Anggota :
   1. MUHAMMAD NURROCHIM, A.Md.Farm.
   2. DINI ANJAR DIYANI, A.Md.Keb.
   3. SARIFAH FATIMAH, A.Md. Keb.
   4. MARDONA, AMG.
   5. RISKY APRILIANOOR, AMKL.
   6. NORMALIANA, AMK.
   7. MUNAWWAROTUL ISNANIYAH A.Md.Kep.
   8. SELVI SELISTIAWATI, A.Md.Kep.
   9. ZULHAIRAH, A.Md.AK

KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA,




**MUHAMMAD JONI CHANDRA**

DAFTAR OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN

FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP)

PUSKESMAS SUKAMARA

| KELAS TERAPI | NAMA OBAT DAN URAIAN | | FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Nama Generik** | **Bentuk Sediaan/Kekuatan** | **Puskesmas** | **Puskesmas Pembantu** | **Pos Kesehatan Desa** |
| **1.** | **Analgesik, antipiretik, antiinflamasi non steoid dan steroid*, antipirai** | | | | |
| **1.1** | **Analgesik Narkotik** | | | | |
| | Codein | Tab 10 mg,20 mg | √ | | |
| **1.2** | **Analgesik Non Narkotik** | | | | |
| | Asam Mefenamat | Caps/tab 250 mg | √ | √ | √ |
| | | Caps/tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | Ibuprofen | Tab 200 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 400 mg | √ | √ | √ |
| | | Susp 100 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | | Susp 200 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | Ketorolak* | Inj 30 mg/5 ml | √ | | |
| | Metamizol* | Inj 1 g/2 ml | √ | | |
| | Natrium diklofenak | Tab 25 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 50 mg | √ | √ | √ |
| | Parasetamol | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | | Sir 120 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | | Drops 100 mg/ml | √ | √ | √ |
| | Piroxicam* | Caps/tab 10 mg | √ | √ | √ |
| | | Caps/tab 20 mg | √ | √ | √ |
| | Meloxicam* | Tab 7,5 mg | √ | | |
| | | Tab 15 mg | √ | | |
| | Antalgin | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | | inj | √ | √ | √ |
| | | | | | |
| **1.3** | **Antipirai** | | | | |
| | Alopurinol | Tab 100 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 300 mg | √ | | |
| | Kolkhisin | Tab 500 mcg | √ | | |
| | Probenesid | Tab 500 mg | √ | | |
| | | | | | |
| **1.4** | **Nyeri Neuropatik** | | | | |
| | Amitriptillin | Tab 25 mg | √ | | |
| | Carbamazepin | Tab 100 mg | √ | | |
| | Pregabalin* | Kaps 75 mg | √ | | |
| | | | | | |
| **2.** | **Anestesi** | | | | |
| **2.1** | **Anestesi Lokal** | | | | |
| | Etil Klorida | Spray 100 ml | √ | √ | √ |
| | Lidocain | Inj 2% | √ | √ | √ |
| | | Gel 2% | √ | | |
| **2.2** | **Anastesi Umum dan Oksigen** | | | | |
| | Oksigen | Gas dalam tabung | √ | √ | √ |
| | Nitrogen Oksida | Gas dalam tabung | √ | √ | √ |
| **2.3** | **Obat untuk prosedur pre operatif** | | | | |
| | Atropin | Inj 0,25 mg/ml | √ | | |
| | Diazepam | Inj 5 mg/ml | √ | | |
| | | | | | |
| **3.** | **Antialergi dan obat untuk anafilaksis** | | | | |
| | | | | | |
| | Dexamethason | Inj 5 mg/ml | √ | √ | √ |
| | Difenhidramin | Inj 10 mg/ml | √ | √ | √ |
| | Epinefrin | Inj 0,1% | √ | √ | √ |
| | Klorfeniramin | Tab 4 mg | √ | √ | √ |
| | Loratadin | Tab 10 mg | √ | √ | √ |
| | Setirizin | Tab 10 mg | √ | √ | √ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Syr 5 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| **4.** | **Antidotum untuk Kasus Keracunan (umum dan Khusus)** | | | | |
| **4.1** | **Umum** | | | | |
| | Atropin | Inj 0,25 mg/ml | √ | | |
| | | Tab 0,5 mg | √ | | |
| | Kalsium Gluconat | Inj 10% | √ | | |
| | Natrium bikarbona | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | | Inj 8,4% | √ | √ | √ |
| | Natrium tiosulfat | Inj 25% | √ | | |
| | Karbon aktif | Tab 0,5 g | √ | √ | √ |
| **4.2** | **Khusus** | | | | |
| | Magnesium sulfat | Serbuk | √ | | |
| | | | | | |
| **5.** | **Antiepilepsi-Antikonvulsi** | | | | |
| | diazepam | Inj 5 mg/ml | √ | | |
| | | Enema 5 mg/2,5 ml | √ | | |
| | | Enema 10 mg/2,5 ml | √ | | |
| | Fenitoin | Caps/tab 30 mg | √ | | |
| | | Caps/tab 100 mg | √ | | |
| | | Inj 50 mg/ml | √ | | |
| | fenobarbital | Tab 30 mg | √ | | |
| | | Tab 100 mg | √ | | |
| | | Inj 50 mg/ml | √ | | |
| | Karbamazepin | Tab 200 mg | √ | | |
| | | Syr 100mg/5 ml | √ | | |
| | Magnesium sulfat | Inj 20% | √ | | √ |
| | | Inj 40% | √ | | √ |
| | valproat | Tab 250 mg | √ | | |
| | | Tab lepas lambat 250 mg | √ | | |
| | | Tab lepas lambat 500 mg | √ | | |
| | | Syr 250 mg/5 ml | √ | | |
| | Gabapentin* | Tab 300 mg | √ | | |
| | | | | | |
| **6.** | **Antiinfeksi** | | | | |
| **6.1** | **Antelmintik** | | | | |
| **6.1.1** | **Antelmintik intestinal** | | | | |
| | Albendazole | Tab 400 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 200 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | Pyrantel Pamoat | Tab 125 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 250 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 125 mg/ 5 ml | √ | √ | √ |
| | Prazikuantel | Tab 600 mg | √ | √ | √ |
| **6.1.2** | **Antifilaria** | | | | |
| | Dietilkarbamazin | Tab 100 mg | √ | √ | √ |
| | | | | | |
| **6.2** | **Antibakteri** | | | | |
| **6.2.1** | **Betalaktam** | | | | |
| | Amoksisilin | Tab/caps 250 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | | Drops 100 mg/ml | √ | √ | √ |
| | | Syr 125 mg/ 5 ml | √ | √ | √ |
| | | Syr 250 mg/ 5 ml | √ | √ | √ |
| | | Serbuk Inj 1 g/ml | √ | √ | √ |
| | Ampisilin | Serbuk Inj 1 g/ml | √ | | |
| | Fenoksi penisilin | Tab 250 mg | √ | | |
| | | Tab 500 mg | √ | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Sefadroksil | Caps 250 mg | √ | √ | √ |
| | | Caps 500 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 125 mg/ 5 ml | √ | √ | √ |
| | | Syr 250 mg/ 5 ml | √ | √ | √ |
| | Sefotaksim* | Serbuk Inj 500 mg/ml | √ | | |
| | | Serbuk Inj 1 g/ml | √ | | |
| | Seftriakson* | Serbuk Inj 1 g/ml | √ | | |
| **6.2.2** | **Antibakteri lain** | | | | |
| **6.2.2.1** | **Tetrasiklin** | | | | |
| | Doksisiklin | Caps 100 mg | √ | | |
| | Tetrasiklin | Caps 250 mg | √ | √ | √ |
| | | Caps 500 mg | √ | √ | √ |
| **6.2.2.2** | **Kloramfenicol** | Caps 100 mg | √ | √ | √ |
| | Kloramfenicol | Caps 250 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 125 mg/ 5 ml | √ | √ | √ |
| | | Serbuk Inj 1 g/ml | √ | | |
| **6.2.2.3** | **Sulfametoksazol-Trimetoprim** | | | | |
| | Kotrimoksazol (dewasa) kombinasi | Tab 480 mg | √ | √ | √ |
| | Kotrimoksazol forte (dewasa) kombinasi | Tab 960 mg | √ | √ | √ |
| | Kotrimoksazol kombinasi tiap 5 ml | Susp 240 mg | √ | √ | √ |
| **6.2.2.4** | **Makrolida** | | | | |
| | Eritromycin | Caps 100 mg | √ | | |
| | | Tab 500 mg | √ | | |
| | | Syr kering 200 mg/ 5 ml | √ | | |
| **6.2.2.5** | **Aminoglikosida** | | | | |
| | Gentamycin* | Inj 10 mg/ml | √ | | |
| | | Inj 40 mg/ml | √ | | |
| | Streptomycin | Serbuk Inj 1 g/ml | √ | | |
| **6.2.2.6** | **Kuinolon** | | | | |
| | Ciprofloxacin | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | Ofloxacin* | Tab 200 mg | √ | | |
| | | Tab 200 mg | √ | | |
| | Levofloxacin* | Tab 500 mg | √ | | |
| **6.2.2.7** | **Linkosamid** | | | | |
| | Klindamisin | Caps 150 mg | √ | | |
| **6.2.2.8** | **Lain-lain** | | | | |
| | Metronidazol | Tab 250 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | | Susp 125 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | | Supp 500 mg* | √ | | |
| | | Infus 5 mg/ml | √ | | |
| | | Ovula 500 mg* | √ | | |
| **6.3** | **Antiinfeksi Khusus** | | | | |
| **6.3.1** | **Antilepra** | | | | |
| | Dapson | Tab 100 mg | √ | | |
| | Klofazimin | Caps 50 mg | √ | | |
| | | Caps 100 mg | √ | | |
| | Rifampicin | Caps 300 mg | √ | | |
| **6.3.2** | **Antituberkolosis** | | | | |
| | Kombinasi :Panduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap(KDT/FDC) Kategori Dewasa 2 KDT | | √ | | |
| | Kombinasi :Panduan dalam bentuk Kombinasi | | √ | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Dosis Tetap(KDT/FDC) Kategori Anak 3 KDT | | | | |
| | Kombinasi :Panduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap(KDT/FDC) Kategori Anak 2 KDT | | √ | | |
| | Kombinasi :Panduan dalam bentuk Kombipak Kategori Dewasa (Kombipak II dewasa) | | √ | | |
| | Kombinasi :Panduan dalam bentuk Kombipak Kategori Dewasa (Kombipak III dewasa) | | √ | | |
| | Kombinasi :Panduan dalam bentuk Kombipak Kategori Dewasa (Kombipak dewasa) | | √ | | |
| | Kombinasi :Panduan dalam bentuk Kombipak Kategori Anak (Kombipak A anak) | | √ | | |
| | Kombinasi :Panduan dalam bentuk Kombipak Kategori Anak (Kombipak B anak) | | √ | | |
| | Streptomycin | Serbuk Inj 1 g/ml | √ | | |
| | Isoniazid | Tab 100 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 300 mg | √ | √ | √ |
| **6.3.3** | **Antiseptik Saluran Kemih** | | | | |
| | Metenamin Mandelat (Heksamin Mandelat) | Tabelt salut ent. 500 mg | √ | √ | √ |
| **6.4** | **Antifungi** | | | | |
| **6.4.1** | **Antifungi Sistemik** | | | | |
| | Griseofulvin | Tab 125 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | Ketokonazol | Tab 200 mg | √ | √ | √ |
| | Nistatin | Tab salut gula 500.000 UI | √ | √ | √ |
| | | Susp 100.000 UI/ml | √ | √ | √ |
| **6.5** | **Antiprotozoa** | | | | |
| **6.5.1** | **Antiamubiasis dan Antigiardiasis** | | | | |
| | Metronidazol | Tab 250 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | | Susp 125 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | | Infus 5 mg/ml | √ | | |
| **6.5.2** | **Antimalaria** | | | | |
| | Doksisiklin | Caps 100 mg | √ | | |
| | Artesunat inj | Inj 60 mg/ml | √ | | |
| | Kombinasi artemeter + lumefantrin | 20 mg +120 mg | √ | | |
| | Kombinasi dihidroartemisinin + piperakuin | 40 mg + 320 mg | | | |
| | Kuinin | Tab 200 mg | √ | | |
| | Primakuin | Tab 15 mg | √ | | |
| | Artemether | Inj 80 mg/ml | √ | | |
| | Kombinasi (DHP) | Tablet Salut | √ | | |
| | Primaquin | Tab 15 mg | √ | | |
| **6.6** | **Antivirus** | | | | |
| **6.6.1** | **Antiherpes** | | | | |
| | Aciclovir | Tab 200 mg | √ | √ | √ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tab 400 mg | √ | √ | √ |
| | | Cream 5 g* | √ | √ | √ |
| **6.6.2** | **Anti CMV** | | | | |
| | **-** | | | | |
| **6.6.3** | **Antiretroviral** | | | | |
| **6.6.3.1** | **NRTI** | | | | |
| | Kombinasi zidovudine + lamivudine | Tab 300 mg + 150 mg | √ | | |
| | Kombinasi tenofovir + emtrisitabib | Tab 300 mg + 200 mg | √ | | |
| | Lamivudin | Tab 150 mg | √ | | |
| | Tenofovir | Tab 300 mg | √ | | |
| | Zidovudin | Kaps 100 mg | √ | | |
| **6.6.3.2** | **NNRTI** | | | | |
| | Efavirenz | Tab 200 mg | √ | | |
| | | Tab 600 mg | √ | | |
| | Nevirapin | Tab 200 mg | √ | | |
| **6.6.3.3** | **NRTI+NNRTI** | | | | |
| | Kombinasi Tenofovir + lamivudine+efavirenz | Tab 300 mg + 300 mg + 600 mg | √ | | |
| **6.6.3.4** | **Protease Inhibitor** | | | | |
| | Kombinasi lopinovir+ritonavir | Tab 200 mg + 50 mg | √ | | |
| **6.6.3.5** | **Integrase Inhibitor** | | | | |
| | **Dolutegravir** | Tab 50 mg | √ | | |
| **6.6.3.6** | **NRTI+Integrase Inhibitor** | | | | |
| | **Tenovir+lamivudine+ dolutegravir** | Tab 300 mg + 300 mg + 50 mg | √ | | |
| | | | | | |
| **6.6.4** | **Antihepatitis** | | | | |
| | **-** | | | | |
| | | | | | |
| **7.** | **Antimigren dan Antivertigo** | | | | |
| **7.1** | **Antimigren** | | | | |
| **7.1.1** | **Profilaksis** | | | | |
| | Propanolol | Tab 10 mg | √ | | |
| **7.1.2** | **Serangan Akut** | | | | |
| | Ergotamin | Tab 1 mg | √ | | |
| | Kombinasi ergotamin-koffein | Tab 1 mg-50 mg | √ | | |
| **7.1.3** | **Antivertigo** | | | | |
| | Betahistin | Tab 1 mg | √ | | |
| | | | | | |
| **8.** | **Antineoplastik,Imunosupresan dan obat untuk terapi paliatif** | | | | |
| **8.1** | **Hormon dan Antihormon** | | | | |
| | Dexamethason* | Tab 0,5 mg | √ | √ | √ |
| | | Inj 5 mg/ml | √ | √ | √ |
| | Methylprednisolon* | Tab 4 mg | √ | √ | √ |
| **8.2** | **Imunosupresan** | | | | |
| | - | | | | |
| **8.3** | **Sitotoksik** | | | | |
| | - | | | | |
| **8.4** | **Lainnya** | | | | |
| | - | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| **9.** | **Antiparkinson** | | | | |
| | Triheksifenidil | Tab 2 mg | √ | | |
| **10.** | **Obat yang Mempengaruhi Darah** | | | | |
| **10.1** | **Antianemi** | | | | |
| | Asam Folat | Tab 0,4 mg | √ | | √ |
| | | Tab 1 mg | | | |
| | Ferro Sulfat | Tab salut 300 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 150 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | Kombinasi Ferro sulfat-asam folat | Tab 200-0,25 mg | √ | √ | √ |
| | Sianokobalamin | Tab 50 mcg | √ | √ | √ |
| | | Inj 500 mcg/ml | √ | √ | √ |
| **10.2** | **Obat Yang Mempengaruhi Koagulasi** | | | | |
| | Asam Traneksamat* | Tab salut 50 mg | √ | | |
| | | Inj 50 mg/ml | √ | | |
| | | Inj 100 mg/ml | √ | | |
| | Fitomenadion (K1) | Tab salut gula 10 mg | √ | √ | √ |
| | | Inj 10 mg/ml | √ | √ | √ |
| | | Inj 2 mg/ml | √ | √ | √ |
| | Menadion* | Inj | √ | | |
| | | | | | |
| **11** | **Produk Darah dan Pengganti Plasma** | | | | |
| **11.1** | **Produk Darah** | | | | |
| | **-** | | | | |
| **11.2** | **Pengganti Plasma** | | | | |
| | **-** | | | | |
| | | | | | |
| **12** | **Diagnostik** | | | | |
| **12.1** | **Kontras Radiologi** | | | | |
| | **-** | | | | |
| **12.2** | **Magnetic Resonance Contrast Media** | | | | |
| | **-** | | | | |
| **12.3** | **Ultra Sound** | | | | |
| | Galaktose Microparticle | Gel dalam botol | √ | √ | √ |
| **12.4** | **Radiofarmaka** | | | | |
| | - | | | | |
| **12.5** | **Tes Fungsi** | | | | |
| **12.5.1** | **Ginjal** | | | | |
| | **-** | | | | |
| **12.5.2** | **Mata** | | | | |
| | Fluoresein | Tetes Mata 2.5 mg/ml | √ | | |
| | Tropikamid | Tetes Mata | √ | | |
| **12.5.3** | **Tes Kulit** | | | | |
| | Tuberkulin protein purified derivative | Serbuk inj 2 TU/0,1 ml | √ | | |
| **12.6** | **Lain-Lain** | | | | |
| | KY Jelly* | Jelly dalam tube | √ | | |
| | Aqua Jelly | Jelly dalam tube | √ | | |
| | | | | | |
| **13** | **Antiseptik dan Disinfektan** | | | | |
| **13.1** | **Antiseptik** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Hidrogen Peroksid | Cairan 50% (diencerkan) | √ | | |
| | | Cairan 3% | √ | | |
| | Klorhexidin | Cairan 15% (diencerkan) | √ | √ | √ |
| | Povidon Iodin | Lar 100 mg/ml | √ | √ | √ |
| **13.2** | **Disinfektan** | | | | |
| | Etanol 70 % | Cairan 70% | √ | √ | √ |
| | Paraformaldehid | Tab 1 g | √ | | |
| | | | | | |
| **14.** | **Obat dan Bahan untuk Gigi** | | | | |
| **14.1** | **Antiseptik dan bahan untuk Perawatan Saluran Akar Gigir** | | | | |
| | Eugenol | cairan | √ | | |
| | Formokresol | cairan | √ | | |
| | Gutta percha dan paper points | 14-40/45-80 mm | √ | | |
| | Kalsium Hidroksi | Bubuk,pasta | √ | | |
| | Klorfenol kamfer Mentol (CHKM) | cairan | √ | | |
| | Klorhexidin | Larutan 0,2% | √ | | |
| | Kombinasi deksametason,thimol,para klorfenol,campor | cairan | √ | | |
| | Kombinasi lidokain,medisinal creosote fenol,eugenol,benzil alkohol | cairan | √ | | |
| | Natrium hipoklorit | Cairan konsentrat 5% (diencerkan) | √ | | |
| | Pasta pengisi saluran akar | pasta | √ | | |
| | Povidone Iodine | Obat Kumur 1% | √ | | |
| **14.2** | **Antifungi Orofaringeal** | | | | |
| | Nistatin | Susp 100.000 ui/ml | √ | √ | √ |
| **14.3** | **Obat untuk Pencegahan Karies** | | | | |
| | Flour | Kapsul 1 mg | √ | | |
| | | Sediaan topikal | √ | | |
| **14.4** | **Bahan Tumpat** | | | | |
| | Bahan Tumpatan Sementara | Lar,serbuk | √ | | |
| | Glass ionomer ART | Serbuk,lar,cocoa butter | √ | | |
| | Composit Resin | set | √ | | |
| **14.5** | **Preparat Lainnya** | | | | |
| | Anestetik lokal gigi kombinasi lidocain-epinefrin | Inj 2 ml | √ | | |
| | Aquadest | Cairan 500 ml | √ | | |
| | Articulating Paper | Kertas warna penanda oklusi | √ | | |
| | Etil klorida | Spray 100 ml | √ | | |
| | Ferrakrilum | Cairan 1% | √ | | |
| | Kombinasi triamsinolon-dementilklort etrasiklin | Pasta | √ | | |
| | Lidocain | Inj 2% | √ | | |
| | | Salep 5% | √ | | |
| | | Spray oral 10% | √ | | |
| | Pasta devitalisasi(non arsen) | Pasta | √ | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Surgical ginggival pack | Pasta | √ | | |
| | | | | | |
| **15** | **Diuretik dan Obat untuk Hipertrofi Prostat** | | | | |
| **15.1** | **Diuretik** | | | | |
| | Furosemid | Tab 40 mg | √ | | |
| | | Inj 10 mg/ml | √ | | |
| | Hidroklorotiazid | Tab 25 mg | √ | | |
| | Spironolactone | Tab 25 mg | √ | | |
| **15.2** | **Obat untuk Hipertrofi Prostat** | | | | |
| | - | | | | |
| | | | | | |
| **16** | **Hormon,Obat Endokrin Lain dan Kontrasepsi** | | | | |
| **16.1** | **Hormon Antidiuretik** | | | | |
| | - | | | | |
| **16. 2** | **Antidiabetes** | | | | |
| **16.2.1** | **Antidiabetes Oral** | | | | |
| | Glibenklamid | Tab 5 mg | √ | √ | √ |
| | Glikazid* | Tab lepas lambat 30 mg | √ | | |
| | Glipizid | Tab 5 mg | √ | | |
| | Glimepirid | Tab 1 mg | √ | | |
| | | Tab 2 mg | √ | | |
| | | Tab 3 mg | √ | | |
| | | Tab 4 mg | √ | | |
| | Metformin | Tab 500 mg | √ | | |
| **16.2.2** | **Antidiabetes Parenteral** | | | | |
| | Human Insulin* | Inj 100 IU/ml | √ | | |
| | Analog Insulin* | Inj 100 IU/ml | √ | | |
| **16.3** | **Hormon Kelamin dan Obat yang Mempengaruhi Fertilitas** | | | | |
| **16.3.1** | **Androgen** | | | | |
| | **-** | | | | |
| **16.3.2** | **Estrogen** | | | | |
| | **-** | | | | |
| **16.3.3** | **Progesteron** | | | | |
| | **-** | | | | |
| **16.3.4** | **Kontrasepsi** | | | | |
| **16.3.4.1** | **Kontrasepsi Oral** | | | | |
| | Kombinasi levonorgestrel-etinilestradiol | Tab salut gula | √ | √ | √ |
| | Linesterol | Tab 0,5 mg | √ | | |
| **16.3.4.2** | **Kontrasepsi Parenteral** | | | | |
| | Kombinasi medroksi progesteron asetat | Inj 150 mg/ml | √ | √ | √ |
| **16.3.4.3** | **Kontrasepsi AKDR (IUD)** | | | | |
| | Copper T | set | √ | | √ |
| **16.3.4.4** | **Kontrasepsi Implan** | | | | |
| | Etonogestrel | Implan 68 mg | √ | | √ |
| | Levonogestrel | Implan | √ | | √ |
| **16.3.5** | **Lain-Lain** | | | | |
| | - | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **16.4** | **Hormon Tiroid dan Antitiroid** | | | | |
| | Propiltiourasil* | Tab 100 mg | √ | | |
| **16.5** | **Kortikosteroid** | | | | |
| | Dexamethason | Tab 0,5 mg | √ | √ | √ |
| | | Inj 5 mg/ml | √ | √ | √ |
| | Hidrokortison | Inj 100 mg | √ | | |
| | Methylprednisolon* | Tab 4 mg | √ | √ | √ |
| | | Serbuk Inj 500 mg | √ | | |
| | Prednison | Tab 5 mg | √ | √ | √ |
| | | | | | |
| **17** | **Obat Kardiovaskuler** | | | | |
| **17.1** | **Antiangina** | | | | |
| | Amlodipin | Tab 5 mg | √ | | |
| | Atenolol* | Tab 50 mg | √ | | |
| | Gliseril Trinitrat | Tab 5 mg | √ | | |
| | Isososbid Dinitrat | Tab 5 mg | √ | | |
| **17.2** | **Antiaritmia** | | | | |
| | Digoksin | Tab 0,25 mg | √ | | |
| | Lidocain | Inj 100 mg/ml | √ | | |
| | Diltiazem | Tab 30 mg | √ | | |
| | Propanolol | Tab 10 mg | √ | | |
| **17.3** | **Antihipertensi** | | | | |
| **17.3.1** | **Antihipertensi Sistemik** | | | | |
| | Amlodipin | Tab 5 mg | √ | | |
| | | Tab 10 mg | √ | | |
| | Atenolol | Tab 50 mg | √ | | |
| | Bisoprolol | Tab 2,5 mg | √ | | |
| | Hidroklortiazid | Tab 2,5 mg | √ | | |
| | Irbesartan* | Tab 150 mg | √ | | |
| | Kaptopril | Tab 12,5 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 25 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 50 mg | √ | | |
| | Klortalidon | Tab 50 mg | √ | | |
| | Lisinopril | Tab 5 mg | √ | | |
| | | Tab 10 mg | √ | | |
| | | Tab 20 mg | √ | | |
| | Nipedipin | Tab 10 mg | √ | | √ |
| | | Tablet lepas lambat 20 mg* | √ | | |
| | Metil dopa | Tab 250 mg (bumil) | √ | | |
| **17.3.2** | **Antihipertensi Pulmonal** | | | | |
| | - | | | | |
| **17.4** | **Antiagregasi Platelet** | | | | |
| | Asam Asetil Salisilat | Tab 80 mg | √ | | |
| | Clopidogrel* | Tab 75 mg | √ | | |
| **17.5** | **Trombolitik** | | | | |
| | - | | | | |
| **17.6** | **Obat untuk Gagal Jantung** | | | | |
| | Bisoprolol* | Tab 1,25 mg | √ | | |
| | | Tab 2,5 mg | √ | | |
| | | Tab 5 mg | √ | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Digoksin | Tab 0,25 mg | √ | | |
| | Furosemid | Tab 40 mg | √ | | |
| | | Inj 10 mg/ml | √ | | |
| | Kaptopril | Tab 12,5 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 25 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 50 mg | √ | | |
| | Spironolakton | Tab 25 mg | √ | | |
| | Kandesartan* | Tab 8 mg | √ | | |
| **17.7** | **Obat untuk Syok Kardiogenik dan Sepsis** | | | | |
| | Epinefrin | Inj 0,1% | | | |
| **17.8** | **Antihiperlipidemia** | | | | |
| | Fenofibrat* | Kaps 100 mg | √ | | |
| | | Kaps 300 mg | √ | | |
| | Gemfibrozil* | Kapl 300 mg | √ | | |
| | Simvastatin | Tab salut selaput 10 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab salut selaput 20 mg | √ | | |
| **17.9** | **Hipotensi akibat Anastetik Lokal** | | | | |
| | - | | | | |
| | | | | | |
| **18** | **Obat Topikal dan kulit** | | | | |
| **18.1** | **Anti Akne** | | | | |
| | Asam Retinoat | Cream 0,05% | √ | | |
| **18.2** | **Antibakteri** | | | | |
| | Kombinasi basitrasin-polimiksin* | salep | √ | | |
| | Framycetin sulfat | Tulle 1% | √ | | |
| | Kloramfenikol | salep | √ | √ | √ |
| | Natrium Fusidat* | Krim/salep | √ | √ | √ |
| | Perak sufadiazin | Krim 1% | √ | | |
| **18.3** | **Antifungi** | | | | |
| | Ketokonazol | Krim 2 % | √ | √ | √ |
| | | Scalp solution 2% | √ | | |
| | Mikonazol | Krim 2 % | √ | √ | √ |
| | | Serb 2% | √ | | |
| | Nistatin | Tab vag 100.000 IU | √ | | √ |
| | Kombinasi asam benzoate dan asam salisilat | Salep | √ | √ | √ |
| **18.4** | **Antiinflamasi dan antipruritik** | | | | |
| | Betamethasone | Krim 0,05% | √ | √ | √ |
| | | Krim 0,1%* | √ | √ | √ |
| | Desoksimethasone | Kri/salep 0,25% | √ | √ | √ |
| | Hidrokortison | Krim 2,5% | √ | √ | √ |
| | Kalamin* | lotio | √ | √ | √ |
| **18.5** | **Antiskabies dan antipedikulosis** | | | | |
| | Permetrin | Krim 5% | √ | √ | √ |
| | Salep 2-4 | salep | √ | √ | √ |
| **18.6** | **Kaustik** | | | | |
| | Polikresulen | lar | √ | √ | √ |
| **18.7** | **Keratolitik dan Keratoplastik** | | | | |
| | Asam salisilat | Salep 2% | √ | √ | √ |
| | | Salep 5% | √ | √ | √ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Salep 10% | √ | √ | √ |
| **18.8** | **Lain-lain** | | | | |
| | Bedak Salisil | Serb 2% | √ | √ | √ |
| | Urea | Krim 20% | √ | | |
| | Kombinasi difenhidramin,kalamin,zinc,gliserin | lot | √ | | |
| | Kalium Permanganat* | Serb kristal | √ | √ | √ |
| | Asam salisilat | Cairan | √ | | |
| | | | | | |
| **19.** | **Larutan Dialisis Peritoneal** | | | | |
| | - | | | | |
| **20** | **Larutan Elektrolit,Nutrisi dan Lain-Lain** | | | | |
| **20.1** | **Oral** | | | | |
| | Garam Oralit | serbuk | √ | √ | √ |
| | Kalium Klorida | Tab lepas Lambat 600 mg | √ | | |
| | Kalium Aspartat | Tab sal sel 300 mg | √ | | |
| | Natrium bikarbonat | Tab 500 mg | √ | | |
| | Zinc | Tab 20 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 10 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | | Syr 20 mg/5 ml | √ | | |
| | | drop | √ | | |
| **20.2** | **Parenteral** | | | | |
| | Lautan mengandung elektrolit | Cairan | √ | √ | √ |
| | Lautan mengandung karbohidrat | Cairan | √ | √ | √ |
| | Lautan mengandung karbohidrat + elektrolit* | Cairan | √ | √ | √ |
| **20.3** | **Lain-Lain** | | | | |
| | Air untuk injeksi | Cairan inj | √ | √ | √ |
| **21** | **Obat untuk Mata** | | | | |
| | - | | | | |
| **21.1** | **Anestetik Lokal** | | | | |
| | Tetrakain | Tetes Mata 0,5% | √ | | |
| **21.2** | **Antimikroba** | | | | |
| | Asisklovir* | Salep Mata 3% | √ | | |
| | Gentamycin | Salep Mata 0,3% | √ | | |
| | | Tetes Mata 0,3% | √ | | |
| | Kloramfenikol | Tetes Mata 0,5% | √ | √ | √ |
| | | Tetes Mata 1% | √ | √ | √ |
| | | Salep Mata 1% | √ | √ | √ |
| | Oksitetrasiklin | Salep Mata 1% | √ | √ | √ |
| | Tetrasiklin | Salep Mata 1% | √ | √ | √ |
| **21.3** | **AntiInflamasi** | | | | |
| | Betamethason* | Tetes Mata 1 mg/ml | √ | √ | √ |
| | Natriun diklofenak | Tetes Mata 1 mg/ml | √ | | |
| | Olopatadin | Tetes Mata 0,1% | √ | | |
| **21.4** | **Midriatik** | | | | |
| | - | | | | |
| **21.5** | **Miotik dan Antiglaukoma** | | | | |
| | Asetazolamid | Tab 250 mg | √ | | |
| **21.6** | **Lain-Lain** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Povidone Iodine | Tetes Mata 2,5% | √ | | |
| | | | | | |
| **22.** | **Oksitoksik** | | | | |
| | Metilergometrin | Tab salut sel 0,125 mg | √ | | √ |
| | | Inj 0,2 mg/ml | √ | | √ |
| | Oksitosin | Inj 10 UI/ml | √ | | √ |
| **23** | **Psikofarmaka** | | | | |
| **23.1** | **Antiansietas** | | | | |
| | Alprazolam* | Tab 0,25 mg | √ | | |
| | Diazepam | Tab 2 mg | √ | | |
| | | Tab 5 mg | √ | | |
| | | Inj 5 mg/ml | √ | | |
| | Lorazepam | Tab 0,5 mg | √ | | |
| | | Tab 1 mg | √ | | |
| | | Tab 2 mg | √ | | |
| **23.2** | **Antidepresi** | | √ | | |
| | Amitriptillin | Tab salut sel 25 mg | √ | | |
| | Fluoksetin | Tab/kaps 10 mg | √ | | |
| **23.3** | **Antiobsesi Kompulsif** | | | | |
| | Fluoksetin* | Tab/kaps 10 mg | √ | | |
| | | Tab/kaps 20 mg | √ | | |
| **23.4** | **Antipsikosis** | | | | |
| | Flufenazine* | Inj 25 mg/ml | √ | | |
| | Haloperidol | Tab 0,5 mg | √ | | |
| | | Tab 1,5 mg | √ | | |
| | | Tab 2 mg | √ | | |
| | | Drops 2 mg/ml | √ | | |
| | | Inj 5 mg/ml | √ | | |
| | | Inj 50 mg/ml* | √ | | |
| | Klorpromazin | Tab salut sel 25 mg | √ | | |
| | | Tab salut sel 100 mg | √ | | |
| | | Inj 5 mg/ml | √ | | |
| | Klozapin* | Tab 25 mg | √ | | |
| | Risperidon | Tab 1 mg | √ | | |
| | | Tab 2 mg | √ | | |
| | Triflouperazin* | Tab salut sel 5 mg | √ | | |
| **23.5** | **Obat untuk ADHD** | | | | |
| | - | | | | |
| **23.6** | **Obat untuk Gangguan Bipolar** | | | | |
| | Valproat* | Tab 250 mg | √ | | |
| | | Tab 500 mg | √ | | |
| **23.7** | **Obat untuk program ketergantungan** | | | | |
| | Metadon* | Syr 50 mg/ml | √ | | |
| | | | | | |
| **24** | **Relaksan Otot Perifer dan Penghambat Kolinesterase** | | | | |
| | - | | | | |
| | | | | | |
| **25** | **Obat untuk Saluran Cerna** | | | | |
| **25.1** | **Antasida dan Antiulkus** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Antasida DOEN/kombinasi AlOH-MgOH | Tablet Kunyah | √ | √ | √ |
| | | Susp | √ | √ | √ |
| | Omeprazole | Caps 20 mg | √ | | |
| | Ranitidin | Tab 150 mg | √ | √ | √ |
| | | Inj 25 mg/ml | √ | | |
| | Sukralfat* | Tab 500 mg | √ | | |
| | | Susp 500 mg/5 ml | √ | | |
| **25.2** | **Antiemetik** | | | | |
| | Dexamethasone* | Inj 5 mg/ml | √ | | |
| | Dimenhidrinat | Tab 50 mg | √ | √ | √ |
| | Domperidone | Tab 10 mg | √ | | |
| | | Syr 5 mg/5 ml | √ | | |
| | | Drops 5 mg/ml | √ | | |
| | Klorpromazin | Tab sal 25 mg | √ | | |
| | | Inj 5 mg/ml | √ | | |
| | | Inj 25 mg/ml | √ | | |
| | Metoklopramid | Tab 10 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 5 mg/5 ml* | √ | √ | √ |
| | | Drops 2 mg/ml* | √ | √ | √ |
| | | Inj 5 mg/ml* | √ | | |
| | Ondansetron* | Tab 4 mg | √ | | |
| **25.3** | **Antihaemoroid** | | | | |
| | Antihaemoroid kombinasi | supp | √ | √ | √ |
| **25.4** | **Antispasmodik** | | | | |
| | Atropin | Tab 0,5 mg | √ | | |
| | | Inj 0,25 mg/ml | √ | | |
| | Hiosina butilbromid | Tab 10 mg | √ | | |
| | | Inj 20 mg/ml | √ | | |
| | Kombinasi Papaverin-Ekstrakbelladon-Antalgin | Tab | √ | √ | √ |
| **25.5** | **Obat untuk Diare** | | | | |
| | Attalpugit | Tab | √ | √ | √ |
| | Garam Oralit | sachet | √ | √ | √ |
| | Kombinasi Kaolin Pektin | Tab | √ | √ | √ |
| | Loperamid | Tab 2 mg | √ | √ | √ |
| | Zinc | Tab disp 20 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 20 mg/5 ml | √ | √ | √ |
| | Probiotik Lactobacillus* | Sachet | √ | √ | √ |
| **25.6** | **Katartik** | | | | |
| | Bisakodil | Tab sal 5 mg | √ | √ | √ |
| | | Supp 5 mg | √ | √ | √ |
| | | Supp 10 mg | √ | √ | √ |
| | Gliserin | Cairan obat luar 100 mg/ml | √ | | |
| | Kombinasi* parafin,gliserin,fenolftalein | susp | √ | | |
| | Laktulosa* | syr | √ | | |
| **25.7** | **Obat untuk Antiinflamasi** | | | | |
| | - | | | | |
| **25.8** | **Lain-lain** | | | | |
| | - | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **26** | **Obat untuk Saluran Nafas** | | | | |
| **26.1** | **Antiasma** | | | | |
| | Aminofilin | Tab 150 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 200 mg | √ | √ | √ |
| | | Inj 24 mg/ml | √ | | |
| | Budenosid | Serb ih 100 mcg/dosis | √ | | |
| | | Serb ih 200 mcg/dosis | √ | | |
| | | Cairan ih 0,25 mg/ml | √ | | |
| | | Cairan ih 0,5 mg/ml | √ | | |
| | Prednison | Tab 5 mg | √ | √ | √ |
| | Flutikason propionate | Cairan ih 0,5 mg/ml | √ | | |
| | Fenoterol HBr* | Aerosol 100 mcg/puff | √ | | |
| | | Cairan ih 0,1% | √ | | |
| | Ipratropium Bromid* | ih 20 mcg/puff | √ | | |
| | Kombinasi Ipratropium Bromid-salbutamol | Cairan ih | √ | | |
| | Metil Prednisolon | Tab 4 mg | √ | √ | √ |
| | | Seb inj 125 mg* | √ | | |
| | Salbutamol | Tab 2 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 4 mg | √ | √ | √ |
| | | Cairan ih 1 mg/ml | √ | | |
| | | Syr 2 mg/5 ml* | √ | | |
| | | MDI/aerosol 100 mcg/dosis | √ | | |
| | Teofilin* | Tab 150 mg | √ | | |
| | Terbutalin | Inj 0,5 mg/ml | √ | | |
| | | Cairan ih 2,5 mg/ml | √ | | |
| **26.2** | **Antitusif** | | | | |
| | Kombinasi Dextromethorfan* | Tab | √ | √ | √ |
| | | Syr | √ | √ | √ |
| | Kodein | Tab 10 mg | √ | | |
| **26.3** | **Ekspektoran** | | | | |
| | Ambroxol* | Tab 30 mg | √ | √ | √ |
| | | Syr 15 mg/5ml | √ | √ | √ |
| | | Syr 30 mg/5ml | √ | √ | √ |
| | n-asetil sistein | Caps 200 mg | √ | | |
| | | Ih 100 mg/ml* | √ | | |
| | | Granule 200 mg | √ | | |
| **26.4** | **Obat untuk Penyakit Paru Obstruksi Kronis** | | | | |
| | Ipratropium Bromida | ih 20 mcg/puff | √ | | |
| | | Cairan ih 0,25 mg/ml | √ | | |
| | Kombinasi Ipratropium Bromida-salbutamol | Cairan ih | √ | | |
| **26.5** | **Lain-lain** | | | | |
| | - | | | | |
| | | | | | |
| **27** | **Obat untuk Saluran Kemih** | | | | |
| | - | | | | |
| | | | | | |
| **28** | **Obat yang mempengaruhi sistem imun** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **28.1** | **Serum dan Imunoglobulin** | | | | |
| | Hepatitis B immunoglobulin (human) | Inj 150 iu/1,5 ml | √ | | |
| | | Inj 220 iu/ml | √ | | |
| | Human Tetanus Imuglobulin | Inj 250 iu | √ | | |
| | | Inj 500 iu | √ | | |
| | Serum Anti Bisa Ular (ABU I) | inj | √ | | |
| | Serum Antidifteri (A.D.S) | Inj 10.000 iu/ml | √ | | |
| | | Inj 20.000 iu/ml | √ | | |
| | Serum Antirabies | Inj 100 iu/ml | √ | | |
| | | Inj 200-400 iu/ml | √ | | |
| | Serum Antitetanus (A.T.S) | | √ | | |
| | | Pencegahan Inj 1500 IU/ml | √ | | |
| | | Pengobatan Inj 10.000 iu/ml | √ | | |
| | Tetanus Toxoid | Inj | √ | | |
| **28.2** | **Vaksin** | | | | |
| | Vaksin BCG | Serbuk inj 0,75 mg/ml +pelarut | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin Campak | Serbuk inj +pelarut | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin Kombinasi DPT-HB-Hib | inj | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin Jerap Difteri Tetanus (DT) | Inj 40/15 if per ml | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin Jerap Difteri Tetanus (td) | Inj 4/15 if per ml | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin Jerap Difteri Tetanus Pertusis (DTP) | Inj | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin Jerap Tetanus (tetanus adsorbed toxoid) | Inj | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin polio t-OPV | drops | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin Polio IPV | Inj 0,5 ml | √ | Kebutuhan program | Kebutuhan program |
| | Vaksin Polio Oral | Drops | √ | | |
| | Vaksin antirabies untuk manusia | Serbuk inj | √ | | |
| | Vaksin Meningitis | Inj | √ | | |
| | Vaksin Covid | Inj | √ | | |
| | | | | | |
| **29** | **Obat untuk Telinga,Hidung dan Tenggorokan** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Hidrogen Peroksid | Cairan 3 % | √ | | |
| | Karbo Gliserin | Tetes Telinga 10% | √ | √ | √ |
| | Kloramfenikol | Tetes Telinga | √ | √ | √ |
| | Oksimetazolin | Tetes hidung 0,025% | √ | | |
| | | Tetes Hidung 0,050% | √ | | |
| | Lidocain | Spray topical | √ | | |
| | | | | | |
| **30** | **Vitamin dan Mineral** | | | | |
| | Asam Ascorbat | Tab 50 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 250 mg | √ | √ | √ |
| | Ferro sulfat | Tab sal 300 mg | √ | √ | √ |
| | Kalsium Glukonat | Inj 10% | √ | | |
| | Kalsium karbonat | Tab 500 mg | √ | | |
| | Kalsium Laktat | Tab 500 mg | √ | √ | √ |
| | Kombinasi Ferro sulfat/ferro fumarat/ferro glukonat-asam folat | Tab berbagai dosis | √ | √ | √ |
| | Thiamin HCL | Tab 50 mg | | | |
| | Piridoksin | Tab 10 mg | √ | √ | √ |
| | | Tab 20 mg | √ | √ | √ |
| | | Inj 100 mg/ml | √ | √ | √ |
| | Retinol (vitamin A) | Kaps lunak 100.000 IU | √ | √ | √ |
| | | Kaps lunak 200.000 IU | √ | √ | √ |
| | Sianokobalamin | Inj 200 mcg/ml | √ | √ | √ |
| | Vitamin B comp | Tab | √ | √ | √ |
| | | Inj* | √ | √ | √ |
| | Vitamin D | Tab lepas lambat/kaps 1000 iu | √ | √ | √ |
| | | Tab lepas lambat/kaps 5000 iu | √ | √ | √ |
| | | | | | |
| **31** | **Obat yang Mempengaruhi struktur tulang dan Mineralisasi Tulang** | | | | |
| | - | | | | |
| | | | | | |
| **32** | **Lain-lain** | | | | |
| **33.1** | **Obat flu dan batuk kombinasi** | | | | |
| | Kombinasi obat minimal klorfeniramin, pseudoefedrin,paracetamol | Tab | √ | √ | √ |
| | | Syr | √ | √ | √ |
| | Pseudoefedrin tunggal atau kombinasi | Tablet | √ | √ | √ |
| | | Syr 60 ml | √ | √ | √ |
| | | Drops | √ | √ | √ |
| | Kombinasi obat batuk | Syr 60 ml | √ | √ | √ |
| **33.2** | **Obat tradisional** | | | | |
| | Minyak kayu putih | Cairan | √ | √ | √ |
| **33.3** | **Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Habis Pakai Lainnya** | | | | |
| | IV Catheter | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Administration set | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Blood transfusion set | set | √ | √ | √ |
| | Disposable syringe | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Needle | Berbagai ukuran | √ | √ | √ |
| | Heacting Needle | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Blood Lancet | Berbagai ukuran | √ | √ | √ |
| | Bisturi | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Cut Gut Cromic | Berbagai jenis dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Cut Gut Plain | Berbagai jenis dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Silk/Siede | Berbagai jenis dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Prolene | Berbagai jenis dan ukuran | √ | | |
| | Wing Needle | Berbagai ukuran | √ | | |
| | Three Way Stop Cock | Berbagai tipe dan ukuran | √ | | |
| | Examination glove non sterile | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Surgical glove steril | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Masker | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Nurse cap | Berbagai bahan | √ | √ | √ |
| | Underpad | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Bio Hazard Disposible | Berbagai volume | √ | √ | √ |
| | Kasa Hidrofil | Berbagai ukuran | √ | √ | √ |
| | Kasa Steril | Berbagai ukuran | √ | √ | √ |
| | Kapas Adsorben | Berbagai berat | √ | √ | √ |
| | Alkohol swap | Kotal | √ | √ | √ |
| | Umbilical Cord Clamp | Set | √ | √ | √ |
| | Etakridine | Berbagai volume | √ | √ | √ |
| | Etanol 70% | Berbagai volume | √ | √ | √ |
| | Lisol | Berbagai volume | √ | √ | √ |
| | Handrub | Berbagai volume | √ | √ | √ |
| | Ultrasound gel | Berbagai volume | √ | √ | √ |
| | Electrocardiografi gel | Berbagai volume | √ | | |
| | Aqua gel/pelumas gel | Berbagai volume | √ | √ | √ |
| | Cangkal kapsul | Berbagai volume | √ | | |
| | Blue tip | Berbagai volume | √ | | |
| | Yellow tip | Berbagai volume | √ | | |
| | White tip | Berbagai volume | √ | | |
| | Urine bag | Berbagai volume | √ | | |
| | Canul Nasal Oxygen | Berbagai ukuran | √ | | |
| | Oxygen Mask | Berbagai ukuran | √ | √ | √ |
| | Naso Gastric Tube | Berbagai volume | √ | √ | √ |
| | Feeding tube | Berbagai volume | √ | | |
| | Folley Catheter 2 way | Berbagai volume | √ | | |
| | Folley Catheter 3 way | Berbagai volume | √ | | |
| | Nelaton Catheter 1 way | Berbagai volume | √ | | |
| | Kondom Catheter | Berbagai volume | √ | | |
| | Suction Catheter | Berbagai volume | √ | | |
| | Pembalut elastis | Berbagai tipe dan ukuran | √ | | |
| | Gips | Berbagai ukuran | √ | | |
| | Plester | Berbagai jenis dan ukuran | √ | √ | √ |
| | IV film | Berbagai tipe dan ukuran | √ | | |
| | Dressing | Berbagai tipe dan ukuran | √ | √ | √ |
| | Pembungkus/Kemasan Sterilisasi alat dengan/tanoa indikator strip | Berbagai ukuran | √ | | |
| | Indikator sterilisasi | Berbagai ukuran | √ | | |
| | Pot Urine | Berbagai volume | √ | | |
| | Pot Dahak | Berbagai volume | √ | | |
| | Pot Salep | Berbagai volume | √ | | |
| | Pipet tetes | Berbagai volume | √ | | |
| | Tabung reaksi | Berbagai volume | √ | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rak tabung reaksi | Berbagai ukuran | √ | | |
| | Penjepit tabung reaksi | Berbagai jenis | √ | | |
| | Cover glass laboratorium | Berbagai ukuran | √ | | |
| | Deck glass laboratorium | Berbagai ukuran | √ | | |
| | Gelang ID pasien | Berbagai jenis dan warna | √ | | |
| | Spatel | set | √ | | |
| **33.3** | **Reagen dan Cairan Kimia Lainnya** | | | | |
| | Rapid test | Sesuai kebutuhan/Usulan | √ | | |
| | Reagen Kimia | Sesuai kebutuhan/Usulan | √ | | |
| | Bahan Kimia gigi | Sesuai kebutuhan/Usulan | √ | | |
| | | | | | |

Keterangan : tanda * :

1. Obat FKTL yang dapat disediakan FKTP namun dengan kondisi klinis khusus atas rekomendasi tenaga medis
2. Obat yang tidak terdapat di FORNAS namun terdapat pada DOEN dan masih diperlukan

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PEMBERIAN INFORMASI PENGGUNAAN OBAT** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 440/170/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | | No. Revisi : 00 | |
| | | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS SUKAMARA** | | | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA NIP.198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemberian informasi penggunaan obat adalah proses kegiatan yang meliputi aspek teknis dan non teknis yang harus dikerjakan agar pasien memahami cara penggunaan obat yang diterima. |
| 2. Tujuan | Untuk membantu pasien untuk mengerti dan memahami tentang pengobatan yang didapatkan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas farmasi menyerahkan obat sesuai dengan resep.<br>2. Petugas farmasi memberikan informasi cara penggunaan obat yang meliputi:<br>1) Waktu penggunaan obat (berapa kali obat digunakan dalam sehari: pagi, siang sore atau malam).<br>2) Obat diminum sebelum, saat, atau sesudah makan.<br>3) Lama penggunaan obat, apakah selama keluhan masih ada atau harus dihabiskan meskipun sudah merasa sembuh, khususnya untuk obat antibiotik.<br>4) Cara penggunaan obat untuk sediaan farmasi tertentu seperti obat oral, tetes mata, tetes telinga, suppositoria atau salep/krim dan tablet vagina. |

<table>
<tr><td></td><td>3. Petugas farmasi meminta kepada pasien untuk mengulang informasi yang telah diberikan dan memastikan bahwa pasien sudah mengerti dengan tanda tangan di balik resep.</td></tr>
<tr><td>6. Unit terkait</td><td>1. Pelayanan Umum.<br>2. Ruang tindakan<br>3. Pelayanan Gigi.<br>4. Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>5. Pelayanan MTBS.<br>6. Pustu dan Poskesdes</td></tr>
<tr><td>7. Rekaman Histori Perubahan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl mulai diberlakukan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PERENCANAAN KEBUTUHAN OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/164a/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : -<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/1 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra<br>NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Perencanaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai adalah proses kegiatan seleksi obat fan bahan medis habis pakai dalam rangka pemenuhan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai di puskesmas. |
| 2. Tujuan | Tujuan kegiatan perencanaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai :<br>1. Mendapatkan jenis dan jumlah obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan<br>2. Meningkatkan efisiensi penggunaan obat dan bahan medis habis pakai<br>3. Meningkatkan penggunaan obat secara rasional. |
| 2. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 3. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi membuat perencanaan kebutuhan sediaan farmasi tahunan berdasarkan pola pemakaian tahun sebelumnya dan sisa stok berupa RKO (Rencana Kebutuhan Obat).<br>2. Petugas farmasi membuat perencanaan kebutuhan obat per bulan dengan menggunakan Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO)<br>• Perencanaan = Pemakaian per bulan + ( Pemakaian per bulan x Buffer 20%) + Waktu tunggu – Sisa Stok<br>• Waktu tunggu = Total pemakaian 1 bulan (20 hari kerja) x waktu tunggu |
| 6. Diagram/ Bagan Alir | - |
| 7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan | - |
| 8. Unit Terkait | - |
| 9. Dokumen Terkait | LPLPO |
| 10. Rekam Historis Perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal Mulai Perubahan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PERMINTAAN OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)** | |
| | **SOP**<br>No. Dokumen : 440/164b/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : -<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/1 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra<br>NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Permintaan obat adalah perhitungan kebutuhan obat puskesmas untuk kemudian diajukan ke Instalasi Farmasi Kabupaten Sukamara demi tersedianya kebutuhan obat untuk pelayanan kepada pasien |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk permintaan obat ke instalasi farmasi kabupaten |
| 2. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 3. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi melakukan permintaan obat menggunakan formulir laporan (LPLPO) ke Instalasi Farmasi Kabupaten (IFK) sesuai kebutuhan Puskesmas.<br>2. Petugas Farmasi melakukan pembelian obat yang tidak tersedia di IFK dengan menggunakan dana JKN dengan meminta persetujuan Kepala Puskesmas dan sudah melakukan konfirmasi kembali ke IFK terkait ketersediaan. |
| 6. Diagram/ Bagan Alir | - |
| 7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan | - |
| 8. Unit Terkait | IFK (Instalasi Farmasi Kabupaten) |
| 9. Dokumen Terkait | LPLPO |

10. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal Mulai Perubahan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENERIMAAN OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)** | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 440/164c/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : -<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/1 |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra<br>NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penerimaan obat dan bahan medis habis pakai adalah kegiatan yang dilakukan dalam menerima obat dan bahan medis habis pakai dari Instalasi Farmasi Kabupaten Sukamara sesuai dengan permintaan yang telah diajukan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah penerimaan obat dan bahan medis habis pakai yang diterima sesuai dengan kebutuhan berdasarkan permintaan yang diajukan puskesmas. |
| 2. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 3. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi menerima obat dan BMHP.<br>2. Petugas farmasi melakukan pengecekan antara nota pembelian atau SBBK dengan obat atau BMHP yang datang yang meliputi nama obat, jumlah, kedaluwarsa, no batch dan fisik.<br>3. Petugas farmasi akan melakukan konfirmasi kepada IFK/PBF ketika ada ketidaksesuaian antara Nota Pembelian SBBK dengan obat dan BMP yang datang. |
| 6. Diagram/ Bagan Alir | - |
| 7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan | - |
| 8. Unit Terkait | - |
| 9. Dokumen Terkait | LPLPO dan Surat Serah Terima Barang (STB) |
| 10. Rekam Historis Perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal Mulai Perubahan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENGENDALIAN OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/164f/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : -<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/1 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra<br>NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengendalian persediaan adalah suatu kegiatan untuk memastikan ketersediaan obat dan BMHP. |
| 2. Tujuan | Agar tidak terjadi kelebihan dan kekosongan obat dan BMHP di unit pelayanan puskesmas. |
| 2. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 3. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi menghitung sisa stok dan pemakaian rata-rata per bulan di puskesmas.<br>2. Petugas farmasi menentukan stok optimum yaitu pemakaian jumlah obat periode tertentu ditambah dengan buffer stock/stok pengaman agar tidak mengalami kekurangan/kekosongan.<br>3. Perhitungan Stok Optimum (SO) :<br>( Pemakaian per bulan x Buffer 20%) + Waktu tunggu |
| 6. Diagram/ Bagan Alir | - |
| 7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan | - |
| 8. Unit Terkait | - |
| 9. Dokumen Terkait | - |
| 10. Rekam Historis Perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal Mulai Perubahan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENCATATAN, PELAPORAN, DAN PENGARSIPAN OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/164g/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | No. Revisi : - | |
| | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| | Halaman : 1/1 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pencatatan, Pelaporan dan Pengarsipan merupakan kegiatan administrasi terhadap seluruh rangkaian kegiatan pengelolaan obat di Puskesmas |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam menjamin pengelolaan Obat dan BMHP telah dilakukan serta sebagai sumber data dalam melakukan pengaturan, pengendalian dan pelaporan. |
| 2. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 3. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi melakukan pencatatan mutasi Obat dan BMHP pada kartu stok;<br>2. Petugas farmasi melakukan stok opname satu bulan sekali untuk Apotek dan tiga bulan sekali untuk Gudang Obat pada akhir bulan berjalan;<br>3. Petugas farmasi membuat laporan LPLPO berdasarkan data stok opname;<br>4. Petugas farmasi melaporkan LPLPO ke Dinas Kesehatan setiap bulan sekali;<br>5. Petugas farmasi mengarsipkan laporan LPLPO berdasarkan bulan dan tahun sebagai bukti telusur jika diperlukan. |
| 6. Diagram/ Bagan Alir | - |
| 7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan | - |
| 8. Unit Terkait | 1. Apotek<br>2. Gudang Obat |
| 9. Dokumen Terkait | LPLPO |
| 10. Rekam Historis Perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal Mulai Perubahan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PEMANTAUAN DAN EVALUASI KESESUAIAN PERESEPAN DENGAN FORMULARIUM** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 440/174/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | | No. Revisi 00 | |
| | | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS SUKAMARA** | | | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA NIP.198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | **Pemantauan dan Evaluasi** adalah suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan suatu standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih di antara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah dikerjakan itu bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh.<br>**Peresepan Obat** adalah proses kegiatan yang meliputi aspek teknis dan nonteknis yang harus dikerjakan mulai dari menerima resep dokter sampai penyerahan obat kepada pasien.<br>**Formularium** adalah daftar obat yang digunakan oleh puskesmas,yang berisi panduan terapi pasien, biasanya berisi nama obat generik dikelompokkan dalam terapi penyakit.<br>**Pemantauan dan Evaluasi Kesesuaian Obat Dengan Formularium** adalah suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana kesesuaian peresepan terhadap formularium telah tercapai. |
| 2. Tujuan | Untuk mengevaluasi kesesuaian obat yang diresepkan oleh tenaga medis terhadap formularium dan ketersediaan obat untuk disesuaikan dengan formularium |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |

<table>
<tr><td>5. Langkah-langkah</td><td>1. Petugas farmasi menginformasikan kepada petugas medis tentang isi formularium puskesmas.<br>2. Petugas farmasi memberi tanda cek pada kolom kesesuaian / ketidaksesuaian peresepan obat pada buku indikator mutu pelayanan apotek setiap hari.<br>3. Petugas farmasi mengumpulkan dan merekap data resep selama 3 (tiga) bulan terakhir.<br>4. Petugas farmasi menghitung jumlah lembar resep yang masuk dalam formularium puskesmas (A).<br>5. Petugas farmasi menghitung jumlah lembar resep keseluruhan di puskesmas (B).<br>6. Petugas farmasi menghitung prosentase antara lembar resep yang sesuai formularium dengan jumlah resep obat keseluruhan di puskesmas dengan rumus:<br>$\frac{A}{B} \times 100\% = C\ \%$<br>7. Petugas farmasi melaporkan hasil evaluasi kesesuaian peresepan dengan formularium kepada kepala Puskesmas.<br>8. Kepala puskesmas menindaklanjuti dari hasil evaluasi kesesuaian peresepan dengan formularium dengan melaksanakan pertemuan dalam rangka pembinaan terhadap petugas penulis resep atau dengan mengevaluasi formularium</td></tr>
<tr><td>6. Unit terkait</td><td>1. Pelayanan Umum.<br>2. Pelayanan Gigi.<br>3. Ruang Tindakan<br>4. Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>5. Pelayanan MTBS.<br>6. Laboratorium<br>7. Pustu dan Poskesdes</td></tr>
<tr><td>7. Rekaman Histori Perubahan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl mulai diberlakukan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **EVALUASI KETERSEDIAAN OBAT TERHADAP FORMULARIUM** | |
| | **SOP** No. Dokumen : 440/175/SOP/PKM SUKAMARA<br>No. Revisi : 00<br>Tanggal Terbit : 1 September 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS SUKAMARA** | | dr. MUHAMMAD JONI CHANDRA<br>NIP.198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | **Pemantauan dan Evaluasi** adalah suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan suatu standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih di antara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah dikerjakan itu bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh.<br>**Ketersediaan Obat** adalah tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan obat di unit pelayanan kesehatan dasar.<br>**Formularium** adalah daftar obat yang digunakan oleh puskesmas,yang berisi panduan terapi pasien, biasanya berisinama obat generik atau paten dikelompokkan dalam terapipenyakit.<br>**Pemantauan dan Evaluasi Ketersediaan Obat Terhadap Formularium** adalah suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana ketersediaan obat yang ada di puskesmas dengan yang tertera di formularium. |
| 2. Tujuan | Untuk mengevaluasi ketersediaan obat terhadap formularium sehingga terjadi peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas Sukamara. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |

<table>
<tr><td>5. Langkah-langkah</td><td>1. Petugas farmasi melakukan pengambilan data 3 (tiga) bulan sekali.<br>2. Petugas farmasi menghitung jumlah obat yang tersedia di puskesmas.<br>3. Petugas farmasi menghitung jumlah obat yang tercantum di formularium puskesmas.<br>4. Petugas farmasi menghitung tingkat ketersediaan obat dengan membandingkan jumlah obat yang tersedia di puskesmas dengan jumlah obat yang tercantum di formularium puskesmas x 100%.<br>5. Petugas farmasi menyampaikan hasil evaluasi ketersediaan obat terhadap formularium kepada kepala puskesmas.<br>6. Kepala puskesmas menindaklanjuti hasil evaluasi ketersediaan obat terhadap formularium dengan melaporkan kepada tim Perencana Kebutuhan Obat Dinas Kesehatan kabupaten.</td></tr>
<tr><td>6. Unit terkait</td><td>1. Pelayanan Umum.<br>2. Pelayanan Gigi.<br>3. Pelayanan Kesehatan Ibu.<br>4. Pelayanan MTBS.<br>5. Laboratorium<br>6. Pelayanan Imunisasi<br>7. Pelayanan P2P</td></tr>
<tr><td>7. Rekaman Histori Perubahan</td><td><table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS SUKAMARA**
**Jln. P. Sukarma NO. 35 Kode Pos 74711**
**Telp. ( 0532 ) 26018 email : pkmsukma@gmail.com**

TERKENDALI

**KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA**

**NOMOR : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA**

**TENTANG**

**KEBIJAKAN PELAYANAN KEFARMASIAN DI UPT PUSKESMAS SUKAMARA**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,**

**KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA,**

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian di puskesmas yang berkualitas, berorientasi pada pasien diperlukan suatu peraturan sebagai pedoman
b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada butir a maka dipandang perlu untuk menetapkan kebijakan mengenai pengelolaan perbekalan farmasi di UPT Puskesmas Sukamara

Mengingat :

1. Undang-undang nomor 05 tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembar Negara Republik Indonesia tahun 1997 nomor 10, tambahan Lembar negara Republik Indonesia nomor 361);
2. Undang-undang No. 35 tahun 2009 tentang Narkotika
3. Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009 tentang pelayanan kefarmasian;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 679/Menkes/SK/V/2003 tentang Registrasi dan Izin Kerja Asisten Apoteker;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;

MEMUTUSKAN

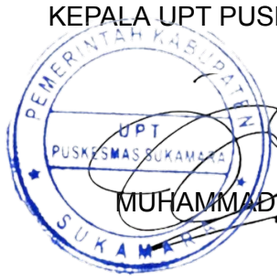
Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN KEFARMASIAN DI UPT PUSKESMAS SUKAMARA

Kesatu : Kebijakan pelayanan kefarmasian UPT Puskesmas Sukamara sebagaimana tercantum dalam Lampiran merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini.

Kedua : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan/ perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sukamara
Pada tanggal : 1 April 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA,




MUHAMMAD JONI CHANDRA

LAMPIRAN KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA

NOMOR : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA

TANGGAL : 1 April 2023

TENTANG : Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara

**KEBIJAKAN PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI DI UPT PUSKESMAS SUKAMARA**

**TUJUAN**

Pengelolaan sediaan farmasi bertujuan :

1) Mengelola sediaan farmasi yang efektif dan efisien
2) Menerapkan farmakoekonomi dalam pelayanan
3) Meningkatkan kompetensi/kemampuan tenaga farmasi
4) Mewujudkan sistem informasi manajemen berdaya guna dan tepat guna
5) Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan.

**KEGIATAN PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI**

1) Kegiatan pengelolaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai meliputi :
    a. Perencanaan kebutuhan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai
    b. Permintaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai
    c. Penerimaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai
    d. Penyimpanan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai
    e. Pendistribusian sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai
    f. Pengendalian sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai
    g. Pencatatan, pelaporan dan pengarsipan
    h. Pemantauan dan evaluasi pengelolaan sediaan farmasi dan bahan medis

**PERENCANAAN KEBUTUHAN SEDIAAN FARMASI DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI**

1) Perencanaan merupakan proses kegiatan seleksi sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai untuk menentukan jenis dan jumlah sediaan farmasi sediaan farmasi dalam rangka pemenuhan kebutuhan puskesmas
2) Tujuan dari perencanaan adalah untuk mendapatkan :
    a. Perkiraan jenis dan jumlah sediaan farmasi dan bahan habis pakai yang mendekati kebutuhan
    b. Meningkatkan penggunaan sediaan farmasi secara rasional, dan
    c. Meningkatkan efisiensi penggunaan sediaan farmasi
3) Perencanaan kebutuhan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai di puskesmas setiap periode dilaksanakan oleh bagian farmasi di puskesmas

4) Hasil dari perencanaan tahunan diserahkan pada dinas kesehatan Kabupaten Sukamara untuk dapat diproses lebih lanjut

5) Perencanaan yang tidak difasilitasi oleh Dinas kesehatan Kabupaten Sukamara dalam hal ini UPT Farmasi Kabupaten Sukamara maka proses selanjutnya dapat dilakukan oleh puskesmas.

**PERMINTAAN / PENGADAAN**

1) Pengadaan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai di puskesmas, sesuai dengan perencanaan dan kebutuhan yang telah dibuat.

2) Pembelian dapat dilaksanakan dengan proses tender atau pembelian langsung pada distributor/pedagang besar farmasi atau rekanan sesuai dengan aturan yang berlaku.

3) Pengadaan perbekalan Farmasi dalam jumlah kecil dapat langsung dipesan pada distributor, yang dilakukan sesuai kebutuhan sesuai dengan peraturan perundangan.

4) Permintaan/pengadaan menjamin ketersediaan sediaan farmasi di puskesmas.

5) Permintaan ke Instalasi farmasi Kabupaten Sukamara menggunakan Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Sediaan farmasi (LPLPO) sesuai dengan peraturan yang berlaku.

6) Pengadaan bersumber dana dari JKN dilakukan oleh puskesmas mengikuti aturan yang berlaku.

7) Pengadaan sediaan farmasi golongan narkotika dan psikotropika dilaksanakan oleh UPT Farmasi Kabupaten Sukamara.

**PENERIMAAN**

1) Penerimaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai adalah suatu kegiatan dalam penerimaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai baik dari Instalasi farmasi Kabupaten Sukamara maupun distributor obat sesuai dengan permintaan.

2) Tujuannya adalah agar obat yang diterima sesuai dengan kebutuhan berdasarkan permintaan yang diajukan oleh puskesmas Sukamara.

3) Kegiatan penerimaan dilakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

**PENYIMPANAN**

1) Merupakan suatu kegiatan pengaturan terhadap obat yang diterima agar aman (tidak hilang), terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya tetap terjamin, sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

2) Tujuannya adalah agar mutu obat yang tersedia di puskesmas dapat dipertahankan sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

3) Dalam penyimpanan harus menggunakan sistem FIFO (First In First Out) dan FEFO (First Expired First Out).

4) Perbekalan farmasi harus disimpan pada tempat / rak dan lemari yang memenuhi syarat.

5) Penyimpanan Obat High Alert yang terdiri dari obat resiko tinggi, obat LASA (Look Alike Sound Alike) dan elektrolit konsentrat dilakukan secara khusus dan diberi penandaan.

6) Obat narkotika, psikotropika dan prekursor disimpan sesuai aturan yang berlaku.

## PENDISTRIBUSIAN

1) Merupakan kegiatan pengeluaran dan penyerahan obat dan bahan habis pakai secara merata dan teratur untuk memenuhi kebutuhan di lingkungan puskesmas Sukamara.
2) Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan obat di puskesmas Sukamara dengan jenis, mutu, jumlah dan waktu yang tepat.
3) Penyerahan obat kepada pasien dilakukan sesuai prosedur yang menjamin pasien memahami indikasi, dosis, cara penggunaan obat dan efek samping yang mungkin terjadi.
4) Pendistribusian dilakukan sesuai dengan prosedur yang berlaku.

## PENGENDALIAN

1) Pengendalian persediaan adalah suatu kegiatan untuk memastikan ketersediaan obat dan BMHP.
2) Tujuannya adalah agar tidak terjadi kelebihan dan kekosongan obat dan BMHP di puskesmas.
3) Pengendalian meliputi pengendalian persediaan, pengendalian penggunaan dan penanganan obat rusak/kadaluarsa.
4) Setiap obat dan bahan medis habis pakai mengalami mutasi keluar – masuk harus dicatat dalam kartu stok.

## PENCATATAN DAN PELAPORAN

1) Pencatatan merupakan suatu rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk memonitor keluar dan masuknya obat di puskesmas. Dapat dilakukan dengan menggunakan bentuk digital maupun manual.
2) Pelaporan adalah kumpulan catatan dan penandaan kegiatan administrasi sediaan farmasi, tenaga dan perlengkapan kesehatan yang disajikan kepada pihak yang berkepentingan.

## PENANGANAN OBAT RUSAK/KADALUARSA

1) Obat rusak/kadaluarsa adalah obat yang mutunya sudah tidak sesuai dengan persyaratan karena rusak atau sudah memasuki masa kadaluarsa.
2) Obat rusak/kadaluarsa harus ditarik dari pelayanan maupun tempat penyimpanan di bagian farmasi puskesmas Sukamara.
3) Setiap obat rusak/kadaluarsa harus dibuat laporan yang diketahui oleh kepala puskesmas.
4) Obat rusak /kadaluarsa diusulkan oleh penanggung jawab ruang farmasi untuk dihapuskan dan penghapusan dapat dilakukan apabila mendapatkan persetujuan kepala puskesmas.
5) Pemusnahan obat rusak/ kadaluarsa dilakukan sesuai dengan prosedur.

## PERESEPAN

1) Petugas puskesmas yang berwenang menuliskan resep baik obat biasa maupun obat narkotika dan psikotropika adalah dokter umum/dokter gigi dan dokter spesialis yang memiliki surat izin praktek dokter di Puskesmas Sukamara.
2) Dalam kondisi tertentu bidan dan perawat yang memiliki izin praktek di Puskesmas Sukamara dapat menuliskan resep obat non narkotika-psikotropika dan antibiotika.
3) Puskesmas mengeluarkan surat pelimpahan kewenangan pada petugas di ayat 2.

## OBAT-OBATAN EMERGENCY

1) Obat emergency adalah obat-obatan yang dibutuhkan untuk menangani kasus kegawatdaruratan di puskesmas
2) Obat emergency harus dapat dan mudah terakses oleh petugas yang menangani kasus emergency
3) Obat-obatan emergency tersedia, dimonitor dan aman bilamana disimpan di luar farmasi.
4) Ruangan yang menangani kasus emergency harus dilengkapi dengan stok obat emergency yang selalu terpantau ketersediaannya.

## FORMULARIUM PUSKESMAS

1) Formularium puskesmas Sukamara adalah daftar obat yang disusun dan digunakan untuk terapi di lingkungan puskesmas Sukamara
2) Formularium disahkan oleh Kepala Puskesmas Sukamara
3) Formularium dapat direvisi untuk pemutakhiran data dan mengikuti perkembangan pengetahuan dan kebutuhan
4) Dokter yang bekerja di puskesmas Sukamara harus berpedoman pada formularium puskesmas Sukamara dalam penulisan resep
5) Harus dilakukan evaluasi ketersediaan obat dan kesesuaian peresepan terhadap formularium secara berkala serta dilakukan evaluasi dan tindak lanjut

## PELAYANAN FARMASI KLINIK

Pelayanan farmasi klinik di UPT Puskesmas Sukamara merupakan bagian dari pelayanan kefarmasian yang langsung dan bertanggung jawab kepada pasien berkaitan dengan obat dan bahan medis habis pakai dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Pelayanan farmasi klinik bertujuan untuk :

1. Meningkatkan mutu dan memperluas cakupan pelayanan kefarmasian di puskesmas
2. Memberikan pelayanan kefarmasian yang dapat menjamin efektivitas, keamanan dan efisiensi obat dan BMHP.
3. Meningkatkan kerjasama dengan profesi kesehatan lain dan kepatuhan pasien yang terkait dalam pelayanan kefarmasian

4. Melaksanakan kebijakan obat di UPT Puskesmas Sukamara dalam rangka peningkatan penggunaan obat secara rasional.

Pelayanan farmasi klinik di UPT Puskesmas Sukamara meliputi:

1. Pengkajian dan pelayanan resep
2. Pelayanan Informasi Obat (PIO)
3. Konseling
4. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)
5. Pemantauan Terapi Obat (PTO)
6. Evaluasi Penggunaan Obat

**PENGKAJIAN DAN PELAYANAN RESEP**

1) Kegiatan pengkajian resep dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik dan persyaratan klinis untuk semua pasien.
2) Persyaratan administrasi meliputi nama, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien (anak), nama dan paraf dokter, tanggal resep dan ruangan asal resep
3) Persyaratan farmasetik meliputi bentuk sediaan dan kekuatan sediaan, dosis dan jumlah obat, stabilitas dan ketersediaan, aturan dan cara penggunaan, inkompatibilitas (ketidak campuran obat)
4) Persyaratan klinis meliputi ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan obat, duplikasi pengobatan, alergi, interaksi dan efek samping obat, kontra indikasi, efek adiktif
5) Setelah melalui tahapan pengkajian, resep dapat dikerjakan/ diracik
6) Penyerahan obat dilakukan setelah dilakukan pengecekan ulang kesesuaian resep dan obat yang akan diserahkan.

**REKONSILIASI OBAT**

1) Rekonsiliasi adalah proses mendapatkan dan memelihara daftar semua obat (resep dan non resep) yang sedang digunakan pasien secara akurat dan rinci, termasuk dosis dan frekuensi.
2) Dilakukan pembandingan antara obat sebelum dan sesudah peresepan saat ini.
3) Rekonsiliasi dilakukan untuk pasien-pasien tertentu yang dianggap perlu.
4) Hasil rekonsiliasi dicatat dalam form Rekonsiliasi obat.

**PELAYANAN INFORMASI OBAT**

1) Pelayanan Informasi Obat adalah kegiatan Edukasi yang berisikan informasi mengenai sediaan farmasi
2) Edukasi diberikan pada pasien, keluarga pasien, tenaga kesehatan maupun masyarakat.
3) Memberikan dan menyebarkan informasi kepada konsumen secara proaktif dan pasif dengan berbagai cara, antara lain :
   a. Secara daring atau tatap muka.
   b. Membuat buletin, leaflet, label obat, poster, majalah dinding dan lain-lain.
   c. Melakukan kegiatan penyuluhan bagi pasien di UPT puskesmas Sukamara serta masyarakat.

d. Melakukan pendidikan dan/atau pelatihan bagi tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya terkait dengan obat dan BMHP.
e. Mengkoordinasi penelitian terkait obat dan kegiatan pelayanan kefarmasian.

4) Edukasi sediaan farmasi pada masyarakat dilakukan melalui penyuluhan gema cermat (Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat) di lingkungan Kecamatan Sukamara.

**KONSELING**

1) Merupakan suatu proses untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah pasien yang berkaitan dengan penggunaan obat pasien, serta keluarga pasien.
2) Tujuan dilakukannya konseling adalah memberikan pemahaman yang benar mengenai obat kepada pasien/ keluarga pasien, antara lain tujuan pengobatan, jadwal pengobatan, cara dan lama menggunakan obat, efek samping, tanda-tanda toksisitas, cara penyimpanan dan penggunaan obat.

**MONITORING EFEK SAMPING OBAT**

1) Merupakan kegiatan pemantauan setiap respon terhadap obat yang merugikan atau tidak diharapkan yang terjadi pada dosis normal yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis dan terapi atau memodifikasi fungsi fisiologis.
2) Kegiatan pemantauan dicatat dalam form Pemantauan MESO.

**PEMANTAUAN TERAPI OBAT (PTO)**

1) Merupakan proses yang memastikan bahwa seorang pasien mendapatkan terapi obat yang efektif, terjangkau dengan memaksimalkan efikasi dan meminimalkan efek samping.
2) Tujuan dari PTO adalah Mendeteksi masalah yang terkait dengan obat dan memberikan rekomendasi penyelesaian masalah yang terkait dengan obat.
3) Kegiatan PTO dicatat dalam form PTO yang sudah ditetapkan.

**EVALUASI PENGGUNAAN OBAT**

1) Merupakan kegiatan untuk mengevaluasi penggunaan obat secara terstruktur dan berkesinambungan untuk menjamin obat yang digunakan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau (rasional).
2) Tujuan dari EPO adalah mendapatkan gambaran pola penggunaan obat pada kasus tertentu dan melakukan evaluasi secara berkala untuk penggunaan obat tertentu.

KEPALA UPT PUSKESMAS SUKAMARA,

UPT PUSKESMAS SUKAMARA

MUHAMMAD JONI CHANDRA

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENYIMPANAN OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 440/164d/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | | No. Revisi : - | |
| | | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | | dr. Muhammad Joni Chandra NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyimpanan Obat adalah suatu kegiatan pengaturan terhadap obat yang diterima agar aman (tidak hilang), terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya tetap terjamin, sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penyimpanan obat. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi menerima obat dan BMHP dan mencatat tanggal obat diterima, no dokumen, sumber penerimaan barang, tanggal kedaluwarsa, jumlah, harga obat dan alat kesehatan di dalam kartu stok, paraf petugas farmasi.<br>2. Petugas farmasi dalam melakukan penyimpanan obat dan BMHP sesuai alfabet, jenis sediaan, suhu serta prinsip (First In First Out) dan FEFO (First Expired First Out).<br>3. Petugas farmasi melakukan penyimpanan obat narkotika dan psikotropika di lemari tersendiri dan terkunci gand.<br>4. Petugas farmasi memberikan penandaan khusus untuk obat-obat High Alert berupa stiker.<br>5. Petugas farmasi dalam menyimpan obat memperhatikan prinsip LASA (look alike sound alike), dengan ditempelkan stiker LASA berwarna kuning.<br>6. Petugas farmasi memberikan penandaan menggunakan stiker warna terdiri dari :<br>• Stiker warna hijau untuk obat yang waktu kedaluwarsa lebih dari 6 bulan,<br>• Stiker warna kuning untuk obat 4-6 Bulan sebelum waktu kedaluwarsa,<br>• Stiker warna merah untuk obat yang waktu kedaluwarsa kurang dari 3 bulan. |

<table>
<tr><td>6. Diagram/ Bagan Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan</td><td>-</td></tr>
<tr><td>8. Unit Terkait</td><td>1. Apotek<br>2. Gudang Obat</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>-</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi perubahan</th><th>Tanggal Mulai Perubahan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENDISTRIBUSIN OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)** | |
| | No. Dokumen : 440/164e/SOP/PKM SUKAMARA | |
| | No. Revisi : - | |
| | Tanggal Terbit : 1 September 2023 | |
| **SOP** | Halaman : 1/1 | |
| UPT PUSKESMAS SUKAMARA | | dr. Muhammad Joni Chandra NIP. 198608212019031006 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu proses kegiatan pengeluaran dan penyerahan obat dan bahan medis habis pakai secara merata dan teratur untuk memenuhi kebutuhan sub unit puskesmas dan jaringannya. |
| 2. Tujuan | Untuk memenuhi kebutuhan obat sub unit pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja puskesmas dengan jenis, mutu, jumlah dan waktu yang tepat. |
| 2. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Sukamara Nomor : 440/043/SK/PKM-SUKAMARA Tentang Kebijakan Pelayanan Kefarmasian di UPT Puskesmas Sukamara |
| 3. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26 tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi mendistribusikan obat ke tiap ruangan serta jaringan Puskesmas (Pustu) dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) berdasarkan permintaan tertulis berupa LPLPO unit.<br>2. Petugas farmasi mendistribusikan obat kepada pasien dengan cara pemberian obat sesuai resep yang diterima (Individual Prescribing) |
| 6. Diagram/ Bagan Alir | - |
| 7. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan | - |
| 8. Unit Terkait | 1. Sub unit pelayanan<br>2. Pustu<br>3. Poskesdes |
| 9. Dokumen Terkait | LPLPO |
| 10. Rekam Historis Perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal Mulai Perubahan |
|---|---|---|---|
| | | | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG
Jalan Ajang Semantun Nomor 366 RT 005 / RW 001 Desa Ajang
Kecamatan Permata Kecubung, Kabupaten Sukamara, Provinsi Kalimantan Tengah
Kode Pos 74774, Email: pkmpermatakecubung@gmail.com

KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG
NOMOR : 800/002/SK.I/PKM-PK/2024
TENTANG
JENIS-JENIS PELAYANAN PUSKESMAS YANG DISEDIAKAN

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG,

Menimbang :

a. Bahwa Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama wajib menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku dan berdasarkan identifikasi dan analisis;
b. Bahwa Kepala Puskesmas, penanggung jawab upaya, koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan sebagai pemberi layanan harus mengetahui jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas;
c. Bahwa masyarakat sebagai penerima manfaat pelayanan, lintas program, dan lintas sektor mendapatkan kemudahan akses informasi tentang jenis-jenis pelayanan dan kegiatan-kegiatan Puskesmas, serta akses terdapat pelayanan dan penyampaian umpan balik;
d. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c perlu ditetapkan Keputusan Kepala Puskesmas tentang Jenis-Jenis Pelayanan di Puskesmas berdasarkan identifikasi dan analisis;

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105);
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112);
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1423);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1223);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Tekhnis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1335);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusu Darah, Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Dokter Gigi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1207);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG TENTANG JENIS-JENIS PELAYANAN PUSKESMAS YANG DISEDIAKAN.

KESATU : Jenis-jenis pelayanan Puskesmas yang disediakan adalah jenis-jenis pelayanan yang berdasarkan identifikasi dan analisis serta yang diatur oleh Peraturan Perundangan dan Pedoman Kemenkes

KEDUA Jenis-jenis pelayanan Puskesmas yang disediakan berupa pelayanan UKP, Kefarmasian, dan Laboratorium, pelayanan PIS PK dengan intervesi kunjungan keluarga yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat serta pelayanan UKM Esensial, dan pelayanan UKM Pengembangan sebagaimana yang tercantum dalam lampiran yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini.

KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya bila ternyata ada kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di : Ajang
Pada tanggal : 02 Januari 2024

KEPALA UPT PUSKESMAS
PERMATA KECUBUNG

**TRI BUDI SANTOSO**

Lampiran : Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung tentang Jenis-Jenis Pelayanan Puskesmas
Nomor : 800/002/SK.I/PKM-PK/2024
Tanggal : 02 Januari 2024

**JENIS - JENIS PELAYANAN DI UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG**

| JENIS - JENIS LAYANAN PUSKESMAS YANG DISEDIAKAN |
|---|
| A. UKP , Kefarmasian dan Laboratorium |
| 1. Pelayanan Kesehatan Umum |
| 2. Pelayanan Ibu dan KB<br>a. Kesehatan Ibu (ANC-PNC)<br>b. USG Kehamilan<br>c. Pelayanan KB<br>1) Pemasangan dan Pecabutan IUD<br>2) Pemasangan Inflant<br>3) Pencabutan IUD<br>4) Pencabutan Inflant<br>5) Suntik KB<br>6) Pil KB<br>7) Kondom |
| 3. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut<br>a. Pengobatan<br>b. Konsultasi Kesehatan Gigi dan Mulut |
| 4. Pelayanan Laboratorium<br>a. Golongan Darah<br>b. Darah Rutin<br>c. Gula Darah<br>d. Kolesterol<br>e. Asam Urat<br>f. Hemoglobin (Hb) Syamneth dan Sahli<br>g. Urine Lengkap<br>h. Sedimen Urin<br>i. Widal<br>j. BTA<br>k. DBD<br>l. Tes Kehamilan |
| 5. Pelayaan Tindakan dan Gawat Darurat |
| 6. Pelayan Persalinan dan Pasca Bersalin |
| 7. Pelayanan Farmasi / Pelayanan Obat |
| 8. Pelayanan Konsultasi<br>a. Konsultasi Gizi<br>b. Konsultasi Kesehatan Lingkungan<br>c. Konsultasi PKPR |
| 9. Pelayanan Anak dan Imunisasi<br>a. Imunisasi Catin |
| 10. Pelayanan Rujukan RS |
| 11. Pelayanan Khusus ( TB dan HIV) |
| B. Pelayanan PIS PK -Melalui Intervensi Kunjungan Keluarga |
| C. Pelayanan UKM Esensial |
| 1. Pelayanan Promosi Kesehatan<br>a. Penyuluhan Kesehatan<br>b. Pendampingan SMD-MMD<br>c. Pembinaan PHBS |

| |
|---|
| d. Pembinaan Posyandu Aktif<br>e. Pembinaan Posbindu PTM Aktif |
| D. Pelayanan UKM Esensial |
| 2. Pelayanan Promosi Kesehatan<br>f. Penyuluhan Kesehatan<br>g. Pendampingan SMD-MMD<br>h. Pembinaan PHBS<br>i. Pembinaan Posyandu Aktif<br>j. Pembinaan Posbindu PTM Aktif |
| 3. Pelayanan KIA-KB (UKM)<br>a. Pelayanan Kesehatan Ibu<br>b. Pelayanan Pembinaan Perawatan BBL<br>c. Pelayanan Pembinaan Balita dan Anak Pra sekolah |
| 4. Pelayanan Kesehatan Lingkungan<br>a. Pelayanan IKL (Inspeksi Kesehatan Lingkungan)<br>b. Pelayanan Pemeriksaan Kualitas Air Minum dan Makanan<br>c. Pelayanan STBM |
| 5. Pelayanan Gizi Masyarakat<br>a. Pelayanan Pendidikan Gizi<br>b. Pelayanan Suplemen Gizi<br>c. Pelayanan Surveilans Gizi<br>d. Pelayanan Vit-A dan SF<br>e. Pelayanan Pemantauan Tumbuh Kembang Balita |
| 6. Pelayanan P2P (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit)<br>a. Pelayanan Surveilans Penyakit Menular dan Tidak Menular<br>b. Pelayanan Imunisasi Balita<br>c. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular<br>1) P2 ISPA-Pneumonia<br>2) P2 Diare<br>3) P2 TB Paru<br>4) P2 HIV/AIDS<br>5) P2 Triple Eliminasi (Sifilis, HIV, Hepatisis)<br>6) P2 DBD<br>d. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular<br>1) P2 Hipertensi<br>2) P2 Diabetes Melitus (DM)<br>3) P2 Kanker Rahim (Pemeriksan IVA) dan Kanker Payudara |
| 7. Pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat :<br>Pembinaan Keluaraga dangan Penyakit Menular dan Tidak Menular |
| E. Pelayanan UKM Pengembangan |
| 1. Pelayanan Kesehatan Lansia<br>2. Pelayanan UKS-UKGS dan Pelayanan PKPR<br>3. Pelayanan Kesehatan Jiwa<br>4. Pelayanan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)<br>5. Pelayanan Kesehatan Olah Raga<br>6. Pelayanan Kesehatan Tradisonal |
| F. Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) |
| 1. Manajemen Keselamatan dan Keamanan Fasilitas<br>2. Manajemen Bahan Berbahaya Beracun (B3)<br>3. Manajemen Kedaruratan dan Bencana<br>4. Manajemen Pengamanan Kebakaran<br>5. Manajemen Alat Kesehatan<br>6. Manajemen Sistem Utilitas, dan<br>7. Pendidikan Manajemen Fasilitas Kesehatan |
| G. Pelayanan Administrasi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Pelayanan Surat Keterangan Sehat atau Pelayanan Surat Keterangan Sakit<br>2. Pelayanan Surat Keterangan Lahir<br>3. Pelalayan Surat Keterangan Visum dan Pelayanan Surat Keterangan Lainnya | | | |
| H. Pelayanan di Jaringan Puskesmas | | | |
| No. | Unit Jaringan | Jenis Pelayanan | |
| | | UKM | UKP |
| 1. | PUSTU | 1. Posyandu<br>2. Posbindu<br>3. Penyuluhan<br>4. Kunjungan Rumah | 1. Pengobatan<br>2. Kefarmasian<br>3. Pemeriksaan Laboratorium : GDS, Kolesterol & Asam Urat |
| 2. | POSKESDES | 1. Persalinan<br>2. Kelas Ibu Hamil<br>3. Kunjungan Rumah Bumil Resti | 1. Pengobatan<br>2. Kefarmasian<br>3. Pemeriksaan Laboratorium : GDS, Kolesterol & Asam Urat |

Ditetapkan di : Ajang
Pada tanggal : 02 Januari 2024

KEPALA UPT PUSKESMAS
PERMATA KECUBUNG

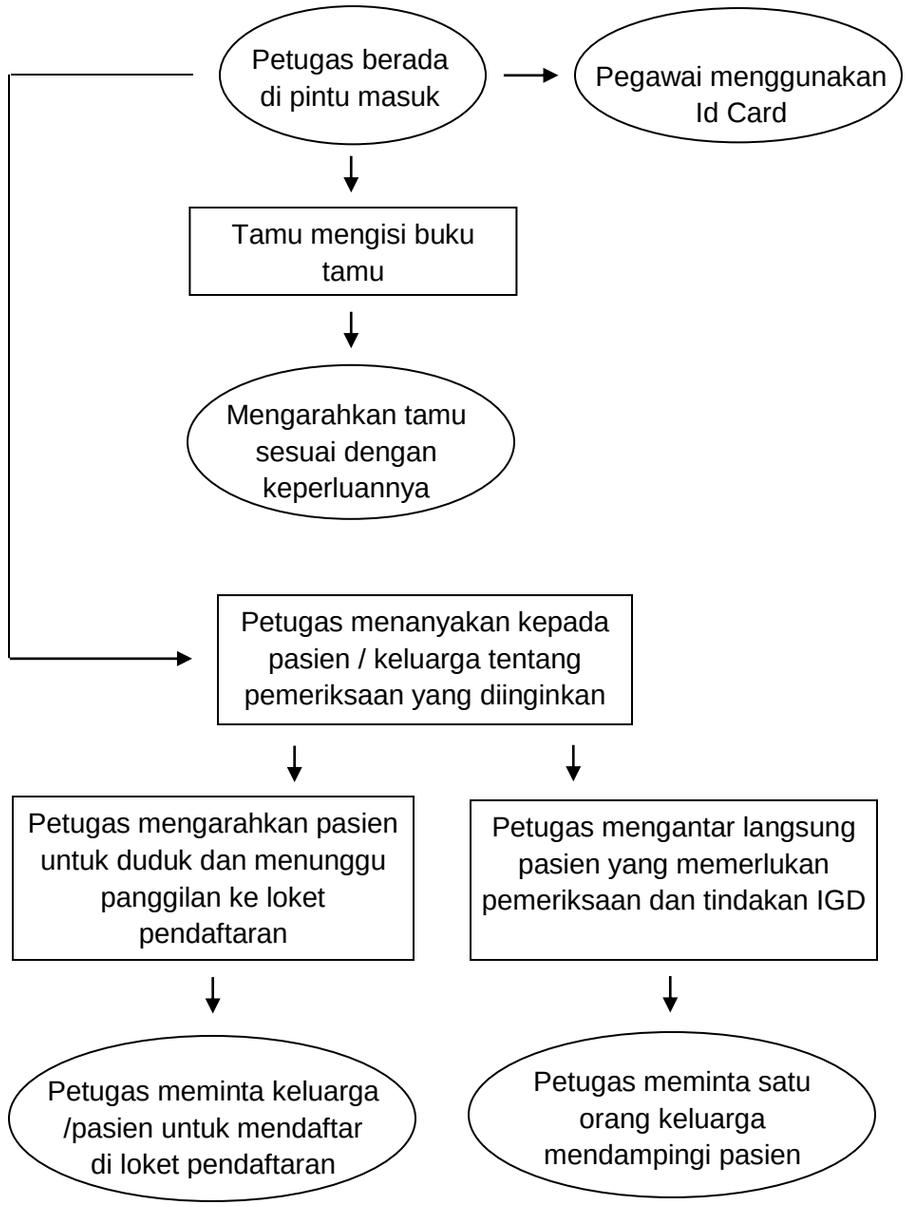
**TRI BUDI SANTOSO**

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **IDENTIFIKASI PENGUNJUNG, PETUGAS, DAN PEKERJA ALIH DAYA** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/019/SOP.I/PKM-PK/2023 | |
| | Tanggal Terbit : 12 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

**Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**
NIP. 19820603 200902 1 002

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Identifikasi pengunjung, petugas, dan pekerja alih daya adalah tata cara membedakan pengunjung (orang yang dating), petugas, dan pekerja alih daya untuk menjaga keamanan dan ketertiban puskesmas, sehingga dapat teridentifikasi dan dapat meminimalisir terjadinya kejadian yang tidak diharapka |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk identifikasi pengunjung, petugas, dan pekerja alih daya |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/019/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Penetapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) di Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas berada di pintu masuk sebagai alur keluar masuk pengunjung.<br>2. Petugas memastikan semua pegawai Puskesmas menggunakan Id Card.<br>3. Petugas memastikan tamu menulis data diri dan keperluannya pada buku tamu..<br>4. Petugas mengarahkan tamu sesuai dengan keperluannya.<br>5. Petugas menanyakan kepada pasien/keluarga tentang pemeriksaan yang diinginkan.<br>6. Petugas mengarahkan pasien untuk duduk dan menunggu panggilan ke loket pendaftaran.<br>7. Petugas meminta keluarga/pasien untuk mendaftar di loket pendaftaran.<br>8. Petugas mengantar langsung pasien yang memerlukan pemeriksaan dan tindakan IGD.<br>9. Petugas meminta satu orang keluarga mendampingi pasien di ruang tindakan. |

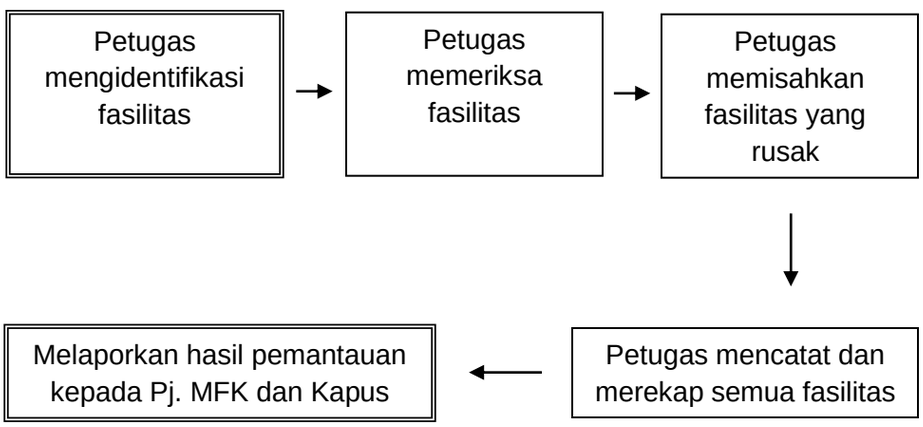
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Seluruh pegawai Puskesmas |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **INSPEKSI FASILITAS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/020/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

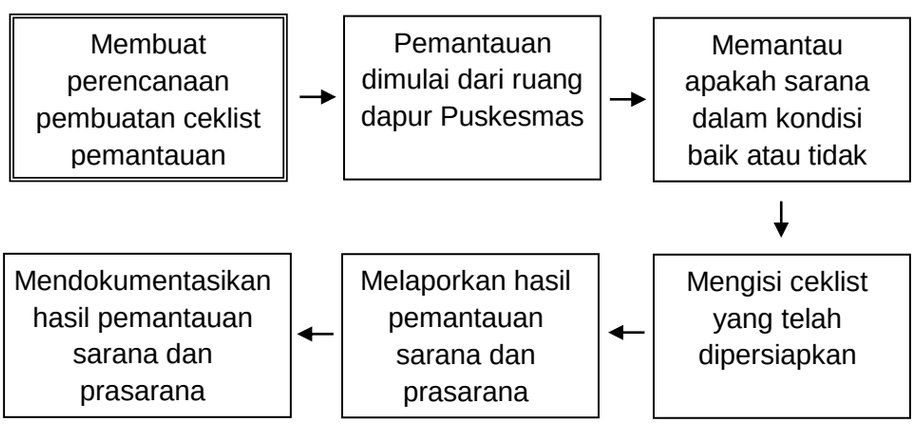
| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Inspeksi fasilitas adalah pemantau secara berkala terhadap sarana, prasara, alat kesehatan serta lingkungan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk inspeksi fasilitas |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/019/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Penetapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) di Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2023 tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas mengidentifikasi fasilitas (sarana, prasarana, alat kesehatan, dan lingkungan yang akan dipanatau.<br>2. Petugas memeriksa satu persatu sarana, prasarana, alat kesehatan, dan lingkungan terkait keadaan fisik, dan fungsi masing-masing fasilitas<br>3. Petugas memisahkan fasilitas yang rusak untuk segera dilakukan perbaikan.<br>4. Petugas mencatat dan merekap semua fasilitas (sarana, prasarana, alat kesehatan, dan lingkungan) pada buku pemantauan.<br>5. Melaporkan hasil pemantauan kepada Pj. MFK dan Kepala Puskesmas. |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Semua bagian di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Form Insfeksi<br>2. Buku rekap pemantauan |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

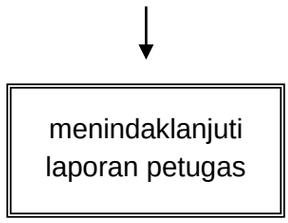
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P**<br><br>**PELAKSANAAN MANAJEMEN SISTEM ULTILITAS DAN SISTEM PENUNJANG LAINNYA** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/023/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemeliharaan alat Kesehatan adalah kegiatan memelihara peralatan medis secara teratur setelah selesai digunakan untuk melakukan pemeriksaan/ kajian klinis atau tindakan medis agar alat medis dapat berfungsi dengan baik, mudah dioperasikan dan memberikan hasil yang akurat |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeliharaan alat kesehatan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/019/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Penetapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) di Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas membuat perencanaan pembuatan ceklis pemantauan instalasi listrik, instalasi air dan prasarana yang telah tersedia.<br>2. Petugas memulai pemantauan instalasi listrik, instalasi air dan prasarana dimulai dari ruang dapur Puskesmas.<br>3. Petugas memantau instalasi listrik dan instalasi air serta prasarana apakah terjadi kerusakan dan dalam kondisi kurang atau tidak baik di setiap ruangan yang tersedia instalasi dan prasarana tersebut.<br>4. Petugas mengisi ceklis yang telah dipersiapkan.<br>5. Petugas melaporkan hasil pemantauan instalasi listrik dan instalasi air serta prasarana kepada PJ MFK.<br>6. Petugas mendokumentasikan hasil pemantauan instalasi listrik, instalasi air Puskesmas serta prasarana Puskesmas.<br>7. PJ. MFK menindaklanjuti laporan petugas untuk disampaikan kepada Kepala Puskesmas. |
| 6. Bagan Alir |  |

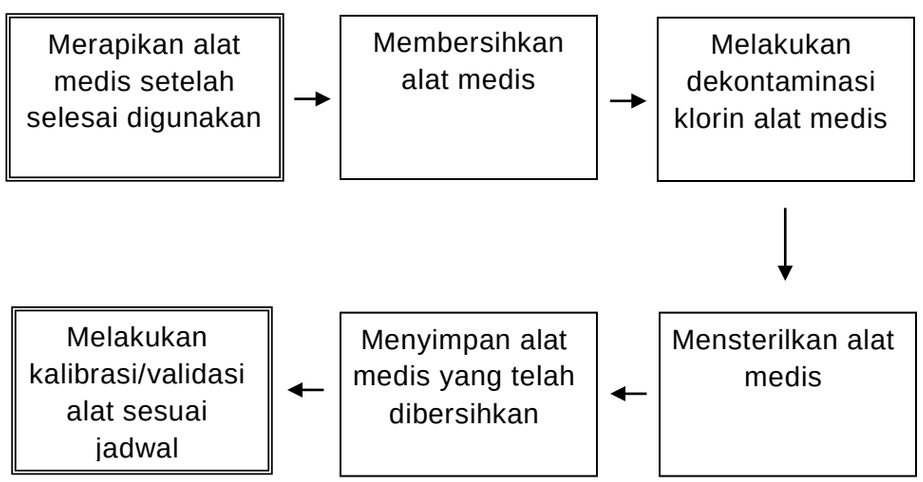
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| |  |
| 7. Unit terkait | Semua unit ruangan di Puskesmas |
| 8. Dokumen Terkait | Dokumen ceklist pemantauan instalasi dan prasarana |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PEMELIHARAAN ALAT KESEHATAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/022/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemeliharaan alat Kesehatan adalah kegiatan memelihara peralatan medis secara teratur setelah selesai digunakan untuk melakukan pemeriksaan/ kajian klinis atau tindakan medis agar alat medis dapat berfungsi dengan baik, mudah dioperasikan dan memberikan hasil yang akurat |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeliharaan alat kesehatan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/019/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Penetapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) di Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas merapikan alat medis setelah selesai digunakan<br>2. Petugas membersihkan dan atau mensterilkan alat medis<br>3. Petugas melakukan dekontaminasi klorin alat medis<br>4. Petugas mensterilkan alat medis<br>5. Petugas menyimpan alat medis yang telah dibersihkan dan atau disterilkan di tempat yang disediakan<br>6. Petugas melakukan kalibrasi/validasi alat sesuai jadwal yang ditentukan |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Semua unit ruangan di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Dokumen pencatatan B3 dan limbah B3<br>2. Buku rekap pemantauan |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

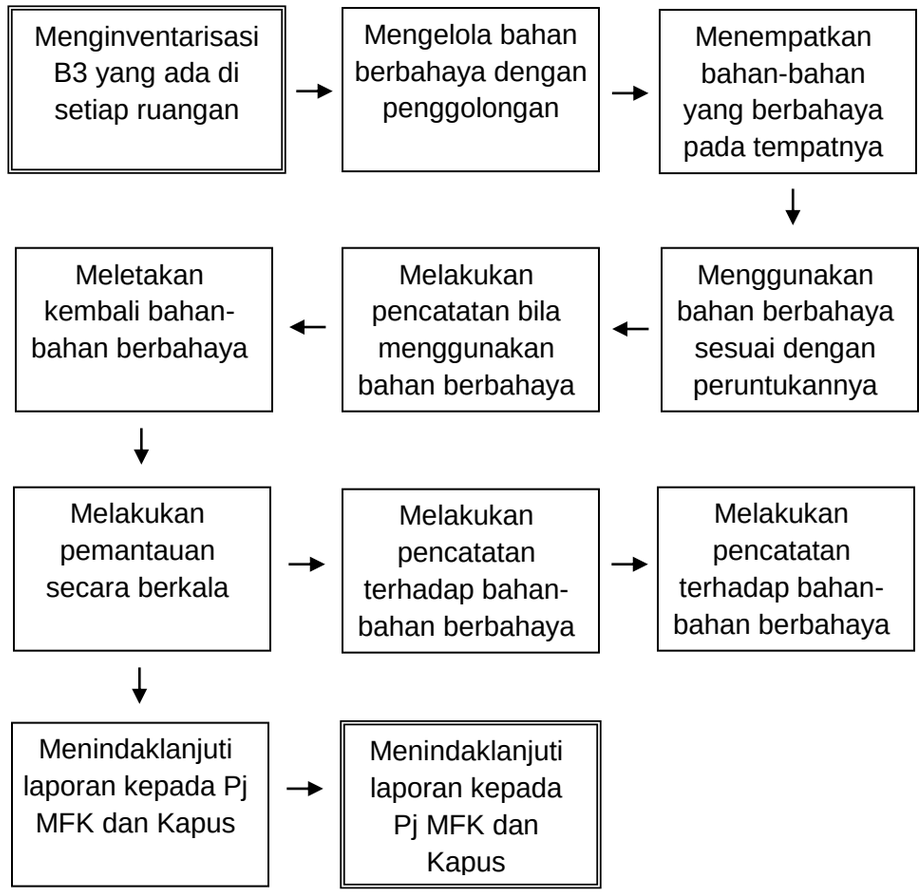
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGELOLAAN LIMBAH B3 DI PUSKESMAS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/021/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan limbah B3 di Puskesmas adalah kegiatan inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya dan beracun (B3) di Puskesmas termasuk bahan kimia dan bahan gas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelaksanaan manajemen sistem ultilitas dan sistem penunjang lainnya. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/019/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Penetapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) di Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 Tentang Pedoman Penyelenggraan Kesling Puskesmas<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Koordinator manajemen B3 dan Limbah B3 bersama anggota tim menginventarisasi B3 yang ada di setiap ruangan.<br>2. Anggota tim B3 dan Limbah B3 mengelola bahan berbahaya dengan penggolongan bahan berbahaya untuk memudahkan pengenalan dan cara penanganan bahan berbahaya.<br>3. Anggota tim B3 dan Limbah B3 menempatkan bahan-bahan yang berbahaya pada tempat yang telah ditentukan.<br>4. Anggota tim B3 dan Limbah B3 menggunakan bahan-bahan berbahaya sesuai dengan peruntukannya.<br>5. Anggota tim B3 dan Limbah B3 melakukan pencatatan bila menggunakan bahan berbahaya.<br>6. Anggota tim B3 dan Limbah B3 meletakan kembali bahan-bahan berbahaya yang telah digunakan pada tempatnya.<br>7. Anggota tim B3 dan Limbah B3 melakukan pemantauan secara berkala sekurang-kurangnya 6 bulan sekali.<br>8. Anggota tim B3 dan Limbah B3 melakukan pencatatan terhadap bahan-bahan berbahaya yang telah habis masa berlakunya.<br>9. Anggota tim B3 dan Limbah B3 melaporkan hasil pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan-bahan berbahaya kepada Koordinator manajemen B3 dan Limbah B3<br>10. Koordinator manajemen B3 dan Limbah B3 menindaklanjuti laporan kepada PJ MFK dan Kepala Puskesmas<br>11. Koordinator manajemen B3 dan Limbah B3 bersama PJ. MFK dan Kepala Puskesmas membuat kesepakatan untuk pengelolaan B3 dan limbah B3 selanjutnya. |

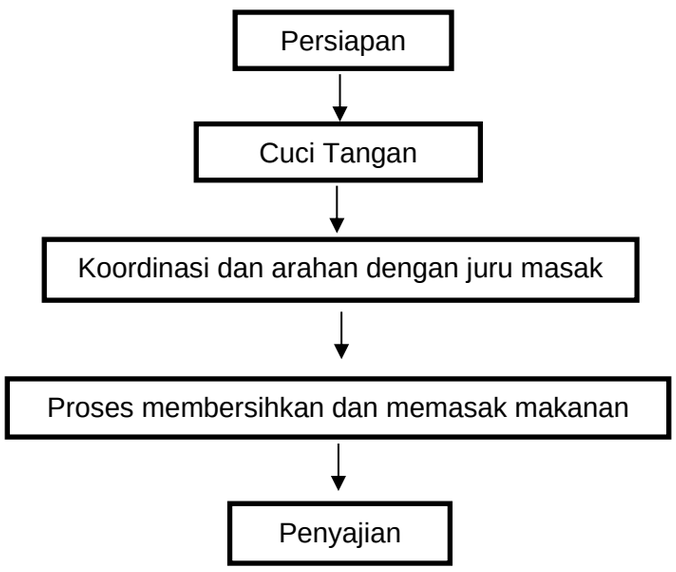
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Semua unit ruangan di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Dokumen pencatatan B3 dan limbah B3<br>2. Buku rekap pemantauan |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P**<br>COPY KE - 2<br>**PENYIAPAN MAKANAN**<br>DOKUMEN TERKENDALI | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/059/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 22 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyiapan Makanan adalah serangkaian kegiatan dalam mempersiapkan bahan makan yang siap diolah, sesuai dengan menu, standar resep, standar porsi, Standar bumbu dan jumlah Pasien yang dilayani. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk penyiapan makanan yang aman. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas Kemenkes RI derjen Bina Gizi dan KIA, 2014 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas gizi memakai pakaian kerja bersih yang tidak di pakai untuk memasak<br>2. Petugas gizi sebelum dan sesudah kontak dengan alat makan/makanan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir<br>3. Petugas Gizi melakukan koordinasi dengan Juru masak dalam hal penyimpanan dan pendistribusian makanan agar tidak terjadi kontaminasi dan pembusukan<br>4. Petugas gizi mengarahkan Kepada Juru Masak untuk melakukan pencucian, pemotongan, penyiangan, peracikan bahan makanan secara baik dan benar sesuai dengan standar yang ditetapkan<br>5. Petugas gizi mengarahkan kepada juru masak untuk melakukan pemasakan bahan makanan mentah menjadi makanan yang siap dimakan dan aman untuk dikonsumsi<br>6. Petugas gizi menggunakan alat penyajian makanan yang baik dan bersih. |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Pantry |

| | |
|---|---|
| 8. Dokumen Terkait | - |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PENYIMPANAN REAGEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/071/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyimpanan dan distribusi reagen adalah merupakan kegiatan dalam melakukan pengendalian reagen meliputi: penerimaan penyimpanan dan pendistribusian reagen |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melakukan Penyimpanan Reagen |
| 3. Kebijakan | 1. Kemenkes RI No. HK.0101/MENKES/165/2023 Tenteng Standar Akreditasi Puskesmas<br>2. Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/040/SK.III/PKM-PK/ 2023 Tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas<br>2. Pedoman Praktek Laboratorium Kesehatan yang Benar, Depkes RI, 2008 |
| 5. Prosedur | 1. Penyimpanan reagensia<br>a. Petugas memeriksa tanggal kadaluarsa reagensia yang datang dan disimpan sesuai prosedur penyimpanan yang tertera dalam kemasan reagen.<br>b. Petugas harus selalu memeriksa suhu lemari es tempat penyimpanan reagen agar sesuai dengan syarat penyimpanan reagen, dengan cara:<br>1) Petugas meletakkan termometer dalam lemari es<br>2) Petugas mengatur suhu lemari es sesuai dengan syarat suhu dalam penyimpanan reagen<br>3) Petugas mengusahakan lemari es agar selalu dalam keadaan hidup<br>4) Petugas mencatat suhu setiap hari dalam checklist pemantauan suhu<br>2. Petugas membersihkan kulkas setiap bulan |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit Terkait | 1. Ruang Pelayanan Laboratorium<br>2. Ruang Apotek |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Ceklis ketersediaan penyimpanan dan pelabelan reagen<br>2. Pencatatan suhu lemari es<br>3. Kartu stok |

9. Rekaman Historis Perubahan

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PELAYANAN PROMKES PENYULUHAN DALAM GEDUNG** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/33.d/SOP.IV/PKM-P/2024<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyuluhan Kesehatan yang dilaksanakan di lingkungan dan gedung puskesmas seperti di tempat pendaftaran, poliklinik, laboratorium, ruang obat dan halaman puskesmas. |
| 2. **Tujuan** | Tercapainya perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan positif dari Individu/Masyarakat dalam bidang kesehatan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/02/SK.I/PKM.PK/2023 tentang jenis-jenis pelayanan Puskesmas yang disediakan. |
| 4. Referensi | Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 585/MENKES/SK/V/2007 Tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas. |
| 5. Prosedur | 1. Pembukaan<br>- Mengucapkan Salam<br>2. Pelaksanaan<br>- Mengemukakan maksud dan tujuan<br>- Menjelaskan poin-poin isi penyuluhan<br>- Menyampaikan penyuluhan dengan suara jelas dan irama yang tidakmembosankan<br>- Tujukan tatapan mata pada setiap pendengar dan tidak tetap duduk ditempat<br>- Jawab setiap pertanyaan secara jujur dan meyakinkan<br>- Sediakan waktu untuk tanya jawab<br>- Menyimpulkan penyuluhan sebelum mengakhiri penyuluhan<br>- Tutuplah penyuluhan anda dengan mengucapkan terima kasih.<br>3. Alat<br>- Leaflet<br>- Poster |
| 6. Unit terkait | 1. Pendaftaran<br>2. Rawat Jalan/ poliklinik<br>3. Laboratorium<br>4. Apotek |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PELAYANAN PROMKES PENYULUHAN LUAR GEDUNG** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/033.d/SOP.II/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyuluhan Kesehatan yang dilakukan petugas puskesmas di luar gedung puskesmas, pada individu/masyarakat maupun institusi pendidikan yang berada di wilayah kerja puskesmas. |
| 2. Tujuan | Tercapainya perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan positif dari Individu/Masyarakat dalam bidang kesehatan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/002/SK.I/PKM.PK/2023 tentang jenis-jenis pelayanan Puskesmas yang disediakan. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes no 43 tahun 2019 tentang puskesmas<br>2. Permenkes Nomor 08 tahun 2019 tentang pemberdayaan Masyarakat<br>3. Buku pedoman pengelolaan promosi Kesehatan tahun 2008 |
| 5. Prosedur | 1. Persiapan<br>- Petugas Promkes berkoordinasi dengan kades/ lurah, kepala sekolah, danbidan desa tentang penyuluhan yang akan di lakukan<br>- Mempersiapkan SAP<br>2. Pelaksanaan<br>- Perkenalan diri<br>- Mengemukakan maksud dan tujuan<br>- Menjelaskan poin-poin isi penyuluhan<br>- Menyampaikan penyuluhan dengan suara jelas dan irama yang tidakmembosankan<br>- Tujukan tatapan mata pada setiap pendengar dan tidak tetap duduk ditempat<br>- Jawab setiap pertanyaan secara jujur dan meyakinkan<br>- Sediakan waktu untuk tanya jawab<br>- Menyimpulkan penyuluhan sebelum mengakhiri penyuluhan<br>- Tutup penyuluhan dengan salam mengucapkan terima kasih.<br>3. Alat<br>- Leaflet<br>- Print out materi<br>- Komputer<br>- LCD Proyektor |
| 6. Unit terkait | 1. Pustu/ Poskesdes<br>2. Institusi Pendidikan<br>3. Posyandu<br>4. Posbindu<br>5. Desa/ kelurahan |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENYUSUNAN FORMULARIUM OBAT PUSKESMAS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/078/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 8 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

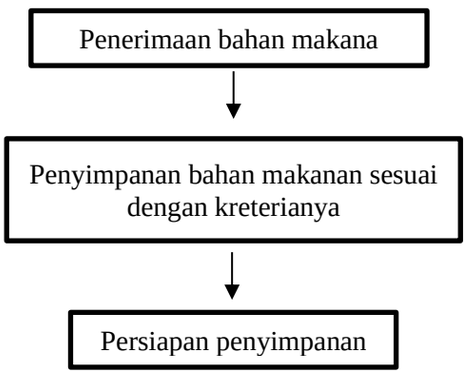
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Formularium obat Puskesmas merupakan daftar obat yang terpilih dibutuhkan, tersedia di UPT Puskesmas Permata Kecubung dan sebagai panduan terapi. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penyusunan formularium obat puskesmas |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor: 800/034/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Penyusunan Formularium Obat Puskesmas |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1970/2022 tentang perubahan atas keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6485/2021 tentang Formularium Nasional; |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi mengadakan rapat formularium obat dengan mengundang penulis resep (dokter umum, dokter gigi, perwakilan perawat atau bidan)<br>2. Petugas farmasi meminta usulan dari penulis resep.<br>3. Hasil usulan obat direkapitulasi dalam rapat formularium puskesmas.<br>4. Hasil usulan obat di evaluasi berdasarkan kebutuhan obat dipuskesmas, kelas atau indikasi terapi, pola penyakit, kesesuaian dengan formularium nasional dan formularium obat Kabupaten<br>5. Hasil evaluasi disusun manjadi formularium obat Puskesmas dan disosialisasi kepada penulis resep<br>6. Formularium Puskesmas dievaluasi setiap setahun sekali. |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit Terkait | 1. Ruang Farmasi<br>2. Ruang Pemeriksaan Umum<br>3. Ruang KIA-KB<br>4. Ruang Laboratorium<br>5. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>6. Ruang Rawat Inap<br>7. Ruang Bersalin dan Pasca Bersalin<br>8. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>9. Pustu/Poskesdes |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Formularium Obat Nasional<br>2. Formularium Obat Dinas Kesehatan Kabupaten |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENYIMPANAN BAHAN MAKANAN** | COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/060/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 22 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

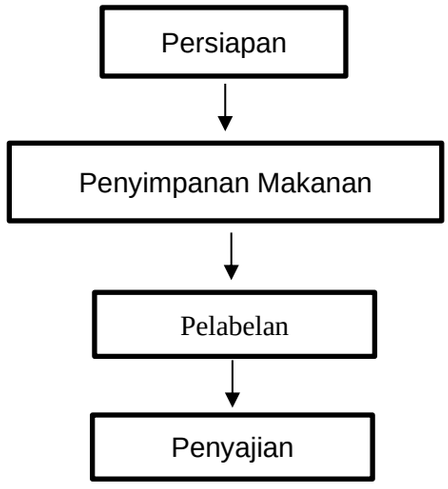
| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyimpanan makanan adalah Suatu tata cara menata, menyimpan, memelihara jumlah, kualitas, dan keamanan makanan dan bahan makanan pada tempat yang sesuai dengan karakteristik bahan makanan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah langkah untuk penyimpanan makanan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Kementrian Kesehatan Tahun 2013 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas dapur setelah bahan makanan di cek dipenerimaan barang, segera masukkan bahan makanan ke tempat penyimpanan bahan makan sesuai jenisnya,<br>2. Petugas dapur untuk daging dapat langsung dilakukan proses persiapan tahap awal sebelum disimpan<br>3. Petugas dapur penyimpanan bahan makanan kering:<br>a. Bahan makanan kering disimpan di lemari<br>b. Susun bahan makanan secara teratur sesuai jenis bahan makanan<br>c. Bahan makanan yang lama diletakkan pada bagian lebih luar dan bahan makanan baru datang diletakkan lebih dalam<br>d. Gunakan bahan makanan sesuai urutan datang (first in first out)<br>4. Petugas dapur penyimpanan bahan makanan segar (sayur, buah, tahu, tempe, dll):<br>a. Bahan makanan disimpan di bagian chiller dengan suhu 10-15°C<br>b. Gunakan bahan makanan yang datang terlebih dahulu (first in first out)<br>5. Petugas dapur penyimpanan bahan makanan beku (daging, ayam, ikan, hati) :<br>a. Bahan makanan dibersihkan terlebih dahulu, kemudian dimasukkan ke dalam wadah tertutup<br>b. Bahan makanan disimpan di bagian freezer dengan -5°C-0°C (3 hari atau kurang) Gunakan bahan makanan yang datang terlebih dahulu (first in first out) |
| 6. Diagram Alir |  |
| 7. Unit Terkait | Pantry |

| | |
|---|---|
| 8. Dokumen Terkait | Foam penyimpanan Makanan |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENYIMPANAN MAKANAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/060/SOP.III/PKM-PK/2023 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |
| | Tanggal Terbit : 22 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyimpanan makanan adalah Suatu tata cara menata, menyimpan, memelihara jumlah, kualitas, dan keamanan makanan pada tempat yang sesuai dengan karakteristik makanan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah langkah untuk penyimpanan makanan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Kementrian Kesehatan Tahun 2013 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas dapur menyiapkan makanan yang sudah dimasak, diamkan hingga suhu turun. (kurang lebih 1 jam dari setelah dimasak)<br>2. Petugas dapur memasukan Makana ke dalam wadah yang disediakan dan bersih lalau ditutup rapat.<br>3. Petugas dapur memberi label keterangan pada tempat makan.<br>4. Petugas dapur dapur membawa makana dan memberikannya kepada pasien |
| 6. Diagram Alir |  |
| 7. Unit Terkait | 1. Pantry<br>2. Rawat inap |
| 8. Dokumen Terkait | Form penyimpanan Makanan |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI<br>**REKONSILIASI OBAT** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/080/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 8 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan pelayanan obat (medication error), seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis, atau interaksi obat. |
| 2. Tujuan | 1. Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan rekonsiliasi obat |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/043/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi memanggil nama pasien<br>2. Petugas farmasi mengidentifikasi pasien dengan menanyakan identitas pasien minimal 2 identitas yang tidak berubah misalnya nama lengkap, NIK, tanggal lahir, Nomor RM atau alamat pasien<br>3. Petugas farmasi menyiapkan formulir Rekonsiliasi Obat<br>4. Petugas farmasi menggali informasi obat dari pasien, keluarga pasien, obat yang ada pada pasien dan rekam medis.<br>5. Data obat yang dapat digunakan tidak lebih dari 3 (tiga) bulan.<br>6. Petugas farmasi melakukan pencatatan obat-obatan yang digunakan pasien meliputi nama obat, dosis, frekuensi, rute, kapan obat diberikan, obat diganti, obat dilanjutkan, obat di hentikan, riwayat alergi, efek samping obat dan apabila terjadi alergi dan efek samping obat harus di catat tanggal kejadian serta obat yang menyebabkan alergi.<br>7. Petugas farmasi membandingkan data obat pasien yang pernah, sedang, dan yang akan digunakan.<br>8. Apabila terjadi ketidakcocokan/perbedaan dari obat pasien yang pernah, sedang, dan yang akan digunakan maka akan di konfirmasikan ke pada dokter atau tenaga kesehatan penulis resep.<br>9. Hal-hal yang dilakukan saat mengkonfirmasi pada dokter atau tenaga kesehatan penulis resep.<br>a. Menentukan bahwa adanya perbedaan tersebut disegaja atau tidak disegaja |

| | |
|---|---|
| | b. Mendokumentasikan alasan penghentian, penunndaan, atau penggantian obat.<br>c. Memberi tanda tangan, tanggal, dan waktu dilakukannya rekonsiliasi obat.<br>10. Petugas farmasi memberikan informasi tentang pengobatan pasien dan menuliskan hasil wawancara, serta memberikan tanda tangan, tanggal, dan waktu dilakukan rekonsiliasi dan mengarahkan pasien untuk tanda tangan pada kolom pasien di formulir Rekonsiliasi Obat.<br>11. Petugas mempersilahkan pasien pulang |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **RUJUK BALIK** COPY KE - 2 DOKUMEN TERKENDALI | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/064/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 28 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelayanan Rujuk Balik adalah Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di Faskes Tingkat Pertama atas rekomendasi/rujukan dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan program rujuk balik. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;<br>2. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;<br>3. Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor HK/Menkes/3211/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menerima pasien yang kontrol ke puskesmas dengan surat rujukan balik.<br>2. Petugas melakukan pemeriksaan dan pemantauan diagnosa dan terapi yang tercantum pada surat rujuk balik pasien.<br>3. Petugas menulis diagnosa dan terapi lanjutan hasil rujukan di status pasien, dan petugas melaksanakan instruksi terapi dari fasilitas rujukan kepada pasien<br>4. Dalam pelaksanaan rujuk balik harus dilakukan pemantauan (monitoring) dan dokumentasi pelaksanaan rujuk balik. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | 1. Ruang Pemeriksaan Umum<br>2. Ruang KIA/KB<br>3. Ruang Pelayanan MTBS<br>4. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>5. Ruang Pelayanan TB |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **RUJUKAN** COPY KE - 2 DOKUMEN TERKENDALI | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/055/SOP.III/PKM-PK/2023 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |
| | Tanggal Terbit : 20 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Rujukan eksternal adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu/ lebih kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dari unit berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu, atau secara horizontal antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.<br>Rujukan pasien emergency adalah suatu proses penanganan pasien gawat dengan mengirimkan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi karena pasien tidak mampu ditangani di fasilitas kesehatan saat ini dengan memperhatikan ketentuan yang berlaku yaitu dengan menstabilkan pasien terlebih dahulu. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah rujukan. |
| **3. Kebijakan** | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Rujukan. |
| **4. Referensi** | Buku Saku Pelayanan Kesehatan di Faskes Dasar dan Rujukan 2014. |
| **5. Prosedur** | A. Rujukan Eksternal (Non Emergensi)<br>1. Petugas melakukan melakukan kajian terhadap pasien sesuai standar profesi, sesuai dengan SPO pengkajian awal klinis.<br>2. Petugas menegakkan diagnosis utama dan diagnosis banding serta penanganan yang dapat diberikan, sesuai dengan SOP Pelayanan Medis.<br>3. Petugas memastikan pasien yang dirujuk sesuai dengan kriteria pasien-pasien yang perlu/ harus dirujuk.<br>4. Petugas memberi penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai alasan pasien dirujuk. Apabila pasien menolak untuk dilakukan rujukan, pasien wajib mengisi dan menandatangani surat penolakan tindakan medis yang berisi alasan penolakan untuk dirujuk. Petugas memberikan informasi tentang alternatif pengobatan, risiko alternatif pengobatan dan risiko tentang keputusan yang diambil pasien, sesuai dengan SOP alternatif penanganan pasien yang memerlukan rujukan tetapi tidak mungkin dilakukan.<br>5. Untuk pasien yang bersedia dirujuk, petugas menyiapkan surat rujukan, sesuai dengan aplikasi Simpus dan Pcare BPJS.<br>6. Petugas mencatat data pasien dan fasilitas kesehatan rujukan di buku register rujukan.<br>7. Petugas menyerahkan surat rujukan kepada pasien atau keluarga pasien yang telah ditanda tangan dokter dan stempel Puskesmas.<br>B. Rujukan Emergensi<br>1. Petugas menerima pasien<br>2. Petugas memeriksa kesadaran pasien (GCS)<br>3. Apabila sadar petugas menganamnesa pasien, apabila tidak sadar |

| | |
|---|---|
| | langsung alloaanamnesa terhadap keluarga pasien dan cek A B C (*Airway Breathing Circulation*).<br>4. Petugas memeriksa vital sign pasien.<br>5. Petugas mengkonsulkan kepada dokter yang jaga.<br>6. Dokter jaga memeriksa pasien, melakukan pemeriksaan fisik.<br>7. Dokter menemukan tanda tanda kegawatan.<br>8. Dokter memberikan advice kepada paramedis untuk menstabilkan pasien dengan advice pemberian obat obatan emergency dahulu ataupun alat bantu pernafasan, pemberian cairan infus.<br>9. Dokter menyampaikan informed consent tentang kondisi pasien kepada keluarga pasien dan menyampaikan kalau pasien perlu dirujuk ke rumah sakit karena kondisi pasien yang gawat, perlu penanganan segera.<br>10. Dokter memberikan form informed consent untuk ditandatangani keluarga pasien tentang persetujuan rujuk dan dilakukan tindakan medis.<br>11. Dokter membuatkan surat rujukan, sambil menunggu pasien stabil, petugas UGD memberitahukan kepada petugas ambulance untuk menyiapkan ambulance.<br>12. Petugas menelepon rs rujukan menanyakan apakah ada tempat kosong untuk pasien tersebut untuk dikirim ke rs tersebut.<br>13. Petugas dengan membawa perlengkapan emergency merujuk pasien dengan ambulance ke rumah sakit rujukan. |
| **6. Bagan Alir** | - |
| **7. Unit Terkait** | A. Ruang Pemeriksaan Umum<br>B. Ruang KIA KB<br>C. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>D. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>E. Ruang bersalin |
| **8. Dokumen Terkait** | |

## 9. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

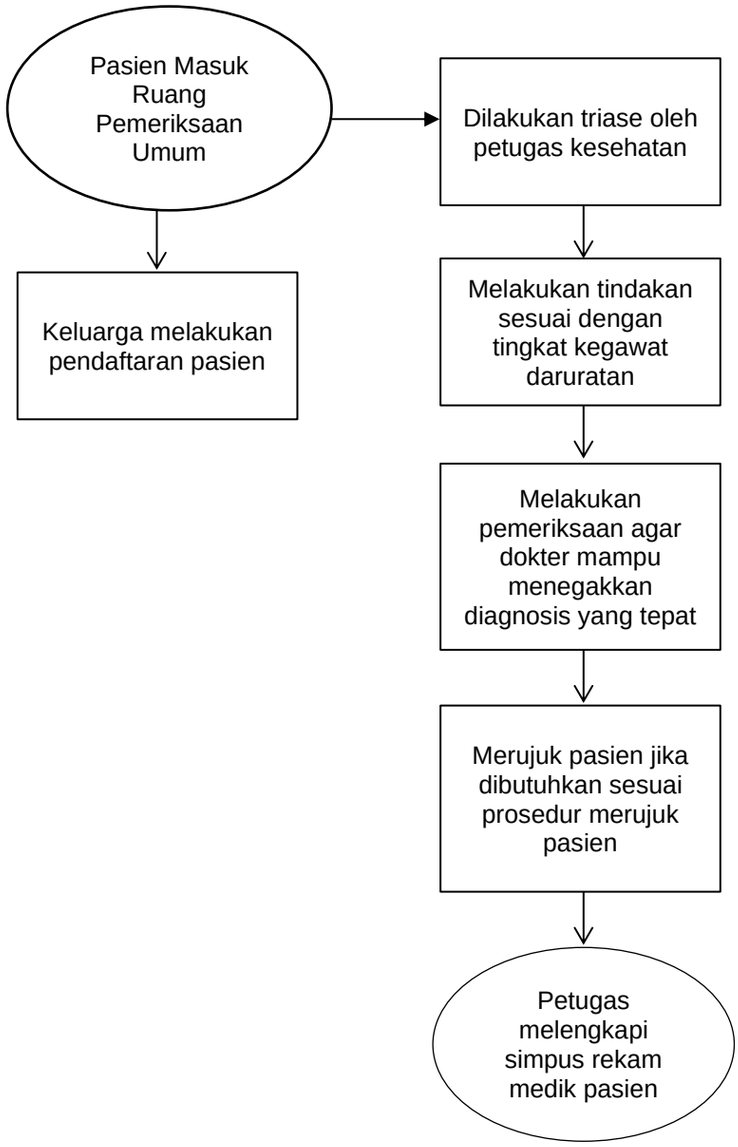
| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **TRIASE** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/053/SOP.III/PKM-PK/2023 | |
| | Tanggal Terbit : 20 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

**Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**
NIP. 19820603 200902 1 002

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Triase (Triage) adalah tindakan untuk memilah / mengelompokkan korban berdasar beratnya cidera, kemungkinan untuk hidup, dan keberhasilan tindakan berdasar sumber daya manusia (SDM dan sarana) yang tersedia. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelaksanaan Triase |
| **3. Kebijakan** | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor: 800/035/SK.III/PKM-PK/ 2023 Tentang Triase. |
| **4. Referensi** | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer |
| **5. Prosedur** | 1. Petugas menerima pasien di Ruang Tindakan dan Gawat Darurat dari awal pintu masuk.<br>2. Petugas melakukan auto-anamnesa maupun allo-anamnesa serta melakukan pemeriksaan secara singkat, cepat dan efisien untuk menentukan derajat kegawatan.<br>3. Petugas menentukan kategori pasien sesuai hasil pemeriksaan dan memberikan tanda pita berwarna sesuai urutan prioritas pelayanan pada tangan pasien jika pasien yang datang lebih dari 3 bersamaan serta menempatkan pasien pada tempat tidur yang telah dipersiapkan sesuai triase:<br>a. MERAH (Immediate) Setiap korban dengan kondisi yang mengancam jiwanya dan dapat mematikan dalam ukuran menit, harus ditangani dengan segera.<br>b. KUNING (Delay) Setiap korban dengan kondisi cedera berat namun penganannya dapat ditunda.<br>c. HIJAU (Walking Wounded) Korban dengan kondisi yang cukup ringan, korban dapat berjalan<br>d. **HITAM (Dead and Dying)** Korban meninggal atau dalam kondisi yang sangat sulit untuk diberi pertolongan.<br>4. Petugas memberikan pelayanan sesuai urutan warna merah, kuning, hijau, hitam;<br>5. Petugas melakukan pengkajian ulang bila perlu, karena status pasien dapat berubah. |

| | |
|---|---|
| **6. Bagan Alir** |  |
| **7. Unit Terkait** | Ruang Tindakan dan Gawat darurat |
| **8. Dokumen Terkait** | |

**9. Rekam Historis Perubahan**

| No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3) DALAM PELAYANAN LABORATORIUM** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/075a/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja (k3) adalah salah satu bentuk upaya untuk menciptakan tempat kerja yang aman dan sehat sehingga dapat mengurangi dan atau bebas dari kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan efisiensi dan produktifitas kerja. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah – Langkah untuk Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) Laboratorium. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/ 040/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Modul Pelatihan Teknis Tenaga Laboratorium Puskesmas Tingkat Lanjut Depkes RI Puslabkes 1998 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas laboratorium harus menggunakan APD (Sarung tangan, masker, jas laborat dan alas kaki tertutup)<br>2. Petugas laboratorium tidak boleh makan, minum dan merokok di dalam laboratorium<br>3. Petugas laboratorium harus menggunakan jas laboratorium dan dilepaskan kembali setelah selesai bekerja<br>4. Petugas laboratorium harus menganggap semua spesimen di laboratorium bersifat infeksius sehingga ditangani dengan hati-hati dan selalu menggunakan APD<br>5. Petugas laboratorium harus menganggap bahan kimia bersifat berbahaya sehingga ditangani dengan hati-hati<br>6. Petugas laboratorium harus meletakkan semua specimen dengan aman, di meja atau rak untuk mencegah tercecernya spesimen<br>7. Petugas laboratorium harus berhati-hati dalam mengambil dan memproses sampel darah karena sampel tersebut dapat mengandung agen infektif.<br>8. Petugas laboratorium tidak boleh memipet darah atau cairan lainnya dengan mulut |

| | |
|---|---|
| | 9. Setiap tumpahan spesimen ditutup dengan menggunakan kain yang dibasahi dengan desinfektan dan dibiarkan selama 30 menit kemudian dibuang ke dalam tempat sampah khusus<br>10. Petugas laboratorium harus membersihkan meja kerja dengan kain yang dibasahi disinfektan setelah pekerjaan selesai<br>11. Petugas laboratorium harus menanggalkan semua APD yang dipakai setelah pekerjaan selesai<br>12. Petugas laboratorium harus mencuci tangan dengan benar di air mengalir setelah bekerja dan sebelum meninggalkan laboratorium |
| 6. Diagram Alir | |
| 7. Unit Terkait | Ruang Pelayanan Laboratorium |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **KONSELING GIZI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/057/SOP.III/PKM-PK/2023 | |
| | Tanggal Terbit : 22 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Konseling gizi adalah proses komunikasi 2 (dua) arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenal dan membantu keputusan yang benar dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapinya. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah langkah Konseling gizi. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | 1. Kementrian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Gizi Dan KIA Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas<br>2. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas Tahun 2018 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas gizi menerima pasien rujukan dari ruang pelayanan<br>2. Petugas gizi mengidentifikasi data diri pasien<br>3. Petugas gizi menentukan status gizi sesuai dengan IMT<br>4. Petugas gizi menggali informasi dari pasien tentang pola makan dan pantangan atau alergi dari pasien<br>5. Petugas gizi melakukan konsultasi gizi pada pasien<br>6. Petugas gizi mencatat hasil konseling pada buku register kunjungan<br>7. Petugas gizi mencatat hasil konseling di rekam medis pasien |
| 6. Bagan Alir | |

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | 1. Ruang KIE<br>2. Ruang Pemeriksaan Umum<br>3. Ruang KIA-KB<br>4. Rawat inap |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Form rujukan internal<br>2. Rekam medis<br>3. Buku register konseling gizi |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **MUSYAWARAH MASYARAKAT DESA (MMD)** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/033.a/SOP.II/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pertemuan perwakilan warga masyarakat, tim desa dan kelurahan siaga aktif untuk membahas hasil Survey mawas diri (SMD) dan masalah kesehatan yang ditemukan. |
| 2. Tujuan | - Masyarakat berperan aktif dalam mengatasi masalah kesehatan di wilayahnya<br>- Menyepakati untuk menanggulangi masalah melalui berbagai Upaya pencegahan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/002/SK.I/PKM.PK/2023 tentang jenis-jenis pelayanan Puskesmas yang disediakan. |
| 4. Referensi | Permenkes nomor 8 tahun 2019 tentang pemberdayaan Masyarakat bidang kesehatan |
| 5. Prosedur | 1. Pembukaan oleh lurah/kades<br>2. Pengarahan dari Tim forum kecamatan siaga<br>3. Penyajian hasil SMD oleh bidan desa, petugas puskesmas<br>4. Perumusan dan penentuan prioritas masalah<br>5. Menggali dan mengenali potensi yang ada di masyarakat<br>6. Penyusunan rencana kerja pemecahan masalah kesehatan<br>7. Pengorganisasian masyarakat yang terlibat dalam pelaksanaan rencana kerja pemecahan masalah kesehatan.<br>8. Menyatakan tekat bersama untuk melakukan kegiatan pengembangan desa dan kelurahan siaga. |
| 6. Unit terkait | 1. Lintas sektor<br>2. Lintas Program |
| 7. Dokumen Terkait | 1. Undangan<br>2. Jadwal kegiatan MMD<br>3. Daftar hadir<br>4. Hasil notulen rapat<br>5. Dokumentasi<br>6. Laporan hasil kegiatan |

8. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PELABELAN REAGENSIA** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/070/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelabelan adalah tata cara menulis identitas yang lengkap dengan memberikan label yang ditempelkan pada kemasan atau botol reagensia |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam melakukan penerapan langkah - langkah untuk pelabelan reagensia. |
| 3. Kebijakan | 1. Kemenkes RI No. HK.0101/MENKES/165/2023 Tenteng Standar Akreditasi Puskesmas<br>2. Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/040/SK.III/PKM-PK/ 2023 Tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | Permenkes RI No. 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik |
| 5. Prosedur | 1. Petugas melakukan pelabelan pada reagen.<br>2. Petugas memperhatikan keterangan yang tertera pada masing-masing kemasan.<br>3. Petugas memberikan pelabelan pada Reagen berupa nama reagen, komposisi, *expired date*, dan catatan bahaya |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit Terkait | Ruang Pelayanan Laboratorium |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Lembar permintaan reagen<br>2. Ceklis ketersediaan penyimpanan dan pelabelan reagen<br>3. Kartu stok |

9. Rekaman Historis Perubahan

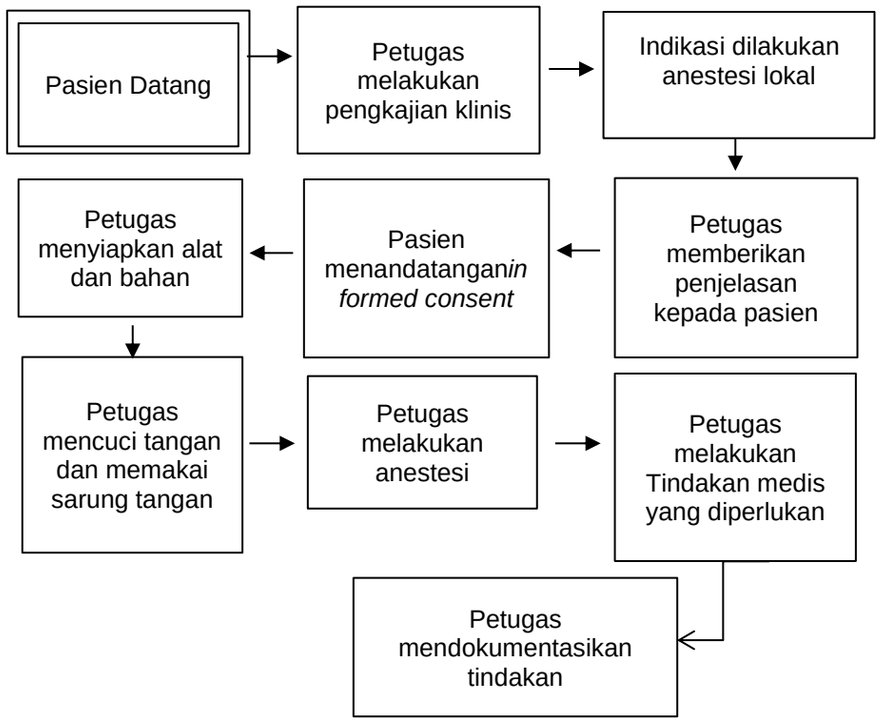
| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **SOP** | |
| | **PELAYANAN ANASTESI** | |
| **UPT Puskesmas Permata Kecubung** | No. Dokumen : 445/056/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 22 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Pemberian anestesi lokal adalah suatu tindakan yang bertujuan untuk menghilangkan sensasi nyeri tanpa disertai hilangnya kesadaran.<br>Pemberian anestesi lokal dapat dengan teknik:<br>a. Anestesi permukaan<br>b. Anestesi infiltrasi<br>c. Anestesi regional intravena<br>Obat anestesi lokal/regional adalah obat yang menghambat hantaran saraf bila dikenakan secara lokal. Anestesi lokal idealnya adalah yang tidak mengiritasi atau merusak jaringan secara permanen, batas keamanan lebar, mula kerja singkat, masa kerja cukup lama, larut dalam air, stabil dalam larutan, dapat disterilkan tanpa mengalami perubahan dan efeknya reversibel. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk menghilangkan rasa nyeri sementara ketika melakukan tindakan bedah minor dan berbagai prosedur lainnya yang menimbulkan rasa sakit pada tubuh. |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/036/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Anastesi |
| **4. Referensi** | Kepmenkes nomor 313 tahun 2013 tentang DOEN 2013 |
| **5. Prosedur** | 1. Petugas mengidentifikasi pasien<br>2. Petugas melakukan kajian awal klinis<br>3. Petugas menjelaskan tindakan medis yang akan dilakukan sesuai identifikasi kasus<br>4. Petugas memberikan informed consent pada pasien dan keluarga tentang tindakan anastesi yang akan dilakukan<br>5. Pasien menandatangani lembar informed consent setelah diberi informed consent oleh petugas<br>6. Petugas mempersiapkan alat dan bahan steril untuk melakukan tindakan anestesi<br>7. Petugas menempatkan pasien di ruang Tindakan atau ruang pemeriksaan gigi dan mulut, lalu dilakukan anestesi<br>8. Petugas mencuci tangan dengan 7 langkah mencuci tangan<br>9. Petugas menggunakan sarung tangan steril<br>10. Petugas mengambil obat anestesi dengan menggunakan spuit dibantu dengan petugas lain yang membukakan obat anestesi<br>11. Petugas memberikan informasi kalau akan segera dilakukan penyuntikan<br>12. Petugas menyuntikan obat anestesi lokal ke tempat yang diperlukan<br>13. Petugas menunggu 1-2 menit sampai obat anestesi bereaksi<br>14. Setelah pasien tidak merasa nyeri petugas melakukan Tindakan medis yang diperlukan<br>15. Petugas mendokumentasikan Tindakan di rekam medis |

| | |
|---|---|
| **6. Bagan Alir** |  |
| **7. Unit Terkait** | 1. Ruang pemeriksaan umum<br>2. Ruang KIA-KB<br>3. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>4. Ruang Tindakan dan Gawat darurat<br>5. Ruang bersalin |
| **8. Dokumen Terkait** | |

**9. Rekaman Historis Perubahan**

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PELAYANAN FARMASI KLINIK** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/081/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 8 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelayanan farmasi klinik merupakan bagian dari pelayanan kefarmasian yang langsung dan bertanggung jawab kepada pasien berkaitan dengan obat dan bahan habis pakai dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melakukan pelayanan farmasi klinik |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor: 800/043/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas farmasi memanggil nama pasien<br>2. Petugas Farmasi melakukan pengkajian atau telaah resep yaitu administratif, farmaseutik, dan klinis meliputi :<br>a. Resep Terbaca<br>b. Tepat Identitas Pasien<br>c. Tepat Obat<br>d. Tepat Dosis<br>e. Tepat Rute Pemberian<br>f. Tepat Waktu Pemberian<br>g. Duplikasi pengobatan<br>h. Potensi alergi atau sensitivitas<br>i. Interaksi obat dan obat<br>j. Berat badan pasien atau informasi fisiologik lainnya<br>k. Kontraindikasi<br>3. Petugas farmasi melakukan konfirmasi ke Dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang menulis resep apabila pada saat skrining resep ada ketidaksesuaian<br>4. Petugas Farmasi menyiapkan obat racikan dan non racikan sesuai yang ditulis pada resep<br>5. Petugas Farmasi memanggil pasien dengan mengidentifikasi pasien dengan menanyakan identitas pasien minimal 2 identitas yang tidak berubah misalnya nama, NIK, tanggal lahir, Nomor RM atau alamat |

| | |
|---|---|
| | pasien<br>6. Petugas Farmasi menyerahkan obat sesuai resep dengan memberikan informasi cara penggunaan obat (PIO) meliputi<br>a. Nama Obat<br>b. Sediaan<br>c. Dosis<br>d. Cara Pakai<br>e. Penyimpanan<br>f. Indikasi<br>g. Kontraindikasi<br>h. Stabilitas<br>i. Efek Samping<br>j. Intraksi Obat<br>7. Petugas Farmasi menginformasikan apabila ada alergi obat segera kembali ke fasilitas kesehatan atau praktek dokter terdekat<br>8. Petugas Farmasi meminta pasien atau keluarga pasien mengulang cara penggunaan obat yang telah disampaikan<br>9. Petugas Farmasi memastikan pasien memahami informasi obat yang telah disampaikan, setelah pasien memahami apa yang dijelaskan petugas farmasi, petugas farmasi menceklist PIO dan menandatangani pada kolom petugas di kolom PIO dan pasien juga diarahkan untuk menandatangani pada kolom pasien di kolom PIO pada kertas resep.<br>10. Petugas farmasi melakukan rekonsiliasi obat<br>11. Petugas farmasi melakukan konseling obat<br>12. Petugas mempersilahkan pasien pulang. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PERMINTAAN PEMERIKSAAN, PENERIMAAN SPESIMEN, PENGAMBILAN DAN PENYIMPANAN SPESIMEN LABORATORIUM** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/075/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Meminta, menerima, mengambil dan mengerjakan spesimen adalah tindakan yang dilakukan tenaga laborat untuk mengambil sampel (darah, urin, sputum, feses).<br>Tenaga laborat adalah Analis kesehatan<br>Sampel merupakan objek yang akan diuji, sehingga hasil pengujian sangatlah tergantung pada kondisi sampel tersebut. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mempermudah petugas laboratorium/ analis dalam pengujian sampel |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/ 040/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan yang Benar, Depkes RI, 2008 |
| 5. Prosedur | 1. Permintaan Pemeriksaan :<br>a. Petugas ruang pelayanan mempersilahkan pasien untuk ke ruang laboratorium dengan membawa form permintaan pemeriksaan laboratorium. Untuk pasien UGD dan Rawat Inap, petugas jaga yang mengantarkan form permintaan pemeriksaan laboratorium ke ruang laboratorium.<br>b. Petugas laboratorium menerima form permintaan pemeriksaan laboratorium yang dibawa pasien/petugas UGD dan rawat inap<br>c. Setelah selesai pengambilan sampel / spesimen, Petugas laboratorium mempersilahkan pasien untuk menunggu hasil pemeriksaan di ruang tunggu. Untuk pasien UGD/ rawat inap, petugas laboratorium yang mendatangi pasien.<br>d. Petugas laboratorium menyerahkan hasil pemeriksaan kepada pasien atau mengantarkan hasil pemeriksaan laboratorium ke ruang perujuk.<br>2. Penerimaan Spesimen<br>a. Petugas laboratorium mempersiapkan peralatan dan bahan penunjang. |

b. Petugas laboratorium memeriksa identitas dari form permintaan pemeriksaan laboratorium.
c. Petugas laboratorium memeriksa kondisi sampel/ spesimen.

3. Pengambilan Spesimen
   a. Petugas laboratorium memberikan penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan kepada pasien
   b. Pengambilan spesimen sesuai kebutuhan permintaan pemeriksaan yang tertera di form permintaan pemeriksaan laboratorium, kemudian segera dilakukan pemeriksaan terhadap spesimen tersebut.
   c. Pengambilan spesimen dibatasi hanya untuk pengambilan darah, urin, feses, dan sputum.
      1) Darah kapiler
         a) Bersihkan ujung jari dengan alcohol 70 %, biarkan sampai kering.
         b) Pegang dan tekan bagian jari yang akan ditusuk.
         c) Tusuk dengan lancet steril secara tegak lurus.
         d) Buang tetesan darah pertama yang keluar kemudian tetes darah berikutnya dipakai untuk sample.
      2) Darah vena
         a) Bendung dengan menggunakan tourniquet dan minta pasien untuk mengepal dan membuka berkali-kali agar vena terlihat jelas.
         b) Bersihkan lokasi penyamplingan dengan alcohol 70 %, biarkan sampai kering.
         c) Tegangkanlah vena dengan jari-jari tangan kiri agar vena tidak dapat bergerak.
         d) Tusuk vena dengan jarum spuit dengan tangan kanan sampai ujung jarum masuk ke dalam lumen vena.
         e) Meminta pasien untuk melepas genggaman.
         f) Secara perlahan tarik penghisap spuit sampai jumlah darah yang dikehendaki didapat.
         g) Petugas melepas tourniquet, lalu menaruh kapas diatas jarum, cabutlah spuit dan jarum.
         h) Petugas melekatkan hipavik dibekas tusukan.
         i) Petugas melepaskan jarum dari spuit dan alirkan darah kedalam wadah melalui dinding.
         j) Petugas segera memberi antikoagulan jika diperlukan.
      3) Urin
         a) Urin ditampung dalam pot urin dan diperiksa sebelum 2 jam.

| | |
|---|---|
| | 4) Sputum<br>b) Pengambilan sputum sewaktu di tampung dalam wadah bermulut lebar seperti Pot sputum bermulut lebar. Pasien dipersilahkan menuju ke ruang pojok TB untuk berdahak dan menampungnya pada wadah yang telah disediakan.<br>c) Pengambilan sputum pagi, pasien dipersilakan untuk menampung sputum pada pagi hari setelah bangun tidur, sebelum pasien makan dan minum.<br>d) Kemudian dilakukan pemeriksaan BTA<br>5) Feses<br>a) Pengambilan feses ditampung dalam wadah mulut lebar.<br>4. Penyimpanan Spesimen<br>a. Spesimen slide BTA disimpan pada box slide sesuai nomor urut kemudian box slide disimpan di lemari penyimpanan yang kering dan bersih. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | 1. Ruang Pelayanan Laboratorium<br>2. Ruang Pelayanan Rawat Jalan<br>3. Ruang Tindakan Kegawat Daruratan<br>4. Ruang Pelayanan Rawat Inap |
| 8. Dokumen Terkait | Buku register laboratorium |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

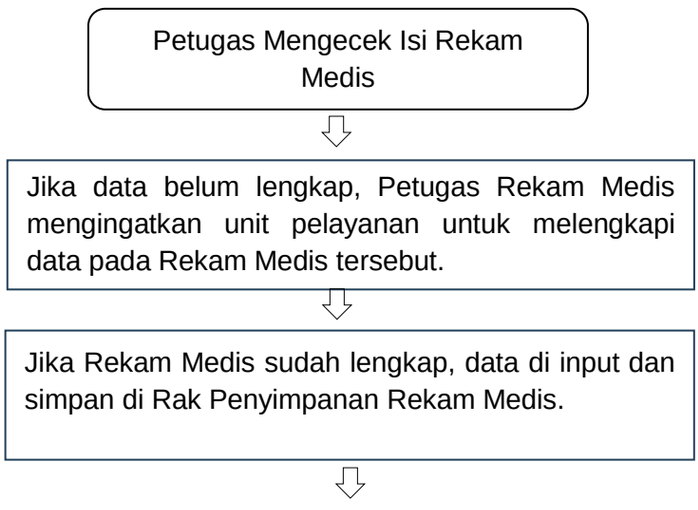
| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PELAYANAN REKAM MEDIS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/066/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 28 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Berkas rekam medis merupakan catatan informasi yang akurat tentang data pasien yang meliputi catatan, identitas pasien, anamnesis, pemeriksaan fisik, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang, diagnosis, tindakan medis, dan proses pengobatan yang diberikan kepada pasien. Informasi yang ada pada berkas rekam medis bersifat rahasia sehingga harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya. |
| 2. Tujuan | 1. Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk tertib administrasi dalam rangka Upaya meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan di UPT Puskesmas Permata Kecubung.<br>2. Tersedianya pedoman bagi petugas terkait dengan kegiatan penyimpanan/ pengeluaran Kembali berkas rekam medis dari lemari atau ruang penyimpanan berkas rekam medis.<br>3. Menjaga keamanan dan kerahasiaan berkas rekam medis. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/037/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis. |
| 4. Referensi | 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis.<br>3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2012 Tentang Rahasia Kedokteran.<br>4. PERMENKES RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis.<br>5. Pedoman Pelayanan Rekam Medis. |
| 5. Prosedur | 1.Petugas melakukan persiapan, yaitu :<br>a. Petugas menyiapkan formulir-formulir rekam medis rawat jalan baru.<br>b. Petugas menyiapkan register Kunjungan Pasien untuk pencarian RM lama dan penginputan RM baru.<br>c. Petugas menyiapkan buku register kunjungan pasien rawat jalan, yaitu buku yang berisi catatan identitas pasien, ruang pelayanan yang di tuju, jenis jaminan sebagai catatan kunjungan pasien harian. |

| | |
|---|---|
| | 2. Petugas melakukan registrasi Pasien<br>a. Petugas menanyakan kepada pasien yang datang, apakah sudah pernah berobat. Bila belum berarti pasien baru dan bila sudah berarti pasien lama.<br>b. Pelayanan kepada pasien baru meliputi :<br>- Menanyakan kartu identitas pasien.<br>- Menanyakan keluhan utamanya guna memudahkan mengarahkan pasien ke ruang pelayanan yang sesuai.<br>- Menanyakan apakah membawa surat rujukan. Bila membawa : Tempelkan pada formulir rekam medis pasien rawat jalan<br>- Membuat dokumen rekam medis baru<br>- Mengisi identitas pasien pada dokumen Rekam Medis dan pada register Kunjungan Pasien serta melakukan pengecekkan dan penginputan pada pcare BPJS dan Antrean BPJS.<br>- Mencatat pada register kunjungan pasien<br>c. Pelayanan kepada pasien lama meliputi :<br>- Menanyakan kartu identitas pasien.<br>- Mencari nomor rekam medis pasien di register Kunjungan Pasien.<br>- Mengambil dokumen rekam medis pasien pada rak filling atau lemari penyimpanan dokumen rekam medis.<br>- Menanyakan keluhan utamanya guna memudahkan mengarahkan pasien ke ruang pelayanan yang sesuai.<br>- Menanyakan apakah membawa surat rujukan. Bila membawa : Tempelkan pada formulir rekam medis pasien rawat jalan<br>- Menginput data pasien ke Aplikasi Antrean BPJS dan Pcare BPJS bila pasien merupakan peserta BPJS<br>- Mencatat pada register kunjungan pasien<br>3. Petugas mendistribusikan dokumen rekam Medis ke ruang pelayanan yang dituju.<br>4. Petugas memastikan Isi Rekam Medis dan Pengisian Informasi Klinis, antara lain :<br>a. Identitas pasien;<br>b. Tanggal dan waktu;<br>c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;<br>d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;<br>e. Diagnosis;<br>f. Rencana penatalaksanaan;<br>g. Pengobatan dan / atau tindakan;<br>h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;<br>i. Persetujuan dan penolakan tindakan jika diperlukan; |

| | |
|---|---|
| | j. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogran klinik; dan<br>k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan<br><br>5.Petugas melakukan pengolahan data dan pengkodean<br><br>6.Petugas melakukan pengklaiman Pembiayaan<br><br>7.Petugas melakukan penyimpanan RM<br><br>a. Setelah selesai pelayanan, petugas ruang pelayanan mengembalikan dokumen rekam medis ke ruang rekam medis.<br>b. Mencocokkan jumlah pasien dengan jumlah pendaftaran pasien rawat jalan.<br>c. Merekap jumlah kunjungan pasien baru dan pasien lama, untuk keperluan stastistik puskesmas.<br>d. Merekap jumlah kunjungan perbulan untuk keperluan stastistik puskesmas.<br>e. Petugas menyimpan dokumen rekam medis ke rak filling sesuai dengan nomor rekam medis.<br><br>8.Untuk Pelepasan informasi Kesehatan, Rekam medis dapat disampaikan kepada keluarga terdekat dalam hal :<br>a. Pasien dibawah umur 18 tahun; dan atau<br>b. Pasien dalam keadaan darurat.<br>c. Persetujuan pasien guna : kepentingan pemeliharaan Kesehatan, pengobatan, penyembuhan, dan perawatan, permintaan pasien sendiri, keperluan administrasi, pembayaran asuransi atau jaminan pembiayaan Kesehatan;<br><br>9.Untuk pemusnahan RM<br><br>Kebijakan tentang penyimpanan (Retensi) rekam medis yaitu selama 2 tahun. Apabila selama 2 tahun berturut-turut pasien sudah tidak berkunjung ke puskesmas maka berkas rekam medis, data dan informasi dapat dimusnahkan. |
| 7. Diagram Alir |  |

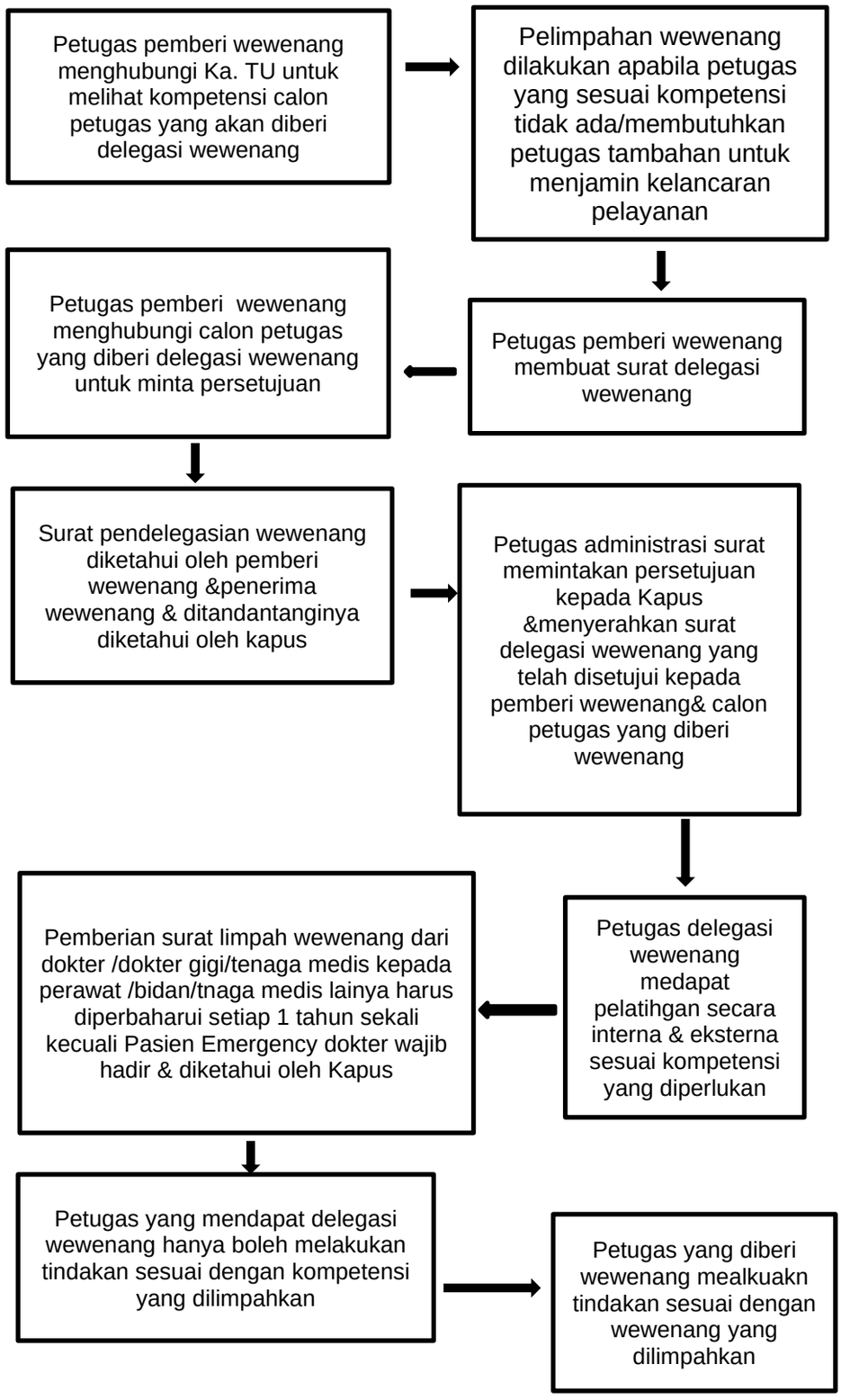
| | |
|---|---|
| | Petugas Secara berkala mengecek Data rekam medis agar tidak ada rekam medis yang ganda dan rekam medis |
| 8. Unit terkait | ▪ Ruang Pendaftaran<br>▪ Ruang Pemeriksaan Umum<br>▪ Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>▪ Ruang Ibu dan KB<br>▪ Ruang Pemeriksaan Anak dan Imunisasi<br>▪ Ruang Tindakan dan Gawat darurat<br>▪ Ruang Persalinan<br>▪ Ruang Farmasi<br>▪ Ruang Laboratorium<br>▪ Ruang Pemeriksaan Khusus<br>▪ Ruang KIE<br>▪ Ruang Rawat Inap |
| 9. Dokumen Terkait | Rekam Medis |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PELIMPAHAN WEWENANG** | COPY KE - 2 DOKUMEN TERKENDALI |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/052/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 20 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Pelimpahan wewenang adalah proses pengalihan tugas kapada orang lain yang sah atau terlegitimasi (menurut mekanisme tertentu dalam organisasi) dalam melakukan berbagai aktifitas yang ditujukan untuk pencapaian tujuan organisasi yang jika tidak dilimpahkan akan menghambat proses pencapaian tujuan tersebut. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah dalam melakukan pelimpahan wewenang |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor :800/008/SK.I/PKM-PK/2023 Tentang Pelimpahan Wewenang |
| **4. Referensi** | Kesepakatan bersama |
| **5. Prosedur** | 1. Petugas pemberi wewenang menghubungi kepala tata usaha untuk melihat kompetensi calon petugas yang sesuai yang akan diberi delegasi wewenang. Prinsip pendelegasian wewenang adalah kepada petugas yang dianggap mampu untuk melaksanakan tindakan bagi pemberi wewenang.<br>2. Pelimpahan wewenang dilakukan apabila petugas yang sesuai kompetensi tidak ada atau membutuhkan petugas tambahan untuk menjamin kelancaran pelayanan<br>3. Petugas pemberi wewenang membuat surat delegasi wewenang<br>4. Petugas pemberi wewenang menghubungi calon petugas yang diberi delegasi wewenang untuk meminta persetujuan<br>5. Surat pendelegasian wewenang diketahui oleh pemberi wewenang maupun penerima wewenang dengan menandatanganinya dan diketahui oleh kepala puskesmas<br>6. Petugas pemberi wewenang menyerahkan surat delegasi wewenang ke administrasi surat untuk diberikan nomor surat<br>7. Petugas administrasi surat memintakan persetujuan kepada kepala puskesmas.<br>8. Petugas administrasi surat menyerahkan surat delegasi wewenang yang telah disetujui kepada petugas pemberi wewenang dan calon petugas yang diberi wewenang<br>9. Petugas yang mendapat delegesi wewenang harus mendapat pelatihan secara interna dan atau eksterna sesuai kompetesi yang diperlukan<br>10. Petugas yang mendapat delegasi wewenang hanya boleh melakukan tindakan sesuai dengan kompetensi yang dilimpahkan<br>11. Petugas yang diberi wewenang melaksanakan tindakan sesuai dengan wewenang yang dilimpahkan. |

| | |
|---|---|
| **6. Bagan Alir** |  |
| **7. Unit Terkait** | Semua Unit Pelayanan UKPP |
| **8. Dokumen Terkait** | |

**9. Rekam Historis Perubahan**

| No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI<br>**PEMANTAUAN/MONITORING OBAT GAWAT DARURAT SECARA BERKALA** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/085/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 8 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Monitoring pemantauan obat gawat darurat secara berkala adalah merupakan kegiatan pemantauan persediaan dan mutu obat pelayanan gawat darurat di unit kerja terkait. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk mengendalikan ketersediaan obat emergensi dan menjamin mutu obat yang akan dipergunakan untuk pelayanan pasien gawat darurat. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor: 800/043/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas Farmasi melakukan pemeriksaan terhadap obat emergensi yang dikelola secara rutin setiap bulan serta memonitoring ketersediaan obat emergensi di unit pelayanan.<br>2. Petugas Farmasi memisahkan obat emergensi yang ditemukan telah rusak atau kadaluwarsa.<br>3. Petugas Farmasi mencatat semua pemakaian obat sebagai monitoring obat emergensi di unit pelayanan, antara lain ketersediaan stok, tanggal kadaluwarsa dan keadaan fisik obat.<br>4. Petugas Farmasi melakukan evaluasi atas data hasil monitoring obat emergensi di unit pelayanan di minggu keempat setiap bulannya dan disampaikan pada rapat lokmin pada minggu pertama dibulan berikutnya.<br>5. Petugas Farmasi melaporkan hasil evaluasi kepada kepala puskesmas. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | 1. Ruang pemeriksaan umum<br>2. Ruang Tindakan dan gawat darurat<br>3. Ruang KIA-KB<br>4. Ruang Kesehatan gigi dan mulut<br>5. Ruang Persalinan. |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PEMBERIAN INFORMASI OBAT (PIO)** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/083/SOP.III/PKM-PK/2023 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt** |
| | Tanggal Terbit : 8 Mei 2023 | NIP. 19820603 200902 1 002 |
| | No. Revisi : 0 | |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemberian informasi obat adalah proses kegiatan yang meliputi aspek teknis dan non teknis yang harus dikerjakan agar pasien memahami cara penggunaan obat yang diterima. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah agar pasien mendapat obat sesuai dengan resep dokter dan mendapat informasi penggunaan obat. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor: 800/043/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas Farmasi memanggil nama pasien<br>2. Petugas Farmasi mengidentifikasi pasien dengan menanyakan identitas pasien dengan minimal 2 identitas yang tidak berubah misalnya nama lengkap, NIK, tanggal lahir, nomor rekam medik, atau alamat pasien.<br>3. Petugas Farmasi menyerahkan obat sesuai resep dengan memberikan informasi cara penggunaan obat (PIO) meliputi<br>a. Nama Obat<br>b. Sediaan<br>c. Dosis<br>d. Cara Pakai<br>e. Penyimpanan<br>f. Indikasi<br>g. Kontraindikasi<br>h. Stabilitas<br>i. Efek Samping<br>j. Intraksi Obat<br>4. Petugas Farmasi menginformasikan apabila ada alergi obat segera kembali ke fasilitas kesehatan atau praktek dokter terdekat<br>5. Petugas Farmasi meminta pasien atau keluarga pasien mengulang cara penggunaan obat yang telah disampaikan<br>6. Petugas Farmasi memastikan pasien memahami informasi obat yang telah disampaikan, setelah pasien memahami apa yang dijelaskan |

| | |
|---|---|
| | petugas farmasi, petugas farmasi menceklist PIO dan menandatangani pada kolom petugas di kolom PIO dan pasien juga diarahkan untuk menandatangani pada kolom pasien di kolom PIO pada kertas resep.<br>7. Petugas farmasi mempersilahkan pasien pulang.<br>8. Petugas Farmasi memantau efek samping obat, apabila ada kejadian efek samping obat pada pasien saat penggunaan obat maka petugas farmasi menulis kejadian tersebut pada formulir pelaporan efek samping obat dan kemudian dilaporkan ke PJ. UKP, PJ. Mutu dan diketahui Kepala Puskesmas. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PEMBINAAN PHBS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/033.b/SOP.II/PKM-PKM/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19[illegible]0603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau, dan mampu melaksanakan PHBS serta berperan aktif dalam Gerakan Kesehatan di masyarakat |
| 2. Tujuan | Untuk mecapai Rumah tangga sehat |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/002/SK.I/PKM.PK/2023 tentang jenis-jenis pelayanan Puskesmas yang disediakan. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes no 43 tahun 2019 tentang puskesmas<br>2. Permenkes Nomor 08 tahun 2019 tentang pemberdayaan Masyarakat<br>3. Buku pedoman pengelolaan promosi Kesehatan tahun 2008 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas puskesmas mendatangi RT di desa/ kelurahan yang akan dibina PHBS<br>2. Petugas meminta kepala keluarga untuk mendengarkan sejenak penjelasan terkait materi yang akan disampaikan<br>3. Petugas memberikan informasi Kesehatan tentang 10 indikator PHBS di RT<br>4. Pembinaan selesai |
| 6. Unit terkait | 1. Lintas sektor<br>2. Lintas Program |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PEMBINAAN POSYANDU** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/033.c/SOP.II/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG

COPY KE - 2 DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Memberikan arahan dan dukungan kepada kader posyandu dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab kegiatan posyandu |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah untuk melakukan pembinaan posyandu |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/002/SK.I/PKM.PK/2023 tentang jenis-jenis pelayanan Puskesmas yang disediakan. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes no 43 tahun 2019 tentang puskesmas<br>2. Permenkes Nomor 08 tahun 2019 tentang pemberdayaan Masyarakat<br>3. Buku pedoman pengelolaan promosi Kesehatan tahun 2008 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas puskesmas mengkonfirmasi jadwal posyandu dengan kader dan menginformasikan akan melakukan pembinaan<br>2. Penyelnggaraan posyandu, dan mengecek kelengkapan administrasi<br>3. Petugas menganalisis hasil dari kegiatan posyandu, Menyusun RTL |
| 6. Unit terkait | 1. Lintas sektor<br>2. Lintas Program |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN DILUAR JAM KERJA** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/075b/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu pemeriksaan yang dilakukan diluar jam kerja dan sudah ditentukan pada sore hari atau hari libur |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk pedoman petugas laboratorium untuk melakukan pemeriksaan diluar jam kerja. |
| 3. Kebijakan | 1. Kemenkes RI No. HK.0101/MENKES/165/2023 Tenteng Standar Akreditasi Puskesmas<br>2. Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/ 040/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas<br>2. Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan yang Benar, Depkes RI, 2008. |
| 5. Prosedur | 1. Paramedis atau dokter menghubungi petugas laboratorium untuk melakukan pemeriksaan pasien<br>2. Petugas laboratorium segera mendatangi dan mengambil lembar permintaan pemeriksaan di unit terkait<br>3. Petugas menyiapkan alat dan bahan yang akan digunakan untuk pemeriksaan<br>4. Petugas mencocokkan identitas pasien dan mengambil sampel pada pasien<br>5. Petugas memeriksa sampel dan menyerahkan hasil pada unit terkait<br>6. Petugas mencatat hasil pemeriksaan dibuku register |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit Terkait | 1. Ruang Tindakan Kegawat Daruratan<br>2. Ruang Rawat Inap |
| 8. Dokumen Terkait | Buku Register Laboratorium |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN LABORAT YANG BERISIKO TINGGI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/075c/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemeriksaan labratorium yang berisiko tinggi adalah tindakan yang dilakukan dalam rangka pencegahan terhadap terjadinya infeksi yang mungkin diperoleh akibat pelayanan yang diberikan baik petugas maupun pasien dalam pemeriksaan laborat yang berisiko tinggi |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk petugas dan lingkungan sekitar terhindar dari paparan mikroorganisme yang dimungkinkan bersumber dari sample pemeriksaan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/ 040/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Permenkes RI No. 37 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Puskesmas. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas laboratorium menyiapkan Alat Pelindung Diri (APD) , berupa masker, sarung tangan, jas laboratorium, dan desinfektan<br>2. Petugas laboratorium memakai APD sebelum melaksanakan tugas / kontak dengan pasien yang mempunyai resiko menularkan penyakit.<br>3. Petugas laboratorium mencuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien.<br>4. Petugas laboratorium memisahkan bahan sisa limbah medis dan non medis.<br>5. Petugas laboratorium membuang sisa pemeriksaan pada tempatnya yang sebelumnya diberi desinfektan terlebih dahulu.<br>6. Petugas laboratorium membersihkan dan mendesinfektan tempat pemeriksaan.<br>7. Petugas laboratorium mensterilkan alat pemeriksaan.<br>8. Petugas menyimpan kembali APD pada tempatnya sesuai tatacara penyimpanan, kecuali bagi APD yang disposable.<br>9. Jika pemeriksaan berupa pemeriksaan BTA:<br>a. Simpan sisa slide pemeriksaan BTA di box slide sesuai nomor urut.<br>b. Untuk sisa sampel sputum sebelum dibuang ke limbah medis, terlebih dahulu diberi larutan desinfektan pada pot sisa sputum tersebut. Lalu pot sisa sputum ditutup rapat dan dimasukkan kedalam plastik untuk kemudian dibuang ke Tempat Pembuangan Sementara. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Pelayanan Laboratorium |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PEMULANGAN PASIEN DAN TINDAK LANJUT** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/063/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 22 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Pemulangan pasien dan tindak lanjut adalah proses mempersiapkan pasien yang sudah selesai menjalani pengobatan di Puskesmas Permata Kecubung dan menentukan rencana tindak lanjut pengobatan pasien selanjutnya. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk mempersiapkan pasien pulang ke rumah dan melakukan tindak lanjut dari pengobatan yang telah dijalani. |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| **4. Referensi** | Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan |
| **5. Prosedur** | 1. Petugas memulangkan pasien sesuai kriteria pemulangan pasien, antara lain : |

| NO | Kriteria | Tindak Lanjut |
|---|---|---|
| 1. | Ruang Tindakan dan Gawat Darurat | |
| | - Pasien kondisi stabil, GCS 4-5-6<br>- Tidak didapatkan tanda gawat darurat yang mengancam jiwa<br>- Prognosis pasien baik<br>- Pasien dapat meminum obat dan mematuhi petunjuk dokter pemeriksa | - Sudah dilakukan rawat luka dan hecting bila diperlukan<br>- Sudah dilakukan penghentian perdarahan dengan hecting bila diperlukan<br>- Pasien diberi informasi cara minum obat dan cara perawatan di rumah<br>- Apabila terjadi tanda-tanda penurunan kondisi segera Kembali memeriksakan diri<br>- Kontrol apabila obat habis |
| 2. | Ruang Persalinan | |
| | - Kondisi ibu stabil, kontraksi uterus bagus, keras, perdarahan tidak massif, BAK Normal<br>- TTV Baik<br>- Ibu dapat meminum obat dan mematuhi petunjuk dokter pemeriksa | - Ajari cara melakukan perawatan secara mandiri di rumah seperti : massase/ pijatperut bagian bawah (Uterus).<br>- Sudah dilakukan penghentian perdarahan dengan injeksi oksitosin, pemasangan infus, pemberian obat penghentian perdarahan iv maupun oral, kompresi Bimanual Interna dan eksterna dan dilakukan observasi selama 1 jam, Perdarahan berkurang. |

| | | |
|---|---|---|
| | | - Mampu kontrol apabila obat habis |
| | Bayi :<br>a. Kondisi stabil<br>b. Sudah BAB & BAK<br>c. Mampu menetek<br>d. Mampu dirawat oleh ibu dan keluarga | - Ajari ibu dan keluarga untuk melakukan perawatan<br>- Edukasi menegnai ASI Eksklusif dan cara menyusui yang baik dan benar |
| 3. | Pasien Rujukan | |
| | - Tidak dapat ditangani di Puskesmas, serta perlu penanganan lebih lanjut | - Dilakukan stabilisasi dan meminta persetujuan rujukan.<br>- Mempersipkan rujukan, transportasi rujukan, serta monitoring selama rujukan. |

2. Petugas perlu memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarganya untuk bertanya apabila ada hal yang kurang jelas.
3. Petugas mencatat dalam rekam medis
4. Pasien dan keluarga menyelesaikan proses administrasi lalu pasien pulang.

| | |
|---|---|
| **6. Bagan Alir** | |
| **7. Unit Terkait** | 1. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>2. Ruang Persalinan |
| **8. Dokumen Terkait** | |

**9. Rekaman Historis Perubahan**

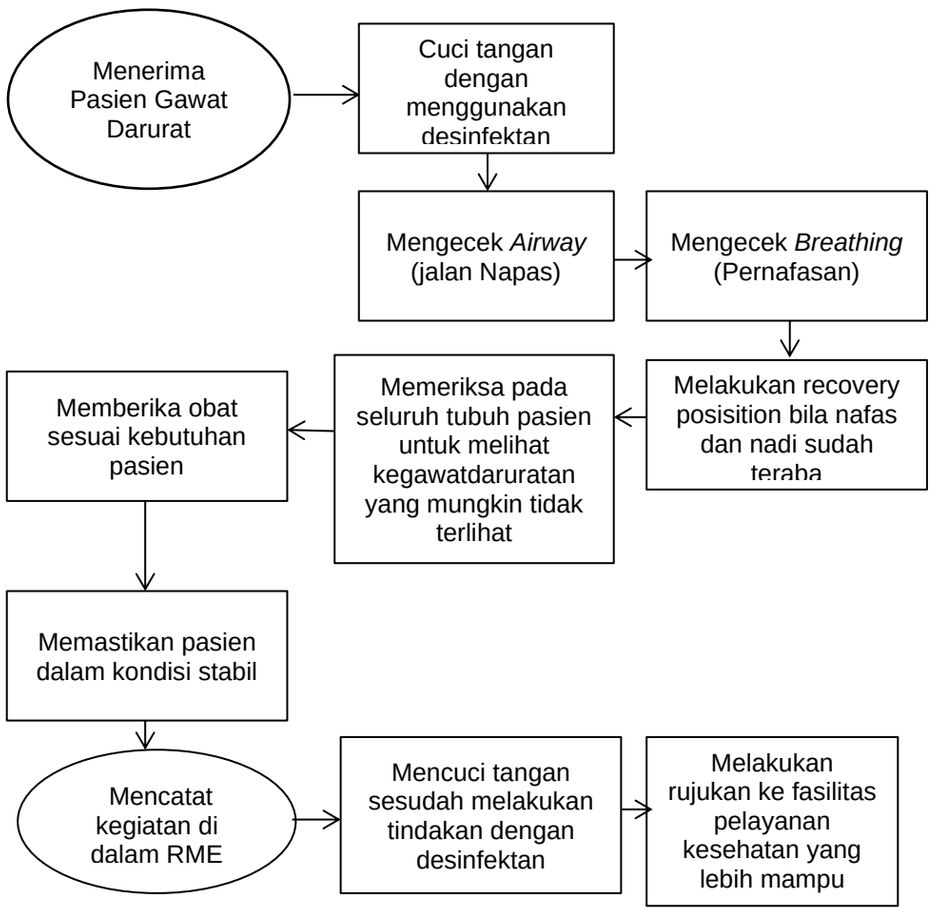
| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/054/SOP.III/PKM-PK/2023 | Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |
| | Tanggal Terbit : 20 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Penanganan pasien gawat darurat adalah suatu pertolongan yang cepat dan tepat pada pasien untuk mencegah kematian maupun kecacatan. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah–langkah penanganan pasien gawat darurat. |
| **3. Kebijakan** | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/035/SK.III/PKM-PK/ 2023 tentang Triase dan Gawat Darurat |
| **4. Referensi** | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| **5. Prosedur** | Petugas menerima pasien di ruang tindakan dan gawat darurat.<br>1. Petugas menentukan dan memastikan resiko tinggi yang diderita pasien.<br>2. Petugas melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan dengan desinfektan.<br>3. Petugas memakai APD (masker, sarung tangan, pakaian kerja,kaca mata).<br>4. Petugas memeriksa kesadaran pasien untuk menentukan keadaan umum pasien sadar atau tidak.<br>5. Petugas mengidentifikasi pasien berdasarkan prioritas penanganan (pasien gawat tidak darurat, pasien tidak darurat tidak gawat, pasien gawat darurat) jika pasien lebih dari satu.<br>6. Petugas memeriksa *Circulation* (sirkulasi darah) :<br>a. Periksa nadi karotis, apakah ada denyut nadi atau tidak.<br>b. Bila ada denyut nadi karotis, lanjutkan pemberian bantuan nafas.<br>c. Bila tidak ada denyut nadi karotis, lakukan kompresi jantung dengan frekuensi 30 kali per siklus.<br>d. Lakukan evaluasi nafas dan sirkulasi setiap 5 siklus Resusitasi Jantung Paru (RJP).<br>7. Petugas mengecek *Airway* (jalan napas) :<br>a. Periksa jalan napas, bebaskan jalan napas dari sumbatan seperti sekret, darah dan benda asing.<br>b. Lakukan tindakan *triple manouver* : *head tilt* (ekstensi kepala), *chin lift* (angkat dagu keatas), *jaw thrust* (dorong rahang bawah kedepan).<br>c. Buka mulut.<br>d. Pemasangan oropharingeal tube bila pasien tidak sadar.<br>8. Petugas memeriksa *breathing* (pernafasan) :<br>a. Periksa pernafasan pasien bernafas atau tidak dengan *listen* (suara nafas), *look* (melihat gerakan dada), *feel* (merasakan ada udara atau tidak).<br>b. Bila tidak bernafas segera beri bantuan nafas :<br>Bantuan nafas buatan tanpa alat dari mulut ke mulut (harus |

| | |
|---|---|
| | dengan barier/ pengaman).<br>Bantuan nafas buatan dengan alat ambu bag denganfrekuensi 30 kompresi dada : 2 pemberian nafas.<br>c. Bila pasien bernafas segera beri terapi oksigen melalui :<br>1) Nasal catheter 3 liter<br>2) Mask 6-8 liter<br>9. Petugas melakukan recovery position bila nafas dan nadi sudah teraba.<br>10. Petugas memeriksa pada seluruh tubuh pasien untuk melihat kegawatdaruratan yang mungkin tidak terlihat.<br>11. Petugas memberikan obat sesuai kebutuhan pasien,<br>12. Petugas memastikan pasien bahwa pasien dalam kondisi stabil.<br>13. Petugas memisahkan alat-alat kesehatan yang sudah digunakan.<br>14. Petugas menempatkan alat-alat kesehatan yang sudah terkontaminasi secara terpisah.<br>15. Petugas membuang masker dan sarung tangan ke tempat sampah infeksius.<br>16. Petugas melakukan cuci tangan sesudah melakukan tindakan dengan desinfektan.<br>17. Petugas melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu apabila diperlukan.<br>18. Petugas mencatat kegiatan di dalam simpus elektronik dan form yang diperlukan. |
| **6. Bagan Alir** |  |
| **7. Unit Terkait** | 1. Ruangan Pemeriksaan umum dan Ruangan Tindakan<br>2. Ruangan Kesehatan gigi dan mulut<br>3. Ruangan KIA-KB<br>4. Ruang Tindakan dan Gawat darurat<br>5. Ruang bersalin<br>6. Ruang Rawat inap |

| **8. Dokumen Terkait** | |
|---|---|

**9. Rekaman Historis Perubahan**

| No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENCATATAN DAN PELAPORAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/045/SOP.II/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG

COPY KE - 2 DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pencatatan dan Pelaporan adalah pembuatan dan perekapan dokumentasi hasil data capaian kinerja upaya Puskesmas secara akurat, lengkap, dan tepat waktu (KMP, UKM, UKP, Farmasi, dan Laboratoriun) setiap bulan dengan waktu tertentu yang merupakan satu kesatuan sistem/ komponen yang saling berkaitan, berintegrasi dengan tujuan tertentu yang dilaporkan baik secara manual maupun secara elektronik (online). |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pencatatan dan pelaporan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/030/SK.II/PKM.PK/2023 tentang Pencatatan dan Pelaporan |
| 4. Referensi | 1. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas.<br>2. Kesepakatan Bersama. |
| 5. Prosedur | 1. Pelaksana kegiatan (KMP, UKM, UKP, Pustu dan Poskesdes) mencatat semua hasil kegiatan di dalam buku bantu kegiatan dan buku registrasi (tutup buku tanggal 25).<br>2. Pelaksana kegiatan (KMP, UKM, UKP, Pustu dan Poskesdes) mengolah data hasil capaian kinerja kegiatan setiap bulan, triwulan dan tahunan.<br>3. Pelaksana kegiatan (KMP, UKM, UKP, Pustu dan Poskesdes) menyerahkan data yang telah diolah berupa laporan kepada penaggung upaya masing-masing.<br>4. Kepala Tata Usaha menerima laporan dari penanggung jawab upaya (KMP, UKM, UKP, Pustu dan Poskesdes) untuk ditindaklanjuti.<br>5. Kepala Tata Usaha memberikan laporan dari masing-masing upaya kepada Kepala Puskesmas.<br>6. Kepala Puskesmas bersama Penanggung jawab upaya menganalisis data laporan kegiatan yang dilaporkan secara manual maupun elektronik.<br>7. Kepala Puskesmas menyerahkan kembali laporan kegiatan upaya kepada Kepala Tata Usaha.<br>8. Kepala Tata Usaha menginstruksikan kepada petugas Sistem Informasi Puskesmas (SIP) untuk pembemberian nomor surat dan mengarsipkan surat.<br>9. Tim SIP melaporkan hasil data capaian kinerja kegiatan (KMP, UKM, UKP) kepada Dinas Kesehatan Kabupaten baik secara manual maupun elektronik. |
| 6. Bagan Alir | |

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | Semua pegawai UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Laporan Bulanan (Manual dan Elektonik)<br>2. Kode Etik Perilaku Pegawai Puskesmas<br>3. Register Agenda Surat Keluar<br>4. Buku agenda pengarsipan surat |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENDAFTARAN RUANG BERSALIN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/048a/SOP.III/PKM-PK/2023 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |
| | Tanggal Terbit : 15 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Pendaftaran adalah proses, cara, perbuatan mendaftar (mendaftarkan) disertaidengan kegiatan pencatatan nama, alamat, dan sebagainya dalam buku registerdan rekam medis.<br>Ruang Bersalin merupakan tempat pelayanan di Puskesmas yang berperan sebagai tempat kegiatan dan tindakan melayani pasien yang akan melahirkan, pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga bidan yang kompeten dan professional. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah untuk pendaftaran pasien di ruang bersalin |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata kecubung Nomor : 800/033//SK.III/KM.PK/2023 Tentang Pelayanan Klinis |
| **4. Referensi** | Kesepakatan Bersama |
| **5. Prosedur** | **1.** Petugas mempersilahkan pasien duduk<br>**2.** Bagi pasien emergency, proses pendaftaran dilakukan oleh keluarga pasien, pasien langsung masuk ruang bersalin<br>**3.** Petugas menanyakan apakah sebelumnya sudah pernah berkunjung atau berobat di Puskesmas Permata Kecubung kepada pasien atau yang mengantar<br>**4.** Jika tidak pernah berkunjung ke Puskesmas Permata kecubung :<br>a. Petugas meminta pasien atau yang mengantar untuk menunjukkan: kartu identitas (KTP) dan kartu BPJS (jika ada).<br>b. Untuk peserta BPJS petugas melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu. Setelah dilakukan pengecekan petugas mengembalikan kartu identitas kepada pasien.<br>c. Petugas menginput identitas pasien pada register sesuai kartu identitas yang terdiri dari:<br>1) Nama lengkap (tanpa disingkat, disertai title jika ada)<br>2) Jenis kelamin<br>3) Agama<br>4) Tempat dan tanggal lahir (tanggal/bulan/tahun)<br>5) Alamat lengkap sesuai kartu identitas (Jalan/Gang-RT/RW-Kelurahan-Kecamatan)<br>6) Nomor HP yang bisa dihubungi<br>7) Status Perkawinan<br>8) Penjamin<br>d. Petugas meminta pasien menunjukkan Buku Kesehatan Ibu dan Anak<br>e. Petugas membuat rekam medis untuk pasien.<br>f. Petugas mengantar rekam medis ke ruang bersalin |

| | |
|---|---|
| | **5.** Jika pasien sebelumnya pernah berkunjung/ berobat ke Puskesmas Permata Kecubung :<br>a. Petugas meminta pasien atau yang mengantar untuk menunjukan kartu identitas.<br>b. Petugas menginput identitas pasien pada database excell.<br>c. Untuk peserta BPJS petugas melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu. Setelah dilakukan pengecekan petugas mengembalikan kartu identitas kepada pasien.<br>d. Jika pasien tidak membawa kartu identitas, maka petugas akan mencari pada database excell..<br>e. Petugas meminta pasien menunjukkan Buku Kesehatan Ibu dan Anak<br>f. Petugas mengisi rekam medis baru (yang nantinya akan di gabung dengan rekam medis lama)<br>g. Petugas mengambil rekam medis lama sesuai dengan nomor rekam medis.<br>h. Petugas mengantar rekam medis ke ruang bersalin<br>**6.** Jika pasien datang diluar jam kerja ke Puskesmas Permata Kecubung :<br>a. Petugas ruangan mengarahkan pasien untuk ke ruang tindakan dan gawat darurat<br>b. Bagi pasien emergency, proses pendaftaran dilakukan oleh keluarga pasien.<br>c. Petugas ruangan meminta pasien atau yang mengantar untuk menunjukan kartu identitas dan buku KIA<br>d. Untuk peserta BPJS petugas ruangan melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu.<br>e. Setelah dilakukan pengecekan, petugas ruangan mengembalikan kartu identitas kepada pasien.<br>f. Petugas ruangan menuliskan data pasien ke Rekam medis<br>g. Setelah pasien pulang, petugas ruangan mengembalikan Rekam Medis ke ruang RM dalam waktu 1x24 jam.<br>h. Petugas Pendafaran nantinya akan memasukan data pasien ke database excell dan memberikan nomor pada Rekam medisnya |
| **7. Bagan Alir** | |
| **8. Unit Terkait** | 1. Pendaftaran<br>2. Rekam Medis<br>3. Ruang KIA-KB<br>4. Ruang Persalinan |

**9. Rekaman Historis Perubahan**

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberikan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENDAFTRAN RUANG TINDAKAN GAWAT DARURAT** COPY KE - 2 DOKUMEN TERKENDALI | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/048b/SOP.III/PKM-PK/2023 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt** NIP. 19820603 200902 1 002 |
| | Tanggal Terbit : 15 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Pendaftaran adalah proses, cara, perbuatan mendaftar (mendaftarkan) disertaI dengan kegiatan pencatatan nama, alamat, dan sebagainya dalam buku register dan rekam medis.<br>Unit Gawat Darurat adalah bagian dari rumah sakit atau puskesmas yang menampung dan melayani pasien yang sangat gawat (atau luka parah) atau yang membutuhkan penanganan segera. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah untuk pendaftaran di ruang Tindakan dan gawat darurat |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor :<br>800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| **4. Referensi** | Kesepakatan Bersama |
| **5. Prosedur** | a. Pasien datang emergency tanpa keluarga dan tanpa identitas diri, petugas segera menempatkan pasien sesuai triase dan segera melakukan kajian klinis kepada pasien. Pendaftaran dilakukan jika pasien sudah stabil atau menunggu keluarga pasien datang.<br>b. Petugas menanyakan apakah sebelumnya sudah pernah berkunjung atau berobat di Puskesmas Permata Kecubung kepada pasien atau yang mengantar.<br>c. Jika tidak pernah berkunjung ke UPT Puskesmas Permata Kecubung :<br>1) Petugas meminta pasien atau yang mengantar untuk menunjukkan: kartu identitas (KTP / Kartu Keluarga).<br>2) Untuk peserta BPJS petugas melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu. Setelah dilakukan pengecekan petugas mengembalikan kartu identitas kepada pasien.<br>3) Petugas mencatat identitas pasien pada rekam medis dan buku register sesuai kartu identitas yang terdiri dari:<br>a) Nama lengkap (tanpa disingkat, disertai title jika ada)<br>b) Usia<br>c) Jenis kelamin<br>d) Agama<br>e) Tempat dan tanggal lahir (tanggal/bulan/tahun)<br>f) Alamat lengkap sesuai kartu identitas (Jalan/Gang-RT/RW-Kelurahan-Kecamatan)<br>g) Nomor HP yang bisa dihubungi<br>h) Status Perkawinan<br>i) Penjamin<br>4) Petugas membuat rekam medis untuk pasien<br>5) Petugas mengantar rekam medis ke ruang tindakan dan gawat darurat<br>d. Jika pasien sebelumnya pernah berkunjung / berobat ke Puskesmas Permata Kecubung:<br>1) Jika pasien tidak membawa kartu identitas, maka petugas akan mencari nama pasien pada database excell.<br>2) Petugas mengisi rekam medis baru (yang nantinya akan di gabung dengan rekam medis lama)<br>3) Petugas mengambil rekam medis lama sesuai dengan nomor rekam medis. |

| | |
|---|---|
| | e. Jika pasien datang diluar jam kerja ke Puskesmas Permata Kecubung :<br>1) Petugas ruangan mengarahkan pasien untuk ke ruang tindakan dan gawat darurat<br>2) Bagi pasien emergency, proses pendaftaran dilakukan oleh keluarga pasien.<br>3) Petugas ruangan meminta pasien atau yang mengantar untuk menunjukan kartu identitas<br>4) Untuk peserta BPJS petugas ruangan melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu.<br>5) Setelah dilakukan pengecekan, petugas ruangan mengembalikan kartu identitas kepada pasien.<br>6) Petugas ruangan menuliskan data pasien ke Rekam medis<br>7) Setelah pasien pulang, petugas ruangan mengembalikan Rekam Medis ke ruang RM dalam waktu 1x24 jam.<br>8) Petugas Pendafaran nantinya akan memasukan data pasien ke database excell dan memberikan nomor pada Rekam medisnya |
| **6. Bagan Alir** | |
| **7. Unit Terkait** | a. Pendaftaran<br>b. Rekam Medis<br>c. Ruang Pemeriksaan Umum<br>d. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat |
| **8. Dokumen Terkait** | |

**9. Rekaman Historis Perubahan**

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENDAFTARAN PASIEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/048/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 15 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Pendaftaran adalah proses, cara, perbuatan mendaftar (mendaftarkan) disertai dengan kegiatan pencatatan nama, alamat, dan sebagainya dalam buku register dan rekam medis.<br>Rawat jalan adalah perawatan pasien dengan cara berobat jalan di Puskesmas Permata Kecubung |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah untuk pendaftaran pasien |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Pelayanan Klinis |
| **4. Referensi** | Kesepakatan Bersama |
| **5. Prosedur** | 1. Petugas mempersilahkan Pasien mengambil nomor antrian yang telah disediakan. Khusus pasien lanjut usia / Lansia ( usia ≥ 60 tahun), ibu hamil usia lebih dari 6 bulan dan pasien resiko jatuh akan didahulukan pelayanannya<br>2. Petugas memanggil pasien sesuai nomor antrian.<br>3. Petugas menanyakan maksud kedatangan pasien<br>4. Petugas menanyakan apakah sebelumnya sudah pernah berkunjung atau berobat di Puskesmas Permata Kecubung<br>5. Jika tidak pernah berkunjung ke Puskesmas Permata Kecubung :<br>a. Petugas meminta pasien menunjukkan: kartu identitas (KTP / Kartu Keluarga ) dan kartu BPJS (jika ada).<br>b. Untuk peserta BPJS petugas melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu.<br>c. Petugas mencatat identitas pasien pada rekam medis serta menanyakan ruang pelayanan tujuan pasien.<br>d. Petugas menjelaskan dan meminta persetujuan umum (general consent) tentang pelayanan di Puskesmas Permata Kecubung.<br>e. Petugas menginput data identitas pasien pada register online sesuai kartu identitas yang terdiri dari:<br>1) Nama lengkap (tanpa disingkat, disertai title jika ada)<br>2) Jenis kelamin<br>3) Agama<br>4) Tempat dan tanggal lahir (tanggal/bulan/tahun)<br>5) Alamat lengkap sesuai kartu identitas (Jalan/Gang-RT/RW-Kelurahan-Kecamatan)<br>6) Nomor HP yang bisa dihubungi<br>7) Status Nikah |

| | |
|---|---|
| | 8) Penjamin<br>f. Petugas membuat rekam medis untuk pasien<br>g. Pasien mengembalikan kartu identitas pasien.<br>h. Petugas mendistribusikan rekam medis sesuai dengan tujuan berobat pasien (Ruang pelayanan Umum, Ruang pelayanan Gigi, Ruang pelayanan KIA/KB, Ruang pelayanan khusus)<br>i. Petugas mempersilakan pasien menunggu panggilan dari ruang pelayanan.<br>6. Jika pasien sebelumnya pernah berkunjung/ berobat ke Puskesmas Permata Kecubung:<br>a. Petugas meminta pasien untuk menunjukan kartu identitas.<br>b. Petugas mencari nomor rekam medis di database excell sesuai dengan identitas pasien.<br>c. Untuk peserta BPJS petugas melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu. Setelah dilakukan pengecekan petugas mengembalikan kartu identitas kepada pasien.<br>d. Jika pasien tidak membawa kartu identitas, maka petugas akan mencari nama pasien pada database excell.<br>e. Petugas mengambil rekam medis sesuai dengan nomor rekam medis.<br>f. Petugas mendistribusikan rekam medis sesuai dengan tujuan berobat pasien (Ruang pelayanan Umum, Ruang pelayanan Gigi, Ruang pelayanan KIA/KB, Ruang pelayanan khusus)<br>g. Petugas mempersilakan pasien menunggu panggilan dari ruang pelayanan.<br>7. Petugas mencatat data kunjungan pasien ke buku register pendaftaran |
| **6. Bagan Alir** | |
| **7. Unit Terkait** | Semua Unit Pelayanan UKPP |
| **8. Dokumen Terkait** | |

## 9. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PENGELOLAAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/021/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan Limbah B3 merupakan upaya dalam penanganan limbah B3 yang dihasilkan selama proses pelayanan di fasilitas kesehatan baik limbah padat, gas dan cair. Pengelolaan dapat dilakukan secara mandiri maupun bekerjasama dengan pihak ketiga. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan dari penyebaran infeksi akibat limbah yang tidak dikendalikan, termasuk dari risiko cedera. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/019/SK.I/PKM-PK/2023 Tentang Penetapan Program MFK |
| 4. Referensi | 1. Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.<br>2. Permenkes No. 2 Tahun 2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan.<br>3. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Dan Kehutanan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2021 Tentang Tata Cara Dan Persyaratan Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya Dan Beracun.<br>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah. |
| 5. Prosedur | 1. Pengurangan<br>2. Pemilahan sesuai dengan jenis<br>Pemilahan dilakukan dimulai dari sumber penghasil limbah B3 hingga ke TPS limbah B3.<br>3. Pewadahan<br>Pewadahan harus kuat, anti karat dan kedap air dilengkapi dengan simbol B3 dan sesuai dengan karakteristiklimbah dijauhkan dari jangkauan orang umum.<br>4. Pengangkutan internal<br>Pengangkutan dilakukan dari sumber penghasil ke TPS oleh petugas di lakukan pengangkutan saat selesai jam pelayanan dengan menggunakan alat angkut dan menggunakan APD.<br>5. Penyimpanan sementara<br>Penyimpanan dilakukan di TPS dengan penempatan sesuai dengan karakteristik limbah.<br>6. Pengolahan<br>Limbah padat : dilakukan kerjasama dengan pihak ketiga.<br>Limbah cair : dilakukan pengolahan dengan IPAL<br>7. Pencatatan dan pelaporan |
| 6. Bagan Alir | - |

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | 1. Seluruh unit pelayanan<br>2. Seluruh unit non pelayanan |
| 8. Dokumen Terkait | - |

9. Rekaman Historis Perubahan

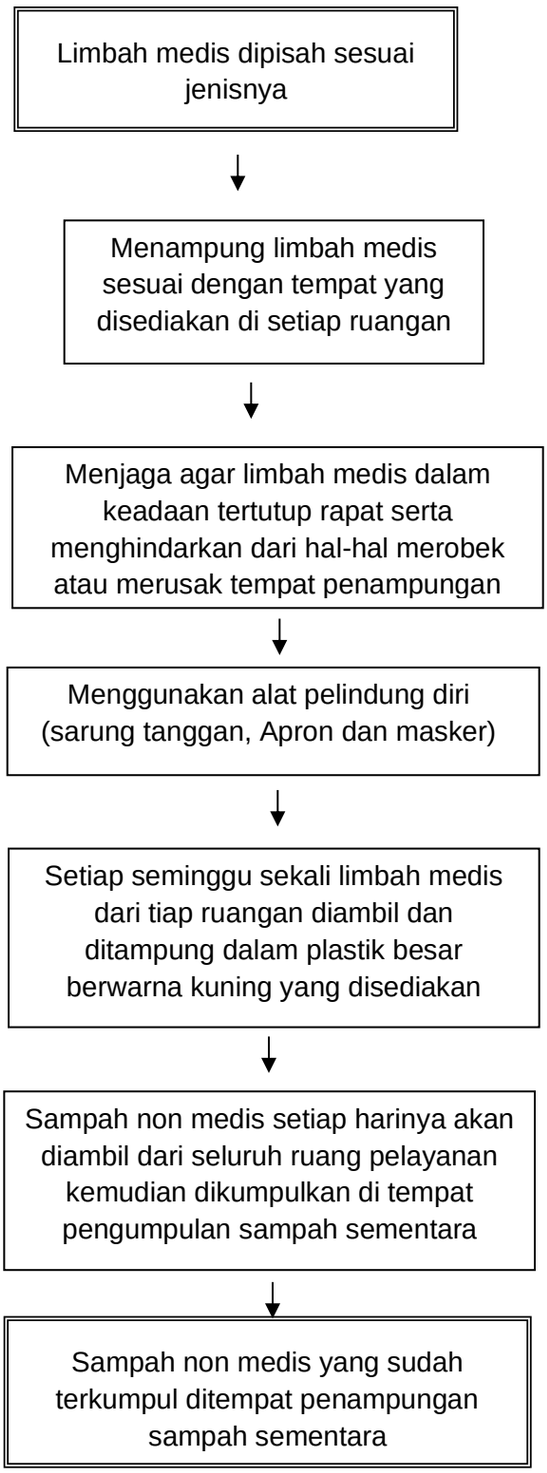
| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS DAN NON MEDIS** | |
| | No. Dokumen : 445/121/SP.V/PKM-PK/2023 | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | Tanggal Terbit : 12 April 2023 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt** |
| | No. Revisi : - | NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Limbah medis puskesmas adalah semua lilmbah yang dihasilkan dari kegiatan puskesmas dalam bentuk cair dan padat<br><br>Pengelolaan limbah medis padat Puskesmas adalah suatu tindakan yang dilakukan terhadap limbah medis padat mulai dari tahap pengumpulan di tempat sumber, penyimpanan, serta tahap pengangkutan oleh jasa Medivest yang menangani pengolahan limbah medis.<br><br>Limbah non medis adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan diluar medis di fasilitas pelayanan kesehatan, yang berasal dari dalam gedung dan luar gedung Puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan petugas sanitasi dalam melaksanakan penanganan dan pengelolaan limbah medis dan non medis. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/055/SK.V/PKM-PK/2023 tentang pelaksanaan pencegahan pengendalian infeksi |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi |
| 5. Prosedur | 1. Limbah medis dipisah sesuai jenisnya.<br>2. Menampung limbah medis sesuai dengan tempat yang disediakan di setiap ruangan.<br>3. Menjaga agar limbah medis dalam keadaan tertutup rapat serta menghindarkan dari hal-hal merobek atau merusak tempat penampungan limbah medis.<br>4. Menggunakan alat pelindung diri (sarung tanggan, Apron dan masker).<br>5. Setiap seminggu sekali limbah medis dari tiap ruangan diambil dan ditampung dalam plastik besar berwarna kuning yang disediakan.<br>6. Sampah non medis setiap harinya akan diambil dari seluruh ruang pelayanan kemudian dikumpulkan di tempat pengumpulan sampah sementara.<br>7. Sampah non medis yang sudah terkumpul ditempat penampungan sampah sementara akan diangkut oleh petugas pengangkut sampah menuju ke pembuangan akhir sampah setiap harinya. |

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | 1. Poli pemeriksaan umum<br>2. Ruang pelayanan kesehatan gigi<br>3. Ruang pelayanan KIA-KB<br>4. Ruang pelayanan imunisasi dan Anak<br>5. Ruang laboratorium<br>6. Ruang farmasi<br>7. Ruang bersalin<br>8. Ruang Rawat Inap<br>9. IGD |
| 8. Dokumen Terkait | Logbook |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGELOLAAN REAGEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/075d/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan reagen adalah suatu kegiatan yang meliputi pendataan dan penyimpanan reagen |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk pedoman bagi petugas laboratorium dalam melakukan penyimpanan reagen. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/ 040/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggraan Laboratorium Klinik yang Baik |
| 5. Prosedur | 1. Petugas melakukan rekapitulasi kebutuhan reagensia untuk diajukan setiap 2 bulan sekali melalui farmasi.<br>2. Petugas menggunakan kaidah pertama masuk – pertama keluar (FIFO ) first in first out yaitu reagen yang lebih dulu masuk persediaan harus digunakan lebih dahulu<br>3. Petugas menggunakan reagen yang mempunyai masa kadaluwarsa pendek untuk dipakai terlebih dahulu. (FEFO) first expire first out guna menjamin barang tidak rusak akibat penyimpanan lama<br>4. Petugas menyimpan larutan berwarna dan larutan organik dalam botol coklat.<br>5. Petugas menempatkan reagen pada tempat yang bersih.<br>6. Petugas menyimpan reagen pada tempat yang tidak terkena sinar matahari langsung<br>7. Petugas menyimpan reagen pada suhu ruang atau suhu dingin ($2^o$ C – $8^o$ C) tergantung jenis reagen.<br>8. Petugas membuat kartu stok pemakaian reagen. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | 1. Ruang Pelayanan Laboratorium<br>2. Ruang Pelayanan Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | Lembar pemantauan suhu lemari es |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang dubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI DAN BAHAN HABIS PAKAI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/079/SOP.III/PKM-PK/2023 | |
| | Tanggal Terbit : 8 Mei 2023 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt** |
| | No. Revisi : 0 | NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan sediaan farmasi dan bahan habis pakai adalah suatu kegiatan pelayanan farmasi yang terdiri dari perencanaan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan, pelaporan, pengarsipan serta pemantauan dan evaluasi pengelolaan |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengelolaan sediaan farmasi dan bahan habis pakai di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/043/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Prosedur | Perencanaan<br>1. Petugas farmasi mengumpulkan data pemakaian perbekalan farmasi dari peresepan, pemakaian obat di unit pelayanan, poskesdes dan pustu setiap bulan.<br>2. Petugas farmasi menyeleksi perbekalan farmasi yang sesuai dan di butuhkan<br>3. Petugas farmasi memperkirakan jumlah obat yang akan diamprah sama dengan pemakaian pada periode sebelumnya (Metode Konsumsi)<br>Permintaan<br>1. Petugas farmasi membuat permintaan obat rutin 3 bulan sekali dengan menggunakan LPLPO yang sudah diperiksa dan diketahui oleh Kepala Puskesmas.<br>2. Petugas farmasi mengajukan permintaan obat rutin menggunakan LPLPOke Instalasi Farmasi Kabupaten.<br>3. Petugas farmasi membuat Berita acara rencana pembelian obat dana JKN apabila obat dan bahan medis habis pakai yang diminta tidak ada ketersediaannya obatnya di Instalasi Farmasi Kabupaten dan dan diketahui oleh Bendahara JKN dan Kepala Puskesmas.<br>4. Permintaan khusus dilakukan di luar jadwal distribusi rutin apabila, kebutuhan meningkat, menghindari kekosongan obat, penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB), obat rusak dan obat kadaluarsa. |

| | |
|---|---|
| | Penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan, pelaporan, pengarsipan serta pemantauan dan evaluasi pengelolaan pada Gudang Farmasi<br>1. Petugas farmasi memeriksa obat dan bahan medis habis pakai yang diterima, mencakup jenis, jumlah dan bentuk sediaan farmasi sesuai Surat Bukti Barang Keluar (SBBK) dari Instalasi Farmasi Kabupaten.<br>2. Petugas farmasi melakukan penyimpanan sediaan farmasi dan bahan habis pakai ke Gudang Obat Puskesmas dengan menuliskan tanggal penerimaan, waktu kadaluwarsa, jumlah obat dan bahan habis pakai ke dalam Kartu Stok yang diletakkan berdekatan dengan obat yang bersangkutan.<br>3. Petugas Farmasi menyusun obat dan bahan medis habis pakai menurut bentuk sediaan dan secara alfabetis serta menerapkan sistem First In First Out (FIFO) dan First Expired First Out (FEFO).<br>4. Petugas Farmasi menyusun obat dan bahan medis habis pakai dalam kemasan kecil dan jumlahnya sedikit dalam rak dan untuk obat dan bahan medis habis pakai dalam kemasan besar di letakan di atas pallet dan tidak bersentuhan langsung dengan lantai.<br>5. Petugas farmasi memberi label LASA untuk obat-obatan LASA (Look Alike Sound Alike), sedangkan untuk obat-obatan high alert diberi label HIGH ALERT untuk penandaannya.<br>6. Petugas farmasi mencatat setiap obat dan bahan medis habis pakai yang di distribusikan ke unit pelayanan terkait pada buku Distribusi obat dan bahan medis habis pakai.<br>7. Petugas farmasi mencatat setiap obat dan bahan medis habis pakai yang didistribusikan ke Pustu dan Poskesdes sesuai permintaan pada LPLPO.<br>8. Petugas farmasi melakukan stok opname setiap 3 bulan pada minggu keempat dibulan tersebut untuk melihat kecocokan jumlah fisik obat dengan catatan pada kartu stok dan sebagai kendali jika ada obat rusak dan kadaluwarsa.<br>9. Petugas farmasi memisahkan obat dan bahan medis habis pakai yang rusak dan kadaluwarsa dengan obat lainnya.<br>10. Petugas mencatat obat atau bahan medis habis pakai yang rusak dan kadaluwarsa dengan mencantumkan nama, sediaan, jumlah, no. Batch, waktu kadaluwarsa, dan tanggal penerimaan.<br>11. Petugas farmasi membuat Berita acara pengembalian obat dan bahan medis habis pakai yang rusak atau kadaluwarsa yang ditandatangani petugas |

| | |
|---|---|
| | farmasi dan diketahui oleh Kepala puskesmas untuk di kirim ke Instalasi farmasi kabupaten.<br>Penerimaan, penyimpanan, pengendalian, pencatatan, pelaporan, pengarsipan serta pemantauan dan evaluasi pengelolaan pada Ruang Farmasi<br>1. Petugas farmasi melakukan pengecekan terhadap ketersediaan stok obat setiap harinya.<br>2. Petugas farmasi menulis permintaan obat pada buku distribusi perbekalan farmasi.<br>3. Petugas farmasi menerima dan memeriksa obat serta memasukan penerimaan pada kartu stok masing – masing obat.<br>4. Petugas farmasi menyimpan obat sesuai sediaan, jenis dan disusun secara alfabetis.<br>5. Petugas farmasi menyimpan obat narkotika dan psikotropika dalam lemari khusus yang mempunyai kunci ganda yang di pegang oleh petugas Farmasi dan Kepala Puskesmas, lemari khusus obat narkotika dan psikotropika ditempel ke dinding. Untuk obat-obatan LASA (Look Alike Sound Alike) diberi label LASA, sedangkan untuk obat-obatan High Alert diberi label HIGH ALERT untuk penandaannya.<br>6. Petugas farmasi melakukan perekapan pemakaian obat dan bahan medis habis pakai setiap hari dan mencatat pemakaian obatnya pada buku pemakaian obat harian dan dicatat di kartu stok.<br>7. Petugas farmasi melakukan perekapan pemakaian obat psikotropika dan narkotika dan mencatat pemakaian pada kartu stok dan buku pemakaian obat narkotika dan psikotropika.<br>8. Petugas farmasi melakukan pengendalian obat psikotropika dan narkotika.<br>9. Petugas farmasi melakukan pengendalian obat di unit pelayanan terkait.<br>10. Petugas farmasi melakukan stok opname tiap akhir bulan untuk melihat kecocokan jumlah fisik obat dengan catatan pada kartu stok dan sebagai kendali jika ada obat rusak dan kadaluwarsa. |

| | |
|---|---|
| 6. Bagan alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Farmasi<br><br>Gudang Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/075e/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penggunaan alat pelindung diri adalah cara untuk menggunakan alat pelindung diri sesuai standar sehingga petugas dapat terlindung dari bahaya dan keselamatan kerja |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas untuk menggunakan alat pelindung diri agar tidak tertular penyakit |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/ 040/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan yang Benar, Depkes RI, 2008. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas laboratorium menyiapkan Alat Pelindung Diri (APD) yang akan dipakai.<br>2. Petugas laboratorium mencuci tangan terlebih dahulu sebelum menggunakan APD.<br>3. Petugas laboratorium memakai jas laboratorium.<br>4. Petugas laboratorium memakai masker sesuai standar.<br>5. Petugas laboratorium memakai sarung tangan saat pemeriksaan<br>6. Petugas laboratorium melepaskan semua APD sesuai dengan prosedur, bila petugas memakai ketiga APD (jas lab, masker dan sarung tangan) maka urutan melepaskan APD yang pertama adalah melepaskan sarung tangan, kedua masker dan yang terakhir jas laboratorium.<br>7. Petugas laboratorium melakukan cuci tangan sesuai ketentuan cuci tangan yang benar. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Pelayanan Laboratorium |
| 8. Dokumen Terkait | - |
| 9. Rekaman Historis Perubahan | |

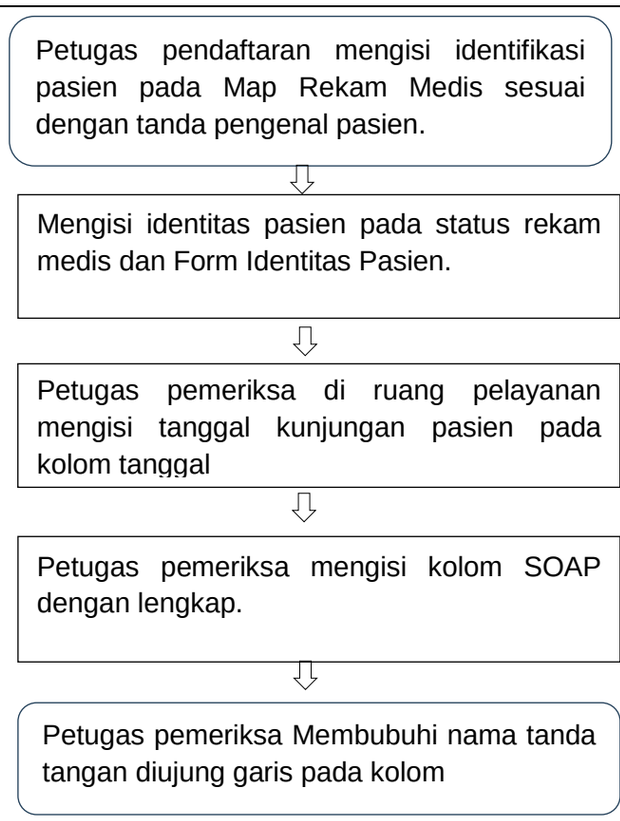
| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PENGISIAN REKAM MEDIS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/067/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 28 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengisian Rekam Medis merupakan cara mengisi dokumen medis/ catatan medis yang berisikan tentang pasien mulai dari identitas, riwayat penyakit, pemeriksaan diagnosa sampai dengan semua catatan tentang pengobatan/ tindakan yang dilakukan atas pasien pada saat berobat jalan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk pengisian rekam medik. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/037/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis. |
| 4. Referensi | PERMENKES RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas pendaftaran mengisi Data sosial pasien dan identitas secara lengkap.<br>2. Dokter, perawat atau bidan mengisi data dasar dengan lengkap, semua kelainan yang penting harus tertulis, teliti dan mengandung analitik yang mencerminkan adanya deskripsi riwayat penyakit.<br>3. Petugas menulis riwayat alergi di Rekam Medis jika dijumpai adanya riwayat alergi obat<br>4. Petugas menulis Efek obat dan efek samping obat dalam rekam medis.<br>5. Pengisian pengkajian masalah dan perencanaan diisi oleh dokter, perawat atau bidan dengan hasil penemuan anamnesis, pemeriksaan fisik serta laboratorium dipertimbangkan bersama dan selanjutnya diadakan pengkajian serta di buat suatu rencana penatalaksanaan.<br>6. Petugas menulis Seluruh tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dalam rekam medis<br>7. Pengisian catatan lanjutan dilakukan oleh Dokter atau dokter gigi, perawat, bidan serta petugas kesehatan lainnya dengan prinsip penulisan SOAP (Subjectiv, Objectiv, Assesment, Planning).<br>8. Petugas menulis jenis tindakan operatif atau prosedur yang dilakukan dengan jelas, benar dan tidak menggunakan singkatan.<br>9. Pengisian resume pulang atau rujuk pada pasien ruang bersalin atau ruang tindakan dan gawat darurat diisi oleh dokter pada waktu pasien keluar berisi data penting yang akan dipakai untuk membantu penatalaksanaan masalah pasien dimasa mendatang dan ditekankan |

| | |
|---|---|
| | pada masalah pasien yang belum selesai sewaktu pasien pulang yang memerlukan tindak lanjut, diagnosis, pengobatan dan penyuluhan. Resume pulang dicopy untuk dibawa pasien pulang dan yang asli didokumentasikan di RM, resume rujuk hanya didokumentasikan di RM pasien.<br>10. Setiap catatan dalam rekam medis harus lengkap dan jelas dengan mencantumkan nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi, dan atau tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan.<br>11. Apabila ada koreksi yang perlu dilakukan pada pencatatan rekam medis oleh petugas harus sesuai dengan cara yang benar (mencoret dengan satu garis tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan, lalu memberi paraf dan nama terang)<br>12. Isi rekam medis rawat jalan sekurang-kurangnya berisi :<br>a. Identitas Pasien;<br>b. Tanggal dan waktu;<br>c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit);<br>d. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis;<br>e. Diagnosis;<br>f. Rencana penatalaksanaan;<br>g. Pengobatan dan atau tindakan;<br>h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;<br>i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;<br>j. Persetujuan atau penolakan tindakan bila perlu;<br>k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan atau tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan. |
| 6. Diagram Alir |  |

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | 1. Pendaftaran<br>2. Ruang Rekam Medis<br>3. Ruang Pemeriksaan Umum<br>4. Ruang Pemeriksaan Khusus<br>5. Ruang KIA, KB dan Imunisasi<br>6. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>7. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>8. Ruang Persalinan |
| 8. Dokumen Terkait | Rekam Medis |

9. Rekaman Historis Perubahan

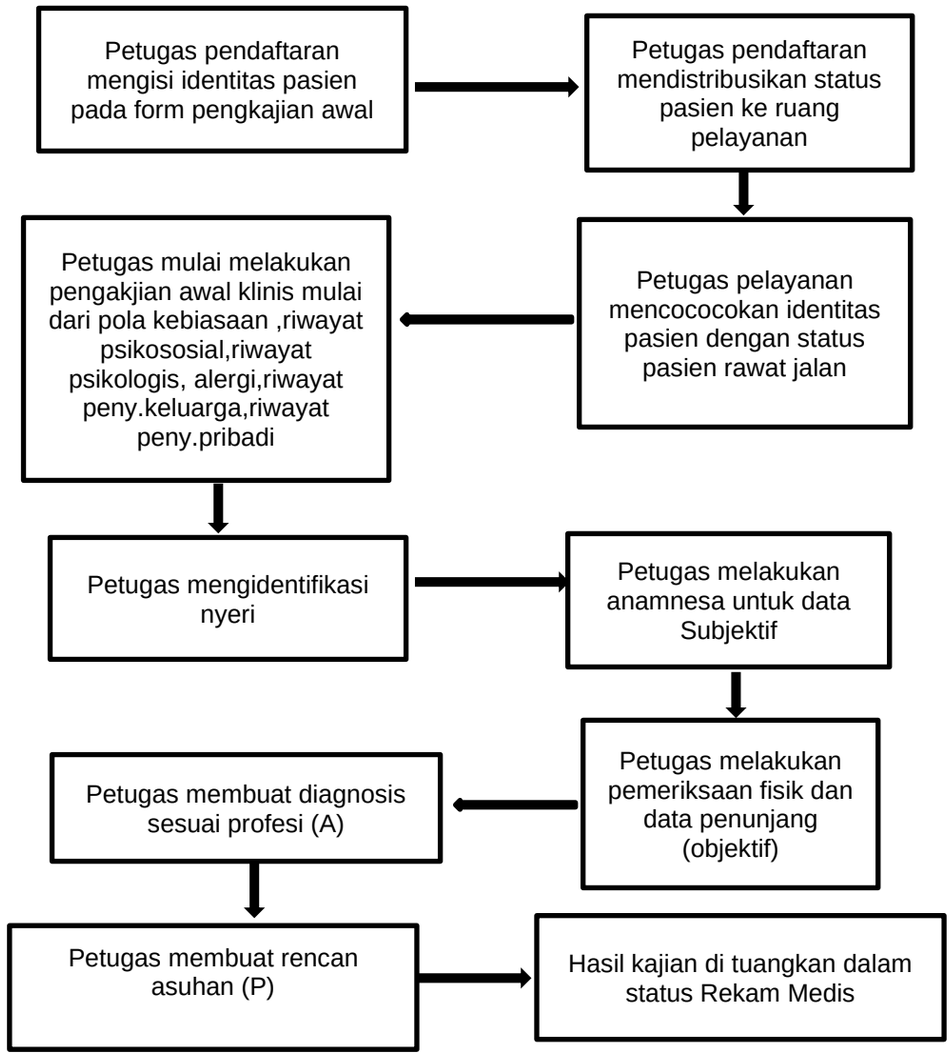
| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGKAJIAN AWAL KLINIS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/050/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 20 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Pengkajian awal klinis adalah proses kajian kepada pasien yang meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien beserta keluarga. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah untuk melakukan pengkajian awal klinis |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan pelayanan Klinis |
| **4. Referensi** | Kesepakatan bersama |
| **5. Prosedur** | a. Petugas pendaftaran mengisi identitas pada lembar form pengkajian awal.<br>b. Petugas pendaftaran mendistribusikan status pasien ke ruang pelayananyang dituju<br>c. Petugas ruang pelayanan mencocokkan identitas pasien dengan status pasien rawat jalan<br>d. Apabila tidak cocok, petugas mengembalikan status ke pendaftaran<br>e. Apabila cocok, petugas mulai melakukan pengkajian awal klinis, diawali dengan melihat apakah pasien berkebutuhan khusus atau tidak,<br>f. Petugas menanyakan pola kebiasaan.<br>g. Petugas menanyakan riwayat psikososial<br>h. Petugas menanyakan riwayat alergi<br>i. Petugas menanyakan riwayat penyakit keluarga<br>j. Petugas menanyakan riwayat penyakit pribadi;<br>k. Petugas mengidentifikasi skala nyeri;<br>l. Petugas mengidentifikasi kebutuhan edukasi;<br>m. Petugas mulai melakukan Anamnesa (data subjektif = S);<br>n. Petugas melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (objektif =O);<br>o. Petugas membuat diagnosa sesuai profesi (Assesment = A)<br>p. Petugas membuat perencana asuhan ( Perencana Asuhan = P );<br>q. Kajian awal Klinis dilakukan oleh tenaga kesehatan (Dokter/Pereawat/Bidan/Ahli Gizi );<br>r. Hasil kajian dituangkan didalam Status Rekam Medis. |

| | |
|---|---|
| **6. Bagan Alir** |  |
| **7. Unit Terkait** | Semua Unit Pelayanan UKPP |
| **8. Dokumen Terkait** | |

**9. Rekaman Historis Perubahan**

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENILAIAN KETEPATAN WAKTU PENYERAHAN HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/075f/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Proses evaluasi dan tindak lanjut ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium yang dilakukan secara berkala di Puskesmas |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melakukan penilaian ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/ 040/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Permenkes No. 37 tahun 2012 tentang Penyelenggaran Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat |
| 5. Prosedur | 1. Setiap pemeriksaan laboratorium yang dilakukan kepada pasien harus sesuai dengan SOP pemeriksaan laboratorium.<br>2. Pemantauan pelaksaanaan prosedur pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh koordinator UKP atau wakil yang ditunjuk.<br>3. Koordinatoor UKP akan membandingkan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium dengan SOP yang berlaku.<br>4. Hasil Evaluasi oleh koordinator UKP medis dilaporkan kepada pimpinan puskesmas untuk rencana tindak lanjut.<br>5. Koordinator UKP menyampaikan rencana tindak lanjut kepada penanggungjawab laboratorium untuk dilaksanakan sesuai arahan pimpinan puskesmas.<br>6. Evaluasi Ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium dilaksanakan empat kali dalam setahun. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Pelayanan Laboratorium |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Ceklis monitoring ketepatan waktu penyerahan hasil<br>2. Form permintaan pemeriksaan laboratorium |

9. Rekaman Historis Perubahan

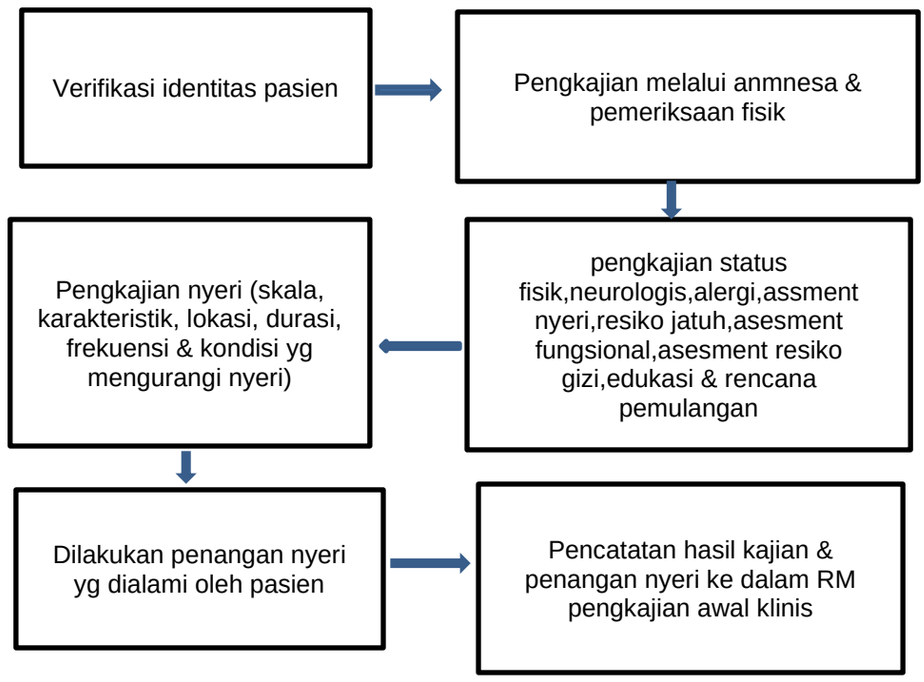
| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENULISAN REKAM MEDIS TERMASUK PENULISAN JIKA ADA PENANGANAN NYERI (LOKASI NYERI)** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/051/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 20 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Penulisan rekam medis termasuk penulisan jika ada penanganan nyeri (lokasi nyeri) adalah pendokumentasian hasil kajian awal dari dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya terkait dengan nyeri yang dialami oleh pasien ke dalam rekam medis. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan Penulisan rekam medis termasuk penulisan jika ada penanganan nyeri (lokasi nyeri) pada pasien di Puskesmas Permata Kecubung |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| **4. Referensi** | a. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis;<br>b. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/ 1186/ 2022 Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; |
| **5. Prosedur** | a. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan verifikasi ulang identitas pasien.<br>b. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan kajian melalui anamnesa, pemeriksaan fisik.<br>c. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan pengkajian yang meliputi status fisik/ neurologis/mental, Riwayat alergi, assessment nyeri, assessment resiko jatuh, assessment fungsional (gangguan fungsi tubuh), assessment resiko gizi, kebutuhan edukasi dan rencana pemulangan.<br>d. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan kajian nyeri yang meliputi skala nyeri, karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, dan kondisi yang mengurangi nyeri.<br>e. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan penanganan nyeri yang dialami oleh pasien.<br>f. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan pencatatan hasil kajian dan penanganan nyeri ke dalam rekam medis pengkajian awal klinis. |

| | |
|---|---|
| **6. Bagan Alir** |  |
| **7. Unit Terkait** | Semua Unit Pelayanan UKPP |
| **8. Dokumen Terkait** | |

**9. Rekaman Historis Perubahan**

| No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **PENYAMPAIAN PELAYANAN LABORATORIUM JIKA REAGEN TIDAK TERSEDIA** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/073/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Prosedur yang dilakukan oleh petugas laboratorium dalam menyampaikan informasi bahwa reagen pemeriksaan tidak tersedia karena ketidaktersediaan stok dari distributor, terjadi expired date, atau telat pengadaan reagen. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan penyampaian pelayanan laboratorium jika reagen tidak tersedia |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/040/SK.III/PKM-PK/ 2023 Tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas; |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menyampaikan kepada dokter atau paramedis bahwa reagen tidak tersedia<br>2. Apabila Reagen tidak tersedia karena dari distributor sedang kosong<br>a. Petugas laboratorium melaporkan kepada apoteker bahwa reagen tidak tersedia<br>b. Petugas laboratorium memastikan kepada apoteker apakah stok reagen di distributor tersedia. Apabila di distributor stok reagen kosong, maka petugas laboratorium berkoordinasi dengan apoteker<br>c. Petugas laboratorium berkoordinasi dengan apoteker untuk pengadaan reagen yang dibutuhkan dengan mencari di distributor yang lain dengan merk yang sama<br>3. Reagen tidak tersedia karena expired date<br>a. Petugas laboratorium memeriksa tanggal kadaluarsa pada label reagen, apabila reagen ED petugas melaporkan kepada petugas apoteker<br>b. Petugas laboratorium berkoordinasi dengan apoteker untuk dapat melaksanakan pengadaan reagen dengan masa expirate date yang lebih Panjang<br>4. Reagen tidak tersedia karena telat pengadaan<br>a. Petugas laboratorium berkoordinasi dengan apoteker untuk dapat melaksanakan pengadaan dengan segera<br>b. petugas laboratorium menginformasikan kepada dokter dan paramedis bahwa reagen habis dan pengadaan reagen masih dalam proses sehingga pemeriksaan belum bisa dilakukan.<br>c. Petugas melakukan konseling dan dikirim untuk cek laboratorium diluar sementara waktu sampai reagen tersedia. |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit terkait | 1. Ruang Pelayanan Rawat Jalan<br>2. Ruang Pelayanan Rawat Inap<br>3. Ruang Tindakan Kegawat Daruratan |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P**<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI<br>**PENYEDIAAN DAN PENYIMPANAN OBAT GAWAT DARURAT** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/084/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 8 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

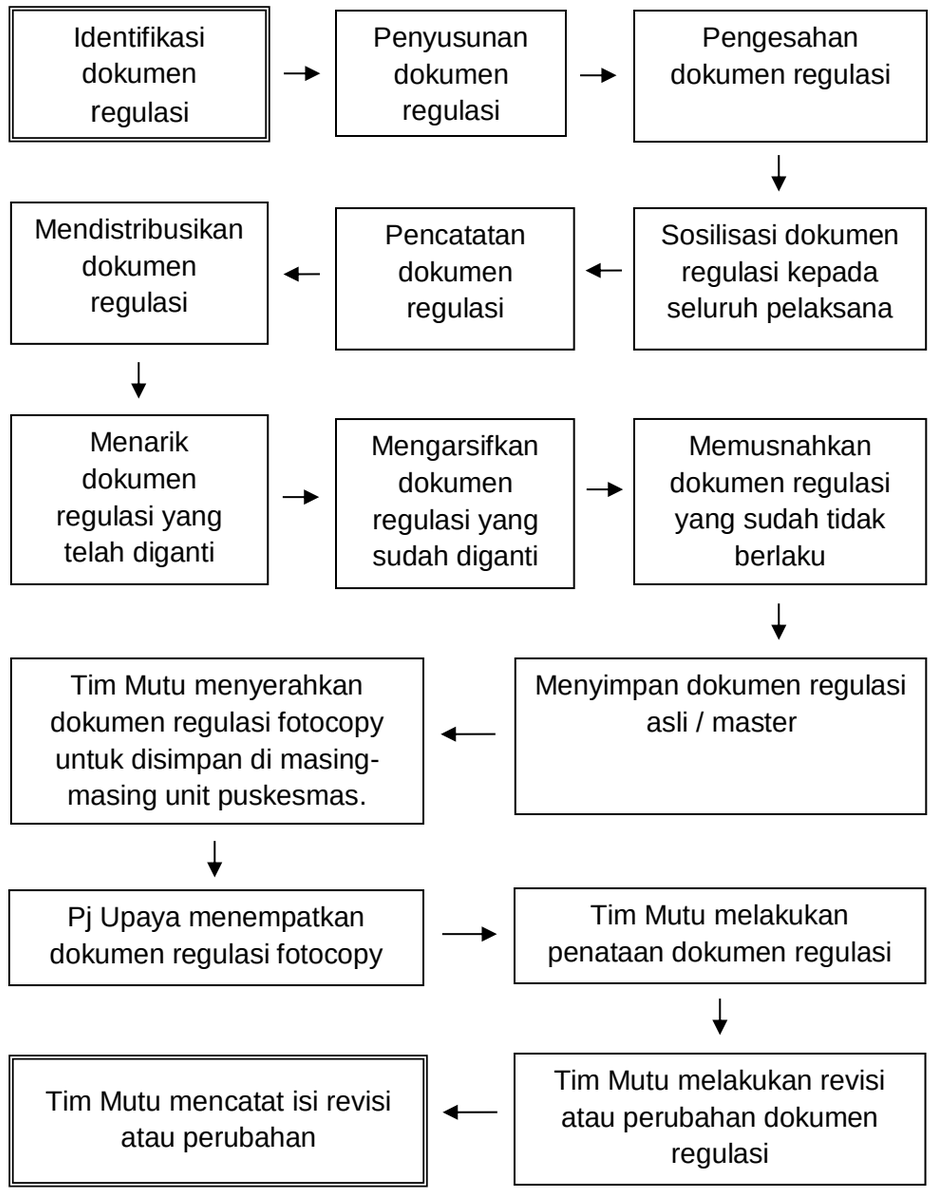
| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyediaan obat emergensi di unit kerja merupakan rangkaian kegiatan pemenuhan kebutuhan obat emergensi pada masing – masing unit pelayanan.<br>Penyimpanan obat emergensi di unit pelayanan merupakan suatu kegiatan penyelenggaraan dan pengaturan penyimpanan obat emergensi di unit pelayanan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk ketersediaan obat yang bersifat emergensi dan dapat di akses dengan segera. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor: 800/043/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas Farmasi membuat daftar obat – obatan yang akan disediakan untuk masing – masing unit pelayanan.<br>2. Petugas Farmasi menyiapkan pengadaan obat untuk pelayanan emergensi.<br>3. Petugas Farmasi mengajukan obat – obatan ke Dinkes apabila belum ada di puskesmas.<br>4. Petugas Farmasi memeriksa persediaan obat emergensi yang dikelola di Unit Pelayanan setiap 1 bulan sekali dan dicatat pada label monitoring obat emergensi.<br>5. Petugas unit pelayanan memberikan resep pengeluaran obat emergensi kepada petugas farmasi serta menulis pengeluaran obat pada kartu stok.<br>6. Petugas unit pelayanan membuat permintaan obat emergensi yang telah digunakan untuk diberikan obat pengganti.<br>7. Petugas Farmasi menyiapkan obat emergensi yang dibutuhkan untuk pelayanan di unit kerja terkait, sesuai banyaknya pengeluaran obat.<br>8. Petugas Farmasi menyimpan obat tersebut ke dalam kotak emergensi serta mencatat pada kartu stok dan dikemas kembali.<br>9. Petugas Farmasi meletakan kotak emergensi ditempat yang mudah diakses segera. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGENDALIAN DOKUMEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/008/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

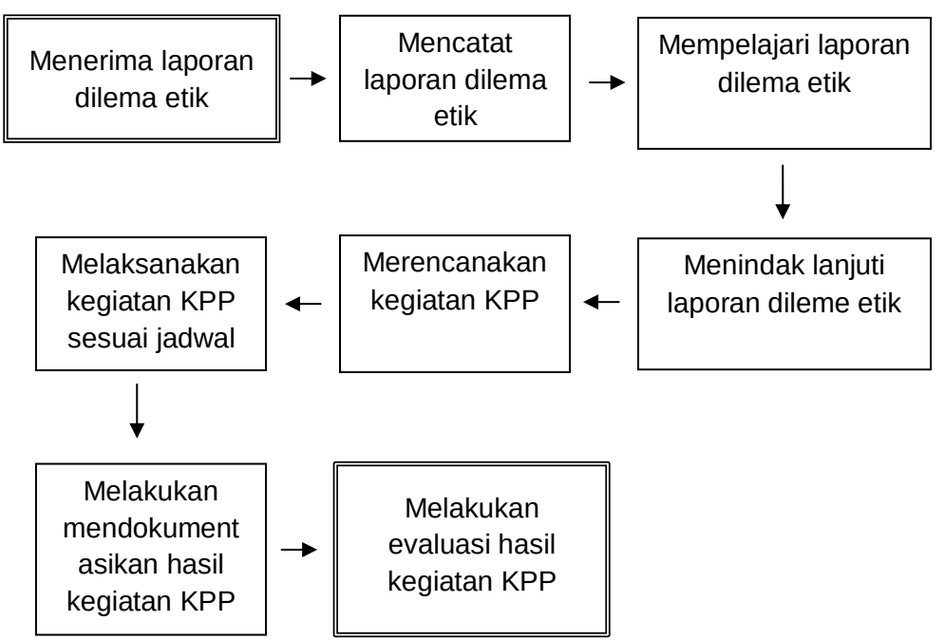
| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengendalian dokumen adalah sistem yang dilakukan dalam pengelolaan dokumen yang meliputi pembuatan, penerbitan, penomoran, penggandaan, pendistribusian, revisi, dan pemusnahan dengan mengikuti ketentuan yang diatur dalam prosedur ini. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengendalian dokumen. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/011/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengumpulan, Penyimpanan dan Analisis Data, serta Pelaporan dan Distribusi Informasi. |
| 4. Referensi | Pedoman Penyusunan Dukumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2017. |
| 5. Prosedur<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | 1. Tim Mutu melakukan Identifikasi dokumen regulasi yang akan dibuat.<br>2. Tim Mutu melakukan Penyusunan dokumen regulasi yang akan dibuat<br>3. Tim Mutu mengajukan Pengesahan dokumen regulasi yang telah dibuat kepada Kepala Puskesmas.<br>4. Tim Mutu melakukan Sosialisasi dokumen regulasi yang telah dibuat kepada seluruh pelaksana supaya. (distribusi dan penarikan).<br>5. Tim Mutu melakukan pencatatan dokumen regulasi yang telah dibuat (Penomoran dokumen regulasi dan pencatatan dalam daftar dokumen eksternal atau internal)<br>6. Tim Mutu mendistribusikan dokumen rugulasi yang sudah diberi stempel terkendali.<br>7. Tim Mutu melakukan menarik dokumen regulasi yang telah digganti<br>8. Tim Mutu mengarsifkan dokumen regulasi yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan stempel ‘’kadaluwarsa” dan menyimpan dokumen kebijakan tersebut selama 2 tahun.<br>9. Tim Mutu memusnahkan dokumen regulasi sesuai dengan waktu yang ditetapkan penyimpanan dokumen regulasi<br>10. Tim Mutu menyimpan dokumen regulasi asli/master yang sudah dinomori dan sudah ditandatangani di sekretaris tim akreditasi.<br>11. Tim Mutu menyerahkan dokumen regulasi fotocopy untuk disimpan di masing-masing unit puskesmas.<br>12. Penanggung Jawab Upaya meletakan dokumen regulasi fotocopy di tempat yang mudah dilihat, diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.<br>13. Tim Mutu melakukan penataan dokumen regulasi menurut kelompok pelayanan.<br>14. Tim Mutu melakukan revisi atau perubahan dokumen regulasi setelah proses pengkajian<br>15. Tim Mutu mencatat isi revisi atau perubahan pada riwayat perubahan dokumen. |

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Buku register pengendalian dokumen<br>2. Buku register distribusi dokumen |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PELAPORAN DAN PENYELESAIAN DILEMA ETIK** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/014/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Laporan dan Penyelesaian Dilema Etik adalah penyampaian berita, keterangan atau pertanggungjawaban secara lisan maupun secara tertulis dari pelaksana kegiatan dan atau staf kepada Tim Etik terkait dilema etik yang terjadi pada setiap unit pelayanan UKM dan UKP. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk laporan dan penyelesaian dilema etik. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/012/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Tim Etik Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan.<br>2. Modul Pembelajaran Komunikasi Perubahan Perilaku |
| 5. Prosedur | 1. Tim Etik menerima laporan dilema etik dari pelaksana kegiatan.<br>2. Tim Etik mencatat laporan dilema etik dalam form laporan dilema etik<br>3. Tim Etik mempelajari laporan dilema etik<br>4. Tim Etik menindak lanjuti laporan dilema etik melalui pertemuan rutin dilema etik setengan bulan sekali.<br>5. Tim Etik merencanakan kegiatan KPP (Komunikasi Perubahan Perilaku)<br>6. Tim Etik melaksanakan kegiatan KPP sesuai jadwal yang disepakai<br>7. Tim Etik melakukan mendokumentasikan hasil kegiatan KPP pada pertemuan rutin dilema etik berikutnya.<br>8. Tim Etik melakukan evaluasi hasil kegiatan KPP (Komunikasi Perubahan Perilaku) pada pertemuan rutin dileme etik berikutnya. |
| 6. Bagan Alir |  |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | Semua unit pelayanan terkait UKM dan UKP di Puskesmas |
| 8. Dokumen Terkait | Form Laporan Dilema Etik |

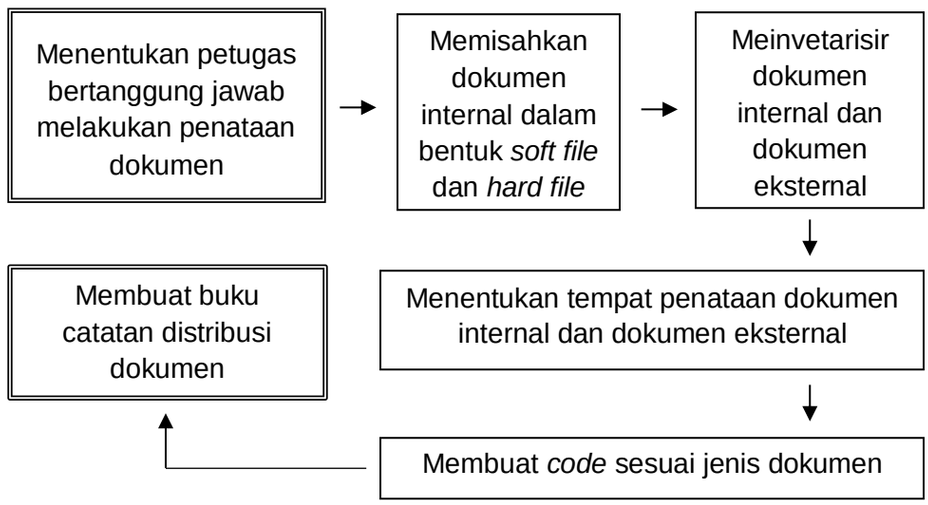
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENATAAN DOKUMEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/009/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penataan dokumen adalah tata cara pengumpulan, penyimpanan, dan pencarian Kembali baik dokumen internal maupun dokumen eksternal. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penataan dokumen. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/011/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengumpulan, Penyimpanan dan Analisis Data, serta Pelaporan dan Distribusi Informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Prosedur | 1. Tim Mutu menentukan petugas bertanggung jawab melakukan penataan dokumen internal dan dokumen eksternal.<br>2. Tim mutu memisahkan dokumen internal berupa regulasi (SK Kapus, Panduan Puskesmas, KAK pelayanan, dan SOP pelayanan) dan dokumen eksternal (UU, PP, Permenkes dan lain-lain) dalam bentuk *soft file* atau *hard file.*<br>3. Tim mutu membuat daftar/inventaris dokumen internal dan dokumen eksternal untuk memudahkan mencari saat diperlukan.<br>4. Tim mutu menentukan tempat penataan dokumen internal dan dokumen eksternal berupa almari khusus untuk dokumen *hard file.*<br>5. Tim mutu menentukan tempat penataan dokumen internal dan dokumen eksternal dalam laptop/komputer untuk dokumen *hard file*<br>6. Tim mutu membuat *code* masing-masing jenis dokumen agar memudahkan pelaksana pelayanan mencari dokumen yang dimaksud.<br>7. Tim mutu membuat buku catatan distribusi dokumen, saat meminjam/mengambil dari tempat penataan. |

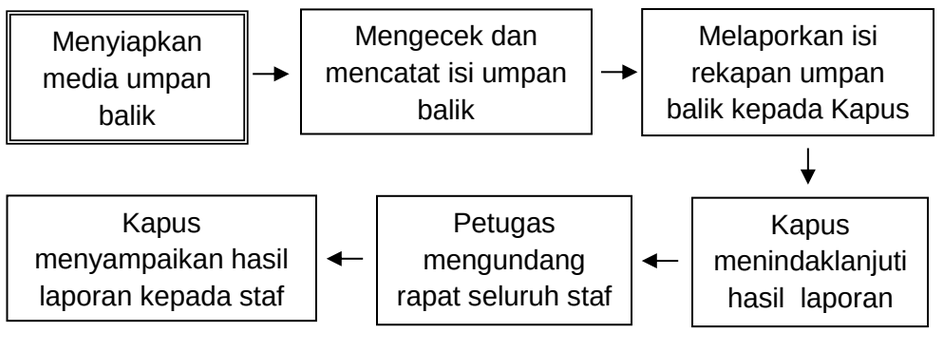
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Buku register pengendalian dokumen<br>2. Buku register distribusi dokumen |

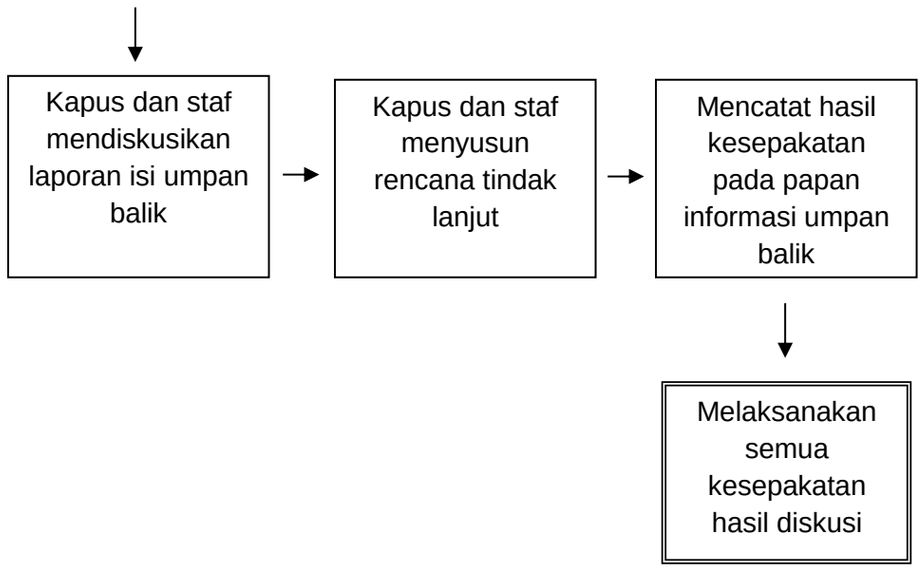
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGELOLAAN UMPAN BALIK DARI PENGGUNA LAYANAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/001/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan umpan balik dari pengguna layanan adalah suatu kegiatan pengelolaan pendapat, usulan, saran/anjuran yang dikemukakan oleh pengguna layanan untuk dipertimbangkan dan ditindaklanjuti dalam upaya meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengelolaan umpan balik dari pengguna layanan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/005/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengelolaan Umpan Balik Dari Pengguna Layanan. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Kesepakatan Bersama |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menyiapkan media umpan balik berupa telepon, *short message service* (*sms*) / whatsupp (WA), media elektronik, media sosial, atau internet, termasuk kotak saran sebagai sarana untuk umpan balik dari pengguna layanan.<br>2. Petugas mengecek dan mencatat isi umpan balik setiap 1 minggu sekali (Sabtu) pada buku rekap umpan balik.<br>3. Petugas melaporkan hasil rekapan isi umpan balik kepada Kepala Puskesmas.<br>4. Kepala Puskesmas menindaklanjuti laporan dari petugas melalui pertemuan.<br>5. Petugas mengundang seluruh staf untuk mengikuti pertemuan bersama Kepala Puskesmas.<br>6. Kepala Puskesmas menyampaikan hasil laporan petugas terkait isi umpan balik<br>7. Kepala Puskesmas beserta staf mendiskusikan isi umpan balik yang masuk.<br>8. Kepala Puskesmas menyusun rencana tindak lanjut.<br>9. Petugas mencatat semua hasil kesepakatan pada papan informasi umpan balik (UKP)<br>10. Kepala Puskesmas beserta staf melaksanakan semua kesepakatan yang telah disepakati bersama |
| 6. Bagan Alir |  |

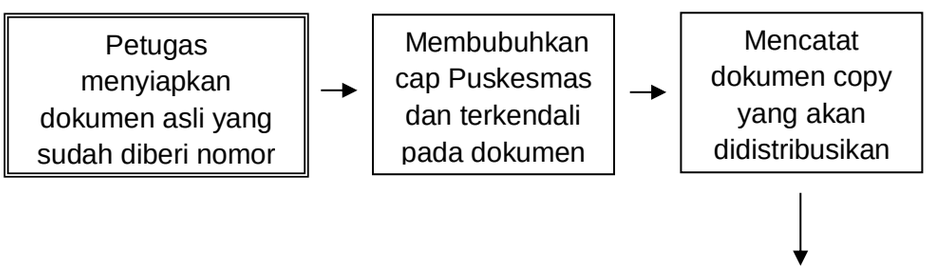
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| |  |
| 7. Unit terkait | Ruang Pelayanan UKP |
| 8. Dokumen Terkait | Buku rekap umpan balik |

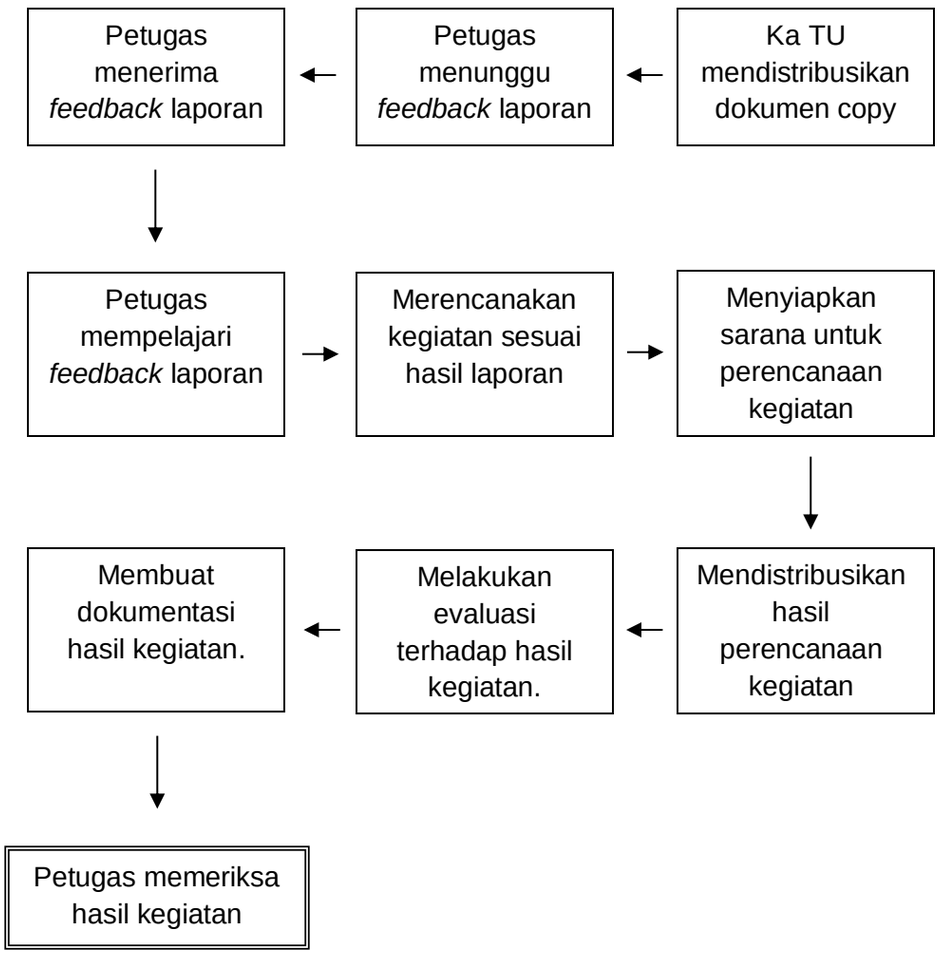
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **DISTRIBUSI DOKUMEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/010/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Distribusi dokumen adalah penyampaian dan penyebaran dokumen kepada pihak-pihak berkaitan untuk mendapatkan informasi isi dokumen. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk distribusi dokumen. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/011/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengumpulan, Penyimpanan dan Analisis Data, serta Pelaporan dan Distribusi Informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menyiapkan dokumen asli yang sudah diberi penomoran untuk dicopy.<br>2. Petugas membubuhkan cap Puskesmas dan cap terkendali pada dokumen copy yang akan didistribusikan.<br>3. Petugas mencatat dokumen copy yang akan didistribusikan dalam buku distribusi dokumen terkendali yang berisi informasi tentang jenis dokumen, nomor dokumen, dan distribusi ke-, serta tanda terima yang memuat nama dan tanda tangan penerima.<br>4. Kepala Tata Usaha mendistribusikan dokumen copy yang sudah dibubuhkan cap Puskesmas dan cap terkendali dan sudah dicatat ke setiap unit pelayanan (KMP, UKM dan UKP)<br>5. Petugas menunggu feedback/umpan balik laporan.<br>6. Petugas menerima hasil umpan balik laporan.<br>7. Petugas mempelajari umpan balik laporan.<br>8. Petugas merencanakan kegiatan sesuai hasil laporan yang telah disetujui oleh atasan.<br>9. Petgas menyiapkan sarana untuk menindak lanjuti perencanaan kegiatan.<br>10. Petugas mendistribusikan hasil perencanaan kegiatan.<br>11. Petugas mengevaluasi hasil kegiatan.<br>12. Petugas mendokumentasikan hasil kegiatan.<br>13. Petugas memeriksa hasil kegiatan. |
| 6. Bagan Alir |  |

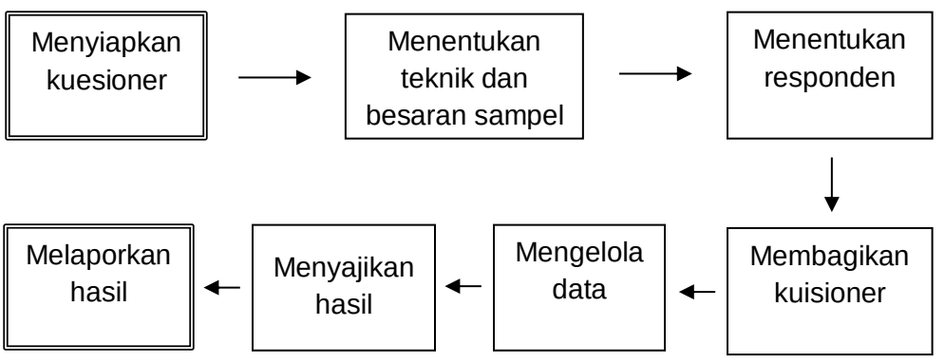
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| |  |
| 7. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Buku register pengendalian dokumen<br>2. Buku register distribusi dokumen |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGUKURAN KEPUASAN PASIEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/002/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengukuran kepuasan pasien adalah kegiatan untuk mengetahui hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas, apakah pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pengguna layanan/pasien. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengukuran kepuasan pasien |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/005/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengelolaan Umpan Balik Dari Pengguna Layanan. |
| 4. Referensi | 1. Permenpan dan RAB No. 14 tahun 2017 tentang survei kepuasan masyarakat<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menyiapkan kuesioner untuk mengukur kepuasan pasien.<br>2. Petugas menentukan besaran dan Teknik penarikan sampel.<br>3. Petugas menentukan responden yang akan dilakukan pengukuran kepuasan pasien<br>4. Petugas membagikan kuesioner pengukuran kepausanan pasien kepada responden yang sudah ditentukan.<br>5. Petugas mengolah hasil pengukuran kepuasan pasien<br>6. Petugas menyajikan hasil pengolahan pengukuran kepuasan pasien<br>7. Petugas melaporkan hasil pengolahan pengukuran kepuasan pasien. |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Semua unit pelayanan Puskesmas |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Kuisioner pengukuran kepuasan pasien<br>2. Laporan pengukuran kepuasan pasien |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENANGANAN ADUAN / KELUHAN DARI PENGGUNA LAYANAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/003/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penanganan aduan/keluhan dari pengguna layanan adalah mekanisme untuk menyelesaikan aduan/keluhan pengguna layanan yang terdokumentasi dengan aturan yang telah ditetapkan dan dapat diakses oleh publik untuk mendapatkan perbaikan system layanan dan penyelenggraan upaya Puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penanganan aduan/keluhan dari pengguna layanan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/005/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengelolaan Umpan Balik Dari Pengguna Layanan. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Kesepakatan Bersama |
| 5. Prosedur | a. Penanganan aduan/keluhan dari pengguna layanan secara langsung / tatap muka.<br>1) Petugas mempersilahkan pengguna layanan untuk masuk ke ruangan Kepala Puskesmas.<br>2) Petugas mencatat dan mendokumentasikan aduan/keluhan pengguna layanan di form Aduan/Keluhan Pengguna Layanan.<br>3) Petugas menyampaikan kepada tim penanggung jawab pengelola aduan/keluhan.<br>4) Kepala puskesmas bersama tim penanggungjawab mengadakan pertemuan dan membahas aduan/keluhan bersama pengguna layanan.<br>5) Kepala puskesmas bersama tim penanggung jawab menyusun rencana tindak lanjut.<br>6) Petugas mencatat dan melaksanakan rencana tindak lanjut.<br>7) Petugas menyampaikan kepada pengguna layanan yang menyampaiakan aduan/keluhan hasil tindak lanjut.<br>8) Petugas melakukan evaluasi dengan memberikan umpan balik langsung kepada pengguna layanan yang menyampaiakan aduan/keluhan.<br><br>b. Penanganan aduan/keluhan yang disampaikan melalui media berupa telepon, short message service (sms) / whatsapp (WA), media social (facebook dan instagram), termasuk kotak saran sebagai sarana untuk aduan/keluhan dari pengguna layanan.<br>1) Petugas memeriksa dan mencatat aduan/keluhan dari pengguna layanan maksimal 1 minggu sekali (Sabtu).<br>2) Petugas melaporkan hasil rekapan aduan/keluhan kepada Kepala Puskesmas. |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| | 3) Kepala Puskesmas menindaklanjuti laporan dari petugas melalui pertemuan.<br>4) Kepala Puskesmas bersama tim pengelola aduan/keluhan dan umpan balik dari pengguna layanan serta petugas terkait untuk mengikuti mengadakan pertemuan.<br>5) Kepala Puskesmas menyampaikan hasil laporan petugas mengenai isi aduan/keluhan dan umpan balik.<br>6) Kepala Puskesmas beserta tim pengelola penanganan/aduan dan umpan balik dari pengguna layanan serta petugas terkait mengadakan mendiskusikan isi aduan/keluhan dari pengguna layanan yang disampaiakan.<br>7) Kepala Puskesmas menyusun rencana tindak lanjut.<br>Petugas mencatat semua hasil kesepakatan pada papan informasi penanganan aduan/keluhan dan umpan balik.<br>8) Kepala Puskesmas bersama tim penanggung jawab melaksanakan kesepakatan yang telah disepakati bersama. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Semua staf Puskesmas |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Buku rekap<br>2. Undangan, Absensi, Notulen |

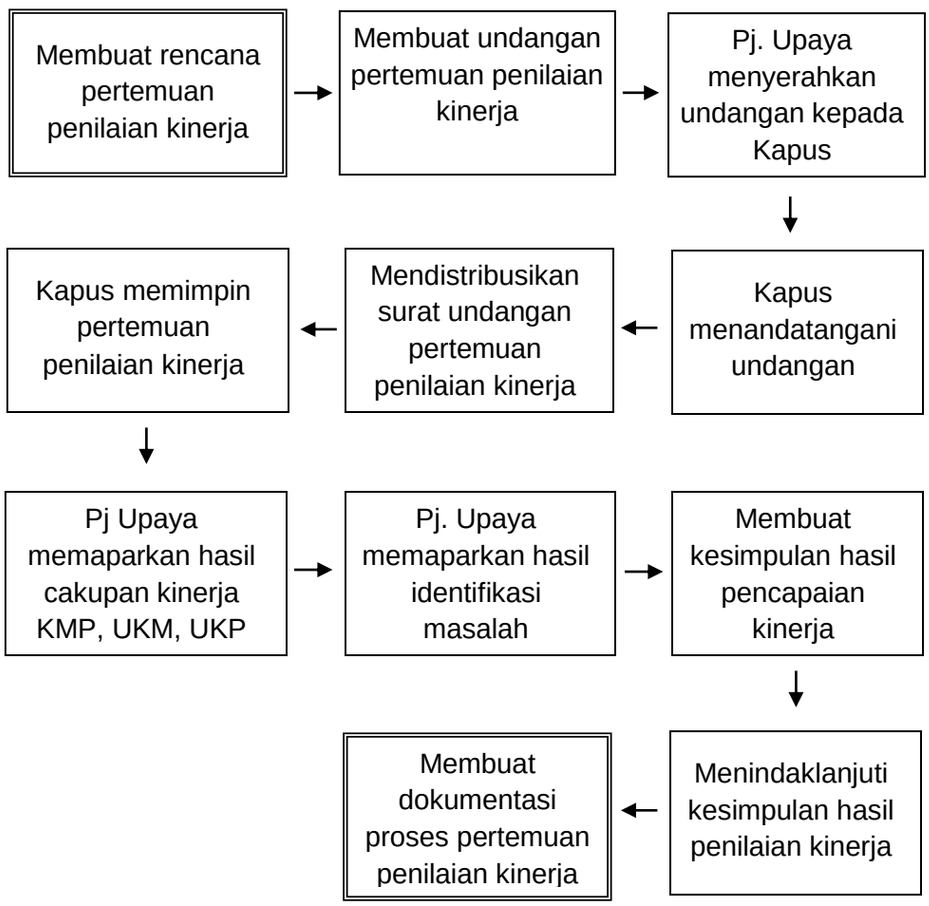
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PEMANTAUAN DAN EVALUASI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/025/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemanataun dan Evaluasi adalah pertemuan Kepala Puskesmas dengan penanggung jawab upaya, koordinator pelayanan dan pelaksana untuk melakukan penilaian kinerja (hasil kegiatan) yang telah dicapai terhadap target yang telah ditetapkan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemantauan dan evaluasi. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/025/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Pegawai Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Kepala Puskesmas meminta penanggung jawab upaya untuk membuat undangan pertemuan penilaian kinerja yang telah dijadwalkan setiap triwulan.<br>2. Penanggung jawab upaya membuat surat undangan untuk koordinator pelayanan dan pelaksana untuk pertemuan penilaian kinerja.<br>3. Penanggung jawab upaya menyerahkan surat undangan kepada kepada Kepala Puskesmas untuk ditandatangani.<br>4. Penanggung jawab upaya mendistribusikan surat undangan pertemuan penilaian kinerja.<br>5. Kepala Puskesmas memimpin pertemuan penilaian kinerja.<br>6. Penanggung jawab upaya memaparkan hasil cakupan kinerja Upaya (KMP/UKM/UKP).<br>7. Penanggung jawab upaya memaparkan hasil identifikasi masalah, identifikasi penyebab masalah dan penyelesaian masalah sesuai penyebab masalah<br>8. Kepala Puskesmas bersama peserta pertemuan menyimpulkan hasil pencapaian kinerja pelayanan.<br>9. Penanggung jawab upaya, koordinator pelayanan, dan pelaksana menindaklanjuti kesimpulan hasil penilaian kinerja pelayanan sesuai arahan Kepala Puskesmas.<br>10. Petugas mendokumentasikan semua proses pertemuan penilaian kinerja dalam notulen pertemuan. |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | 1. Penanggung jawab upaya,<br>2. Koordinator pelayanan, dan<br>3. Pelaksana kegiatan |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Undangan<br>2. Absensi<br>3. Notulen<br>4. Foto Lokakarya Mini |

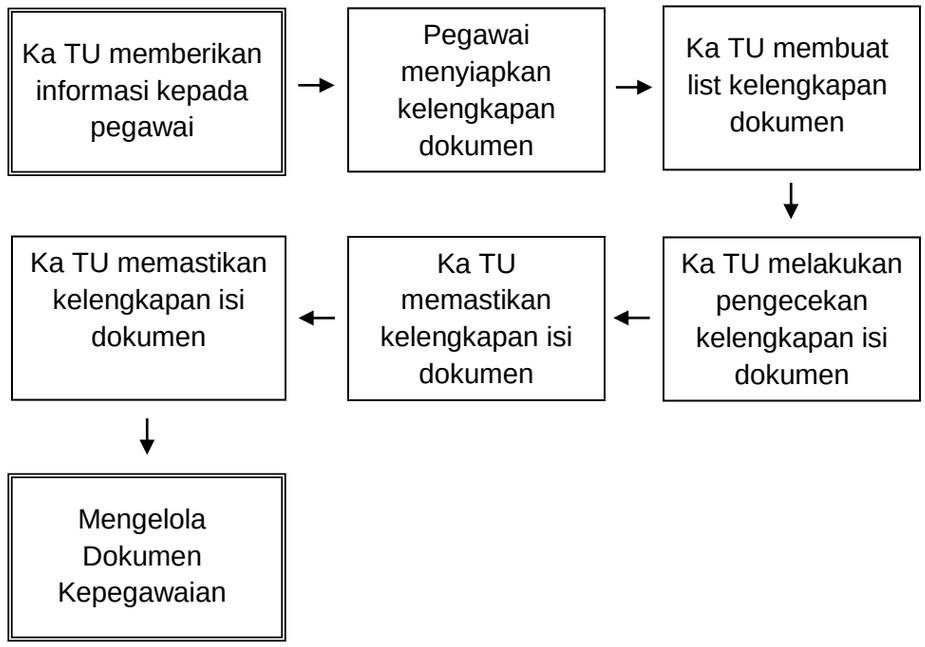
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGUMPULAN DOKUMEN KEPEGAWAIAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/018/SOP.I/PKM-PK/2023 | **Tri Budi Santoso, S. Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |
| | Tanggal Terbit : 12 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengumpulan dokumen kepegawaian adalah mekanisme penyediakan dan pengelolaan dokumen kepegawaian secara lengkap dan mutakhir, baik dalam bentuk cetak maupun dalam bentuk digital, untuk tiap pegawai yang bekerja di Puskesmas sebagai bukti bahwa pegawai yang bekerja memenuhi persyaratan yang ditetapkan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengumpulan dokumen kepegawaian. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/016/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Kelengkapan Isi Dokumen Kepegawaian. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 Tentang Pedoman Penyelenggraan Kesling Puskesmas<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. KTU memberikan informasi kepada pegawai untuk melengkapi dokumen kepegawaian<br>2. Pegawai menyiapkan kelengkapan dokumen kepagawaian untuk dikumpulkan kepada KTU<br>3. KTU membuat list kelengkapan isi dokumen kepegawaian<br>4. KTU melakukan pengecekan kelengkapan isi dokumen kepagawaian yang dikumpulkan oleh setiap pegawai berdasarkan list yang dibuat<br>5. KTU memastikan isi dokumen kepagawaian yang dikumpulkan lengkap dan mutakhir<br>6. KTU mengingatkan kembali pegawai Puskesmas yang belum melengkapi isi dokumen kepagawaian yang dikumpulkan<br>7. KTU dan petugas TU yang ditunjuk mengelola dokumen kepegawaian yang sudah dikumpulan dengan lengkap dan mutakhir dalam bentuk cetak maupun dalam bentuk digital. |

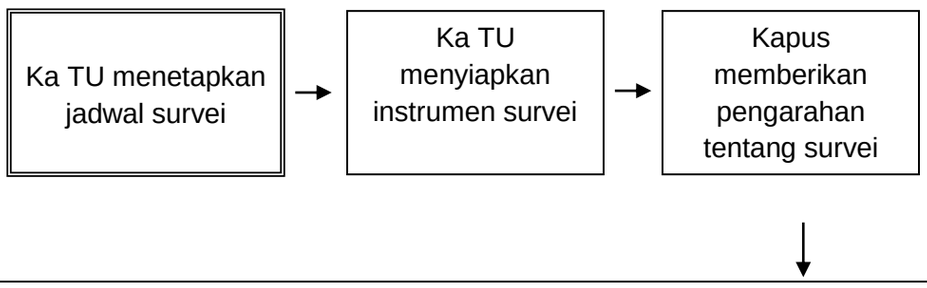
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Seluruh pegawai Puskesmas |
| 8. Dokumen Terkait | Informati terkait peningkatan kompetensi |

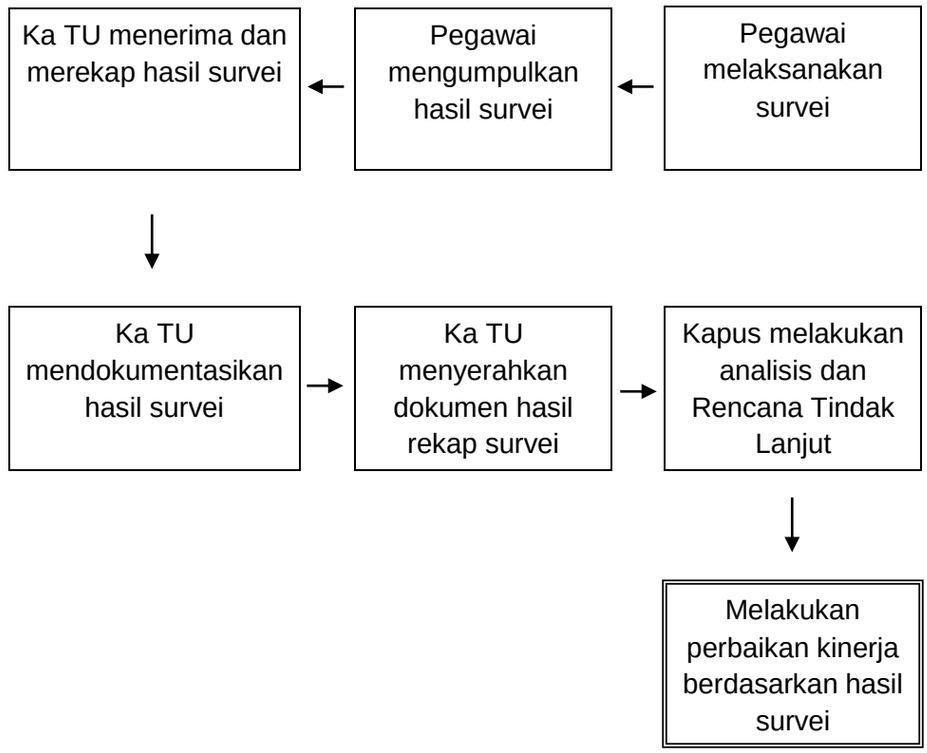
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **SURVEI KEPUASAN PEGAWAI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/016/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Survei Kepuasan Pegawai adalah survei yang dilakukan oleh internal Pukesmas yang bertujuan untuk melakukan upaya perbaikan kinerja pegawai. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk survei kepuasan pegawai. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/015/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Indikator Kepuasan Pegawai. |
| 4. Referensi | 1. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas<br>2. Kesepakatan Bersama. |
| 5. Prosedur | 1. Kepala Tata Usaha menetapkan jadwal survei kepuasan pegawai 2 kali setahun (Juni dan Desember)<br>2. Kepala Tata Usaha menyiapkan instrumen survei kepuasan pegawai.<br>3. Kepala Puskesmas memberikan pengarahan tentang survei kepuasan pegawai sebelum pelaksanaan survei kepuasan pegawai.<br>4. Pegawai melaksanakan survei kepuasan pegawai dengan mengisi form kepuasan pegawai.<br>5. Pegawai mengumpulkan hasil survei kepuasan pegawai kepada Kepala Tata Usaha Puskesmas<br>6. Kepala Tata Usaha menerima dan merekap hasil survei kepuasan kegawai.<br>7. Kepala Tata Usaha mendokumentasikan hasil survei kepuasan pegawai.<br>8. Kepala Tata Usaha menyerahkan dokumen hasil rekap survei kepuasan pegawai kepada Kepala Puskesmas.<br>9. Kepala Puskesmas melakukan analisis dan RTL hasil kepuasan pegawai<br>10. Kepala Puskesmas melakukan tindak lanjut berdasarkan RTL yang telah dibuat dalam sebuah pertemuan.<br>11. Kepala Puskesmas melakukan upaya perbaikan kinerja berdasarkan hasil survei kepuasan pegawai yang dibahas dalam pertemuan. |
| 6. Bagan Alir |  |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| |  |
| 7. Unit terkait | Semua pegawai ASN dan P3K |
| 8. Dokumen Terkait | Kuesioner Survei Kepuasan Pegawai |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **INSPEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN SARANA AIR MINUM (SAM)** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/035.b/SOP.II/PKM-PK/2023 | |
| | Tanggal Terbit : 12 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT

Rebadi Santoso, S.Farm.,Apt
NIP. 19820503 200902 1 002

COPY KE - 2 DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Inspeksi Kesehatan Lingkungan Sarana Air Minum adalah upaya yang dilakukan untuk mengawasi sarana air minum. Air yang dihasilkan harus memenuhi syarat secara fisik, kimia, maupun mikrobiologi. Sarana Air Minum yang dilakukan inspeksi meliputi : PAMSIMAS, Depo Air Minum Isi Ulang, dan Pengelola Air Minum untuk Kebutuhan Sendiri. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mendapatkan informasi mengenai kemungkinan adanya pencemaran sumber air oleh faktor pencemaran dan menetapkan besarnya tingkat pencemaran pada sarana air minum (SAM) di wilayah kerja Puskesmas Permata Kecubung |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/023/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Indikator Kinerja Puskesmas sesuai dengan Jenis-Jenis Pelayanan yang disediakan. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No.2 Tahun 2023 Tentang Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014<br>2. Modul Pelatihan Pengawasan Kualitas Lingkungan di Puskesmas Tahun 2023<br>3. Pedoman Surveilans Kualitas Air Minum (SKAMRT) Tahun 2023 |
| 5. Prosedur | 1. Penanggung jawab program menentukan lokasi/sasaran kesehatan lingkungan.<br>2. Petugas menyiapkan ATK, surat tugas dan Form isian IKL SAM sesuai dengan jenis SAM yang akan dikunjungi.<br>3. Petugas melakukan observasi dan wawancara SAM dengan mengacu pada Formulir SAM sesuai jenis.<br>4. Petugas memberikan konseling secara langsung kepada pihak pengelola apabila menemukan kondisi yang tidak sesuai.<br>5. Petugas menghitung dan menyimpulkan hasil inspeksi SAM, apakah SAM tersebut memenuhi syarat atau tidak.<br>6. Petugas mencatat dan mendokumentasikan hasil kegiatan sebagai bahan laporan kepada pimpinan Puskesmas.<br>7. Melakukan pengentrian data inspeksi SAM ke Aplikasi E-Monev PKAM.<br>8. Petugas mencatat dan melaporkan hasil kegiatan ke Dinas Kesehatan. |
| 6. Bagan Alir | - |

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | 1. Lintas Program ( Program Promkes )<br>2. Pemilik SAM |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PEMICUAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT** | |
| | No. Dokumen : 445/035.c/SOP.II/PKM-PK/2023 | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | Tanggal Terbit : 12 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG

Th. Dwi Santoso, S.farm.,Apt
NIP. 19820503 2005 02 1 002

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah pendekatan umtuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan 5 pilar STBM, yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan, Cuci Tangan Pakai Sabun, Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga, Pengamanan Sampah Rumah Tangga, Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga. Pemicuan adalah cara untuk mendorong perubahan perilaku hygiene dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran sendiri dengan menyentuh perasaan, polapikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/023/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Indikator Kinerja Puskesmas sesuai dengan Jenis-Jenis Pelayanan yang disediakan. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat |
| 5. Prosedur | 1. Menentukan masyarakat / sasaran pemicuan.<br>2. Menyiapkan berbagai peralatan dan kelengkapan yang diperlukan seperti spidol, kertas karton, gunting, tepung dan lainnya serta surat tugas dari pimpinan puskesmas.<br>3. Memberitahu atau menginformasikan kepada Kelurahan, tokoh masyarakat serta warga yang akan diundang pemicuan tersebut.<br>4. Melakukan proses pemicuan salah satu pilar STBM dengan langkah-langkah yaitu pengantar pertemuan, pencairan suasana, identifikasi masalah, pemetaan sanitasi, transect walk (penelusuran wilayah), diskusi dan komitmen.<br>5. Membuat rencana tindak lanjut hasil pemicuan.<br>6. Mendampingi masyarakat yang sudah terpicu agar melaksanakan sesuai dengan komitmennya.<br>7. Mencatat dan mendokumentasikan hasil pemicuan tersebut untuk laporan rutin ke Dinas Kesehatan. |

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Masyarakat, aparat Kelurahan / Desa, tokoh masyarakat / agama, kader kesling, tim pemicu STBM (Kepala Puskesmas, petugas promkes, kesling dan nakes lainnya). |
| 8. Dokumen Terkait | SPT dan Laporan |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **SURVEILANS KUALITAS AIR MINUM RUMAH TANGGA (SKAMRAT)** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/035.d/SOP.II/PKM-PK/2023 | |
| | Tanggal Terbit : 12 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

Dr. Budi Santoso, S.Farm.,Apt
NIP. 19820603 200902 1 002

COPY KE 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengambilan Sampel Air Minum adalah prosedur untuk mengambil air dengan volume yang sedikit tetapi dapat mewakili sumber air yang diambi sampelnya, yang kemudian akan diperiksa ke laboratorium. Sumber air Minum yang dilakukan pengambilan sampel meliputi : PAMSIMAS, Depot air minum dan Pengelola Air Minum Untuk Kebutuhan Sendiri. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengambilan sampel air minum. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/023/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Indikator Kinerja Puskesmas sesuai dengan Jenis-Jenis Pelayanan yang disediakan. |
| 4. Referensi | Pedoman Surveilans Kualitas Air Minum (SKAMRT) Tahun 2023 |
| 5. Prosedur | 1. Melakukan pendataan masyarakat dan air yang digunakan.<br>2. Melakukan perhitungan dan titik lokasi jumlah rumah tangga yang akan di ambil sampel.<br>3. Mempersiapkan alat dan bahan seperti :<br>a. Botol steril<br>b. ATK<br>c. Kertas label<br>d. Cool box<br>e. Korek api<br>f. Bunsen<br>g. Ph meter dan TDS<br>4. Petugas berangkat ke lokasi pengambilan sampel, membawa surat tugas dan meminta ijin kepada tuan rumah.<br>5. Melakukan wawancara menggunakan form SKAMRT.<br>6. Petugas mengambil sampel air untuk dilakukan pengecekan air untuk memeriksa ph dan TDS di sarana konsumsi dan sumber air yang digunakan.<br>7. Petugas mengambil sampel air, membuka kran, biarkan alir mengalir selama 1-2 menit agar kotoran pada ujung kran bersih, lalu tutup kran.<br>8. Jika kran air terbuat dari bahan plastik, maka sterilkan kran dengan membasahi kapas alkohol, oleskan alkohol pada ujung kran. |

| | |
|---|---|
| | 9. Jika kran air terbuat dari besi, maka nyalakan bunsen kemudian panaskan bibir kran.<br>10. Petugas memanaskan mulut botol sampel dengan bunsen.<br>11. Petugas mengisi botol dengan sampel air dari kran hingga 100 ml.<br>12. Petugas memanaskan mulut botol sampel dengan bunsen.<br>13. Petugas menutup botol sampel dan dimasukan pada cool box<br>14. Petugas menempelkan label pada botol sampel air. Kemudian dibawa untuk dilakukan pengecekan bakteriologis dan kimia<br>15. Petugas mencatat hasil sampel yang tidak memenuhi syarat untuk dilakukan tindak lanjut.<br>Petugas melaporkan hasil kegiatan ke dinas kesehatan. |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit terkait | Pemilik SAM |
| 8. Dokumen Terkait | SPT, Laporan |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P**<br>**INSPEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN TEMPAT DAN FASILITAS UMUM** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/035/SOP.II/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | Dr. Budi Santoso, S.Farm.,Apt<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) adalah lokasi, sarana, dan prasarana kegiatan bagi masyarakat umum. Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) prioritas meliputi : sekolah, pasar dan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Permata Kecubung. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan untuk melakukan kegiatan inspeksi pengawasan Tempat dan Fasilitas umum di wilayah kerja Puskesmas Permata Kecubung. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/023/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Indikator Kinerja Puskesmas sesuai dengan Jenis-Jenis Pelayanan yang disediakan. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No.2 Tahun 2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tentang Kesehatan Lingkungan<br>2. Modul Pelatihan Pengawasan Kualitas Lingkngan di Puskesmas tahun 2023 |
| 5. Prosedur | 1. Penanggung jawab program menentukan lokasi/sasaran inspeksi kesehatan lingkungan.<br>2. Petugas menyiapkan ATK, surat tugas dan Form isian IKL TFU sesuai dengan jenis TFU yang akan dikunjungi.<br>3. Petugas melakukan observasi dan wancara TFU dengan mengacu pada Formulir TFU sesuai jenis.<br>4. Petugas memberikan konseling secara langsung kepada pengelola apabila menemukan kondisi yang tidak sesuai.<br>5. Petugas menghitung dan menyimpulkan hasil inspeksi TFU, apakah TFU tersebut memenuhi syarat atau tidak.<br>6. Petugas mencatat dan mendokumentasikan hasil kegiatan sebagai bahan laporan kepada pimpinan Puskesmas.<br>7. Melakukan pengentrian data inspeksi TFU ke Aplikasi E-Monev TFU.<br>8. Petugas mencatat dan melaporkan hasil kegiatan ke Dinas Kesehatan. |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit terkait | 1. Lintas Program (Program Promkes)<br>2. Petugas Pustu/Poskesdes<br>3. Pemilik Tempat dan Fasilitas Umum |
| 8. Dokumen Terkait | SPT, Form. IKL |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **INSPEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN TEMPAT PENGOLAHAN MAKANAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/035.a/SOP.II/PKM-PK/2023 | |
| | Tanggal Terbit : 12 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT

Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt
NIP. 19820603 200902 1 002

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

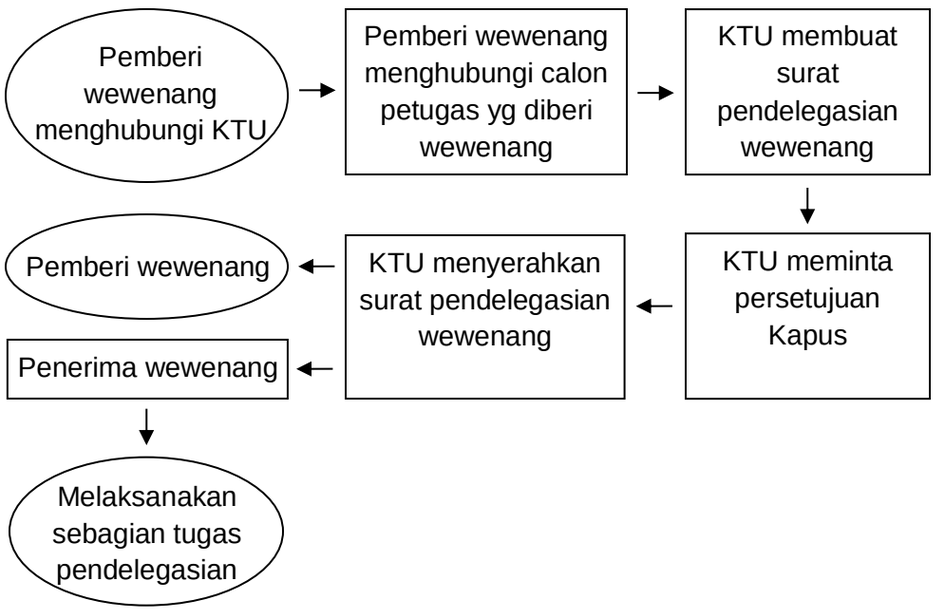
| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penyehatan TPM merupakan kegiatan pengawasan terhadap tempat pengolahan makanan dan minuman agar memenuhi persyaratan kesehatan baik dari segi lokasi, konstruksi, cara pengolahan, penyiapan,pengemasan dan pengedarannya serta perilaku hygiene penjamahnya. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk memotivasi pengelola makanan dan minuman untuk bekerja memenuhi syarat kesehatan dalam penyiapan, pengolahan, penyimpanan, penyajian dan penanganan makanan dan minuman. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/023/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Indikator Kinerja Puskesmas sesuai dengan Jenis-Jenis Pelayanan yang disediakan. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes Nomor 2 Tahun 2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan<br>2. Modul Pelatihan Pengawasan Kualitas Lingkungan di Puskesmas Tahun 2023 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menentukan lokasi/sasaran inspeksi kesehatan lingkungan.<br>2. Petugas menyiapkan ATK, surat tugas dan Form isian IKL TPP sesuai dengan jenis TPP yang akan dikunjungi.<br>3. Petugas melakukan observasi dan wawancara TPP dengan mengacu pada Formulir TPP sesuai jenis.<br>4. Petugas memberikan konseling secara langsung kepada pihak pengelola apabila menemukan kondisi yang tidak sesuai.<br>5. Petugas menghitung dan menyimpulkan hasil inspeksi TPP, apakah TPP tersebut memenuhi syarat atau tidak.<br>6. Petugas mencatat dan mendokumentasikan hasil kegiatan sebagai bahan laporan kepada pimpinan Puskesmas.<br>7. Melakukan pengentrian data inspeksi TPP ke Aplikasi E-Monev HSP. Petugas mencatat dan melaporkan hasil kegiatan ke Dinas Kesehatan. |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit terkait | 1. Lintas Program (Promkes)<br>2. Petugas pustu dan Poskesdes<br>3. Pemilik TPM |

| | |
|---|---|
| 8. Dokumen Terkait | SPT, Form. IKL |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENDELEGASIAN WEWENANG** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/004/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S. Farm.,Apt**<br>NIP. 198206032009021002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pendelegasian wewenang adalah proses pengalihan tugas kepada orang lain yang sah sesuai kompetensi dan kemampuan untuk melaksanakan sebagian wewenang apabila pemberi wewenang meninggalkan tugas/tempat kerja sekurang-kurangnya selama 3 hari. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pendelegasian wewenang |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/008/SK.I/PKM.PK/2023 tentang Pendelegasian Wewenang. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Kesepakatan Bersama |
| 5. Prosedur | 1. Petugas pemberi wewenang menghubungi Kepala Tata Uasaha terkait wewenang yang akan didelegasikan.<br>2. Petugas pemberi wewenang menghubungi calon petugas yang diberi delegasi wewenang untuk meminta persetujuan.<br>3. Kepala Tata Usaha membuat surat delegasi wewenang setelah ada persetujuan dari penerima pendelegasian wewenang.<br>4. Kepala Tata Usaha memintakan persetujuan kepada Kepala Puskesmas.<br>5. Kepela Tata Usaha menyerahkan surat delegasi wewenang yang telah disetujui kepada petugas pemberi wewenang dan calon petugas yang diberi wewenang.<br>6. Petugas yang diberi wewenang melaksanakan tugas sesuai dengan wewenang yang dilimpahkan. |
| 6. Bagan Alir |  |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Surat Pelimpahan wewenang<br>2. Buku agenda surat keluar |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENGUMPULAN DAN PENYIMPANAN LAPORAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/011/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 10 April 2023<br>No. Revisi : - | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengumpulan dan penyimpanan laporan adalah tata cara pengumpulan, penyimpanan, dan pencarian kembali data yang disampaikan oleh pelaksana kegiatan berupa data penyakit tarbayak, surveilans epidemiologi, evaluasi dan pencapaian kinerja serta data dan informasi lain yang kebutuhan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengumpulan dan penyimpanan laporan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/011/SK.I/PKM-PK/2023 tentang pengumpulan,penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Prosedur | 1. Pengelola data Puskesmas menerima laporan kegiatan dari pelasana kegiatan<br>2. Pengelola data melakukan penyimpanan data dalam bentuk dokumen baik *soft file* maupun *hard file.*<br>3. Pengelola data menyimpan data yang berupa *hard file* dalam almari sesuai dengan koding yang sudah diberikan.<br>4. Pengelola data menyimpan data yang berupa *soft file* disimpan di komputer dengan menggunakan nama file yang juga diberikan kode.<br>5. Pengelola data melakukan *retrieving* (pencarian kembali) data apabila ada data yang dibutuhkan kembali, yangt dapat dicari sesuai kode di komputer dan almari. |
| 6. Bagan Alir | Petugas pengelola data menerima laporan kegiatan → Pengelola data melakukan penyimpanan data → Menyimpan hard file dalam almari<br>↓<br>Menyimpan soft file disimpan di komputer → Pengelola data melakukan *retrieving* data apabila dibutuhkan |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | Semua unit di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Dokumentasi Akreditasi<br>2. Dokumentasi Perkantoran |

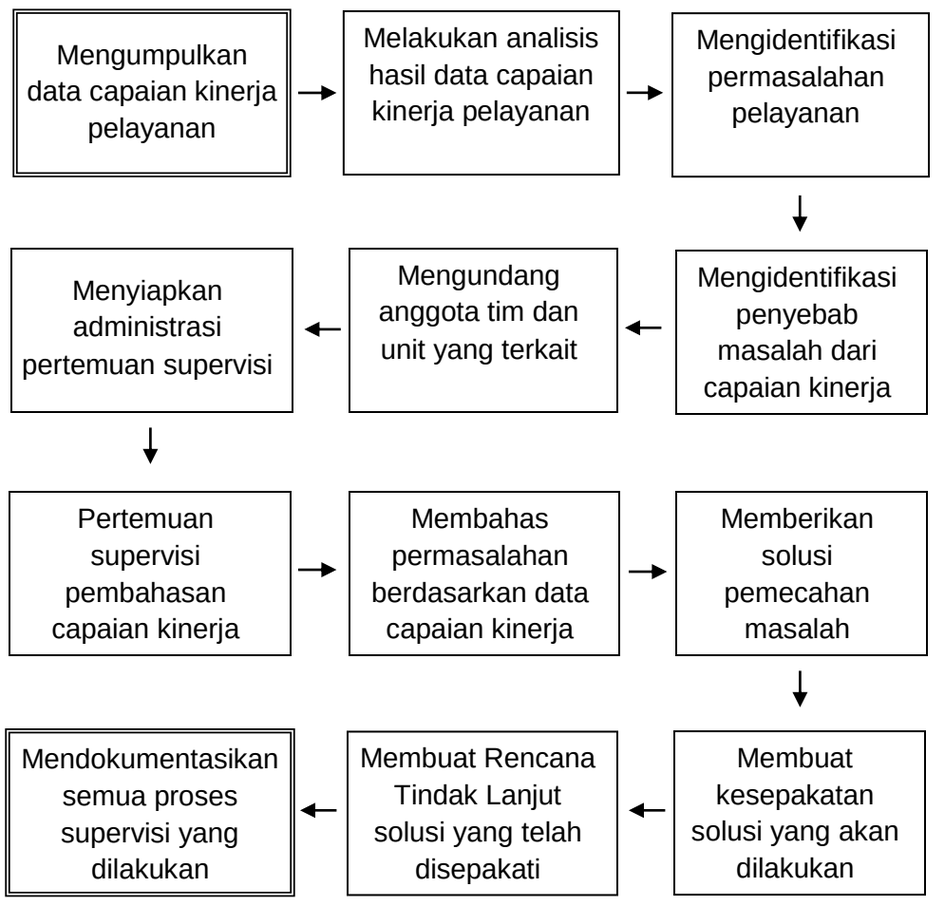
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **SUPERVISI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/026/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Supervisi adalah pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan secara periodik dimulai dari perencanaan kegiatan, pelaksanaan dan hasil pencapaian kinerja pelayanan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk supervisi. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/025/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Pegawai Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Koordinator pelayanan (UKM dan UKP) mengumpulkan data capaian kinerja pelayanan.<br>2. Koordinator pelayanan dan pelaksana analisis hasil data capaian kinerja pelayanan.<br>3. Koordinator pelayanan dan pelaksana mengidentifikasi permasalahan di pelayanan berdasarkan hasil analisis hasil.<br>4. Koordinator pelayanan dan pelaksana mencari akar penyebab masalah dari capaian kinerja yang tidak memenuhi target.<br>5. Penanggung jawab upaya mengundang anggota tim dan unit yang terkait dengan masalah pelayanan sesuai jadwal yang telah dibuat.<br>6. Petugas yang ditunjuk menyiapkan administrasi pertemuan supervisi.<br>7. Penanggung jawab upaya (UKM atau UKP) membuka acara pertemuan supervisi untuk pembahasan capaian kinerja pelayanan.<br>8. Koordinator pelayanan dan pelaksana membahas permasalahan berdasarkan data capaian kinerja pelayanan.<br>9. Kepala Puskesmas bersama penanggung jawab upaya memberikan solusi pemecahan masalah.<br>10. Koordinator pelayanan, anggota tim dan unit yang terkait menyepakati solusi yang akan dilakukan.<br>11. Penanggung jawab upaya, koordinator pelayanan, dan pelaksana membuat RTL solusi yang disepakati.<br>12. Notulis mendokumentasikan semua proses supervisi yang dilakukan |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | 1. Penanggung jawab upaya,<br>2. Koordinator pelayanan, dan<br>3. Pelaksana kegiatan |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Undangan<br>2. Absensi<br>3. Notulen<br>4. Foto Lokakarya Mini |

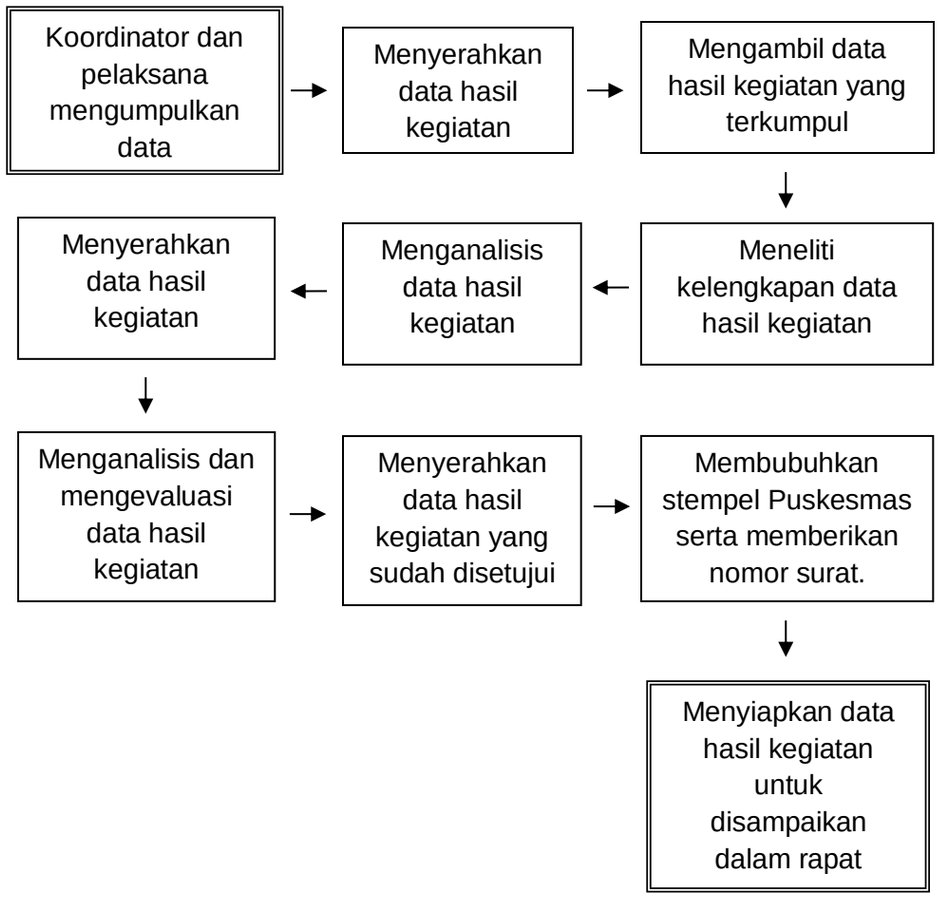
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **ANALISA DATA** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/012/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 10 April 2023<br>No. Revisi : - | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Analisis data adalah upaya memilah dan memilih data yang mempunyai makna penting untuk dipelajari, kemudian disampaikan pada orang lain. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk analisa data. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/011/SK.I/PKM-PK/2023 tentang pengumpulan, penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Prosedur | 1. Penanggung jawab upaya meminta koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan untuk mengumpulkan data hasil kegiatan.<br>2. Koordinator pelayanan menyerahkan data hasil kegiatan kepada Penanggung jawab upaya.<br>3. Penanggung jawab upaya mengambil data hasil kegiatan yang terkumpul untuk dikelompokan dan diurutkan.<br>4. Penanggung jawab upaya meneliti kelengkapan data hasil kegiatan yang telah diurutkan.<br>5. Penanggung jawab upaya menganalisis data hasil kegiatan.<br>6. Penanggung jawab upaya menyerahkan data hasil kegiatan kepada Kepala Puskesmas.<br>7. Kepala Puskesmas bersama Penanggung jawab upaya menganalisis dan mengevaluasi data hasil kegiatan.<br>8. Kepala Puskesmas menyetujui data hasil kegiatan dan menyerahkan kepada Ka.TU untuk ditindaklanjuti.<br>9. Ka.TU membubuhkan stempel Puskesmas serta memberikan nomor surat.<br>10. Ka. TU dan penenggung jawab upaya menyiapkan data hasil kegiatan untuk disampaikan dalam rapat lokakarya mini bulanan Puskesmas. |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Buku register pengendalian dokumen<br>2. Buku register distribusi dokumen |

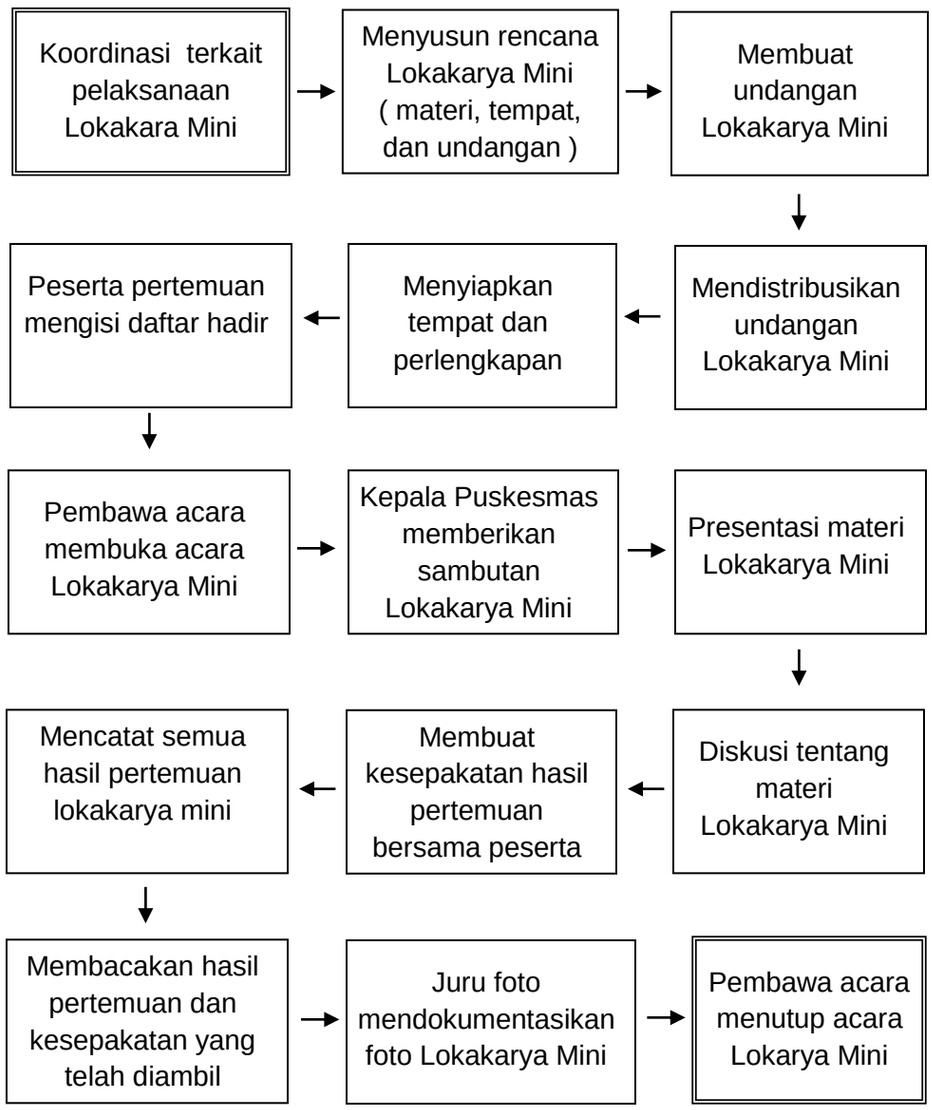
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **LOKAKARYA MINI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/027/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Lokakarya mini adalah pertemuan mengenai komunikasi dan koordinasi antar lintas progran dan atau lintas sektor dengan maksud agar terjalin kerjasama dan saling mendukung untuk terlaksana dan tercapainya tujuan kegiatan baik di luar maupun di dalam gedung Puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk lokakarya mini |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/025/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Pegawai Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Kepala Tata Usaha berkonsultasi atau koordinasi dengan Kepala puskesmas terkait Lokakarya Mini<br>2. Kepala Tata Usaha menyusun rencana Lokakarya Mini (materi, tempat, dan undangan).<br>3. Kepala Tata Usaha membuat undangan Lokakarya Mini<br>4. Petugas ketatausahaan mendistribusikan undangan lokakarya mini kepada lintas progran dan atau lintas sektor minimal 2 hari sebelum pelaksanaan.<br>5. Petugas ketatausahaan menyiapkan tempat dan perlengkapan (daftar hadir, notulen, konsumsi, proyektor, dan laptop).<br>6. Peserta pertemuan mengisi daftar hadir yang telah disediakan<br>7. Pembawa acara memulai dan membuka pertemuan<br>8. Kepala Puskesmas memberikan sambutan lokakarya mini.<br>9. Penanggung jawab/Pelaksana yang ditunjuk menyampaikan materi pertemuan<br>10. Penanggung jawab/Pelaksana memberikan kesempatan peserta pertemuan untuk berdiskusi/tanya jawab<br>11. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab membuat kesepakatan hasil pertemuan bersama peserta pertemuan.<br>12. Notulis yang ditunjuk mencatat semua hasil pertemuan lokakarya mini.<br>13. Notulis membacakan hasil pertemuan dan kesepakatan yang telah diambil.<br>14. Juru foto mendokumentasikan foto pertemuan.<br>15. Pembawa acara menutup acara pertemuan lokarya mini |

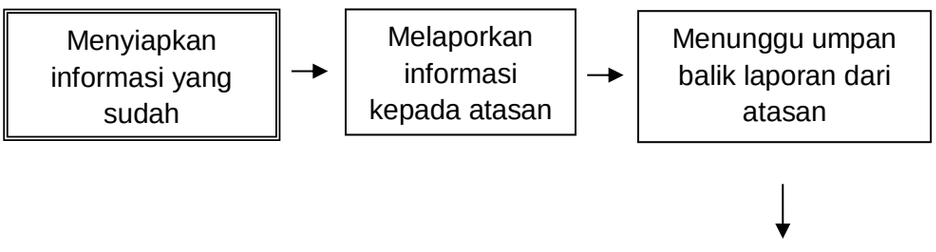
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | 1. Lintas Sektor<br>2. Lintas Program |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Undangan<br>2. Absensi<br>3. Notulen<br>4. Foto Lokakarya Mini |

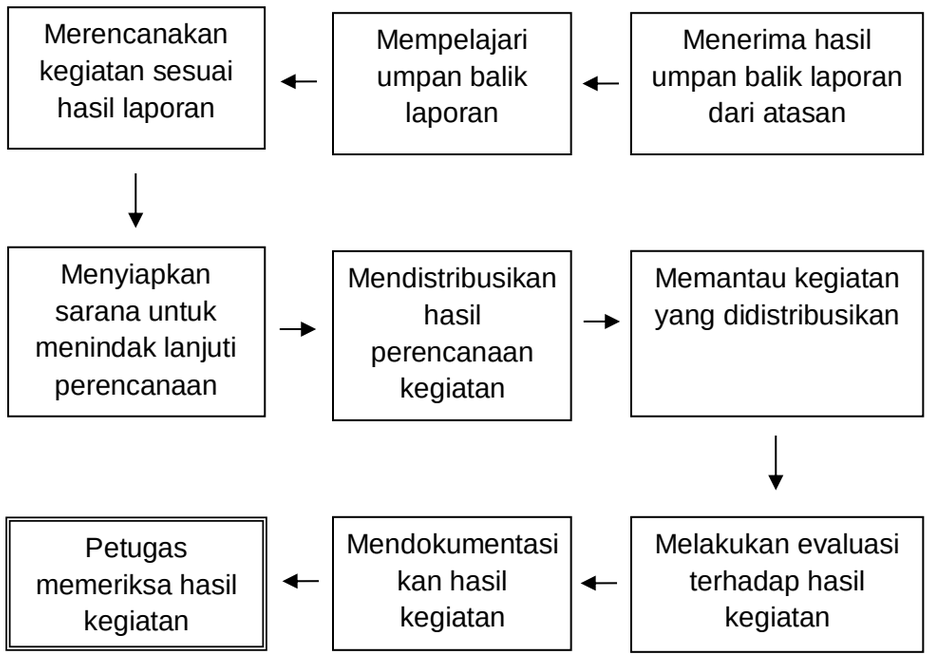
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **LAPORAN DAN DISTRIBUSI INFORMASI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/013/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 10 April 2023<br>No. Revisi : - | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Laporan dan Distribusi informasi adalah penyampaian berita, keterangan atau pertanggungjawaban secara lisan maupun secara tertulis dari bawahan kepada atasan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing serta penyebaran informasi kepada pihak yang berkaitan untuk mendapatkan umpan balik. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk laporan dan distribusi informasi. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/011/SK.I/PKM-PK/2023 tentang pengumpulan, penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menyiapkan informasi yang sudah dikonfirmasi kebenarannya untuk dilaporkan.<br>2. Petugas melaporkan informasi yang dikonfirmasi kebenarannya kepada atasan.<br>3. Petugas menunggu feedback/umpan balik laporan dari atasan.<br>4. Petugas menerima hasil umpan balik laporan dari atasan.<br>5. Petugas mempelajari umpan balik laporan dari atasan.<br>6. Petugas merencanakan kegiatan sesuai hasil laporan yang telah disetujui oleh atasan.<br>7. Petugas menyiapkan sarana untuk menindak lanjuti perencanaan kegiatan.<br>8. Petugas mendistribusikan hasil perencanaan kegiatan.<br>9. Petugas memantau kegiatan yang didistribusikan.<br>10. Petugas mengevaluasi hasil kegiatan.<br>11. Petugas mendokumentasikan hasil kegiatan.<br>12. Petugas memeriksa hasil kegiatan. |
| 6. Bagan Alir |  |

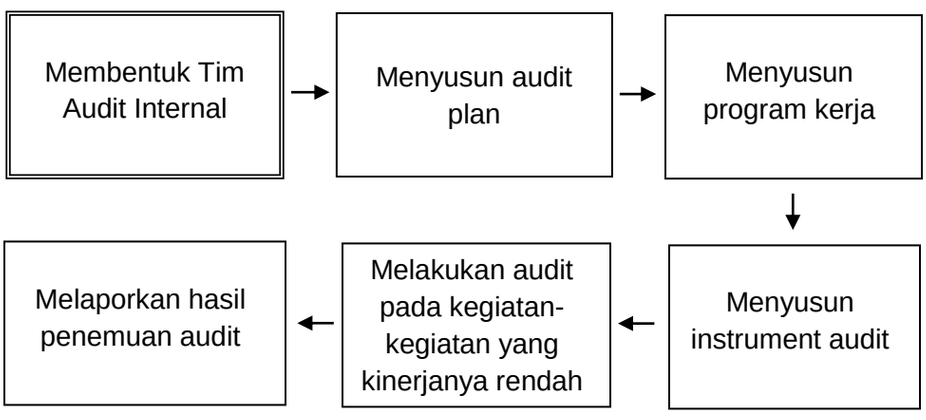
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| |  |
| 7. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Permata Kecubung |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Buku register pengendalian dokumen<br>2. Buku register distribusi dokumen |

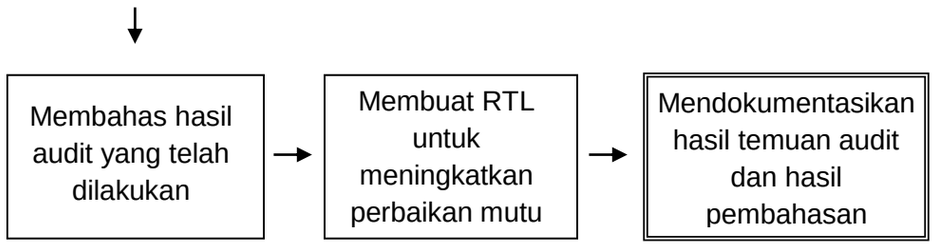
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **AUDIT INTERNAL** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/028/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Audit Internal adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara periodik dalam upaya untuk perbaikan mutu dan kinerja yang telah ditetapkan, dan hasil temuan audit internal disampaikan kepada Kepala Puskesmas, PJ. Mutu, PJ. UKM, PJ. UKP dan Koordinator Pelayanan serta pelaksana kegiatan sebagai dasar untuk melakukan perbaikan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk audit internal |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/025/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Pegawai Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Pedoman Pendampingan Akreditasi Faskes Tk I Direktorat Bina Kes Dasar Th 2016<br>2. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Kepala Puskesmas membentuk Tim Audit Internal disertai uraian tugas dan wewenang.<br>2. Tim Audit Internal menyusun audit plan<br>3. Tim Audit Internal menyusun program kerja.<br>4. Tim Audit Internal Menyusun instrument audit<br>5. Tim Audit Internal melakukan audit pada kegiatan-kegiatan yang kinerjanya rendah atau bagian yang bermasalah sesuai audit plan.<br>6. Tim Audit Internal melaporkan hasil penemuan audit kepada Kepala Puskesmas.<br>7. Kepala Puskesmas bersama Tim Audit Internal membahas hasil audit yang telah dilakukan.<br>8. Kepala Puskesmas bersama Tim Audit Internal membuat RTL untuk meningkatkan perbaikan mutu.<br>9. Tim Audit Internal mendokumentasikan hasil temuan audit dan hasil pembahasan. |
| 6. Bagan Alir |  |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| |  |
| 7. Unit terkait | Semua Upaya Puskesmas |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Instrumen Audit<br>2. Laporan Hasil Temuan Audit<br>3. Hasil RTM sebelumnya |

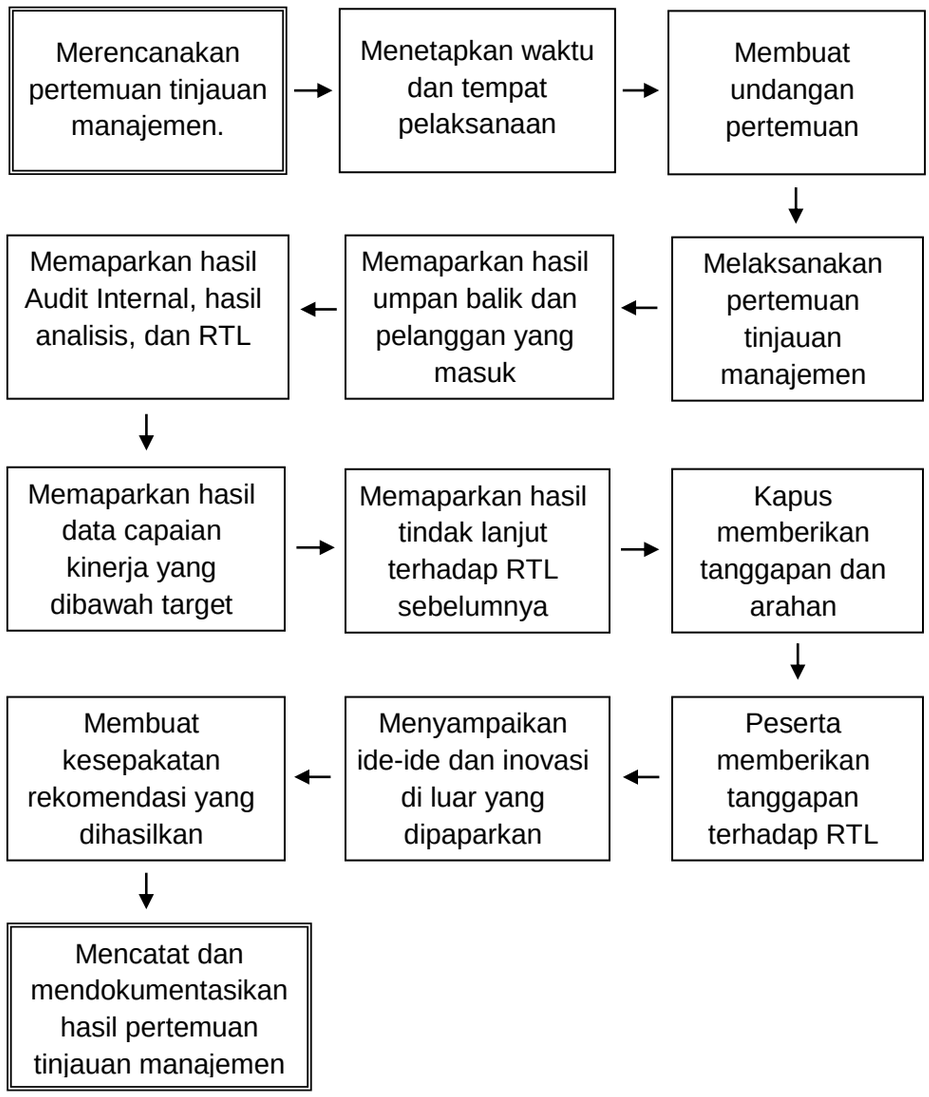
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PERTEMUAN TINJAUAN MANAJEMEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/029/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pertemuan Tinjauan Manajemen adalah pertemuan yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab Mutu untuk membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, termasuk perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, dan membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, serta rekomendasi untuk perbaikan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pertemuan jinjaun manajemen |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/025/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Pegawai Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Pedoman Pendampingan Akreditasi Faskes Tk I Direktorat Bina Kes Dasar Th 2016<br>2. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Kepala Puskesmas dan PJ. Mutu merencanakan pertemuan tinjauan manajemen.<br>2. Kepala Puskesmas dan PJ. Mutu menetapkan waktu dan tempat pelaksanaan pertemuan tinjauan manajemen.<br>3. PJ. Mutu membuat undangan untuk para penanggung jawab upaya, koordinator pelayanan dan pelaksana untuk mengikuti pertemuan tinjauan manajemen.<br>4. PJ. Mutu membuka pertemuan tinjauan manajemen mutu yang telah direncanakan.<br>5. Pengelola umpan balik dan pelanggan memaparkan hasil umpan balik dan pelanggan yang masuk, hasil analisis dan RTL.<br>6. Ketua Tim Audit Internal memaparkan hasil Audit Internal hasil analisis dan RTL.<br>7. Para Penanggung Jawab Upaya memaparkan hasil data capaian kinerja yang belum memenuhi target, hasil analisis dan RTL<br>8. PJ. Mutu memaparkan hasil tindak lanjut terhadap RTL pertemuan tinjauan manajemen mutu sebelumnya.<br>9. PJ. Mutu mempersilahkan Kepala Puskesmas untuk memberikan tanggapan dan arahan terhadap paparan yang disampaikan.<br>10. PJ. Mutu mempersilahkan masing-masing penanggung jawab upaya, koordinator, dan pelaksana untuk memberikan tanggapan terhadap RTL yang dipaparkan.<br>11. PJ. Mutu mempersilahkan masing-masing penanggung jawab upaya, koordinator, dan pelaksana untuk menyampaikan ide-ide dan inovasi di luar yang dipaparkan. |

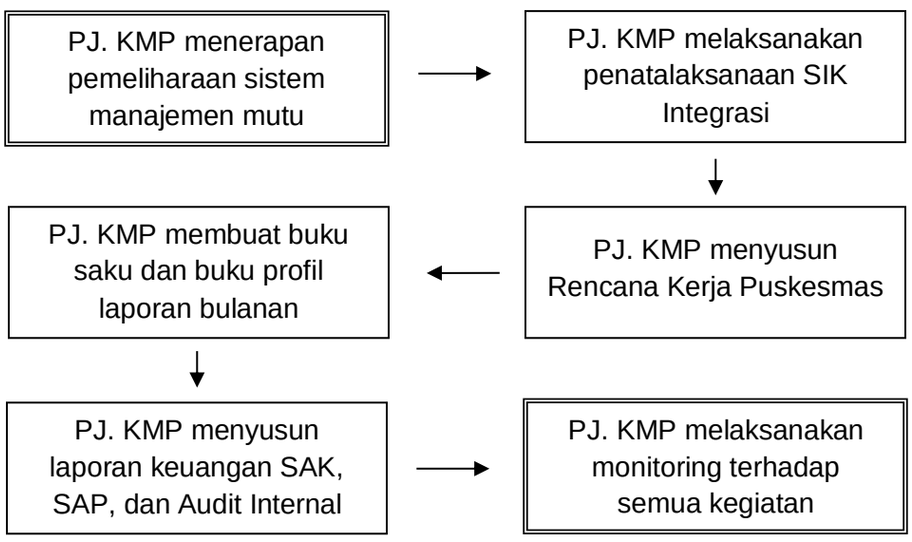
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| | 12. PJ. Mutu memimpin kesepakatan rekomendasi yang dihasilkan.<br>13. Petugas yang ditunjuk mencatat dan mendokumentasikan hasil pertemuan tinjauan manajemen. |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | 1. Penanggung Jawab Upaya<br>2. Pengelola Umpan Balik<br>3. Tim Audit Internal |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Rekap Umpan Balik Pelanggan<br>2. Hasil Audit Internal<br>3. Laporan Hasil Data Capaian Kinerja<br>4. Hasil RTM sebelumnya |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P**<br><br>**PENYELENGGARAAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN PUSKESMAS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/005/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : - | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Proses penyelenggaraan Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas mulai dari penyusunan rencana kegiatan sampai monitoring dan evaluasi. |
| 2. Tujuan | Agar penyelenggaraan KMP dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien serta sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/009/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Kebijakan, Pedoman/Panduan, Prosedur dan Kerangka Acuan Penyelenggaraan KMP, UKM, UKP, Kefarmasian, dan Laboratorium. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Kesepakatan Bersama |
| 5. Prosedur | 1. Penanggungjawab KMP menerapan pemeliharaan sistem manajemen mutu.<br>2. Penanggungjawab KMP melaksanakan penatalaksanaan SIK Integrasi.<br>3. Penanggungjawab KMP menyusun Rencana Kerja Puskesmas.<br>4. Penanggungjawab KMP membuat buku saku dan buku profil laporan bulanan.<br>5. Penanggungjawab KMP menyusun laporan keuangan SAK, SAP, dan Audit Internal.<br>6. Penanggungjawab KMP melaksanakan monitoring terhadap semua kegiatan Puskesmas |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Semua Unit yang ada di Puskesmas |

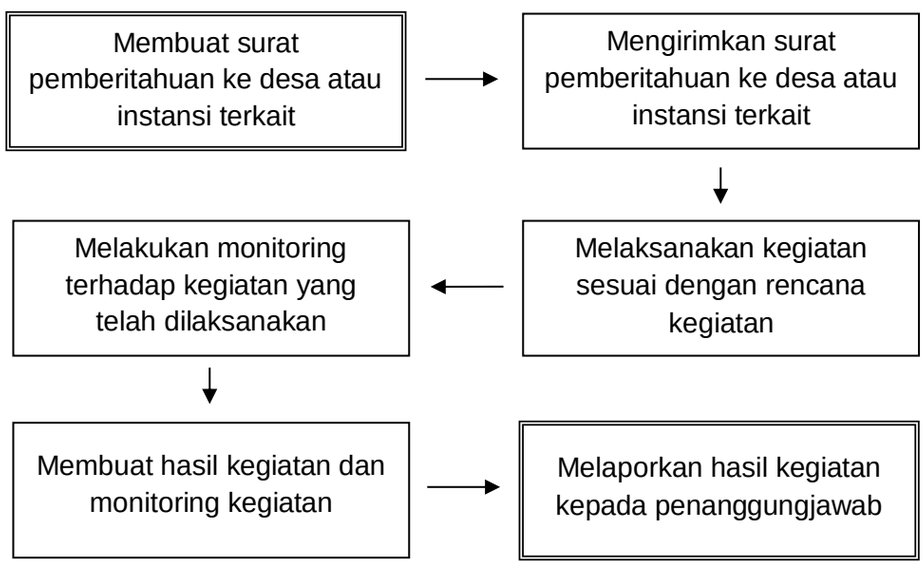
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 8. Dokumen Terkait | Dokumen manajemen Puskesmas |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/006/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Upaya Kesehatan Masyarakat adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. |
| 2. Tujuan | Agar penyelenggaraan UKM dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien serta sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/009/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Kebijakan, Pedoman/Panduan, Prosedur dan Kerangka Acuan untuk penyelenggaraan KMP, UKM, UKP, Kefarmasian, dan Laboratorium. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Kesepakatan Bersama |
| 5. Prosedur | 1. Petugas TU membuat surat pemberitahuan ke desa atau instansi terkait untuk menyampaikan perihal kegiatan yang akan dilaksanakan.<br>2. Petugas mengirimkan surat pemberitahuan ke desa atau instansi terkait yang menjai sasaran kegiatan.<br>3. Petugas melaksanakan kegiatan sesuai dengan rencana kegiatan yang telah disepakati.<br>4. Petugas melakukan monitoring terhadap kegiatan yang telah dilaksanakan.<br>5. Petugas membuat hasil kegiatan dan monitoring kegiatan.<br>6. Petugas melaporkan hasil kegiatan dan monitoring kegiatan kepada penanggungjawab. |
| 6. Bagan Alir |  |

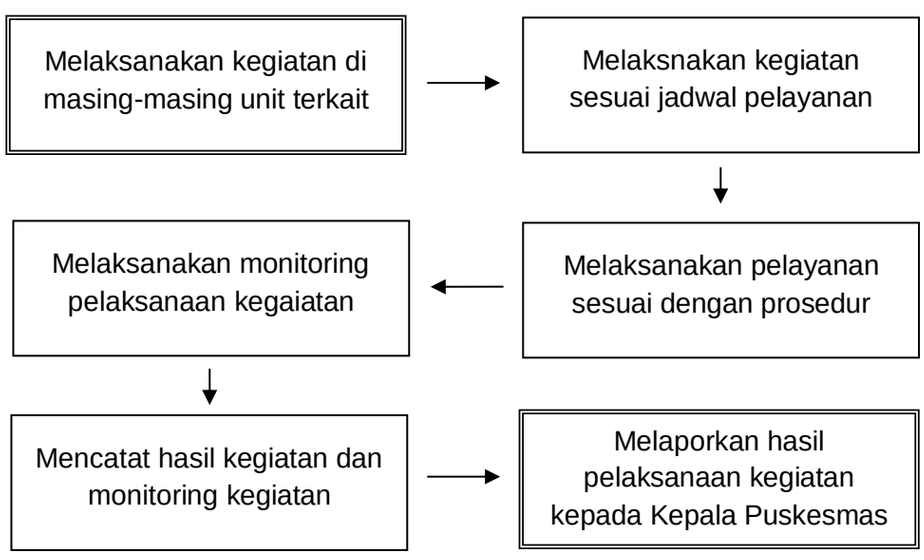
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | 1. Kepala Puskesmas<br>2. Kepala Tata Usaha<br>3. Penanggungjawab UKM<br>4. Lintas sektor terkait |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Laporan hasil kegiatan dan monitoring<br>2. Laporan Bulanan<br>3. Laporan Penilaian Kinerja |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/007/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Upaya Kesehatan Perorangan merupakan suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penembuhaan penyakit, pengurangan penderitaan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan. |
| 2. Tujuan | Agar penyelenggaraan UKP dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien serta sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/009/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Kebijakan, Pedoman/Panduan, Prosedur dan Kerangka Acuan Penyelenggaraan KMP, UKM, UKP, Kefarmasian, dan Laboratorium. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Kesepakatan Bersama |
| 5. Prosedur | 1. Penanggungjawab unit pelayanan melaksanakan kegiatan di masing-masing unit terkait.<br>2. Penanggungjawab unit pelayanan melaksnakan kegiatan sesuai jadwal pelayanan.<br>3. Masing-masing penanggungjawab unit pelayanan dan pelaksana melaksanakan pelayanan sesuai dengan prosedur.<br>4. Penanggungjawab unit pelayanan melaksanakan monitoring pelaksanaan kegaiatan.<br>5. Penanggungjawab unit pelayanan dan pelaksana mencatat hasil kegiatan dan monitoring pada buku laporan kegiatan.<br>6. Penanggungjawab unit pelayanan melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan dan monitoring kepada Kepala Puskesmas. |
| 6. Bagan Alir |  |

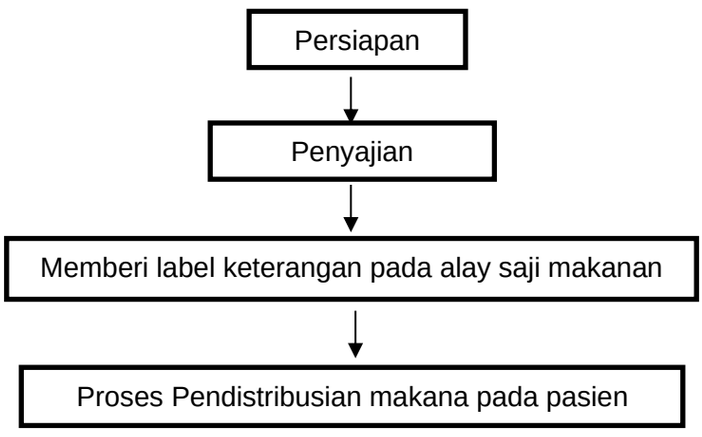
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | 1. Kepala Puskesmas<br>2. Kepala Tata Usaha<br>3. Penanggunjawab UKP |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Laporan hasil kegiatan dan monitoring<br>2. Laporan Bulanan<br>3. Laporan Penilaian Kinerja |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **DISTRIBUSI MAKANAN** | COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/061/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 22 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Distribusi makanan adalah Suatu kegiatan pemorsian / pembagian makanan dan penyampaian makanan sampai ke pasien. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan Langkah – Langkah proses kegiatan distribusi makanan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Kemenkes RI, Tahun 2013 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas dapur menyiapkan makanan sesuai dengan diet pasien dan siklus menu yang telah ditentukan<br>2. Petugas dapur menyajikan makanan menggunakan peralatan makan yang telah ditetapkan.<br>3. Petugas dapur memberi label keterangan pada alat saji makanan<br>4. Petugas dapur menyimpan wadah berisi makanan ke nampan / troli lalau membawanya ke ruang rawat inap<br>5. Petugas dapur memberikan makanan kepada pasien sesuai dengan label keterangan. |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Pantry<br>Ruang rawat inap |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PEMBERIAN MAKANAN** COPY KE - 2 DOKUMEN TERKENDALI | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/062/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 22 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemberian makanan adalah serangkaian proses kegiatan penyampaian makanan sesuai dengan jenis makanan dan jumlah porsi yang dilayani. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan Langkah – Langkah untuk pemberian makanan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Kemenkes RI, Tahun 2013 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas dapur menyiapkan tempat makan untuk masing-masing pasien<br>2. Petugas dapur Memberikan Label keterangan pada Tempat makan pasien yang berisi nama pasien, No. Rekam medis, jenis diet dan nama ruang tempat pasien<br>3. Petugas dapur menyajikan makanan pada alat saji yang bersih, utuh dan tidak cacat atau rusak<br>4. Petugas dapur menyajikan makanan kepada pasien sesuai etiket makan pasien<br>5. Petugas dapur menyajikan makanan sesuai dengan jadwal/jam pemberian makan, yakni:<br>a. Pagi : Pkl. 06.00-08.00 WIB<br>b. Siang : Pkl 11.30-13.00 WIB<br>c. Sore : Pkl 17.30-18.30 WIB |
| 6. Bagan Alir | Persiapan Alat Makan<br>↓<br>Memberi Label keterangan pada alat makanan<br>↓<br>Penyajian Makanan |
| 7. Unit terkait | Pantry dan Ruang rawat inap |
| 8. Dokumen Terkait | |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **BAHAN MEDIS HABIS PAKAI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/072/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan bahan medis habis pakai adalah upaya pelaksanaan laboratorium terutama kegiatan yang meliputi proses penyediaan, pelabelan, penyimpanan dan penggunaan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah - langkah dalam pengelolaan BMHP di laboratorium |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/040/SK.III/PKM-PK/ 2023 Tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas laboratorium melakukan pengadaan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan untuk pemeriksaan<br>2. Petugas laboratorium mengajukan permintaan bahan medis habis pakai ke ruang pelayanan farmasi<br>3. Petugas laboratorium menerima dan mengecek bahan medis habis pakai dari farmasi<br>4. Petugas menyimpan bahan medis habis pakai sesuai dengan ketentuan penyimpanan yang ada di brosur.<br>5. Petugas laboratorium menyimpan bahan medis bahan pakai dengan memperhatikan tanggal kadaluwarsa yang lebih awal diletakkan/ diurutkan lebih dulu |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit terkait | 1. Ruang Pelayanan Laboratorium<br>2. Ruang pelayanan Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Kartu Stok Reagen<br>2. Lembar LPLPO |

9. Rekaman Historis Perubahan

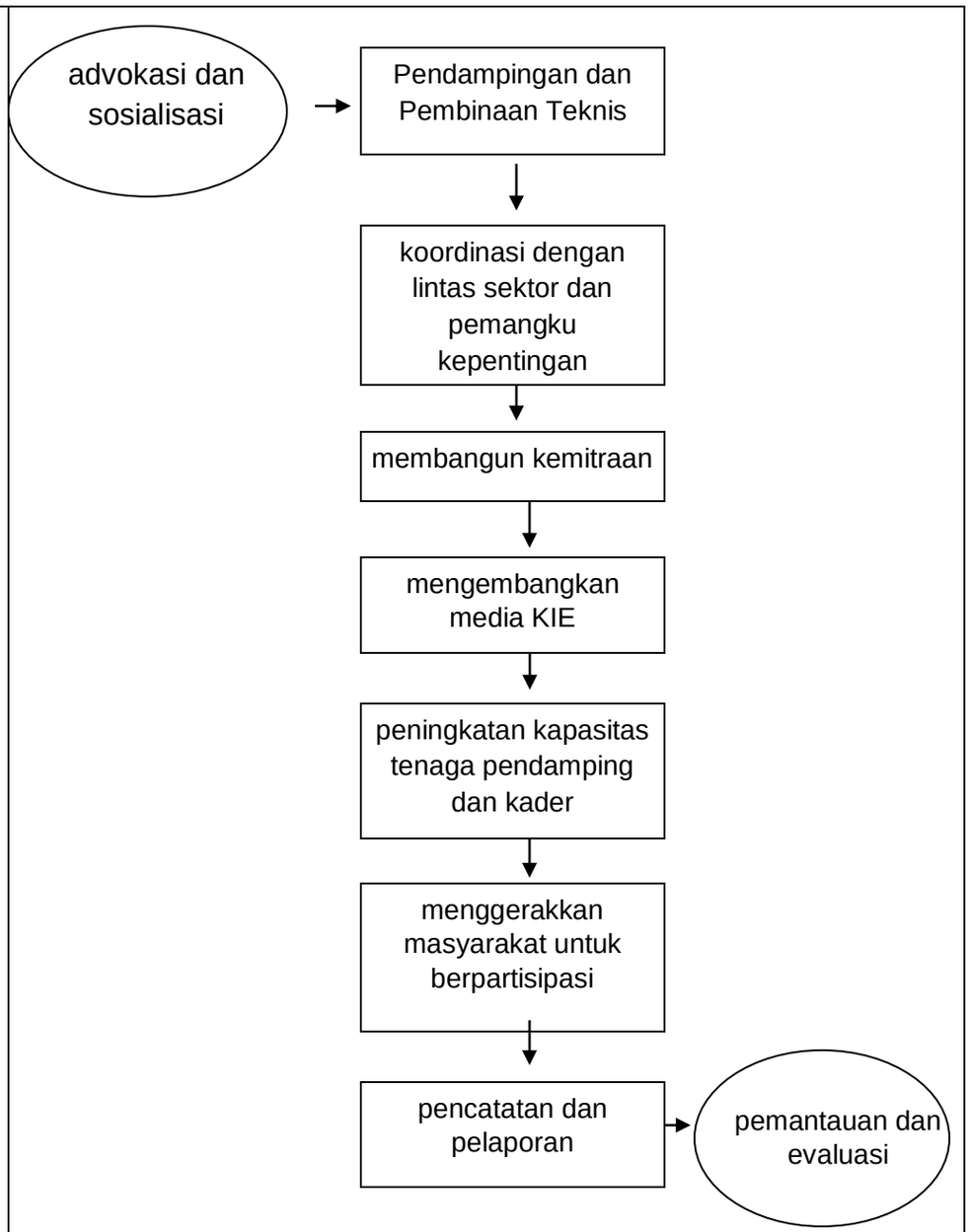
| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P**<br><br>**FASILITAS PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM KEGIATAN PUSKESMAS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/031/SOP.II/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Fasilitas Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kegiatan Puskesmas adalah pendampingan dan pembinaan teknis dalam tahapan penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat oleh petugas Kesehatan untuk pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensial dan sosial budaya setempat. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk fasilitasi pemberdayaan masyarakat. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/027/SK.II/PKM.PK/2023 tentang Fasilitas Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kegiatan Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes Nomor 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.<br>2. Permenkes Nomor 08 tahun 2019 tentang pemberdayaan masyarakat. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas kesehatan melaksanakan advokasi dan sosialisasi untuk mendukung pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat.<br>2. Petugas Kesehatan melakukan pendampingan dan pembinaan teknis dalam tahapan penyelenggaraan Pemberdayaan Masyarakat.<br>3. Petugas Kesehatan melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan pemangku kepentingan dalam pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat.<br>4. Petugas Kesehatan membangun kemitraan dengan organisasi kemasyarakatan dan swasta dalam pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat.<br>5. Petugas Kesehatan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan terkait Pemberdayaan Masyarakat dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal.<br>6. Petugas Kesehatan melakukan peningkatan kapasitas tenaga pendamping Pemberdayaan Masyarakat dan kader.<br>7. Petugas Kesehatan melakukan dan memfasilitasi edukasi kesehatan kepada masyarakat.<br>8. Petugas Kesehatan menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan Pemberdayaan Masyarakat.<br>9. Petugas Kesehatan melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat di tingkat kecamatan dan kabupaten/kota secara berkala.<br>10. Petugas Kesehatan melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat secara berkala. |

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | 1. Lintas Program<br>2. Pokja KMP<br>3. Masyarakat<br>4. Pemangku Kepentingan<br>5. Mitra Terkait |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Buku Koordinasi<br>2. Buku Laporan |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **IDENTIFIKASI DAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PASIEN DENGAN RISIKO, KENDALA,DAN KEBUTUHAN KHUSUS** | |
| | No. Dokumen : 445/047/SOP.III/PKM-PK/2023 | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | Tanggal Terbit : 15 April 2023 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |
| | No. Revisi : 0 | |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu proses identifikasi terhadap hambatan-hambatan yang mungkin dimiliki pasien seperti hambatan dalam faktor bahasa, fisik, budaya/ kepercayaan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk petugas skrining di puskesmas Permata Kecubung dalam melakukan identifikasi pasien dengan kondisi khusus. |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor 800/032/SK.III/PKM-PK /2023 tentang Identifikasi dan Pemenuhan Kebutuhan Pasien Dengan Resiko, Kendala, dan Kebutuhan Khusus |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas |
| 5. Langkah - langkah | 1. Petugas Skrining menggunakan APD<br>2. Petugas Skrining mengidentifikasi resiko, kendala dan kebutuhan khusus yang dimiliki oleh pasien:<br>a. Pasien rentan seperti ibu hamil lebih dari 6 bulan, usia lanjut, pasien dengan gangguan mental atau psikologis akut yang membahayakan sekitar serta pasien dengan penyakit menular (TB atau HIV) dan<br>b. Pasien dengan kendala bahasa dan budaya, (tidak bisa berbahasa Indonesia)<br>c. Pasien dengan kendala resiko jatuh (pasien disabilitas fisik, maupun pasien yang dilihat dari cara berjalan tampak kesulitan berjalan, dituntun atau menggunakan alat bantu)<br>d. Pasien kebutuhan khusus yaitu pasien tuna rungu, tuna wicara, tuna netra maupun buta huruf<br>3. Petugas Skrining melakukan pemenuhan kebutuhan bagi pasien yang mengalami kendala :<br>a. Pasien rentan : Petugas skrining memprioritaskan pelayanan pada pasien dan untuk pasien dengan penyakit menular diberikan masker serta pelayanan dilakukan di ruang khusus<br>b. Pasien dengan kendala bahasa : Petugas menghubungi petugas penerjemah yang sudah ditunjuk oleh Kepala Puskesmas sebagai |

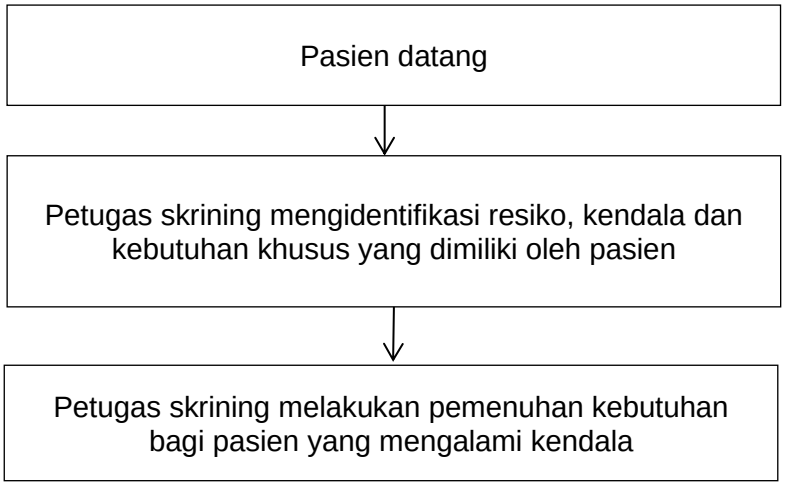
penerjemah bahasa

c. Pasien dengan resiko jatuh : Petugas skrining memberikan alat bantu jalan berupa tongkat / kursi roda/ brangkar/ pendampingan pada pasien

d. Pasien kebutuhan khusus :
   - Pada pasien tuna wicara, tuna netra maupun tuna rungu maka Petugas meminta bantuan pengantar/pendamping pasien untuk berkomunikasi dan memverifikasi identitas
   - Pada pasien buta huruf maka petugas akan meminta paraf pasien serta membantu menuliskan identitas pasien.

4. Petugas skrining memberikan tanda kalung pita kuning pada pasien dengan resiko jatuh
5. Petugas skrining memprioritaskan pelayanan pada pasien rentan dan pasien dengan resiko jatuh serta mempersilahkan kepada kerabat yang mengantar untuk melakukan pendaftaran. Jika pasien datang sendiri tanpa ada yang mengantar maka petugas skrining yang membantu mendaftarkan pasien
6. Petugas skrining menginformasikan kepada petugas pendaftaran untuk memberi tanda direkam medis pasien, sebagai berikut :
   a. Pasien rentan ditulis PRIORITAS di halaman depan rekam medis
   b. Pasien kendala bahasa ditulis BHS di halaman depan rekam medis
   c. Pasien kendala budaya ditulis BDY di halaman depan rekam medis
   d. Pasien kebutuhan khusus ditulis KHUSUS di halaman depan rekam medis
   e. Pasien resiko jatuh diberi tanda [ ] di halaman depan rekam medis
7. Petugas skrining meminta kartu identitas pasien dengan penyakit menular (TB atau HIV) dan mendaftarkan ke petugas pendaftaran, kemudian pasien diarahkan menuju kursi tunggu di ruang pemeriksaan khusus

6. Diagram alir

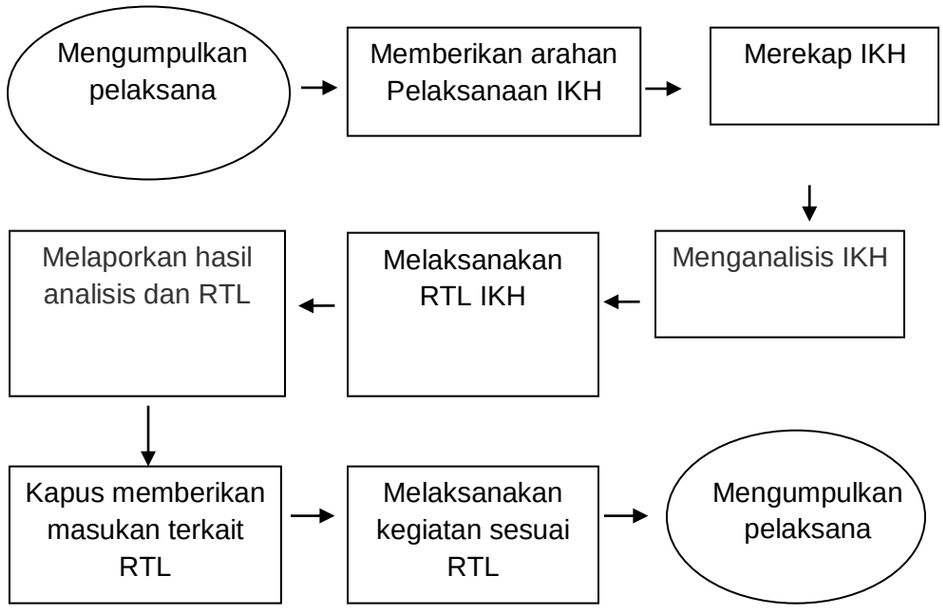


| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | Semua Unit Pelayanan UKPP |
| 8. Rekaman histori perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **IDENTIFIKASI KEBUTUHAN DAN HARAPAN MASYARAKAT, KELOMPOK MASYARAKAT, KELUARGA DAN INDIVIDU YANG MERUPAKAN SASARAN PELAYANAN UKM** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/030/SOP.II/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, keluarga, dan individu adalah suatu kegiatan untuk mengetahui informasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, induvidu dan sasaran terhadap UKM kesehatan sehingga bisa dijadikan sebagai acuan untuk menyusun rencana kegiatan UKM kesehatan sesuai yang dibutuhkan masyarakat atau sasaran. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk identifikasi kebutuhan masyarakat dan tanggap masyarakat terhadap mutu pelayanan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/026/SK.II/PKM.PK/2023 tentang Identifikasi Kebutuhan dan Harapan Masyarakat, Kelompok Masyarakat, Keluarga Dan Individu Yang Merupakan Sasaran Pelayanan UKM. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 08 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. |
| 5. Prosedur | 1. Penanggung jawab UKM mengumpulkan pelaksana kegiatan.<br>2. Penanggung jawab UKM memberikan arahan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat/ sasaran terhadap kegiatan UKM kesehatan dengan cara :<br>Aktif : ▪ Dengan temu muka (melalui pertemuan)<br>▪ Melakukan survei Mawas Diri (SMD)<br>Pasif : ▪ Kotak saran dari masyarakat.<br>▪ SMS dari masyarakat.<br>▪ Surat keluhan masyarakat.<br>▪ Aduan langsung dari masyarakat ke Puskesmas.<br>3. Petugas merekap hasil identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat dalam buku keluhan dan harapan masyarakat.<br>4. Penanggung jawab UKM bersama petugas menganalisis kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran terhadap kegiatan UKM kesehatan.<br>5. Penanggung jawab UKM bersama petugas membuat rencana tindak lanjut berdasarkan analisis hasil kajian.<br>6. Penanggung jawab UKM melaporkan hasil analisis identifikasi dan rencana tindak lanjut kepada Kepala Puskesmas.<br>7. Kepala Puskesmas menerima laporan dan memberikan mas<br>rencana tindak lanjut.<br>8. Hasil konsultasi RTL dijadikan dasar oleh penanggung jawab UKM Bersama petugas dalam pembuatan rencana kegiatan UKM kesehatan yang dibuat berdasarkan identifikasi harapan dan kebutuhan masyarakat.<br>9. Penanggung jawab UKM mendokumentasikan kegiatan identifikasi harapan dan kebutuhan masyarakat. |

| | |
|---|---|
| | 10. Penanggung jawab dan pelaksana UKM kesehatan melaksanakan kegiatan sesuai rencana UKM kesehatan. |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Semua Pelayanan UKM |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Kuesioner Survei<br>2. Buku Rekap |

9. Rekaman Historis Perubahan

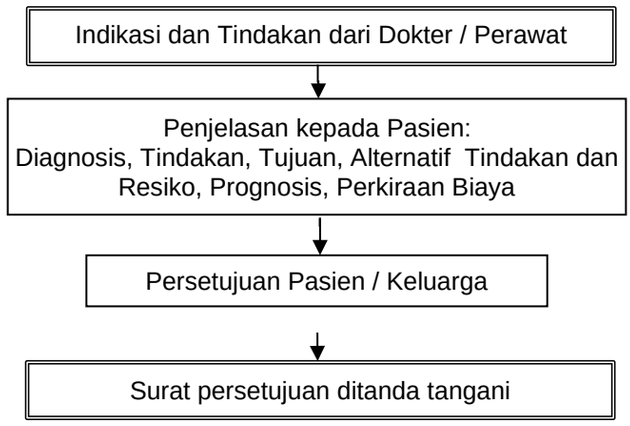
| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **INFORMED CONSENT** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/049/SOP.III/PKM-PK/2023 | |
| | Tanggal Terbit : 15 April 2023 | |
| | No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Informed consent adalah suatu kegiatan untuk meminta persetujuan tindakan medis yang dilakukan oleh petugas kepada pasien / wali yang sebelumnya telah diberikan penjelasan oleh petugas mengenai efek samping dan resiko tindakan medis tersebut. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah melakukan *Informed Consent* |
| 3. Kebijakan | a. Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Pelayanan Klinis<br>b. Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/003/SK.I/PKM-PK/2023 Tentang Hak Dan Kewajiban Pasien serta Memperhatikan Keselamatan Pasien |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang persetujuan tindakan dokter. |
| 5. Prosedur | a. Petugas memanggil pasien/wali, saksi, penerjemah (bila diperlukan) untuk mendapatkan penjelasan tentang informed consent<br>b. Petugas memberitahukan kepada pasien/wali tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut dan bertanggungjawab dengan keputusan mereka.<br>c. Petugas menjelaskan diagnosa penyakit pasien<br>d. Petugas menjelaskan tujuan tentang tindakan medis yang akan dilakukan kepada pasien<br>e. Petugas menjelaskan tata cara tindakan medis yang akan dilakukan<br>f. Petugas menjelaskan kemungkinan resiko dan komplikasi yang dapat ditimbulkan jika tindakan tersebut dilakukan<br>g. Petugas menjelaskan alternative pelayanan dan pengobatan lain yang tersedia dan resiko-resikonya, bila pasien/wali menolak.<br>h. Petugas menjelaskan prediksi dari perkembangan penyakit pasien (prognosis)<br>i. Petugas mempersilakan untuk bertanya apabila ada penjelasan yang kurang dimengerti.<br>j. Petugas menyerahkan formulir informed consent untuk dibaca dan dipahami<br>k. Petugas mengarahkan untuk menandatangani formulir informed consent oleh pasien/wali, saksi, penerjemah (jika diperlukan)<br>l. Tanda tangan tenaga Kesehatan dokter/perawat/bidan sebagai bukti sudah menjelaskan kepada pasien/wali, saksi dan penerjemah (jika diperlukan)<br>m. Petugas memeriksa kelengkapan informed consent. |

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir | SOP INFORMED CONSENT<br>  |
| 7. Unit Terkait | a. Ruang Pemeriksaan Umum<br>b. Ruang Kesehatan Gigi & Mulut<br>c. Ruang KIA-KB<br>d. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>e. Ruang Persalinan |
| 8. Dokumen Terkait | |

**9. Rekaman Historis Perubahan**

| No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | S O P | |
|---|---|---|
| | **JIKA TERJADI TUMPAHAN REAGEN DAN PAJANAN PETUGAS** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/074/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 03 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2

DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu cara penangganan apabila jika terjadi tumpahan raegen dan pajanan petugas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah untuk melakukan penanganan jika terjadi tumpahan raegen dan pajanan petugas. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor 800/040/SK.III/PKM-PK/ 2023 Tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas;<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.<br>3. Pedoman PPI |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menggunakan APD<br>2. Petugas memberi tanda untuk menunjukkan area adanya tumpahan<br>3. Petugas menyerap cairan yang tumpah dengan menggunakan kain perca / handuk / tisu / koran bekas penyerap bersih yang dapat menyerap sampai bersih kemudian buang ke kantong warna kuning (kantong infeksius)<br>4. Petugas menuangkan cairan detergen kemudian serap dengan kain perca/ handuk/ tisu/ koran bekas masukan ke kantong warna kuning<br>5. Lanjutkan dengan cairan klorin 0,5% kemudian serap dan buang ke kantong warna kuning (kantong infeksius).<br>6. Bila petugas tertusuk jarum segera membilas dengan air mengalir atau air dengan jumlah banyak dan sabun atau antiseptik sampai bersih tidak boleh menekan bagian tubuh yang tertusuk dan menghirup darah dengan mulut<br>7. Petugas segera mencuci bagian tubuh yang terkena pajanan dengan sabun dan air mengalir bila darah atau cairan tubuh mengenai kulit yang utuh tanpa luka atau tusukan.<br>8. Bila darah atau cairan tubuh mengenai mulut petugas segera meludahkan atau kumur-kumur dengan air beberapa kali<br>9. Bila petugas terkena percikan darah atau cairan tubuh pada mata, segera cuci mata dengan air mengalir (irigasi) dengan posisi kepala miring kearah mata yang terpercik<br>10. Bila darah atau cairan tubuh memercik ke hidung petugas segera menghembuskan keluar dan membersihkan dengan air<br>11. Petugas mencatat dan melaporkan setiap kejadian pajanankepada petugas yang berwenang yaitu atasan langsung dan tim PPI |
| 6. Bagan Alir | - |

| | |
|---|---|
| 7. Unit terkait | 1. Ruang Pelayanan Laboratorium<br>2. Ruang Farmasi<br>3. Ruang Tindakan Kegawat Daruratan<br>4. Ruang Pelayanan Bersalin |
| 8. Dokumen Terkait | |

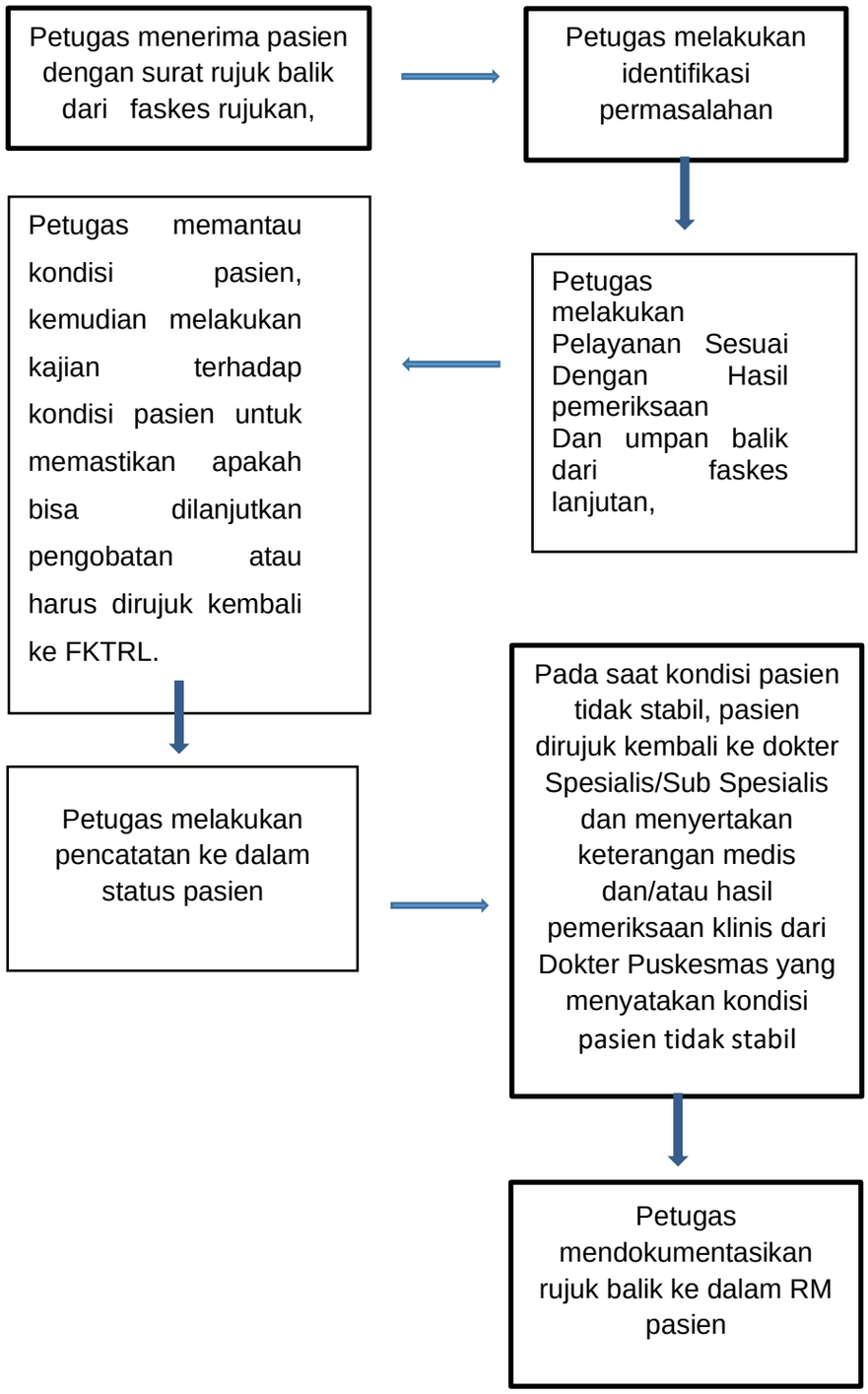
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **TINDAK LANJUT TERHADAP UMPAN BALIK DARI SARANA KESEHATAN YANG MERUJUK BALIK** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/065/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 28 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

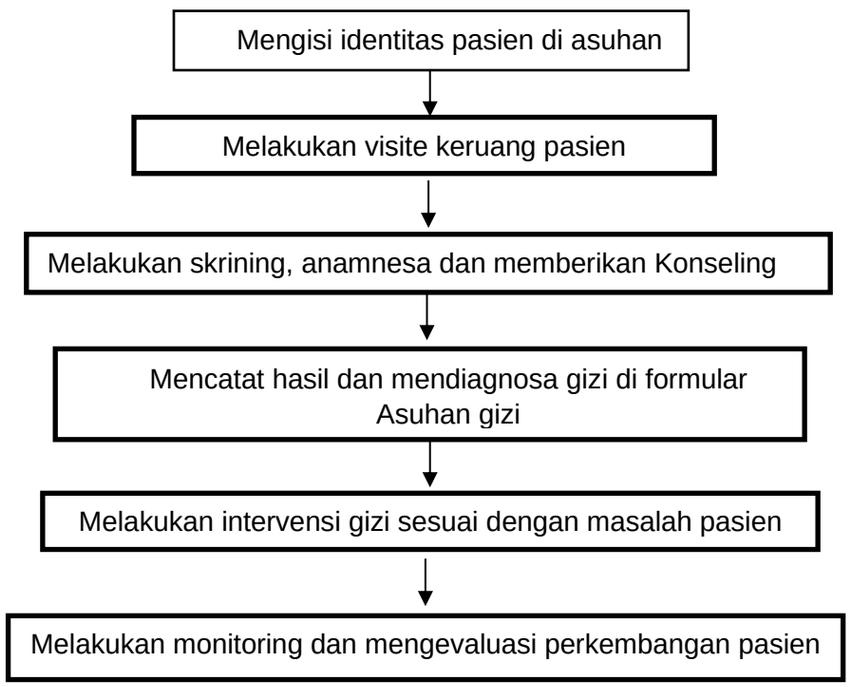
| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Tindak lanjut terhadap umpan balik dari sarana kesehatan yang merujuk balik adalah suatu proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas setelah mendapatkan surat rujuk balik dari sarana kesehatan atau faskes lanjutan yang memberikan rujuk balik ke puskesmas |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah melaksanakan tindak lanjut terhadap umpan balik dari sarana kesehatan yang merujuk balik |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| **4. Referensi** | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer |
| **5. Prosedur** | 1. Petugas menerima pasien dengan surat rujuk balik dari faskes rujukan,<br>2. Petugas melakukan identifikasi permasalahan,<br>3. Petugas melakukan pelayanan sesuai dengan hasil pemeriksaan dan umpan balik dari faskes lanjutan,<br>4. Petugas melakukan pencatatan ke dalam status pasien,<br>5. Petugas memantau kondisi pasien<br>6. Petugas melakukan kajian terhadap kondisi pasien untuk memastikan apakah bisa dilanjutkan pengobatan atau harus dirujuk kembali ke FKTRL.<br>7. Pada saat kondisi pasien tidak stabil, pasien dirujuk kembali ke dokter Spesialis/Sub Spesialis dan menyertakan keterangan medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari Dokter Puskesmas yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mengalami gejala/tanda-tanda yang mengindikasikan perburukan dan perlu penatalaksanaan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis.<br>8. Petugas mendokumentasikan rujuk balik ke dalam RM pasien |

| | |
|---|---|
| **6. Bagan Alir** |  |
| **7. Unit terkait** | 1. Ruang Pemeriksaan Umum<br>2. Ruang KIA/KB<br>3. Ruang Pelayanan MTBS<br>4. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>5. Loket Obat |
| **8. Dokumen Terkait** | |

**9. Rekaman Historis Perubahan**

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P**<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI<br>**KAJIAN KEBUTUHAN PASIEN** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/058/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 22 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Kajian Kebutuhan Pasien adalah Serangkaian kegiatan yang terorganisasi/terstruktur yang memungkinkan untuk identifikasi kebutuhan gizi dan penyedian Asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah langkah untuk kajian kebutuhan Pasien |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Permata Kecubung Nomor : 800/033/SK.III/PKM-PK/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | 1. Kementrian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Gizi Dan KIA Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas<br>2. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas Tahun 2018 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas gizi mengisi identitas pasien di asuhan gizi<br>2. Petugas gizi melakukan visite keruang pasien<br>3. Petugas gizi melakukan skrining, anamnesa dan memberikan konseling<br>4. Petugas gizi mencata hasil dan mendiagnosa gizi di formular Asuhan gizi<br>5. Petugas gizi melakukan intervensi gizi sesuai dengan masalah pasien.<br>6. Petugas gizi melakukan monitoring dan mengevaluasi perkembangan pasien |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | 1. Ruang KIE<br>2. Ruang Rawat Inap |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Rekam medis<br>2. Buku register konseling gizi |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **KAJIAN RESEP DAN PEMBERIAN OBAT** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/082/SOP.III/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 8 Mei 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Kajian resep dan pemberian obat adalah proses yang dilakukan dalam pelayanan farmasi untuk mengevaluasi dan memastikan keabsahan resep, serta memberikan obat kepada pasien dengan benar. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melakukan pengkajian dan pemberian resep |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Permata Kecubung Nomor: 800/043/SK.III/PKM-PK/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas Farmasi menerima resep dari pasien<br>2. Petugas Farmasi melakukan pengkajian atau telaah resep meliputi, ketepatan identitas pasien, obat, dosis, frekuensi, aturan minum atau makan obat, dan waktu pemberian, duplikasi pengobatan, potensi alergi, interaksi antara obat dan obat lain atau dengan makanan, variasi kriteria penggunaan, berat badan pasien atau informasi fisiologik lainnya serta kontraindikasi., apabila pada saat skrining resep ada ketidaksesuaian maka petugas farmasi mengkonfirmasi ke Dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang menulis resep<br>3. Petugas Farmasi menyiapkan obat racikan/non racikan sesuai resep<br>4. Petugas Farmasi mengidentifikasi pasien dengan menanyakan identitas pasien dengan minimal 2 identitas yang tidak berubah misalnya nama lengkap, tanggal lahir, NIK, atau nomor rekam medik.<br>5. Petugas Farmasi menyerahkan obat sesuai resep dengan memberikan informasi cara penggunaan obat (PIO) meliputi<br>a. Nama Obat<br>b. Sediaan<br>c. Dosis<br>d. Cara Pakai<br>e. Penyimpanan<br>f. Indikasi<br>g. Kontraindikasi<br>h. Stabilitas |

| | |
|---|---|
| | i. Efek Samping<br>j. Intraksi Obat<br>6. Petugas Farmasi menginformasikan apabila ada alergi obat segera kembali ke fasilitas kesehatan atau praktek dokter terdekat<br>7. Petugas Farmasi meminta pasien atau keluarga pasien mengulang cara penggunaan obat yang telah disampaikan<br>8. Petugas Farmasi memastikan pasien memahami informasi obat yang telah disampaikan, setelah pasien memahami apa yang dijelaskan petugas farmasi, petugas farmasi menceklist PIO dan menandatangani pada kolom petugas di kolom PIO dan pasien juga diarahkan untuk menandatangani pada kolom pasien di kolom PIO pada kertas resep.<br>9. Petugas Farmasi mempersilahkan pasien pulang.<br>10. Petugas Farmasi memantau efek samping obat, apabila ada kejadian efek samping obat pada pasien saat penggunaan obat maka petugas farmasi menulis kejadian tersebut pada formulir pelaporan efek samping obat dan kemudian dilaporkan ke PJ. UKP, PJ. Mutu dan diketahui Kepala Puskesmas. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Unit terkait | Ruang Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | |

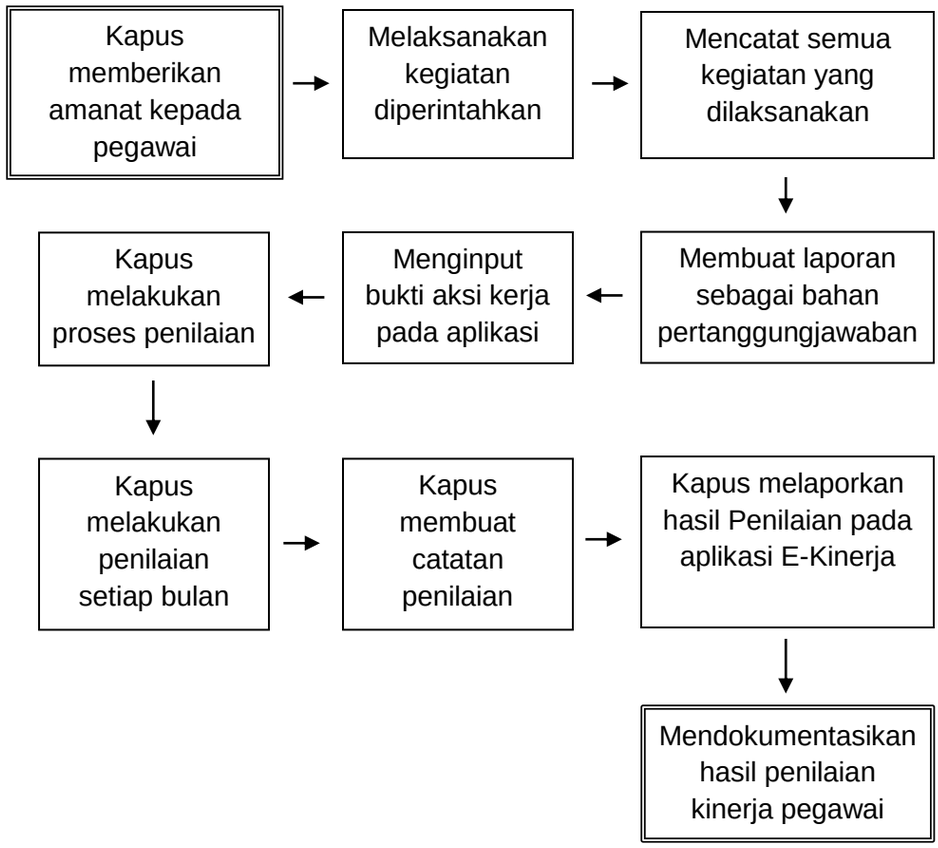
9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENILAIAN KINERJA PEGAWAI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/015/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 12 April 2023<br>No. Revisi : 0 | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 198206032200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penilaian Kinerja Pegawai adalah adalah evaluasi terhadap proses pelaksanaan kegiatan/kinerja para pegawai yang diberi amanat untuk menjalankan tugas tertentu sehingga dapat dipertanggungjawabkan dan sebagai umpan balik bagi Kepala Puskesmas pada masa yang akan datang. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penilaian kinerja pegawai. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/014/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Indikator Penilaian Kinerja Pegawai |
| 4. Referensi | Permen PAN & RB Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2022 Tentang Pengelolaan Kinerja Pegawai Apartur Sipil Negara |
| 5. Prosedur | 1. Kepala Puskesmas memberikan amanat kepada para pegawai untuk melaksanakan tugas dan kegiatan.<br>2. Para pegawai melaksanakan kegiatan yang diperintahkan sesuai tupoksi masing-masing.<br>3. Para pegawai mencatat semua kegiatan yang dilakukan sesuai tupoksi yang telah ditetapkan.<br>4. Para pegawai membuat laporan sebagai bahan pertanggungjawaban ke Kepala Puskesmas berdasarkan rencana hasil kerja pimpinan yang diintervensi.<br>5. Para pegawai menginput bukti aksi kerja pada aplikasi e-Kinerja SKP terbaru<br>6. Kepala Puskesmas melakukan proses penilaian SKP para pegawai menggunakan aplikasi e-Kinerja.<br>7. Kepala Puskesmas melakukan penilaian setiap 3 (bulan) bulan sekali.<br>8. Kepala Puskesmas membuat catatan laporan hasil penilaian pada aplikasi e-Kinerja<br>9. Kepala Puskesmas melaporkan hasil Penilaian pada aplikasi e-Kinerja ke Kepala Dinas Kesehatan.<br>10. Kepala Puskesmas mendokumentasikan hasil penilaian kinerja pegawai melalui Kepala Tata Usaha. |

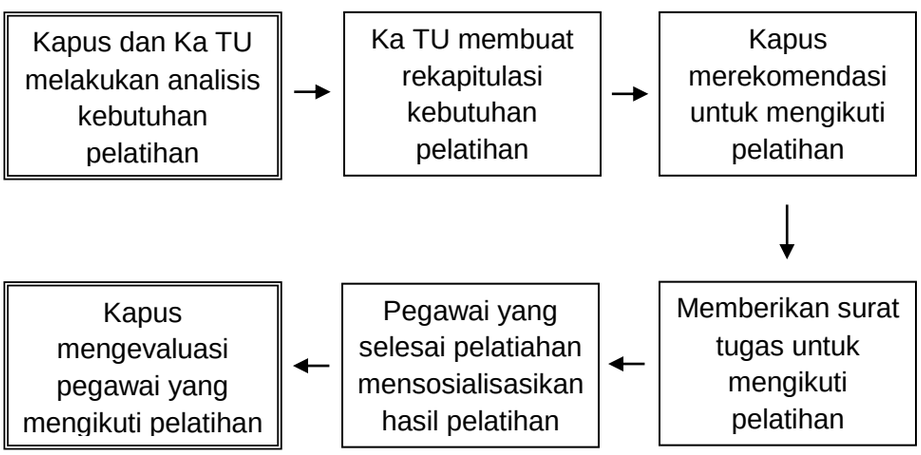
COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Semua pegawai ASN dan P3K |
| 8. Dokumen Terkait | Dokumen SKP melalui aplikasi e-Kinerja |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **S O P** | |
| | **PENINGKATAN KOMPETENSI PEGAWAI** | |
| **UPT PUSKESMAS PERMATA KECUBUNG** | No. Dokumen : 445/017/SOP.I/PKM-PK/2023<br>Tanggal Terbit : 10 April 2023<br>No. Revisi : - | **Tri Budi Santoso, S.Farm.,Apt**<br>NIP. 19820603 200902 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Peningkatan kompetensi pegawai adalah suatu kegiatan dengan cara mengikuti pelatihan tambahan untuk meningkatkan seperangkat pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang harus dimiliki, dihayati, dikuasai dan diaktualisasikan dalam melaksanakan tugas keprofesionalan sesuai dengan bidang masing – masing pegawai. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk peningkatan kompetensi pegawai. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pemata Kecubung Nomor 800/028/SK.I/PKM-PK/2023 tentang Peningkatan Kompertensi Pegawai. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas |
| 5. Prosedur | 1. Kepala Puskesmas dan Kepala Tata Usaha menganalisa kebutuhan pelatihan tiap personil untuk meningkatkan kompetensi.<br>2. Kepala Tata Usaha membuat rekapitulasi kebutuhan pelatihan<br>3. Kepala Puskesmas memberikan rekomendasi untuk mengirimkan tenaga kesehatan untuk mengikuti pelatihan peningkatan kompetensi.<br>4. Kepala Puskesmas memberikan surat tugas kepada pegawai untuk mengikuti pelatihan<br>5. Pegawai yang telah selesai mengikuti pelatihan mensosialisasikan hasil pelatihan peningkatan kompetensi.<br>6. Kepala puskesmas mengevaluasi setiap tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit terkait | Seluruh pegawai Puskesmas |

COPY KE - 2
DOKUMEN TERKENDALI

| | |
|---|---|
| 8. Dokumen Terkait | Informati terkait peningkatan kompetensi |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **IDENTIFIKASI DAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PASIEN DENGAN RESIKO, KENDALA DAN KEBUTUHAN KHUSUS** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |
| | **S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.1.1.a/099/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu proses identifikasi terhadap hambatan-hambatan yang mungkin dimiliki pasien seperti hambatan dalam faktor bahasa, fisik, budaya/kepercayaan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk petugas screening di puskesmas Balai Riam dalam melakukan identifikasi pasien dengan kondisi khusus |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor 3.1.1.a/081/SK/PKM-BR/2023 tentang Identifikasi dan Pemenuhan Kebutuhan Pasien Dengan Resiko, Kendala, dan Kebutuhan Khusus |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas Skrining mengenali hambatan dan kondisi khusus yang dimiliki oleh pasien :<br>a. Hambatan bahasa (tidak bisa berbahasa Indonesia, bisu maupun gangguan pendengaran)<br>b. Hambatan fisik (dilihat dari cara berjalan tampak kesulitan berjalan, dituntun)<br>c. Kondisi beresiko Tinggi untuk penularan (pasien dengan batuk pilek, pasien TB)<br>2. Petugas Screening segera menghubungi petugas penerjemah yang sudah ditunjuk oleh Kepala Puskesmas sebagai penerjemah bahasa (jika pasien tidak bisa berbahasa Indonesia) dan penerjemah Bahasa isyarat (jika pasien tuna rungu dan tuna wicara).<br>3. Jika hambatan fisik maka petugas screening akan memberikan alat bantu jalan berupa : tongkat / kursi roda/ brangkar.<br>4. Petugas screening memberikan kalung resiko jatuh pada pasien dengan hambatan fisik.<br>5. Petugas membantu mendahulukan dan mengantarkan pasien |

| | |
|---|---|
| | langsung menuju ruang tunggu pelayanan yang dituju dan mempersilahkan kepada kerabat yang mengantar untuk melakukan pendaftaran, jika pasien datang sendiri tanpa ada yang mengantar maka petugas pendaftaran melakukan pendataan langsung di ruang tunggu.<br>6. Petugas screening menginformasikan kepada petugas pendaftaran untuk memberi tanda direkam medis pasien dengan spidol/stabilo kuning terhadap pasien dengan hambatan Bahasa.<br>7. Jika pasien dengan kondisi beresiko penularan, petugas meminta kartu identitas untuk dibantu pendaftaran dan pasien diarahkan menuju kursi tunggu pelayanan dan memberikan masker untuk pasien batuk pilek dan kursi tunggu pelayanan TB untuk pasien dalam pengobatan TB. |
| 6. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan UKPP |

7.Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | ***INFORMED CONSENT*** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |
| | **S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.1.1.b/101/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Informed consent adalah suatu kegiatan untuk meminta persetujuan tindakan medis yang dilakukan oleh petugas kepada pasien / wali yang sebelumnya telah diberikan penjelasan oleh petugas mengenai efek samping dan resiko tindakan medis tersebut |
| 2. Tujuan | 1. Meminta izin kepada pasien atau keluarga pasien uantuk dilakukannya suatu tindakan medis oleh dokter.<br>2. Aspek legalitas sebagai perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan |
| 3. Kebijakan | 1. Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b/082/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis.<br>2. Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b/083/SK/PKM-BR/2023 Tentang Hak Dan Kewajiban Pasien. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang persetujuan tindakan dokter. |
| 5. Langkah-Langkah | *1.* Petugas memanggil pasien/wali, saksi, penerjemah (bila diperlukan) untuk mendapatkan penjelas tentang *informed consent*<br>2. Petugas memberitahukan kepada pasien/wali tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut dan bertanggungjawab dengan keputusan mereka.<br>3. Petugas menjelaskan diagnosa penyakit pasien<br>4. Petugas menjelaskan tujuan tentang tindakan medis yang akan dilakukan kepada pasien<br>5. Petugas menjelaskan tatacara tindakan medis yang akan dilakukan<br>6. Petugas menjelaskan kemungkinan resiko dan komplikasi yang dapat ditimbulkan jika tindakan tersebut dilakukan<br>7. Petugas menjelaskan alternative pelayanan dan pengobatan lain yang tersedia dan resiko-resikonya, bila pasien/wali menolak.<br>8. Petugas menjelaskan prediksi dari perkembangan penyakit pasien (prognosis) |

| | |
|---|---|
| | 9. Petugas mempersilakan untuk bertanya apabila ada penjelasan yang kurang dimengerti.<br>10. Petugas menyerahkan formulir informed consent untuk dibaca dan dipahami.<br>11. Petugas mengarahkan untuk menandatangani formulir informed consent oleh pasien/wali, saksi, penerjemah (jika diperlukan)<br>12. Tanda tangan tenaga Kesehatan dokter/perawat/bidan sebagai bukti sudah menjelaskan kepada pasien/wali, saksi dan penerjemah (jika diperlukan)<br>13. Petugas memeriksa kelengkapan informed consent. |
| 6. Unit Terkait | 1. Ruang Pemeriksaan Umum<br>2. Ruang Kesehatan Gigi & Mulut<br>3. Ruang Kesehatan Ibu dan KB<br>4. Ruang Kesehatan Anak MTBS<br>5. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>6. Ruang Persalinan<br>7. Ruang Imunisasi |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENDAFTARAN**<br>S O P<br>**No.DOKUMEN : 3.1.1.b/100/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/3** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pendaftaran adalah proses, cara, perbuatan mendaftar (mendaftarkan) disertai dengan kegiatan pencatatan nama, alamat, dan sebagainya dalam buku register dan rekam medis. |
| 2. Tujuan | Untuk memudahkan proses pelayanan yang akan dilakukan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b/082/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pemberian Pelayanan Klinis. |
| 4. Referensi | Kesepakatan Bersama |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Pasien datang, mengambil nomor antrian yang telah disediakan di meja skrining.<br>2. Petugas melakukan skrining pasien, kemudian mengarahkan pasien ke ruang tunggu pendaftaran.<br>3. Petugas pendaftaran memanggil pasien sesuai nomor antrian.<br>4. Petugas menanyakan apakah sebelumnya sudah pernah berkunjung atau berobat di Puskesmas Balai Riam<br>5. Pasien baru pertama kali berkunjung di Puskesmas Balai Riam :<br>a. Petugas meminta pasien menunjukkan: kartu identitas (KTP / SIM / Kartu Keluarga / Pasport) dan kartu BPJS (jika ada).<br>b. Untuk peserta BPJS petugas melakukan pengecekan melalui website BPJS.<br>c. Petugas menjelaskan dan meminta persetujuan umum (general consent) tentang pelayanan di Puskesmas Balai Riam.<br>d. Petugas menginput data identitas pasien pada kartu rawat jalan yang terdiri dari:<br>1) Nama lengkap (tanpa disingkat, disertai title jika ada)<br>2) Tempat dan tanggal lahir (tanggal/bulan/tahun)<br>3) Jenis kelamin<br>4) Pekerjaan<br>5) Alamat lengkap sesuai kartu identitas (Jalan/Gang- |

| | |
|---|---|
| | RT/RWKelurahan-Kecamatan)<br>6) Nomor HP<br>7) Nama Kepala Keluarga<br>8) Nama Istri/Ibu<br>9) Agama<br>10) Nomor RM<br>11) Nomor KTP<br>12) Nomor BPJS<br>f. Petugas membuat kartu identitas berobat pasien dan menyerahkan kepada pasien dan dianjurkan untuk selalu membawa kartu tersebut pada saat berobat di puskesmas balai riam dan kartu berlaku untuk satu keluarga dan seumur hidup.<br>g. Petugas mengembalikan kartu identitas pasien.<br>h. Petugas mendistribusikan rekam medis sesuai dengan tujuan berobat pasien (Ruang pemeriksaan Umum, Ruang kesehatan Gigi dan mulut , Ruang Kesehatan Ibu dan KB, Ruang Kesehatan Anak (MTBS), Ruang Tindakan dan Gawat Darurat) dan mempersilahkan pasien untuk menunggu panggilan dari ruang pelayanan.<br>6. Jika pasien sebelumnya pernah berkunjung/ berobat ke Puskesmas Balai Riam :<br>a. Petugas meminta pasien untuk menunjukan kartu identitas berobat (KIB) dan kartu identitas pasien.<br>b. Petugas mengambil dokumen rekam medis pasien di rak penyimpanan.<br>c. Untuk peserta BPJS petugas melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu. Setelah dilakukan pengecekan petugas mengembalikan kartu identitas kepada pasien.<br>d. Jika pasien tidak membawa kartu identitas berobat Petugas mencari nomor rekam medis di aplikasi data pasien sesuai dengan kartu identitas pasien.<br>e. Petugas mengambil dokumen rekam medis pasien di rak penyimpanan.<br>f. Untuk peserta BPJS petugas melakukan pengecekan melalui website BPJS terlebih dahulu. Setelah dilakukan pengecekan petugas mengembalikan kartu identitas kepada pasien.<br>7. Petugas mendistribusikan rekam medis sesuai dengan tujuan berobat pasien (Ruang pemeriksaan Umum, Ruang kesehatan Gigi dan mulut , Ruang Kesehatan Ibu dan KB, Ruang Kesehatan Anak (MTBS), |

| | |
|---|---|
| | Ruang Tindakan dan Gawat Darurat) dan mempersilahkan pasien untuk menunggu panggilan dari ruang pelayanan. |
| 6. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan UKPP |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGKAJIAN AWAL KLINIS**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.2.1.a/102/ SOP/PKM-BR/ 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengkajian awal klinis adalah proses kajian kepada pasien yang meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien beserta keluarga. |
| 2. Tujuan | Untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien dan sebagai dasar dalam penegakan diagnosa. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.2.1.a/084/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pengkajian, Rencana Asuhan, Pemberian Asuhan dan Pendidikan Pasien/ Keluarga |
| 4. Referensi | Kesepakatan bersama |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas pendaftaran mengisi identitas pada lembar form pengkajian awal.<br>2. Petugas pendaftaran mendistribusikan status pasien ke ruang pelayanan setelah dari Rekam Medis.<br>3. Petugas ruang pelayanan mencocokkan identitas pasien dengan status pasien rawat jalan.<br>4. Apabila tidak cocok, petugas mengembalikan status ke pendaftaran<br>5. Apabila cocok, petugas mulai melakukan pengkajian awal klinis<br>6. Petugas mulai melakukan Anamnesa (data subjektif = S);<br>7. Petugas melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (objektif =O);<br>8. Petugas melakukan asessmen terhadap keluhan pasien (assessment=A)<br>9. Petugas membuat perencana asuhan ( Perencana Asuhan = P );<br>10. Kajian awal Klinis dilakukan oleh tenaga kesehatan (Dokter/Perawat/Bidan/Ahli Gizi/Farmasi);<br>11. Hasil kajian dituangkan didalam Status Rekam Medis. |
| 6. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan UKPP |

Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENULISAN REKAM MEDIS TERMASUK PENULISAN JIKA ADA PENANGANAN NYERI (LOKASI NYERI)**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.2.1.a/103/ SOP/PKM-BR/ 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penulisan rekam medis termasuk penulisan jika ada penanganan nyeri (lokasi nyeri) adalah pendokumentasian hasil kajian awal dari dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya terkait dengan nyeri yang dialami oleh pasien ke dalam rekam medis. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan Penulisan rekam medis termasuk penulisan jika ada penanganan nyeri (lokasi nyeri) pada pasien di Puskesmas Balai Riam. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.2.1.a/084/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pengkajian, Rencana Asuhan, Pemberian Asuhan dan Pendidikan Pasien/Keluarga. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis;<br>2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1186/2022 Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan verifikasi ulang identitas pasien.<br>2. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan kajian melalui anamnesa, pemeriksaan fisik.<br>3. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan pengkajian yang meliputi status fisik/ neurologis/mental, Riwayat alergi, assessment nyeri, assessment resiko jatuh, assessment fungsional (gangguan fungsi tubuh), assessment resiko gizi, kebutuhan edukasi dan rencana pemulangan.<br>4. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan kajian nyeri yang meliputi skala nyeri, karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, dan kondisi yang mengurangi nyeri.<br>5. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan |

| | |
|---|---|
| | penanganan nyeri yang dialami oleh pasien.<br>6. Dokter/ dokter gigi dan tenaga Kesehatan lainnya melakukan pencatatan hasil kajian dan penanganan nyeri ke dalam rekam medis pengkajian awal klinis. |
| 6.Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan UKPP |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELIMPAHAN WEWENANG** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |
| | **S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.2.1.b2/104/ SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelimpahan wewenang adalah proses pengalihan tugas kapada orang lain yang sah atau terlegitimasi (menurut mekanisme tertentu dalam organisasi) dalam melakukan berbagai aktifitas yang ditujukan untuk pencapaian tujuan organisasi yang jika tidak dilimpahkan akan menghambat proses pencapaian tujuan tersebut. |
| 2. Tujuan | Agar petugas dapat melakukan dan menyelesaikan pekerjaan dengan lebih cepat sekiranya pelimpahan wewenang tersebut berjalan sebagaimana mestinya dan diberikan kepada orang yang bertanggung jawab sesuai dengan kompetensinya. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.2.1.b/085/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelimpahan Wewenang |
| 4. Referensi | Kesepakatan bersama |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas pemberi wewenang menghubungi kepala tata usaha untuk melihat kompetensi calon petugas yang sesuai yang akan diberi delegasi wewenang. Prinsip pendelegasian wewenang adalah kepada petugas yang dianggap mampu untuk melaksanakan tindakan bagi pemberi wewenang.<br>2. Pelimpahan wewenang dilakukan apabila petugas yang sesuai kompetensi tidak ada atau membutuhkan petugas tambahan untuk menjamin kelancaran pelayanan.<br>3. Petugas pemberi wewenang membuat surat delegasi wewenang<br>4. Petugas pemberi wewenang menghubungi calon petugas yang diberi delegasi wewenang untuk meminta persetujuan.<br>5. Surat pendelegasian wewenang diketahui oleh pemberi wewenang mupun penerima wewenang dengan menandatanganinya dan diketahui oleh kepala puskesmas.<br>6. Petugas pemberi wewenang menyerahkan surat delegasi wewenang ke administrasi surat untuk diberikan nomor surat. |

| | |
|---|---|
| | 7. Petugas administrasi surat memintakan persetujuan kepada kepala puskesmas.<br>8. Petugas administrasi surat menyerahkan surat delegasi wewenang yang telah disetujui kepada petugas pemberi wewenang dan calon petugas yang diberi wewenang.<br>9. Petugas yang mendapat delegesi wewenang harus mendapat pelatihan secara interna dan atau eksterna sesuai kompetesi yang diperlukan.<br>10. Petugas yang mendapat delegasi wewenang hanya boleh melakukan tindakan sesuai dengan kompetensi yang dilimpahkan.<br>11. Petugas yang diberi wewenang melaksanakan tindakan sesuai dengan wewenang yang dilimpahkan. |
| 6.Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan UKPP |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |
| | **S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.3.1.a/106/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penanganan pasien gawat darurat adalah suatu tindakan pada pasien dengan keadaan yang membutuhkan penanganan segera dan tepat untuk mencegah kematian maupun kecacatan. |
| 2. Tujuan | a. Mencegah kematian dan kecacatan pada penderita gawat darurat, sehingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat sebagaimana mestinya.<br>b. Merujuk penderita gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.3.1.a/086/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis Triase Unit Gawat Darurat. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas menerima pasien.<br>2. Petugas mencuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri (handscoon, masker, alas kaki) sesuai dengan resiko transmisi.<br>3. Jika pasien lebih dari satu, petugas mengidentifikasi pasien berdasarkan triase.<br>4. Petugas menilai kesadaran pasien dengan GCS.<br>5. Petugas mengecek airway dan melakukan tindakan bila terjadi sumbatan jalan nafas.<br>6. Petugas memastikan bahwa pernafasan tidak terganggu, apabila terjadi gangguan, petugas memberikan bantuan pernafasan.<br>7. Petugas mempersiapkan alat – alat yang dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan pasien.<br>8. Petugas melakukan tindakan untuk menghentikan perdarahan jika ada perdarahan. |

| | |
|---|---|
| | 9. Petugas memasang IV line jika terdapat tanda – tanda kekurangan cairan pada pasien.<br>10. Petugas memberikan obat sesuai kebutuhan pasien.<br>11. Petugas melakukan Resusitasi Jantung Paru jika terjadi henti jantung.<br>12. Petugas memastikan pasien bahwa pasien dalam kondisi stabil.<br>13. Petugas melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu apabila diperlukan.<br>14. Petugas mencuci tangan.<br>15. Petugas mendokumentasikan kegiatan ke dalam rekam medis pasien. |
| 6. Unit Terkait | Ruang Tindakan dan Gawat Darurat |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **TRIASE** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |
| | **S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.3.1.a/105/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Triase (Triage) adalah tindakan untuk memilah / mengelompokkan korban berdasar beratnya cidera, kemungkinan untuk hidup, dan keberhasilan tindakan berdasar sumber daya manusia (SDM dan sarana) yang tersedia. |
| 2. Tujuan | Meningkatkan kualitas pelayanan triase dan menyelamatkan pasien. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.3.1.a/086/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis Triase Unit Gawat Darurat. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas menerima pasien di Ruang Tindakan dan Gawat Darurat dari awal pintu masuk.<br>2. Petugas melakukan auto-anamnesa maupun allo-anamnesa serta melakukan pemeriksaan secara singkat, cepat dan efisien untuk menentukan derajat kegawatan.<br>3. Petugas menentukan kategori pasien sesuai urutan prioritas triase serta menempatkan pasien pada tempat tidur yang telah dipersiapkan sesuai triase:<br>a. MERAH (Immediate) Setiap korban dengan kondisi yang mengancam jiwanya dan dapat mematikan dalam ukuran menit, harus ditangani dengan segera.<br>b. KUNING (Delay) Setiap korban dengan kondisi cedera berat namun penganannya dapat ditunda.<br>c. HIJAU (Walking Wounded) Korban dengan kondisi yang cukup ringan, korban dapat berjalan<br>d. HITAM (Dead and Dying) Korban meninggal atau dalam kondisi yang sangat sulit untuk diberi pertolongan.<br>4. Petugas memberikan pelayanan sesuai urutan warna merah, kuning, hijau, hitam; |

| | |
|---|---|
| | 5. Petugas melakukan pengkajian ulang bila perlu, karena status pasien dapat berubah. |
| 6. Unit Terkait | Ruang Tindakan dan Gawat Darurat |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **RUJUKAN PASIEN GAWAT DARURAT**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.3.1.b/107/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | 1. Pasien emergensi adalah kondisi dimana pasien menderita penyakit dan cedera yang dapat menimbulkan kecacatan permanen dan mengancam nyawa pasien.<br>2. Pasien yang membutuhkan rujukan adalah pasien dengan :<br>a. Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi<br>b. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu diatasi.<br>c. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan.<br>d. Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan disarana kesehatan yang lebih tinggi |
| 2. Tujuan | Tujuan Sistem Rujukan adalah agar pasien mendapatkan pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu sehingga jiwanya dapat terselamatkan, dengan demikian dapat menurunkan angka kematian. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.3.1.b/088/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Rujukan |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer;<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat; |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosa utama dan diagnosa banding.<br>2. Petugas memberikan tindakan pra rujukan dan proses stabilisasi |

| | |
|---|---|
| | sesuai kasus.<br>3. Petugas memberikan Informed Consent (persetujuan/penolakan rujukan).<br>4. Petugas melakukan prosedur administratif:<br>a. Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan pra-rujukan.<br>b. Membuat catatan rekam medis pasien dan lembar observasi (Jikaperlu)<br>c. Membuat surat rujukan<br>d. Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.<br>e. Menyiapkan sarana transportasi dan sedapat mungkin menjalin komunikasi dengan tempat tujuan rujukan.<br>5. Pengiriman pasien ini sebaiknya dilaksanakan setelah diselesaikan administrasi yang bersangkutan dan sudah dipastikan kesiapan fasilitas rujukan (telepon UGD yang akan dituju).<br>6. Untuk pasien gawat darurat harus didampingi petugas medis/paramedis yang kompeten dibidangnya dan memantau kondisi pasien selama perjalanan rujukan.<br>7. Pasien diantar dengan kendaraan ambulan, petugas dan kendaraan tetap menunggu pasien di UGD tujuan sampai ada kepastian pasien tersebut mendapat pelayanan (serah terima dengan perawat UGD) dan proses administrasi beres. |
| 6. Unit Terkait | 1. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>2. Ruang Persalinan |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELAYANAN ANASTESI**<br>**S O P** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| **No.DOKUMEN** | **: 3.4.1.a/108/SOP/ PKM-BR / 2023** |
| **No. REVISI** | **: R1** |
| **TANGGAL TERBIT** | **: 5 Januari 2023** |
| **HALAMAN** | **: 1/3** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemberian anestesi lokal adalah tindakan menghilangkan rasa sakit atau nyeri secara lokal tanpa disertai hilangnya kesadaran. Pemberian anastesi local dapat dengan tekhnik :<br>a. Anastesi permukaan adalah pengolesan atau penyemprotan analgetik lokal diatas selaput mukosa seperti mata, hidung, faring.<br>b. Anastesi infiltrasi adalah penyuntikan larutan analgetic local langsung diarahkan disekitar tempat lesi, luk atau insisi. Cara infiltrasi yang sering digunakan adalah blockade lingkar dan larutan obat disuntikkan intradermal atau subcutan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengidentifikasi pasien dengan kebutuhan khusus. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.4.1.a/089/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Anastesi. |
| 4. Referensi | Kapita Selekta Jilid 1 tahun 2000 |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas mengidentifikasi pasien<br>2. mencocokkan identitas pasien dengan rekam medis.<br>3. Petugas menanyakan Riwayat alergi pasien.<br>4. Petugas mengindentifikasi jika menggunakan lidocain compositum (kombinasi epinephrine) tenaga medis memastikan bukan merupakan kontraindikasi, meliputi:<br>a. Organ akral (end organ), misalnya telinga, jari tangan dan kaki, cuping hidung dan penis<br>b. Penderita lanjut usia (geriatri)<br>c. Penderita hipertensi<br>d. Penderita penyakit kardiovaskular<br>e. Penderita diabetes melitus<br>f. Penderita tirotoksikosis<br>5. Petugas memberikan informed consent pada pasien dan keluarga |

tentang rencana layanan klinis dan tindakan anestesi yang akan dilakukan

6. Pasien menandatangani lembar informed consent setelah diberi informed consent oleh petugas
7. Petugas mencuci tangan dengan 6 langkah mencuci tangan
8. Petugas menggunakan sarung tangan steril
9. Petugas mempersiapkan pasien dan mempersilakan pasien untuk posisi berbaring yang nyaman
10. Petugas Melakukan tindakan
    a. Tiga tehnik pilihan dalam anestesi lokal dengan lidocain :
        1) Anastesi permukaan : pengolesan atau penyemprotan analgetik lokal diatas selaput mukosa seperti mata, hidung, faring.
        2) Teknik infiltrasi : penyuntikan lidocain langsung diarahkan di sekitar tempat lesi, luka atau insisi. Cara yang sering digunakan adalah blokade lingkar dan obat disuntikkan intradermal atau subkutan

**Prosedur I (Anatesi Permukaan)**

1. Petugas mengidentifikasi lokasi yang akan dilakukan anestesi.
2. Petugas melakukan desinfeksi area yang akan di injeksi
3. Petugas melakukan penyemrotan anastesi pada bagian yang telah ditandai

**Prosedur II (Tehnik Infiltrasi)**

Untuk lesi-lesi permukaan (superfisialis)

1. Petugas mengidentifikasi lokasi yang akan dilakukan anestesi.
2. Petugas melakukan desinfeksi area yang akan di injeksi
3. Petugas memposisikan jarum di tempat yang akan dimasuki (untuk luka di ujungluka dan segaris dengan axis longitudinalnya)
4. Petugas melakukan konfirmasi dengan aspirasi bahwa jarum tidak masuk ke vena.
5. Petugas membuat depot subkutan dari anestesi lokal dengan injeksi secara perlahan (Tarik kembali jarum secara perlahan). Pertama injeksi area kutan ,lalu injeksikan di tempat yang lebih dalam.
6. Petugas melakukan observasi pasien untuk alergi atau reaksi keracunan saat memasukkan obat anestesi.
7. Petugas menunggu sampai semua stimulus nyeri yang diberikan teranestesi sebelum memulai tindakan operasi

| | |
|---|---|
| 6. Unit Terkait | 1. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>2. Ruang Kesehatan Ibu dan KB<br>3. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>4. Ruang Persalinan |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **KAJIAN KEBUTUHAN GIZI PASIEN**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.5.1.a2/110/SOP/ PKM-BR/ 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/1** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Kajian kebutuhan gizi adalah serangkaian kegiatan (Dokter, Perawat, Bidan, dan Ahli Gizi) yang terorganisir/terstruktur yang memungkinkan untuk identifikasi kebutuhan gizi dan penyediaan asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk kajian kebutuhan pasien atau asuhan gizi di ruang rawat inap |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b1/ 082/SK/ PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | a. Pedoman Proses asuhan Gizi Puskesmas Kemenkes Tahun 2021<br>b. Pedoman Pelaksanaan Teknis surveilans Gizi<br>c. Penuntun Diet dan Terapi Gizi PERSAGI/ASDI Tahun 2019 |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas gizi mengisi identitas pasien di lembar asuhan gizi<br>2. Petugas Gizi melakukan visite ke ruangan pasien<br>3. Petugas Gizi melakukan skrining, anamnesis dan memberikan konseling<br>4. Petugas Gizi mencatat hasil dan mendiagnosis gizi di lembar asuhan gizi<br>5. Petugas Gizi melakukan intervensi gizi sesuai dengan masalah kepada pasien<br>6. Petugas Gizi memonitoring dan evaluasi perkembangan pasien |
| 6. Unit Terkait | a. Rawat Inap<br>b. PONED |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **KONSELING GIZI**<br>S O P<br>**No.DOKUMEN :3.5.1.a/109/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Konseling gizi adalah proses komunikasi 2 arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah dan membuat keputusan yang benar dalam mengatasi permasalahan gizi. Konseling yang diberikan sesuai kondisi pasien / klien meliputi konseling gizi terkait penyakit, konseling pemberian makan bayi dan anak, konseling aktifitas fisik, konseling faktor resiko penyakit tidak menular. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah konseling gizi. |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b1/ 082/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | a. Pedoman Proses asuhan Gizi Puskesmas Kemenkes Tahun 2021<br>b. Pedoman Pelaksanaan Teknis surveilans Gizi<br>c. Penuntun Diet dan Terapi Gizi PERSAGI/ASDI Tahun 2019 |
| 5. Langkah-Langkah | A. Persiapan<br>a. Mempersiapkan media penyuluhan<br>b. Mempersiapkan alat tulis dan register<br>B. Petugas yang melaksanakan<br>a. Petugas Gizi<br>C. Pelaksanaan<br>a. Petugas mempelajari kartu status / rujukan dari Ruang Pelayanan<br>b. Petugas menyalin dan mencatat nama klien atau keluarganya meliputi umur, jenis kelamin, alamat serta diagnosis penyakitnya ke dalam buku register<br>c. Petugas memberi salam pada klien<br>d. Petugas memperkenalkan diri<br>e. Penentuan status gizi<br>f. Anamnesis gizi kualitatif dan kuantitatif<br>g. Perencanaan diet<br>h. Pemberian konseling sesuai dengan masalah klien tentang |

| | |
|---|---|
| | kejadian penyakit, pola makan dan gaya hidup<br>i. Petugas membantu menyimpulkan permasalahan gizi yang berkaitan dengan penyakit yang diderita<br>j. Petugas memberikan saran tindak lanjut sesuai permasalahan<br>k. Bila diperlukan, membuat kesepakatan dengan klien tentang jadual konsultasi gizi kembali |
| 6. Unit Terkait | a. Ruang pemeriksaan Umum<br>b. Ruang Kesehatan Ibu dan KB<br>c. Ruang Kesehatan Anak (MTBS)<br>d. Rawat Inap |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | S O P | **PENYIMPANAN MAKANAN**<br>**No.DOKUMEN :3.5.1.b/112/SOP/ PKM-BR/ 2023**<br>**No. REVISI :**<br>**TANGGAL TERBIT :20 Desember 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu tata cara menata, menyimpan, memelihara keamanan bahan makanan kering dan basah baik kualitas maupun kuantitas di tempat penyimpanan bahan makanan kering dan basah serta pencatatan laporannya. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah untuk penyimpanan makanan dan bahan makanan yang bertujuan untuk mengurangi resiko kontaminasi dan pembusukan pada bahan makanan. |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b/ 082/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | a. Permenkes No 28 Tahun 2019 Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan<br>b. Penuntun Diet dan Terapi Gizi PERSAGI/ASDI Tahun 2019 |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Setelah bahan makanan diperiksa dan sesuai dengan keperluan, segera bahan makanan dimasukkan ke tempat penyimpanan sesuai jenisnya :<br>A. Penyimpanan bahan makanan kering<br>a. Susun bahan makanan sesuai dengan jenisnya,<br>b. Bahan yang segera dipakai diletakkan di tempat yang mudah terjangkau,<br>c. Bahan makanan yang berbau tajam dipisahkan dan tidak dekat dengan bahan makanan yang menyerap bau.<br>B. Penyimpanan bahan makanan basah<br>a. Bahan makanan dimasukkan ke dalam wadah tertutup dan terpisah sesuai dengan jenisnya untuk mencegah kontaminasi antar bahan makanan,<br>b. Untuk daging setelah dibersihkan, dipotong-potong dan dimasukkan ke dalam wadah tertutup, disimpan di lemari pendingin di bagian atas dengan suhu – 5 °C,<br>c. Untuk buah dan sayuran dapat disimpan di lemari pendingin di |

| | |
|---|---|
| | rak tengah atau kotak sayur dan buah di bagian bawah yang bersuhu 4 °C.<br>2. Hitung bahan yang masuk dan jumlah persediaan awal, kemudian catat di Buku catatan keluar masuknya barang<br>3. Gunakan lebih dulu bahan makanan sesuai urutan datang (FIFO) |
| 6. Unit Terkait | a. Pantry |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **DISTRIBUSI MAKANAN**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN :3.5.1.c/113/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI :**<br>**TANGGAL TERBIT : 20 Desember 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu kegiatan distribusi makanan untuk pasien rawat inap sesuai jadual pemberian makan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah supaya makanan yang disajikan dipastian sesuai dengan jenis diet, kebutuhan gizi, aman dan layak untuk dikonsumsi bagi pasien rawat inap |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b/ 082/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | a. Permenkes No 28 Tahun 2019 Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan<br>b. Penuntun Diet dan Terapi Gizi PERSAGI/ASDI Tahun 2019 |
| 5. Langkah-Langkah | a. Menyiapkan nampan makanan untuk masing-masing pasien<br>b. Memasukan etiket makan pasien yang berisi Nama Pasien, umur, nama ruang, dan Jenis Diet,<br>c. Menyajikan menu makanan pada alat saji yang bersih, utuh dan tidak cacat/rusak,<br>d. Menutup makanan menggunakan plastik pembungkus makanan,<br>e. Petugas Masak menyajikan makanan kepada pasien dalam keadaan hangat sesuai etiket makan pasien,<br>f. Petugas Masak menyajikan makanan sesuai dengan jam pemberian makan, yakni:<br>Makan Pagi : Pkl. 06.30 – 07.00 WIB<br>Makan Siang : Pkl. 11.30 – 12.00 WIB<br>Makan Malam : Pkl. 16.30 – 17.00 WIB |
| 6. Unit Terkait | a. Gizi<br>b. Rawat inap |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PEMULANGAN PASIEN DAN TINDAK LANJUT**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.6.1.a/115/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/3** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemulangan pasien dan tindak lanjut adalah proses mempersiapkan pasien yang sudah selesai menjalani pengobatan di puskesmas Balai Riam dan menentukan rencana tindak lanjut pengobatan pasien selanjutnya. |
| 2. Tujuan | Untuk mempersiapkan pasien pulang ke rumah dan melakukan tindak lanjut dari pengobatan yang telah dijalani. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor :NOMOR : 3.6.1.a/090/SK/PKM-BR/2023 Tentang Kriteria Pemulangan Pasien |
| 4. Referensi | Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Kriteria pemulangan pasien dan tindak lanjut Puskesmas Balai Riam: |

| NO. | Kriteria | Tindak Lanjut |
|---|---|---|
| 1. | Ruang Tindakan dan Gawat Darurat | |
| | 1. Pasien luka terbuka<br>2. Pasien Perdarahan<br>3. Pasien dalam kondisi stabil GCS 4 5 6<br>4. Tidak didapatkan tanda gawat darurat yang mengancam jiwa | 1. Sudah dilakukan rawat luka dan hecting bila diperlukan<br>2. Sudah dilakukan penghentian perdarahan dengan hecting biladiperlukan<br>3. Pasien diberi informasi cara minum obat dan cara perawatan di rumah<br>4. Apabila terjadi tanda-tanda penurunan kondisi segera Kembali memeriksakan diri<br>5. Kontrol apabila obat |

| | | |
|---|---|---|
| | | habis |
| 2. | Ruang Persalinan | |
| | 1. Ibu dalam kondisi yang stabil, misalnya kontraksi uterus bagus, keras, perdarahan tidak massif, BAK normal<br>2. Ibu dengan perdarahan total >500 cc dan <1000 cc setelah kala 4. | 1. Ajari cara melakukan vulva hygine.<br>2. Makan makanan bergizi.<br>3. Sudah dilakukan penghentian perdarahan dengan: Injeksi oksitosin, pemasangan infus, pemberian obat penghentian perdarahan iv maupun oral, kompresi Bimanual Interna dan eksterna dan dilakukan observasi selama 1 jam, Perdarahan berkurang.<br>4. Mampu kontrol apabila obat habis. |
| 3. | Bayi : kondisi stabil, sudah BAK dan BAB | Ajari Ibu dan keluarga untuk melakukan perawatan tali pusar. |
| 4. | Pasien Rujukan | 1. Dilakukan stabilisasi dan meminta persetujuan.<br>2. Mempersipkan rujukan dan trasnportasi rujukan, serta monitoring selama rujukan |

2. Petugas perlu memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarganyauntuk bertanya apabila ada hal yang kurang jelas.
3. Petugas mencatat dalam rekam medis Pasien dan keluarga menyelesaikan proses administrasi lalu pasienpulang.

| | |
|---|---|
| 6. Unit Terkait | 1. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat<br>2. Ruang Bersalin |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **RUJUK BALIK**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.7.2.a/116/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelayanan Rujuk Balik adalah Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di Faskes Tingkat Pertama atas rekomendasi/rujukan dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan program rujuk balik.. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.7.2.a/091/SK/PKM-BR/2023 Tentang Rujuk Balik |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;<br>2. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;<br>3. Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor HK/Menkes/3211/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas menerima pasien yang kontrol ke puskesmas dengan surat rujukan balik.<br>2. Petugas melakukan pemeriksaan dan pemantauan diagnosa dan terapi yang tercantum pada surat rujuk balik pasien.<br>3. Petugas menulis diagnosa dan terapi lanjutan hasil rujukan di status pasien, dan petugas melaksanakan instruksi terapi dari fasilitas rujukan kepada pasien.<br>4. Dalam pelaksanaan rujuk balik harus dilakukan pemantauan (monitoring) dan dokumentasi pelaksanaan rujuk balik. |
| 6. Unit Terkait | 1. Ruang Pemeriksaan Umum |

| | |
|---|---|
| | 2. Ruang Kesehatan Ibu dan KB<br>3. Ruang Kesehatan Anak<br>4. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>5. Ruang Peeriksaan Khusus TB dan HIV/AIDS |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGISIAN REKAM MEDIS**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN :3.8.1.a/118/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/3** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Rekam Medis merupakan dokumen medis/ catatan medis yang berisikan tentang pasien mulai dari identitas, riwayat penyakit, pemeriksaan diagnosa sampai dengan semua catatan tentang pengobatan /tindakan yang dilakukan atas pasien pada saat berobat jalan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk pengisian rekam medis. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.8.1.a/092/SK/PKM-BR/2023 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis. |
| 4. Referensi | PERMENKES RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Data sosial pasien dan identitas pasien diisi oleh petugas tempat pendaftaran. Data identitas pasien harus diisi lengkap.<br>2. Pengisian data dasar harus lengkap, semua kelainan yang penting harus tertulis, teliti dan mengandung analitik yang mencerminkan adanya deskripsi riwayat penyakit. Pengisian ini dilakukan oleh dokter, perawat atau bidan.<br>3. Jika dijumpai adanya riwayat alergi obat, riwayat alergi tersebut harus didokumentasikan sebagai informasi klinis dalam rekam medis.<br>4. Efek obat dan efek samping obat didokumentasikan dalam rekam medis.<br>5. Pengisian pengkajian masalah dan perencanaan diisi oleh dokter, perawat atau bidan dengan hasil penemuan anamnesis, pemeriksaan fisik serta laboratorium dipertimbangkan bersama dan selanjutnya diadakan pengkajian serta di buat suatu rencana penatalaksanaan. |

| | |
|---|---|
| | 6. Seluruh tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien harus direncanakan dan ditulis dalam rekam medis.<br>7. Pengisian catatan lanjutan dilakukan oleh DPJP, perawat serta petugas kesehatan lainnya dengan prinsip penulisan SOAP (Subjectiv, Objectiv, Assesment, Planning).<br>8. Tulis jenis tindakan operatif atau prosedur yang dilakukan dengan jelas, benar dan tidak menggunakan singkatan.<br>9. Pengisian resume pulang atau rujuk pada pasien ruang bersalin atau ruang tindakan dan gawat darurat diisi oleh dokter pada waktu pasien keluar berisi data penting yang akan dipakai untuk membantu penatalaksanaan masalah pasien dimasa mendatang dan ditekankan pada masalah pasien yang belum selesai sewaktu pasien pulang yang memerlukan tindak lanjut, diagnosis, pengobatan dan penyuluhan.<br>10. Setiap catatan dalam rekam medis harus lengkap dan jelas dengan mencantumkan nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi, dan atau tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan.<br>11. Apabila ada koreksi yang perlu dilakukan pada pencatatan rekam medis oleh petugas harus sesuai dengan cara yang benar (mencoret dengan satu garis tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan, lalu memberi paraf, nama terang, waktu dan tanggal dilakukan revisi/koreksi.<br>12. Isi rekam medis rawat jalan sekurang-kurangnya berisi :<br>a. Identitas Pasien;<br>b. Tanggal dan waktu;<br>c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit);<br>d. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis;<br>e. Diagnosis;<br>f. Rencana penatalaksanaan;<br>g. Pengobatan dan atau tindakan;<br>h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;<br>i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;<br>j. Persetujuan atau penolakan tindakan bila perlu;<br>k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan atau tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan |
| 6. Unit Terkait | Semua Unit pelayanan UKPP |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELABELAN REAGEN ESENSIAL DAN BAHAN LAINNYA**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.9.1.b/122/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelabelan adalah simbol/tanda-tanda berupa gambar atau tulisan yang menunjukkan identitas suatu benda |
| 2. Tujuan | Dapat mengetahui kode, nama, jumlah dan keterangan mengenai kondisi seluruh alat, bahan dan spesimen yang ada di laboratorium |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor: 3.9.1.a1/094/SK/PKM-BR/2023 Tentang Jenis Reagensia Esensial Dan Bahan Lain Yang Harus Tersedia. |
| 4. Referensi | 1. Pedoman praktek laboratorium yang benar, Ditlabkes Ditjen pelanyan medis Depkes RI, Jakarta, 2008<br>2. Gandasubrata,R, penuntun laboratorium klinik, PT.Dian Rakyat, Jakarta, 1999<br>3. Peraturan menteri kesehatan No. 37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan laboratorium puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Pelabelan Bahan/Reagen<br>a. Di isi dengan nama reagen/bahan, jenis reagen, tanggal produksi, Tanggal kadaluarsa, dan suhu.<br>b. Ditempel Label Peringatan bahaya/kode bahaya<br>2. Pelabelan Spesimen<br>a. Sebelum pengambilan spesimen, periksa form permintaan laboratorium.<br>b. Ditulis Identitas nama pasien dan tanggal pemeriksaan<br>c. Spesimen siap diperiksa |
| 6. Unit Terkait | Ruang Laboratorium |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENYAMPAIAN PELAYANAN LABORATORIUM JIKA REAGEN TIDAK TERSEDIA**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.9.1.b/125/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemakaian reagensia yang sudah ditetapkan tidak bisa tersedia karena kekosongan stok dari distributor, terjadi penghentian produksi reagen, mendekati Expired date/sudah Expired date, dan karena telat pengadaan reagen. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah - langkah untuk perencanaan pemakaian kebutuhan reagensia dan bahan habis pakai dengan baik agar terlaksana pemenuhan pelayanan pemeriksaan laboratorium |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor 3.9.1.a/094/SK/PKM-BR/2023 Tentang Jenis Reagensia Esensial Dan Bahan Lain Yang Harus Tersedia |
| 4. Referensi | 1. Buku Acuan Standar Pelayanan Laboratorium Puskesmas<br>2. Buku Pedoman Pemeriksaan Laboratorium Puskesmas Insert kit reagen |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas Memeriksa ketersediaan reagen<br>2. Petugas mengetahui bahwa reagen ada yang habis atau sudah kadaluarsa<br>3. Petugas mengonfirmasi ke gudang farmasi terkait stok reagen yang tidak tersedia<br>4. Petugas menanyakan apakah ada stok reagen terbaru<br>5. Petugas menyampaikan ke wa grub terkait reagen yang tidak tersedia sehingga tidak bisa dilakukan pemeriksaan |
| 6. Unit Terkait | a. Ruang Laboratorium<br>b. Ruang Farmasi |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PEMANTAPAN MUTU INTERNAL LABORATORIUM**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.9.1.d/128/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | a. Pemantapan mutu (quality assurance) laboratorium kesehatan adalah semua kegiatan yang ditujukan untuk menjamin ketelitian dan ketepatan hasil pemeriksaan<br>b. Pemantapan mutu internal adalah kegiatan pencegahan dan pengawasan yang dilaksanakan oleh laboratorium secara terus menerus agar dihasilkan pemeriksaan yang tepat |
| 2. Tujuan | a. Kegiatan yang ditujukan untuk menjamin ketelitian dan kelengkapan hasil pemeriksaan.<br>b. Meningkatkan kewaspadan petugas sehingga tidak terjadi keselahan dalam mengeluarkan hasil |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.9.1.d/097/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) |
| 4. Referensi | 1. Pedoman praktek laboratorium yang benar, Ditlabkes Ditjen pelanyan medis Depkes RI, Jakarta, 2004<br>2. Ganda subrata, R, penuntun laboratorium klinik, PT. Dian Rakyat, Jakarta,1999<br>3. Peraturan menteri kesehatan No. 37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan laboratorium puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | Perbandingan Hasil Pemeriksaan Spesimen Pasien Antar Petugas Laboratorium:<br>1. Pre Analitik<br>a. Petugas memilih salah satu sampel pasien yang melakukanPemeriksaan laboratorium<br>b. Petugas Mengambil Sampel yang digunakan untuk pemeriksaan<br>c. Petugas menulis identitas sampel yang akan di periksa<br>2. Analitik<br>a. Petugas melakukan pemeriksaan duplo terhadap satu |

| | |
|---|---|
| | sampel pasienSecara acak<br>b. Pemeriksaan dilakukan oleh petugas lab yang berbeda dengan membandingkan hasil pemeriksaan<br>c. Petugas yang satu Menyampaikan Hasil pemeriksaan yang dilakukan pada petugas yang lainnya<br>3. Pasca Analitik<br>a. Petugas Mencatat Hasil pemeriksaan yang dilakukan masing-masing<br>b. Petugas membandingkan hasil pemeriksaan yang dilakukan<br>Petugas melakukan pemeriksaan perbandingan dengan mengambil satu Pasien / satu sampel yaitu setiap triwulannya. |
| 6. Unit Terkait | Laboratorium. |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENYIAPAN MAKANAN**<br>S O P<br>**No.DOKUMEN : 3.5.1.b/111/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI :**<br>**TANGGAL TERBIT :20 Desember 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAWARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu rangkaian kegiatan yang dimulai dari pemesanan makanan untuk pasien rawat inap sesuai kebutuhan gizi dan jenis diet oleh petugas gizi ke petugas masak, dilanjutkan dengan proses penyiapan makanan dari persiapan bahan sampai kepada pengolahan oleh petugas masak. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menyiapkan makanan yang bebas dari kontaminasi baik biologis, fisik ataupun kimia dan pembusukan oleh bakteri supaya makanan yang disajikan dipastian sesuai dengan jenis diet, kebutuhan gizi, aman dan layak untuk dikonsumsi bagi pasien rawat inap |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b/ 082/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis; |
| 4. Referensi | a. Permenkes No 28 Tahun 2019 Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan<br>b. Penuntun Diet dan Terapi Gizi PERSAGI/ASDI Tahun 2019 |
| 5. Langkah-Langkah | Penyiapan Makanan:<br>a. Petugas Gizi melakukan pemeriksaan jumlah pasien rawat inap<br>b. Petugas Gizi memeriksa apakah pasien ada pantangan makan atau alergi makanan pada tiap pasien rawat inap.<br>c. Petugas Gizi menghitung kebutuhan gizi berdasarkan atas status gizi dan kebutuhan pasien rawat inap.<br>d. Petugas Gizi mengisi lembar permintaan makanan yang tersedia sesuai dengan jumlah pasien di ruang rawat inap<br>e. Petugas Gizi menyerahkan lembar permintaannya yang berisi label etiket makanan kepada petugas masak<br>f. Petugas masak menghitung jumlah porsi makan dari lembar permintaan makanan rawat inap dan memastikan jumlah permintaan sama dengan jumlah pasien yang sedang dirawat (jika pasien masuk rawat inap pada malam hari, maka untuk makan pagi petugas masak |

| | |
|---|---|
| | menyediakan makan sesuai ketersedian bahan).<br>g. Petugas masak menentukan menu yang akan dimasak<br>h. Petugas masak mengambil bahan makanan sesuai dengan menu dan jumlah permintaan<br>i. Petugas masak melakukan penyiangan, perendaman, pencucian, pemotongan, dan sebagainya sesuai dengan menu yang ditentukan<br>j. Petugas masak melakukan proses pemasakan dengan merebus, menggoreng, menumis, mengukus, atau memanggang sesuai dengan menu yang ditentukan<br>k. Petugas masak menyiapkan alat makan sesuai dengan permintaan makan<br>l. Menyiapkan nampan makanan untuk masing-masing pasien<br>m. Memasukan etiket makan pasien yang berisi Nama Pasien, No. Rekam Medis, Jenis Diet dan Menu yang disajikan<br>n. Petugas masak menyusun makanan pada alat makan sesuai dengan menu dan standar porsi yang ditentukan<br>o. Menutup makanan menggunakan plastik pembungkus makanan |
| 6. Unit Terkait | a. Ruang Gizi<br>b. Rawat inap |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PEMBERIAN MAKANAN**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.5.1.c/113/SOP/ PKM-BR /2023**<br>**No. REVISI :**<br>**TANGGAL TERBIT :20 Desember 2023**<br>**HALAMAN : 1/1** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Suatu kegiatan menyajikan makanan yang sudah mengalami proses pengolahan untuk pasien rawat inap sesuai jadual makan |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah supaya makanan yang disajikan dipastian sesuai dengan jenis diet, kebutuhan gizi, aman dan layak untuk dikonsumsi bagi pasien rawat inap |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.1.1.b/ 082/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Klinis |
| 4. Referensi | a. Permenkes No 28 Tahun 2019 Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan<br>b. Penuntun Diet dan Terapi Gizi PERSAGI/ASDI Tahun 2019 |
| 5. Langkah-Langkah | a. Petugas Masak melakukan pemeriksaan etiket makanan sebelum makanan diserahkan ke pasien,<br>b. Petugas Masak menyajikan makanan kepada pasien dalam keadaan hangat sesuai etiket makan pasien,<br>c. Petugas Masak menyerahkan makanan kepada pasien / keluarga pasien,<br>d. Petugas Masak mempersilahkan pasien makan,<br>e. Petugas Masak melakukan pencatatan di buku distribusi makanan pasien. |
| 6. Unit Terkait | a. Ruang Gizi<br>b. Rawat Inap |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **KAJIAN DAN TINDAK LANJUT RUJUKAN BALIK** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |
| | **S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.7.2.a/117/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Tindak lanjut terhadap umpan balik dari sarana kesehatan yang merujuk balik adalah suatu proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas setelah mendapatkan surat rujuk balik dari sarana kesehatan atau faskes lanjutan yang memberikan rujuk balik ke puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah melaksanakan tindak lanjut terhadap umpan balik dari sarana kesehatan yang merujuk balik. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.7.2.a/091/SK/PKM-BR/2023 Tentang Rujuk Balik |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas menerima pasien dengan surat rujuk balik dari faskes rujukan,<br>2. Petugas melakukan identifikasi permasalahan,<br>3. Petugas melakukan pelayanan sesuai dengan hasil pemeriksaan dan umpan balik dari faskes lanjutan,<br>4. Petugas melakukan pencatatan ke dalam status pasien,<br>5. Petugas memantau kondisi pasien<br>6. Petugas melakukan kajian terhadap kondisi pasien untuk memastikan apakah bisa dilanjutkan pengobatan atau harus dirujuk kembali ke FKTRL.<br>7. Pada saat kondisi pasien tidak stabil, pasien dirujuk kembali ke dokter Spesialis/Sub Spesialis dan menyertakan keterangan medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari Dokter Puskesmas yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mengalami gejala/tanda-tanda yang mengindikasikan perburukan dan perlu |

| | |
|---|---|
| | penatalaksanaan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis.<br>8. Petugas mendokumentasikan rujuk balik ke dalam RM pasien |
| 6. Unit Terkait | 1. Ruang Pemeriksaan Umum<br>2. Ruang Kesehatan Ibu dan KB<br>3. Ruang Kesehatan Anak<br>4. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut<br>5. Ruang Pemeriksaan Khusus TB, HIV/AIDS |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELAYANAN REKAM MEDIS**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN :3.8.1.a/279/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/3** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Berkas rekam medis merupakan catatan informasi yang akurat tentang data pasien yang meliputi catatan, identitas pasien, anamnesis, pemeriksaan fisik, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang, diagnosis, tindakan medis, dan proses pengobatan yang diberikan kepada pasien. Informasi yang ada pada berkas rekam medis bersifat rahasia sehingga harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya |
| 2. Tujuan | 1. Tertib administrasi dalam rangka Upaya meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan di Puskesmas Balai Riam.<br>2. Tersedianya pedoman bagi petugas terkait dengan kegiatan penyimpanan / pengeluaran Kembali berkas rekam medis dari lemari atau ruang penyimpanan berkas rekam medis.<br>3. Menjaga keamanan dan kerahasiaan berkas rekam medis |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.8.1.a/092/SK/PKM-BR/2023 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis |
| 4. Referensi | 1. Pedoman Pelayanan Rekam Medis;<br>2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;<br>3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis ;<br>4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 Tentang Rahasia Kedokteran; |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Persiapan<br>a. Petugas menyiapkan formulir-formulir rekam medis rawat jalan baru.<br>b. Petugas menyiapkan buku register penggunaan nomor rekam medis untuk pasien baru dan menyiapkan aplikasi data pasien untuk penginputan nomor rekam medis baru dan pencarian nomor rekam medis untuk pasien lama yang tidak membawa kartu identitas berobat. |

| | |
|---|---|
| | c. Petugas menyiapkan buku register kunjungan pasien rawat jalan, yaitu buku yang berisi catatan identitas pasien, ruang pelayanan yang di tuju, jenis jaminan sebagai catatan kunjungan pasien harian.<br>2. Registrasi Pasien<br>a. Petugas menanyakan kepada pasien yang datang, apakah sudah pernah berobat? Bila belum berarti pasien baru dan bila sudah berarti pasien lama. Pelayanan kepada pasien baru meliputi :<br>1) Menanyakan kartu identitas pasien.<br>2) Menanyakan keluhan utamanya guna memudahkan mengarahkan pasien ke ruang pelayanan yang sesuai.<br>3) Membuat dokumen rekam medis baru<br>4) Mengisi identitas pasien pada dokumen Rekam Medis dan pada register online serta melakukan pengecekkan dan penginputan pada pcare bpjs.<br>5) Mencatat pada register kunjungan pasien<br>b. Pelayanan kepada pasien lama meliputi :<br>1) Menanyakan kartu identitas pasien dan kartu identitas berobat.<br>2) Mencari nomor rekam medis pasien di aplikasi data pasien untuk pasien yang tidak membawa kartu identitas berobat.<br>3) Mengambil dokumen rekam medis pasien pada rak penyimpanan dokumen rekam medis.<br>4) Menanyakan keluhan utamanya guna memudahkan mengarahkan pasien ke ruang pelayanan yang sesuai.<br>5) Menginput pcare bpjs bila pasien merupakan peserta bpjs<br>6) Mencatat pada register kunjungan pasien<br>3. Pendistribusian Rekam Medis<br>a. Menyerahkan dokumen rekam medis ke ruang pelayanan yang di tuju.<br>4. Isi Rekam Medis dan Pengisian Informasi Klinis<br>a. Identitas pasien;<br>b. Tanggal dan waktu;<br>c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;<br>d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic;<br>e. Diagnosis;<br>f. Rencana penatalaksanaan;<br>g. Pengobatan dan / atau tindakan; |

| | |
|---|---|
| | h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;<br>i. Persetujuan dan penolakan tindakan jika diperlukan;<br>j. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogran klinik; dan<br>k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan<br>5. Pengolahan data dan pengkodean<br>6. Penyimpanan RM<br>a. Setelah selesai pelayan, petugas ruang pelayanan mengembalikan dokumen rekam medis ke ruang rekam medis.<br>b. Mencocokkan jumlah pasien dengan jumlah pendaftaran pasien rawat jalan.<br>c. Merekap jumlah kunjungan pasien baru dan pasien lama, untuk keperluan stastistik puskesmas<br>d. Merekap jumlah kunjungan perbulan untuk keperluan stastistik puskesmas.<br>e. Petugas menyimpan dokumen rekam medis ke rak filling sesuai dengan nomor rekam medis.<br>7.Pelepasan informasi<br>Rekam dapat disampaikan kepada keluarga terdekat dalam hal :<br>a. Pasien dibawah umur 18 tahun; dan atau<br>b. Pasien dalam keadaan darurat.<br>c. Persetujuan pasien guna : kepentingan pemeliharaan Kesehatan, pengobatan, penyembuhan, dan perawatan, permintaan pasien sendiri, keperluan administrasi, pembayaran asuransi atau jaminan pembiayaan Kesehatan;<br>8.Pemusnahan<br>a. Kebijakan tentang penyimpanan (retensi) rekam medis yaitu selama 2 tahun. Apabila selama 2 tahun berturut-turut pasien sudah tidak berkunjung ke puskesmas maka berkas rekam medis, data dan informasi dapat dimusnahkan |
| 6. Unit Terkait | Semua Unit pelayanan UKPP |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **BAHAN MEDIS HABIS PAKAI**<br>S O P<br>**No.DOKUMEN : 3.9.1.b/124/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan bahan habis pakai dan reagensia adalah Upaya pelaksanaa laboratorium terutama kegiatan yang meliputi proses penyedian, pelabelan,penyimpanan, dan penggunaan. |
| 2. Tujuan | Agar pelayanan pemeriksaan laboratorium menjadi efektif dan mendapatkanhasil pemeriksaan yang akurat dan presisi |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor: 3.9.1.a/094/SK/PKM-BR/2023 Tentang Jenis Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | Pedoman praktek laboratorium yang benar, Ditlabkes Ditjen pelanyan medis Depkes RI, Jakarta, 2008 |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas menginventaris bahan medis habis pakai yang dibutuhkan untuk pemeriksaan. Daftar Bahan Medis Habis pakai:<br>a. Masker<br>b. Handskun<br>c. Spuit 1 cc dan 3 cc<br>d. Alkohol Swab<br>e. Lancet<br>f. Plaster<br>g. Tissu<br>h. Lidi<br>i. Kaca Slide<br>j. Pot Sputum<br>k. Pot Urine<br>l. Tabung EDTA (Ungu)<br>m. Tip Biru, Tip Kuning, Tip Putih<br>2. Petugas mengajukan permintaan bahan medis habis pakai ke Ruang Farmasi Puskesmas untuk pemesanan.<br>3. Petugas memberi label pada bahan medis habis pakai yang baru |

| | |
|---|---|
| | datang.<br>4. Petugas melakukan penyimpanan bahan medis habis pakai sesuai ketentuan yang ada di brosur atau leaflet, di tempat yang tidak lembab dan juga tidak terkena sinar matahari.<br>5. Petugas menyimpan bahan medis habis pakai dengan cara melihat bahan medis habis pakai yang tanggal kadaluarsanya lebih awal diletakkan di bagian depan untuk memudahkan dalam penggunaannya dan menghindari reagen yang kadaluarsa.<br>6. Bahan medis habis pakai siap untuk digunakan<br>7. Petugas mengajukan permintaan per triwulan tapi apabila BHP sudah habis sebelum waktu permintaan maka petugas laboratorium meminta langsung ke gudang farmasi. |
| 6. Unit Terkait | a. Ruang Laboratorium<br>b. Ruang Farmasi |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELABELAN REAGEN ESENSIAL DAN BAHAN LAINNYA**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.9.1.b/122/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelabelan adalah simbol/tanda-tanda berupa gambar atau tulisan yang menunjukkan identitas suatu benda |
| 2. Tujuan | Dapat mengetahui kode, nama, jumlah dan keterangan mengenai kondisi seluruh alat, bahan dan spesimen yang ada di laboratorium |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor: 3.9.1.a1/094/SK/PKM-BR/2023 Tentang Jenis Reagensia Esensial Dan Bahan Lain Yang Harus Tersedia. |
| 4. Referensi | 1. Pedoman praktek laboratorium yang benar, Ditlabkes Ditjen pelanyan medis Depkes RI, Jakarta, 2008<br>2. Gandasubrata,R, penuntun laboratorium klinik, PT.Dian Rakyat, Jakarta, 1999<br>3. Peraturan menteri kesehatan No. 37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan laboratorium puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Pelabelan Bahan/Reagen<br>a. Di isi dengan nama reagen/bahan, jenis reagen, tanggal produksi, Tanggal kadaluarsa, dan suhu.<br>b. Ditempel Label Peringatan bahaya/kode bahaya<br>2. Pelabelan Spesimen<br>a. Sebelum pengambilan spesimen, periksa form permintaan laboratorium.<br>b. Ditulis Identitas nama pasien dan tanggal pemeriksaan<br>c. Spesimen siap diperiksa |
| 6. Unit Terkait | Ruang Laboratorium |

7. Rekam Historis Perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2 | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **JIKA TERJADI TUMPAHAN REAGEN DAN PAJANAN PETUGAS**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.9.1.c/126/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Upaya penanganan tumpahan atau paparan B3 terhadap pengunjung, karyawan, pasien dan lingkungan Puskesmas Balai Riam. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan untuk membersihkan tumpahan dan atau paparan B3 |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 1.4.1a/020/SK/PKM-BR/2023 Tentang Penetapan Program MFK |
| 4. Referensi | 1. Buku Acuan Standar Pelayanan Laboratorium Puskesmas<br>2. Buku Pedoman Pemeriksaan Laboratorium Puskesmas Insert kit reagen |
| 5. Langkah-Langkah | Penggunaan Spill Kit Tumpahan dan atau paparan Cairan B3:<br>1. Petugas menggunakan kacamata, sarung tangan, gaun dan masker.<br>2. Beri tanda untuk menunjukkan area tumpahan.<br>3. Tumpahan bahan kimia : Serap cairan tumpahan dibersihkan dengan kain perca/tisu/koran bekas menyerap dengan bersih dan masukan ke kantong plastik, tuangkan detergen dan serap dengan kain perca/tisu/koran bekas, beri label B3 pada plastik tumpahan kimia.<br>4. Tumpahan Reagen : Lokalisir area tumpahan dengan menaburkan Natrium Bicarbonat sekitar area tumpahan,<br>5. kumpulkan bekas resapan ke dalam plastik hitam/coklat<br>6. kemudian bersihkan lantai dengan detergent kemudian serapserap dan buang di kantong plastik hitam/cokelat.Buang plastik di TPS limbah B3. |
| 6. Unit Terkait | 1. Seluruh unit pelayanan<br>2. Seluruh unit non pelayanan |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Berubah | 5 Januari 2023 |
| 2 | Poin 1 s/d 6 | Sudah Tidak Sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL LABORATORIUM**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 3.9.1.d3/129/SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | a. Kegiatan yang diselenggarakan cara periodik oleh pihak lain guna memantau dan menilai penampilan suatu laboratorium dalam bidang pemeriksaan tertentu.<br>b. Pemeriksaan kroscek atau uji silang merupakan salah satu kegiatan pemantapan mutu laboratorium dengan maksud untuk mengetahui kualitashasil pemeriksaan sediaan yang dilakukan oleh laboratorium yang ditunjuk oleh dinas kesehatan kabupaten kota. |
| 2. Tujuan | a. Kegiatan yang ditujukan untuk menjamin ketelitian dan ketepatan hasil pemeriksaan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.9.1.d/097/SK/PKM-BR/2023 Tentang Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) |
| 4. Referensi | 1. Pedoman praktek laboratorium yang benar, Ditlabkes Ditjen pelanyan medic Depkes RI, Jakarta, 2004<br>2. Ganda subrata, R, penuntun laboratorium klinik, PT. Dian Rakyat, Jakarta, 1999<br>3. Peraturan menteri kesehatan Nomor 37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan laboratorium puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas Menginput Data Slide pada aplikasi ETB12 yang akan menjadi sampel untuk di uji silang<br>2. Petugas menyiapkan slide yang akan dikirim dan memberi label no. register, tanggal specimen diperiksa pada sediaan slide<br>3. Petugas menyediakan slide positif 100% dan slide negative 50% dimsukkan ke dalam kotak slide<br>4. Petugas mengirim slide beserta formulir pengiriman slide yang ditandatangani oleh pimpinan puskesmas<br>5. Petugas mengirim slide PME ke balai laboratorium kesehatan daerah yang ditunjuk untuk melakukan crosscheck |

| | |
|---|---|
| | 6. Petugas akan menerima feedback hasil crosscheck dari balai laboratorium daerah yang dikirim melalui aplikasi ETB12 sebagai hasil PME<br>7. Untuk pengiriman slide TB dilakukan pertriwulan |
| 6. Unit Terkait | Laboratorium. |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Berubah | 5 Januari 2023 |
| 2 | Poin 1 s/d 6 | Sudah Tidak Sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI DAN BAHAN HABIS PAKAI** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |
| | **S O P**<br>**No.DOKUMEN :3.10.1.b/130/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/4** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan sediaan farmasi dan bahan habis pakai adalah suatu kegiatan<br>pelayanan farmasi yang terdiri dari perencanaan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan, pelaporan, pengarsipan serta pemantauan dan evaluasi pengelolaan |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah bagi petugas farmasi untuk melakukan pengelolaan sediaan farmasi dan bahan habis pakai di Puskesmas Balai Riam |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.10.1b / 098 /SK/PKM-BR/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian |
| 4. Refrensi | a. Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.<br>b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | Perencanaan:<br>1) Petugas farmasi mengumpulkan data pemakaian perbekalan farmasi dari peresepan, pemakaian obat di unit pelayanan, poskesdes dan pustu setiap bulan.<br>2) Petugas farmasi menyeleksi perbekalan farmasi yang sesuai dan dibutuhkan.<br>3) Petugas farmasi memperkirakan jumlah obat yang akan diamprah sama dengan pemakaian pada periode sebelumnya (Metode Konsumsi)<br>Permintaan:<br>1) Petugas farmasi membuat permintaan obat rutin 3 bulan sekali dengan menggunakan LPLPO yang sudah diperiksa dan diketahui oleh Kepala Puskesmas. |

| | |
|---|---|
| | 2) Petugas farmasi mengajukan permintaan obat rutin menggunakan LPLPO ke Instalasi Farmasi Kabupaten.<br>3) Petugas farmasi membuat usulan rencana pembelian obat melalui dana JKN apabila obat dan bahan medis habis pakai yang diminta terbatas / tidak ada ketersediaan obatnya di Instalasi Farmasi Kabupaten dan diketahui oleh Bendahara JKN dan Kepala Puskesmas yang kemudian diajukan ke Dinas Kesehatan.<br>4) Permintaan khusus dilakukan di luar jadwal distribusi rutin apabila kebutuhan meningkat, menghindari kekosongan obat, penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB), obat rusak dan obat kedaluwarsa.<br>Penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan, pelaporan, pengarsipan serta pemantauan dan evaluasi pengelolaan pada Gudang Farmasi.<br>1) Petugas farmasi memeriksa obat dan bahan medis habis pakai yang diterima, mencakup jenis, jumlah dan bentuk sediaan farmasi sesuai Surat Bukti Barang Keluar (SBBK) dari Instalasi Farmasi Kabupaten.<br>2) Petugas farmasi melakukan penyimpanan sediaan farmasi dan bahan habis pakai ke Gudang Obat Puskesmas dengan menuliskan tanggal penerimaan sumber, waktu kedaluwarsa, jumlah obat dan bahan habis pakai kedalam Kartu Stok yang diletakkan berdekatan dengan obat yang bersangkutan.<br>3) Petugas Farmasi menyusun obat dan bahan medis habis pakai menurut bentuk sediaan dan secara alfabetis serta menerapkan sistem First In First Out (FIFO) dan First Expired First Out (FEFO).<br>4) Petugas Farmasi menyusun obat dan bahan medis habis pakai dalam kemasan kecil dan jumlahnya sedikit dalam rak dan untuk obat dan bahan medis habis pakai dalam kemasan besar di letakan di atas pallet dan tidak bersentuhan langsung dengan lantai.<br>5) Petugas farmasi memberi label LASA untuk obat-obatan LASA (Look Alike Sound Alike), sedangkan untuk obat-obatan high alert diberi label HIGH ALERT untuk penandaannya.<br>6) Petugas farmasi mencatat setiap obat dan bahan medis habis pakai yang di distribusikan ke unit pelayanan terkait pada buku Distribusi obat dan bahan medis habis pakai. |

| | |
|---|---|
| | 7) Petugas farmasi mencatat setiap obat dan bahan medis habis pakai yang didistribusikan ke Pustu dan Poskesdes sesuai permintaan pada LPLPO.<br>8) Petugas farmasi melakukan stok opname setiap bulan pada minggu keempat dibulan tersebut untuk melihat kecocokan jumlah fisik obat dengan catatan pada kartu stok dan sebagai kendali jika ada obat rusak dan kedaluwarsa.<br>9) Petugas mencatat obat atau bahan medis habis pakai yang rusak dan kedaluwarsa pada buku Daftar obat rusak dan kedaluwarsa dengan mencantumkan nama, sediaan, jumlah, no. batch, waktu kedaluwarsa, dan tanggal penerimaan.<br>10) Petugas Farmasi memisahkan obat kedaluwarsa dana tau rusak dengan obat-obatan lain yang kondisinya masih baik. Obat kedaluwarsa atau ED diletakkan di dalam tempat yg sudah diberi labe 'OBAT RUSAK DAN KEDALUWARSA'.<br>11) Petugas farmasi membuat Berita acara pengembalian obat dan bahan medis habis pakai yang rusak atau kedaluwarsa 3 rangkap yang ditandatangani petugas farmasi dan diketahui oleh Kepala puskesmas untuk dikirim ke Instalasi farmasi kabupaten.<br>Penerimaan, penyimpanan, pengendalian, pencatatan, pelaporan, pengarsipan serta pemantauan dan evaluasi pengelolaan pada Ruang Farmasi<br>1) Petugas farmasi melakukan pengecekan terhadap ketersediaan stok obat setiap harinya.<br>2) Petugas farmasi menulis permintaan obat pada buku distribusi perbekalan farmasi.<br>3) Petugas farmasi menerima dan memeriksa obat serta memasukan penerimaan pada kartu stok masing – masing obat.<br>4) Petugas farmasi menyimpan obat sesuai sediaan, jenis dan disusun secara alfabetis.<br>5) Petugas farmasi menyimpan obat narkotika dan psikotropika dalam lemari khusus yang mempunyai kunci ganda yang di pegang oleh petugas Farmasi dan Kepala Puskesmas, lemari khusus obat narkotika dan psikotropika ditempel ke dinding. Untuk obat-obatan LASA (Look Alike Sound Alike) diberi label LASA, sedangkan untuk obat-obatan High Alert diberi label HIGH ALERT untuk penandaannya. |

| | |
|---|---|
| | 6) Petugas farmasi melakukan perekapan pemakaian obat dan bahan medis habis pakai setiap hari dan menginput pemakaian obat.<br>7) Petugas farmasi melakukan perekapan pemakaian obat psikotropika dan narkotika dan mencatat pemakaian pada kartu stok dan buku pemakaian obat narkotika dan psikotropika.<br>8) Petugas farmasi melakukan pengendalian obat psikotropika dan narkotika.<br>9) Petugas farmasi melakukan pengendalian obat di unit pelayanan terkait.<br>10) Petugas farmasi melakukan stok opname setiap akhir bulan untuk melihat kecocokan jumlah fisik obat dan sebagai kendali jika ada obat rusak dan kedaluwarsa yang tersedia di ruang farmasi.<br>11) Petugas farmasi melakukan stok opname setiap tiga bulan untuk melihat kecocokan jumlah fisik obat dengan catatan pada kartu stok dan sebagai kendali jika ada obat rusak dan kedaluwarsa yang tersedia di gudang farmasi. |
| 6. Unit Terkait | 1) Ruang Farmasi<br>2) Gudang Farmasi |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2. | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELAYANAN FARMASI KLINIK**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN :3.10.1.C/132/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/5** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelayanan farmasi klinik merupakan bagian dari pelayanan kefarmasian yang langsung dan bertanggung jawab kepada pasien berkaitan dengan obat dan bahan habis pakai dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah untuk melakukan pelayanan farmasi klinik. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor 3.10.1b/098/SK/PKM-BR/2023 tentang pelayanan kefarmasian. |
| 4. Refrensi | a. Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.<br>b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | Langkah-langkah Pelayanan Farmasi Klinik:<br>1. Pengkajian dan pelayanan resep<br>Petugas farmasi melakukan pengkajian resep yang masuk ke ruang farmasi baik dari pelayanan rawat jalan dan rawat inap, meliputi:<br>a. Pengkajian administrasi meliputi: Identitas dan paraf dokter, Identitas pasien, unit asal resep, tanggal resep dan tanda R/.<br>b. Pengkajian farmasetik meliputi: nama obat, dosis, bentuk sediaan, jumlah dan aturan pakai.<br>c. Pengkajian klinis meliputi: tepat indikasi, tepat dosis dan waktu penggunaan obat, duplikasi pengobatan, alergi, dan kontra indikasi.<br>Petugas farmasi melakukan konfirmasi dan konsultasi ke dokter apabila ada ketidaksesuaian resep pada saat pengkajian, kemudian menyiapkan obat dan memberi etiket obat sesuai permintaan dari resep serta menyerahkan ke pasien. |

| | |
|---|---|
| | 2. Pelayanan Informasi Obat<br>Apoteker melakukan pelayanan informasi obat kepada pasien, keluarga pasien dan tenaga Kesehatan lain secara aktif, dimana pasien keluarga pasien dan tenaga Kesehatan lain bertanya kepada Apoteker, meliputi:<br>a. interaksi obat<br>b. harga obat<br>c. cara pemakaian<br>d. penyimpanan<br>e. efek samping obat<br>f. kontra indikasi<br>g. ketersediaan obat<br>h. dosis<br>i. identifikasi obat<br>Apoteker menjawab pertanyaan dari penanya berdasarkan literatur dan mengisi lembar pelayanan informasi obat.<br>Apoteker juga melakukan pelayanan informasi obat (PIO) secara pasif.<br>3. Konseling Obat<br>a. Apoteker melakukan konseling pada pasien TBC, Hipertensi, Diabetes Melitus, HIV, ODGJ dan pasien-pasien yang penggunaan obatnya jangka panjang, polifarmasi.<br>b. Apoteker memperkenalkan dan menyampaikan akan konseling obat kepada pasien.<br>c. Apoteker menanyakan hal-hal yang menyangkut Obat yang dikatakan oleh dokter kepada pasien dengan metode pertanyaan terbuka (open-ended question), misalnya apa yang dikatakan dokter mengenai Obat, bagaimana cara pemakaian, apa efek yang diharapkan dari Obat tersebut, dan lain-lain.<br>d. Apoteker memberikan solusi dari pemecahan penggunaan obat yang digunakan pasien dan rekomendasi farmasi.<br>e. Apoteker memperagakan dan menjelaskan mengenai pemakaian obat-obat tertentu seperti obat inhaler, salep mata, supositoria, insulin dan obat tetes telinga.<br>f. Apoteker melakukan verifikasi akhir meliputi:<br>1) Mengecek pemahaman pasien<br>2) Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan cara penggunaan obat untuk mengoptimalkan terapi. |

| | |
|---|---|
| | g. Apoteker melakukan pencatatan pada lembar konseling obat dan meminta tanda tangan pasien atau pendamping pasien.<br>3. Visite Pasien<br>a. Visite Mandiri<br>1) Apoteker memperkenalkan diri, menyapa dan menerangkan tujuan dari kunjungan.<br>2) Untuk pasien baru, apoteker menginformasikan mengenai sistem pelayanan farmasi dan jadwal pemberian obat<br>3) Apoteker Menanyakan dan mencatat Riwayat pengobatan sebelumnya.<br>4) Apoteker melihat dan mengkaji terapi lanjutan yang di tulis dokter pada rekam medis<br>5) Untuk pasien lama dengan penggantian terapi, Apoteker menjelaskan indikasi dan cara penggunaan Obat baru.<br>6) Apoteker menanyakan apakah ada keluhan setelah pemberian Obat.<br>7) Apoteker melakukan pencatatan mengenai permasalahan dan penyelesaian masalah pada lembar pemantauan obat dan evaluasi obat yang akan digunakan dalam setiap kunjungan.<br>8) Apoteker juga melakukan pencatatan terapi obat pasien pada catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT)<br>b. Visite bersama tim<br>1) Tim visite memperkenalkan diri, menyapa dan menerangkan tujuan dari kunjungan.<br>2) Apoteker mendengarkan dan mencatat komunikasi dokter dengan pasien dan keluarga pasien terutama tentang Obat.<br>3) Apoteker menjawab pertanyaan dokter tentang Obat.<br>4) Apoteker mencatat semua instruksi atau perubahan instruksi pengobatan, seperti Obat yang dihentikan, Obat baru, perubahan dosis dan lain- lain pada lembar pemantauan obat dan evaluasi obat yang akan digunakan dalam setiap kunjungan.<br>5) Apoteker juga melakukan pencatatan terapi obat pasien catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT)<br>4. Home pharmacy care<br>a. Apoteker melakukan kunjungan ke rumah pasien Bersama Tenaga Kesehatan . |

| | |
|---|---|
| | b. Apoteker memperkenalkan diri, meminta waktu pasien atau keluarga dan menyampaikan maksud kunjungan rumah.<br>c. Apoteker menanyakan ke pasien atau keluarga sisa obat, cara menggunakan obat, cara penyimpanan obat, apakah terjadi efek samping obat dan keluhan lain yang dialami selama penggunaan obat.<br>d. Apoteker memberikan edukasi ke pasien atau keluarga agar teratur minum obat dan apabila ada keluhan terkait penggunaan obat bisa menghubungi apoteker ataupun pemegang program.<br>e. Apoteker melakukan pencatatan dan evaluasi penggunaan obat dan tindak lanjut yang telah dilakukan pada lembar home pharmacy care.<br>5. Monitoring efek samping obat (MESO)<br>a. Apoteker menerima dan mengumpulkan laporan kejadian efek samping obat dari dokter yang sudah dilakukan pemantauan dan tindak lanjut kejadian efek samping obat.<br>b. Apoteker merekap laporan efek samping obat pada lembar monitoring efek samping obat.<br>c. Apoteker melengkapi laporan efek samping obat dalam formulir Naranjo.<br>d. Apoteker melaporkan kejadian efek samping obat ke PJ UKP dan pusat MESO nasional secara online dengan link https://e-meso.pom.go.id<br>6. Pemantauan terapi obat dan Evaluasi Penggunaan Obat:<br>a. Apoteker melakukan kunjungan ke pasien rawat inap mandiri atau Bersama tim<br>b. Apoteker menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan dari penggunaan obat.<br>c. Apoteker mengumpulkan data hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnostic dan penilaian dokter melalui rekam medik.<br>d. Apoteker mengkaji penggunaan obat dari hari pertama sampai pasien diperbolehkan dokter untuk pulang.<br>e. Apoteker mengkaji dengan metode SOAP data yang sudah di peroleh dari rekam medik dan visite mandiri atau Bersama tim<br>f. Apoteker melakukan pencatatan pada lembar pemantauan terapi obat dan evaluasi penggunaan obat.<br>g. Apoteker melakukan pencatatan pada lembar CPPT. |

| | |
|---|---|
| 6. Unit Terkait | 1) Ruang Farmasi<br>2) Ruang Rawat Inap |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2. | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **REKONSILIASI OBAT**<br>S O P<br>**No.DOKUMEN :3.10.1.c/131/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan pelayanan obat (medication error), seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis, atau interaksi obat. |
| 2. Tujuan | 1) Memastikan informasi yang akurat tentang obat yang digunakan Pasien<br>2) Mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terdokumentasinya instruksi dokter<br>3) Mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terbacanya instruksi dokter. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor : 3.10.1b/098/SK/PKM-BR/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian |
| 4. Refrensi | a. Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.<br>b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | 1) Petugas farmasi memanggil nama pasien<br>2) Petugas farmasi mengidentifikasi pasien dengan menanyakan identitas pasien minimal 2 identitas yang tidak berubah misalnya nama, Nomor RM atau alamat pasien,<br>3) Petugas farmasi menyiapkan formulir Rekonsiliasi Obat,<br>4) Petugas farmasi menggali informasi obat dari pasien, keluarga pasien, obat yang ada pada pasien dan rekam medis.<br>5) Data obat yang dapat digunakan tidak lebih dari 3 (tiga) bulan.<br>6) Petugas farmasi melakukan pencatatan obat-obatan yang digunakan pasien meliputi nama obat, dosis, frekuensi, rute, kapan obat diberikan, obat diganti, obat dilanjutkan, obat di hentikan, |

| | |
|---|---|
| | riwayat alergi, efek samping obat dan apaila terjadi alergi dan efek samping obat harus dicatat tanggal kejadian serta obat yang menyebabkan alergi.<br>7) Petugas farmasi membandingkan data obat pasien yang pernah, sedang, dan yang akan digunakan.<br>8) Apabila terjadi ketidak cocokan/perbedaan dari obat pasien yang pernah, sedang, dan yang akan digunakan maka akan di konfirmasikan kepada dokter atau tenaga kesehatan penulis resep.<br>9) Hal-hal yang dilakukan saat mengkonfirmasi pada dokter atau tenaga kesehatan penulis resep.<br>a) Menentukan bahwa adanya perbedaan tersebut disegaja atau tidak disegaja<br>b) Mendokumentasikan alasan penghentian, penundaan, atau penggantian obat.<br>c) Memberi tanda tangan, tanggal, dan waktu dilakukannya rekonsiliasi obat.<br>10) Petugas farmasi memberikan informasi tentang pengobatan pasien dan menuliskan hasil wawancara, serta memberikan tanda tangan, tanggal, dan waktu dilakukan rekonsiliasi dan mengarahkan pasien untuk tanda tangan pada kolom pasien pada formulir Rekonsiliasi Obat.<br>11) Pasien pulang. |
| 6. Unit Terkait | Ruang Farmasi |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2. | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| **UPT PUSKESMAS BALAI RIAM**<br><br>COPY KE - 2<br><br>DOKUMEN TERKENDALI | **KAJIAN RESEP DAN PEMBERIAAN OBAT**<br><br>**S O P**<br><br>**No.DOKUMEN** :3.10.1.d/133/SOP/PKM-BR/2023<br>**No. REVISI** : R1<br>**TANGGAL TERBIT** : 5 Januari 2023<br>**HALAMAN** : 1/2 | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengetian | Kajian resep dan pemberian obat adalah proses yang dilakukan dalam pelayanan farmasi untuk mengevaluasi dan memastikan keabsahan resep, serta memberikan obat kepada pasien dengan benar |
| 2. Tujuan | Untuk memastikan keabsahan resep yang diterima. Ini meliputi verifikasi bahwa resep ditulis oleh dokter yang berwenang dan mengandung informasi yang lengkap dan jelas. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor 3.10.1b / 098 /SK/PKM-BR/2023 tentang pelayanan kefarmasian. |
| 4. Referensi | a. Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.<br>b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Langkah-Langkah | 1) Petugas Farmasi menerima resep dari pasien<br>2) Petugas Farmasi melakukan pengkajian atau telaah resep meliputi, ketepatan identitas pasien, obat, dosis, frekuensi, aturan minum atau makan obat, dan waktu pemberian, duplikasi pengobatan, potensi alergi, interaksi antara obat dan obat lain atau dengan makanan, variasi kriteria penggunaan, berat badan pasien atau informasi fisiologik lainnya serta kontraindikasi, apabila pada saat skrining resep ada ketidaksesuaian maka petugas farmasi mengkonfirmasi ke Dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang menulis resep<br>3) Petugas Farmasi menyiapkan obat racikan/non racikan sesuai resep<br>4) Petugas Farmasi mengidentifikasi pasien dengan menanyakan identitas pasien dengan minimal 2 identitas yang tidak berubah misalnya nama, umur atau nomor rekam medik. |

| | |
|---|---|
| | 5) Petugas Farmasi menyerahkan obat sesuai resep dengan memberikan informasi cara penggunaan obat (PIO) meliputi<br>a) Nama Obat<br>b) Sediaan<br>c) Dosis<br>d) Cara Pakai<br>e) Penyimpanan<br>f) Indikasi<br>g) Kontraindikasi<br>h) Stabilitas<br>i) Efek Samping<br>j) Dan lain-lain<br>6) Petugas Farmasi menginformasikan apabila ada alergi obat segera kembali ke fasilitas kesehatan atau praktik dokter terdekat<br>7) Petugas Farmasi meminta pasien atau keluarga pasien mengulang cara penggunaan obat yang telah disampaikan<br>8) Petugas Farmasi memastikan pasien memahami informasi obat yang telah disampaikan, setelah pasien memahami apa yang dijelaskan petugas farmasi, petugas farmasi menceklist PIO dan menandatangani pada kolom petugas di kolom PIO dan pasien juga diarahkan untuk menandatangani pada kolom pasien di kolom PIO pada kertas resep.<br>9) Pasien pulang<br>Petugas Farmasi memantau efek samping obat, apabila ada kejadian efek samping obat pada pasien saat penggunaan obat maka petugas farmasi menulis kejadian tersebut pada formulir monitoring efek samping obat dan kemudian dilaporkan ke PJ. UKP, PJ. Mutu dan diketahui Kepala Puskesmas. |
| 6. Unit Terkait | Ruang Farmasi |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 januari 2023 |
| 2. | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PEMBERIAAN INFORMASI OBAT**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN :3.10.1.e/134/SOP /PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemberian informasi obat adalah proses kegiatan yang meliputi aspek teknis dan non teknis yang harus dikerjakan agar pasien memahami cara penggunaan obat yang diterima. |
| 2. Tujuan | Agar pasien mendapat obat sesuai dengan resep dokter dan mendapat informasi penggunaan obat |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor: 3.10.1b / 098 /SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Kefarmasian. |
| 4. Referensi | a. Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.<br>b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Langkah-Langkah | 1) Petugas Farmasi memanggil nama pasien<br>2) Petugas Farmasi mengidentifikasi pasien dengan menanyakan identitas pasien dengan minimal 2 identitas yang tidak berubah misalnya nama, nomor rekam medik, atau alamat pasien.<br>3) Petugas Farmasi melakukan skrinning resep.<br>4) Petugas Farmasi menyiapkan obat.<br>5) Petugas Farmasi menyerahkan obat sesuai resep dengan memberikan informasi cara penggunaan obat (PIO) meliputi<br>a) Nama Obat<br>b) Sediaan<br>c) Dosis<br>d) Cara Pakai<br>e) Penyimpanan<br>f) Indikasi<br>g) Kontraindikasi |

| | |
|---|---|
| | h) Efek Samping<br>i) Dan lain-lain.<br>6) Petugas Farmasi menginformasikan apabila ada alergi obat segera kembali dokter untuk penggantian alternatif obat lain<br>7) Petugas Farmasi meminta pasien atau keluarga pasien mengulang cara penggunaan obat yang telah disampaikan<br>8) Petugas Farmasi memastikan pasien memahami informasi obat yang telah disampaikan, setelah pasien memahami apa yang dijelaskan petugas farmasi, petugas farmasi menceklist PIO dan menandatangani pada kolom petugas di kolom PIO dan pasien juga diarahkan untuk menandatangani pada kolom pasien di kolom PIO pada kertas resep.<br>9) Pasien Pulang<br>Petugas Farmasi memantau efek samping obat, apabila ada kejadian efek samping obat pada pasien saat penggunaan obat maka petugas farmasi menulis kejadian tersebut pada formulir pelaporan efek samping obat dan kemudian dilaporkan ke PJ. UKP, PJ. Mutu dan diketahui Kepala Puskesmas. |
| 6. Unit Terkait | Ruang Farmasi |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 januari 2023 |
| 2. | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PEMANTAUAN ATAU MONITORING OBAT GAWAT DARURAT SECARA BERKALA** | KEPALA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |
| | **SOP**<br>**No.DOKUMEN : 3.10.1.f/136/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengetian | Monitoring pemantauan obat gawat darurat secara berkala adalah merupakan kegiatan pemantauan persediaan dan mutu obat pelayanan gawat darurat di unit kerja terkait |
| 2. Tujuan | Mengendalikan ketersediaan obat emergensi dan menjamin mutu obat yang akan dipergunakan untuk pelayanan pasien gawat darurat |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor: 3.10.1b / 098 /SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Kefarmasian. |
| 4. Referensi | a. Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.<br>b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| 5. Langkah-Langkah | 1) Petugas Farmasi melakukan pemeriksaan terhadap obat emergensi yang dikelola secara rutin setiap bulan serta memonitoring ketersediaan obat emergensi di unit pelayanan.<br>2) Petugas Farmasi memisahkan obat emergensi yang ditemukan telah rusak atau kedaluwarsa.<br>3) Petugas Farmasi mencatat semua pemakaian obat sebagai monitoring obat emergensi di unit pelayanan, antara lain ketersediaan stok, tanggal kedaluwarsa dan keadaan fisik obat.<br>4) Petugas Farmasi melakukan evaluasi atas data hasil monitoring obat emergensi di unit pelayanan diminggu keempat setiap bulannya dan disampaikan pada rapat lokmin pada minggu pertama dibulan berikutnya.<br>Petugas Farmasi melaporkan hasil evaluasi kepada kepala puskesmas. |
| 6. Unit Terkait | Seluruh Unit Pelayanan UKPP |

7.Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 januari 2023 |
| 2. | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENYEDIAAN DAN PENYIMPANAN OBAT GAWAT DARURAT**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN :3.10.1.f/135/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengetian | Penyediaan obat emergensi di unit kerja merupakan rangkaian kegiatan pemenuhan kebutuhan obat emergensi pada masing – masing unit pelayanan. Penyimpanan obat emergensi di unit pelayanan merupakan suatu kegiatan penyelenggaraan dan pengaturan penyimpanan obat emergensi di unit pelayanan. |
| 2. Tujuan | 1) Ketersediaan obat yang bersifat emergensi dan dapat di akses dengan segera.<br>2) Agar obat emergensi untuk pelayanan pasien gawat darurat dapat terjamin keamanan penyimpanannya serta ketersedian obat saat dibutuhkan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor: 3.10.1b / 098 /SK/PKM-BR/2023 Tentang Pelayanan Kefarmasian. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| 5. Langkah-Langkah | 1) Petugas Farmasi membuat daftar obat – obatan yang akan disediakan untuk masing – masing unit pelayanan.<br>2) Petugas Farmasi menyiapkan pengadaan obat untuk pelayanan emergensi.<br>3) Petugas Farmasi mengajukan obat – obatan ke Dinas Kesehatan apabila belum ada di puskesmas.<br>4) Petugas Farmasi memeriksa persediaan obat emergensi yang dikelola di Unit Pelayanan setiap 1 bulan sekali dan dicatat dalam buku monitoring obat emergensi.<br>5) Petugas unit pelayanan memberikan resep pengeluaran obat emergensi kepada petugas farmasi serta menulis pengeluaran obat pada kartu stok.<br>6) Petugas unit pelayanan membuat permintaan obat emergensi yang telah digunakan untuk diberikan obat pengganti. |

| | |
|---|---|
| | 7) Petugas Farmasi menyiapkan obat emergensi yang dibutuhkan untuk pelayanan di unit kerja terkait, sesuai banyaknya pengeluaran obat.<br>8) Petugas Farmasi menyimpan obat tersebut ke dalam kotak emergensi serta mencatat pada kartu stok dan dikemas kembali.<br>Petugas Farmasi meletakan kotak emergensi di tempat yang mudah diakses segera. |
| 6. Unit Tekait | Ruang Farmasi |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Perubahan KOP dari UPTD ke UPT | 5 januari 2023 |
| 2. | Point 1 s/d 6 | Isi tidak sesuai | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | | **PENGENDALIAN DOKUMEN** | KEPALA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH<br>NIP. 19830622 201410 1 002 |
| | **S O P** | **NO.DOKUMEN : 1.2.2.c/032/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO.REVISI :**<br>**TANGGAL TERBIT: 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/3** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengendalian dokumen adalah kegiatan pengelolaan dan pengendalian dokumen - dokumen sistem manajemen mutu yang mencakup pembuatan, distribusi, penggunaan, perubahan dengan mengikuti ketentuan yang diatur dalam prosedur ini :<br>1. Dokumen Induk<br>Dokumen asli dan telah disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas Balai Riam.<br>2. Dokumen terkendali<br>Dokumen yang didistribusikan kepada tiap unit/pelaksana, terdaftar dalam daftar distribusi dokumen terkendali dan menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan serta dapat ditarik bila ada perubahan (revisi). Dokumen ini harus ada cap/stempel “TERKENDALI”, Copy I (Arsip Puskesmas), Copy II (Kirim ke Surveior).<br>3. Dokumen tidak terkendali<br>Dokumen yang didistribusikan untuk kebutuhan eksternal atau atas permintaan pihak di luar UPT Puskesmas Balai Riam digunakan untuk keperluan insidentil, tidak dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan memiliki cap/stempel “TIDAK TERKENDALI”<br>4. Dokumen kadaluarsa<br>Dokumen yang dinyatakan sudah tidak berlaku oleh karena telah mengalami perubahan/revisi sehingga tidak dapat lagi menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan. Dokumen ini harus ada cap/stempel “KADALUWARSA”. |

| | |
|---|---|
| 2. Tujuan | SEBAGAI ACUAN PENERAPAN LANGKAH-LANGKAH UNTUK PENGENDALIAN DOKUMEN. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.2.4a/011/SK/PKM-BR/2023 tentang pengumpulan, penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik lndonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas membuat dokumen (SK, SOP, KAK, Pedoman/panduan)<br>2. Petugas memberi penomoran dokumen<br>3. Petugas menyerahkan dokumen kepada petugas tata usaha<br>4. Petugas tata usaha menerima dokumen dan mencatat dalam agenda surat masuk<br>5. Petugas tata usaha menyerahkan dokumen kepada kepala puskesmas untuk disahkan<br>6. Petugas tata usaha memperbanyak/menggandakan dokumen yang akan didistribusikan dan membubuhi cap/stempel basah puskesmas dan cap/stempel terkendali serta cap/stempel copy ke dokumen yang asli akan disimpan di file tata usaha<br>7. Petugas tata usaha mencatat dokumen yang akan didistribusikan dibuku agenda surat keluar, penerima dokumen akan menandatangani bukti penerimaan dokumen<br>8. Petugas merevisi dokumen<br><br>Suatu dokumen dapat direvisi dengan cara:<br>a. Pemohon revisi mengisi formulir usulan revisi kepada kepala puskesmas<br>b. Revisi dicatat dalam rekaman historis perubahan pada tiap dokumen<br>c. Petugas menerbitkan ulang dokumen.<br><br>Suatu dokumen dapat diterbitkan ulang jika:<br>a. Terjadi perubahan sistem mutu<br>b. Ada perubahan struktur organisasi yang mempengaruhi isi dokumen<br>c. Bila terjadi penerbitan ulang maka dokumen lama ditarik<br>d. Petugas tata usaha menarik salinan dokumen yang sudah tidak berlaku<br>e. Salinan dokumen dimusnahkan dengan cara dibakar dan dicatat dalam formulir berita acara pemusnahan dokumen |

| | |
|---|---|
| | f. Dokumen asli dari dokumen yang sudah ditarik di beri cap kadaluarsa<br>g. Petugas meninjau ulang dokumen<br>h. Setiap dokumen ditinjau ulang setiap satu tahun sekali<br>i. Petugas akan membuatkan dokumen yang diminta pihak diluar UPT Puskesmas Balai Riam untuk keperluan insidentil, dokumen akan diajukan ke kepala puskesmas untuk mendapatkan pengesahan, dokumen akan digandakan dan dibubuhi cap/stempel tidak terkendali. Dokumen yang asli akan di arsipkan di tata usaha |
| 6. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Balai Riam |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENDELEGASIAN WEWENANG**<br>**S O P**<br>**NO.DOKUMEN : 1.2.1.c/028/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO.REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT: 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/1** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAWARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pendelegasian wewenang adalah proses pengalihan tugas kepada orang lain yang sah sesuai kompetensi dan kemampuan untuk melaksanakan sebagian wewenang apabila pemberi wewenang meninggalkan tugas / tempat kerja sekurang-kurangnya selama 3 hari. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pendelegasian wewenang |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.2.1.c/008/SK/PKM-BR/2023 tentang pendelegasian wewenang. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes RI No. HK.01.01/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Puskesmas; |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas pemberi wewenang menghubungi Kepala Tata Usaha terkait wewenang yang akan didelegasikan.<br>2. Petugas pemberi wewenang menghubungi calon petugas yang diberi delegasi wewenang untuk meminta persetujuan.<br>3. Kepala Tata Usaha membuat surat delegasi wewenang setelah ada persetujuan dari penerima pendelegasian wewenang.<br>4. Kepala Tata Usaha memintakan persetujuan kepada Kepala Puskesmas.<br>5. Kepala Tata Usaha menyerahkan surat delegasi wewenang yang telah disetujui kepada petugas pemberi wewenang dan calon petugas yang diberi wewenang.<br>6. Petugas yang diberi wewenang melaksanakan tugas sesuai dengan wewenang yang dilimpahkan. |
| 6. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Balai Riam. |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | KOP | Berubah | 5 Januari 2023 |
| 2 | Poin 1 s/d 6 | Sudah tidak sesuai | 5 Januari 2023 |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENATAAN DOKUMEN**<br>**S O P**<br>**NO.DOKUMEN : 1.2.2.c/191/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO.REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT: 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/3** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN UPT PUSKESMAS BALAI RIAM SUKAWARA<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>**NIP. 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | 1. Arsip kepegawaian adalah kumpulan surat – surat keputusan di bidang kepegawaian yang dikeluarkan oleh pejabat berwenang, di simpan dalam susunan yang teratur dan tertib sehingga dapat ditemukan dan dipergunakan apabila diperlukan.<br>2. Dokumen Kepegawaian adalah surat keputusan di bidang kepegawaian yang dikeluarkan oleh pihak yang berwenang. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk :<br>1. Memberikan kemudahan dalam pencarian dokumen<br>2. Menciptakan efisiensi, efektivitas tempat, waktu, tenaga dan biaya<br>3. Meningkatkan nilai penting dokumen/arsip kepegawaian PNS sebagai salah satu sumber informasi manajemen kepegawaian |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.2.4a/011/SK/PKM-BR/2023 tentang pengumpulan, penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Pemerintah No. 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil<br>2. Peraturan Pemerintah No. 30 Tahun 2019 tentang Penilaian Kinerja Pegawai Negeri Sipil. |
| 5. Langkah-langkah | 1. Pengkodean dokumen kelompok pelayanan:<br>a. Administrasi Manajemen dengan kode: KMP (BAB I)<br>b. Pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat : UKM (BAB II dan IV)<br>c. Pelayanan Upaya Kesehatan Perseorangann : UKP (BAB III)<br>d. Mutu Puskesmas : MUTU (BAB V) |

| | |
|---|---|
| | 2. Jenis Dokumen<br>a. Standar Prosedur Operasional, disingkat: SOP,<br>b. Kerangka Acuan disingkat: KAK,<br>c. Surat Keputusan disingkat: SK,<br>d. Dokumen ekternal disingkat: Dek,<br>e. Manual Mutu disingkat MM.<br>3. Sistem penomoran:<br>a. Surat masuk dan keluar sesuai dengan aturan Tata Naskah<br>b. Penomoran kelompok pelayanan dilakukan oleh kelompok pelayanan masing- masing disesuaikan dengan sistem pengkodean yang telah ditentukan,<br>c. Penomoran dokumen diurutkan sesuai dengan pengkodean,<br>d. Urutan penomoran<br>Contoh: 1.2.2.c/SOP/PKM-BR/2023 (1.2.2.c: no urut ep) SOP, PKM-BR (kode Puskesmas), 2023 (Tahun)<br>4. Penyimpanan Dokumen Manajemen<br>a. Penyimpanan dokumen/arsip perkantoran sesuai dengan sistem penyimpanan dokumen/arsip aturan Tata Naskah<br>b. Penyimpanan dokumen akreditasi disimpan dimasing-masing kelompok pelayanan, sedangkan di administrasi dan manajemen (admen) menyimpan master dokumen semua kelompok pelayanan dan program<br>5. Menerbitkan dan mendistribusi dokumen dan rekaman<br>a. Suatu dokumen dapat diterbitkan bila sudah mendapat persetujuan dan pengesahan dari Kapus<br>b. Dokumen diperbanyak dan didistribusikan oleh Sekretariat dan Ka TU kepada semua pihak yang berkepentingan dengan mengisi Formulir Bukti Penerimaan Dokumen<br>c. Sekretariat bertanggungjawab menyimpan dokumen sah memelihara Daftar Induk Prosedur Kerja, Instruksi Kerja, dan Formulir<br>d. Untuk menunjukkan salinan dokumen tersebut terkendali diberi cap “Terkendali” dengan persetujuan ka TU<br>6. Merevisi dokumen dan rekaman<br>Suatu dokumen dapat direvisi dengan tata cara :<br>a. Permohonan revisi mengisi formulir usulan revisi kepada Kapus<br>b. Permintaan revisi disetujui pejabat yang berwenang<br>c. Revisi dicatat dalam rekaman historis pada tiap dokumen |

| | |
|---|---|
| | 7. Menerbitkan ulang dokumen<br>Suatu dokumen dapat diterbitkan ulang jika :<br>a. Terjadi perubahan sistem mutu<br>b. Ada perubahan struktur organisasi yang mempengaruhi isi dokumen<br>c. Instruksi kerja sudah tidak sesuai dengan urutan pelaksanaan tugas<br>d. Bila terjadi penerbitan ulang, dokumen lama ditarik<br>8. Melakukan penarikan dan pemusnahan dokumen<br>a. Ka TU menarik salinan dokumen dan rekaman yang sudah ditarik, dimusnahkan dengan cara dibakar dan dicatat dalam formulir berita acara pemusnahan dokumen<br>b. Salinan dokumen yang sudah ditarik, dimusnahkan dengan cara dibakar dan dicatat dalam formulir berita acara pemusnahan dokumen<br>c. Dokumen asli dari dokumen yang sudah ditarik, diberi cap “Tak Terkendali” dan disimpan Ka TU sebagai arsip<br>d. Formulir berita acara pemusnahan dokumen disimpan oleh Ka TU<br>e. Melakukan peninjauan ulang dokumen |
| 6. Unit terkait | Bagian Tata Usaha |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **LOKAKARYA MINI**<br>**SOP**<br>**NO. DOKUMEN : 1.6.1.b/049/ SOP /PKM-BR / 2023**<br>**NO. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Lokakarya mini adalah pertemuan mengenai komunikasi dan koordinasi antar lintas progran dan atau lintas sektor dengan maksud agar terjalin kerjasama dan saling mendukung untuk terlaksana dan tercapainya tujuan kegiatan baik di luar maupun di dalam gedung Puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk lokakarya mini |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.6.1.b/023/SK/PKM-BR/2023 tentang pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas<br>2. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | 1. Kepala Tata Usaha berkonsultasi atau koordinasi dengan Kepala puskesmas terkait Lokakarya Mini<br>2. Kepala Tata Usaha menyusun rencana Lokakarya Mini (materi, tempat, dan undangan).<br>3. Kepala Tata Usaha membuat undangan Lokakarya Mini<br>4. Petugas ketatausahaan mendistribusikan undangan lokakarya mini kepada lintas progran dan atau lintas sektor minimal 2 hari sebelum pelaksanaan.<br>5. Petugas ketatausahaan menyiapkan tempat dan perlengkapan (daftar hadir, notulen, konsumsi, proyektor, dan laptop).<br>6. Peserta pertemuan mengisi daftar hadir yang telah disediakan<br>7. Pembawa acara memulai dan membuka pertemuan<br>8. Kepala Puskesmas memberikan sambutan lokakarya mini.<br>9. Camat memberikan sambutan untuk lokakarya mini tri bulanan. |

| | |
|---|---|
| | 10. Petugas Penanggung jawab/Pelaksana yang ditunjuk menyampaikan materi pertemuan<br>11. Petugas Penanggung jawab/Pelaksana memberikan kesempatan peserta pertemuan untuk berdiskusi/tanya jawab<br>12. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab membuat kesepakatan hasil pertemuan bersama peserta pertemuan.<br>13. Notulis yang ditunjuk mencatat semua hasil pertemuan lokakarya mini.<br>14. Notulis membacakan hasil pertemuan dan kesepakatan yang telah diambil.<br>15. Juru foto mendokumentasikan foto pertemuan.<br>16. Pembawa acara menutup acara pertemuan lokarya mini |
| 6. Unit terkait | 1. Lintas Program<br>2. Lintas Sektor |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **DISTRIBUSI DOKUMEN**<br>**S O P**<br>**NO.DOKUMEN : 1.2.2.c/192/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO.REVISI :**<br>**TANGGAL TERBIT: 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Distribusi dokumen adalah penyampaian dan penyebaran dokumen kepada pihak-pihak berkaitan untuk mendapatkan informasi isi dokumen. |
| 2. Tujuan | SEBAGAI ACUAN PENERAPAN LANGKAH-LANGKAH UNTUK DISTRIBUSI DOKUMEN. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.2.4a/011/SK/PKM-BR/2023 tentang pengumpulan, penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Langkah - langkah | 1. Petugas menyiapkan dokumen asli yang sudah diberi penomoran untuk dicopy.<br>2. Petugas membubuhkan cap Puskesmas dan cap terkendali pada dokumen copy yang akan didistribusikan.<br>3. Petugas mencatat dokumen copy yang akan didistribusikan dalam buku distribusi dokumen terkendali yang berisi informasi tentang jenis dokumen, nomor dokumen, dan distribusi ke- , serta tanda terima yang memuat nama dan tanda tangan penerima.<br>4. Kepala Tata Usaha mendistribusikan dokumen copy yang sudah dibubuhkan cap Puskesmas dan cap terkendali dan sudah dicatat ke setiap unit pelayanan (KMP, UKM dan UKP)<br>5. Petugas menunggu *feedback*/umpan balik laporan.<br>6. Petugas menerima hasil umpan balik laporan.<br>7. Petugas mempelajari umpan balik laporan. |

| | |
|---|---|
| | 8. Petugas merencanakan kegiatan sesuai hasil laporan yang telah disetujui oleh atasan.<br>9. Petugas menyiapkan sarana untuk menindak lanjuti perencanaan kegiatan.<br>10. Petugas mendistribusikan hasil perencanaan kegiatan.<br>11. Petugas memantau kegiatan pendistribusian.<br>12. Petugas mengevaluasi hasil kegiatan.<br>13. Petugas mendokumentasikan hasil kegiatan.<br>14. Petugas memeriksa hasil kegiatan |
| 6. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Balai Riam |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **ANALISA DATA**<br>**S O P**<br>**NO.DOKUMEN : 1.2.4.a/034/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO.REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT: 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Analisis data adalah upaya memilah dan memilih data yang mempunyai makna penting untuk dipelajari, kemudian disampaikan pada orang lain. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk analisa data. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.2.4.a/011/SK/PKM-BR/2023 tentang pengumpulan, penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Langkah - langkah | 1. Penanggung jawab upaya meminta koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan untuk mengumpulkan data hasil kegiatan.<br>2. Koordinator pelayanan menyerahkan data hasil kegiatan kepada Penanggung jawab upaya.<br>3. Penanggung jawab upaya mengambil data hasil kegiatan yang terkumpul untuk dikelompokan dan diurutkan.<br>4. Penanggung jawab upaya meneliti kelengkapan data hasil kegiatan yang telah diurutkan.<br>5. Penanggung jawab upaya menganalisis data hasil kegiatan.<br>6. Penanggung jawab upaya menyerahkan data hasil kegiatan kepada Kepala UPT Puskesmas.<br>7. Kepala UPT Puskesmas bersama Penanggung jawab upaya menganalisis dan mengevaluasi data hasil kegiatan.<br>8. Kepala UPT Puskesmas menyetujui data hasil kegiatan dan menyerahkan kepada Ka. TU untuk ditindaklanjuti. |

| | |
|---|---|
| | 9. Ka. TU membubuhkan stempel Puskesmas serta memberikan nomor surat.<br>10. Ka. TU dan penenggung jawab upaya menyiapkan data hasil kegiatan untuk disampaikan dalam rapat lokakarya mini bulanan Puskesmas. |
| 6. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Balai Riam |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELAPORAN DAN DISTRIBUSI INFORMASI** | KEPALA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |
| | **S O P**<br>**NO.DOKUMEN : 1.2.4.a/035/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO.REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT: 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Laporan dan Distribusi informasi adalah penyampaian berita, keterangan atau pertanggungjawaban secara lisan maupun secara tertulis dari bawahan kepada atasan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing serta penyebaran informasi kepada pihak yang berkaitan untuk mendapatkan umpan balik. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk laporan dan distribusi informasi. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.2.4.a/011/SK/PKM-BR/2023 tentang pengumpulan, penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Langkah - langkah | 1. Petugas menyiapkan informasi yang sudah dikonfirmasi kebenarannya untuk dilaporkan.<br>2. Petugas melaporkan informasi yang dikonfirmasi kebenarannya kepada atasan.<br>3. Petugas menunggu feedback / umpan balik laporan dari atasan.<br>4. Petugas menerima hasil umpan balik laporan dari atasan.<br>5. Petugas mempelajari umpan balik laporan dari atasan.<br>6. Petugas merencanakan kegiatan sesuai hasil laporan yang telah disetujui oleh atasan.<br>7. Petugas menyiapkan sarana untuk menindak lanjuti perencanaan kegiatan.<br>8. Petugas mendistribusikan hasil perencanaan kegiatan.<br>9. Petugas memantau kegiatan yang didistribusikan. |

| | |
|---|---|
| | 10. Petugas mengevaluasi hasil kegiatan.<br>11. Petugas mendokumentasikan hasil kegiatan.<br>12. Petugas memeriksa hasil kegiatan. |
| 6. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Balai Riam |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PEMANTAUAN DAN EVALUASI** | | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |
| | **SOP** | **NO. DOKUMEN : 1.6.1.b/047/ SOP /PKM-BR / 2023** | |
| | | **NO. REVISI : 0** | |
| | | **TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023** | |
| | | **HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemanataun dan Evaluasi adalah pertemuan Kepala Puskesmas dengan penanggung jawab upaya, koordinator pelayanan dan pelaksana untuk melakukan penilaian kinerja (hasil kegiatan) yang telah dicapai terhadap target yang telah ditetapkan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemantauan dan evaluasi. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.6.1.b/023/SK/PKM-BR/2023 tentang pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas<br>2. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | 1. Kepala Puskesmas meminta penanggung jawab upaya untuk membuat undangan pertemuan penilaian kinerja yang telah dijadwalkan setiap triwulan.<br>2. Petugas Penanggung jawab upaya membuat surat undangan untuk koordinator pelayanan dan pelaksana untuk pertemuan penilaian kinerja.<br>3. Petugas Penanggung jawab upaya menyerahkan surat undangan kepada kepada Kepala Puskesmas untuk ditandatangani.<br>4. Petugas Penanggung jawab upaya mendistribusikan surat undangan pertemuan penilaian kinerja.<br>5. Kepala Puskesmas memimpin pertemuan penilaian kinerja.<br>6. Petugas Penanggung jawab upaya memaparkan hasil cakupan kinerja Upaya (KMP/UKM/UKP). |

| | |
|---|---|
| | 7. Petugas Penanggung jawab upaya memaparkan hasil identifikasi masalah, identifikasi penyebab masalah, dan pemecahan penyelesaian masalah sesuai penyebab masalah dan<br>8. Kepala Puskesmas bersama peserta pertemuan menyimpulkan hasil pencapaian kinerja pelayanan.<br>9. Petugas Penanggung jawab upaya, koordinator pelayanan, dan pelaksana menindaklanjuti kesimpulan hasil penilaian kinerja pelayanan sesuai arahan Kepala Puskesmas.<br>10. Petugas mendokumentasikan semua proses pertemuan penilaian kinerja dalam notulen pertemuan. |
| 6. Unit terkait | 1. Penanggung jawab upaya,<br>2. Koordinator pelayanan, dan<br>3. Pelaksana kegiatan |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **SUPERVISI**<br>**SOP**<br>**NO. DOKUMEN : 1.6.1.b/048/ SOP /PKM-BR / 2023**<br>**NO. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Supervisi adalah Pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan secara periodik dimulai dari perencanaan kegiatan, pelaksanaan dan hasil pencapaian kinerja pelayanan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk supervisi. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.6.1.b/023/SK/PKM-BR/2023 tentang pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja. |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas<br>2. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | 1. Kepala puskesmas membentuk tim supervisi/pembinaan.<br>2. Tim supervisi mempersiapkan instrumen untuk supervisi<br>3. Tim supervisi melaksanakan supervisi berdasarkan instrumen yang telah disiapkan<br>4. Tim supervisi membuat laporan hasil supervisi/pembinaan<br>5. Tim supervisi membuat rencana tindak lanjut jika ada ketidaksesuaian dengan instrumen yang dibuat<br>6. Tim supervisi melaporkan hasil dan rencana tindak lanjut kepada Kepala Puskesmas |
| 6. Unit terkait | 1. Penanggung jawab upaya,<br>2. Koordinator pelayanan, dan<br>3. Pelaksana kegiatan |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGELOLAAN LIMBAH B3 DI PUSKESMAS**<br>**SOP**<br>**No.DOKUMEN : 1.4.3.a1/043/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan limbah B3 di Puskesmas adalah suatu kegiatan mengelola termasuk pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan dan pembuangan bahan yang karena sifat, konsistensi dan jumlahnya dapat mencemari dan merusak lingkunan hidup, bahan berbahaya dan beracun (B3) di Puskesmas termasuk bahan kimia, Biologi dan bahan gas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelaksanaan pengelolaan Bahan Berbaya dan Beracun (B3) untuk mencegah dan mengendalikan dampak lingkungan yang akan muncul sebagai konsekuensi atas penggunaan bahan tersebut. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.4.6/018/PKM-BR/ SK/2023 tentang penetapan program MFK. |
| 4. Referensi | 1. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas.<br>2. Permenkes No. 02 Tahun 2023.<br>3. Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 Tentang Pedoman Penyelenggraan Kesling Puskesmas. |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Koordinator manajemen B3 dan Limbah B3 bersama anggota tim menginventarisasi B3 dan limbah B3 yang ada di setiap ruangan.<br>2. Anggota tim B3 dan Limbah B3 mengelola bahan berbahaya dengan penggolongan B3 untuk memudahkan pengenalan dan cara penanganan B3.<br>3. Anggota tim B3 dan Limbah B3 menggunakan bahan-bahan B3 sesuai dengan peruntukannya.<br>4. Anggota B3 dan limbah B3 melakukan pengumpulan limbah B3 dari tiap unit pelayanan (ruang pelayanan Lab, UGD, Poned, KIA, Imunisasi dan Farmasi).<br>5. Anggota B3 dan limbah B3 melakukan penyimpanan limbah B3 di Tempat Penyimpanan Sementara (Khusus B3), dengan catatan di bawah ini ; |

| | |
|---|---|
| | a. Limbah B3 di masukan dalam wadah plastic berwarna kuning.<br>b. Di bungkus rapi agar tidak terceer.<br>c. Di ikat mati agar tidak mudah lepas.<br>d. Di masukan dalam Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) yang telah di sediakan.<br>e. Menimbang timbulan limbah B3 setiap kali penyetoran limbah.<br>f. Mencatat jumlah timbulan setiap kali penyetoran.<br>6. Anggota tim B3 dan Limbah B3 melaporkan hasil pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan-bahan berbahaya kepada Koordinator manajemen B3 dan Limbah B3.<br>7. Anggota tim B3 dan Limbah B3 melakukan pengantaran limbah B3 ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, menggunakan APD lengkap berupa masker, sepatu dan kaos tangan.<br>8. Pihak Ketiga Melakukan pengangkutan limbah B3 sesuai dengan jadwal yang telah di tentukan berdasarkan MOU antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara dengan PT. Tenang Jaya Sejahtera dan PT. Semesta Langgeng Sentosa. |
| 6.Unit terkait | Semua ruangan di Puskesmas |

7. Rekaman Historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Berubah dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2. | Isi | 1-5 sudah tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS**<br>**SOP**<br>**No.DOKUMEN : 1.4.3.a2/346/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | a. Limbah Medis (sampah medis) adalah barang bekas yang tidak dipakai yang berupa sisa dari hasil kegiatan pelayanan di puskesmas. Di Puskesmas Danurejan 1 Limbah Medis di kelompokkan menjadi Limbah Medis Logam Tajam dan Limbah Medis non Logam Tajam.<br>b. Penanganan Limbah Medis adalah suatu tindakan untuk mengelola Limbah Medis yang ada di puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan pencegahan resiko penularan, pencegahan kecelakaaan yang disebabkan tertusuk jarum suntik dan mencegah infeksi nosokomial. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.4.3/018/PKM-BR/SK/2023 tentang penetapan program MFK. |
| 4. Referensi | a. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas.<br>b. Permenkes No. 02 Tahun 2023.<br>c. Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 Tentang Pedoman Penyelenggraan Kesling Puskesmas. |
| 5. Langkah-Langkah | a. Koordinator Pengelola Limbah Medis memastikan ada tempat sampah medis untuk limbah medis di masing-masing ruangan pelayanan. Tempat sampah medis terdiri dari dua jenis yaitu tempat sampah medis untuk limbah medis logam tajam (*safety box*) dan tempat sampah medis untuk limbah medis non logam tajam.<br>b. Semua petugas di sub unit pelayanan memisahkan dan menangani sampah medis sesuai dengan jenisnya antara lain:<br>• Untuk limbah Logam Tajam berupa jarum suntik, jarum lancet dimasukkan langsung dalam *safety box*.<br>• Untuk limbah Cair berupa Limbah kumur, dan mutahan langsung dibuang pada tempat/wastafel yang tersedia. |

| | |
|---|---|
| | • Untuk limbah Padat berupa kapas bekas luka, *Faeces*, urine, darah, Gigi cabutan, irisan luka mka penangananya langsung dimasukkan ke tempat sampah medis dengan lebel berwarna kuning.<br>d. Setiap hari setelah selesai pelayanan, petugas kebersihan mengumpulkan sampah medis non logam tajam. Limbah medis yang diambil di masing-masing unit di masukan wadah plastic berwarna kuning dan di ikat mati, kemudian dikumpulkan pada Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) khusus limbah medis.<br>e. Untuk limbah medis logam tajam dalam *safety box*, akan diambil oleh petugas kebersihan bila safety box sudah mencapai 2/3, limbah dikumpulkan pada plastik berwarna kuning dan di ikat mati, kemudian dikumpulkan pada Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) khusus limbah medis.<br>f. Menimbang dan mencatat setiap kali menyetorkan timbulan limbah medis ke TPS.<br>g. Limbah medis akan di antarkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara untuk di kirim ke pihak ketiga dengan catatan antara berikut<br>1) Petugas wajib menggunakan APD lengkap berupa masker, sepatu dan kaos tangan.<br>2) Menimbang keseluruhan limbah yang akan di setorkan ke Dinas Kesehatan Sukamara.<br>3) Menutup rapi menggunakan terpal.<br>h. Pihak Ketiga Melakukan pengangkutan limbah B3 sesuai dengan jadwal yang telah di tentukan berdasarkan MOU antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara dengan PT. Tenang Jaya Sejahtera dan PT. Semesta Langgeng Sentosa.<br>i. Untuk pengelolaan limbah medis cair, di setiap unit penghasil limbah medis cair sudah dibuatkan saluran tersendiri untuk limbah cair. limbah medis cair tersebut dialirkan ke bak penampungan khusus (IPAL).<br>j. Anggota Pengelola Limbah Medis melaporkan hasil pengelolaan, penyimpanan, penggunaan Bahan Berbahaya dan Beracun kepada Koordinator Pengelola Limbah Medis. |
| 6.Unit terkait | Semua ruangan di Puskesmas |

7. Rekaman Historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Berubah dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2. | Isi | 1-5 sudah tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGELOLAAN LIMBAH NON INFEKSIUS DI PUSKESMAS**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 1.4.3.a3/043/ SOP/PKM-BR/2023**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan limbah non infeksius di Puskesmas adalah kegiatan pengelolaan, penyimpanan dan pengangkutan limbah non infeksius di Puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelaksanaan manajemen pengelolaan limbah non infeksius. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.4.3/018/PKM-BR/2023 tentang penetapan program MFK. |
| 4. Referensi | 1. Kepdirjen No. HK. 01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas.<br>2. Permenkes No. 02 Tahun 2023.<br>3. Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 Tentang Pedoman Penyelenggraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas. |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Koordinator Kesehatan Lingkungan bersama anggota tim menyiapkan/menginventarisasi tong sampah dengan pelebelan sampah non infeksius dengan diberi kantong plastik berwarna hitam.<br>2. Team CS mengelola sampah non infeksius dengan penggolongan tertentu untuk memudahkan pengenalan dan cara penanganan.<br>3. Team CS membuang sampah non infeksius pada tempat yang telah disediakan.<br>4. Team CS mengumpulkan sampah non infeksius dari sub unit ruangan ke Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) yang telah di sediakan, menutup tong sampah dengan tutup yang di sediakan.<br>5. Pihak ketiga, disini adalah TPS 3R Bukit Patung Jaya melakukan pengangkutan sampah non infeksisus sesuai jadwal kesepakatan.<br>6. Koordinator Keseahatan Lingkungan melakukan pemantauan secara berkala sekurang-kurangnya 6 bulan sekali.<br>7. Tim CS melakukan pencatatan terhadap kendala-kendala yang di alami selama mengelola limbah non infeksius secara berkala. |

| | |
|---|---|
| | 8. Koordinator Kesehatan Lingkungan melakukan pembayaran kepada pihak TPS 3R Bukit Patung Jaya setiap tanggal 25, sejumlah RP200.000.<br>9. Koordinator Kesehatan Lingkungan bersama PJ. MFK dan Kepala Puskesmas membuat kesepakatan untuk pengelolaan limbah non infeksius selanjutnya. |
| 6.Unit terkait | Semua unit ruangan di Puskesmas |

7. Rekaman Historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | KOP | Berubah dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2023 |
| 2. | Isi | 1-5 sudah tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGUMPULAN DOKUMEN KEPEGAWAIAN**<br>**SOP**<br>**No.DOKUMEN : 1.3.4.a /040/SOP/ PKM-BR /2023**<br>**No. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 September 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengumpulan dokumen kepegawaian adalah mekanisme penyediaan dan pengelolaan dokumen kepegawaian secara lengkap dan mutakhir, baik dalam bentuk cetak maupun dalam bentuk digital, untuk tiap pegawai yang bekerja di Puskesmas sebagai bukti bahwa pegawai yang bekerja memenuhi persyaratan yang ditetapkan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengumpulan dokumen kepegawaian. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor : 1.3.4.a/016/PKM-BR/2023 tentang kelengkapan isi dokumen kepegawaian. |
| 4. Referensi | 1. Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 Tentang Pedoman Penyelenggraan Kesling Puskesmas.<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik lndonesia Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Dokter Gigi. |
| 5. Langkah-Langkah | 1. KTU memberikan informasi kepada pegawai untuk melengkapi dokumen kepegawaian<br>2. Pegawai Puskesmas menyiapkan kelengkapan dokumen kepagawaian untuk dikumpulkan kepada KTU<br>3. KTU membuat list kelengkapan isi dokumen kepegawaian<br>4. KTU melakukan pengecekan kelengkapan isi dokumen kepagawaian yang dikumpulkan oleh setiap pegawai berdasarkan list yang dibuat<br>5. KTU Memastikan isi dokumen kepagawaian yang dikumpulkan lengkap dan mutakhir<br>6. KTU mengingatkan kembali pegawai Puskesmas yang belum melengkapi isi dokumen kepagawaian yang dikumpulkan |

| | |
|---|---|
| | 7. KTU dan petugas TU yang ditunjuk mengelola dokumen kepegawaian yang sudah dikumpulan dengan lengkap dan mutakhir dalam bentuk cetak maupun dalam bentuk digital. |
| 6.Unit terkait | Semua unit ruangan di Puskesmas |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENILAIAN KINERJA PEGAWAI**<br>**SOP**<br>**No.DOKUMEN : 1.3.2.c/037/SOP/ PKM-BR /2023**<br>**No. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Penilaian Kinerja Pegawai adalah evaluasi terhadap proses pelaksanaan kegiatan/kinerja para pegawai yang diberi amanat untuk menjalankan tugas tertentu sehingga dapat dipertanggungjawabkan dan sebagai umpan balik bagi Kepala Puskesmas pada masa yang akan datang. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penilaian kinerja pegawai. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.3.2.b/014/SK/PKM-BR/2023 tentang indikator penilaian kinerja pegawai |
| 4. Referensi | Permenpan RAB Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Indikator Penilaian Kinerja Pegawai |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Kepala Puskesmas memberikan amanat kepada para pegawai untuk melaksanakan tugas dan kegiatan.<br>2. Para pegawai melaksanakan kegiatan yang diperintahkan sesuai tupoksi masing-masing.<br>3. Para pegawai mencatat semua kegiatan yang dilakukan sesuai tupoksi yang telah ditetapkan.<br>4. Para pegawai membuat laporan sebagai bahan pertanggungjawaban ke Kepala Puskesmas berdasarkan rencana hasil kerja pimpinan yang diintervensi.<br>5. Para pegawai menginput bukti aksi kerja pada aplikasi E-Kinerja SKP terbaru<br>6. Kepala Puskesmas melakukan proses penilaian SKP para pegawai menggunakan aplikasi E-Kineja..<br>7. Kepala Puskesmas melakukan Penilaian setiap 3 (bulan) bulan sekali.<br>8. Kepala Puskesmas membuat catatan laporan hasil penilaian pada aplikasi E-Kinerja |

| | |
|---|---|
| | 9. Kepala Puskesmas melaporkan hasil Penilaian pada aplikasi E-Kinerja ke Kepala Dinas Kesehatan.<br>10. Kepala Puskesmas mendokumentasikan hasil penilaian kinerja pegawai melalui Kepala Tata Usaha. |
| 6. Unit terkait | Semua pegawai ASN |

7. Rekaman Historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **SURVEI KEPUASAN PEGAWAI**<br>**SOP**<br>**No.DOKUMEN : 1.3.2.d /200/SOP/ PKM-BR/ 2023**<br>**No. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>NIP . 19830622 201410 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Survei Kepuasan Pegawai adalah survei yang dilakukan oleh internal Pukesmas yang bertujuan untuk melakukan upaya perbaikan kinerja pegawai. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk survei kepuasan pegawai. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor : 1.3.2.d/015/SK/PKM-BR/2023 tentang indikator survei kepuasan pegawai |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik lndonesia Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Dokter Gigi; |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Kepala Tata Usaha menetapkan jadwal survei kepuasan pegawai 2 kali setahun (Juni dan Desember)<br>2. Kepala Tata Usaha menyiapkan instrumen survei kepuasan pegawai.<br>3. Kepala Puskesmas memberikan pengarahan tentang survei kepuasan pegawai sebelum pelaksanaan survei kepuasan pegawai.<br>4. Pegawai melaksanakan survei kepuasan pegawai dengan mengisi form kepuasan pegawai.<br>5. Pegawai mengumpulkan hasil survei kepuasan pegawai kepda Kepala Tata Usaha Puskesmas<br>6. Kepala Tata Usaha menerima dan merekap hasil survei kepuasan kegawai.<br>7. Kepala Tata Usaha mendokumentasikan hasil survei kepuasan kegawai.<br>8. Kepala Tata Usaha menyerahkan dokumen hasil rekap survei kepuasan pegawai kepada Kepala Puskesmas.<br>9. Kepala Puskesmas melakukan analisis dan RTL hasil kepuasan pegawai |

| | |
|---|---|
| | 10. Kepala Puskesmas melakukan tindak lanjut berdasarkan RTL yang telah dibuat dalam sebuah pertemuan.<br>11. Kepala Puskesmas melakukan upaya perbaikan kinerja berdasarkan hasil survei kepuasan pegawai yang dibahas dalam pertemuan. |
| 6. Unit terkait | Semua pegawai ASN |

7. Rekaman Historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA

# DINAS KESEHATAN
# UPT PUSKESMAS BALAI RIAM

Jl Yos Sudarso Balai Riam,Kec.Balai Riam Kab.Sukamara 74173
Email: pkmbr2017@gmail.com Telp.081246133176

## DOKUMENTASI

## AKSES PENGGUNA LAYANAN DENGAN KETERBATASAN FISIK

Gambar 1. Ramp dan Pegangan / Sandaran digunakan pada pasien yang kurangnya keseimbangan badan dalam berjalan dan lantai dibuat bidang miring guna mempermudah pasien berjalan.

Gambar 2. Kursi Roda Pasien digunakan untuk pasien yang mengalami seperti susah berdiri, lansia, dan ibu hamil,

Gambar 3. Pegangan pada WC digunakan pada pasien yang  mengalami kurangnya keseimbangan badan dalam berdiri maupun berduduk

| | | | |
|---|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **AUDIT INTERNAL** | | KEPALA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br><br>dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |
| | **SOP** | **NO. DOKUMEN : 1.6.1.b/050/ SOP /PKM-BR / 2023** | |
| | | **NO. REVISI : 0** | |
| | | **TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023** | |
| | | **HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Audit Internal adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara periodik dalam upaya untuk perbaikan mutu dan kinerja yang telah ditetapkan, dan hasil temuan audit internal disampaikan kepada Kepala Puskesmas, PJ. Mutu, PJ. UKM, PJ. UKP dan Koordinator Pelayanan serta pelaksana kegiatan sebagai dasar untuk melakukan perbaikan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan audit internal |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Balai Riam No.1.6.3.a/181/SK/PKM-BR/2023 tentang Penetapan Tim Audit Internal Puskesmas |
| 4. Referensi | a. Pedoman Pendampingan Akreditasi Faskes Tk I Direktorat Bina Kes Dasar Th 2016.<br>b. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | a. Kepala Puskesmas merbentuk Tim Audit Internal disertai uraian tugas dan wewenang.<br>b. Tim Audit Internal menyusun audit plan<br>c. Tim Audit Internal menyusun program kerja.<br>d. Tim Audit Internal Menyusun instrument audit<br>e. Tim Audit Internal melakukan audit pada kegiatan-kegiatan yang kinerjanya rendah atau bagian yang bermasalah sesuai audit plan.<br>f. Tim Audit Internal melaporkan hasil penemuan audit kepada Kepala Puskesmas.<br>g. Kepala Puskesmas bersama Tim Audit Internal membahas hasil audit yang telah dilakukan.<br>h. Kepala Puskesmas bersama Tim Audit Internal membuat RTL dalam meningkatkan perbaikan Mutu.<br>i. Tim Audit Internal mendokumentasikan hasil temuan audit dan hasil |

| | |
|---|---|
| | pembahasan. |
| 6. Unit terkait | a. Tim manajemen mutu<br>b. Pokja KMP<br>c. Pokja UKM<br>d. Pokja UKP |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **IDENTIFIKASI PENGUNJUNG PETUGAS DAN PEKERJA ALIH DAYA** | KEPALA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |
| | **S O P**<br>**NO. DOKUMEN : 1.4.2a/041/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Identifikasi pengunjung, petugas, dan pekerja alih daya adalah tata cara membedakan pengunjung (orang yang datang), petugas, dan pekerja alih daya untuk menjaga keamanan dan ketertiban puskesmas, sehingga dapat teridentifikasi dan dapat meminimalisir terjadinya kejadian yang tidak diharapkan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelaksanaan manajemen sistem ultilitas dan sistem penunjang lainnya. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor 1.4.1/020/SK/PKM-BR/2023 tentang penetapan program MFK. |
| 4. Referensi | Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. |
| 5. Langkah - langkah | 1. Petugas kesehatan menerima kunjungan,<br>2. Petugas menanyakan maksud dan tujuan kedatangan,<br>3. Petugas memberikan *ID CARD* berwarna hijau jika tujuannya berkunjung,<br>4. Petugas memberikan *ID CARD* berwarna *orange* jika tujuannya berobat dan memberikan nomor antrian,<br>5. Petugas mengarahkan pasien yang berobat ke pendaftaran. |
| 6. Unit terkait | Semua unit di Puskesmas |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **INSPEKSI FASILITAS**<br>**S O P**<br>**NO. DOKUMEN : 1.4.2b/042/SK/ PKM-BR/2023**<br>**NO. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Inspeksi fasilitas adalah pemantau secara berkala terhadap sarana, prasara, alat kesehatan serta lingkungan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk inspeksi fasilitas |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor 1.4.1a/020/ /SK/PKM-BR/2023 tentang penetapan program MFK di Puskesmas. |
| 4. Referensi | Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas membuat ceklist pemantauan, pemeliharaan, perbaikan sarana dan peralatan Puskesmas.<br>2. Petugas membuat jadwal inspeksi atau pemantauan, pemeliharaan, perbaikan sarana dan peralatan Puskesmas.<br>3. Petugas melakukan kegiatan pemantauan Puskesmas disemua ruang yang ada di Puskesmas.<br>4. Petugas mengidentifikasi sarana dan peralatan yang memerlukan pemeliharaan dan perbaikan.<br>5. Petugas merencanakan pemeliharaan dan menjadwalkan perbaikan.<br>6. Petugas melaksanakan perbaikan sesuai jadwal dan mengevaluasikan hasil perbaikan. |
| 6. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di Puskesmas Puskesmas Balai Riam |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELAKSANAAN MANAJEMEN SISTEM UTILITAS DAN SISTEM PENUNJANG LAINNYA**<br>**S O P**<br>**NO. DOKUMEN : 1.4.7a/045/ SOP/ PKM-BR / 2023**<br>**NO. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP : 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelaksanaan manajemen sistem utilitas dan sistem penunjang lainnya adalah pemantauan jaringan listrik, saluran air, dan gas medis, di setiap area serta ruangan untuk memastikan ketersediaan penggunaan utilitas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelaksanaan manajemen sistem ultilitas dan sistem penunjang lainnya. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Balai Riam Nomor 1.4.1.a/020/SK/PKM-BR/2023 tentang penetapan program MFK. |
| 4. Referensi | Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. |
| 5. Langkah-Langkah | 1. Petugas mempersiapkan ceklis pemantauan sistem utilitas<br>2. Petugas memulai pemantauan sistem utilitas<br>3. Petugas memantau sistem utilitas apakah dalam kondisi baik di setiap area dan ruangan<br>4. Petugas memantau sistem utilitas apakah terjadi kerusakan di setiap area dan ruangan yang tersedia instalasi dan prasarana tersebut<br>5. Petugas mengisi ceklis yang telah dipersiapkan<br>6. Petugas melaporkan hasil pemantauan sistem utilitas kepada Koordinator MFK<br>7. Petugas mendokumentasikan hasil pemantauan sistem utilitas puskesmas<br>8. Petugas menindaklanjuti hasil laporan petugas untuk disampaikan kepada kepala puskesmas |
| 6. Unit terkait | Semua unit ruangan di Puskesmas |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PELAPORAN DAN PENYELESAIAN DILEMA ETIK**<br>**S O P**<br>**NO.DOKUMEN : 1.2.5.a/036/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO.REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT: 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/1** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN UPT PUSKESMAS BALAI RIAM SUKAMARA<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>**NIP. 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Laporan dan Penyelesaian Dilema Etik adalah penyampaian berita, keterangan atau pertanggungjawaban secara lisan maupun secara tertulis dari pelaksana kegiatan dan atau staf kepada Tim Etik terkait dilema etik yang terjadi pada setiap unit pelayanan UKM dan UKP. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk laporan dan penyelesaian dilema etik. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 440/012/PKM-BR/2023 tentang Tim Penanganan Dilema Etik Puskesmas. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Langkah-langkah | 1. Tim Etik menerima laporan dilema etik dari pelaksana kegiatan,<br>2. Tim Etik mencatat laporan dileme etik dalam form laporan dilema etik,<br>3. Tim Etik menyampaikan laporan dilema etik kepada Kepala Puskesmas,<br>4. Tim Etik menindak lanjuti laporan dileme etik melalui pertemuan rutin dileme etik,<br>5. Tim Etik merencanakan kegiatan KPP (Komunikasi Perubahan Perilaku),<br>6. Tim Etik melaksanakan kegiatan KPP sesuai jadwal yang disepakati,<br>7. Tim Etik mendokumentasikan hasil kegiatan KPP pada pertemuan rutin dileme etik. |
| 6. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Balai Riam. |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PEMELIHARAAN ALAT KESEHATAN**<br>**S O P**<br>**NO. DOKUMEN : 1.4.6c/044/SOP/ PKM- BR/2023**<br>**NO. REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>**NIP. 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemeliharaan alat kesehatan adalah kegiatan memelihara peralatan medis secara teratur setelah selesai digunakan untuk melakukan pemeriksaan/kajian klinis tindakan medis agar alat medis dapat berfungsi dengan baik, mudah dioperasikan dan memberikan hasil yang akurat. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan pelaksanaan penerapan langkah-langkah pemeliharaan alat kesehatan oleh petugas |
| 3. Kebijakan | 1. Keputusan Kepala Puskesmas Nomor 1.4.1.a/019/SK/PKM-BR/2023 tentang Penetapan Program MFK,<br>2. Keputusan Kepala Puskesmas Nomor 5.5.1.a/142/SK/PKM-BR/2023 tentang Pelaksanaan PPI. |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) |
| 5. Langkah-langkah | 1. Petugas merapikan alat medis setelah digunakan<br>2. Petugas membawa alat medis yang sudah digunakan ke ruang sterilisasi dan cuci linen menggunakan wadah terbungkus<br>3. Petugas membersihkan dan mencuci alat dengan cara; |

| | |
|---|---|
| | - Precleaning/prabilas : melakukan perendaman alat dengan memakai detergen atau sampai seluruh permukaan alat terendam untuk mengurangi jumlah mikroorganisme yang menginfeksi. (semua jenis alat)<br>- Pembersihan : mencuci sepenuhnya alat dengan sabun atau detergen, membilas dengan air bersih, dan mengeringkan untuk membuang sejumlah mikroorganisme. (semua jenis alat)<br>- Disinfeksi : Proses menghilangkan semua mikroorganisme, kecuali beberapa endospora bakterial dari objek, dengan merebus, menguapkan atau disinfektan kimiawi dengan menggunakan alkohol 70%. (alat semi kritis dan kritis)<br>- Sterilisasi : Proses menghilangkan semua mikroorganisme (bakteria, virus, fungi dan parasit) termasuk endospora bakterial dari benda mati dengan uap tekanan tinggi (autoclaf ) atau panas kering (oven). (sebagian alat semi kritis dan kritis)<br>5. Petugas menyimpan alat medis yang sudah dibersihkan dan disterilkan kedalam lemari yang sudah disediakan. |
| 6. Unit terkait | Semua Unit Pelayanan |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGELOLA KEUANGAN** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |

| SOP | | | |
|---|---|---|---|
| | NO. DOKUMEN | : | 1.5.1.a/046/ SOP /PKM-BR / 2023 |
| | NO. REVISI | : | 0 |
| | TANGGAL TERBIT | : | 5 Januari 2023 |
| | HALAMAN | : | 1/2 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Bendahara Pengeluaran Pembantu adalah Pejabat yang ditunjuk menerima, menyimpan, membayarkan dan mempertanggungjawabkan uang untuk keperluan belanja puskesmas. Bendahara pembantu penerimaan adalah pejabat yang ditunjuk dalam rangka menjalankan aktifitas keuangan berupa penerimaan retribusi dari puskesmas dan pelayanan puskesmas rawat inap. Bendahara BOK adalah Pejabat yang ditunjuk menerima, menyimpan, membayarkan dan mempertanggungjawabkan dana BOK. |
| 2. Tujuan | Sebagai pedoman pelaksanaan pengelolaan keuangan Puskesmas. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.5.1.a /006/ SK/PKM-BR/2024 tentang Penetapan Pengelolaan Keuangan |
| 4. Referensi | 1. Permendagri Nomor 77 Tahun 2022 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah. |
| 5. Langkah-langkah | 1. Bendahara BOK<br>a. membuat dan membukukan uang masuk dan keluar dalam Buku Kas Umum (BKU)<br>b. melakukan transfer keuangan ke pelaksana kegiatan<br>c. membuat laporan keuangan yang ditujukan kepada kepala puskesmas dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten<br>2. Bendahara Pengeluaran Pembantu<br>a. Membikin BKU Uang masuk dan keluar.<br>b. Membikin laporan keuangan untuk dilaporkan kepada kepala puskesmas dan dinas Kesehatan<br>3. Bendahara Penerimaan Pembantu<br>a. Menerima uang retribusi dari pelayanan puskesmas & rawat inap.<br>b. membuat BKU setiap bulan. |

| | |
|---|---|
| | c. Melakukan setoran retribusi pada rekening pemda melalui bank BRI satu bulan sekali. |
| 6. Unit terkait | 1. Pelaksana kegiatan |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGOPERASIAN IPAL UPT PUSKESMAS BALAI RIAM**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 1.4.3/448/SOP/ PKM-BR/2024**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2024**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP. 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | 1. Instalasi Pengelolaan Air Limbah atau yang di singkat (IPAL) merupakan tekhnologi untuk menguraikan polutan di dalam air.<br>2. IPAL Sistem Biofilter adalah IPAL yang dalam prosesnya menggunakan proses gabungan antara proses anaerob dan aerob, yang memanfaatkan bakteri untuk menguraikan polutan dalam air limbah, media sebagai tempat melekatnya biomasa/bakteri untuk tumbuh dan berkembang biak. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengoperasikan IPAL dengan benar sesuai dengan buku SOP dari Perusahaan penyedia mesin IPAL. |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.4.6/018/PKM-BR/ SK/2023 tentang penetapan program MFK. |
| **4. Referensi** | 1. Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 Tentang Pedoman Penyelenggraan Kesling Puskesmas.<br>2. Permenkes No 1 Tahun 2020.<br>3. Permenkes No. 02 Tahun 2023. |
| **5. Langkah-langkah** | 1. Penanggung Jawab IPAL Memastikan kelistrikan sebelum menghidupkan mesin IPAL.<br>2. Menyalakan control Panel yang semula off ke On, makamesin Biofilter akan menyala dan memproses limbah cair dengan proses reduksi BOD dan COD, Amonia, Detergent dan polutan lainya.<br>3. Nyalakan IPAL 24 Jam untuk memaksimalkan proses reduksi.<br>4. Penyusunan Laporan dan melaporkan hasil kegiatan. |
| **6. Unit terkait** | 1. Koord MFK |

## 7. Perubahan historis perubahan

| No | Yang Dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | Kop | Berubah dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2024 |
| 2. | Point 1 s/d 5 | Sudah tidak sesuai | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PENGUMPULAN DAN PENYIMPANAN LAPORAN**<br>**S O P**<br>**NO.DOKUMEN : 1.2.4.a/193/SOP/ PKM-BR/2023**<br>**NO.REVISI : 0**<br>**TANGGAL TERBIT: 5 Januari 2023**<br>**HALAMAN :1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAWARA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>**dr. FAIZAL RAHMADANIANSYAH**<br>**NIP. 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengumpulan dan penyimpanan data adalah serangkaian proses yang dilakukan dalam mengumpulkan data-data yang dibutuhkan oleh Puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam pengumpulan dan penyimpanan data sehingga tersedia informasi untuk pengambilan keputusan dalam rangka peningkatan pelayanan maupun pengembangan program-program kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.2.4.a/011/SK/PKM-BR/2023 tentang pengumpulan, penyimpanan dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi. |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.<br>2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan. |
| 5. Langkah - langkah | 1. Pengumpulan Laporan<br>a. TU mengingatkan kepada seluruh pembuat laporan untuk mengumpulkan laporan setiap tanggal 25 tiap bulannya.<br>b. TU menerima laporan dari sumber data<br>c. TU memeriksa kelengkapan laporan dan menyampaikan kepada pembuat laporan jika ada yang belum lengkap<br>d. TU memeriksa laporan mana yang belum dikumpulkan dan mengingatkan kembali jika ada yang belum mengumpulkan laporan<br>e. TU menyerahkan laporan kepada masing – masing pemegang program |
| 6. Unit terkait | Prosedur ini terkait semua bagian di UPT Puskesmas Balai Riam |

7. Rekam Historis Perubahan

| No | Yang di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PERAWATAN DAN PEMELIHARAAN IPAL UPT PUSKESMAS BALAI RIAM**<br>**S O P**<br>**No.DOKUMEN : 1.4.3/449/SOP/ PKM-BR/2024**<br>**No. REVISI : R1**<br>**TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2024**<br>**HALAMAN : 1/2** | KEPALA<br>UPT PUSKESMAS<br>BALAI RIAM<br><br>**dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH**<br>**NIP. 19830622 201410 1 002** |

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | 1. Pemeliharaaan yaitu menjalankan aktivitas perawatan pemantauan secara periodic, sehingga bila ada peralatan IPAL yang tidak beroprasional/trouble dapat diketahui secara dini, dan dapat dilakukan perbaikan. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeliharaan IPAL dengan benar sesuai dengan buku SOP dari Perusahaan penyedia mesin IPAL. |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Balai Riam Nomor 1.4.6/018/PKM-BR/ SK/2023 tentang penetapan program MFK. |
| **4. Referensi** | 1. Kepmenkes Nomor 1428/Menkes/SK/XII/2006 Tentang Pedoman Penyelenggraan Kesling Puskesmas.<br>2. Permenkes No 1 Tahun 2020.<br>3. Permenkes No. 02 Tahun 2023. |
| **5. Langkah-langkah** | 1. Penanggung Jawab IPAL Memastikan kelistrikan sebelum menghidupkan mesin IPAL.<br>2. Membuang Busa dengan buka stopkran bagian biofilter berwarna merah, buka selama kurang lebih 1 menit, bertujuan agar sludge/lumpur kembali ke anaerobic equilization (penampung awal limbah cair). Lakukan dalam kurun waktu 2 minggu sekali.<br>3. Bersihkan in line contact dari kotoran yang ikut mengalir ke outlet/saluran.<br>4. Pastikan switch pada panel control pada posisi auto. |

| | |
|---|---|
| | 5. Cek rutin pompa (*Water level control*) setiap 2 bulan sekali, angkat dan bersihkan sebab apabila tidak di bersihkan dapat mengerak dan mengakibatkan suplai oksigen pada biofilter berkurang dan dapat menyebabkan hasil olahan berbau dan keruh. |
| **6. Unit terkait** | 1. Koord MFK |

**7. Perubahan historis perubahan**

| No | Yang Dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | Kop | Berubah dari UPTD ke UPT | 5 Januari 2024 |
| 2. | Point 1 s/d 5 | Sudah tidak sesuai | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>COPY KE - 2<br>DOKUMEN TERKENDALI | **PERTEMUAN TINJAUAN MENAJEMEN** | | KEPALA UPT PUSKESMAS BALAI RIAM<br>dr. FAIZAL RAHMADANIASYAH<br>NIP : 19830622 201410 1 002 |
| | **SOP** | **NO. DOKUMEN : 1.6.1.b/051/ SOP /PKM-BR / 2023** | |
| | | **NO. REVISI : 0** | |
| | | **TANGGAL TERBIT : 5 Januari 2023** | |
| | | **HALAMAN : 1/2** | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pertemuan Tinjauan Manajemen adalah pertemuan yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab Mutu untuk membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, termasuk perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, dan membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, serta rekomendasi untuk perbaikan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan pertemuan tinjauan manajemen |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor : 1.6.3.a/181/SK/PKM–BR/2023 tentang Penetapan Tim Audit Internal Puskesmas |
| 4. Referensi | a. Pedoman Pendampingan Akreditasi Faskes Tk I Direktorat Bina Kes Dasar Th 2016.<br>b. Kepdirjen No. HK. 02.02/D/4871/2023 tentang Instrument Survei Akreditasi Puskesmas |
| 5. Langkah-langkah | a. Kepala Puskesmas dan PJ. Mutu merencanakan pertemuan tinjauan manajemen.<br>b. Kepala Puskesmas dan PJ. Mutu menetapkan waktu dan tempat pelaksanaan pertemuan tinjauan manajemen.<br>c. PJ. Mutu membuat undangan untuk para penanggung jawab upaya, koordinator pelayanan dan pelaksana untuk mengikuti pertemuan tinjauan manajemen.<br>d. PJ. Mutu membuka pertemuan tinjauan manajemen mutu yang telah direncanakan.<br>e. Pengelola umpan balik dan pelanggan memaparkan hasil umpan balik dan pelanggan yang masuk, hasil analisis dan RTL.<br>f. Ketua Tim Audit Internal memaparkan hasil Audit Internal hasil |

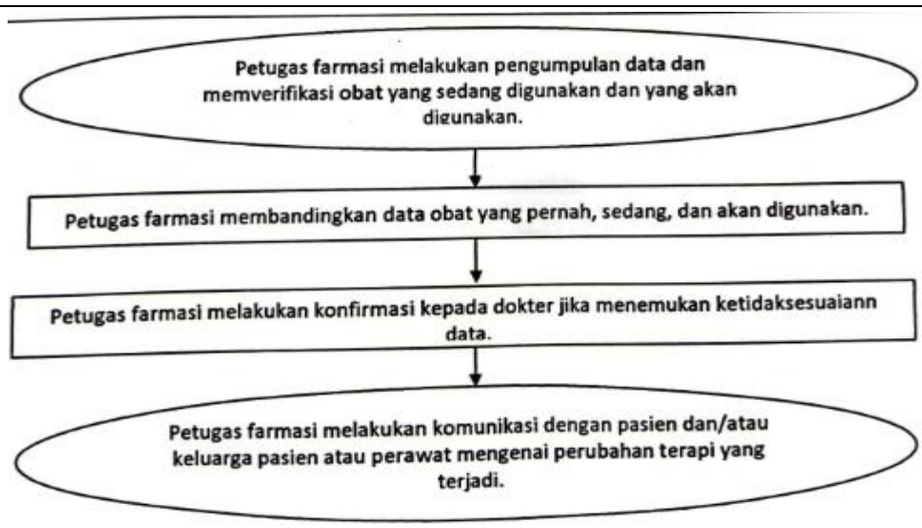
| | |
|---|---|
| | analisis dan RTL.<br>g. Para Penanggung Jawab Upaya memaparkan hasil data capaian kinerja yang belum memenuhi target, hasil analisis dan RTL.<br>h. PJ. Mutu memaparkan hasil tindak lanjut terhadap RTL pertemuan tinjauan manajemen mutu sebelumnya.<br>i. PJ. Mutu mempersilahkan Kepala Puskesmas untuk memberikan tanggapan dan arahan terhadap paparan yang disampaikan.<br>j. PJ. Mutu mempersilahkan masing-masing penanggung jawab upaya, koordinator, dan pelaksana untuk memberikan tanggapan terhadap RTL yang dipaparkan.<br>k. PJ. Mutu mempersilahkan masing-masing penanggung jawab upaya, koordinator, dan pelaksana untuk menyampaikan ide-ide dan inovasi di luar yang dipaparkan.<br>l. PJ. Mutu memimpin kesepakatan rekomendasi yang dihasilkan.<br>m. PJ. Mutu memimpin kesepakatan RTL<br>n. Petugas yang ditunjuk mencatat dan mendokumentasikan hasil pertemuan tinjauan manajemen. |
| 6. Unit terkait | a. Tim manajemen mutu<br>b. Pokja KMP<br>c. Pokja UKM<br>d. Pokja UKP<br>e. Seluruh staff UPT Puskesmas Balai Riam |

7. Rekaman Historis Perubahan

| No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

TERKENDALI

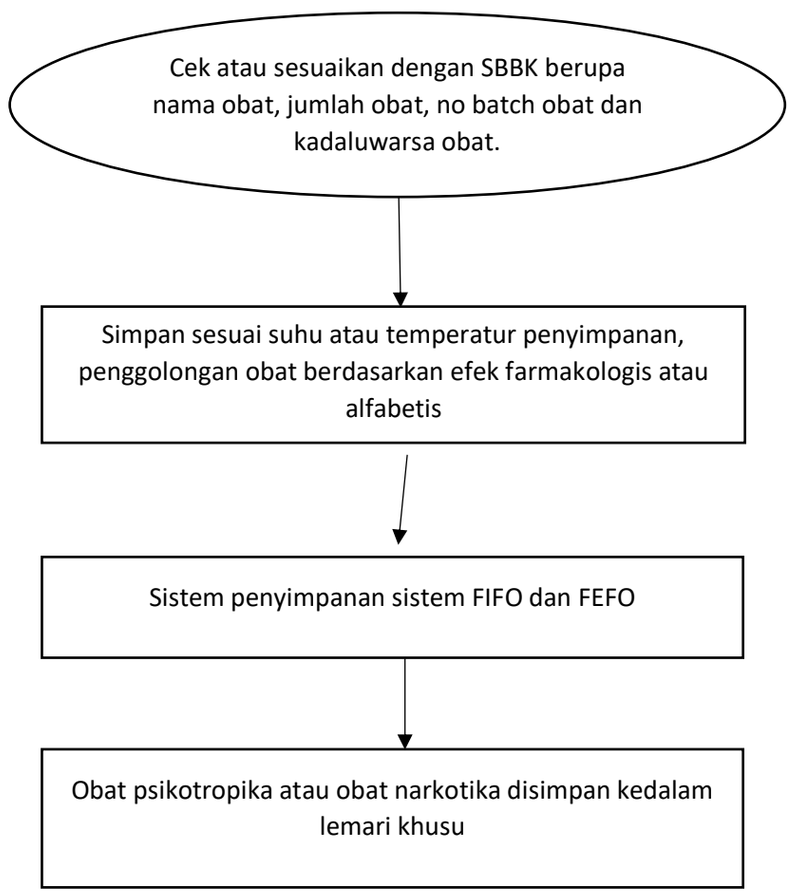
| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **REKONSIALISASI OBAT** | |
| | | No. Dokumen : 440/190/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |

| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| **1. Pengertian** | Suatu kegiatan membandingkan instrusksi pengobatan dengan mencegah terjadinya kesalahan pelayanan yang didapat oleh pasien. |
| **2. Tujuan** | Rekonsialisasi dilakukan untuk mencegah terjadina kesalahan pelayanan obat (*meditin error)*, seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis, atau interaksi obat. |
| **3. Kebijakan** | SK Kepala Puskesmas Nomor 128 Tahun 2023 tentang Pelayanan Farmasi |
| **4. Referensi** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 tentang standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas |
| **5. Prosedur Langkah-langkah** | 1. Petugas farmasi melakukan pengumpulan data dan memperifikasikan obat yang sedang digunakan dan yang akan digunakan<br>2. Petugas farmasi membandingkan data obat yang pernah , sedang, dan akan digunakan.<br>3. Petugas farmasi melakukan konfirmasi kepada dokter jika menemukan ketidaksesuaian data.<br>4. Petugas farmasi melakukan pemantauan dan pelaporan efek samping obat; |
| **6. Bagan Air** |  |

<table>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>1. Obat yang akan diterima pasien</td></tr>
<tr><td>8. Unit Terkait</td><td>1. Petugas farmasi<br>2. Penulisan resep / Dokter<br>3. Pasien / keluarga pasein</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>1. Form rekonsialisasi obat<br>2. Resep obat</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No.</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal Diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Nomo SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PENYIMPANAN OBAT** | TERKENDALI |
| | | No. Dokumen : 440/208/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/3 | |

| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| **1. Pengertian** | Penyimpanan obat dilakukan sesuaikan berdasarkan bentuk sediaan obat masing-masing serta berdasarkan suhu atau temperatur tertentu. |
| **2.Tujuan** | 1. Menjamin ketersediaan farmasi (obat atau alkes) di puskesmas dan jaringanya.<br>2. Mempertahankan kulaitas sediaan farmasi di puskesmas dan jaringannya selama proses penyimpanan.<br>3. Mengatur agar sediaan mudah dicari.<br>4. Agar sediaan farmasi tersimpan di tempat yang aman terhindar dari kerusakan, kehilangan serta pencurian.<br>5. Pengawasan stok lebih terkontrol atau terkendali. |
| **3.Kebijakan** | 1. Area penyimpanan obat tidak boleh dimasuki oleh selain petugas farmasi.<br>2. Penyimpanan obat dilakukan sesuai persyaratan dan standart kefarmasian:<br>a. Bentuk sediaan dan jenisnya.<br>b. Suhu penyimpanan dan stabilitasnya.<br>c. Sifat bahan.<br>d. Ketahanan terhadap Cahaya.<br>e. Susunan alfabetis.<br>f. System FIFO dan FEFO<br>3. Setiap penerimaan obat harus dicatat didalam kartu stok |
| **4.Referensi** | 1. UU. No.36 tahun 2009 tentang kesehatan<br>2. PP No. 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasiaan |

| | |
|---|---|
| | 3. Permenkes No.30 tahun 2016 standart pelayanan farmasi di puskesmas.<br>4. Permenkes No.75 tahun 2014 tentang puskesmas.<br>5. UU No. 35 tahun 2009 tentang Narkotika<br>6. UU No.5 tahun 1997 tentang Psikotropika.<br>7. Standart Kompetensi Fransi Indonesia Tahun 2003 |
| **5.Prosedur Langkah-langkah** | 1. Cek atau sesuaikan dengan SBBK dari GFK atau instalasi farmasi kabupaten/kota antara nama obat, jumlah obat, no batch obatdan tanggal kadaluwarsa obat.<br>2. Simpan sediaan obat atau alkes sesuai dengan suhu atau temperatur penyimpanan, penggolongan obat berdasarkan efek farmaakologis atau alfabetid atau sediaan obat atau alkes.<br>3. Sistem penyimpanan sediaan farmasi dam alkes yang digunakan adalah sistem FIFO dan FEFO.<br>4. Untuk obat psikotropika atau obat narkotik disimpan kedalam lemari khusus.<br>5. pelayanan pustu dan polindes di wilayah UPT Puskesmas Jelai |
| **6.Bagan Air** |  |
| **7.Hal-hal yang perlu diperhatikan** | 1. setiap petugas yang melaksanakan kegiatan hendaknya selalu memperhatikan langkah-langkah yang dibuat. |

<table>
<tr><td>8. Unit Terkait</td><td>1. Ruang Apotek<br>2. Gudang Obat Puskesmas</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>1. LPLPO<br>2. Kartu Stok Obat</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No.</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal Diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Kebijakan Baru</td><td>Keputusan Pimpinan Puskesmas Nomor : 440/ /SWP.TB/2023 tentang Pelayanan Kefarmasian</td><td>21 Januari 2023</td></tr>
<tr><td>2</td><td>KOP Surat</td><td>Disesuaikan dengan pedoman penyusunan dokumen akreditasi tahun 2018</td><td>Januari 2022</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Bagan Alir</td><td>Disesuaikan dengan pedoman penyusunan dokumen akreditasi tahun 2018</td><td>Januari 2022</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PENYIMPANAN VAKSIN** | |
| | | No. Dokumen : 440/106/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |

| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Penyimpanan Vaksin adalah Prosedur penyimpanan yang telah ditentukan dimana vaksin harus di simpan sesuai dengan jenis dan sifatnya |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk petugas dalam menjamin kwalitas penyimpanan dari jenis vaksin |
| 3. Kebijakan | Keputusan Pimpinan UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 Tentang Jenis-Jenis Pelayanan. |
| 4. Referensi | 1 . PMK nomer 12 tentang penyelenggaraan imunisasi tahun 2017<br>2. Buku ajar kesehatan ibu dan anak, dan pedoman implementasi bahan ajar materi imunisasi dan kesehatan ibu dan anak sebagai acuan dalam penguatan materi imunisasi dan kesehatan ibu dan anak tahun 2014<br>3. Pedoman praktis managemen program imuisasi di puskesmas tahun 2021 |
| 5. Prosedur Langkah-langkah | a. Memastikan Lemari es Buka Atas dengan kondisi baik dengan ketentuan sebagai berikut:<br>1. Lemari Es dalam posisi datar |

<table>
<tr><td></td><td>2. Terlindung dari sinar matahari langsung<br>3. Terdapat stabilisator pada lemari es<br>4. Jarak lemari es dengan dinding 15-20 cm<br>5. Tidak terdapat bunga es yang tebal pada Evaporator.<br>b. Meletakkan grafik catatan suhu pada bagian atas lemari es<br>c. Meletakkan coolpack pada bagian dasar lemari es.<br><br>Adapun langkah dalam penyimpanan vaksin sebagai berikut:<br>1 Petugas mencuci tangan<br>2. Petugas meletakkan cool pack di bagian bawah lemari es sebagai penahan dingin dan menjaga kestabilan suhu.<br>3. Petugas mengatur letak vaksin sesuai urutan stok (waktu kadaluarsa)<br>4. Petugas menyimpan vaksin pada suhu + $2^0$ s/d +$8^0$ C<br>5. Petugas mengatur dus vaksin dengan jarak minimal 1-2 cm atau satu jari</td></tr>
<tr><td>6. Bagan Alir</td><td></td></tr>
<tr><td>7. Unit Terkait</td><td>Farmasi</td></tr>
<tr><td>8. Dokumen Terkait</td><td>1. Kartu Stok Vaksin<br>2. Laporan stok vaksin</td></tr>
<tr><td>9. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No.</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal Diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1</td><td>KOP SOP, NO. SOP,SK</td><td>Disesuaikan dengan pedoman penyusunan dokumen akrediatasi tahun 2023</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **RETENSI** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/338/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/1 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Retensi adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelaksanaan kegiatan penyusutan dokumen rekam medis |
| 3. Kebijakan | SK Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 11 Tahun 2024 tentang Pemusnahan Berkas Rekam Medis |
| 4. Referensi | PMK No. 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis |
| 5. Prosedur | a. Petugas memilah rekam medis in aktif di rak penyimpanan berdasarkan tahun kunjungan.<br>b. Petugas memindahkan rekam medis in aktif dari file ke file in aktif<br>c. Petugas menyimpan rekam medis in aktif selama 2 tahun<br>d. Petugas melakukan penilaian rekam medis selama 2 tahun<br>e. Petugas membentuk tim pemusnahan rekam medis dengan surat keputusan kepala UPT Puskesmas Jelai<br>f. Petugas membuat pertelaan arsip rekam medis yang telah dinilai<br>g. Petugas melakukan pemusnahan rekam medis<br>h. Petugas membuat berita acara |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | |
| 8. Unit terkait | Rawat Jalan dan Rawat Inap |
| 9. Dokumen terkait | Rekam Medis |

| 10. Rekaman historis perubahan | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="3">RUJUKAN BALIK</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">SOP</td><td>No. Dokumen</td><td>: 440/ 35/PKM JELAI</td></tr>
<tr><td>No. Revisi</td><td>: R1</td></tr>
<tr><td>Tanggal Terbit</td><td>: 02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td>Halaman</td><td>:1/2</td></tr>
<tr><td>PUSKESMAS JELAI</td><td colspan="4">Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><u>NUR AFNI,S.KM</u><br>NIP.19801004 200312 2 005</td></tr>
<tr><td>1. Pengertian</td><td colspan="4">Pelayanan program rujuk balik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di Fankes Tingkat Pertama atas rekomendasi/rujukan dari dokter Spesialis/sub Spesialis yang merawat</td></tr>
<tr><td>2. Tujuan</td><td colspan="4">Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan program rujuk balik bagi petugas kesehatan di Puskesmas Jelai</td></tr>
<tr><td>3. Kebijakan</td><td colspan="4">SK Kepala Puskemas Nomor 97 tahun 2023 tentang rujuk balik</td></tr>
<tr><td>4. Referensi</td><td colspan="4">1. Peraturan menteri kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tantang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan Nasional<br>2. Peraturan BPJS kesehatan nomor 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan<br>3. Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor HK/Menkes/3211/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan pada Fasilitas Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Penyelenggaraa Jaminan Kesehatan</td></tr>
<tr><td>5. Prosedur</td><td colspan="4">Alat dan Bahan<br>1. ATK<br>2. Komputer<br>3. Aplikasi p-care<br>4. Kartu Rekam Medik<br>5. Surat Rujukan Balik<br><br>Langkah-langkah<br>1. Pelayanan pada Fasilitas Tingkat Pertama<br>a. Peserta melakukan kontrol ke Faskes kesehatan tingkat pertama (tempatnya terdaftar) dengan menunjukan identitas peserta BPJS, surat rujukan balik (SRB)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
b. Dokter layanan primer melakukan pemeriksaan dan menulis resep, obat rujuk balik<br>
2. Pelayanan pada apotek/depo Farmasi yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk pelayanan obat PRB<br>
a. Peserta menyerahkan resep dari dokter layanan primer<br>
b. Peserta menunjukan SRB dan buku kontrol peserta<br>
c. Verifikasi resep obat<br>
d. Memberikan obat PRB disertai dengan informasi penggunaan obat<br>
3. Pelayanan obat rujuk balik dilakukan minimal 3 kali berturut-turut selama 3 bulan di Faskes Kesehatan Tingkat Pertama<br>
4. Setelah 3 (tiga) bulan, peserta dapat dirujuk kembali oleh faskes kesehatan tingkat pertama di Faskes kesehatan tingkat lanjut untuk dilakukan evaluasi oleh dokter spesialis/sub spesialis.<br>
5. Pada saat kondisi peserta tidak stabil, peserta dapat dirujuk kembali ke dokter spesialis/sub spesialis sebelum 3 (tiga) bulan dan menyertakan keterangan medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari dokter layanan primer yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mrngalami gejala/tanda-tanda yang mengindikasikan perburukan dan perlu penatalaksanaan oleh dokter spesialis/sub spesialis.<br>
6. Apabila hasil evaluasi kondisi peserta masih terkontrol/stabil oleh dokter spesialis/sub spesialis, maka pelayanan program rujuk balik dapat dilanjurkan kembali dengan memberikan SRB baru kepada peserta.
</td></tr>
<tr><td>6. Bagan Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>SRB (surat rujukan balik atau surat kontrol balik) di lampiran di RM</td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td>1. Poli Umum<br>2. Poli KIA<br>3. Poli Gigi dan Mulut</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td>Rekam Medis</td></tr>
<tr><td>10. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><td>No</td><td>Yang diubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tanggal diberlakukan</td></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **RUJUKAN PASIEN** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/67/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/3 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Rujukan eksternal adalah pelimpahan tanggung jawab atas suatu masalah medis dari puskesmas ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang lebih mampu. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk rujukan. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 104 Tahun 2023 Tentang Rujukan Pasien |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 001/Menkes/PER/III/ 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.<br>2. Permenkes No. 005/Menkes/PER/III/2014 Tentang Panduan Praktek Klinis Dokter Di Fasyankes Primer.<br>3. Peraturan Gubemur Kalimantan Tengah No. 22 tahun 2015 tentang rujukan |
| 5. Prosedur | 1. Apabila pasien yang drujuk berasal dari poli umum, KIA dan gigi, petugas membuat surat rujukan ke RSUD sesuai dengan penanganan tindak lanjut pasien;<br>2. Petugas meminta pasien atau keluarga pasien untuk menandatangani persetujuan di lembar CM;<br>3. Petugas mengisi blanko rujukan sesuai dengan identitas pasien apakah peserta JKN atau Umum;<br>4. Apabila pasien adalah peserta JKN, pasien dirujuk ke RSUD Sukamara;<br>5. Apabila pasien adalah pasien umum, pasien bebas memilih RS manapun;<br>6. Petugas mencatat ke dalam buku rujukan;<br>7. Petugas meminta tanda tangan surat rujukan kepada dokter;<br>8. Dokter Puskesmas menandatangani surat rujukan;<br>9. Petugas memberi nomor pada surat rujukan;<br>10. Petugas membubuhkan cap Puskesmas;<br>11. Petugas memasukkan surat rujukan ke dalam amplop;<br>12. Petugas menyerahkan surat rujukan kepada pasien atau keluarga pasien;<br>13. Apabila pasien atau keluarga menolak untuk dirujuk setelah diberi penjelasan, petugas meminta kepada pasien/keluarga untuk menandatangani pernyataan penolakan; |

| | |
|---|---|
| | 14. Jika pasien dari ruang tindakan, petugas melakukan stabilisasi keadaan pasien;<br>15. Jika pasien sudah stabil tetapi tidak bisa ditangani di Puskesmas, maka dilakukan rujukan;<br>16. Petugas memberikan informasi kepada pasien/keluarga pasien tentang keadaan/kondisi pasien, tempat layanan rujukan, dan informasi kapan harus dirujuk;<br>17. Petugas meminta persetujuan kepada pasien/keluarga pasien;<br>18. Petugas menyiapkan surat rujukan, peralatan untuk merujuk, form monitoring rujukan dan mobil ambulance;<br>19. Petugas mengisi surat rujukan berupa identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnose, tindakan dan therapy yang diberikan dan ditanda tangani oleh petugas;<br>20. Petugas menghubungi fasilitas rujukan;<br>21. Selama di perjalanan, petugas melakukan monitoring (observasi) pasien berupa kesadaran, vital sign (tensi, suhu, nadi respirasi, DJJ) dan observasi pasien;<br>22. Jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada pasien saat merujuk, petugas memberitahu keadaan pasien pada keluarga pasien dan melakukan konsultasi kepada dokter yang bertanggung jawab;<br>23. Saat sudah sampai di fasilitas rujukan, petugas melapor kepada petugas IGD dan memberikan surat rujukan dan form monitoring rujukan kepada petugas IGD. |
| 6. Bagan Alir | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - | | | |
| 8. Unit terkait | Seluruh unit pelayanan | | | |
| 9. Dokumen terkait | Rekam Medis, Register Rujukan | | | |
| 10. Rekaman historis perubahan | No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PENGUKURAN TINGGI BADAN** | |
| | | No. Dokumen : 440/107/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/4 | |

| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>NUR AFNI, S.KM<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| **1. Pengertian** | 1. Antropometri adalah suatu metode yang digunakan untuk menilai ukuran, proporsi dan komposisi tubuh manusia.<br>2. Pemantauan Perrtumbuhan adalah suatu kegiatan penimbangan yang dilakukan secara terus-menerus (berkesinambungan) dan teratur.<br>3. Microtoise adalah salah satu alat yang digunakan untk mengukur tinggi badan anak. |
| **2. Tujuan** | 1. Mengetahui secara dini anak tumbuh normal atau tidak.<br>2. Melakukan penilaian status pertumbuhan berdasarkan indeks antropometri yang lengkap.<br>3. Menyusun tindak lanjut berdasarkan hasil penilaian status pertumbuhan. |
| **3. Kebijakan** | Keputusan Pimpinan UPT Puskesmas Jelai Nomor Tahun 2023 Tentang |

| | |
|---|---|
| **4. Referensi** | 1. UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan<br>2. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan<br>3. PP No. 42 Tahun 2013 tentang Upaya Percepatan Perbaikan Gizi<br>4. PP No. 2 Tahun 2018 tenatang Standar Pelayanan Minimal<br>5. Permenkes No. 14 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi<br>6. Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat<br>7. Permenkes No. 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak |
| **5. Prosedur Langkah-Langkah** | **1. <u>LANGKAH I : PERSIAPAN MICROTOISE</u>**<br>• Pemasangan *microtoise* memerlukan setidaknya dua orang.<br>• Satu orang meletakkan *microtoise* di lantai yang datar dan menempel pada dinding yang rata.<br>• Satu orang lainnya menarik pita meteran tegak lurus ke atas sampai angka pada jendela baca menunjukkan nol. Kursi dapat digunakan agar pemasangan *microtoise* dapat dilakukan dengan tepat.<br>• Untuk memastikan *microtoise* terpasang dengan tegak lurus, dapat digunakan bandul yang ditempatkan di dekat *microtoise*.<br>• Bagian atas pita meteran direkatkan di dinding dengan memakai paku atau dengan lakban/selotip yang menempel dengan kuat dan tidak mengkin akan bergeser.<br>• Selajutnya, kepala *microtoise* dapat digeser ke atas.<br>**2. <u>LANGKAH II : PENGUKURAN</u>**<br>• Sepatu/alas kaki, kaus kaki, hiasan rambut, dan tutup kepala pada anak dilepaskan.<br>• Pengukur utama memposisikan anak berdiri tegak lurus di bawah *microtoise* membelakangi dinding. Tangan kiri pengukur pertama memegang dagu anak dan melihat skala ukur. Pastikan pandangan anak lurus ke depan. Kepala harus |

| | |
|---|---|
| | dalam posisi tegak lurus dengan dinding.<br>• Pengukur kedua memposisikan tangan kiri pada lutut anak, menekan kaki anak ke papan dengan lembut agar anak berdiri tegak. Tangan kanan pada tulang kering anak, tungkai anak menempel ke papan dan tempat berpijak.<br>• Pengukuran pertama memastikan bahu anak datar, tangan anak di samping dan lurus.<br>• Pengukuran pertama memastikan 5 bagian tubuh anak menempel di dinding yaitu: bagian belakang kepala, punggung, bokong, betis dan tumit. Pada anak dengan obesitas, minimal 2 bagian tubuh menempel di dinding yaitu punggung dan bokong.<br>• Pengukur kedua memposisikan kedua lutut dan tumit anak rapat sambil menekan perut anak agar anak berdiri dengan tegak.<br>• Pengukur pertama menarik alat geser atau kepala *microtoise* sampai menyentuh puncak kepala anak dalam posisi tegak lurus ke dinding.<br>• Pengukuran membaca angka pada jendela baca tepat pada garis merah dengan arah baca dari atas ke bawah. |
| **6. Hal-hal yang perlu diperhatikan** | |
| **7. Unit Terkait** | Semua unit di UPT Puskesmas Jelai. |
| **8. Dokumen Terkait** | |

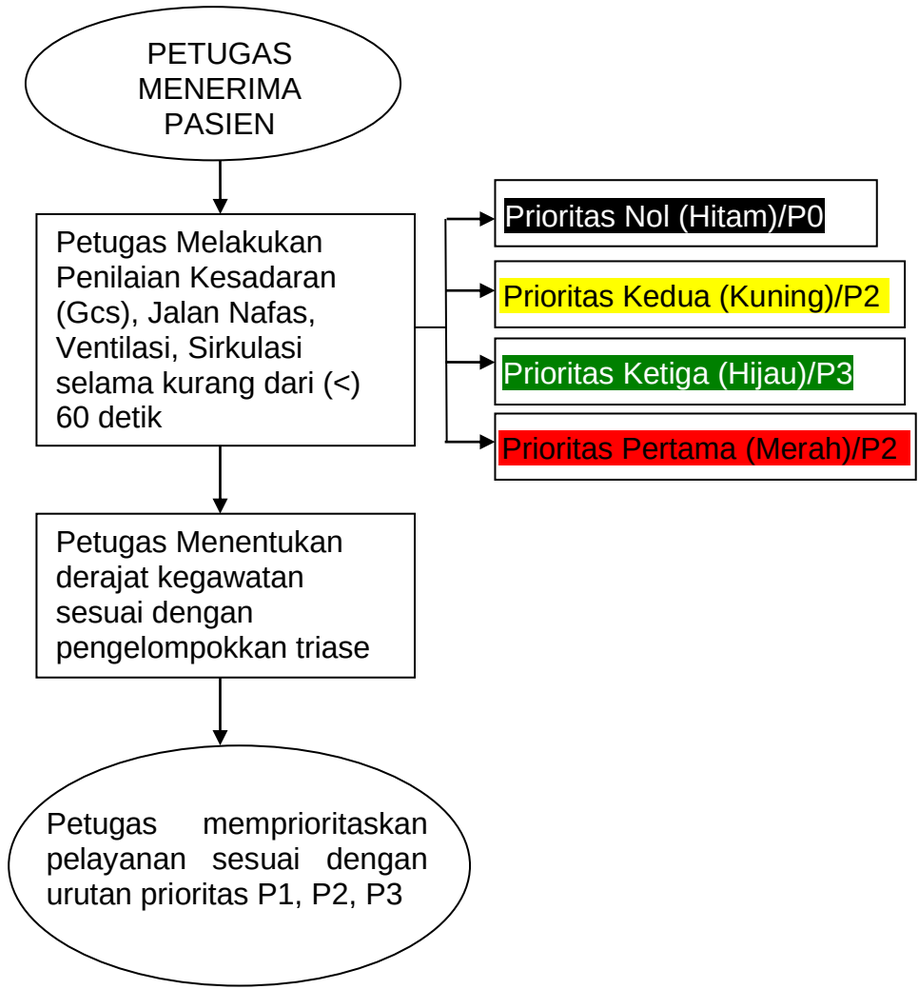
**9. Rekam Historis Perubahan**

| No. | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | Kebijakan Baru | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 84 tentang penetapan Program Manajemen Mutu | 02 Januari 2023 |
| 2 | KOP SOP | Disesuaikan dengan pedoman penyusunan dokumen akreditasi tahun 2023 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **TRIASE** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/ /PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Triase adalah Tindakan untuk memilah/megelompokkan korban berdasar beratnya cidera, kemungkinan untuk hidup, dan keberhasilan tindakan berdasar sumberdaya (SDM dan sarana) yang tersedia |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk triase |
| 3. Kebijakan | SK Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 103 Tahun 2023 tentang Triase |
| 4. Referensi | Permenkes No. 05/MENKES/PER/III/2014 Tentang panduan praktek klinis dokter di fasyankes primer. |
| 5. Prosedur | 1) Pasien datang sudah ditentukan tingkat kegawatdaruratan;<br>2) Kemudian ditentukan dengan jenis pita yang sudah ditentukan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan;<br>3) Penderita dibedakan menurut kegawatannya dengan memberi kode warna:<br>a) Segera-immediate **MERAH**, pasien mengalami cedera mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. Misalnya: Tension pneumothorak, distress pernafasan (RR <30x/menit), perdarahan internal vasa besar dsb;<br>b) Tunda-delayed **KUNING**, pasien memerlukan tindakan defenitif tetapi tidak ada ancaman jiwa segera. Misalnya: Perdarahan laserasi terkontrol, fraktur tertutup pada ekstrimitas dengan perdarahan terkontrol, luka bakar 25%;<br>c) Minimal **Hijau**, pasien mendapat cidera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Misalnya: Laserasi minor, memar dan lecet, luka bakar superfisial;<br>d) Expextant **HITAM**, meninggal atau pasien mengalami cidera mematikan dan akan meninggal meski mendapat pertolongan. Misalnya: luka bakar derajat 3 hampir di seluruh tubuh, kerusakan organ vital dan sebagainya;<br>4) Pasien yang mendapatkan prioritas pelayanan dengan urutan warna: merah, kuning, hijau dan hitam.<br>5) Pasien kategori triase merah dapat langsung diberikan pengobatan di ruang tindakan. Tetapi bila memerlukan tindakan lebih lanjut, pasien dapat dirujuk ke Rumah Sakit.<br>6) Pasien dengan kategori triase kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut, dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori triase merah ditangani.<br>7) Pasien dengan kategori triase hijau dapat dipindahkan ke rawat |

<table>
<tr><td></td><td>jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka pasien dapat diperbolehkan untuk pulang.<br>8) Pasien kategori triase hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar mayat.</td></tr>
<tr><td>6. Bagan Alir</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>-</td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td>Ruang Tindakan</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td>Rekam Medis, Register Tindakan UPT Puskesmas Jelai</td></tr>
<tr><td>10. Rekaman historis perubahan</td><td><table>
<tr><td>No.</td><td>Yang Diubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tanggal Mulai Diberlakukan</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

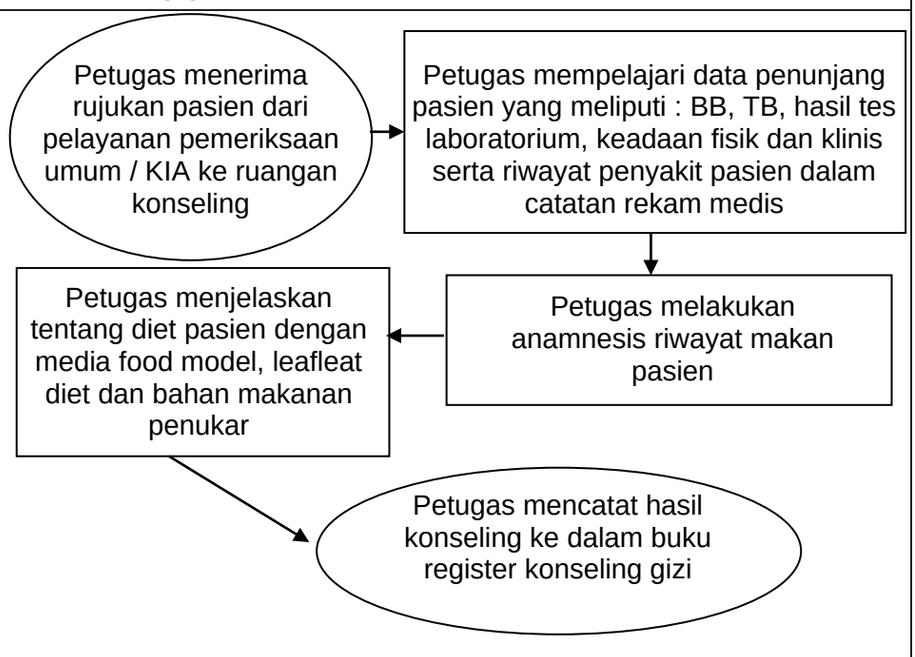
TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **KAJIAN ULANG** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen | : 440/34 /PKM JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | :1/2 |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | | |
| 1. Pengertian | Respon berupa hasil atau instruksi selanjutnya dari sarana kesehatan rujukan balik rumah sakit atau klinik terhadap kelanjutan pengobatan pasien yang telah dirujuk sebelumnya. | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penatalaksanaan pasien yang mendapatkan rujukan balik dari rumah sakit atau klinik yang dituju. | | |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor 97 tahun 2023 tentang rujuk balik | | |
| 4. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2014 | | |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menerima pasien dan meminta hasil rujukan balik dari pasien atau keluarga pasien<br>2. Jika petugas menerima hasil rujuk balik dari rumah sakit berupa file yang dikirim melalui web, maka petugas mengarsipkan file tersebut ke dalam bentuk print out<br>3. Petugas meneliti berupa hasil pemeriksaan, diagnosa dan terapi yang diinstruksikan dari rumah sakit atau dokter spesialis atau klinik sebagai rujukan pasien<br>4. Petugas menulis diagnose dan terapi lanjutan hasil rujukan di rekam medis pasien<br>5. Petugas melaksanakan instruksi dari fasilitas rujukan kepada pasien. | | |
| 6. Bagan Alir | - | | |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - | | |
| 8. Unit Terkait | Loket pendaftaran dan semua unit pelayanan | | |
| 9. Dokumen terkait | 1. Rekam Medis<br>2. Dokumen Rujuk Balik | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10. Rekaman historis perubahan | No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
| | | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

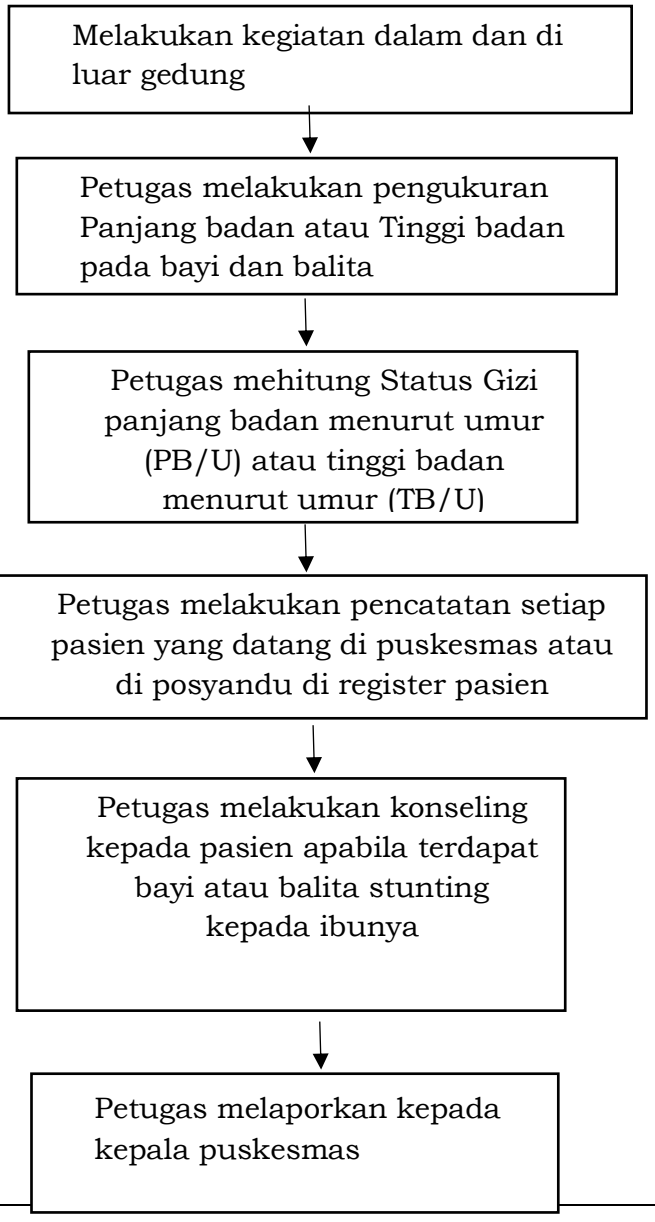
TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **KONSELING GIZI** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/74/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Konseling gizi adalah proses komunikasi 2 (dua) arah antara konselor (petugas) dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah serta mengambil keputusan yang benar dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapinya. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan petugas dalam melakukan konseling gizi |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 tentang Jenis-Jenis Pelayanan. |
| 4. Referensi | Pedoman pelayanan gizi di puskesmas Kemenkes RI tahun 2018 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menerima rujukan pasien dari pelayanan pemeriksaan umum/KIA ke ruangan konseling.<br>2. Petugas mempelajari data penunjang pasien yang meliputi: BB, TB, hasil tes laboratorium, keadaan fisik dan klinis serta riwayat penyakit pasien dalam catatan rekam medis.<br>3. Petugas melakukan anamnesis riwayat makan pasien.<br>4. Petugas menjelaskan tentang diet pasien dengan media food model, leafleat dan bahan makanan penukar.<br>5. Petugas mencatat hasil konseling ke dalam buku register konseling gizi. |
| 6. Bagan Alir |  |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - | | | |
| 8. Unit terkait | 1. Ruang Umum<br>2. Ruang MTBS<br>3. Ruang KIA<br>4. Ruang Rawat Inap<br>5. Ruang Gizi | | | |
| 9. Dokumen terkait | 1. Buku Register Konseling<br>2. Asuhan Gizi Rawat Jalan<br>3. Asuhan Gizi Rawat Inap | | | |
| 10. Rekaman historis perubahan | No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM STUNTING** | |
| | | No. Dokumen : 440/129/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/3 | |
| UPT Puskemas Jelai | | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI, S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | | 1. Pencatatan dan pelaporan program adalah indikator keberhasilan suatu kegiatan yang berisi sebuah data dan informasi yang berharga dan bernilai bila menggunakan metode yang tepat dan benar agar semua hasil kegiatan puskesmas khususnya program stunting (di dalam dan di luar gedung) dapat dicatat serta dilaporkan ke jenjang selanjutnya sesuai dengan kebutuhan secara benar berkala dan teratur guna menunjang pengelolaan upaya kesehatan masyarakat .<br><br>2. Stunting adalah status gizi yang di dasarkan pada pengukuran indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang menpunyai nilai Z-Core di bawah -2 SD dan menjadi buruk apabila berada di bawah -3 SD | |
| 2. Tujuan | | 1. Untuk mencegah dan menurunkan angka kejadian Stunting pada Bayi dan Balita<br>2. Evaluasi perkembangan status gizi balita | |
| 3. Kebijakan | | Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang kebijakan pengelolaan UKM UPT Puskesmas Jelai | |

| | |
|---|---|
| 4. Referensi | Permenkes No.43 tahun 2019 tentang Puskesmas |
| 5. Prosedur<br>Langkah-langkah | 1. Melakukan kegiatan dalam dan di luar gedung<br>2. Petugas melakukan pengukuran Panjang badan atau Tinggi badan pada bayi dan balita<br>3. Petugas mehitung Status Gizi panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U)<br>4. Petugas melakukan pencatatan setiap pasien yang datang di puskesmas atau di posyandu di register pasien<br>5. Petugas melakukan konseling kepada pasien apabila terdapat bayi atau balita stunting kepada ibunya<br>6. Petugas melaporkan kepada kepala puskesmas |
| 6. Bagan Alir |  |

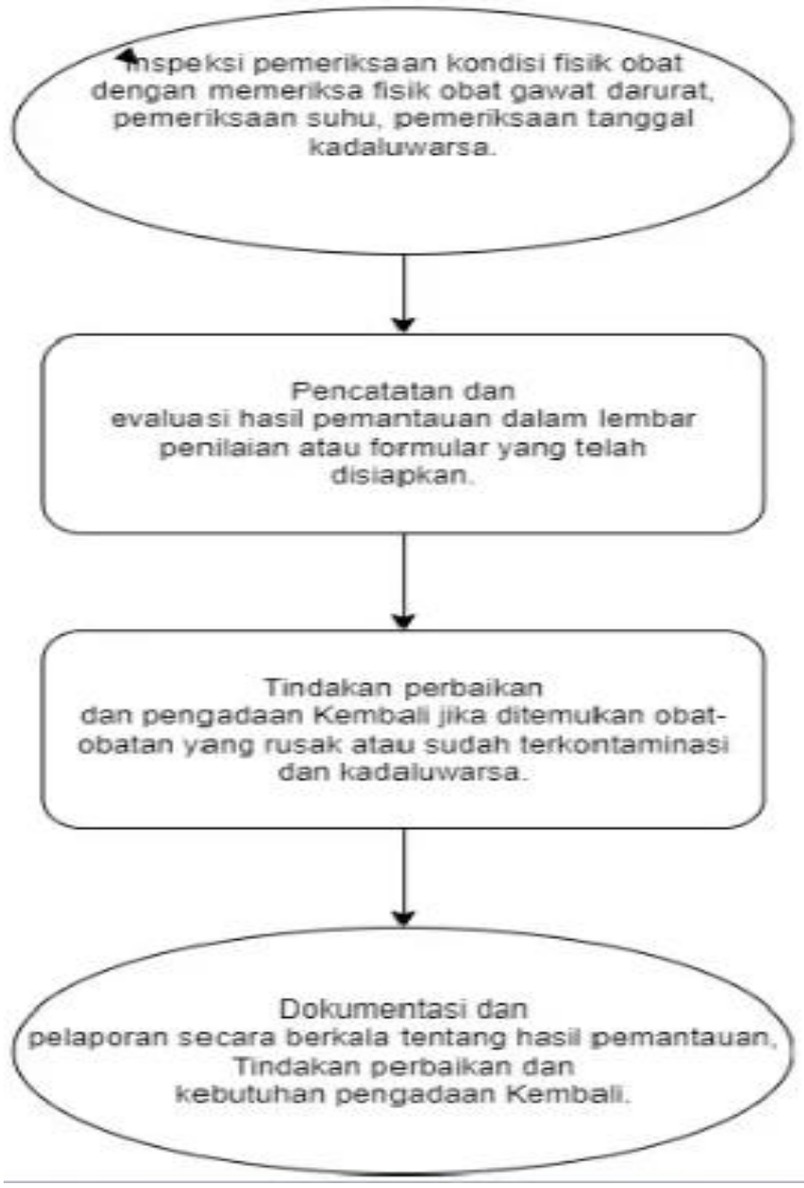
<table>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>7. Unit Terkait</td><td>Semua unit pelayanan</td></tr>
<tr><td>8. Dokumen Terkait</td><td></td></tr>
<tr><td>9. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No.</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal Diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Kebijakan Baru</td><td>Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 84 tentang penetapan Program Manajemen Mutu</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td>2</td><td>KOP SOP</td><td>Disesuaikan dengan pedoman penyusunan dokumen akreditasi tahun 2023</td><td>Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PEMANTAUAN/ MONITORING OBAT GAWAT DARURAT SECARA BERKALA** | |
| | | No. Dokumen : 440/211/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |

| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| **1. Pengertian** | Pemantauan / Monitoring obat gawat darurat secara berakla merujuk pada proses rutin untuk memeriksa dan memantau kondisi obat gawat darurat secara teratur dengan tujuan memastikan ketersediaan, keberadaan, dan keandalan obat-obatan tersebut. Pemantauan yang dilakukan secara berkala sangat penting dalam menjaga kualitas dan efeksitas obat gawat darurat. |
| **2. Tujuan** | Untuk memantau obat gawat darurat secara berkala dapat memastikan ketersediaan ,kualitas, keandalan, dan keamanan obat-obatan tersebut, sehingga pasien gawat darurat dapat dilakukan dengan tepat dan efektif. |
| **3.Kebijakan** | SK Kepala Puskesmas Nomor 128 Tahun 2023 tentang Pelayanan Farmasi |
| **4.Referensi** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Puskesmas. |
| **5.Prosedur Langkah-langkah** | Inspeksi pemeriksaan Kondisi fisik obat dengan memerikas fisik obat gawat darurat,pemeriksaan suhu,pemeriksaan tanggal kadaluwarsa. Pencatatan dan evaluasi hasil pemantauan dalam lembar penilailan atau formulir yang telah disiapkan. Tindakan perbaikan dan pengadaan kembali jika ditemukan obat-obatan yang rusak atau sudah terkontaminasi dan kadaluwarsa. Dokumentasi dan pelaporan secara berkala tentang hasil pemantauan, tindakan perbaikan dan kebutuhan pengadaan kembali. |

**6.Bagan Air**




**7.Hal-hal yang perlu diperhatikan**

1. Pengadaan obat gawat darurat
2. Penyimpanan obat gawat darurat
3. Pemeriksaan dan pemeliharaan obat gawat darurat

**8. Unit Terkait**

1. Semua unit terkait

**9. Dokumen Terkait**

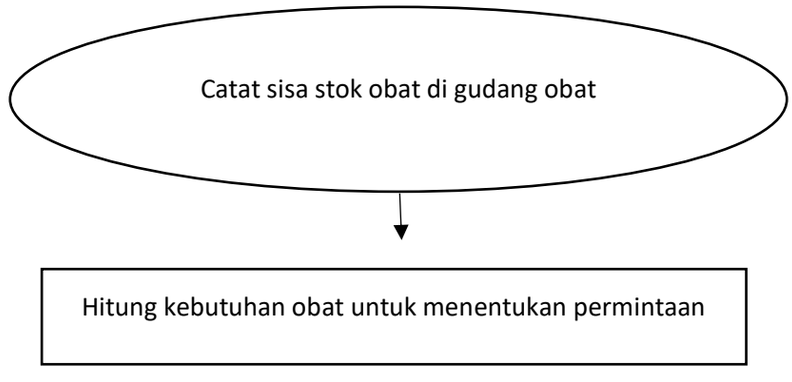
1. Rekam medis, resep, dan kartu stok

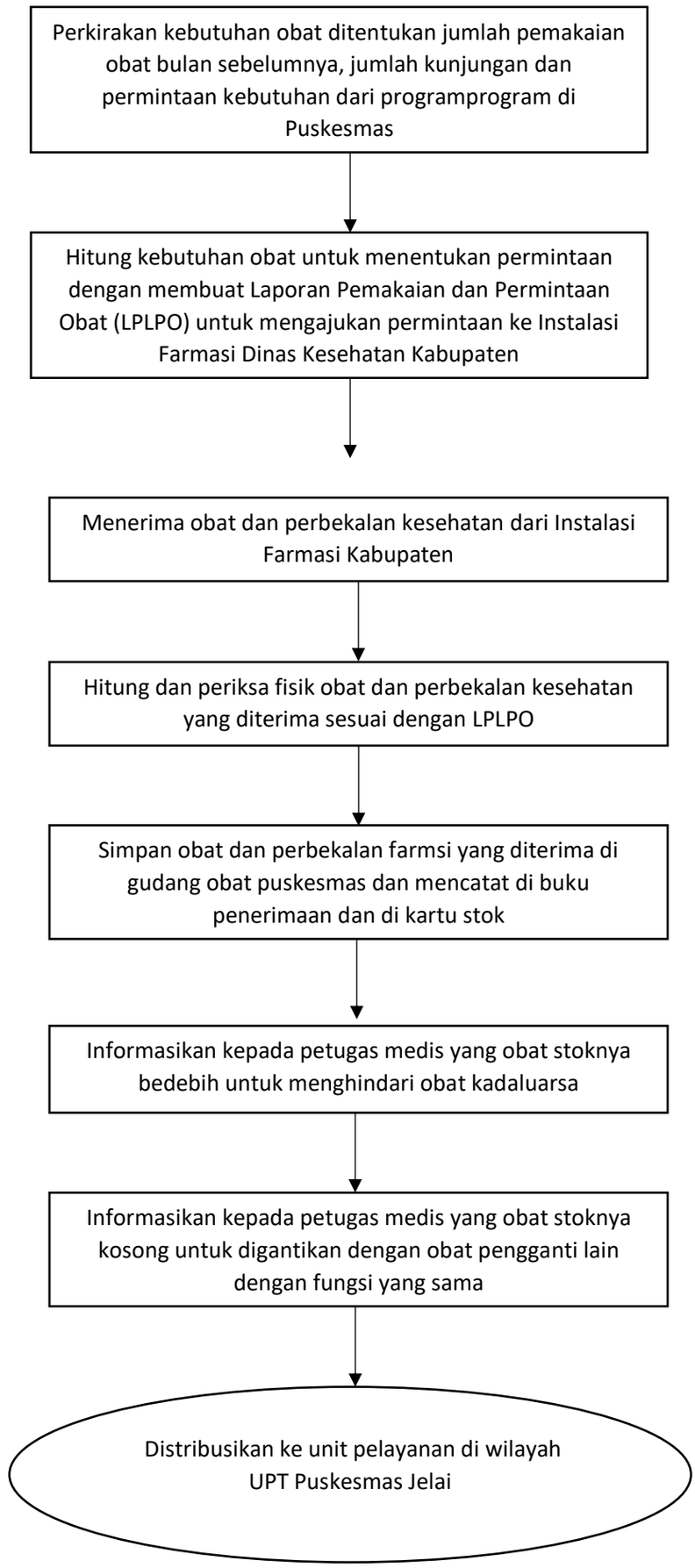
**10. Rekam Historis Perubahan**

| No. | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **MONITORING PENYEDIAAN OBAT EMERGENSI DI UNIT KERJA** | |
| | | No. Dokumen : 440/210/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/3 | |

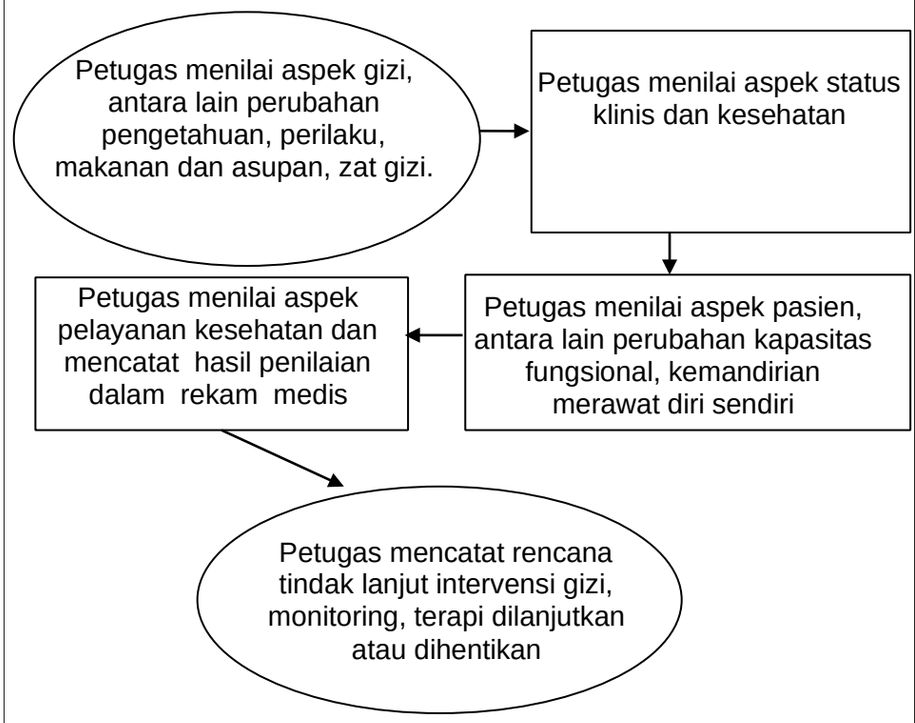
| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| **1. Pengertian** | Monitoring penyediaan obat emergensi di unit kerja adalah merupakan suatu kegiatan pemantauan persediaan dan mutu obat yang ada di unit pelayanan Puskesmas Jelai |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam monitoring penyediaan obat emergensi di unit kerja Puskesmas Jelai |
| **3.Kebijakan** | SK Kepala Puskesmas Nomor 128 tentang Pelayanan Farmasi |
| **4.Referensi** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Puskesmas |
| **5.Prosedur Langkah-langkah** | Pengelola obat secara rutin memonitoring penyediaan obat emergensi uni pelayanan Puskesmas Teluk Bogam. Pengelola obat mencatat hasil monitoring obat emergensi di uni pelayanan,antara lain ketersediaan stok,tanggal kadaluwarsa dan keadaan fisik obat<br>Pengelola obat melakukan evaluasi data hasil monitoring obat di unit pelayanan Pengelola obat memisahkan obat emergensi yang ditemukan telah rusa atau kadaluwarsa Pengelola obat mencatat dan pelaporkan jika ditemukan obat emergensi yang rusak atau kadaluwarsa di unit pelayanan. |
| **2. Bagan Air** |  |

| | |
|---|---|
| |  |
| **3. Hal-hal yang perlu diperhatikan** | 1. Jumlah dan jenis obat yang dibutuhkan<br>2. Jumlah obat kosong<br>3. Jumlah obat kadaluarsa |
| **8. Unit Terkait** | 1. Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan |

<table>
<tr><td></td><td>2. Gudang Obat Puskesmas<br>3. Sub unit pelayanan puskesmas didalam maupun diluar gedung</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>1. LPLPO puskesmas dan sub unit pelayanan<br>2. SBBK Pe1nerimaan Obat<br>3. Kartu Stok Obat<br>4. Resep Obat</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No.</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal Diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **MONITORING RESPON PASIEN TERHADAP ASUHAN GIZI** | | |
| | SOP | No. Dokumen | : 440/135/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP 19801004 200312 2 005 | | |
| 1. Pengertian | Monitoring respon pasien terhadap asuhan gizi adalah kegiatan untuk mengetahui respon pasien terhadap intervens dan tingkat keberhasilannya. | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan Petugas dalam melakukan monitoring dan evaluasi respon pasien terhadap asuhan gizi yang diberikan. | | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 tentang Jenis-Jenis Pelayanan. | | |
| 4. Referensi | 1. Pedoman Asuhan Gizi Terstandar", Kementerian Kesehatan : 2014<br>2. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas " , Kementerian Kesehatan : 2018 | | |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menilai aspek gizi, antara lain perubahan pengetahuan, perilaku, makanan dan asupan zat gizi.<br>2. Petugas menilai aspek status klinis dan kesehatan, antara lain perubahan nilai laboratorium, berat badan, tekanan darah, faktor risiko, tanda dan gejala, status klinis, infeksi, komplikasi, morbiditas dan mortalitas.<br>3. Petugas menilai aspek pasien, antara lain perubahan kapasitas fungsional, kemandirian merawat diri sendiri.<br>4. Petugas menilai aspek pelayanan kesehatan dan mencatat hasil penilaian dalam rekam medis. Data yang ditulis antara lain:<br>a. Indikator spesifik yang diukur dan hasilnya.<br>b. Perkembangan terhadap target/tujuan.<br>c. Faktor pendorong maupun penghambat dalam pencapaian tujuan.<br>5. Petugas mencatat rencana tindak lanjut intervensi gizi, monitoring, terapi dilanjutkan atau dihentikan. | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6. Bagan Alir |  | | | |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - | | | |
| 8. Unit terkait | Ruangan Umum, KIA, Gizi dan Laboratorium | | | |
| 9. Dokumen terkait | Register Pasien | | | |
| 10. Rekaman historis perubahan | No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

| | | |
|---|---|---|
| | **PERLABELAN** | |
| | **S O P** | No. Dokumen : 440/212 /PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>TanggalTerbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1 |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelabelan adalah tata cara menulis identitas yang lengkap dengan memberikan label yang ditempelkan pada kemasan atau botol reagensia |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah - langkah untuk pelabelan spesimen |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis |
| 4. Referensi | PerMenKes Nomor 37 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Laboratorium Puskesmas |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1. Pelabelan alat<br>Diisi dengan tahun pengadaan alat, kode alat, berisi tambahan informasi mengenai cara penyimpanan alat,<br>2. Pelabelan reagen<br>Diisi dengan tanggal pembukaan reagen. Catatan berisi tambahan informasi mengenai bahaya bahan kimia tersebut.<br>3. Pelabelan spesimen Sebelum pengambilan spesimen, periksa form permintaan pemeriksaan laboratorium. Tulis identitas pasien dengan benar pada tempat specimen yang akan digunakan. |
| 6. BaganAlir | - |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | |
| 8. Unit terkait | Ruang Laboratorium |
| 9. Dokumen terkait | Label |

10. Rekaman historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| | | | |
| | | | |

TERKENDALI

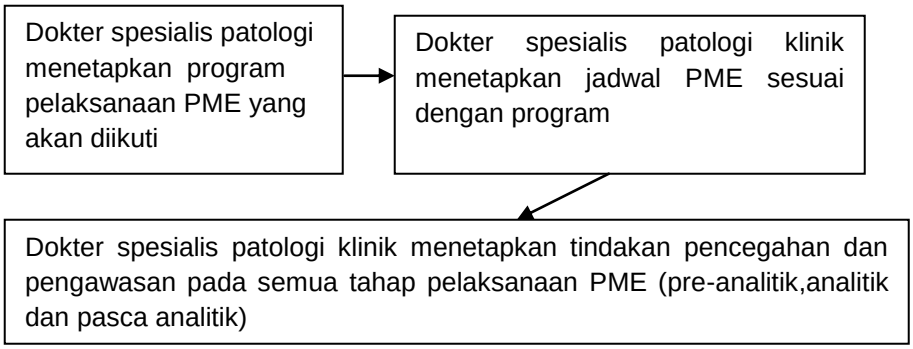
| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENDELEGASIAN WEWENANG** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen | : 440/143 /PKM JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1 |

| | |
|---|---|
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Pendelegasian wewenang adalah suatu proses penyerahan kewenangan tugas kepada petugas lain dengan kewenangan tugas pemberi wewenang. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mendelegasikan wewenang. |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor 96 Tahun 2023 tentang pendelegasian wewenang manajerial dan pelimpahan wewenang. |
| 4. Referensi | Keputusan bersama |
| 5. Prosedur | 1. Untuk mengatisipasi bila sewaktu-waktu petugas medis tidak dapat/berhalangan dalam melaksanakan tugas pelayanan klinis, maka petugas medis memberikan wewenang kepada perawat/bidan sesuai dengan kompetensinya<br>2. Dokter, dokter gigi atau petugas medis melakukan koordinasi dengan perawat/bidan<br>3. Dokter, dokter gigi atau petugas medis membuat daftar nama perawat/bidan yang diberikan kewenangan<br>4. Dokter, dokter gigi atau petugas menentukan batasan kewenangan perawat/bidan<br>5. Dokter, dokter gigi atau petugas mendokumentasikan kegiatan-kegiatan dalam surat pendelegasian wewenang |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |
| 8. Unit terkait | Semua unit Puskesmas Jelai |
| 9. Dokumen Terkait | - |

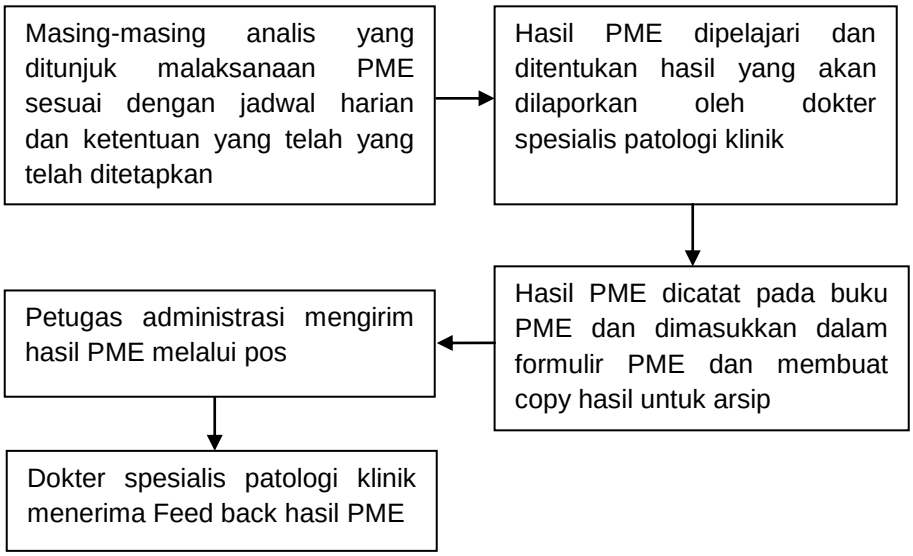
10. Rekaman historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

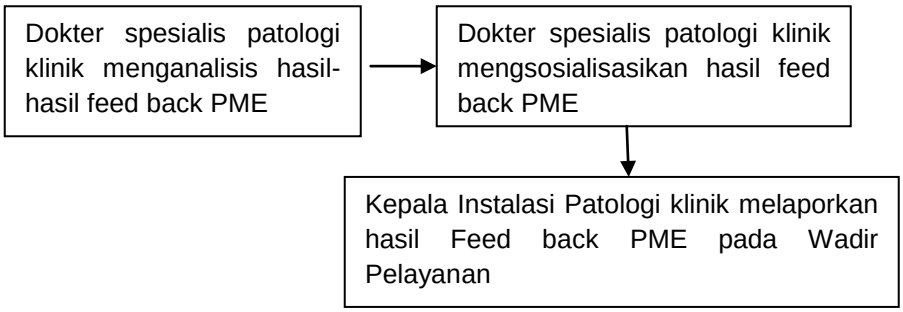
| | | |
|---|---|---|
| | **PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL (PME)** | |
| | **S O P**<br>No. Dokumen : 440/215/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/3 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Pemantapan mutu Eksternal (PME) adalah suatu proses pelaksanaan uji kualitas terhadap pemeriksaan laboratorium yang bertujuan untuk mengevaluasi dan menilai sampai sejauh mana keakuratan dan kehandalan metode pemeriksaan yang digunakan se hari-hari di Laboratorium UPTD Puskesmas Sukamara sebelum memberikan pelayanan kepada pengguna layanan /pelanggan | |
| 2. Tujuan | Sebagai pedoman untuk melakukan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) pemeriksaan-pemeriksaan di Laboratorium UPT Puskesmas Jelai | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 142 Tahun 2023 tentang Pemantapan Mutu Eksternal. | |
| 4. Referensi | Pedomam Pengobatan Dasar di Puskesmas Tahun 2002 | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | **I. Tahap persiapan**<br>1) Dokter spesialis patologi menetapkan program pelaksanaan PME yang akan diikuti<br>2) Dokter spesialis patologi klinik menetapkan jadwal PME sesuai dengan program<br>3) Dokter spesialis patologi klinik menetapkan tindakan pencegahan dan pengawasan pada semua tahap pelaksanaan PME (pre-analitik,analitik dan pasca analitik)<br>**II.Tahap pelaksanaan**<br>1) Masing-masing analis yang ditunjuk malaksanaan PME sesuai | |

| | |
|---|---|
| | dengan jadwal harian dan ketentuan yang telah yang telah ditetapkan<br>2) Hasil PME dipelajari dan ditentukan hasil yang akan dilaporkan oleh dokter spesialis patologi klinik<br>3) Hasil PME dicatat pada buku PME dan dimasukkan dalam formulir PME dan membuat copy hasil untuk arsip<br>4) Petugas administrasi mengirim hasil PME melalui pos<br>5) Dokter spesialis patologi klinik menerima Feed back hasil PME<br>**III.Tahap evaluasi dan pemantapan mutu**<br>1) Dokter spesialis patologi klinik menganalisis hasil-hasil feed back PME<br>2) Dokter spesialis patologi klinik mengsosialisasikan hasil feed back PME<br>3) Kepala Instalasi Patologi klinik melaporkan hasil Feed back PME pada Wadir Pelayanan. |
| 6. Bagan Alir | 1. TAHAP PERSIAPAN :<br>  <br> |

2. TAHAP PELAKSANAAN




3. TAHAP EVALUASI DAN PEMANTAPAN MUTU

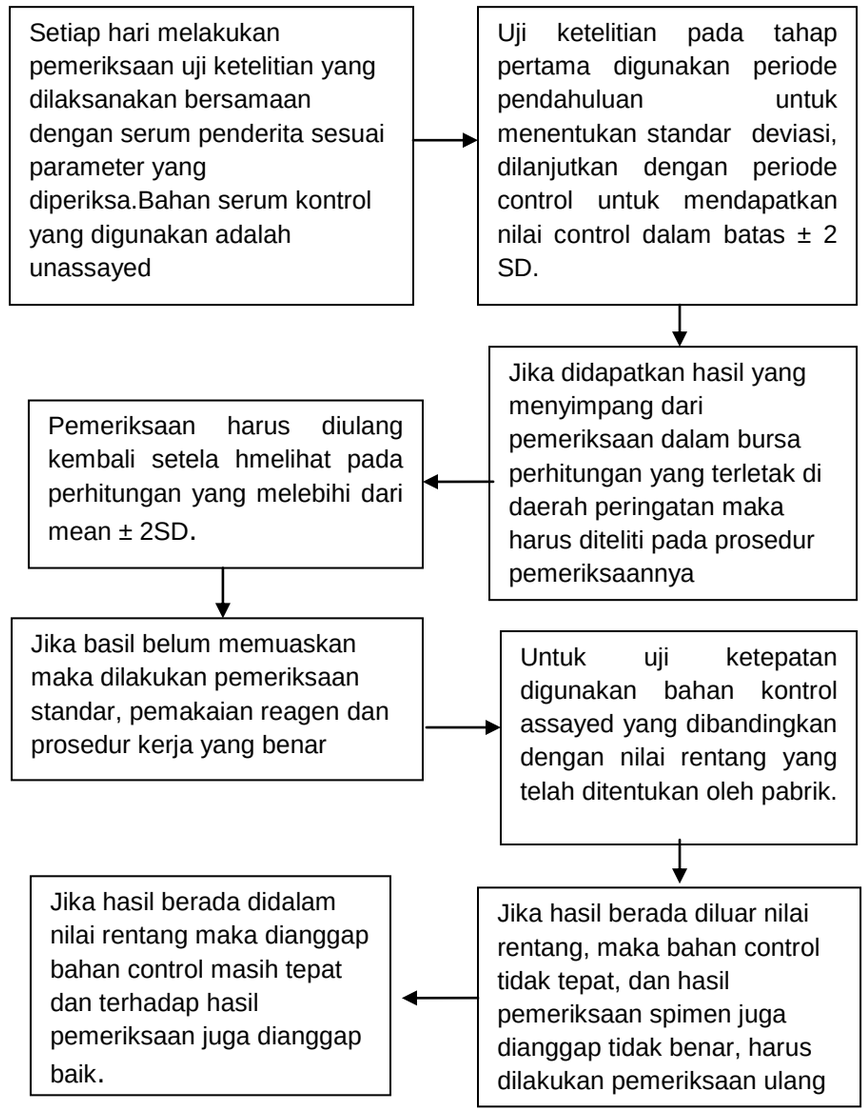



| | |
|---|---|
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | Analis/ petugas laboratorium terlatih mencatat data penderita, melakukan persiapan pederita, serta peralatan dan reagensia, melakukan tindakan melaksanakan prosedur pemeriksaan, membuat pencatatan dan pelaporan. |
| 8. Unit terkait | Ruang Laboratorium |
| 9. Dokumen terkait | |

10. Rekaman historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **PEMANTAPAN MUTU INTERNAL (PMI)** | |
| | **S O P** | No. Dokumen : 440/216/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>TanggalTerbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/3 |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Pemantapan Mutu Internal adalah kegiatan pencegahan dan pengawasan yang dilaksanakan oleh masing-masing laboratorium secara terus menerus agar diperoleh hasil pemeriksaan yang tepat | |
| 2. Tujuan | Pemantapan dan penyempurnaan metode pemeriksaan dengan mempertimbangkan aspek analitik dan klinis. | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 147 Tahun 2023 tentang Pemantapan Mutu Internal. | |
| 4. Referensi | Permenkes Nomor 43 Tahun 2013 Tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik. | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1) Setiap hari melakukan pemeriksaan uji ketelitian yang dilaksanakan bersamaan dengan serum penderita sesuai parameter yang diperiksa. Bahan serum kontrol yang digunakan adalah unassayed.<br>2) Uji ketelitian pada tahap pertama digunakan periode pendahuluan untuk menentukan standar deviasi, dilanjutkan dengan periode control untuk mendapatkan nilai control dalam batas ± 2 SD.<br>3) Jika didapatkan hasil yang menyimpang dari pemeriksaan dalam bursa perhitungan yang terletak di daerah peringatan maka harus diteliti pada prosedur pemeriksaannya.<br>4) Pemeriksaan harus diulang kembali setelah melihat pada perhitungan yang melebihi dari mean ± 2 SD.<br>5) Jika basil belum memuaskan maka dilakukan pemeriksaan standar, pemakaian reagen dan prosedur kerja yang benar.<br>6) Untuk uji ketepatan digunakan bahan kontrol assayed yang dibandingkan dengan nilai rentang yang telah ditentukan oleh pabrik.<br>7) Jika hasil berada diluar nilai rentang, maka bahan control tidak tepat, dan hasil pemeriksaan spimen juga dianggap tidak benar, harus dilakukan pemeriksaan ulang.<br>8) Jika hasil berada didalam nilai rentang maka dianggap bahan | |

<table>
<tr><td></td><td>control masih tepat dan terhadap hasil pemeriksaan juga dianggap baik.</td></tr>
<tr><td>6. Bagan Alir</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>Analis/ petugas laboratorium terlatih mencatat data penderita, melakukan persiapan pederita, serta peralatan dan reagensia, melakukan tindakan melaksanakan prosedur pemeriksaan, membuat pencatatan dan pelaporan.</td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td>Ruang Laboratorium</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td></td></tr>
<tr><td>10. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal mulaidiberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

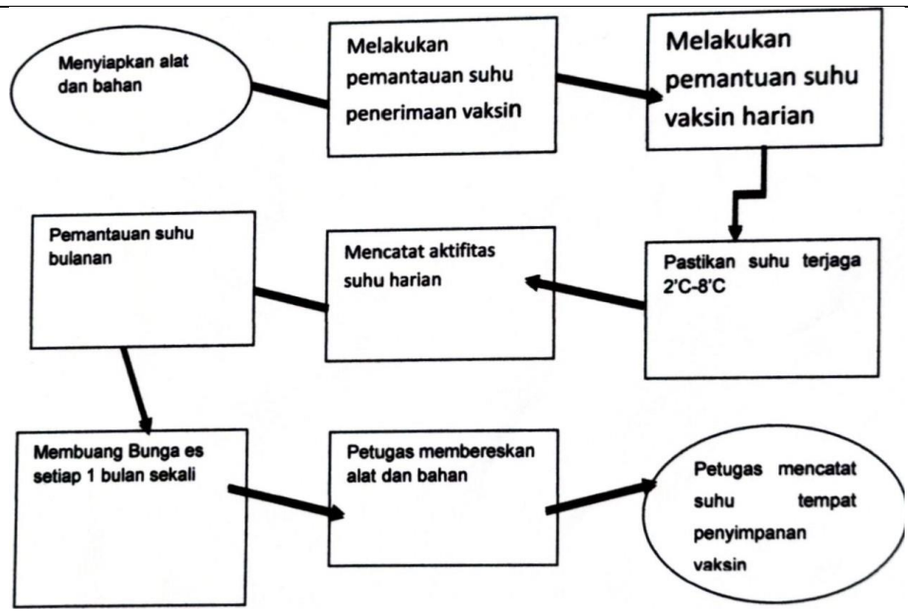
| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PEMANTAUAN SUHU VAKSIN** | |
| | | No. Dokumen : 440/105/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/5 | |

| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Proses pemantauan/monitoring suhu di semua bagian ruang penyimpanan vaksin, mulai dari penerimaan sampai dengan pengiriman |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah untuk petugas dalam Memantau Suhu Vaksin |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 Tentang Jenis-Jenis Pelayanan. |
| 4. Referensi | 1. PMK nomer 12 tentang penyelenggaraan imunisasi tahun 2017<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi<br>3. Peraturan BPOM No. 4 Tahun 2018 tentang Pengawasan Pengelolaan Obat, Bahan Obat, Narkotika, Psikotropika dan Prekursor di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian.<br>4. Peraturan Badan Pengawas obat dan Makanan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 9 tahun 2019 tentang Pedoman Teknis Cara Distribusi Obat yang Baik |
| 5. Prosedur Langkah- | 1. Pemantauan Suhu Pengiriman Vaksin |

| | |
|---|---|
| langkah | a. Memastikan prosedur pengepakan vaksin sesuai standar Yang ditentukan dalam SOP untuk menghindari kerusakan menurunnya potensi vaksin menurunnya potensi vaksin.<br>b. Melakukan pengukuran suhu vaksin tetap berada pada rentang antara $2^0$C s.d $8^0$C sebelum dilakukan pengiriman ke sarana selanjutnya dan mencatat semua informasi di Kartu Monitor Suhu dan dokumen pengiriman/dokumen validasi.<br>2. Pemantauan Suhu Penerimaan Vaksin<br>a. Memeriksa dokumen pengiriman vaksin/dokumen validasi disaat yang sama saat vaksin diterima dan memastikan dokumen lengkap dan memenuhi persyaratan sebelum menerima vaksin.<br>b. Melakukan pemeriksaan suhu vaksin disaat yang sama saat vaksin diterima dan memastikan suhu vaksin tetap berada pada rentang antara $2^0$C s.d $8^0$C dengan melihat termometer pada vaccine carrier dan melakukan pencatatan di Kartu Monitor Suhu<br>3. Pemantauan Suhu Penyimpanan Vaksin Harian<br>a. Melakukan pemantauan suhu tempat penyimpanan vaksin minimal 2 kali sehari di awal dan di akhir hari.<br>b. Memastikan suhu pada vaccine refrigerator terjaga suhunya antara $2^0$C s/d $8^0$C dan freezer pada suhu antara -$50^0$C s/d -$15^0$C.<br>c. Mengatur termostat pada setelan yang telah ditentukan oleh Indutri farmasi (factoryset) atau titik tengah, yang akan menurunkan kemungkinan terjadinya penyimpangan suhu.<br>d. Melakukan pencatatan aktivitas pada Kartu Monitor Suhu dengan melengkapi informasi suhu minimum / maksimum, tanggal, waktu, nama orang yang memeriksa dan mencatat suhu.<br>e. Jika terjadi penyimpangan suhu, setiap staf yang mendengar alarm atau mengetahui adanya penyimpangan suhu di Digital Data Logger (DDL) harus melaporkan kepada penanggung jawab sarana.<br>f. Memberi label vaksin yang terpapar "JANGAN DIGUNAKAN" |

| | |
|---|---|
| | dan menempatkannya dalam wadah terpisah selain dari vaksin Iain (jangan buang vaksin ini).<br>g. Petugas pengelola vaksin melaporkan masalah tersebut kepada penanggung jawab sarana dengan mendokumentasikan kejadian tersebut berikut informasi tanggal dan waktu penyimpangan suhu, suhu unit penyimpanan serta suhu ruangan, jika tersedia (termasuk suhu minimum/maksimum selama kejadian berlangsung), nama orang yang menyelesaikan laporan dan deskripsi kejadian, lamanya waktu vaksin mungkin terkena, dan melakukan inventarisasi vaksin yang terkena dampak, membuat daftar item di unit (termasuk botol air) selain vaksin, masalah apapun dengan unit penyimpanan dan/atau vaksin yang terdampak sebelum kejadian serta informasi Iain yang terkait.<br>h. Melakukan pemeriksaan dasar pada pintu unit dan pengaturan thermostat jika alarm suhu berbunyi berulang kali, dan tidak diperkenankan memutuskan hubungan alarm sampai petugas menentukan dan mengatasi penyebabnya.<br>i. Melakukan transfer vaksin ke unit cadangan jika alarm terus berbunyi atau suhu tetap di luar kisaran seperti yang diarahkan oleh SOP.<br>j. Menghubungi teknisi untuk memeriksa peralatan dan menentukan perlunya perbaikan atau penggantian serta mencatatkan kejadian berikut di Kartu Monitor Suhu.<br>4. Pemantauan Suhu Penyimpanan Vaksin Bulanan<br>a. Melakukan pengecekan apakah diperlukan penyesuaian/pengaturan suhu unit penyimpanan (vaccine refrigerator dan freezer) berdasarkan informasi dari pengukuran saat itu dan log pemantauan suhu di luar hari kerja ketika pintu unit sering dibuka dan ditutup.<br>b. Memastikan tempat penyimpanan vaksin dihubungkan erat ke sumber listrik, mengukur suhu di dalam unit penyimpanan, menunggu selama 30 menit tanpa membuka pintu, agar suhu stabil lalu mengukur suhu kembali untuk menentukan apakah |

| | |
|---|---|
| | termostat harus disetel ulang.<br>c. Melakukan penyesuaian/pengaturan suhu dengan melihat instruksi pada buku petunjuk manual.<br>d. Mengatur penyesuaian ke pengaturan yang lebih hangat atau lebih dingin dengan memutar kenop termostat secara perlahan untuk menghindari keluar dari kisaran suhu yang benar lalu membiarkan suhu di dalam unit menjadi stabil selama 30 menit tanpa membuka pintu.<br>e. Mengukur ulang suhu unit penyimpanan dan mengulangi langkahlangkah ini sesuai kebutuhan sampai suhu stabil antara $2^0$C s.d $8^0$C untuk vaccine refrigerator atau antara -$50^0$C dan -$15^0$C untuk freezer.<br>f. Menempatkan botol air tambahan di dalam unit untuk membantu meningkatkan stabilitas suhu jika diperlukan.<br>g. Mencatat aktifitas penyesuaian atau pengaturan suhu dalam Kartu Monitor Suhu. Koordinator Vaksin harus melakukan pemeriksaan Kartu Monitor Suhu minimal 1 kali dalam sebulan.<br>5. Pemantauan Suhu Penyimpanan Vaksin Tahunan<br>a. Menggunakan Digital Data Logger (DDL) dengan arus dan Sertifikat Pengujian Kalibrasi yang valid dan harus mencakup nama atau nomor model/perangkat, nomor seri, tanggal kalibrasi (tanggal laporan atau penerbitan) , konfirmasi bahwa instrument lulus pengujian (atau instrumen dalam toleransi) , Ketidakpastian yang direkomendasikan atas +/- 0,5 $^0$C atau kurang.<br>b. Menyimpan Digital Data Logger (DDL) selama tiga tahun agar dapat dianalisis untuk tren jangka panjang dan/atau masalah yang berulang.<br>c. Memastikan keakuratan pemantauan suhu dengan menggunakan DDL dengan fitur berikut: probe yang dapat dilepas yang paling mencerminkan suhu vaksin (mis., Probe yang dilapisi glikol, manikmanik kaca, pasir, atau Tefon@), alarm untuk suhu di luar kisaran, Indikator baterai lemah, tampilan suhu saat ini, minimum, dan maksimum, ketidakpastian yang direkomendasikan atas +/- |

| | |
|---|---|
| | 0,5 $^{0}$ C , interval pencatatan (atau kecepatan membaca) yang dapat diprogram oleh pengguna untuk mengukur dan mencatat suhu setidaknya setiap 30 menit Kanu Monitor Suhu harus disimpan minimal 5 tahun (shelf-life) + 1 tahun. |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Unit Terkait | Farmasi |
| 8. Dokumen Terkait | 1. Kartu Stok Vaksin<br>2. Laporan stok vaksin |
| 9. Rekam Historis Perubahan | |

| No. | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | Kebijakan Baru | Keputusan Pimpinan Puskesmas Nomor 48 Tentang Kebijakan Mutu | 02Januari 2023 |
| 2 | KOP SOP | Disesuaikan dengan pedoman penyusunan dokumen akreditasi tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| 3 | Bagan Alir | Disesuaikan dengan pedoman penyusunan dokumen akreditasi | 02 Januari 2023 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | tahun 2018 | | |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PEMBERIAN EDUKASI PENYEDIAAN MAKANAN OLEH KELUARGA** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/134/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Pemberian edukasi bila keluarga menyediakan makanan adalah pemberian informasi dari Petugas ke keluarga pasien terkait makanan atau nutrisi yang tepat, sesuai kondisi pasien jika keluarga menyediakan makanan untuk pasien. |
| 2. Tujuan | Sebagai pedoman keluarga dalam memberikan makanan pada pasien agar sesuai dengan diet pasien, keadaan kesehatan pasien dan kebutuhannya. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 tentang Jenis-Jenis Pelayanan |
| 4. Referensi | 1. Pedoman Asuhan Gizi Terstandar", Kementerian Kesehatan : 2014<br>2. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas " , Kementerian Kesehatan : 2018 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas menginformasikan kepada keluarga pasien apabila ingin menyediakan makanan untuk pasien harus konsultasi dengan Nutrisionis atau dapat dilakukan oleh Perawat jika diluar waktu kerja.<br>2. Petugas mempelajari keadaan pasien dari rekam medis dan visit pasien.<br>3. Petugas menentukan status gizi, diagnosa gizi dan intervensi gizi.<br>4. Petugas menterjemahkan hasil hitungan diet.<br>5. Petugas menjelaskan pada keluarga pasien isi leaflet tersebut,jenis makanan yang diperbolehkan dan tidak, jumlah makanan dan jam makan pasien.<br>6. Petugas melakukan evaluasi pada keluarga pasien dengan memberikan pertanyaan pada pasien terkait isi leaflet tersebut.<br>7. Petugas mencatat hasil edukasi dan konseling di rekam medis pasien.<br>8. Petugas mencatat hasil edukasi konseling gizi direkam medis pasien.<br>9. Petugas melakukan monitoring evaluasi secara berkala. |

<table>
<tr><td>6. Bagan Alir</td><td>
</td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>-</td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td>Ruangan Umum, KIA, Gizi dan Laboratorium</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td>Register</td></tr>
<tr><td>10. Rekaman historis perubahan</td><td><table>
<tr><td>No.</td><td>Yang Diubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tanggal Mulai Diberlakukan</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PEMBERIAN MAKANAN** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/181/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/1 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP 19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Adalah suatu kegiatan pemberian makanan untuk pasien rawat inap/persalinan sesuai daftar pemesanan dan jadwal pemberian makan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk memberikan makanan yang dipastikan sesuai dengan pemesanan makanan, jenis diet, kebutuhan gizi, aman dan layak untuk dikonsumsi serta sesuai jadwal pemberian makan bagi pasien. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 tentang tentang Jenis-Jenis Pelayanan. |
| 4. Referensi | Buku Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas Nutrisionis melakukan pemeriksaan label etiket makanan sebelum menyerahkan makanan kepada pasien rawat inap/persalinan.<br>2. Petugas menyerahkan makanan kepada pasien/keluarga pasien.<br>3. Petugas mempersilahkan pasien makan.<br>4. Petugas melakukan pencatatan pada form distribusi makanan<br>5. Petugas melepas APD dan mencuci tangan. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |
| 8. Unit terkait | Rawat Inap dan Ruang Bersalin |
| 9. Dokumen terkait | Asuhan Gizi |

| 10. Rekaman historis perubahan | No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|---|
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

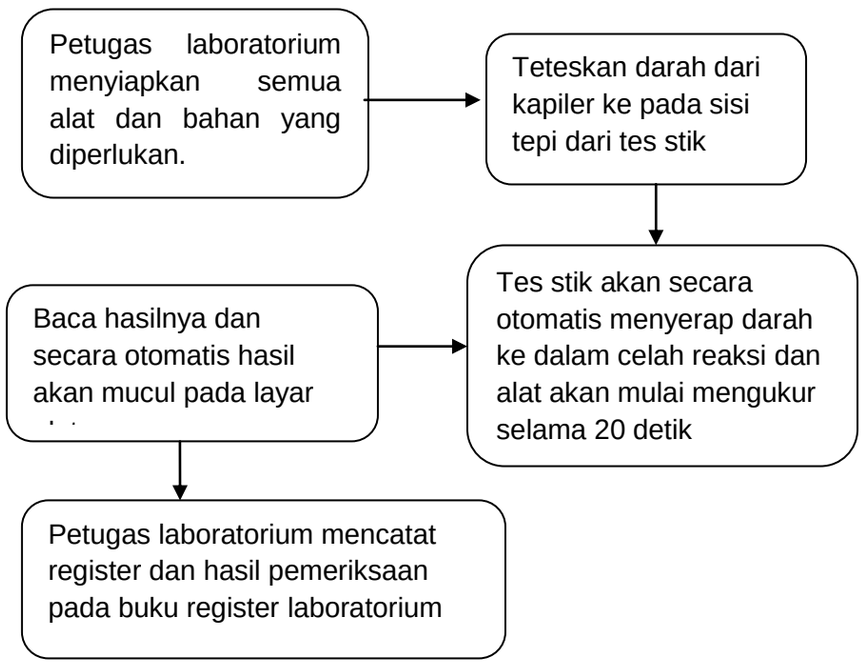
TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **ANTIGEN RAPID TES SASR-COV** | |
| | **S O P** | No. Dokumen : 440 /240 /PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 02 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 |
| Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Tes antigen adalah tes imun yang berfungsi untuk mendeteksi keberaaan antigen virus tertentu yang menunjukan adanya infeksi virus saat ini, rapid tes antigen biasaynya digunskan untuk mendiagnosis patogen pernapasan, seperti virus influenza dan respiratory syncytial virus (RSV).<br>Rapid tes antigen dan swab antigen adalah enis tes yang sama. Disebut rapid tes antigen, karena untuk mendeteksi virus corona tersebut apat memberikan hasil diagnosis yang cepat, yaitu hanya alam waku 15menit. | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk :<br>1. Penggunaan rapid tes COVI 19 di layanan kesehatan<br>2. Menvegah kesalahan hasilpemeriksaan akibat kesalahan penggunaan rapid tes | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | Panduan tata laksana pemeriksaan antigen Rapid tes Test Sars Cov 2 | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1. Petugas mencuci tangan hingga berswih dan kkenaan alat perlindungan diri yang sesuai ketentuan<br>2. Pengguna menyiapkan Alat tes swab Nasofaring kepada pasien<br>3. Petugas Melakukan Swab nesofaring kepada pasien<br>4. Masukan Swab Spesimen ke dalam tabun berisi diluent dan di putar 5 – 10 kali | |

<table>
<tr><td></td><td colspan="5">5. Ambil swab spesimen sambil diperas pada ujung bagian bawah swab.<br>6. Tutup rapat tabung diluent menggunakan tutup berfilter yang disediakan<br>7. Teteskan 90 -150ul diluentdi tabung yang berisi spesimen ke dlam well<br>8. Baca hasil dalam waktu 15 – 20 menit</td></tr>
<tr><td>6. Bagan Alir</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td colspan="5">➢ Ruang Laboratorium</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td colspan="5">Formulir Form COVID 19</td></tr>
<tr><td rowspan="4">10. Rekaman historis perubahan</td><td></td><td>No</td><td>Yang diubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tanggal mulai diberlakukan</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN ASAM URAT** | |
| | S O P<br>No. Dokumen : 440 /225/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Salah satu pemeriksaan darah yang berkaitan dengan faal ginjal. | |
| 2. Tujuan | Untuk mengetahui kadar asam urat dalam tubuh pasien. | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | Brosur Alat Autochek | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | **Alat – alat**<br>1. Alat Autochek<br>2. Asam urat stick<br>3. Kapas dan alkohol 70%<br>4. Lancet steril<br>5. Handscoon<br>**Langkah - langkah**<br>1) Petugas Menyiapkan Alat dan bahan<br>2) Petugas Memasang strip kode ke dalam lubang strip<br>3) Petugas memastikan mode test dibagian atas layar menampilakn AU.<br>4) Melepas kode strip<br>5) Memasukan strip Asam urat darah ke dalam alat<br>6) Membersihkan ujung jari dengan kapas alkohol swab<br>7) Petugas mengabil sampel di jari.<br>8) Mengusap tetesan darah pertama yang keluar.<br>9) Teteskan darah dari kapiler ke pada sisi tepi dari tes stik.<br>10) Tes stik akan secara otomatis menyerap darah ke dalam celah reaksi dan alat akan mulai mengukur selama 20 detik.<br>11) Baca hasilnya dan secara otomatis hasil akan mucul pada layar alat.<br>12) Petugas laboratorium mencatat register dan hasil pemeriksaan pada buku arsip laboratorium | |

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | Keadaan Alat |
| 8. Unit terkait | ➢ Ruang Laboratorium<br>➢ Ruang umum<br>➢ Ruang Kia<br>➢ Ruang Rawat Inap |
| 9. Dokumen terkait | Buku Register Laboratorium |

10. Rekaman historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| | | | |
| | | | |

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN BTA** | |
| | S O P: No. Dokumen : 440/226/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 05 Januari 2017<br>Halaman :1/4 | |
| Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 0055 | |
| 1. Pengertian | Pemeriksaan dahak / sputum pasein. Dilakukan 3 kali yaitu Sewaktu 1, Pagi, dan sewaktu 2 | |
| 2. Tujuan | Untuk mengetahui adanya bakteri *mycobacterum tuberculosis,* penyebab penyakit TB Paru-paru | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | 1) Haematologi Kapita Selekta, A.V.Hoffbiand,EGC, Penerbit buku Kedokteran<br>2) Penuntun Laboratorium Klinik , R.Gandasoebrata, Penerbit Dian Rakyat<br>3) Haematologi Sederhana, FKUI bagian Patologi Klinis , edisi ke 2 | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | **A.Tahap Pra Analitik**<br>1) Petugas laboratorium menggunakan sarung tangan<br>2) Petugas laboratorium menyiapkan semua alat dan bahan yang digunakan<br>**B.Tahap Analitik**<br>1) Petugas laboratorium memuat sediaan dari sputum pasien.<br>2) Petugas laboratorium meletakkan sediaan diatas rak dengan jarak minimal 1 jari telunjuk.<br>3) Petugas laboratorium menuangkan Carbol Fuchsin menutupi seluruh permukaan sediaan.<br>4) Panaskan sediaan dengan sulut api sampai keluar uap ( jangan sampai mendidih ) , kemudian dinginkan selama 5 menit<br>5) Petugas laboratorium membuang Carbol Fuchsindari sediaan satu persatu secara perlahan dengan cara dibilas menggunakan air mengalir mulai dari bagian slide yang frosted.<br>6) Petugas laboratorium menuangkan Asam Alkohol pada sediaan, biarkan beberapa sat lalu bilas dengan air mengalir sampai bersih( tidak tampak sisa zat warna merah ). | |

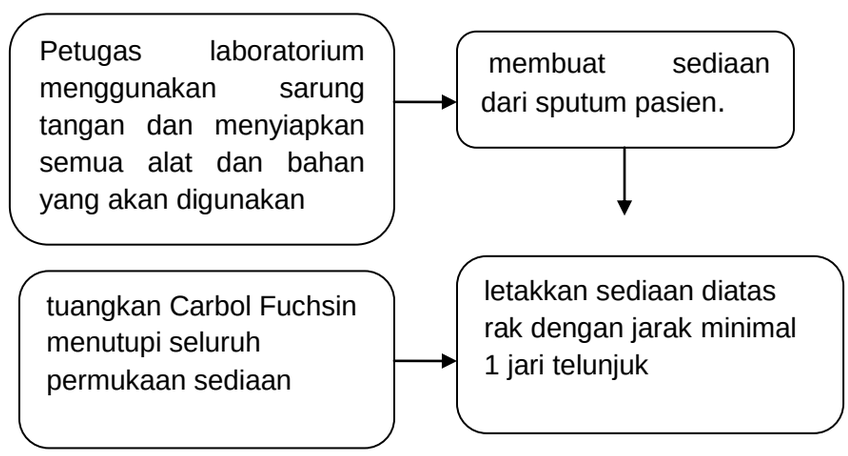
7) Bila masih tampak warna merah lakukan decolorisasi ini berulang kali.
8) Petugas laboratorium menuangkan Methylene Blue hingga menutupi seluruh sediaan dan biarkan 10 -20 detik
9) Petugas laboratorium membuang Methylen Blue dari sediaan satu persatu secara perlahan –lahan dengan cara menggunakan air mengalir.
10) Petugas laboratorium mengeringkan sediaan pada rak pengering.
11) Interprestasi Hasil ;

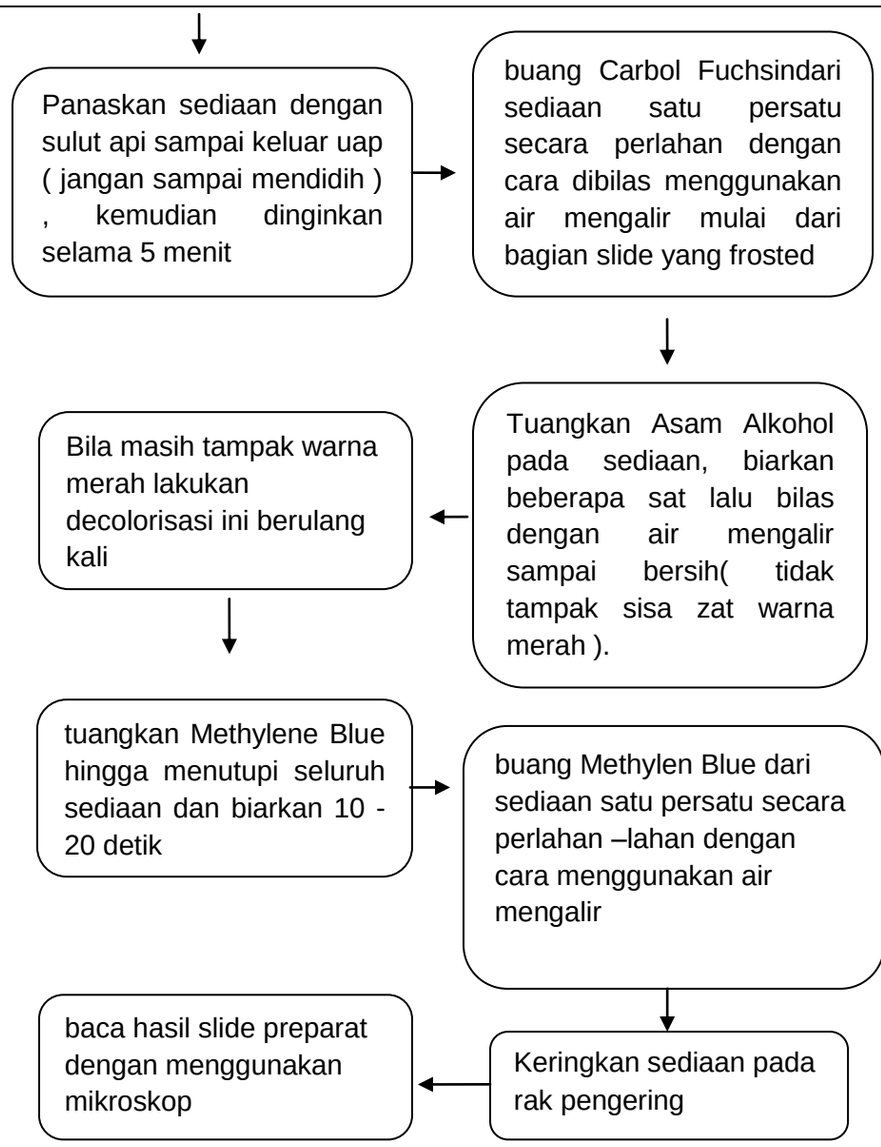
| Pengujian | Hasil | Penulisan |
|---|---|---|
| 0 – BTA / 100 LP | Negatif | Neg |
| 1 – 9 BTA / 100 LP | *Scanty* | *Tulis jumlah BTA* |
| 10 – 99 BTA / 100 LP | 1+ | 1+ |
| 1 – 10 BTA / 1 LP | 2+ | 2+ |
| >10 BTA / 1 LP | 3+ | 3+ |

**C.Tahap Pasca Analitik**

1) Petugas laboratorium mencatat hasil pemeriksaan pada lembar hasil pasien
2) Petugas laboratorium mengemaskan alat-alat dan membersihkan meja kerja
3) Petugas laboratorium mencuci tangan.
**4)** Petugas laboratorium mencatat register dan hasil pemeriksaan pada buku arsip laboratorium

6. Bagan Alir



<table>
<tr>
<td></td>
<td> 
</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td>
<td>Analis/ petugas laboratorium terlatih mencatat data penderita, melakukan persiapan pederita, serta peralatan dan reagensia, melakukan tindakan melaksanakan prosedur pemeriksaan, membuat pencatatan dan pelaporan.</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Unit terkait</td>
<td>➢ Ruang Laboratorium<br>➢ Ruang umum<br>➢ Ruang Kia<br>➢ Ruang Rawat Inap</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Dokumen terkait</td>
<td>Buku register laboratorium</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Rekaman historis perubahan</td>
<td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

TERKENDALI

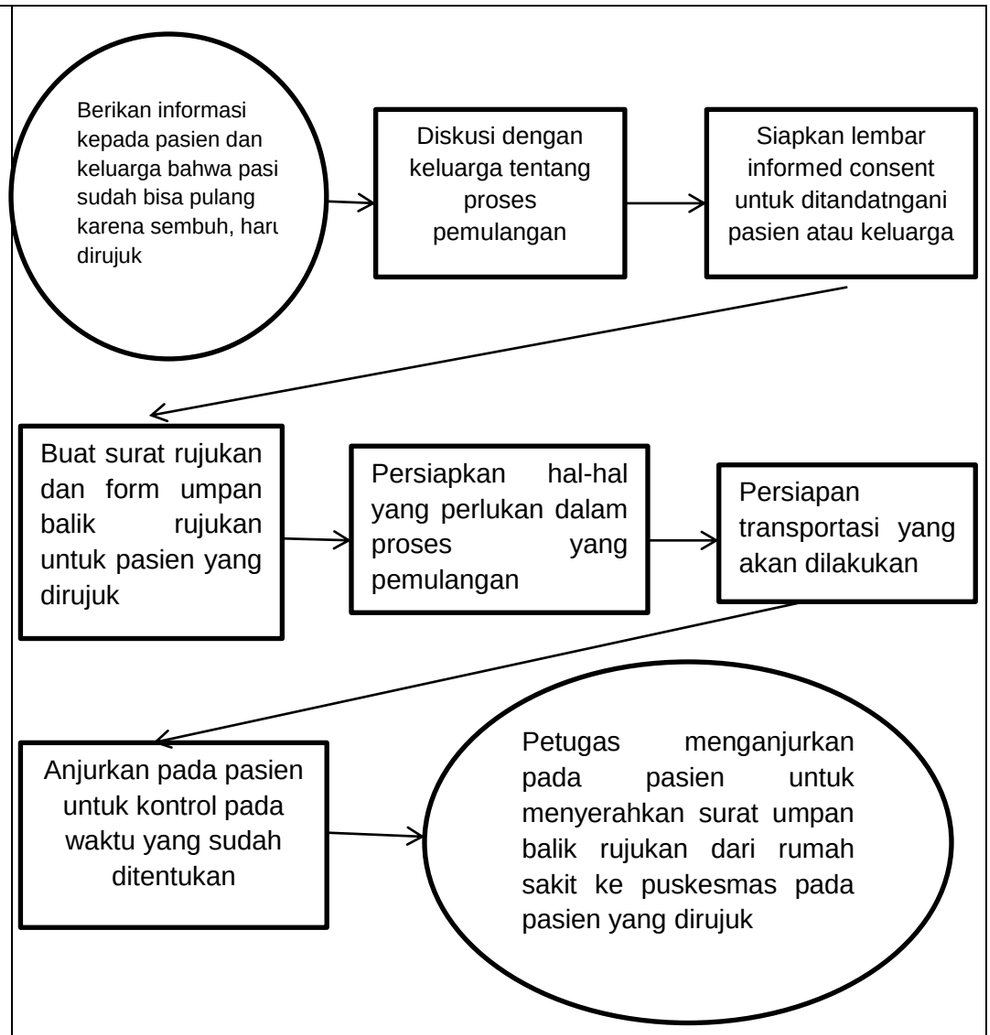
| | | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN IgG/IgM DENGUE COMBO DAN NS1** | |
| | **S O P**<br>No. Dokumen : 440 /241/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 02 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Tes IgG/IgM dan NS1 merupakan test cepat secara kualitatif untuk diagnose awal infeksi dengue sekaligus membedakan infeksi primer dan sekunder, melalui deteksi antigen nonstructural-1 (NS1) dan antibody IgG dan IgM terhadap virus dengue dengan metode immunokromagrafidalam darah lengkap, serum dan plasma. | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah – langkah pemeriksaan IgG/IgM dengue untuk meningkatkan mutu pelayanan di UPT Puskesmas Jelai | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | Prosedur pemeriksaan IgG/IgM | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1. Petugas menyiapkan IgG/IgM<br>2. Petugas Mennggunakan APD<br>3. Petugas melakukan sampling<br>4. Sampel yang telah didapat disentrifuge untuk mendapatkan plasma/serum<br>5. Petugas memipet serum /plasma sebnyak 100ul dan diteteskan pada lubang sampel casette IgG/IgM<br>6. Petugas memipet kembali sebnyak 10/5ul serum pada casette NS1 pada lobang<br>7. Petugas lab memasukan 3 tetes (100ul) diluent buffer kedalamlubang buffer pada casette dengue IgG/IgM<br>8. Membaca hasil dalam waktu 15 - 20 menit<br>9. Mencatat hasil pada register dan formulir hasil pemeriksaan | |
| 6. Bagan Alir | | |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | | |
| 8. Unit terkait | ➢ Ruang Laboratorium<br>➢ Ruang umum<br>➢ Ruang Kia<br>➢ Ruang Rawat Inap | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| 9. Dokumen terkait | Buku Register Laboratorium | | | | |
| 10. Rekaman historis perubahan | | **No** | **Yang diubah** | **Isi Perubahan** | **Tanggal mulai diberlakukan** |
| | | | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| | | | | | |
| | | | | | |

TERKENDALI

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **PEMULANGAN DAN TINDAK LANJUT PASIEN** | | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/33/PKM JELAI | |
| | | No. Revisi | : R1 | |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman | :1/2 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | | | |
| 1. Pengertian | Pemulangan pasien adalah prosedur untuk memulangkan pasien yang sudah dinyatakan bisa meninggalkan puskesmas oleh dokter, baik karena sembuh, harus dirujuk ataupun karena meninggal dunia. | | | |
| 2. Tujuan | Menjamin kesinambungan pelayanan, rujukan maupun proses pemulangan yang sesuai prosedur | | | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun tentang Penetapan dokumen eksternal yang menjadi acuan dalam penyusunan standar pelayanan klinis | | | |
| 4. Referensi | Menjamin kesinambungan pelayanan, rujukan, maupun proses pemulangan yang sesuai prosedur | | | |
| 5. Prosedur | 1. Berikan informasi kepada pasien dan keluarga bahwa pasien sudah bisa pulang karena sembuh, harus dirujuk<br>2. Diskusi dengan keluarga tentang proses pemulangan<br>3. Siapkan lembar informed consent untuk ditandatngani pasien atau keluarga<br>4. Buat surat rujukan dan form umpan balik rujukan untuk pasien yang dirujuk<br>5. Persiapkan hal-hal yang perlukan dalam proses yang pemulangan<br>6. Persiapan transportasi yang akan dilakukan<br>7. Anjurkan pada pasien untuk kontrol pada waktu yang sudah ditentukan<br>8. Petugas menganjurkan pada pasien untuk menyerahkan surat umpan balik rujukan dari rumah sakit ke puskesmas pada pasien yang dirujuk | | | |

6. Bagan Alir




7. Hal-hal yang perlu diperhatikan

-

8. Unit terkait

1. Poli Umum
2. Poli gigi
3. Poli KIA-KB
4. UGD dan PONED

9. Dokumen Terkait

1. Rekam medis
2. Lembar kontrol pasien
3. Lembar rujukan

10. Rekaman historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

| | | |
|---|---|---|
| KABUPATEN SUKAMARA | **SOP PEMULANGAN DAN TINDAK LANJUT PASIEN**<br><br>**DAFTAR TILIK** | PUSKESMAS JELAI |

| NO | LANGKAH KEGIATAN | YA | TIDAK | TIDAK BERLAKU |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah memberikan informasi kepada pasien dan keluarga bahwa pasien sudah bisa pulang karena sembuh, harus dirujuk ? | | | |
| 2. | Apakah petugas diskusi dengan keluarga tentang proses pemulangan ? | | | |
| 3. | Apakah petugas menyiapkan lembar informed consent untuk ditandatangani pasien atau keluarga ? | | | |
| 4. | Apakah petugas mempersiapkan hal-hal yang di perlukan dalam proses pemulangan ? | | | |
| 5. | Apakah petugas mempersiapkan transportasi yang akan digunakan ? | | | |
| 6. | Apakah petugasmeanjurkan pada pasien untuk kontrol pada waktu yang sudah ditentukan ? | | | |
| 7. | Apakah petugas menganjurkan pada pasien untuk menyerahkan surat umpan balik dari rumah sakit ke puskesmas pada pasien yang dirujuk ? | | | |

Kuala Jelai,

Petugas yang dipantau

(…… )

Petugas pemantau

(……..)

Mengetahui

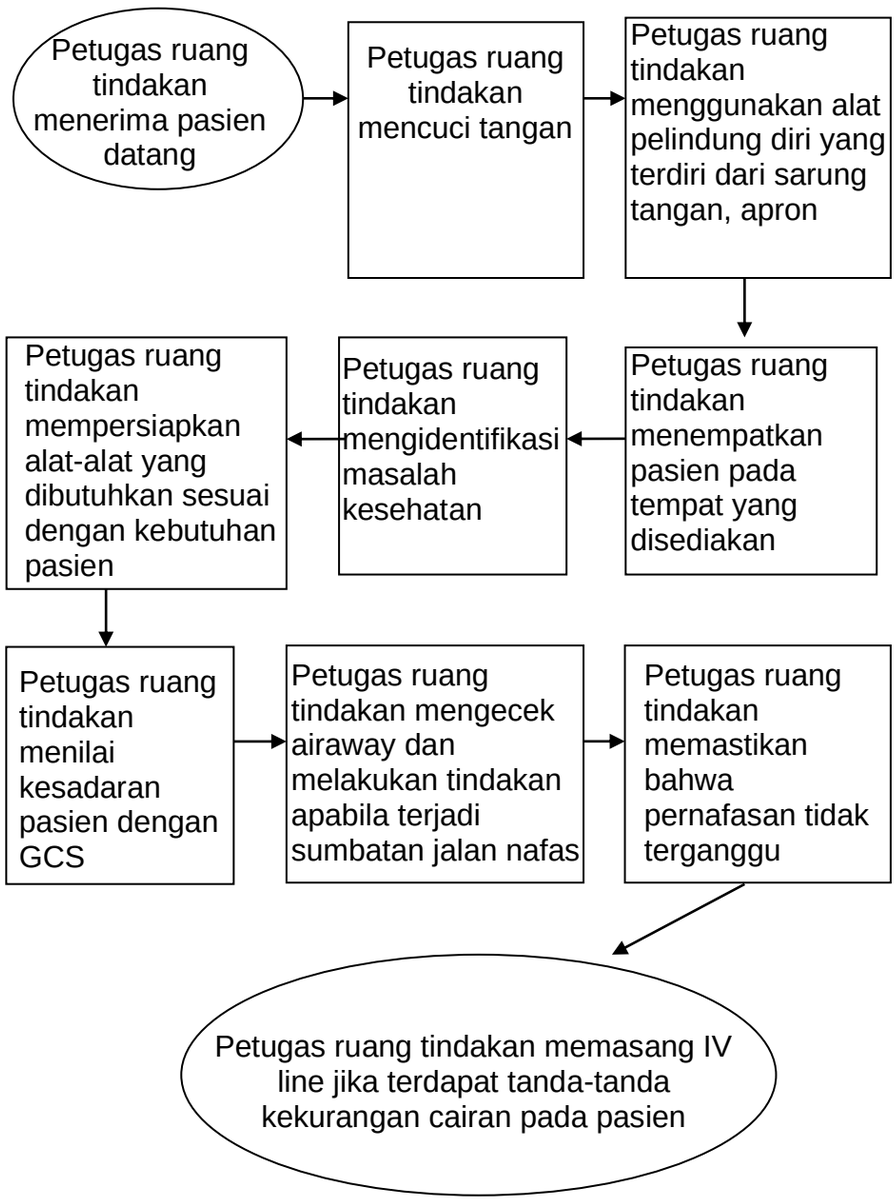
Penanggung Jawab UKP

**dr. Maulidawati**

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENANGANAN GAWAT DARURAT** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/63/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |

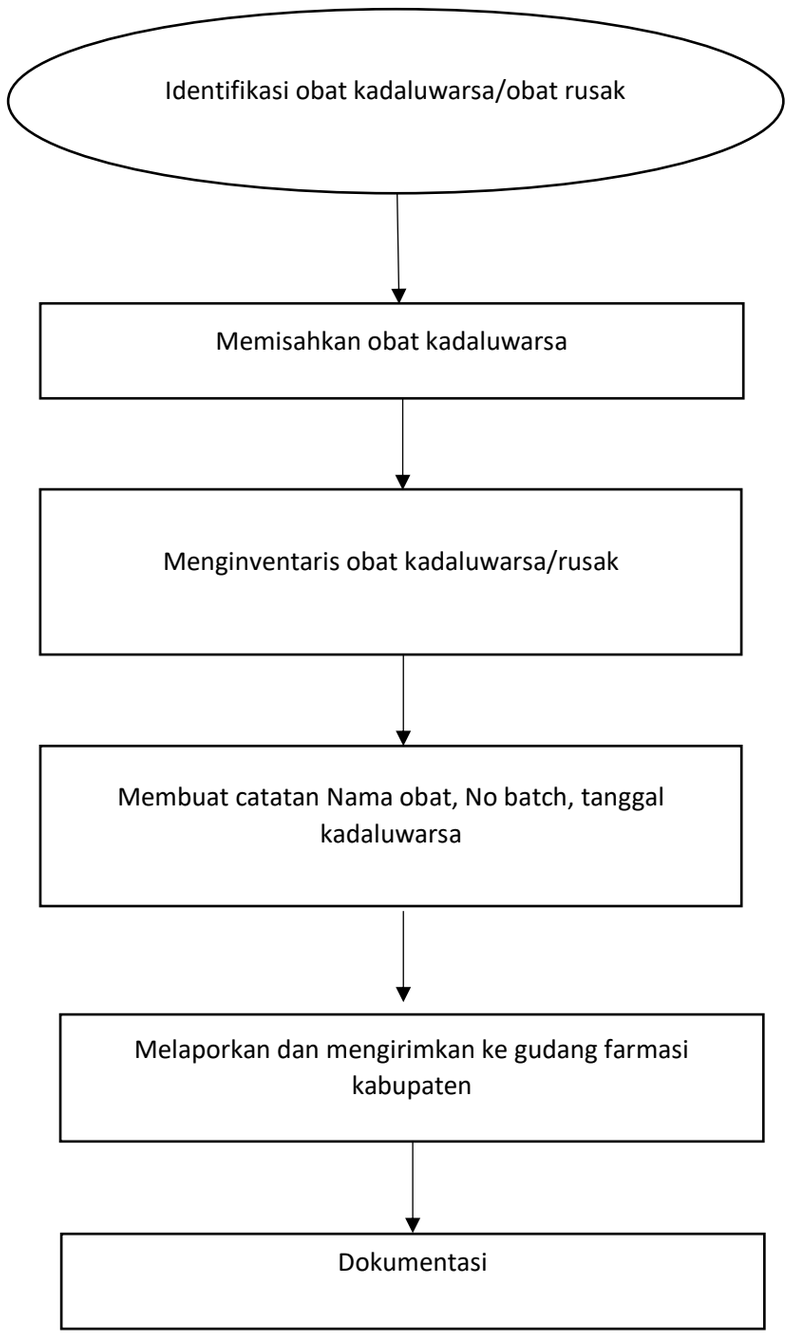
| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NURAFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Penanganan pasien gawat darurat adalah suatu pertolongan yang cepat dan tepat pada pasien untuk mencegah kematian maupun kecacatan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penanganan pasien gawat darurat. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis. |
| 4. Referensi | Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas Tahun 2011. |
| 5. Prosedur | 1. Petugas ruang tindakan menerima pasien datang;<br>2. Petugas ruang tindakan mencuci tangan;<br>3. Petugas ruang tindakan menggunakan alat pelindung diri yang terdiri dari sarung tangan, apron dan masker;<br>4. Petugas ruang tindakan menempatkan pasien pada tempat yang disediakan;<br>5. Petugas ruang tindakan mengidentifikasi masalah kesehatan pasien;<br>6. Petugas ruang tindakan mempersiapkan alat-alat yang dibutuhkan sesuai deng kebutuhan pasien;<br>7. Petugas ruang tindakan menilai kesadaran pasien dengan GCS;<br>8. Petugas ruang tindakan mengecek airaway dan melakukan tindakan apabila terjadi sumbatan jalan nafas;<br>9. Petugas ruang tindakan memastikan bahwa pernafasan tidak terganggu;<br>10. Petugas ruang tindakan memasang IV line jika terdapat tanda-tanda kekurangan cairan pada pasien;<br>11. Petugas ruang tindakan memberikan obat sesuai kebutuhan pasien;<br>12. Petugas ruang tindakan melakukan resusitasi jantung paru jika terjadi henti jantung;<br>13. Petugas ruang tindakan memastikan pasien bahwa pasien dalam keadaan stabil;<br>14. Petugas ruang tindakan melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yan lebih mampu apabila diperlukan;<br>15. Petugas ruang tindakan mendekontaminasi alat-alat yang telah digunakan dan bahan habis pakai; |

<table>
<tr><td></td><td>16. Petugas ruang tindakan mencuci alat-alat yang telah digunakan;<br>17. Petugas ruang tindakan mensterilkan alat-alat yang telah digunakan;<br>18. Petugas ruang tindakan membuang bahan habis pakai pada tempat sampah medis;<br>19. Petugas ruang tindakan mencuci tangan;<br>20. Petugas ruang tindakan mencatat Rekam Medis pasien.</td></tr>
<tr><td>6. Bagan Alir</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>-</td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td>Ruang Tindakan</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td>Rekam Medis Pasien</td></tr>
<tr><td>10. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No.</th><th>Yang Diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal Mulai Diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PENANGANAN OBAT RUSAK DAN KADALUWARSA** | |
| | | No. Dokumen : 440/207/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/3 | |

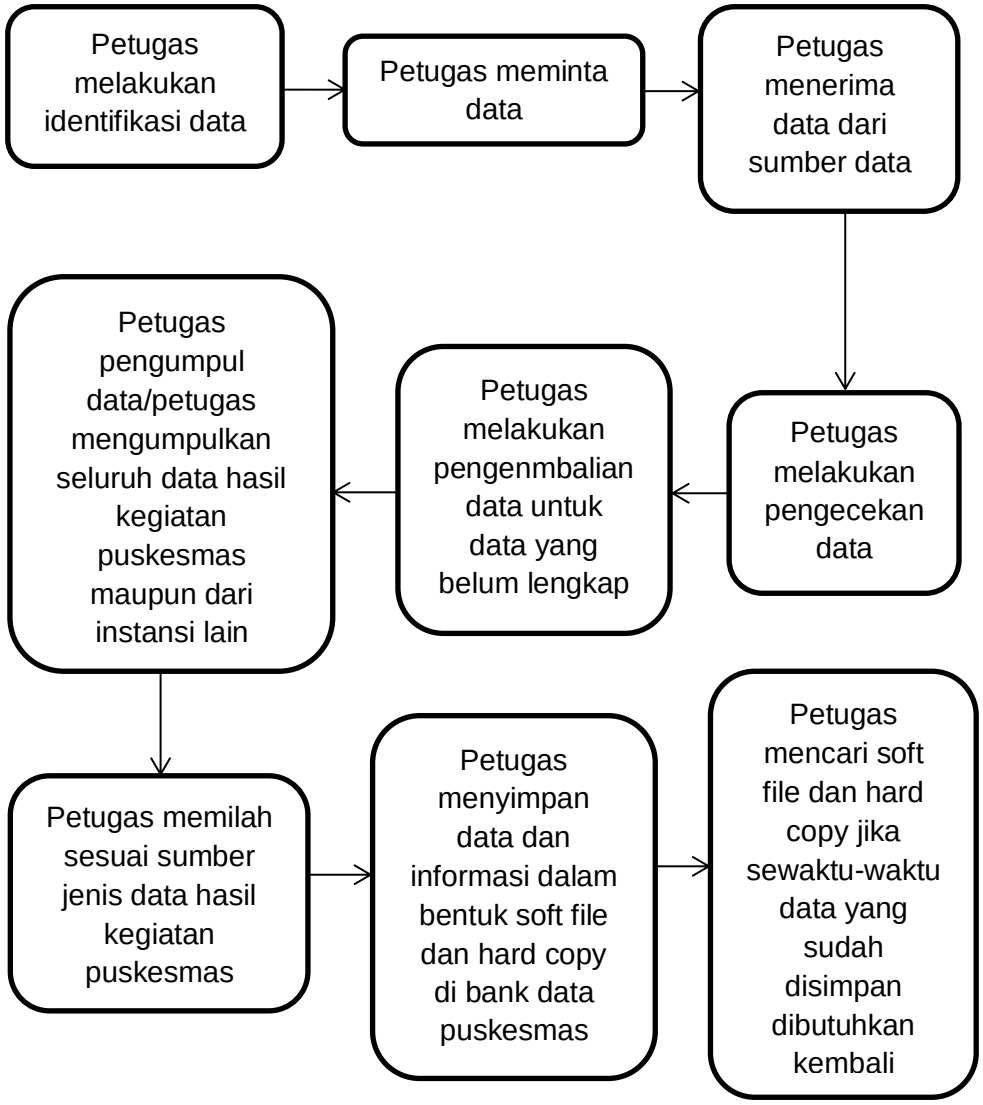
| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| **1. Pengertian** | Obat rusak : obat yang secara fisik sudah tidak sesuai, seperti kemasan rusak / mengelembung, warna obat sudah berubah, dll. Obat rusak ini tidak dapat digunakan walaupun tanggal kadaluwarsanya masih oanjang/lama. Hal ini bisa disebabkan karena proses pendistribusian yang tidak benar atau tidak sesuai.<br>Obat kadaluwarsa : obat yang masa penggunaan atau masa kadaluwarsanya sudah habis. |
| **2. Tujuan** | 1. Agar obat yang rusak atau obat yang kadaluwarsa tidak tercampur dengan obat yang masih bisa digunakan.<br>2. Agar terhindar dari kesalahan pengambilan obat. |
| **3. Kebijakan** | SK Kepala Puskesmas Nomor: 440/ /SK/P.B/2023 tentang penanganan obat kadaluwarsa |
| **4. Referensi** | 1. UU. No.36 tahun 2009 tentang kesehatan.<br>2. PP No. 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian.<br>3. Permenkes No. 30 Tahun 2016 tentang standart pelayanan kefarmasian di puskesmas. |
| **5. Prosedur Langkah-langkah** | 1. Mengidentifikaasi obat yang kadaluwarsa atau obat yang rusak.<br>2. Memisahkan obat yang kadaluwarsa atau obat yang rusak dan disimpan di tempat yang terpisah.<br>3. Mengiventaris obat yang rusak atau kadaluwarsa. |

| | |
|---|---|
| | 4. Membuat catatan nama obat, no batch obat, serta tanggal kadaluwarsa obat yang rusak maupun yang kadaluwarsa.<br>5. Melaporkan dan mengirimkan obat yang rusak atau kadaluwarsa ke gudang farmasi kabupaten / instalasi farmasi kabupaten/kota.<br>6. Pendokumentasi. |
| **6. Bagan Air** |  |

<table>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>Setiap petugas farmasi yang melaksanakan kegiatan hendaknya selalu memperhatikan langkah- langkah yang telah dibuat</td></tr>
<tr><td>8. Unit Terkait</td><td>Unit pelayanan , Apotek pelayanan puskesmas, jaringan puskesmas( puskesmas pembantu dan pos kesehatan desa), gudang farmasi</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>1. LPLPO<br>2. Kartu Stok Obat</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No.</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal Diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">SOP PENGUMPULAN DAN PENYIMPANAN LAPORAN</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="4">S<br>0<br>P</td><td>No. Dokumen</td><td>: 440/09/PKM-JELAI</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>No. Revisi</td><td>: R1</td></tr>
<tr><td>Tanggal Terbit</td><td>: 02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td>Halaman</td><td>: 1/4</td></tr>
<tr><td>UPT<br>PUSKESMAS<br>JELAI</td><td colspan="3">Ditetapkan oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>NUR AFNI, S.KM<br>NIP. 19801004 200312 2 005</td></tr>
<tr><td>1.Pengertian</td><td colspan="3">1. Pengumpulan data adalah kegiatan mengumpulkan data-data yang dibutuhkan baik di dalam instansi Puskesmas sendiri maupun instansi lain. Proses ini dilakukan oleh koordinator pengumpulan data yang berkaitan dengan hasil laporan seluruh kegiatan program.<br>2. Penyimpanan (storing) adalah menempatkan data pada alat-alat penyimpanan apakah berupa daftar kertas, mikrofilm atau dalam bentuk laporan-laporan yang dapat dipelihara sebaik mungkin dan dilihat serta diambil kembali pada saat diperlukan.<br>3. Pengambilan kembali (retrieving) adalah mengambil keterangan kembali dari arsip bila informasi tersebut masih segar atau tidak usang agar dapat dipakai sebagai informasi.</td></tr>
<tr><td>2.Tujuan</td><td colspan="3">Sebagai acuan dalam melaksanakan pengumpulan, penyimpanan, dan retrieving (pencarian kembali) data.</td></tr>
<tr><td>3.Kebijakan</td><td colspan="3">Keputusan Kepala Puskesmas Nomor 04 Tahun 2023 tentang Pengumpulan dan Analisis Data serta Pelaporan dan Distribusi Informasi</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 4.Referensi | 1.UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;<br>2.UU Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;<br>3.Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;<br>4.Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaran Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga;<br>5.Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas;<br>6.Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 5. Prosedur / Langkah-Langkah | 1. Petugas melakukan identifikasi data.<br>2. Petugas meminta data.<br>3. Petugas menerima data dari sumber data.<br>4. Petugas melakukan pengecekan data.<br>5. Petugas melakukan pengembalian data untuk data yang belum lengkap.<br>6. Petugas pengumpul data/petugas mengumpulkan seluruh data hasil kegiatan puskesmas maupun dari instansi lain yang terkait.<br>7. Petugas memilah sesuai sumber jenis data hasil kegiatan puskesmas antara lain yaitu:<br>a. Data pencapaian hasil kegiatan puskesmas<br>b. Data manajemen puskesmas<br>c. Data materi-materi pengajaran puskesmas<br>d. Data tahunan.<br>8. Petugas menyimpan data dan informasi dalam bentuk soft file dan hard copy di bank data puskesmas.<br>9. Petugas mencari soft file dan hard copy jika sewaktu-waktu data yang sudah disimpan dibutuhkan kembali. |

| | |
|---|---|
| 6. Bagan Alir |  |
| 7.Hal-hal yang perlu diperhatikan | |
| 8.Unit Terkait | Pokja UKP, Pokja UKM, Pokja Admen, Pokja Mutu dan Pokja Jaringan dan Jejaring. |
| 9.Dokumen Terkait | Semua Laporan Puskesmas. |

| | |
|---|---|
| 10.Rekaman Histori Perubahan | |

| No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tangga mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | Kebijakan Baru | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 84 tentang penetapan Program Manajemen Mutu | 02 Januari 2023 |
| 2 | KOP SOP | Disesuaikan dengan pedoman penyusunan dokumen akreditasi tahun 2023 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="3">SOP PENDAFTARAN</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>SOP</td><td>No. Dokumen<br>No. Revisi<br>Tanggal Terbit<br>Halaman</td><td>: 440/ 29 /PKM JELAI<br>: R1<br>: 02 Januari 2023<br>:1/2</td></tr>
<tr><td>PUSKESMAS JELAI</td><td colspan="3">Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>NUR AFNI,S.KM<br>NIP.19801004 200312 2 005</td></tr>
<tr><td>1.Pengertian</td><td colspan="3">Pendaftaran adalah semua kegiatan yang dilakukan di loket pendaftaran mulai dari pasien datang sampai pasien menuju ke unit pelayanan yang dituju.</td></tr>
<tr><td>2. Tujuan</td><td colspan="3">Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pendaftaran.</td></tr>
<tr><td>3. Kebijakan</td><td colspan="3">SK Kepala Puskesmas Nomor 95 Tahun 2023 tentang standar layanan klinis</td></tr>
<tr><td>4. Referensi</td><td colspan="3">DEPKES R1 2006 Tentang Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis</td></tr>
<tr><td>5. Prosedur</td><td colspan="3">1. DEPKES R1 2006 Tentang Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis<br>2. Petugas mempersilahkan pasien mengambil nomor antrian<br>3. Petugas melakukan pendaftaran sesuai nomor antrian<br>4. Petugas pendaftaran menanyakan persyaratan berobat berupa identitas pasien (KTP, BPJS dan nomor kartu berobat)<br>5. Petugas pendaftaran mengecek NIK pasien untuk memastikan pasien tersebut terdaftar sebagai peserta BPJS atau tidak, jika punya nomor BPJS, maka pasien termasuk ke pasien BPJS, jika pasien tidak memiliki nomor BPJS maka masuk pasien umum dan dicatat di buku register.<br>6. Petugas pendaftaran menanyakan apakah pasien baru petama kali berkunjung kepuskesmas, bila iya petugas membuatkan kartu berobat dan membuatkan rekam medis baru<br>7. Apabila pasien peserta bpjs kunjungan ke 2 dan lupa membawa kartu berobat, petugas pendaftaran akan mencari nomor kartu berobat sampai ditemukan. Dan bila kartu berobat hilang dan petugas tidak menemukan nomor kartu berobat yang dicari maka petugas pendaftaran membuatkan kartu berobat yang baru</td></tr>
</table>

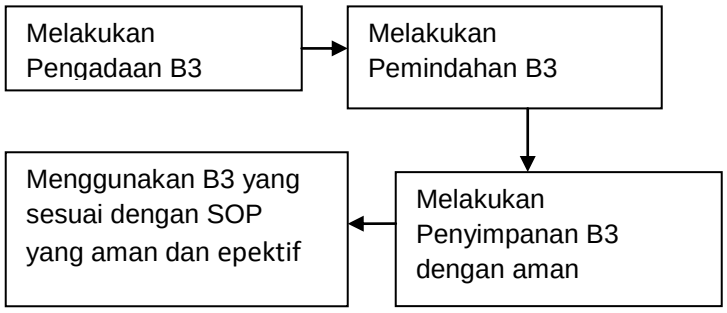
<table>
<tr><td></td><td>8. Petugas pendaftaran meminta pasien menunggu diruang tunggu.<br>9. Petugas pendaftaran mengantarkan rekam medis ke poli yang di tuju<br>10. Petugas pendaftaran kembali keruang pendaftaran<br>11. Bagi pasien gawat darurat, pasien langsung menuju ruang tindakan, baru dilakukan pendaftaran oleh keluarga atau pengantar</td></tr>
<tr><td>6. Bagan Alir</td><td></td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td></td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td>Loket Pendaftaran</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td></td></tr>
<tr><td>10. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENGELOLAAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)** | |
| | **S O P**<br>No. Dokumen : 440/219 /PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>TanggalTerbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/3 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |

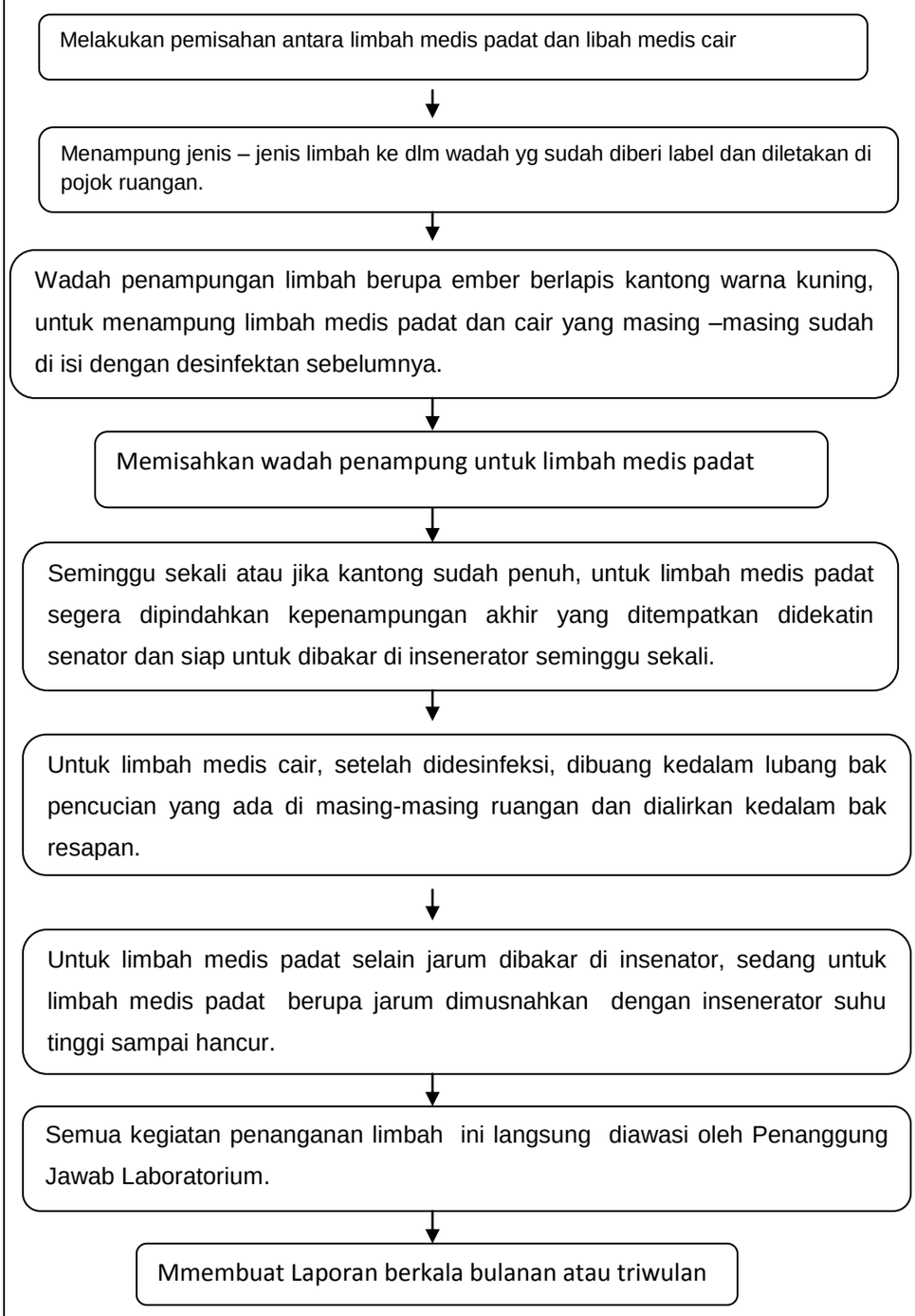
| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pengelolaan Bahan berbahaya dan beracun (B3) adalah suatu kegiatan mengelola termasuk menyimpan, menggunakan dan atau membuang bahan yang karena sifat atau konsistensinya dan atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan atau merusak linkungan hidup, kesehatan, kelangsungan hidup manusia serta makhluk hidup lainnya |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengelola bahan berbahaya dan beracun (B3) berupa proses pengadaan, pemindahan, penyimpanan, penggunaan, penanganan, dan pembuangan limbah B3 untuk mencegah dan mengendalikan dampak lingkungan yang akan muncul sebagai konsekuensi atas penggunaan bahan tersebut. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis |
| 4. Referensi | Peraturan Pemerintah RI Nomor 74 Tahun 2001 tentang Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun<br>Permenkes No. 37 tahun 2012 tentang Penyelenggaran Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | **a. Pengadaan B3**<br>Petugas memastikan tiap pengadaan B3 harus terlampir lembar MSDS, labeling B3, informasi dampak bahaya dan informasi P3K dan APD nya |

| | |
|---|---|
| | **b. Pemindahan B3**<br>1. Petugas memastikan kelengkapan administrasi sebelum bongkar B3 berupa daftar nama B3 yang akan dibongkar, prosedur kerja dan perizinan, dan daftar petugas dan penanggungjawab<br>2. Petugas harus mengetahui resiko/bahaya B3, cara pencegahan dan penanggulangan<br>3. Petugas menggunakan APD yang sesuai<br>4. Petugas menghindari tindakan tidak aman seperti merokok,makan dan minum didekatbahan B3, dll**.**<br>**c. Penyimpanan B3**<br>1. Petugas memastikan tempat penyimpanan B3 dibuat agar aman dari pengaruh alam dan lingkungan, memiliki sirkulasi udara dan ventilasi yang baik, dan aman dari gangguan bioloagis (tikus, rayap, dll)<br>2. Petugas melakukan pemisahan dan pengelompokan penempatan B3 untuk menghindari reaktivitas<br>3. Petugas melakukan penyusunan yang tidak melebihi batas maksimum agar tidak roboh dan rapi<br>4. Petugas memastikan penyimpanan B3 harus dilengkapi dengan symbol/label B3 (Label isi, safety, resikobahaya) serta cara pencegahan dan pertolonganpertama<br>**d. Penggunaan B3**<br>1. Petugas menerapkan perencanaan dan penerapan K3 dalam penggunaan B3<br>2. Petugas menggunakan APD yang sesuai dengan factor resiko bahayanya, APAR & P3K harus siap dancukup<br>3. Petugas pengguna B3 menggunakan peralatan kerja yang layak pakai<br>4. Petugas pengguna B3 harus bekerja sesuai SOP yang aman dan efektif<br>5. Petugaspengguna B3 membersihkan dan mengamankan alat-alat kerja, lingkungan kerja, dan wadah sisa B3 jika telahselesai |

<table>
<tr><td></td><td>6. melepas APD setelah selesai melakukan pengelolaan B3 dan cuci tangan.</td></tr>
<tr><td>7. Bagan Alir</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>8. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>Analis/ petugas laboratorium terlatih mencatat data penderita, melakukan persiapan pederita, serta peralatan dan reagensia, melakukan tindakan melaksanakan prosedur pemeriksaan, membuat pencatatan dan pelaporan.</td></tr>
<tr><td>9. Unit terkait</td><td>Ruang Laboratorium</td></tr>
<tr><td>10. Dokumen terkait</td><td></td></tr>
<tr><td>11. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENGELOLAAN LIMBAH HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM** | |
| | **S O P** | No. Dokumen : 440/220/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/3 |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | 1. Limbah medis cair : pelarut organik, bahan kimia untuk pengujian, air bekas pencucian alat, sisa spesimen (darah, urine)<br>2. Limbah medis padat :peralatan habis pakai, seperti alat suntik, sarung tangan, kapas, botol spesimen, kemasan reagen.<br>3. Desinfektan :bahan kimia untuk pembunuh mikroorganisme.<br>4. Insenerator :alat untuk tempat pembakaran sampah atau limbah medis. | |
| 2. Tujuan | Mengetahui pengelolaan limbah medis hasil pemeriksaan di laboratorium | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomo 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis. | |
| 4. Referensi | 1. Pedoman Laboratorium Good Laboratory Practice Tahun 2004<br>2. Permenkes No. 37 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Laboratorium Puskesmas | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1. Pisahkan antara limbah medis padatdanlimbahmediscair.<br>2. Tampungmasing-masingjenislimbahdalamwadah yang sudah diberi label dan tempatkan disudut ruangankerja yang aman dan hygienis.<br>3. Wadah penampungan limbah berupa ember berlapis kantong warna kuning, untuk menampung limbah medis padat yang masing –masing sudah diisi dengan desinfektan sebelumnya.<br>4. Pisahkan wadah penampungan untuk limbah medis padat yang berupa jarum (jarum suntik, jarum lancet),dengan yang selain jarum (kapas, kemasan reagen, sarung tangan, dll).<br>5. Seminggu sekali atau jika kantong sudah penuh, untuk limbah medis padat segera dipindahkan kepenampungan akhir yang ditempatkan didekatin senator dan siap untuk dibakar di insenerator seminggu sekali. | |

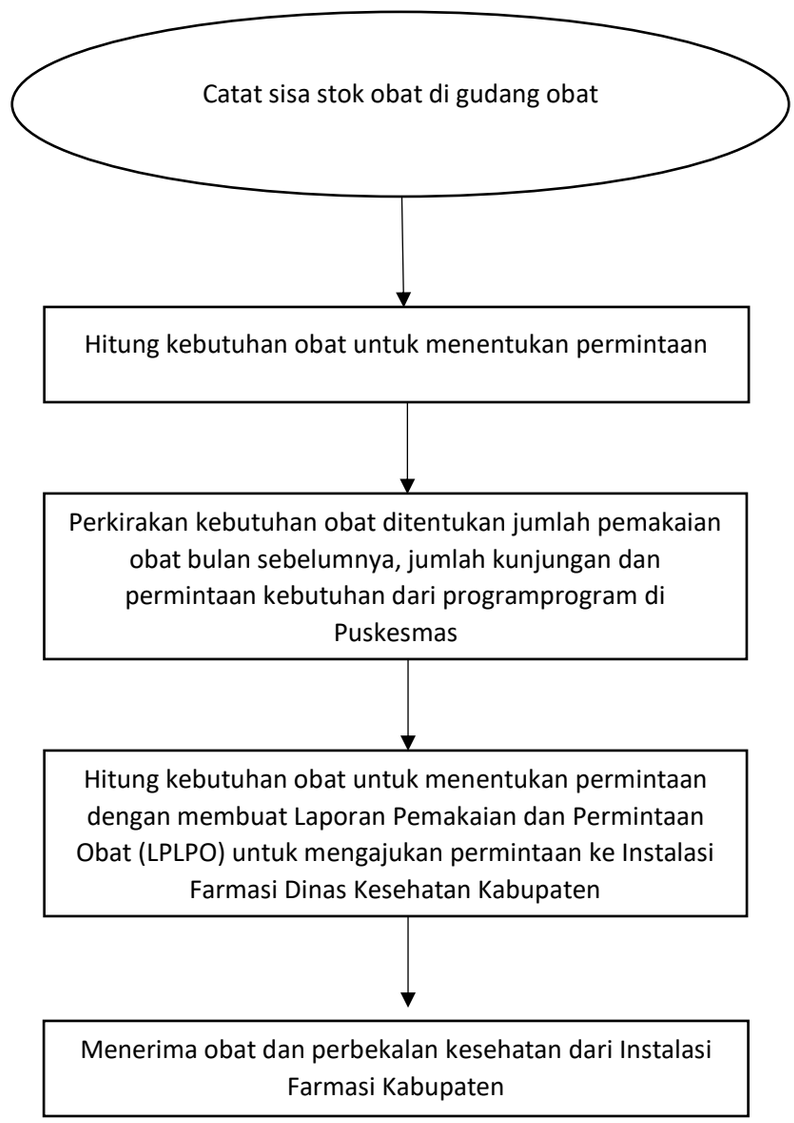
| | |
|---|---|
| | 6. Untuk limbah medis cair, setelah didesinfeksi, dibuang kedalam lubang bak pencucian yang ada di masing-masing ruangan dan dialirkan kedalam bak resapan.<br>7. Untuk limbah medis padat selain jarum dibakar di insenator, sedang untuk limbah medis padat berupa jarum dimusnahkan dengan insenerator suhu tinggi sampai hancur.<br>8. Semua kegiatan penanganan limbah ini langsung diawasi oleh Penanggung Jawab Laboratorium.<br>9. Dibuat laporan berkala bulanan atau triwulan oleh Penanggung Jawab Laboratorium. |
| 6. BaganAlir |  |

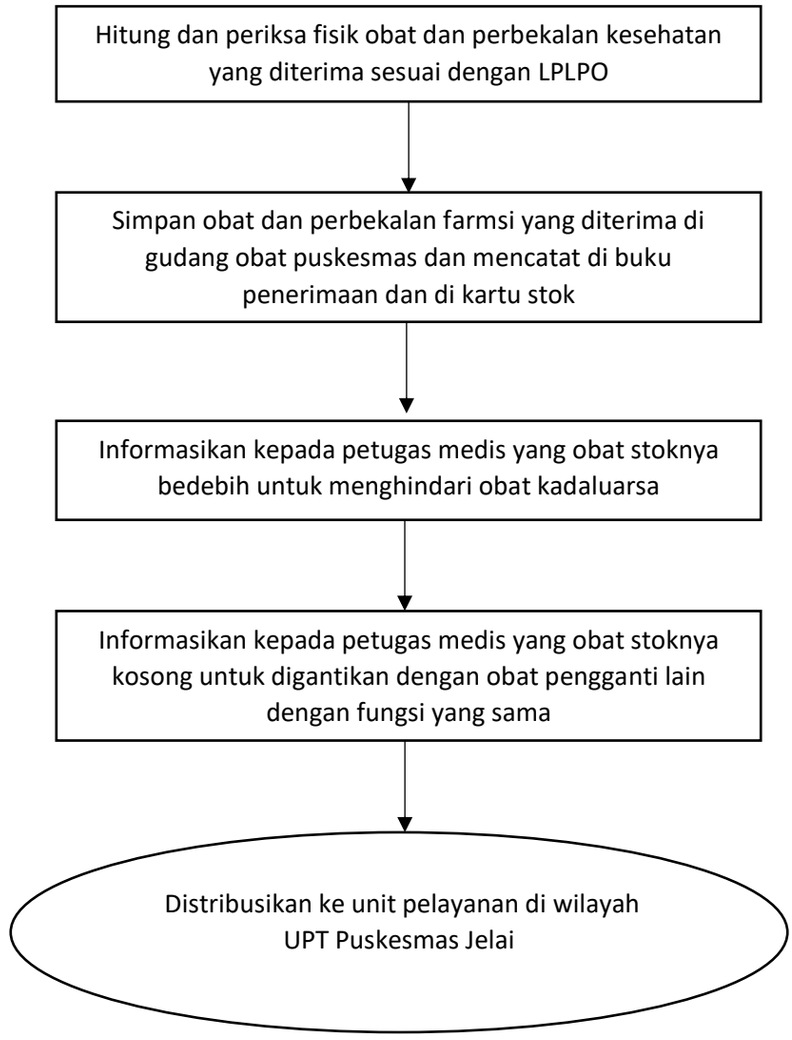
<table>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td colspan="5">Analis/ petugas laboratorium terlatih mencatat data penderita, melakukan persiapan pederita, serta peralatan dan reagensia, melakukan tindakan melaksanakan prosedur pemeriksaan, membuat pencatatan dan pelaporan.</td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td colspan="5">Ruang Laboratorium</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">10. Rekaman historis perubahan</td><td rowspan="5"></td><td>No</td><td>Yang diubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tanggal mulai diberlakukan</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI DAN BAHAN MEDIS PAKAI** | |
| | | No. Dokumen : 440/189/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/3 | |

| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNIS.KM**<br>NIP 19801004 200312 2 005 |
| **1. Pengertian** | Suatu kegiatan untuk memastikan tercapainya sasaran yang diinginkan sesuai dengan strategi dan program yang telah ditetapkan sehingga tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan obat di unit pelayanan kesehatan dasar. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk tidak terjadinya kelebihan dan kekosongan obat di unit pelayanan Kesehatan dasar. |
| **3. Kebijakan** | SK Kepala Puskesmas Nomor 128 Tahun 2023 tentang Pelayanan Farmasi |
| **4. Referensi** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masarakat |
| **5. Prosedur Langkah-langkah** | 1. Petugas mencatat sisa stok obat di Gudang obat puskesmas.<br>2. Petugas menghitung kebutuhan obat untuk menentukan permintaan<br>3. Petugas memperkirakan kebutuhan obat ditentukan jumlah pemakaian obat bulan sebelumnya, jumlah kunjungan dan permintaan kebutuhan dari program-program di Puskesmas<br>4. Petugas membuat Laporan Pemakaian dan Permintaan Obat (LPLPO) untuk mengajukan permintaan ke Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten<br>5. Petugas menerima obat dan perbekalan Kesehatan dari Instalasi Farmasi Kabupaten<br>6. Petugas menghitung dan memeriksa fisik obat dan Perbekalan Kesehatan yang diterima sesuai dengan LPLPO: |

| | |
|---|---|
| | a. Apabila barang sesuai, petugas gudang obat puskesmas meminta tanda tangan kepada petugas Instalasi Farmasi Kesehatan<br>b. Apabila barang tidak sesuai maka petugas Obat langsung mengkonfirmasikan kepada petugas Instalasi Farmasi<br>7. Petugas menyimpan Obat dan perbekalan farmsi yang diterima di gudang Obat puskesmas dan mencatat di buku penerimaan dan di kartu Stok<br>8. Petugas menginformasikan kepada petugas medis yang Obat stoknya berlebih untuk menghindari obat kadaluarsa<br>9. Petugas menginformasikan kepada petugas medis yang Obat stoknya kosong untuk digantikan dengan Obat pengganti Iain dengan fungsi yang sama<br>10. Petugas mendistribusikan ke unit pelayanan (Apotek, Kia, Tłndakan, Umum, Gigi dan Laboratorium) dan unit pelayanan pustu dan polindes di wilayah UPT Puskesmas Jelai |
| **6. Bagan Air** |  |




| | |
|---|---|
| **7. Hal-hal yang perlu diperhatikan** | 1. Jumlah dan jenis obat yang dibutuhkan<br>2. Jumlah obat kosong<br>3. Jumlah obat kadaluarsa |
| **8. Unit Terkait** | 1. Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan<br>2. Gudang Obat Puskesmas<br>3. Sub unit pelayanan puskesmas didalam maupun diluar gedung |
| **9. Dokumen Terkait** | 1. LPLPO puskesmas dan sub unit pelayanan<br>2. SBBK Penerimaan Obat<br>3. Kartu Stok Obat<br>4. Resep Obat |

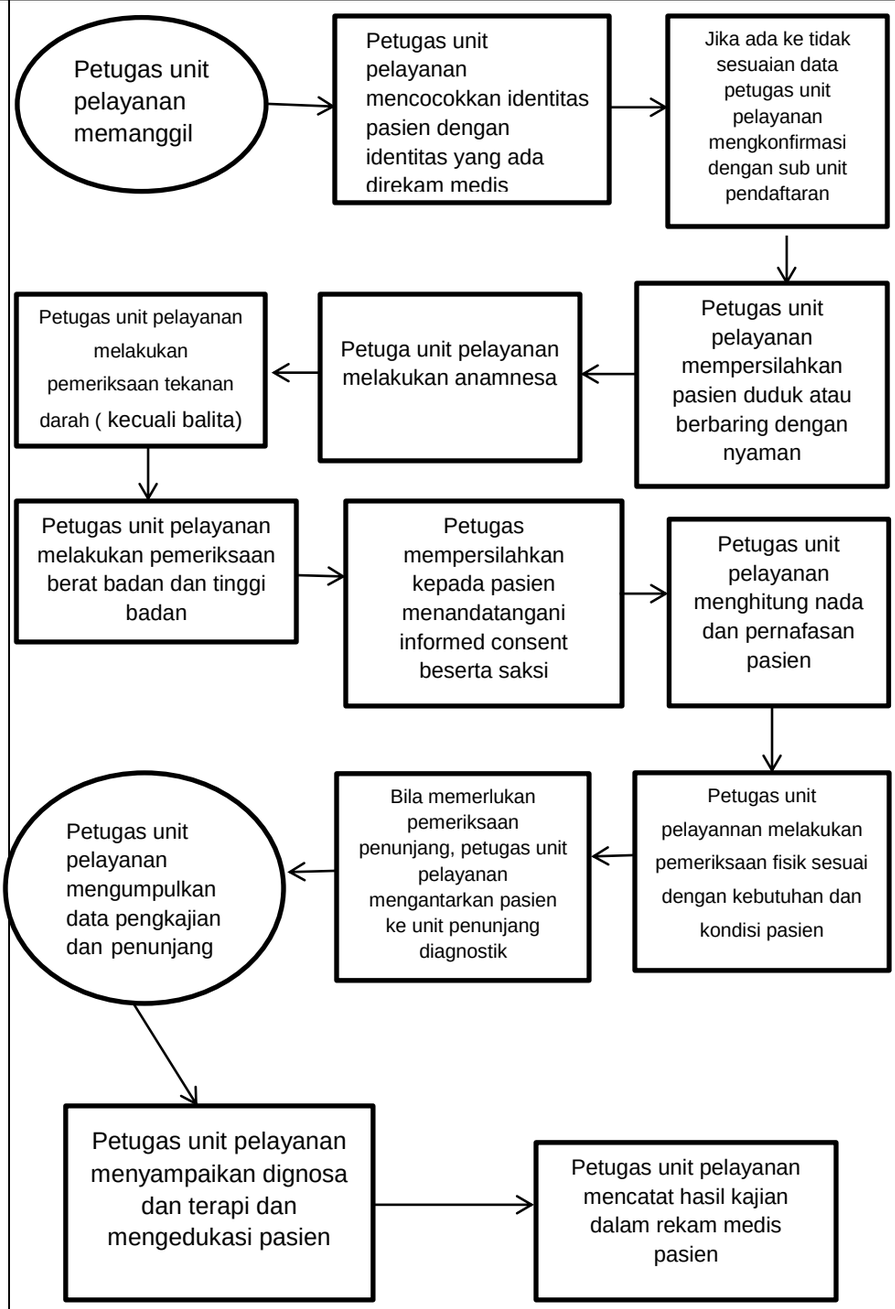
**10. Rekam Historis Perubahan**

| No. | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1 | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENGKAJIAN AWAL** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen | : 440/141/PKM JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | :1/2 |

| | |
|---|---|
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Pengkajian pasien adalah proses kajian kepada pasien yang meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosila untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien beserta keluarga. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengkajian awal klinis. |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor 95 Tahun 2023 tentang standar layanan klinis |
| 4. Referensi | Pedoman pengobatan dasar di puskesmas Tahun 2011 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas unit pelayanan memanggil nama.<br>2. Petugas unit pelayanan mencocokkan identitas pasien dengan identitas yang ada direkam medis<br>3. Jika ada ke tidak sesuaian data petugas unit pelayanan mengkonfirmasi dengan sub unit pendaftaran<br>4. Petugas unit pelayanan mempersilahkan pasien duduk atau berbaring dengan nyaman<br>5. Petuga unit pelayanan melakukan anamnesa<br>6. Petugas unit pelayanan melakukan pemeriksaan tekanan darah (kecuali balita)<br>7. Petugas unit pelayanan melakukan pemeriksaan berat badan dan tinggi badan<br>8. Petugas mempersilahkan kepada pasien menandatangani general consent<br>9. Petugas unit pelayanan menghitung nada dan pernafasan pasien<br>10. Petugas unit pelayanan melakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien<br>11. Bila memerlukan pemeriksaan penunjang, petugas unit pelayanan mengantarkan pasien ke unit penunjang diagnosa<br>12. Petugas unit pelayanan mengumpulkan data pengkajian dan penunjang<br>13. Petugas unit pelayanan menyampaikan diagnosa dan terapi dan mengedukasi pasien |

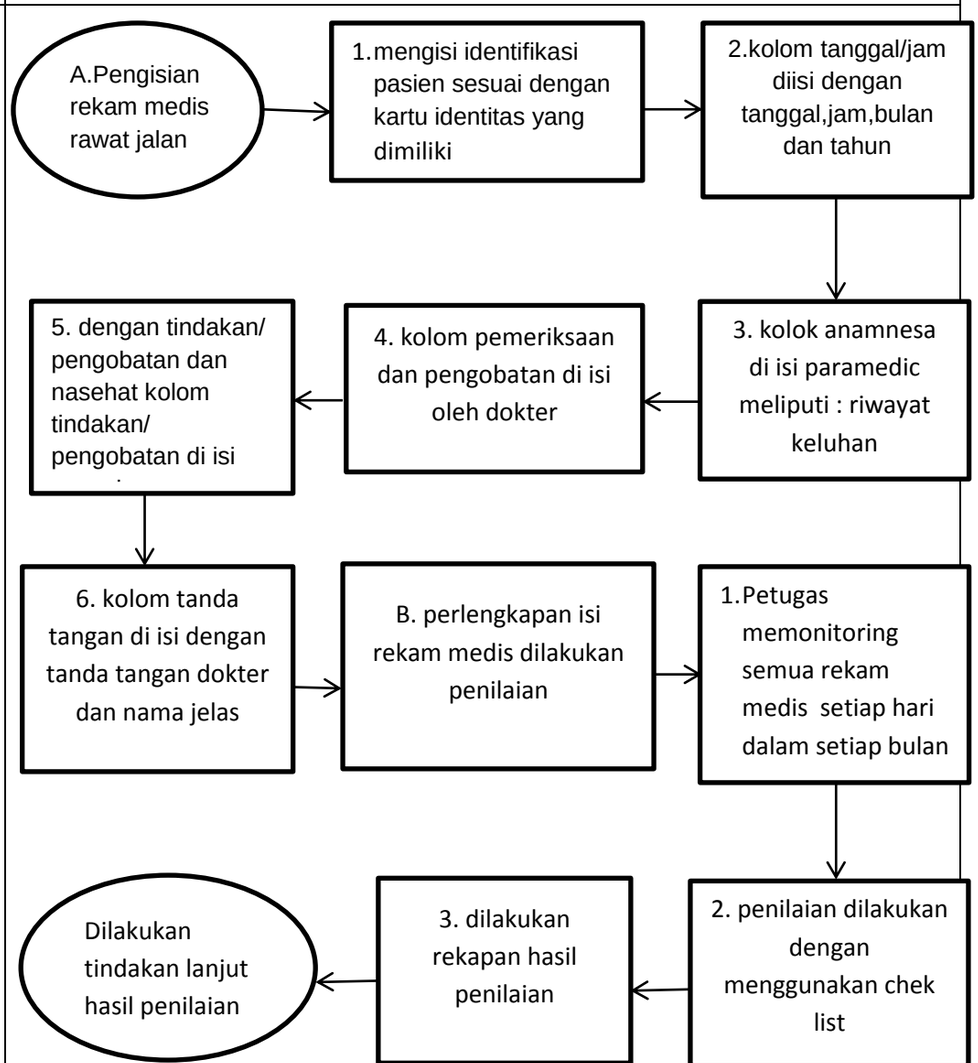
| | |
|---|---|
| | 14. Petugas unit pelayanan mencatat hasil kajian dalam rekam medis pasien |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |
| 8. Unit Terkait | Loket pendaftaran dan semua unit pelayanan |
| 9. Dokumen terkait | |
| 10. Rekaman historis perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

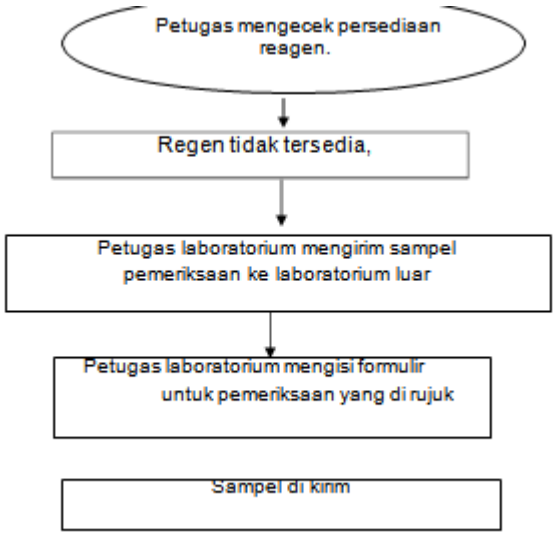
| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENULISAN REKAM MEDIS** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/142/PKM JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | :1/3 |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Rekam medis adalah catatan kondisi kesehatan pasien, pengobatan, rencana tindakan dan terapi pasien yang harus terjamin kerahasiannya. Rekam medis harus dinilai dan diisi dengan lengkap dan jelas |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penilaian kelengkapan dan ketetapan isi rekam medis. |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor 106 Tahun 2023 tentang penyelenggaraan Rekam medis. |
| 4. Referensi | Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III.2008 tentang rekam medis |
| 5. Prosedur | 1. Pengisian rekam medis rawat jalan<br>a. Mengisi identitas pasien dengan kartu identitas yang dimiliki<br>b. Kolom tanggal/jam diisi dengan tanggal, jam, bulan dan tahun<br>c. Kolom anamnesa diisi paramedis meliputi: riwayat keluhan<br>d. Kolom pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan diisi oleh dokter<br>e. Kolom tindakan/pengobatan diisi sesuai dengan tindakan/pengobatan dan nasehat/penyuluhan yang diberikan<br>f. Persetujuan dan penolakan tindakan jika diperlukan<br>g. kolom tanda tangan diisi dengan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dan nama jelas<br>2. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat<br>a. mengisi identitas pasien sesuai dengan kartu identitas yang dimiliki<br>b. Kolom tanggal/jam di isi dengan tanggal, jam, bulan dan tahun<br>c. Kolom anamnesa di isi paramedis meliputi: riwayat keluhan<br>d. Kolom pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan di isi oleh dokter<br>e. Kolom tindakan/ pengobatan di isi sesuai dengan tindakan/ pengobatan dan nasehat/ penyuluhan yang diberikan |

| | |
|---|---|
| | f. Persetujuan dan penolakan tindakan jika diperlukan<br>g. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan di unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut<br>h. kolom tanda tangan di isi dengan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dan nama jelas<br>i. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan<br>j. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lainnya |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |
| 8. Unit terkait | Semua unit pelayanan |
| 9. Dokumen Terkait | Rekam medis |
| 10. Rekaman historis perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

| | | |
|---|---|---|
| | **PENYAMPAIAN PELAYANAN LABORATORIUM JIKA REAGEN TIDAK TERSEDIA** | |
| | **S O P**<br>No. Dokumen : 440/213/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>TanggalTerbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Prosedur yang dilakukan jika ketersediaan reagen di unit laboratorium habis atau tidak tersedia. | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan standar dalam melakukan Pelayanan laboratorium yang maksimal | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | Permenkes RI No.37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan laboratorium puskesmas | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | a. Persiapan Alat dan Bahan :<br>1. Alat tulis<br>2. Surat permohonan reagensia<br>3. Buku laporan penggunaan reagen<br>b. Petugas yang melaksanakan :<br>Petugas Laboratorium<br>c. Langkah-langkah :<br>1. Pertugas laboratorium menyampaikan kepada pemeriksaan jika reagen pemeriksaan tidak tersedia<br>2. Petugas laboratorium menyampaikan bahwa pemeriksaan tidak tersedia kepada pasien, dan menyamapaikan sampel pasien akan dilakukan pengiriman keluar laboratorium puskesmas. | |

| | |
|---|---|
| | 3. Jika ada pemeriksaan yang reagennya tidak tersedia, maka petugas laboratorium mengirim sampel pemeriksaan tersebut ke laboratorium luar.<br>4. Formulir permintaan pemeriksaan<br>5. laboratorium secara lengkap (identitas pasien, diagnosa dan jenis pemeriksaan laboratorium) dan memberi nama pada sampel.<br>6. Petugas laboratorium memberikan sampel dan formulir permintaan pemeriksaan ke pengirim sampel.<br>7. Sampel yang dikirim dimasukkan ke dalam bok sampel yang berisi es/cold box (sampel tidak boleh kontak langsung dengan es).<br>8. Pemeriksaan yang dikirim ke luar datanya dimasukkan dalam buku rujukan pemeriksaan. |
| 6. Bagan Alir |  |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | . |
| 8. Unit terkait | ➢ Ruang Laboratorium |
| 9. Dokumen terkait | Kartu stok |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. Rekaman historis perubahan | | **No** | **Yang diubah** | **Isi Perubahan** | **Tanggal mulai diberlakukan** |
| | | | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| | | | | | |
| | | | | | |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENYIAPAN MAKANAN** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/132/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |

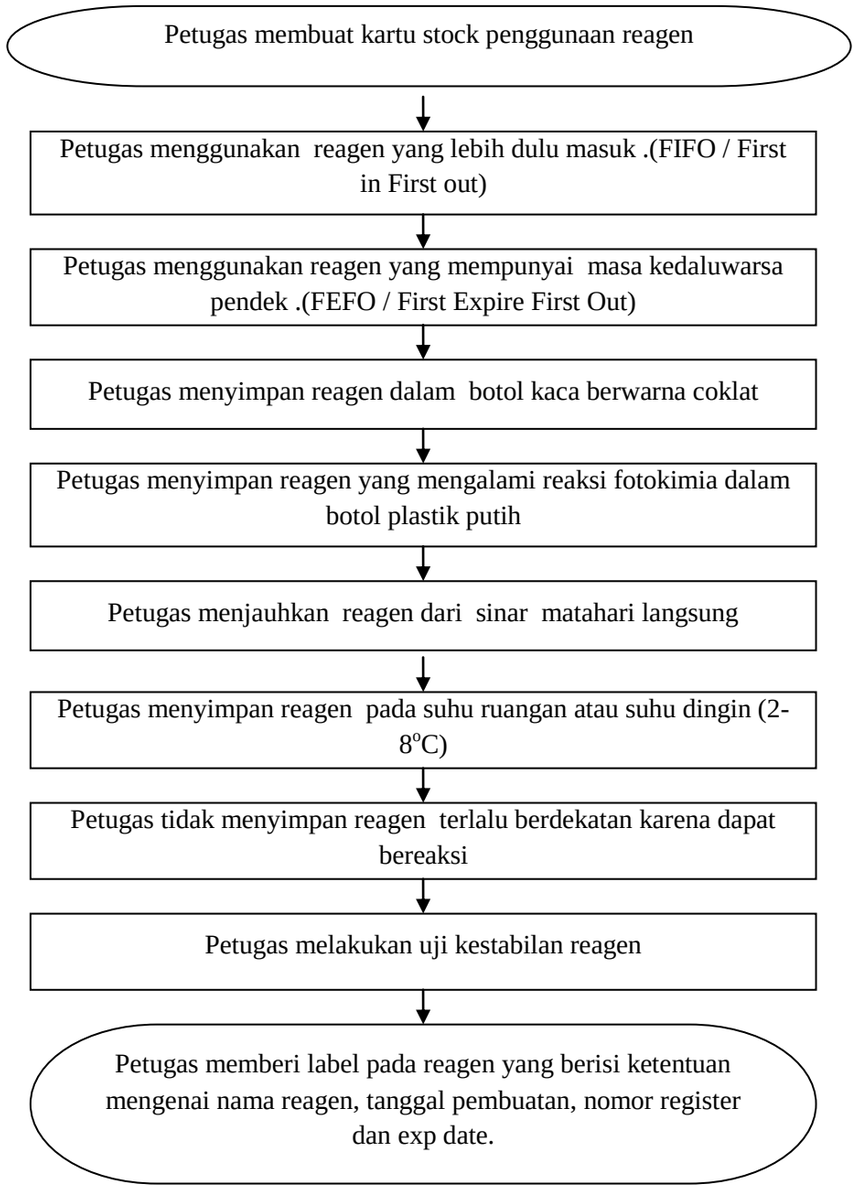
| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP 19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Penyiapan makanan adalah salah satu prinsip hygiene dan sanitasi makanan. Penyajian makanan kepada pasien adalah suatu proses memberikan makanan kepada pasien sesuai dengan diet yang dibutuhkan dan tepat sesuai dengan identitas pasien. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penyiapan makanan yang aman terhadap kontaminasi dan pembusukan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 tentang tentang Jenis-Jenis Pelayanan. |
| 4. Referensi | Buku Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas nutrisionis menghubungi dan memberikan jadwal untuk pemberian makan pada pasien.<br>2. Petugas catering/masak menerima informasi jadwal dan mempersiapkan diri untuk mengolah makanan<br>3. Petugas catering/masak memasang celemek, masker dan penutup kepala.<br>4. Petugas catering/masak mencuci tangan dengan sabun.<br>5. Petugas catering/masak menyiapkan bahan makanan.<br>6. Petugas catering/masak melakukan pengolahan bahan makanan.<br>7. Petugas catering/masak memisahkan makanan yang telah diolah sesuai jenisnya.<br>8. Petugas catering/masak menyiapkan kotak nasi, mika plastik dan sendok.<br>9. Petugas catering/masak melakukan plating makanan sesuai pemesanan.<br>10. Petugas catering/masak menutup nasi kotak dengan rapat untuk menghindari kontaminasi dengan kuman dan bakteri. |
| 6. Bagan Alir | |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8. Unit terkait | Rawat Inap dan Ruang Persalinan | | | |
| 9. Dokumen terkait | Asuhan Gizi | | | |
| 10. Rekaman historis perubahan | No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

| | | |
|---|---|---|
| | **PENYIMPANAN DAN DISTRIBUSI REAGENSIA** | |
| | **S O P** | No. Dokumen : 440/214/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>TanggalTerbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 |

| | |
|---|---|
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Penyimpanan dan distribusi reagen adalah merupakan kegiatan dalam melakukan pengendalian reagen meliputi: penerimaan penyimpanan dan pendistribusian reagen |
| 2. Tujuan | Untuk mengawasi operasional Laboratorum agar mendapatkan hasil yang optimal dan berkualitas |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis |
| 4. Referensi | Good laboratory practice |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1. Petugas membuat kartu stock penggunaan reagen.<br>2. Petugas menggunakan reagen yang lebih dulu masuk .(FIFO / First in First out)<br>3. Petugas menggunakan reagen yang mempunyai masa kedaluwarsa pendek .(FEFO / First Expire First Out)<br>4. Petugas menyimpan reagen dalam botol kaca berwarna coklat.<br>5. Petugas menyimpan reagen yang mengalami reaksi fotokimia dalam botol plastik putih.<br>6. Petugas menjauhkan reagen dari sinar matahari langsung.<br>7. Petugas menyimpan reagen pada suhu ruangan atau suhu dingin (2-8$^{o}$C)<br>8. Petugas tidak menyimpan reagen terlalu berdekatan karena dapat bereaksi.<br>9. Petugas melakukan uji kestabilan reagen.<br>10. Petugas memberi label pada reagen yang berisi ketentuan mengenai nama reagen, tanggal pembuatan, nomor register dan exp date. |

6. BaganAlir




7. Hal-hal yang perlu diperhatikan

Buku inventaris reagen dan alat

8. Unit terkait

Ruang Laboratorium

9. Dokumen terkait

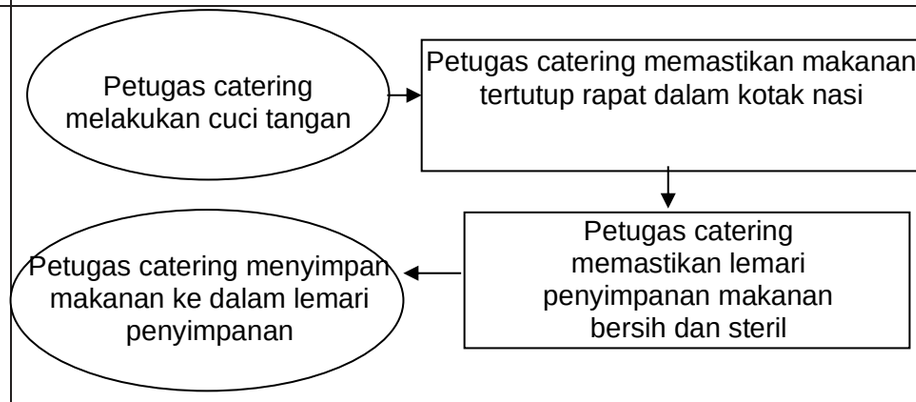
1. BukuPermintaanReagen
2. Kartustok

10. Rekaman historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggalmulaidiberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK danNomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| | | | |
| | | | |

TERKENDALI

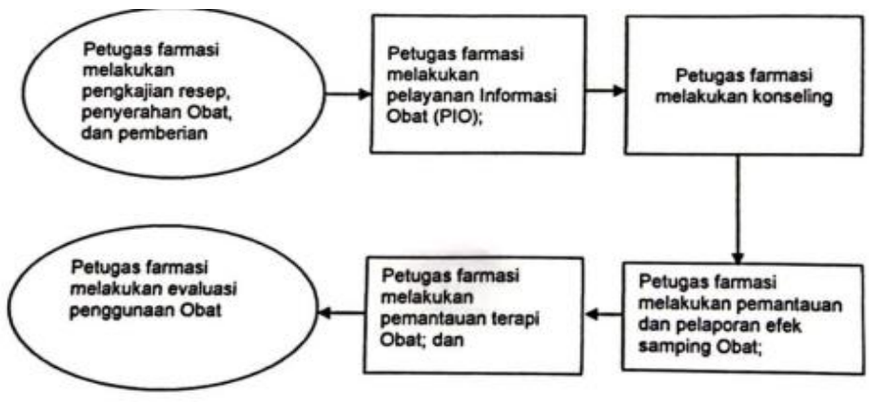
| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENYIMPANAN MAKANAN** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/133/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP. 19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Serangkaian kegiatan Penyimpanan Makanan |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas untuk melaksanakan penyimpanan makanan |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 tentang tentang Jenis-Jenis Pelayanan. |
| 4. Referensi | Buku Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas catering mencuci tangan sebelum melakukan prosedur<br>2. Petugas catering memastikan makanan tertutup rapat dalam kotak nasi.<br>3. Petugas catering memastikan lemari penyimpanan makanan bersih dan steril.<br>4. Petugas catering menyimpan makan tersebut ke dalam lemari penyimpanan sebelum didistribusikan kepada pasien. |
| 5. Bagan Alir |  |
| 6. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |
| 7. Unit terkait | Rawat Inap, Ruang Bersalin dan Ruang Gizi |
| 8. Dokumen terkait | Rekam Medis, Asuhan Gizi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9. Rekaman historis perubahan | No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | S O P | **PELAYANAN FARMASI KLINIK** | |
| | | No. Dokumen : 440/191/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi : R1 | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |

| | |
|---|---|
| UPT Puskemas Jelai | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| **1. Pengertian** | Suatu kegiatan pelayan farmasi yang terdiri dari perencanaan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan, pelaporan, pengarsipan serta pemantauan dan evaluasi pengelolaan. |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah bagi petugas farmasi untuk melakukan pengelolaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai di Puskesmas Jelai |
| **3. Kebijakan** | SK Kepala Puskesmas Nomor 128 Tahun 2023 tentang Pelayanan Farmasi. |
| **4. Referensi** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 tentang standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. |
| **5. Prosedur Langkah-langkah** | 1. Petugas farmasi melakukan pengkajian resep, penyerahan obat, dan pemberian informasi obat;<br>2. Petugas farmasi melakukan pelayanan Informasi Obat(PIO);<br>3. Petugas farmasi melakukan konseling<br>4. Petugas farmasi melakukan pemantauan dan pelaporan efek samping obat;<br>5. Petugas farmasi melakukan pemantaun terapi obat;<br>6. Petugas farmasi melakukan evaluasi penggunaan obat; |
| **6. Bagan Air** |  |

<table>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>Pelayanan yang ada diruang farmasi</td></tr>
<tr><td>8. Unit Terkait</td><td>Ruang Farmasi</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td>Resep</td></tr>
<tr><td>10. Rekam Historis Perubahan</td><td>
<table>
<tr><td>No.</td><td>Yang dirubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tanggal Diberlakukan</td></tr>
<tr><td>1</td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

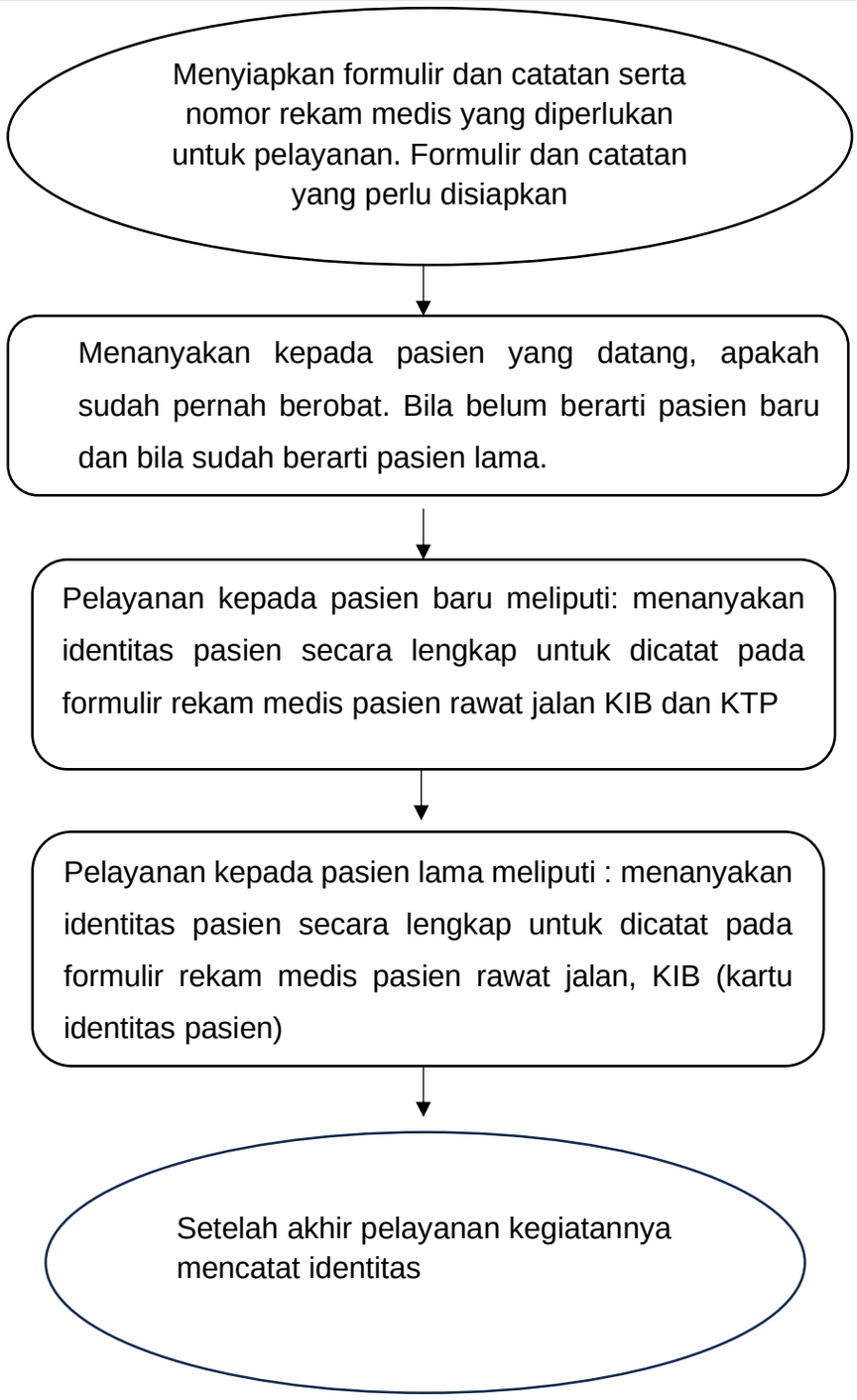
TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **SOP PELAYANAN REKAM MEDIS** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen | : 440/76/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/4 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI, S.KM**<br>NIP. 19801004 200312 2 005 |

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Pengertian | Berkas Rekam Medis merupakan catatan informasi yang akurat tentang data pasien yang meliputi catatan identitas pasien, anamnesis, penentu fisik, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang, diagnosis, Tindakan medis, dan proses pengobatan yang diberikan kepada pasien. Informasi yang ada pada berkas rekam medis bersifat rahasia sehingga harus dijaga keamanan dan kerahasiannya. |
| 2. | Tujuan | 1. Tertib administrasi dalam rangka upaya meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan di UPT Puskesmas Jelai.<br>2. Tersedianya pedoman bagi petugas terkait dengan kegiatan penyimpanan / pengeluaran kembali berkas rekam medis dari rak atau ruang penyimpanan berkas rekam medis.<br>3. Menjaga keamanan dan kerahasiaan berkas rekam medis. |
| 3. | Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Nomor 106 tahun 2023 tentang Penyelenggaraan rekam medis |
| 4. | Referensi | Permenkes No. 269 tahun 2008 |
| 5. | Prosedur / Langkah-langkah | 1. Menyiapkan formulir dan catatan serta nomor rekam medis yang diperlukan untuk pelayanan. Formulir dan catatan yang perlu disiapkan yaitu :<br>a. Formulir-formulir dokumen rekam medis rawat jalan baru yang telah diberi nomor rekam medis, yaitu formulir rekam medis yang belum berisi catatan pelayanan pasien yang lalu.<br>b. Buku register pendaftaran pasien rawat jalan, yaitu buku yang berisi catatan identitas pasien sebagai catatan pendaftaran. |

| | | |
|---|---|---|
| | | c. KIB/KTP (Kartu Identitas Berobat/Kartu Tanda Pengenal Pasien), yaitu kartu identitas pasien yang diserahkan kepada pasien untuk digunakan Kembali bila datang berobat lagi.<br>2. Buku catatan penggunaan nomor rekam medis, yaitu buku yang berisi catatan penggunaan nomor rekam medis .<br>3. Menanyakan kepada pasien yang datang, apakah sudah pernah berobat. Bila belum berarti pasien baru dan bila sudah berarti pasien lama.<br>4. Pelayanan kepada pasien baru meliputi:<br>a. Menanyakan identitas pasien secara lengkap untuk dicatat pada formular rekam medis pasien rawat jalan, KIB dan KTP.<br>b. Menyerahkan KIB kepada pasien dengan pesan untuk membawa Kembali bila datang berobat berikutnya.<br>c. Menyimpan KTP sesuai urutan nomor rekam medis.<br>d. Menanyakan keluhan utamanya guna memudahkan mengarahkan pasien ke poliklinik yang sesuai.<br>e. Menanyakan apakah membawa surat rujukan, bila membawa :Tempelkan pada formulir rekam medis pasien rawat jalan.<br>f. Baca isinya ditujukan kepada dokter siapa atau diagnosisnya apa guna mengarahkan pasien menuju ke poliklinik yang sesuai.<br>g. Mempersilahkan pasien menunggu diruang tunggu poliklinik yang sesuai.<br>h. Mengirimkan dokumen rekam medis ke poliklinik yang sesuai.<br>5. Pelayanan kepada pasien lama meliputi :<br>a. Menanyakan identitas pasien secara lengkap untuk dicatat pada formulir rekam medis pasien rawat jalan, KIB (kartu identitas berobat)<br>6. Setelah akhir pelayanan kegiatannya adalah :<br>a. Mencatat identitas pada buku register pendaftaran pasien rawat jalan.<br>b. Mencocokkan jumlah pasien dengan jumlah pendaftaran pasien rawat jalan.<br>c. Penggunaan nomor rekam medis, agar tidak terjadi duplikasi.<br>d. Merekapitulasi jumlah kunjungan pasien baru dan lama, untuk keperluan statistik puskesmas (Laporan Bulanan Loket). |

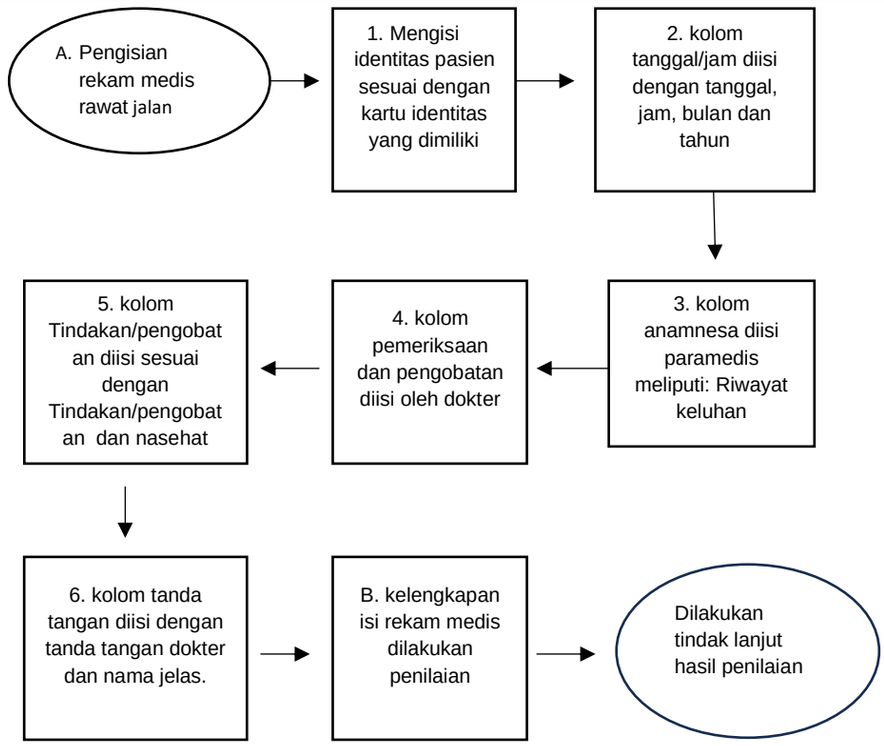
| | | |
|---|---|---|
| 6. | Bagan Alir |  |
| 7. | Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |
| 8. | Unit terkait | - |
| 9. | Dokumen terkait | Rekam Medis |

<table>
<tr>
<td>10.</td>
<td>Rekaman history perubahan</td>
<td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **SOP PENULISAN REKAM MEDIS** | | |
| | SOP | No. Dokumen | : 440/77/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 JANUARI 2023 |
| | | Halaman | : 1/3 |
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI, S.KM**<br>NIP. 19801004 200312 2 005 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Pengertian | Rekam Medis adalah catatan kondisi Kesehatan pasien, pengobatan, rencana tindakan dan terapi pasien yang harus terjamin kerahasiannya. Rekam medis harus dinilai dan diisi dengan lengkap dan jelas. |
| 2. | Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. |
| 3. | Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 106 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis |
| 4. | Referensi | Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III.2008 tentang Rekam Medis |
| 5. | Prosedur / Langkah-langkah | A. Pengisian rekam medis rawat jalan :<br>a. Mengisi identitas pasien sesuai dengan kartu identitas yang dimiliki<br>b. Kolom tanggal/jam di isi dengan tanggal, jam, bulan dan tahun<br>c. Kolom anamnesa diisi paramedis meliputi : Riwayat keluhan<br>d. Kolom pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan diisi oleh dokter<br>e. Kolom Tindakan/pengobatan diisi sesuai dengan Tindakan/pengobatan dan nasehat/penyuluhan yang diberikan<br>f. Persetujuan dan penolakan Tindakan jika diperlukan<br>g. Kolom tanda tangan diisi dengan tanda tangan dokter, perawat gigi atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan dan nama jelas.<br>B. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat :<br>a. Mengisi identitas pasien sesuai dengan kartu identitas yang dimiliki<br>b. Kolom tanggal/jam diisi dengan tanggal, jam, bulan, dan tahun |

| | | |
|---|---|---|
| | | c. Kolom anamnesa diisi paramedis meliputi : Riwayat keluhan<br>d. Kolom pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan diisi oleh dokter<br>e. Kolom Tindakan/pengobatan diisi sesuai dengan Tindakan/pengobatan dan nasehat/penyuluhan yang diberikan<br>f. Persetujuan dan penolakan Tindakan jika diperlukan<br>g. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayan diunit gawat darurat dan rencana tindak lanjut<br>h. Kolom tanda tangan diisi dengan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan dan nama jelas.<br>i. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga Kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan Kesehatan.<br>j. Sarana transfortasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan kesarana pelayanan Kesehatan lainnya. |
| 6. | Bagan Alir |  |
| 7. | Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |
| 8. | Unit terkait | Semua Unit Pelayanan |
| 9. | Dokumen terkait | Rekam Medis |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. | Rekaman history perubahan | **No** | **Yang diubah** | **Isi Perubahan** | **Tanggal mulai diberlakukan** |
| | | 1 | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

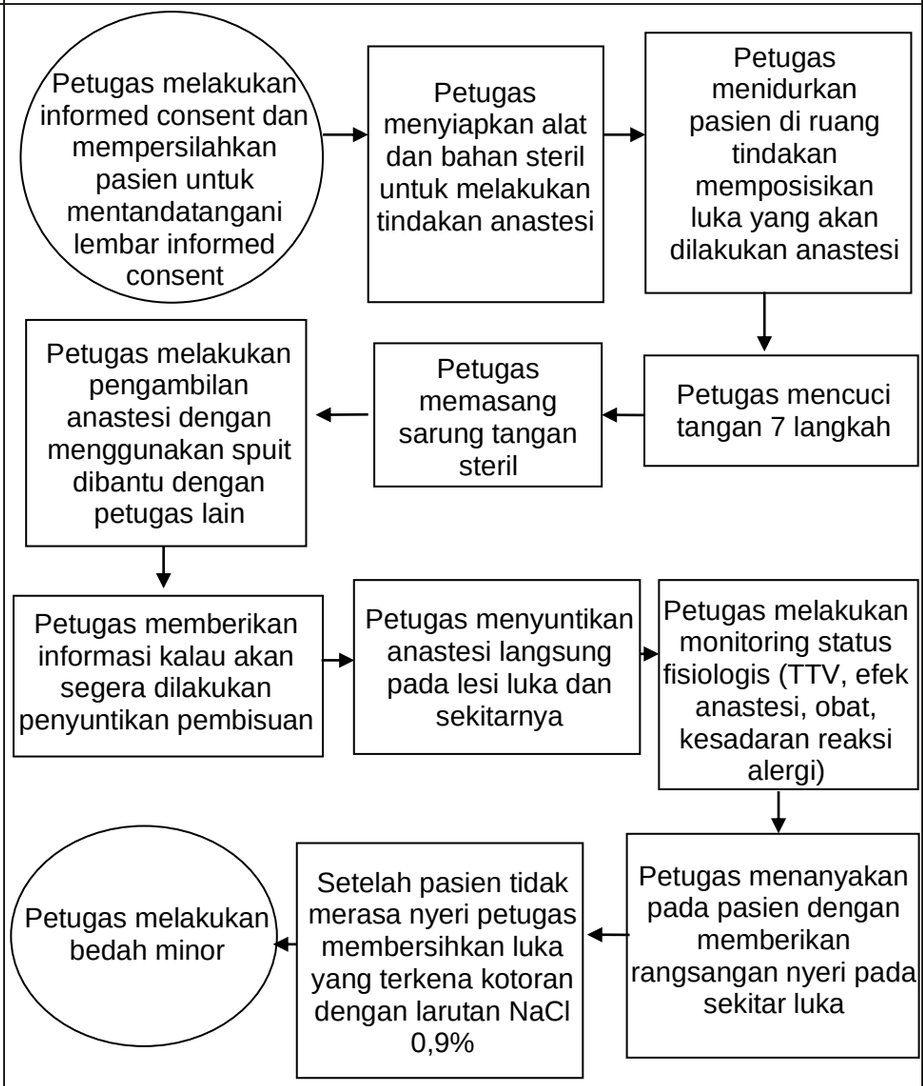
| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PELAYANAN ANASTESI** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/73/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Pemberian anastesi lokal adalah tindakan menghilangkan rasa sakit atau nyeri secara lokal tanpa disertai hilangnya kesadaran.<br>Pemberian anastesi lokal dapat dengan teknik :<br>• Anastesi topikal adalah pengolesan atau penyemprotan analgetik lokal diatas selaput mokosa seperti mata, hidung, faring anastesi permukaan dilakukan untu kasus insisi abses.<br>• Anastesi infiltrasi adalah penyuntikan larutan analgetik lokal langsung diarahkan disekitar tempat lesi, luka atau insisi. Anastesi infiltrasi dilakukan pada kasus penjahitan luka ekstrasi kuku, eksisi clavus, sirkumsisi dan pencabutan gigi rahan atas.<br>• Anastesi blok adalah penyuntikan analgetik local langsung kesaraf utama atau pleksus saraf anastesi blok dilakukan pada kasus pencabutan gigi rahang bawah. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemberian anastesi lokal. |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 105 Tahun 2023 Tentang Pelayanan Anastesi |
| 4. Referensi | Kapita Selekta Kedokteran Jilid l, Tahun 2000. |
| 5. Prosedur | 1. Setelah diagnose ditegakan petugas menentukan rencana layanan klinis yang membutuhkan anastesi lokal<br>2. Petugas melakukan informed conset<br>3. Petugas mempersilhkan pasien untuk menandatangani lembar informed consent.<br>4. Petugas memeprsiapkan alat dan bahan steril untuk melakukan tindakan anastesi<br>5. Petugas menidurkan pasien diruang tindakan memposisikan luka yang aka dilakukan anastesi.<br>6. Petugas mencuci tangan dengan 7 langkah<br>7. Petugas memasang sarung tangan steril<br>8. Petugas mengambil Obat anastesi dengan menggunakan spuit dibantu dengan petugas Iain.<br>9. Petugas memberikan informasi kalau akan segera dilakukan penyuntika pembiusan untuk menghilangkan rasa sakit.<br>10. Petugas menyuntikkan Obat anastesi lokal langsung ke lesi |

luka dan sekitarnya secara blockade lingkar dan Obat disuntikan intradermal atau subcutan.

11. Petugas melakukan monitoring status fisiologis (TTV, efek anestesi, Obat, kesadaran reaksi alergi) pasien selama proses anestesi sedasi setiap 10 menit
12. Petugas menanyakan pada pasien dengan memberikan rangsangan nyeri pada sekitar luka.
13. Setelah pasien tidak merasa nyeri petugas membersihkan luka yang terkena kotora dengan larutan nacl 0.9%
14. Petugas melakukan bedah minor.

6. Bagan Alir




7. Hal-hal yang perlu diperhatikan: -

8. Unit terkait: Seluruh Unit Pelayanan

9. Dokumen terkait: Lembar Informed Consent, Rekam Medis, Laporan Tindakan Pembedahan, Buku Register Pasien.

10. Rekaman historis perubahan

| No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PENGEOLAAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP)** | |
| | **S O P** | No. Dokumen : 440/234/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/3 |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Pengeolaan bahan medis habis pakai adalah upaya pelaksanaan laboratorium terutama kegiatan yang meliputi proses penyediaan penyimpanan dan penggunaan. | |
| 2. Tujuan | Agar pelayanan laboratorium menjadi efektif dan mendapatkan hasil pemeriksaan yang akurat dan presisi | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | Permenkes RI No.37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan laboratorium puskesmas | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1. Petugas menginventaris bahan medis habis pakai yang dibutuhkan untuk pemeriksaan.<br>2. Petugas mengajukan permintaan bahan medis habis pakai yang baru datang.<br>3. Petugas memberi label pada bahan medis habis pakai.<br>4. Petugas melakukan penyimpanan bahan medis haabis pakai sesuai dengan ketentuan yang ada di brosur atau leaflet, di tempat yang tidak lembab an juga tidak terkena sinar matahari.<br>5. Petuga menyimpan bahan medis habis pakai dengan cara melihat bahan medis habis pakai yang tanggak kadarluarsanya lebih awal diletakkan dibagian depan untuk memudahkan dalam penggunaan dan menghindari reegen yang kkadarluarsa.<br>6. Bahan medis habis pakai siap digunakan. | |
| 6. BaganAlir | | |
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | | |
| 8. Unit terkait | Laboratorium<br>Ruang Farmasi | |
| 9. Dokumen terkait | Kartu Stok | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. Rekaman historis perubahan | | **No** | **Yang diubah** | **Isi Perubahan** | **Tanggalmulaidiberlakukan** |
| | | | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| | | | | | |
| | | | | | |

TERKENDALI

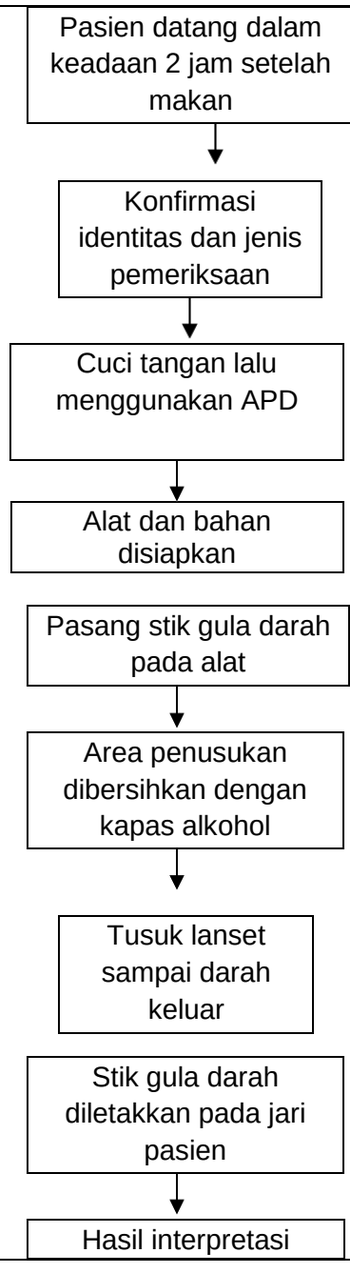
| | | | |
|---|---|---|---|
| | **DISTRIBUSI MAKANAN** | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/180/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/1 |

| | |
|---|---|
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP. 19801004 200312 2 005 |
| 1. Pengertian | Kegiatan penyaluran makanan kepada pasien setelah dilakukan penyiapan makanan |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan distribusi makanan pasien |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 tentang tentang Jenis-Jenis Pelayanan. |
| 4. Referensi | Buku Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013 |
| 5. Prosedur | 1. Petugas Nutrisionis menghubungi petugas catering untuk mengirimkan makanan yang sudah siap .<br>2. Petugas catering hanya mengantarkan makanan sampai di depan pintu masuk IGD.<br>3. Setelah makanan datang, petugas nutrisionis mencuci tangan dan menggunakan APD untuk menerima makanan dari petugas catering.<br>4. Petugas nutrisionis menempelkan label etiket makanan pasien yang berisi nama pasien, ruangan dan jenis diet.<br>5. Makanan siap didistribusikan kepada pasien.<br>6. Petugas melakukan pemberian makan kepada pasien sesuai SOP. |
| 7. Bagan Alir | |
| 8. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - |
| 9. Unit terkait | Rawat Inap dan Ruang Bersalin |
| 10. Dokumen terkait | Asuhan Gizi |

| 11. Rekaman historis perubahan | No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|---|
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

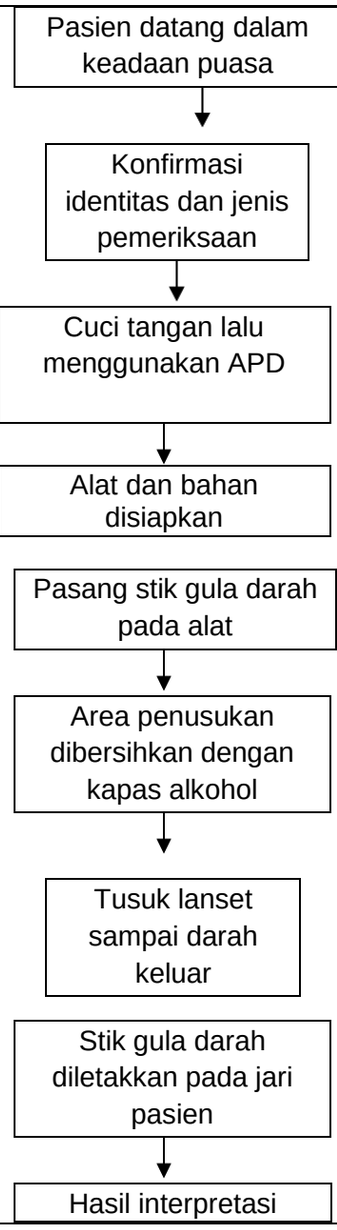
| | | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN GULA DARAH 2JAM PP** | |
| | S O P<br>No. Dokumen : 440/221 /PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Pemeriksaan gula darah 2 jam post puasa (GD 2jam PP) adalah tindakan untuk mengetahui hasil gula darah pasien 2 jam setelah pasien makan setelah sebelumnya pasien puasa minimal 8-10 jam. | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam melaksanakan Pemeriksaan Gula Darah 2 jam PP di Puskesmas | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | Kit Brosur Alat Autochek | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | **1. Alat dan Bahan**<br>a. Alat Autochek<br>b. Stik Gula Darah<br>c. Kapas Alkohol<br>d. Lanset<br>e. Blood Lanset<br>f. Darah kapiler<br>**2. Langkah - Langkah**<br>a. Pasien datang ke ruang laboratorium membawa pengatar laboratorium dari unit terkait dalam keadaan 2 jam Setelah Makan.<br>b. Petugas menyapa pasien dengan 5S dan mempersilahkan pasien duduk.<br>c. Petugas meminta pengantar laboratorium dan mengkonfirmasi identitas dan jenis pemeriksaan.<br>d. Petugas menjelaskan prosedur pemeriksaan.<br>e. Petugas melakukan cuci tangan lalu menggunakan alat pelindung diri.<br>f. Petugas menyiapkan alat dan bahan pemeriksaan.<br>g. Petugas memasang stik gula darah pada alat.<br>h. Petugas membersihkan area penusukan menggunakan kapas alkohol, ditunggu kering.<br>i. Ditusuk menggunakan lanset pada jari pasien sampai darah keluar.<br>j. Petugas meletakan stik gula darah pada jari pasien yang telah ditusuk sampai darah masuk pada stik.<br>k. Tunggu selama kurang lebih 10 detik untuk membaca hasil gula darah pasien sampai alat glukometer berbunyi. | |

| | |
|---|---|
| | l. Petugas menulis hasil interpretasi pada form pengantar laboratorium, register pemeriksaan dan buku monitoring laboratorium. |
| 1. Bagan Alir |  |
| 2. Hal-hal yang perlu diperhatikan | Keadaan Alat |
| 3. Unit terkait | Ruang Laboratorium |
| 4. Dokumen terkait | Register Pemeriksaan dan Pengantar Laboratorium |
| 5. Rekaman historis perubahan | |

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |
| | | | |
| | | | |

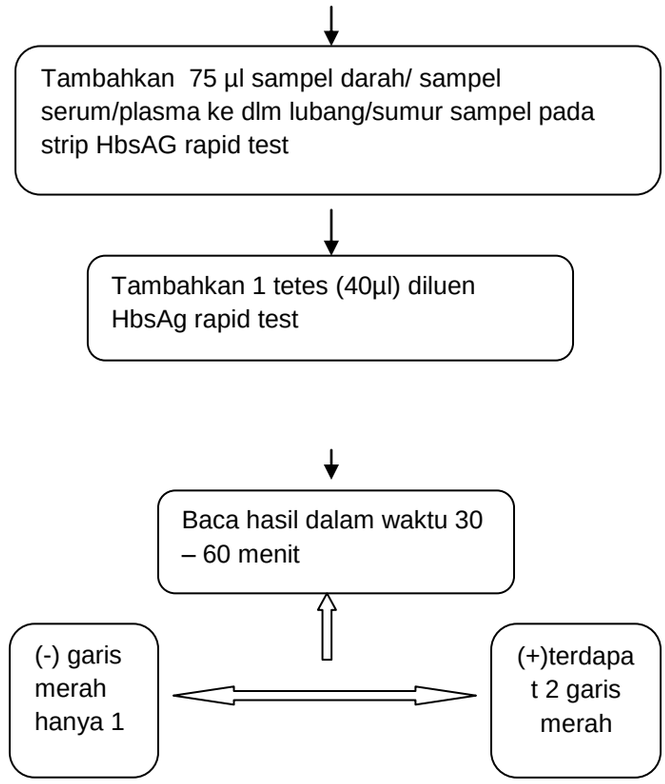
TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN GULA DARAH PUASA** | |
| | S O P<br>No. Dokumen : 440/222 /PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Pemeriksaan gula darah Puasa adalah tindakan untuk mengetahui hasil gula darah pasien setelah pasien puasa selama 8 – 10 jam | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam melaksanakan Pemeriksaan Gula Darah puasa di Puskesmas | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | Kit Brosur Alat Autochek | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | **1. Alat dan Bahan**<br>a. Alat Autochek<br>b. Stik Gula Darah<br>c. Kapas Alkohol<br>d. Lanset<br>e. Blood Lanset<br>f. Darah kapiler<br>**2. Langkah - Langkah**<br>a. Pasien datang ke ruang laboratorium membawa pengatar laboratorium dari unit terkait dalam keadaan Puasa<br>b. Petugas menyapa pasien dengan 3S dan mempersilahkan pasien duduk.<br>c. Petugas meminta pengantar laboratorium dan mengkonfirmasi identitas dan jenis pemeriksaan.<br>d. Petugas menjelaskan prosedur pemeriksaan.<br>e. Petugas melakukan cuci tangan lalu menggunakan alat pelindung diri.<br>f. Petugas menyiapkan alat dan bahan pemeriksaan.<br>g. Petugas memasang stik gula darah pada alat<br>h. Petugas membersihkan area penusukan menggunakan kapas alkohol, ditunggu kering.<br>i. Ditusuk menggunakan lanset pada jari pasien sampai darah keluar.<br>j. Petugas meletakan stik gula darah pada jari pasien yang telah ditusuk sampai darah masuk pada stik<br>k. Tunggu selama kurang lebih 10 detik untuk membaca hasil gula darah pasien sampai alat glukometer berbunyi. | |

<table>
<tr><td></td><td>l. Petugas menulis hasil interpretasi pada form pengantar laboratorium, register pemeriksaan dan buku monitoring laboratorium.</td></tr>
<tr><td>1. Bagan Alir</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>2. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>Keadaan Alat</td></tr>
<tr><td>3. Unit terkait</td><td>Ruang Laboratorium</td></tr>
<tr><td>4. Dokumen terkait</td><td>Register Pemeriksaan dan Pengantar Laboratorium</td></tr>
<tr><td>5. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

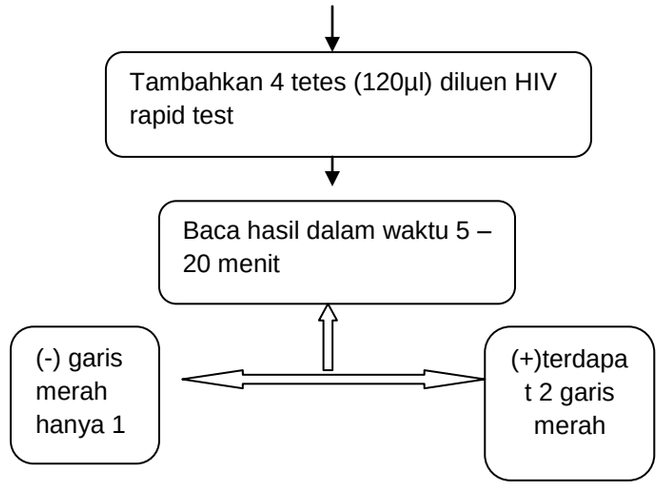
| | | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN HBsAg** | |
| | **S O P**<br>No. Dokumen : 440/223/PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |
| 1. Pengertian | Pemeriksaan HBsAg merupakan pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan serum / plasma yang bertujuan untuk mendeteksi ada atau tidaknya antigen spesifik untuk HBsAg | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam melaksanakan pemeriksaan HBsAg di puskesmas | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis | |
| 4. Referensi | Manual Petunjuk Pemeriksaan HBsAg | |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1. Petugas menyiapkan HbsAg rapid test strip dengan meletakkan pada permukaan datar pada suhu ruang.<br>2. Petugas menambahkan 50 µl sampel darah atau sampel serum/plasma ke dalam lubang/sumur sampel pada strip HbsAg rapid test.<br>3. Petugas membaca hasil pengujian dalam waktu 20 menit dengan intepretasi hasil :<br>a. Non reaktif : terbentuk 1 garis berwarna pada zona garis kontrol<br>b. Reaktif : terbentuk 2 berwarna yaitu pada zona garis kontrol, zona garis test.<br>4. Petugas melakukan pencatatan hasil pemeriksaan. | |
| 5. Bagan Alir | Siapkan HbsAg rapid test strip pada permukaan datar | |

<table>
<tr><td></td><td> 
</td></tr>
<tr><td>6. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td></td></tr>
<tr><td>7. Unit terkait</td><td>Laboratorium<br>Poli KIA<br>Poli Umum<br>R.inap</td></tr>
<tr><td>8. Dokumen terkait</td><td></td></tr>
<tr><td>9. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | |
|---|---|---|
| | **PEMERIKSAAN HIV** | |
| | S O P<br>No. Dokumen : 440/224 /PKM-JELAI<br>No. Revisi : R1<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemeriksaan HIV adalah pemeriksaan laboratorium dengan bahan sample darah/serum/plasma untuk mendeteksi virus HIV dalam darah dengan metode rapid test |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam melaksanakan Pemeriksaan HIV di Puskesmas |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala Puskesmas Jelai Nomor 95 Tahun 2023 tentang Standar Layanan Klinis |
| 4. Referensi | Manual Kit Alat |
| 5. Prosedur/ Langkah – langkah | 1. Petugas menyiapkan HIV rapid test strip dengan meletakkan pada permukaan datar pada suhu ruang.<br>2. Petugas menambahkan 20 µl sampel darah atau 10 µl sampel serum/plasma ke dalam lubang/sumur sampel pada strip HIV rapid test.<br>3. Petugas menambahkan 4 tetes (120 µl) diluent HIV rapid test ke dalam lubang yang telah terisi sampel<br>4. Petugas membaca hasil pengujian dalam waktu 5–20 menit dengan intepretasi hasil :<br>a. Non reaktif : terbentuk 1 garis berwarna pada zona garis kontrol<br>b. Reaktif : terbentuk 2 atau 3 garis berwarna yaitu pada zona garis kontrol, zona garis test 1 dan atau zona garis test 2<br>5. Petugas melakukan pencatatan hasil pemeriksaan. |
| 6. Bagan Alir | Siapkan HIV rapid test strip pada permukaan datar<br>↓<br>Tambahkan 20µl sampel darah/10µl sampel serum/plasma ke dlm lubang/sumur sampel pada strip HIV rapid test |

<table>
<tr><td></td><td> 
</td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td>Masa kadaluarsa RDT</td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td>Ruang Laboratorium</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td>Buku Register LAB</td></tr>
<tr><td>10. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang diubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tanggal mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

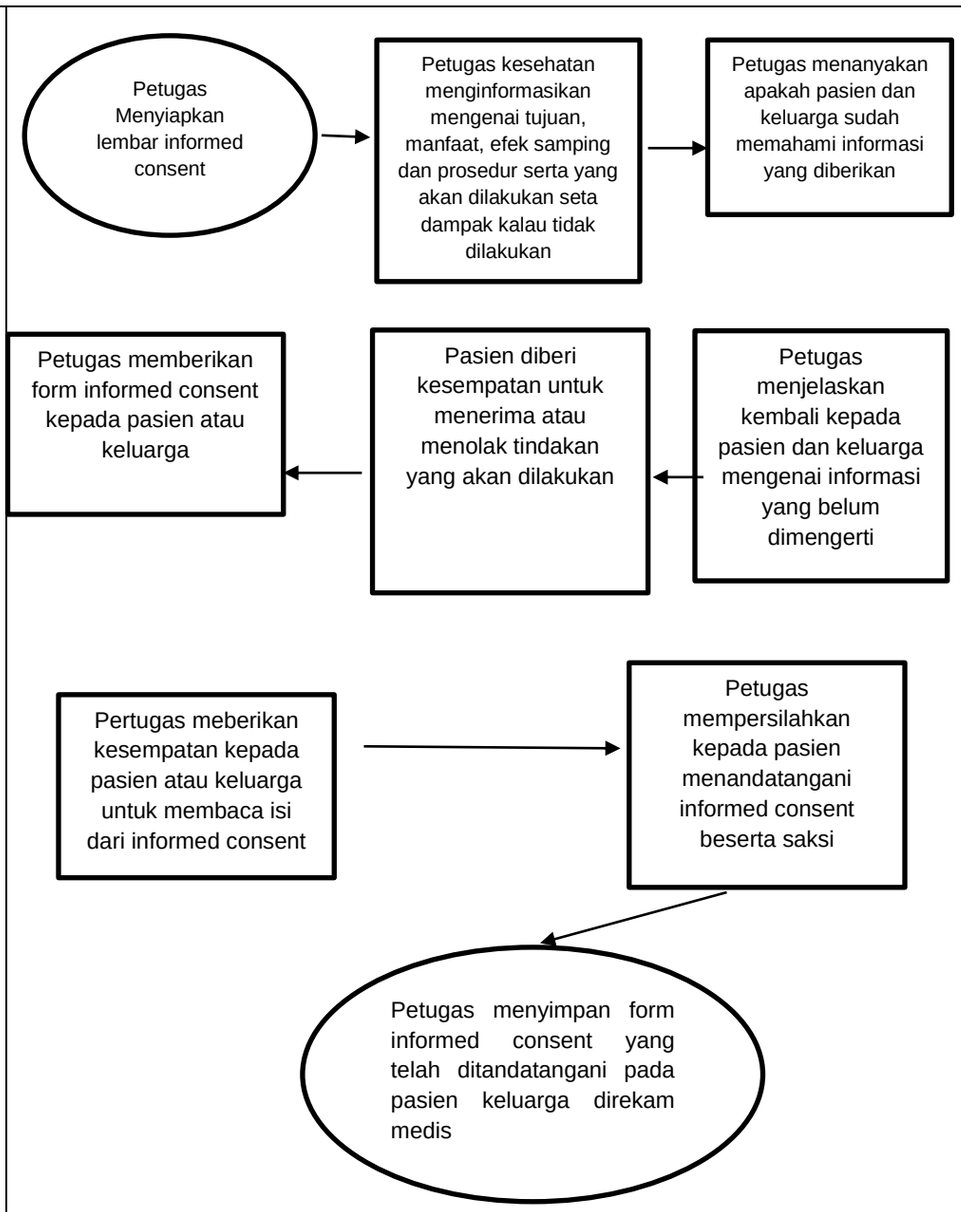
| | | | |
|---|---|---|---|
| | **SOP IDENTIFIKASI DAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PASIEN DENGAN RESIKO, KENDALA DAN KEBUTUHAN KHUSUS** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen | : 440/144/PKM JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | | |
| 1. Pengertian | Identifikasi dan pemenuhan kebutuhan pasien dengan resiko, kendala dan kebutuhan khusus adalah suatu proses identifikasi terhadap hambatan-hambatan yang mungkin dimiliki pasien seperti faktor budaya, bahasa dan kebutuhan khusus. | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam proses identifikasi dan pemenuhan kebutuhan pasien dengan resiko, kendala dan kebutuhan khusus. | | |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor 93 Tahun 2023 tentang identifikasi dan pemenuhan kebutuhan pasien dengan resiko, kendala dan kebutuhan khusus. | | |
| 4. Referensi | 1. Permenkes No. 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien<br>2. Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang pusat kesehatan masyarakat | | |
| 5. Prosedur | 1. Petugas mengidentifikasi secara visual resiko, kendala dan kebutuhan khusus yang dimiliki oleh pasien<br>a. kendala bahasa (pasien tidak bisa berbahasa indonesia)<br>b. kendala budaya (pasien tidak mau makan makanan yang berprotein hewani pasca pembedahan)<br>c. resiko jatuh (pasien lansia, ibu hamil lebih dari 6 bulan, disabilitas, pasien dengan gangguan mental, vertigo, KLL, penurunan kesadaran)<br>d. kebutuhan khusus (pasien tidak mampu menyebutkan namanya, tidak sadar, tunarungu, bayi, gangguan jiwa)<br>2. Petugas melakukan pemenuhan kebutuhan bagi pasien yang mengalami kendala<br>a. Bahasa<br>Petugas menggunakan google translate untuk menerjemahkan ke bahasa Indonesia | | |

<table>
<tr><td></td><td>b. Kendala Budaya<br>Petugas memberikan informasi mengenai proses penyembuhan luka dan pentingnya protein hewani<br>c. Resiko Jatuh<br>1) Petugas menyediakan kursi roda atau brankar<br>2) Petugas memasang rentrain pada brankar pasien<br>3) Petugas memakaikan gelang warna ungu untuk pasien resiko jatuh<br>d. Kebutuhan Khusus<br>1) Pasien tidak mampu menyebutkan namanya (tidak sadar, tunarungu, bayi, gangguan jiwa)<br>a. Petugas melakukan verifikasi identitas pasien kepada keluarga.<br>3. Petugas pengantarkan pasien dengan resiko, kendala dan kebutuhan khusus keruangan yg dituju.</td></tr>
<tr><td>6. Bagan alir</td><td></td></tr>
<tr><td>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</td><td></td></tr>
<tr><td>8. Unit terkait</td><td>Semua unit pelayanan rawat jalan</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen Terkait</td><td></td></tr>
<tr><td>10. Rekaman historis perubahan</td><td>
<table>
<tr><td>No</td><td>Yang diubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tanggal diberlakukan</td></tr>
<tr><td></td><td>Nomor SK dan Nomor SOP</td><td>Tahun 2018</td><td>02 Januari 2023</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

TERKENDALI

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **INFORMED CONSENT** | | | |
| | **SOP** | No. Dokumen | : 440/28/PKM JELAI | |
| | | No. Revisi | : R1 | |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman | :1/2 | |
| PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br>PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA UPT PUSKESMAS JELAI<br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | | | |
| 1. Pengertian | Persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien/keluarga terdekatnya. Setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan diberikan kepada pasien tersebut | | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk informed consent. | | | |
| 3. Kebijakan | SK Kepala Puskemas Nomor 95 Tahun 2023 tentang standar layanan klinis | | | |
| 4. Referensi | Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 290/Menkes/PERIII/2023 tentang persetujuan tindakan kedokteran | | | |
| 5. Prosedur | 1. Petugas Menyiapkan lembar informed consent<br>2. Petugas kesehatan menginformasikan mengenai tujuan, manfaat, efek samping dan prosedur yang akan dilakukan serta dampak kalau tidak dilakukan<br>3. Petugas menanyakan apakah pasien dan keluarga sudah memahami informasi yang diberikan<br>4. Petugas menjelaskan kembali kepada pasien dan keluarga mengenai informasi yang belum dimengerti<br>5. Pasien diberi kesempatan untuk menerima atau menolak tindakan yang akan dilakukan<br>6. Petugas memberikan form informed consent kepada pasien atau keluarga<br>7. Petugas memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarga untuk membaca isi dari informed consent<br>8. Petugas mempersilahkan kepada pasien menandatangani informed consent beserta saksi<br>9. Petugas menyimpan form informed consent yang telah ditandatangani pada pasien keluarga direkam medis | | | |

6. Bagan alir




7. Hal-hal yang perlu diperhatikan

8. Unit terkait

Semua unit pelayanan

9. Dokumen Terkait

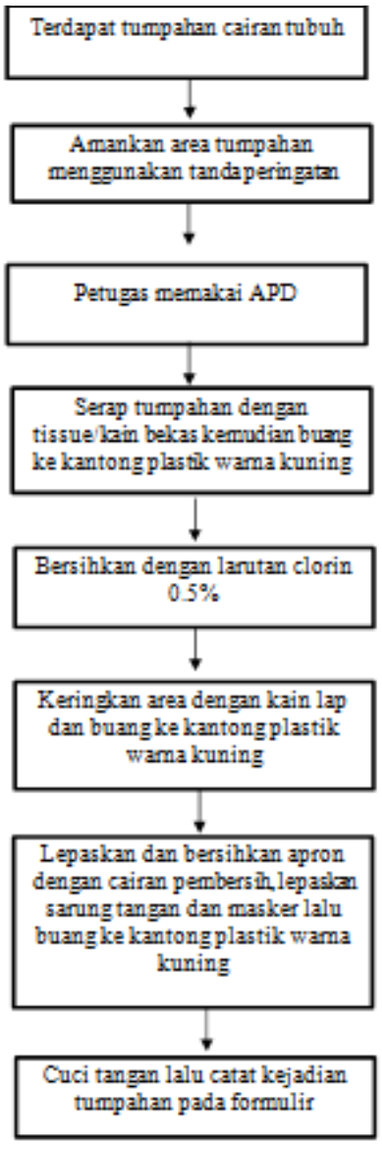
10. Rekaman historis perubahan

| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

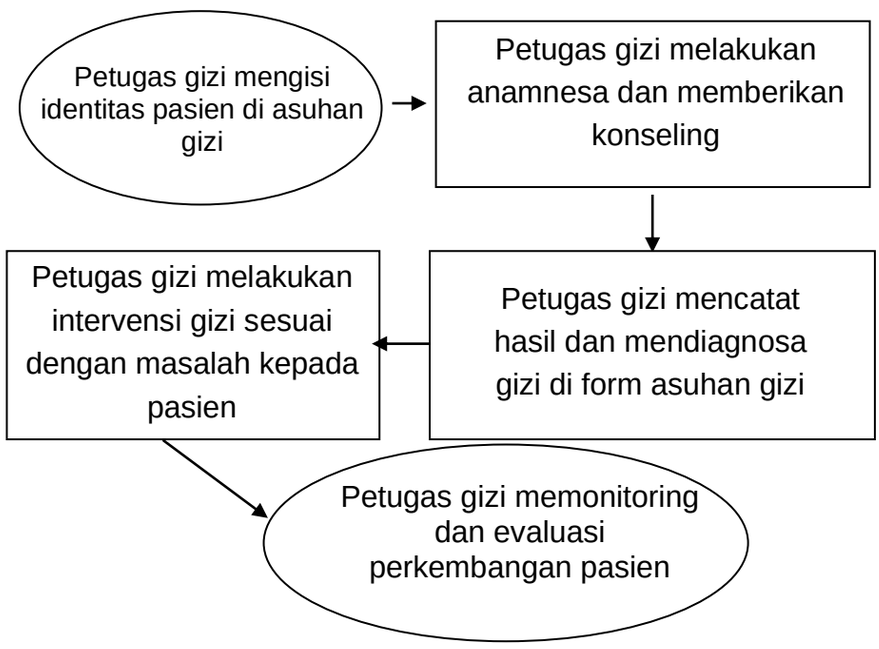
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **SOP JIKA TERJADI TUMPAHAN REAGEN DAN PEJANAN PETUGAS** | | | |
| | **S O P** | No. Dokumen | : 440/257/PKM-JELAI | |
| | | No. Revisi | : R1 | |
| | | Tanggal terbit | : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman | : 1/3 | |
| **UPT PUSKESMAS JELAI** | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | | | |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Jika terjadi tumpahan dan pejanan petugas adalah proses kegiatan yang dilakukan untuk membersihkan tumpahan reagen dilantai atau dimeja kerja sehingga tetap bersih. Pejanan aalah pristiwa yang menimbulkan resiko penularan. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah – angkah penangan tumpahan reagen |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala Puskesmas UPT Puskesmas Jelai Nomor 149 Tahun 2023 Tentang Pelayanan Laboratorium |
| 4. Referensi | Pedoman Praktek Laboratorium yang benar ( Good Laboratory Paratice) |
| 5. Prosedur | **1. Persiapan alat dan bahan**<br>• Spill kit yang berisi antara lain<br>- Celemek (Apron)<br>- Kacamata Safety<br>- Masker<br>- Sarung tangan<br>- Tisu / kertas merang/ Koran bekas/ kain bekas<br>- Penjepit<br>- Plastik medis<br>- Chlorine/ bayclin<br>- Sprayer<br>- Lap bersih<br>- Papan tanda peringatan lantai basah<br><br>**2. Pelaksanaan**<br>- Petugas menyiapkan spill kit dan memasang tanda peringatan<br>- Petugas memakai APD (masker, kacamata, celemek/apron)<br>- Petugas menyiapkan plastik kuning untuk limbah medis<br>- Tumpahan cairan tubuh (darah) diserap menggunakan kertas merang/ tissue hingga bersih dengan memakai penjepit. Jika tumpahan sudah mengering maka disemprot dulu menggunakan cairan perhidrol ($H_2O_2$) kemudian diserap menggunakan kertas merang.<br>- Kertas merang/ tisu dimasukkan kedalam plastik kuning yang telah disiapkan |

| | |
|---|---|
| | - Bekas tumpahan cairan tubuh disemprotkan dengan menggunakan larutan chlorine 0,5% dan di diamkan sampai 10 menit<br>- 10 menit kemudian angkat larutan chlorine dengan menggunakan lap basah<br>- Masukkan lap basah ke dalam larutan air dan desinfektan (chlorin 0,5%)<br>- ikat plastik berisi kertas merang / tisu yang telah terkontaminasi, masukkan ke dalam tempat sampah infeksius<br>- Buka sarung tangan, buang ke tempat sampah infeksius<br>- Lepaskan APD<br>- Masukkan APD ke kotak peralatan spill kit<br>- Kembalikan spill kit ke tempat penyimpanannya<br>- Mencuci tangan |
| 6. Bagan Alir |  |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7. Unit Terkait | Ruang Laboratorium | | | |
| 8. Rekaman Historis Perubahan | No | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai diberlakukan |
| | | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

TERKENDALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **KAJIAN KEBUTUHAN PASIEN** | | |
| | S O P | No. Dokumen | : 440/75/PKM-JELAI |
| | | No. Revisi | : R1 |
| | | Tanggal Terbit | : 02 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 1/2 |
| UPT PUSKESMAS JELAI | Ditetapkan Oleh<br>Kepala UPT Puskesmas Jelai<br><br>**NUR AFNI,S.KM**<br>NIP.19801004 200312 2 005 | | |
| 1. Pengertian | Kajian kebutuhan pasien adalah serangkaian kegiatan (Dokter, perawat, dan ahli gizi) yang terorganisir/terstruktur yang memungkinkan untuk identifikasi kebutuhan pasien atau asuhan gizi dan penyediaan asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kajian kebutuhan pasien atau asuhan gizi. | | |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Jelai Nomor 10 Tahun 2023 tentang Jenis-Jenis Pelayanan. | | |
| 4. Referensi | Buku Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas | | |
| 5. Prosedur | 1. Petugas gizi mengisi identitas pasien di asuhan gizi.<br>2. Petugas gizi melakukan anamnesa dan memberikan konseling.<br>3. Petugas gizi mencatat hasil dan mendiagnosa gizi di form asuhan gizi.<br>4. Petugas gizi melakukan intervensi gizi sesuai dengan masalah kepada pasien.<br>5. Petugas gizi memonitoring dan evaluasi perkembangan pasien. | | |
| 6. Bagan Alir |  | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan | - | | | |
| 8. Unit terkait | 1. Rawat Inap<br>2. Ruang Bersalin | | | |
| 9. Dokumen terkait | 1. Rekam Medis<br>2. Asuhan Gizi | | | |
| 10. Rekaman historis perubahan | No. | Yang Diubah | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |
| | 1. | Nomor SK dan Nomor SOP | Tahun 2018 | 02 Januari 2023 |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci- Sukamara
Kode Pos 74775 Email : pkmpantailunci23@gmail.com

**KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
**NOMOR : 1.1.2.b/SK/2/PKM-PL**

**TENTANG**
**STANDAR PELAYANAN**

**KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI,**

Menimbang :

a. bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya;
b. bahwa puskesmas sebagai penyedia pelayanan kesehatan dasar perlu menetapkan Standar pelayanan yang disediakan bagi masyarakat di wilayah Puskesmas Pantai Lunci;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu ditetapkan Keputusan Kepala Puskesmas tentang Standar pelayanan;

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas;
3. Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI TENTANG STANDAR PELAYANAN

KESATU : Standar pelayanan yang disediakan sebagaimana tersebut dalam lampiran.

KEDUA : Segala biaya yang dikeluarkan sebagai akibat pelaksanaan surat keputusan ini dibebankan pada anggaran UPT PuskesmasPantai Lunci

KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya bila ternyata ada kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di : Pantai Lunci
Pada Tanggal : 2 Januari 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

AGUNG RAHARJO

LAMPIRAN : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI
NOMOR : 1.1.2.b/SK/2/PKM-PL
TANGGAL : 2 Januari 2023
TENTANG : STANDAR PELAYANAN

**STANDAR PELAYANAN**

**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**

1. **Upaya Kesehatan Perorangan**
   a. Pelayanan Pemeriksaan Umum
   b. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
   c. Pelayanan KIA/KB
   d. Pelayana Gawat Darurat dan Rawat Inap
   e. Pelayanan Gizi yang bersifat UKP
   f. Pelayanan Persalinan
   g. Pelayana Kefarmasian
   h. Pelayanan Laboratorium Dasar
   i. Pelayanan Imunisasi Dasar dan Imunisasi Caten
   j. Pelayanan Surat Rujukan dan Surat Keterangan Kesehatan
   k. Pelayanan USG Kehamilan
2. **Upaya Kesehatan Masyarkat Esensial**
   a. Pelayanan Promosi Kesehatan
   b. Pelayanan Kesehatan Lingkungan
   c. Pelayanan Kesehatan Keluarga yang bersifat UKM
   d. Pelayanan Gizi yang bersifat UKM
   e. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
   f. Pelayanan Lansia
   g. Pelayanan Kesehatan Jiwa
   h. Pelayanan Unit PKPR
3. **Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan**
   a. Pelayanan Kesehatan Olahraga
   b. Pelayanan Kesehatan Kerja
   c. Upaya Kegiatan Sekolah
   d. Pelayanan Kesehatan Jiwa
   e. Pelayanan Kesehatan Lansia
   f. Pelayanan Kesehatan Prolanis
4. **Jaringan Puskesmas**
   a. Pustu
   b. Poskesdes

KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

AGUNG RAHARJO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **TRIASE** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :33.1.a/SOP/43.a.1/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Triage adalah upaya untuk memilah atau mengelompokkan pasien berdasarkan derajat kegawatannya dan kebutuhan akan pertolongan. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melakukan triage. |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 3.3.1.a/SK/43.a/PKM-PL tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. |
| D. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. |
| E. Langkah-langkah | 1. Petugas menerima pasien di UGD menggunakan sistem triage.<br>2. Sistem triage yang dimaksud adalah :<br>• Merah : untuk pasien gawat darurat<br>• Kuning : untuk pasien gawat tidak darurat<br>• Hijau : untuk pasien tidak gawat dan tidak darurat<br>• Hitam : untuk pasien korban meninggal.<br>3. Petugas melakukan pemeriksaan keadaan umum, tanda vital, *airway, breathing,* dan *circulation.*<br>4. Petugas melakukan triage berdasarkan kegawatannya dan melakukan resusitasi pasien bila diperlukan.<br>5. Keluarga pasien mendaftar ditempat registrasi pasien dan petugas mencatat identitas pasien pada rekam medis pasien antara lain : nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal, jam masuk.<br>6. Setelah selesai memeriksa, petugas menegakkan diagnosa, memberikan pengobatan dan tindakan.<br>7. Petugas menentukan apakah pasien bisa pulang, dirawat inap, ataupun dirujuk. Bila pasien masuk Rawat Inap pasang gelang identitas pasien<br>a. Gelang Biru : Pasien laki-laki |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **TRIASE** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :33.1.a/SOP/43.a.1/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| | b. Gelang Pink : Pasien perempuan<br>c. Gelang kuning : Pasien resiko jatuh<br>d. Gelang merah : Pasien dengan alergi<br><br>8. Petugas masih bertanggung jawab terhadap pasien sampai pasien meninggalkan UGD.<br><br>9. Petugas mencatat data pasien ke dalam register UGD. |
| F. Bagan Alir | - |
| G. Unit Terkait | Ruang UGD |
| H. Dokumen Terkait | Rekam Medis, Register UGD /RuangTindakan UPT Puskesmas Pantai LUnci |
| I. Rekaman Historis Perubahan | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **TRIASE** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :33.1.a/SOP/43.a.1/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |

Pantai Lunci,……..202
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENANGANAN GAWAT DARURAT** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.2/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Penanganan pasien gawat darurat adalah suatu pertolongan yang cepat dan tepat pada pasien untuk mencegah kematian maupun kecacatan. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan petugas dalam menangani pasien gawat darurat. |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 3.3.1.a/SK/43.a/PKM-PL Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. |
| D. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. |
| E. Langkah-langkah | 1. Petugas menerima pasien.<br>2. Petugas memeriksa kesadaran pasien :<br>a. Alert untuk sadar penuh tanpa rangsangan dari luar.<br>b. Verbal/Voice untuk respon suara dari luar.<br>c. Pain respon terhadap rangsangan nyeri.<br>d. Unresponsif sama sekali tak ada respon.<br>3. Petugas memeriksa nadi karotis :<br>a. Bila nadi tak teraba : petugas melakukan kompresi jantung paru RJP/CPR Dewasa 30 kompresi 2 Tiupan, untuk bayi 3 kompresi 1 tiupan.<br>b. Bila nadi karotis teraba : petugas memeriksa pernafasan pasien dengan look, listen dan feel.<br>4. RJP/CPR dihentikan apabila :<br>a. Korban sadar atau ada respon.<br>b. CPR dihentikan oleh dokter yang bertanggung jawab karena tidak ada harapan hidup lagi. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENANGANAN GAWAT DARURAT** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.2/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| | c. Jika petugas kelelahan dan sudah dilakukan dalam waktu yang lama lebih 30 menit.<br>5. Petugas memeriksa jalan nafas pasien apakah ada sumbatan atau tidak.<br>6. Bila terdapat sumbatan jalan nafas petugas melakukan pembebasan jalan nafas dengan teknik : Heimlich manuver, Abdominal thrust, Chest trust, Black blows.<br>7. Petugas memeriksa pernafasan pasien bila tidak bernafas berikan nafas buatan : mulut ke mulut 2 kali tiupan hidung tertutup, mulut ke masker atau dengan alat bag valve masker.<br>8. Petugas membuka jalan nafas dengan tehnik head tilt dan chin lift atau jaw thrust agar udara masuk kesaluran nafas.<br>9. Petugas melakukan recovery posisi bila pasien sudah bisa bernafas.<br>10. Petugas memastikan pasien bahwa pasien dalam kondisi stabil.<br>11. Petugas melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu apabila diperlukan.<br>12. Petugas mendekontaminasi alat-alat yang telah digunakan dan bahan habis pakai.<br>13. Petugas mencuci alat-alat yang telah digunakan.<br>14. Petugas mensterilkan alat-alat yang telah dipakai.<br>15. Petugas membuang bahan habis pakai pada tempat sampah medis.<br>16. Petugas mencuci tangan.<br>17. Petugas mendokumentasikan kegiatan didalam rekam medis pasien |
| F. Bagan Alir | - |
| G. Unit Terkait | Ruang UGD |
| H.Dokumen Terkait | Rekam Medis Pasien |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENANGANAN GAWAT DARURAT** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.2/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

I. Rekaman historis perubahan

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENANGANAN GAWAT DARURAT** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.2/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |

Pantai Lunci,……..202
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENANGANAN GAWAT DARURAT** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.2/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **RUJUKAN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.3/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| **A. Pengertian** | Pasien emergensi adalah kondisi dimana pasien menderita penyakit dan cedera yang dapat menimbulkan kecacatan permanen dan mengancam nyawa pasien. |
| **B. Tujuan** | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melakukan rujukan pasien emergensi. |
| **C. Kebijakan** | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 3.3.1.a/SK/43.a/PKM-PL Tentang Pelayanan Kegawat daruratan. |
| **D. Referensi** | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. |
| **E. Langkah-langkah** | Langkah rujukan emergensi:<br>1. Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa dan layak untuk dirujuk.<br>2. Petugas mengatasi kegawatdaruratan pasien terlebih dahulu dengan menentukan diagnosis penyakitnya, penanganan awal dan alasan dirujuk.<br>3. Petugas menginformasikan petugas administrasi untuk membuat rujukan ke rumah sakit yang di tuju<br>4. Petugas menghubungi rumah sakit yang akan dituju dan menanyakan apa fasilitas yang dibutuhkan, jika fasilitas tersedia di rumah sakit yang dituju maka petugas melaporkan keadaan pasien dan mencatat nama penerima telepon.<br>5. Petugas membuat rujukan yang berisi resume kondisi pasien, kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut dan tindakan yang telah dilakukan serta alasan untuk dirujuk.<br>6. Petugas mendampingi pasien yang dirujuk sampai ke rumah sakit yang dituju dengan menggunakan ambulance.<br>7. Sesampainya di rumah sakit yang dituju, lakukan serah terima pasien dari perawat yang merujuk dengan perawat yang dituju.<br>8. Petugas mencatat nama penerima pasien yang dirujuk tersebut. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **RUJUKAN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.3/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| **F. Bagan Alir** | - |
| **G. Unit Terkait** | Rawat Jalan, Rawat Inap, Ruang UGD, Ruang PONED |
| **H. Dokumen Terkait** | Rekam Medis, Register UGD |
| **I. Rekaman historis perubahan** | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **RUJUKAN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
|---|---|---|---|
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.3/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |

Pantai Lunci,……..202
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **ANESTESI INFILTRASI** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :.3.4.1.a/SOP/46.a./PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| **A. Pengertian** | Pemberian anestesi infiltrasi adalah tindakan menghilangkan rasa sakit atau nyeri secara lokal tanpa disertai hilangnya kesadaran.<br><br>Pemberian anestesi dapat dilakukan dengan tekhnik:<br>• **Anestesi permukaan** adalah pengolesan atau penyemprotan analgetik lokal diatas selaput mukosa seperti mata,hidung,faring.<br>• **Anestesi infiltrasi** adalah penyuntikan larutan analgetik lokal langsung diarahkan disekitar tempat lesi,luka atau insisi.cara infiltrasi yang serng digunakan adalah blokade lingkar dan larutan obat disuntikan intradermal atau subcutan.<br>• **Anestesi blok** adalah penyuntikan analgetik lokal langsung ke saraf utama atau pleksus saraf. |
| **B. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan pemberian anestesi. |
| **C. Kebijakan** | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor:3.4.1.a/SK/46/PKM-PL Tentang Pelayanan anestesi di Puskesmas. |
| **D. Referensi** | Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 514 th 2015 tentang Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **ANESTESI INFILTRASI** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :.3.4.1.a/SOP/46.a./PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| **E. Langkah-langkah** | 1. Petugas mengidentifikasi pasien ,mencocokkan identitas pasien dengan rekam medis.<br>2. Petugas menganamnesa pasien<br>3. Petugas mencatat anamnesa pasien ke rekam medis<br>4. Petugas menidurkan pasien di tempat tidur, memposisikan luka yang akan dilakukan anestesi terlihat kasat mata<br>5. Petugas memberikan informed consent pada pasien dan keluarga tentang tindakan anestesi yang akan dilakukan<br>6. Pasien menandatangani lembar informed consent setelah diberi informed consent oleh petugas<br>7. Petugas mempersiapkan alat dan bahan steril untuk melakukan tindakan anestesi<br>8. Petugas mencuci tangan dengan 6 langkah mencuci tangan<br>9. Petugas menggunakan sarung tangan steril<br>10. Petugas melakukan anestesi infiltrasi dengan menggunakan lidocaine injeksi di sisi/sudut luka, lakukan aspirasi untuk memastikan obat tidak masuk ke pembuluh darah.<br>11. Petugas melakukan monitoring status fisiologis pasien selama pemberian anastesi.<br>12. Petugas mencatat hasil monitoring di status tindakan pasien.<br>13. Petugas melakukan tindakan. |
| **F. Bagan alir** | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **ANESTESI INFILTRASI** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :.3.4.1.a/SOP/46.a./PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| **G. Unit Terkait** | 1. Pelayanan Kesehatan Gigi/Mulut<br>2. UGD / Ruang Tindakan<br>3. Ruang PONED<br>4. Pelayanan KIA |
| **H. Dokumen Terkait** | 1. Lembar informed consent<br>2. Rekam Medis<br>3. Laporan Tindakan<br>4. Buku register |
| **I. Rekam historis perubahan** | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **ANESTESI INFILTRASI** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :.3.4.1.a/SOP/46.a./PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |

Pantai Lunci,……..202
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PEMBERIAN ANESTESI TOPIKAL** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a./SOP/46.b/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda Tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Tindakan menghilangkan nyeri/sakit secara local tanpa disertai hillangnya kesadaran dengan cara di semprotkan. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemberian anestesi lokal dengan cara di semprotkan/spray. |
| C. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Kumai nomor: 3.4.1.a/SK/46/PKM-PL tentang pelayanan anestesi. |
| D. Referensi | Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 514 th 2015 tentang Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. |
| E. Langkah-langkah | 1. Petugas menyiapkan lembar informed consent<br>2. Petugas menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien.<br>3. Petugas menjelaskan kembali jika pasien belum paham.<br>4. Petugas meminta pasien untuk menandatangani informed consent.<br>5. Petugas meminta pasien untuk berbaring.<br>6. Petugas menyiapkan alat dan bahan.<br>7. Petugas melakukan kajian pra bedah (memeriksa tanda vital)<br>8. Petugas menanyakan riwayat alergi pasien terhadap obat anestesi.<br>9. Petugas mencuci tangan dan memakai handscond.<br>10. Petugas melakukan desinfeksi area.<br>11. Petugas memegang botol Chlorethyl secara vertical.<br>12. Petugas menyemprotkan chlorethyl di area yang akan dilakukan tindakan, sampai muncul lapisan-lapisan putih.<br>13. Petugas melakukan tindakan medik.<br>14. Petugas mendokumentasikan kegiatan pada rekam medik,<br>15. laporan tindakan pembedahan dan menandatangani. |
| F. Bagan Alir | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PEMBERIAN ANESTESI TOPIKAL** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a./SOP/46.b/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda Tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| G. Unit Terkait | 1. UGD /Ruang Tindakan<br>2. POLI GIGI |
| H. Dokumen Terkait | 1. Lembar informed consent<br>2. Rekam medik<br>3. Laporan Tindakan pembedahan<br>4. Buku register pasien |
| I. Rekaman historis perubahan | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PEMBERIAN ANESTESI TOPIKAL** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a./SOP/46.b/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda Tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |

Pantai Lunci,……..202

Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PEMBERIAN ANESTESI TOPIKAL** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a./SOP/46.b/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda Tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **SOP** | **KONSELING GIZI**<br>No. Dokumen : 3.5.1a /SOP/ 64 /PKM-PL<br>No. Revisi : -<br>Tanggal Terbit : 07Januari 2023<br>Halaman : 1/3 | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |
| **1. Pengertian** | Konseling gizi adalah proses komunikasi 2 arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah dan membuat keputusan yang benar dalam mengatasi permasalahan gizi. Konseling yang diberikan sesuai kondisi pasien/ klien meliputi konseling gizi terkait penyakit, konseling pemberian makan bayi dan anak, konseling aktifitas fisik, konseling faktor resiko penyakit tidak menular. | | |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah konseling gizi.. | | |
| **3. Kebijakan** | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor :<br><br>Tentang Pelayanan Klinis | | |
| **4. Referensi** | 1. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas Tahun 2020<br>2. HandBook Cagi Puskesmas (Catatan Ahli Gizi Puskesmas) Tahun 2022<br>3. PMK RI no 2 Tahun 2022 Tentang Standar Antropometri Anak | | |

| | |
|---|---|
| **5.Langkah langkah** | A. Persiapan<br>a. Mempersiapkan alat antropometri<br>b. Mempersiapkan food model<br>c. Mempersiapkan leaflet<br>d. Alat alat tulis, register dan RM<br><br>B. Petugas yang melaksanakan:<br>a. Petugas Gizi<br><br>C. Pelaksanaan<br>a. Petugas mempelajari kartu status/ rujukan dari Ruang Pelayanan<br>b. Petugas menyalin dan mencatat nama klien atau keluarganya meliputi umur, jenis kelamin, alamat serta diagnosis penyakitnya ke dalam buku register<br>c. Petugas memberi salam pada klien<br>d. Petugas memperkenalkan diri<br>e. Mengukur antropometri<br>f. Penentuan status gizi<br>g. Anamnesis gizi kualitatif dan kuantitatif |
| | h. Perencanaan diet<br>i. Pemberian konseling sesuai dengan masalah klien tentang kejadian penyakit, pola makan dan gaya hidup<br>j. Petugas membantu menyimpulkan permasalahan gizi yang<br>berkaitan dengan penyakit yang diderita<br>k. Petugas memberikan saran tindak lanjut sesuai permasalahan<br>l. Bila diperlukan, membuat kesepakatan dengan klien tentang jadwal konsultasi gizi kembali |
| **6. Bagan Alir** | - |

| | |
|---|---|
| **7. Unit Terkait** | 1. Ruang Pelayanan Umum<br>2. Ruang Pelayanan MTBS<br>3. Ruang Pelayanan KIA<br>4. Ruang Pelayanan KIE<br>5. Pelayanan Rawat Inap |
| **8. Dokumen Terkait** | 1. Buku Register Konseling<br>2. Asuhan Gizi Rawat Jalan<br>3. Asuhan Gizi Rawat Inap |

**9. Rekam Historis Perubahan**

| No. | Yang Di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA

# DINAS KESEHATAN

# UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci- Sukamara
Kode Pos 74775 - Email : pkmpantailunci23@gmail.com

## FORMULIR ASUHAN GIZI PASIEN RAWAT JALAN

Nama : My Hariyati
Umur : 29 th
Alamat : S. Damar RT 02

No RM : 00142
J.K. : P.

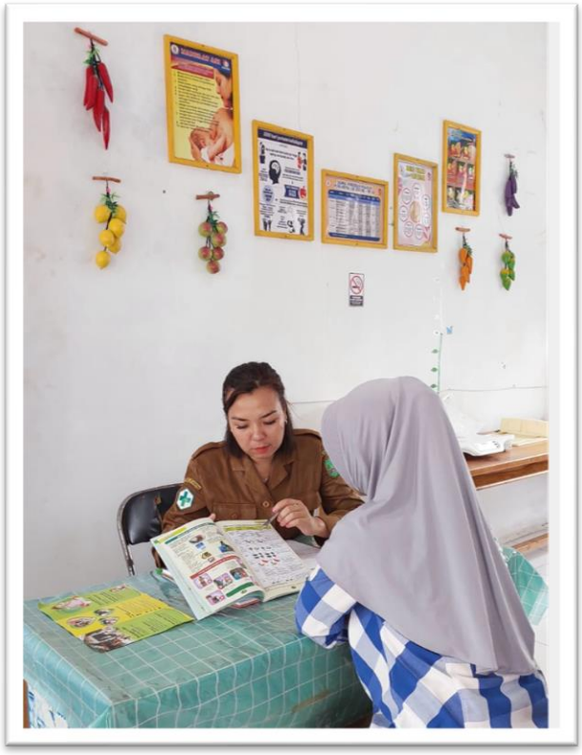
| Tanggal | Diagnosis dan Pemeriksaan | Status Gizi | Masalah Gizi | Perencanaan Diet | Tindak Lanjut Permasalahan |
|---|---|---|---|---|---|
| 22/2024 02 | Hipertensi 200/100 mg/dl | BB = 48<br>TB = 152<br>IMT : 20.8<br>CNormal | * Asupan Natrium tinggi<br>* Pola makan salah | E: 2193 kkal<br>P: 64 g<br>L: 46 g<br>KH: 216 g | * Diet Rendah Garam<br>* Pola makan menjadi 3x makan<br>* Rujuk PHBS ke Promkes<br>Irene |

| Tanggal | Nama | Tanggal Lahir | Alamat | U | BB | TB | LLA | Status Gizi | Diagnosa Dokter dan Hasil Pemeriksaan | Masalah Gizi | Rencana Diet | Tindak Lanjut Masalah | TTD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18/2024/02 | Ny Mariam | 08/07/1987 | S. Pasir Rt 3 | 37 | 95 | 149 | | IMT = 20,5 (Normal) | Hipertensi 180/90 | Asupan Natrium tinggi | E = 2119 kkal<br>P = 63 g<br>L = 42 g<br>KH = 217 g | Diet Rendah Garam<br>Rujuk ke Promkes Masalah PHBS | Irene |
| 22/2024/02 | Ny Hariyanti | 03/1995/10 | S. Pamar | 29 th | 48 | 152 | | IMT = 20,8 (Normal) | Hipertensi 200/100 | Asupan Natrium tinggi pola makan salah | E = 2195 kkal<br>P = 64 g<br>L = 46 g<br>K = 216 g | Diet Rendal Garam pola makan 3X makan<br>Rujuk PHBS | Irene |
| ✕ Maret 2024 ✕ | | | | | | | | | | | | | |
| 06/2024/03 | Salbiah | 19/2000/08 | S. Pmang Rt 03 | 24th | 41 | 152 | Lila 22 cm | IMT = 17,7 BB kurang | Bumil KEK Lila 22 Cm | Asupan kurang Mual. | E = 3125 kkal<br>P = 72 g<br>L = 91 g<br>KH 312 g | Diet Tinggi kalori Tinggi protein<br>Rujuk promkes → PHBS | Irene |
| 08/2024/03 | Ny Misrah | 06/1990/11 | S. Pamar Rt 06 | 34th | 63 | 155 | | IMT = 26,2 BB Lebih | DM GDS: 392/mg/dl | Asupan Gula tinggi | E = 2111 kkal<br>P = 62 g<br>L = 91 g<br>KH = 112 g | Diet DM Perhatikan 3 J Jadwal, jumlah, jenis<br>Rujuk ke promkes → PHBS | Irene |
| 12/2024/03 | Rosita Pasaribu | 01/1962/07 | S. Pasir Rt 06 | 62th | 61 | 160 | | IMT = 23,8 (Normal) | Hipertensi 220/110 | Asupan Natrium Tinggi | E = 2116 kkal<br>P = 62 g<br>L = 39 g<br>KH = 216 g | Diet rendah Garam<br>Rujuk ke promkes masalah PHBS | Irene |

PAPERLINE

Dipindai dengan CamScanner

# DOKUMENTASI KONSELING GIZI KEPADA PASIEN



Konseling Pasien Rawat Jalan

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **SOP** | **KAJIAN KEBUTUHAN GIZI PASIEN** | |
| | | No. Dokumen : 3.5.1b /SOP/ 64 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 07 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| **1. Pengertian** | Kajian kebutuhan pasien adalah serangkaian kegiatan (Dokter, Perawat, Bidan, dan Ahli Gizi) yang terorganisir/terstruktur yang memungkinkan untuk identifikasi kebutuhn gizi dan penyediaan asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut |
| **2. Tujuan** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kajian kebutuhan pasien atau asuhan gizi di ruang rawat inap |
| **3. Kebijakan** | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor :<br>Tentang Pelayanan Klinis |
| **4. Referensi** | 1. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas Tahun 2020<br>2. HandBook Cagi Puskesmas (Catatan Ahli Gizi Puskesmas) Tahun 2022<br>3. PMK RI no 2 Tahun 2022 Tentang Standar Antropometri Anak |
| **5. Langkah - langkah** | 1. Petugas Gizi mengisi identitas pasien di asuhan gizi<br>2. Petugas Gizi melakukan visite ke ruangan pasien<br>3. Petugas Gizi melakukan skrining, anamnesis, dan memberikan konseling<br>4. Petugas Gizi mencatat hasil dan mendiagnosis gizi di form asuhan gizi<br>5. Petugas Gizi melakukan intervensi gizi sesuai dengan masalah kepada pasien |

| | |
|---|---|
| | 6. Petugas Gizi memonitoring dan evaluasi perkembangan pasien |
| **6. Bagan Alir** | - |
| **7. Unit Terkait** | 1. Rawat Inap<br>2. Ruang Bersalin |
| **8. Dokumen Terkait** | 1. Rekam Medis<br>2. Asuhan Gizi |

**9. Rekam Historis Perubahan**

| No. | Yang Di Rubah | Isi Perubahan | Tanggal di Berlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci - Sukamara
Kode Pos 74775 Email : pkms.lunci@gmail.com

No. RM : 000108
Nama : Siti Hairiah
J.K. : P
Tanggal Lahir : 06/08/1994
Umur : 29 Th

Tanggal : 06/01/2024

## FORMULIR ASUHAN GIZI PASIEN RAWAT INAP

### IDENTITAS PASIEN

| Alamat | Pendidikan | Pekerjaan | Aktivitas | Lain - lain : |
|---|---|---|---|---|
| S. Pasir RT 04 | SLTA | IRT | Sedang | |
| Diagnosa Medis : | GEA | | | |

### ASSESMENT GIZI

| | | |
|---|---|---|
| 1. Antropometri | BB (Kg) : 45 kg | |
| | TB (Cm) : 160 cm | |
| | TL (Cm) : | |
| | IMT : 17,6 | |
| | Status Gizi : BB kurang | |
| 2. Biokimia : | - | |
| 3. Fisik / Klinis : | TD : 80/60 N : 25 x/M R : 36 °C | |
| 4. Riwayat Gizi : | Nasi 2-3x/hari Lauk 2-3x/hari Nabati 1x/hari Sayur 1x/hari | |
| 5. Riwayat Personal : | Dehidrasi, Pusing, nyeri ulu hati, mual muntah, Diare, Batuk ± 2 bulan | |
| 6. Diagnosa Gizi : | NI - 5A.2 Rasa tidak enak pada perut berkaitan dengan GEA dibuktikan dengan muntah, Diare dan Dehidrasi | |

### INTERVENSI GIZI

Jenis Diet : RL EP
Pemberian : Oral
Frekuensi : 3x/hari
Bentuk Makanan : Nasi Biasa
Tujuan Diet : 1) mengurangi Diare
2) mengurangi muntah
Prinsip Diet : 1) Rendah lemak
2) Cairan 8 gelas / hari
E : 2513 kkal
P : 62 g
L : 51 g
Kh : 236 g

### MONITORING DAN EVALUASI

| TGL / BLN / THN | 07/01/2024 | 08/01/2024 | 09/01/2024 | |
|---|---|---|---|---|
| 1. BB (Kg) : | 45 kg | 45 kg | 45 kg | |
| 2. Fisik / Klinis : | ku = lemah kerongkongan dingin | ku - lemah muntah | ku = membaik muntah berkurang | |
| 3. Laboratorium : | - | - | - | |
| 4. Asupan : | Sisa makan 60% | Sisa makan 30% | Sisa makan 15% | |
| 5. Lain - Lain : | Asupan baik | Asupan kurang | Asupan membaik | |
| 6. Konseling Gizi : Rendah Lemak Cukup Protein Tinggi Cairan 8 gelas / hari | | | Pantai Lunci, 09/01/2024<br>Petugas Gizi,<br>Irene Fahainike A.L.S.Gz | |

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci - Sukamara
Kode Pos 74775 Email : *pkms.lunci@gmail.com*

## FORMULIR PEMBERIAN KONSELING DAN EDUKASI GIZI PASIEN

**Nama** : Siti Hairiah
**No RM** : 000 188

| TANGGAL / JAM | MATERI EDUKASI | TANDA TANGAN (Nama Jelas) | |
|---|---|---|---|
| | | Pasien / Keluarga Pasien | Petugas Gizi |
| 07/01/2023 | Terapi: Diet Rendah lemak Cukup protein<br>makanan yg di anjurkan:<br>kacang ¾an sayuran hijau, kentang rebus, umbi ¾an<br>Tidak di anjurkan:<br>makanan pedas, susu, makanan berlemak, teh kopi | Siti Hairiah | Irma S.Gz |

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci Sukamara
Kode Pos 74713 Email : [illegible]

No. RM : 000 188
Nama : Siti Hairah
Umur : 29 Th
Pekerjaan : IRT
Alamat : S. Pasir RT 04

## CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

| Tanggal | Jam | Profesi | Keluhan, Hasil Pemeriksaan, Assesment (S.O.A) | Instruksi Tenaga Kesehatan (Planning) | Nama dan TTD |
|---|---|---|---|---|---|
| 07/24/01 | 08.00 | Gizi | ku = Lemah<br>keringat dingin<br>Sisa makan 10 %<br>A Supan balik | Diet Rendah lemak<br>Cukup protein<br>Air putih 8 gelas / hari | Irene G2 |
| 07/24 | 08.20 | Apoteker | S: Pr keringat dingin, batuk mual<br>O: Lemas TD: 120/81<br>N: 82x/menit<br>T: 36,7°C<br>A: keluhan mual pr memerlukan terapi Obat | P: Injeksi metoklopramid 1 tab/3 jam a.c. | Ucapal Hidrasid |
| 07/24 | 08.30 | Apoteker | S: pr tidak muntah, masih mersa lemas, keluhan batuk<br>O = TD: 120/80 T: 36,9°C<br>N: 82x/menit<br>A: tidak ada masalah dalam terapi | Terapi ~~tetap~~ dilanjutkan<br>- Ceftaxim 1 g /12 jam<br>- Ranitidin /12 jam<br>- IVFD RI | Ucapal |
| 08/24/01 | 09.10 | Gizi | ku: Lemah<br>Sisa makan 30 %<br>Tidak nafsu makan<br>Asupan kurang | Makan sedikit tapi sering.<br>Tetap minum 8 gelas/hari | Irene G2 |

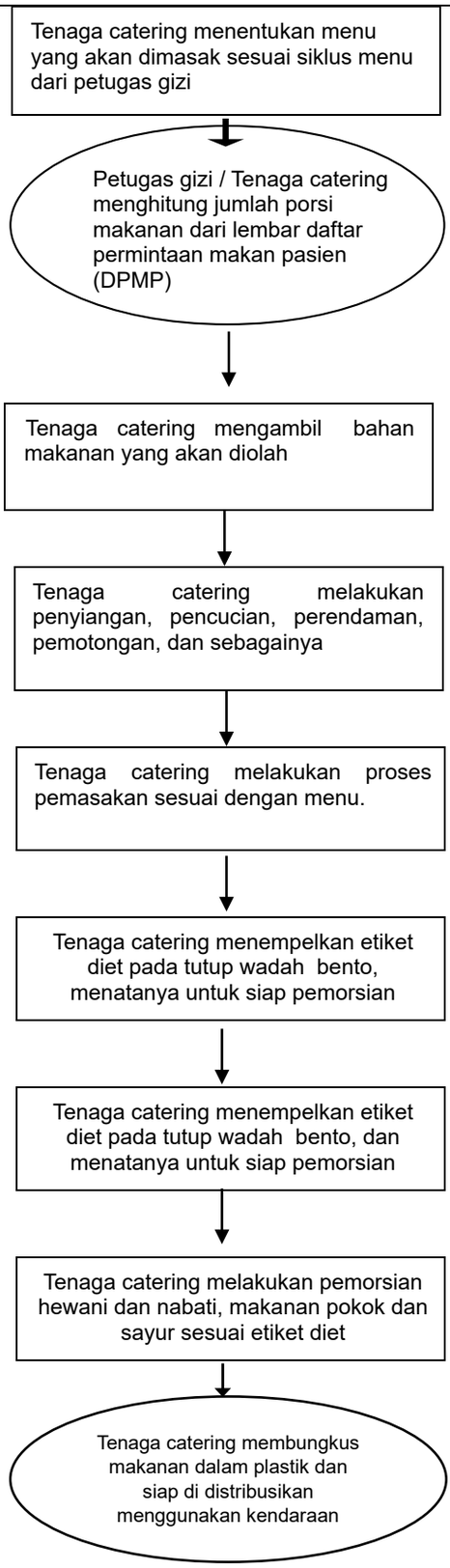
Dipindai dengan CamScanner

# KAJIAN GIZI
# KEPADA PASIEN RAWAT INAP

Kajian Gizi Pada Pasien Rawat Inap

| | | |
|---|---|---|
| | **PENYIAPAN MAKANAN** | |
| | **SOP** Nomor : 3.5.1b /SOP / 66 a / PKM-PL<br>No.Revisi : 001<br>Tgl.Terbit : 12 Januari 2023<br>Halaman : 2 /3 | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |
| 1. Pengertian | Penyiapan makanan adalah serangkaian kegiatan dalam penanganan bahan makanan yang meliputi persiapan dan pengolahan bahan mentah menjadi makanan yang siap di makan, berkualitas, dan aman untuk di konsumsi pasien. | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mempersiapkan dan mengolah bahan-bahan makanan agar menghasilkaan makanan yang bergizi, menarik, mudah dicerna, aman, dan dapat diterima pasien. | |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 55 Tahun 2021 tentang Penetapan Tenaga Nutrisionis di Unit Rawat Inap | |
| 4. Referensi | Buku Sistem Penyelenggaraan Makanan Institusi Pusat Pendidikan<br>Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Tahun 2018 | |

| | |
|---|---|
| 5. Prosedur/ Langkah-langkah | a. Persiapan<br>1) Alat: alat tulis, peralatan persiapan dan pemasakan<br>2) Bahan: siklus menu<br>b. Petugas Yang Melaksanakan:<br>1) Petugas gizi<br>2) Tenaga Boga<br>c. Langkah – Langkah<br>1. Tenaga catering menentukan menu yang akan dimasak sesuai di siklus menu dari petugas gizi<br>2. Petugas gizi / Tenaga catering menghitung jumlah porsi makanan dari lembar daftar permintaan makan pasien (DPMP)<br>3. Tenaga catering mengambil bahan makanan sesuai dengan menu dan jumlah permintaan<br>4. Tenaga catering melakukan penyiangan, pencucian, perendaman, pemotongan, dan sebagainya sesuai dengan kebutuhan persiapan untuk pemasakan<br>5. Tenaga catering melakukan proses pemasakan, dengan merebus, menggoreng, menumis, mengukus, atau memanggang sesuai dengan menu yang ditentukan<br>6. Tenaga catering menempelkan etiket diet pada tutup wadah bento kemudian menatanya untuk siap pemorsian<br>7. Tenaga catering melakukan pemorsian hewani dan nabati, makanan pokok dan sayur sesuai etiket diet<br>8. Tenaga catering membungkus makanan dalam plastik serta di ikat dan siap pendistribusian menggunakan kendaraan. |

| | |
|---|---|
| 6. Diagram Alir |  |
| 7. Unit Terkait | Warung Catering |
| 8. Dokumen Terkait | Siklus menu |

I. Rekaman Historis:

| No | Halaman | Yang dirubah | Perubahan | Diberlakukan Tgl. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 sd 2 | UPTD | UPT | 12 Januari 2023 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **PENYIAPAN MAKANAN** | | | |
| | **Daftar Tilik** | Nomor | : 3.5.1b /SOP / 66 b / PKM-PL | |
| | | No. Revisi | : 001 | |
| | | Tgl Terbit | : 12 Januari 2023 | |
| | | Halaman | : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

**Unit** :……
**Nama Petugas** :……
**Tanggal Pelaksanaan** : ……..

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apakah tenaga catering menentukan menu yang akan dimasak sesuai di siklus menu dari petugas gizi? | | | |
| 2 | Apakah petugas gizi menghitung jumlah porsi makanan dari lembar daftar permintaan makan pasien (DPMP)? | | | |
| 3. | Apakah tenaga catering mengambil bahan makanan sesuai dengan menu dan jumlah permintaan? | | | |
| 4 | Apakah tenaga catering melakukan penyiangan, pencucian, perendaman, pemotongan, dan sebagainya sesuai dengan kebutuhan persiapan untuk pemasakan? | | | |
| 5 | Apakah tenaga catering melakukan proses pemasakan, dengan merebus, menggoreng, menumis, mengukus, atau memanggang sesuai dengan menu yang ditentukan? | | | |
| 6 | Apakah tenaga catering menempelkan etiket diet pada tutup wadah bento kemudian menatanya untuk siap pemorsian? | | | |
| 7 | Apakah tenaga catering melakukan pemorsian hewani dan nabati, makanan pokok dan sayur sesuai etiket diet? | | | |
| 8 | Apakah tenaga catering membungkus makanan dalam plastik serta di ikat dan siap pendistribusian menggunakan kendaraan? | | | |
| | Jumlah | | | |

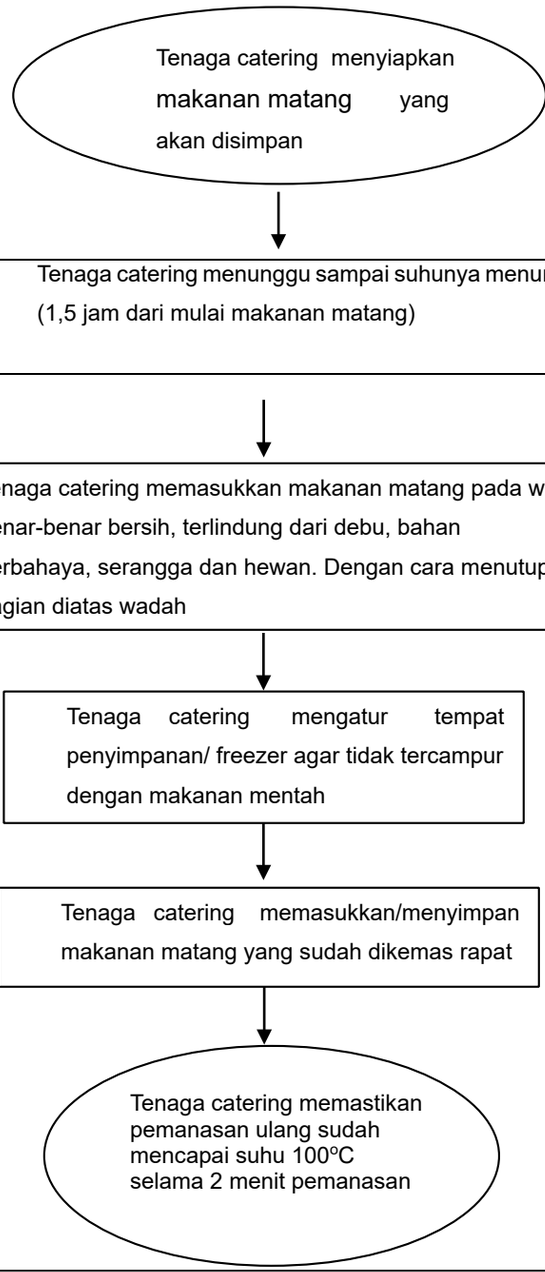
**Compliance rate (CR)** ……%.

Pantai Lunci……
Pelaksana/ Ouditor

(……)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **PENYIMPANAN MAKANAN** | | | |
| | **SOP** | Nomor | : 3.5.1b /SOP / 67 a / PKM-PL | |
| | | No.Revisi | : - | |
| | | Tgl.Terbit | : 12 Januari 2023 | |
| | | Halaman | : 1 /2 | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |
| 1.Pengertian | Penyimpanan makanan matang adalah suatu usaha untuk mempertahankan mutu makanan matang yang tidak langsung disajikan kepada pasien tetapi melalui proses penyimpanan terlebih dahulu sebelum didistribusikan kepada konsumen. | | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mempertahankan mutu makanan matang yang tidak langsung disajikan kepada pasien tetapi melalui proses penyimpanan terlebih dahulu sebelum didistribusikan. | | | |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci tentang Pelayanan Gizi Rawat Inap Nomor | | | |
| 4. Referensi | Pedoman Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) Tahun 2014 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | Langkah-langkah | . Persiapan<br>1) Alat: wadah/kontainer makanan, kulkas, kompor<br>2) Bahan: -<br>b. Petugas Yang Melaksanakan:<br>1) Tenaga Catering<br>c. Langkah-langkah<br>1. Tenaga catering menyiapkan makanan matang yang akan disimpan<br>2. Tenaga catering menunggu sampai suhunya menurun (1,5 jam dari mulai makanan matang)<br>3. Tenaga catering memasukkan makanan matang pada wadah yang benar- benar bersih, terlindung dari debu, bahan kimia berbahaya, serangga dan hewan. Dengan cara menutup pada bagian diatas wadah tiap makanan<br>4. Tenaga catering mengatur tempat penyimpanan/ freezer agar tidak tercampur dengan makanan mentah<br>5. Tenaga catering memasukkan/menyimpan makanan matang yang sudah dikemas rapat<br>6. Tenaga catering menyajikan makanan matang dengan terlebih dahulu melakukan pemanasan ulang<br>7. Tenaga catering memastikan pemanasan ulang sudah mencapai suhu 100$^{o}$C selama 2 menit pemanasan (dengan cara mengukur suhu bagian tengah bahan makanan yang dipanaskan ulang) |

| | |
|---|---|
| 1. Diagram Alir |  |
| 2. Unit Terkait | - Warung Catering |
| 3.Dokumen Terkait | - |

I. Rekaman Historis:

| No | Halaman | Yang dirubah | Perubahan | Diberlakukan Tgl. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 sd 2 | UPT | UPTD | 12 Januari 2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENYIMPANAN MAKANAN** | | |
| | **Daftar Tilik** | Nomor : 3.5.1b /SOP / 67 b / PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl Terbit : 12 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

**Unit** :……

**Nama Petugas** :……

**Tanggal Pelaksanaan** : ……

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah tenaga catering menyiapkan makanan matang yang akan disimpan? | | | |
| 2. | Apakah tenaga catering menunggu sampai suhunya menurun (1,5 jam dari mulai makanan matang)? | | | |
| 3. | Apakah tenaga catering memasukkan makanan matang pada wadah benar-benar bersih, terlindung dari debu, bahan kimia berbahaya, serangga dan hewan. Dengan cara menutup pada bagian diatas wadah tiap makanan? | | | |
| 4. | Apakah tenaga catering mengatur tempat penyimpanan/ freezer agar tidak tercampur dengan makanan mentah? | | | |
| 5. | Apakah tenaga catering memasukkan/menyimpan makanan matang yang sudah dikemas rapat? | | | |
| 6 | Apakah tenaga catering menyajikan makanan matang dengan terlebih dahulu melakukan pemanasan ulang | | | |
| 7 | Apakah tenaga catering memastikan pemanasan ulang sudah mencapai suhu 100ºC selama 2 menit pemanasan (dengan cara mengukur suhu bagian tengah bahan makanan yang dipanaskan ulang)? | | | |
| | Jumlah | | | |

**Compliance rate (CR)** ……%.

Pantai Lunci,……

Pelaksana/ Ouditor

(……)

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESM AS PANTAI LUNCI
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci- Sukamara
Kode Pos 74775 - Email : pkmpantailunci23@gmail.com

# PERJANJIAN KERJASAMA ANTARA PUSKESMAS PANTAI LUNCI DENGAN CATERING LESEHAN KEENAN MENANTI TENTANG PEMBERIAN MAKAN PASIEN RAWAT INAP

**Nomor : 1.8.1/SK/22/PKM-PL**

Pada hari ini, Senin Tanggal Januari 2023 (02 Januari 2023) yang bertanda tangan di bawah ini :

1. **Dr. H. Agung Raharjo** Kepala Puskesmas Pantai Lunci berkedudukan di jl Kelapa Dua Sungai cabang Barat RT 06 Kecamatan Pantai Lunci dalam hal ini bertindak dalam jabatan tersebut,yang selanjutnya disebut sebagai **"PIHAK PERTAMA"**
2. **NURHAYATI** Selaku Pemilik Catering: '**LESEHAN KEENAN MENANTI'** dalam jabatan tersebut yang untuk selanjutnya disebut sebagai **"PIHAK KEDUA"**

Bahwa "**PIHAK PERTAMA"** dan "**PIHAK KEDUA"** Secara Bersama-sama disebut **"PARA PIHAK"** dan secara sendiri-sendiri disebut **"PIHAK"**

**PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** mengadakan perjanjian kerja sama (selanjutnya disebut **"PERJANJIAN"**) dengan Ketentuan -Ketentuan sebagaimana diatur lebih lanjut dalam perjanian ini.

**A. Maksud dan Tujuan**

Maksud dan perjanjian ini adalah sebagai dasar para pihak untuk bekerja sama dalam pemebrian makanan dan minuman bagi pasien rawat inap sesuai yang diminta **PIHAK PERTAMA"**

Dipindai dengan CamScanner

**B. Lingkup dan Uraian Pekerjaan**

Ruang lingkup perjanjian ini meliputi pemebrian makan pasien sesui yang disepakati

1. Pemberian makan pasien diberikan pada:
   Jam:06.00 - 07.00 = Makan Pagi

   Jam 11.30 -12.30 = Makan Siang

   Jam 17.00 -18.00 = Makan Sore

2. Pemberian Makan pasien Umum dan BPJS dengan Rincian 3x Makan

   Pemberian Makan Pasien Umum dan BPJS VK Pasca Persalinan di berikan double protein dengan rincian 1x makan.
3. Pemebrian Makan dan Minum sesuai dengan jenis diet yang diberikan
4. Perubahan diet makanan pasien dilakukan setelah Visit Dokter Jam 08.00
5. Jika Pasien datang pada malam hari, untuk makan pagi menyesuaikan dengan makanan yang tersedia (Belum berdiet sesuai arahan Dokter/Ahli Gizi)

**C. Hak dan Kewajiban**

1. **"PIHAK PERTAMA"** berkewajiban menyerahkan siklus menu dan Jumlah pemesanan makanan Kepada **"PIHAK KEDUA"**
2. **"PIHAK PERTAMA"** berhak mengembalikan apabila hasil makanan dan minuman yang dilakukan **"PIHAK KEDUA"** tidak sesuai dengan yang disepakati.
3. **"PIHAK KEDUA"** Berkewajiban melakukan proses Penyimpanan, pengolahan, dan penyajian sesuai standar

**D. Pembayaran dan Biaya**

**"PIHAK PERTAMA"** melakukan pemebayaran secara tunai dengan menyertakan Bukti jumlah pasien dan Kuitansi dari **"PIHAK KEDUA"** dibayarkan di minggu pertama bulan berikutnya.

Dipindai dengan CamScanner

Biaya yang disepakati Kedua bela pihak sebagai berikut :

1. Pasien BPJS Rp.20.000/Pasien / Porsi
2. Pasien Umum Rp.20.000/Pasien / Porsi
3. Pasien Umum dan BPJS VK Rp.20.000/Pasien / Porsi

Apabila ada perubahan dan perbaikan akan segera diselesaikan di bulan berikutnya.

| PIHAK KEDUA | PIHAK PERTAMA |
|---|---|
| LESEHAN KEENAN MENANTI | KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| NURHAYATI | dr. H. AGUNG RAHARJO |
| | NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | PENYIAPAN MAKANAN | | |
|---|---|---|---|
| | Daftar Tilik | Nomor : 3.5.1b /SOP / 66 b / PKM-PL | |
| | | No. Revisi : 001 | |
| | | Tgl Terbit : 12 Januari 2023 | |
| | | Halaman | |
| UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI | | | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

Unit : UPT Puskesmas Pantai Lunci
Nama Petugas : Irene Fabarisike A. Lingu
Tanggal Pelaksanaan : 31 Agustus 2023

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apakah tenaga catering menentukan menu yang akan dimasak sesuai di siklus menu dari petugas gizi? | ✓ | | |
| 2 | Apakah petugas gizi menghitung jumlah porsi makanan dari lembar daftar permintaan makan pasien (DPMP)? | ✓ | | |
| 3. | Apakah tenaga catering mengambil bahan makanan sesuai dengan menu dan jumlah permintaan? | ✓ | | |
| 4 | Apakah tenaga catering melakukan penyiangan, pencucian, perendaman, pemotongan, dan sebagainya sesuai dengan kebutuhan persiapan untuk pemasakan? | ✓ | | |
| 5 | Apakah tenaga catering melakukan proses pemasakan, dengan merebus, menggoreng, menumis, mengukus, atau memanggang sesuai dengan menu yang ditentukan? | ✓ | | |
| 6 | Apakah tenaga catering menempelkan etiket diet pada tutup wadah bento kemudian menatanya untuk siap pemorsian? | ✓ | | |
| 7 | Apakah tenaga catering melakukan pemorsian hewani dan nabati, makanan pokok dan sayur sesuai etiket diet? | ✓ | | |
| 8 | Apakah tenaga catering membungkus makanan dalam plastik serta di ikat dan siap pendistribusian menggunakan kendaraan? | ✓ | | |
| | Jumlah | 8 | | |

**Compliance rate (CR)** ....8/8 x 100 %.

Pantai Lunci....31 Agustus 2023
Pelaksana/ Auditor

(.....Irene Fabarisike.)

Dipindai dengan CamScanner

| | PENYIMPANAN MAKANAN | |
|---|---|---|
| | Daftar Tilik | Nomor : 3.5.1b /SOP / 67 b / PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl Terbit : 12 Januari 2023<br>Halaman : |
| UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

**Unit** : UPT Puskesmas Pantai Lunci
**Nama Petugas** : Irene Fahardike A. Ginu
**Tanggal Pelaksanaan** : 31 Agustus 2023

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah tenaga catering menyiapkan makanan matang yang akan disimpan? | ✓ | | |
| 2. | Apakah tenaga catering menunggu sampai suhunya menurun (1,5 jam dari mulai makanan matang)? | ✓ | | |
| 3. | Apakah tenaga catering memasukkan makanan matang pada wadah benar-benar bersih, terlindung dari debu, bahan kimia berbahaya, serangga dan hewan. Dengan cara menutup pada bagian diatas wadah tiap makanan? | ✓ | | |
| 4. | Apakah tenaga catering mengatur tempat penyimpanan/ freezer agar tidak tercampur dengan makanan mentah? | ✓ | | |
| 5. | Apakah tenaga catering memasukkan/menyimpan makanan matang yang sudah dikemas rapat? | ✓ | | |
| 6 | Apakah tenaga catering menyajikan makanan matang dengan terlebih dahulu melakukan pemanasan ulang | ✓ | | |
| 7 | Apakah tenaga catering memastikan pemanasan ulang sudah mencapai suhu 100°C selama 2 menit pemanasan (dengan cara mengukur suhu bagian tengah bahan makanan yang dipanaskan ulang)? | ✓ | | |
| | Jumlah | 7 | | |

**Compliance rate (CR)** ...7/7 x 100... %.

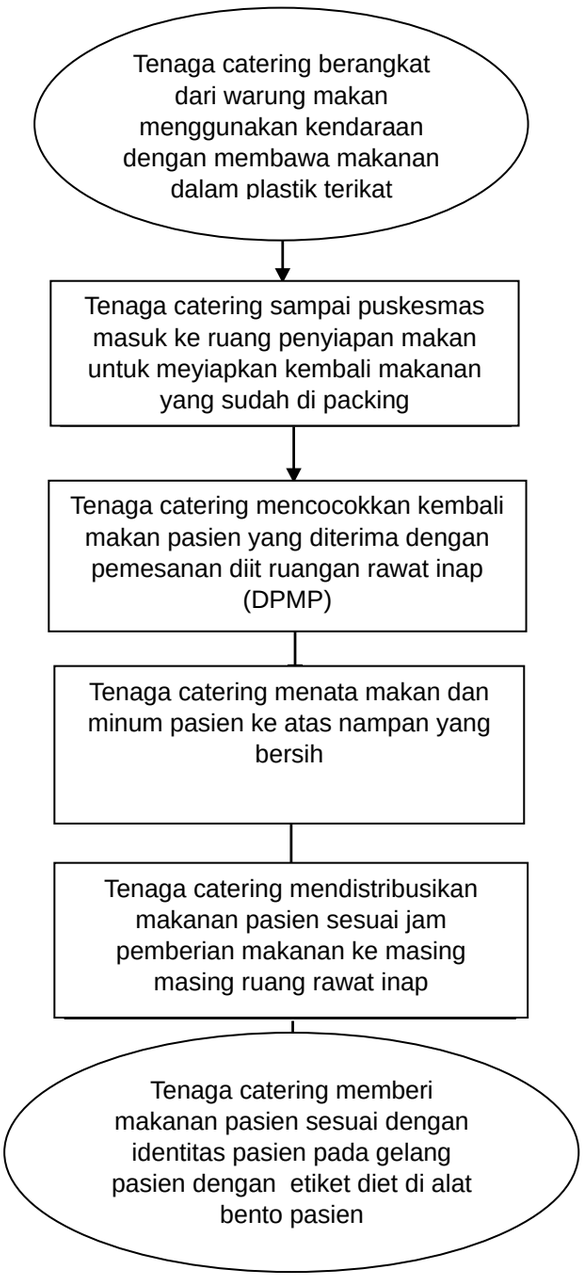
Pantai Lunci, 31 Agustus 2023
Pelaksana/ Ouditor

(Irene Fahardike)

Dipindai dengan CamScanner

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="3">DISTRIBUSI MAKANAN</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">SOP</td><td>Nomor</td><td>: 3.5.1.c /SOP/ 68 a/ PKM-PL</td></tr>
<tr><td>No.Revisi</td><td>: -</td></tr>
<tr><td>Tgl.Terbit</td><td>: 13 Januari 2023</td></tr>
<tr><td>Halaman</td><td>: 1 /2</td></tr>
<tr><td>UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI</td><td colspan="2"></td><td>dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002</td></tr>
<tr><td>1. Pengertian</td><td colspan="3">Distribusi makanan adalah proses kegiatan penyaluran atau penyampaian makanan kepada pasien dari warung catering sampai ke puskesmas dan sampai ke ruang pasien rawat inap di puskesmas.</td></tr>
<tr><td>2. Tujuan</td><td colspan="3">Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menyalurkan atau menyampaikan makanan sesuai dengan jenis diit dan jumlah porsi yang di pesan dari ruang rawat inap.</td></tr>
<tr><td>3. Kebijakan</td><td colspan="3">Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 55<br>Tahun 2021 tentang Penetapan Tenaga Nutrisionis di Unit Rawat Inap</td></tr>
<tr><td>4. Referensi</td><td colspan="3">Buku Sistem Penyelenggaraan Makanan Institusi Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan<br>Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Tahun 2018</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 5. Prosedur/ Langkah-langkah | a. Persiapan<br>1. Alat: nampan makan pasien<br>2. Bahan: buku pemesanan diet ruangan rawat inap<br>b. Petugas Yang Melaksanakan:<br>1. Tenaga catering<br>c. Langkah – Langkah<br>1. Tenaga catering berangkat dari warung makan menggunakan kendaraan dengan membawa makanan pasien dalam plastik terikat.<br>2. Tenaga catering sampai puskesmas masuk ke ruang penyiapan makan untuk meyiapkan kembali makanan yang sudah di packing<br>3. Tenaga catering mencocokkan kembali makan pasien yang diterima dengan pemesanan diit ruangan rawat inap (DPMP)<br>4. Tenaga catering menata makan dan minum pasien ke atas nampan yang bersih<br>5. Tenaga catering mendistribusikan makanan pasien sesuai jam pemberian makanan ke masing masing ruang rawat inap<br>6. Tenaga catering memberikan makanan pasien sesuai dengan identitas pasien pada gelang pasien dengan yang tercantum di etiket diet alat bento pasien |

| | |
|---|---|
| 6. Diagram Alir |  |
| 7. Unit Terkait | Warung catering<br>Ruang persiapan<br>Ruang rawat inap |
| 8. Dokumen Terkait | - |

I. Rekaman Historis:

| No | Halaman | Yang dirubah | Perubahan | Diberlakukan Tgl. |
|---|---|---|---|---|
| | 1 sd 3 | UPTD | UPT | 13 Januari 2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **DISTRIBUSI MAKANAN** | | |
| | **Daftar Tilik** | Nomor : 3.5.1.c /SOP/ 68 b/ PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl Terbit : 14 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

**Unit** :……
**Nama Petugas** :……
**Tanggal Pelaksanaan** : ……

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apakah tenaga catering berangkat dari warung makan menggunakan kendaraan dengan membawa makanan dalam plastik terikat? | | | |
| 2 | Apakah tenaga catering sampai puskesmas masuk ke ruang penyiapan makan untuk meyiapkan kembali makanan yang sudah di packing? | | | |
| 3. | Apakah tenaga catering mencocokkan kembali makan pasien yang diterima dengan pemesanan diit ruangan rawat inap (DPMP)? | | | |
| 4 | Apakah tenaga catering menata makan dan minum pasien ke atas nampan yang bersih? | | | |
| 5 | Apakah tenaga catering mendistribusikan makanan pasien sesuai jam pemberian makanan ke masing masing ruang rawat inap? | | | |
| 6 | Apakah tenaga catering memberikan makanan pasien sesuai dengan identitas pasien pada gelang pasien dengan yang tercantum di etiket diet alat bento pasien? | | | |
| | Jumlah | | | |

**Compliance rate (CR)** ……%.

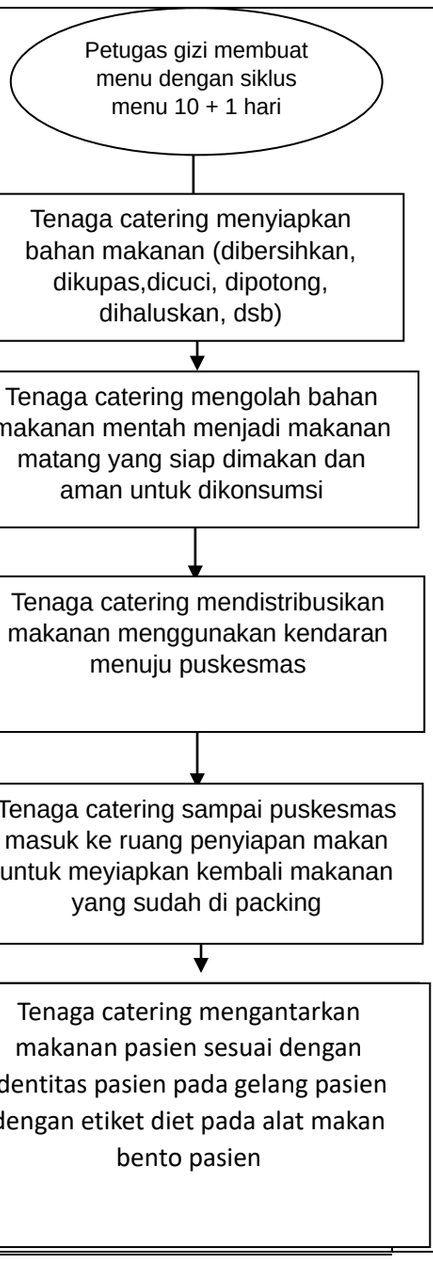
Pantai Lunci,……
Pelaksana/ Ouditor

(……)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PEMBERIAN MAKANAN** | | |
| | **SOP** | Nomor | : 3.5.1.c /SOP/ 68 a/ PKM-PL |
| | | No.Revisi | : |
| | | Tgl.Terbit | : 14 Januari 2023 |
| | | Halaman | : 2 /3 |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pemberian makan adalah serangkaian kegiatan yang dimulai dari perencanaan menu, perhitungan kebutuhan bahan makanan (BM), pemesanan dan pembelian, penerimaan, persiapan dan penyaluran BM, pengolahan, distribusi makanan, serta pencatatan dan pelaporan |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemberian makanan pasien, menyediakan makanan dengan kualitas yang baik dan jumlah sesuai dengan kebutuhan, serta memberikan pelayanan yang layak kepada pasien. |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Luncinomor 55<br>Tahun 2021 tentang Penetapan Tenaga Nutrisionis di Unit Rawat Inap |
| 4. Referensi | Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas Tahun 2021 |

| | |
|---|---|
| 5. Prosedur/ Langkah-langkah | a. Persiapan<br>1) Alat: alat tulis<br>2) Bahan: data jumlah pasien, siklus menu, form pemesanan bahan makanan<br>b. Petugas Yang Melaksanakan:<br>1) Petugas gizi<br>2) Tenaga catering<br>c. Langkah – Langkah<br>1. Petugas gizi membuat menu dengan siklus menu 10 + 1 hari<br>2. Tenaga catering menyiapkan bahan makanan (dibersihkan, dikupas,dicuci, dipotong, dihaluskan, dsb)<br>3. Tenaga catering mengolah bahan makanan mentah menjadi makanan matang yang siap dimakan dan aman untuk dikonsumsi<br>4. Tenaga catering mendistribusikan makanan menggunakan kendaran menuju puskesmas<br>5. Tenaga catering sampai puskesmas masuk ke ruang penyiapan makan untuk meyiapkan kembali makanan yang sudah di packing<br>6. Tenaga catering mengantarkan makanan pasien sesuai dengan identitas pasien pada gelang pasien dengan etiket diet pada alat makan bento pasien |

| | |
|---|---|
| 6. Diagram Alir |  |
| 7. Unit Terkait | - Warung catering<br>- Ruang Persiapan<br>- Ruang rawat inap |
| 8. Dokumen Terkait | - Siklus menu |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PEMBERIAN MAKANAN** | | |
| | **Daftar Tilik** | Nomor : 3.5.1.c /SOP/ 68 b/ PKM-PL | |
| | | No.Revisi : 001 | |
| | | Tgl Terbit : 14 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

**Unit** :……
**Nama Petugas** :……
**Tanggal Pelaksanaan** : ……..

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apakah Petugas gizi membuat menu dengan siklus menu 10 + 1 hari ? | | | |
| 2 | Apakah tenaga catering menyiapkan bahan makanan (dibersihkan, dikupas,dicuci, dipotong, dihaluskan, dsb)? | | | |
| 3. | Apakah tenaga catering mengolah bahan makanan mentah menjadi makanan matang yang siap dimakan dan aman untuk dikonsumsi? | | | |
| 4 | Apakah tenaga catering mendistribusikan makanan menggunakan kendaran menuju puskesmas? | | | |
| 5 | Apakah tenaga catering sampai puskesmas masuk ke ruang penyiapan makan untuk meyiapkan kembali makanan yang sudah di packing? | | | |
| 6 | Apakah tenaga catering mengantarkan makanan pasien sesuai dengan identitas pasien pada gelang pasien dengan etiket diet pada alat makan bento pasien? | | | |
| | Jumlah | | | |

**Compliance rate (CR)** ……%.

Pantai Lunci, ……
Pelaksana/ Ouditor

(……)

DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci - Sukamara
Kode Pos 74775 Email : pkms.lunci@gmail.com

# DAFTAR PERMINTAAN MAKAN PASIEN (DPMP)

**Bulan : Januari**
**Tahun : 2024**

| No | Nama | Ruang | Diet | Tgl 01/01-2024 | | | Tgl 02/01-2024 | | | Tgl 03/01-2024 | | | Tgl 04/01-2024 | | | Tgl 05/01-2024 | | | Tgl 06/01-2024 | | | Tgl 07/1-2024 | | | Tgl 08/01-2024 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam |
| 1. | Soliyati | Flamboyan | TKTP | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | M. Hail Faris | Geranium | TKTP | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Abdul Rahman | Geranium | DL | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | |
| 4. | Siti Mahfiah | Flamboyan | TKTP | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | |
| 5 | Rusaian | Geranium | TKTP | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| 6 | Siti Hairiah | Flamboyan | DL | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 7 | Nilawati | Flamboyan | TKTP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 8 | Ermawati | Flamboyan | TKTP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 9 | Sofiyanti | Flamboyan | DL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 10 | Dewi Sartika | Flamboyan | RG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 11 | Nur Khotimah | Flamboyan | RG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci

dr. H. AGUNG RAHARJO
NIP.19781228 200803 1 002

Petugas Gizi,

IRENE FAHARINIKE A. LINGU, S.Gz
NIP. 19920804 202012 2 024

Dipindai dengan CamScanner

**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci - Sukamara
Kode Pos 74775 Email : *pkms.lunci@gmail.com*

# DAFTAR PERMINTAAN MAKAN PASIEN (DPMP)

**Bulan : Januari**
**Tahun : 2024**

| No | Nama | Ruang | Diet | Tgl 09 / | | | Tgl 10/01-2024 | | | Tgl 11 / 01-2024 | | | Tgl 12/01-2024 | | | Tgl 13 / | | | Tgl 14 / | | | Tgl 15 / | | | Tgl 16 / 01-2024 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam |
| 1 | ERNAWATI | Flamboyan | TKTP | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | SOFI YANTI | Flamboyan | TKTP | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | |
| 3 | DEWI SAMTIKA | HIFAS | TKTP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4 | NUR KHAFIYAH | Flamboyan | TKTP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci

dr. H. AGUNG KAHARJO
NIP.19781228 200803 1 002

Petugas Gizi,

IRENE FAHARINIKE A. LINGU, S.Gz
NIP. 19920804 202012 2 024

Dipindai dengan CamScanner

DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci - Sukamara
Kode Pos 74775 Email : pkms.lunci@gmail.com

# DAFTAR PERMINTAAN MAKAN PASIEN (DPMP)

**Bulan : Februari**
**Tahun : 2024**

| No | Nama | Ruang | Diet | Tgl 01 / | | | Tgl 02 / | | | Tgl 03 / | | | Tgl 04 / | | | Tgl 05 / 02- 2024 | | | Tgl 06 / 02-2024 | | | Tgl 07 / 02 - 2024 | | | Tgl 08 / 02 - 2024 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam |
| 1. | Maman Kusmana | Flamboyan | TKTP | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| 2. | Endang Rusmayati | Flamboyan | DL | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3. | Bangsaman | Geranium | TKTP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4. | Sarmi | Geranium | DL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci

dr. H. AGUNG RAHARJO
NIP. 19781228 200803 1 002

Petugas Gizi,

IRENE FAHARINIKE A. LINGU, S.Gz
NIP. 19920804 202012 2 024

Dipindai dengan CamScanner

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci - Sukamara
Kode Pos 74775 Email : pkms.lunci@gmail.com

# DAFTAR PERMINTAAN MAKAN PASIEN (DPMP)

**Bulan : Februari**
**Tahun : 2024**

| No | Nama | Ruang | Diet | Tgl 09 / 02-24 | | | Tgl 10 / 2-24 | | | Tgl 11 / 02-24 | | | Tgl 12 / 2-2024 | | | Tgl 13 / 02-2024 | | | Tgl 14 / | | | Tgl 15 / | | | Tgl 16 / | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam | Pagi | Siang | Malam |
| | Nurhikmah | Flamboyan | RG | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Yuriyanto | Geranium | OL | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rani Mulyani | Flamboya | TKTP | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ali Sahbana | Flamboya | TKTP | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | |
| | M. Shaleh | Geranium | TKTP | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci

dr. H. AGUNG RAHARJO
NIP.19781226 200903 1 002

Petugas Gizi,

IRENE FAHARINIKE A. LINGU, S.Gz
NIP. 19920804 202012 2 024

Dipindai dengan CamScanner

| | DISTRIBUSI MAKANAN | | |
|---|---|---|---|
| | Daftar Tilik | Nomor : 3.5.1.c /SOP/ 68 b/ PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl Terbit : 14 Januari 2023<br>Halaman : | |
| UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

Unit :...UPT...Puskesmas...Pantai Lunci
Nama Petugas :...Irene...Fahariake
Tanggal Pelaksanaan :...23...Desember...2023

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apakah tenaga catering berangkat dari warung makan menggunakan kendaraan dengan membawa makanan dalam plastik terikat? | ✓ | | |
| 2 | Apakah tenaga catering sampai puskesmas masuk ke ruang penyiapan makan untuk meyiapkan kembali makanan yang sudah di packing? | ✓ | | |
| 3. | Apakah tenaga catering mencocokkan kembali makan pasien yang diterima dengan pemesanan diit ruangan rawat inap (DPMP)? | ✓ | | |
| 4 | Apakah tenaga catering menata makan dan minum pasien ke atas nampan yang bersih? | ✓ | | |
| 5 | Apakah tenaga catering mendistribusikan makanan pasien sesuai jam pemberian makanan ke masing masing ruang rawat inap? | ✓ | | |
| 6 | Apakah tenaga catering memberikan makanan pasien sesuai dengan identitas pasien pada gelang pasien dengan yang tercantum di etiket diet alat bento pasien? | ✓ | | |
| | Jumlah | 6 | | |

**Compliance rate (CR)** ...6/6...x.100....%.

Pantai Lunci,...23...Desember 2023
Pelaksana/ Auditor

(...Irene Fahariake...)

| | PEMBERIAN MAKANAN | | |
|---|---|---|---|
| | Daftar Tilik | Nomor : 3.5.1.c /SOP/ 68 b/ PKM-PL | |
| | | No.Revisi : 001 | |
| | | Tgl Terbit : 14 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI | | | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

Unit : UPT Puskesmas Pantai Lunci
Nama Petugas : Irene Fahamike
Tanggal Pelaksanaan : 23 Desember 2023

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apakah Petugas gizi membuat menu dengan siklus menu 10 + 1 hari ? | ✓ | | |
| 2 | Apakah tenaga catering menyiapkan bahan makanan (dibersihkan, dikupas,dicuci, dipotong, dihaluskan, dsb)? | ✓ | | |
| 3. | Apakah tenaga catering mengolah bahan makanan mentah menjadi makanan matang yang siap dimakan dan aman untuk dikonsumsi? | ✓ | | |
| 4 | Apakah tenaga catering mendistribusikan makanan menggunakan kendaran menuju puskesmas? | ✓ | | |
| 5 | Apakah tenaga catering sampai puskesmas masuk ke ruang penyiapan makan untuk meyiapkan kembali makanan yang sudah di packing? | ✓ | | |
| 6 | Apakah tenaga catering mengantarkan makanan pasien sesuai dengan identitas pasien pada gelang pasien dengan etiket diet pada alat makan bento pasien? | ✓ | | |
| | Jumlah | 6 | | |

**Compliance rate (CR)** ...6/6...x100..%.

Pantai Lunci, ..23..Desember 2023
Pelaksana/ Ouditor

(..Irene..Fahamike)

Dipindai dengan CamScanner

# BUKTI DILAKUKAN IDENTIFIKASI MAKAN SEBELUM DIBERIKAN KE PASIEN

Petugas mengecek gelang pasien

Petugas mencocokan gelang pasien  dengan etiket makan

# JADWAL PEMBERIAN MAKAN
# PASIEN RAWAT INAP

## JADWAL DISTRIBUSI MAKANAN

| | JAM |
|---|---|
| MAKAN PAGI | 06.00 – 07.00 |
| | |
| MAKAN SIANG | 11.30 – 12.30 |
| | |
| MAKAN MALAM | 17.00 – 18.00 |

# NAMA RUANG
# PASIEN RAWAT INAP

| | |
|---|---|
| Geranium | Ruang Rawat Inap Laki - laki |
| Flamboyan | Ruang Rawat Inap Perempuan |
| NIFAS | Ruang Pasca Persalinan |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci - Sukamara
Kode Pos 74775 Email : *pkms.lunci23@gmail.com*

**BAB III : Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), Laboratorium dan Kefarmasian**

| Standart | Kriteria | Elemen Penilaian | |
|---|---|---|---|
| 3 | 7.2 | a | Dokter/ dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan kajian ulang kondisi medis sebelum menindaklanjuti umpan balik dari FKTRL sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O) |
| | | **Regulasi** | 1. SK tentang rujuk balik<br>2. SOP rujuk balik<br>3. SOP Kajian ulang kondisi pasien rujuk balik FKTRL dan tindak lanjut |
| | | **Dokumen** | 1. Telaah rekam medis/ CPPT yang berisi kajian ulang oleh dokter/ dokter gigi tentang kondisi pasien program rujuk balik<br>2. Surat rujuk balik dari RS |
| | | **Observasi** | Pengamatan surveyor terhadap pelaksanaan pengkajian ulang kondisi pasien program rujuk balik |
| | | **Wawancara** | - |

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci - Sukamara
Kode Pos 74775 Email : *pkms.lunci23@gmail.com*

# KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI
# NOMOR :3.7.2/SK/48/PKM-PL

**TENTANG**

**RUJUK BALIK PASIEN UPTD PUSKESMAS PANTAI LUNCI**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**
**KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**

Menimbang :

a. bahwa Puskesmas sebagai salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
b. bahwa rujukan pasien sebagai bahan integral dari pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara bermutu, merata dan terjangkau sangat diperlukan untuk mendukung pelayanan kesehatan yang baik di UPT Puskesmas Pantai Lunci
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b maka perlu ditetapkan keputusan kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci tentang kebijakan rujuk balik di UPT Puskesmas Pantai Lunci

Mengingat :

1. Undang-undang nomor 29 Tahun 2004 tentang Kedokteran;
2. Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik ndonesiaTahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-undang nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
4. Undang-undang nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian penyakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Ri Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK:01.07/MENKES/1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI TENTANG KEBIJAKAN RUJUK BALIK PASIEN DI UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

KESATU : Meneliti isi surat balasan rujukan dan mencatat informasi tersebut di rekam medis pasien;

KEDUA : Memeperhatikan anjuran tindakan yang disampaikan oleh Rumah Srawat pasien tersebut;

KETIGA : Melakukan tindak lanjut atau perawatan kesehatan masyarakat dan memantau kondisi klinis pasien sampai sembuh;

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku semenjak ditetapkan.

Ditetapkan di : PANTAI LUNCI
Pada tanggal : 05 Januari 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

H. AGUNG RAHARJO

LAMPIRAN :
KEPUTUSAN KEPALA UPT
PUSKESMAS PANTAI LUNCI
NOMOR : 3.7.2/SK/48/PKM-PL
TANGGAL : 05 Januari 2023

**TENTANG**

RUJUK BALIK PASIEN DI UPTD PUSKESMAS PANTAI LUNCI

Pengertian

Pelayanan Rujuk balik adalah Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita di Fasilitas Kesehatan atas rekomendasi/rujukan dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat.

A. Manfaat

1. Bagi Peserta
   a. Meningkatkan kemudahan akses pelayanan kesehatan
   b. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang mencakup akses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif
   c. Meningkatkan hubungan dokter dengan pasien dalam konteks pelayanan holistik
   d. Memudahkan untuk mendapatkan obat yang diperlukan
2. Bagi Faskes Tingkat Pertama
   a. Meningkatkan fungsi Faskes selaku Gate Keeper dari aspek pelayanan komprehensif dalam pembiayaan yang rasional
   b. Meningkatkan kompetensi penanganan medik berbasis kajian ilmiah terkini (evidence based) melalui bimbingan organisasi/dokter spesialis
   c. Meningkatkan fungsi pengawasan pengobatan
3. Bagi Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan
   a. Mengurangi waktu tunggu pasien di poli RS
   b. Meningkatkan kualitas pelayanan spesialistik di Rumah Sakit
   c. Meningkatkan fungsi spesialis sebagai koordinator dan konsultan manajemen penyakit

B. Ruang Lingkup Program rujuk Balik

1. Jenis Penyakit yang termasuk Program Rujuk Balik adalah: Jenis Penyakit yang termasuk Program Rujuk Balik adalah:
   a. Diabetus Mellitus
   b. Hipertensi
   c. Jantung
   d. Asma
   e. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
   f. Epilepsy
   g. Schizophrenia
   h. Stroke
   i. Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

D. Sasaran

Peserta yang berhak memperoleh obat PRB adalah: Peserta dengan diagnosa penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi terkontrol/stabil oleh Dokter

Spesialis/Sub Spesialis dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta Program Rujuk Balik.

E. Mekanisme Pelayanan Pasien Rujuk Balik (PRB)

1. Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
   a. Peserta melakukan kontrol ke Faskes Tingkat Pertama (tempatnya terdaftar) dengan menunjukkan identitas peserta BPJS, SRB dan buku kontrol peserta PRB.
   b. Dokter Faskes Tingkat Pertama melakukan pemeriksaan dan menuliskan resep obat rujuk balik yang tercantum pada buku kontrol peserta PRB.
2. Pelayanan pada Apotek/depo Farmasi yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk pelayanan obat PRB
   a. Peserta menyerahkan resep dari Dokter Faskes Tingkat Pertama
   b. Peserta menunjukkan SRB dan Buku Kontrol Peserta
3. Pelayanan obat rujuk balik dilakukan 3 kali berturut-turut selama 3 bulan di Faskes Tingkat Pertama.
4. Setelah 3 (tiga) bulan peserta dapat dirujuk kembali oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan untuk dilakukan evaluasi oleh dokter spesialis/subspesialis.
5. Pada saat kondisi peserta tidak stabil, peserta dapat dirujuk kembali ke dokter Spesialis/Sub Spesialis sebelum 3 bulan dan menyertakan keterangan medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari dokter Faskes Tingkat Pertama yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mengalami gejala/tandatanda yang mengindikasikan perburukan dan perlu penatalaksanaan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis.
6. Apabila hasil evaluasi kondisi peserta dinyatakan masih terkontrol/stabil oleh dokter spesialis/subspesialis, maka pelayanan program rujuk balik dapat dilanjutkan kembali dengan memberikan SRB baru kepada peserta.

KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI,

H. Agung Raharjo

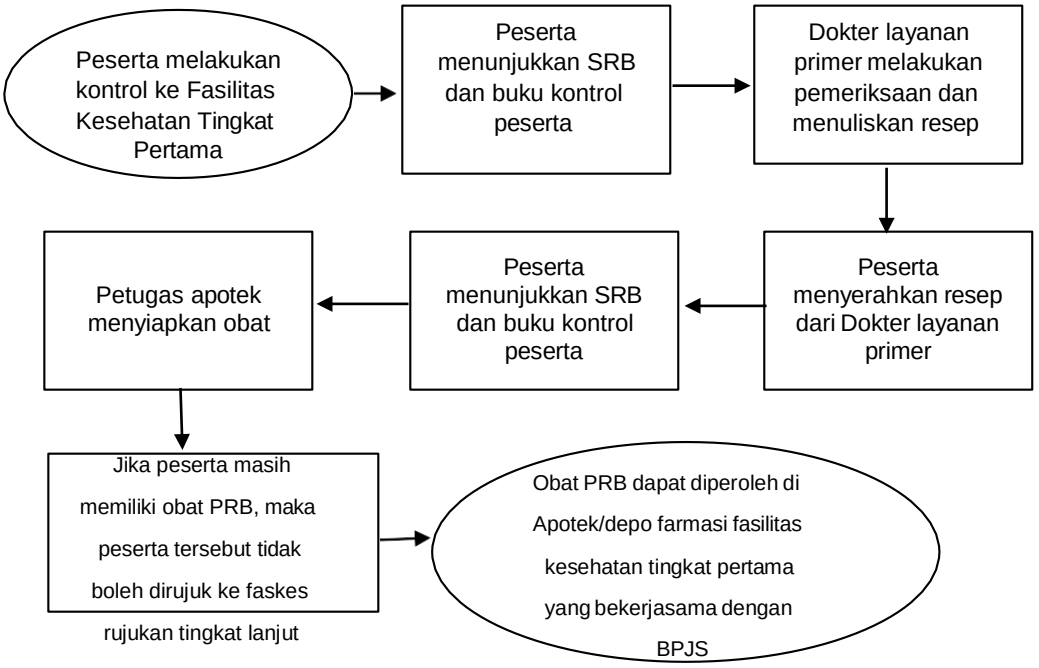
| | RUJUKAN BALIK PASIEN | | |
|---|---|---|---|
| | **SOP** | Nomor : 3.3.1/SOP/58 /PKM-PL | |
| | | No.Revisi : 000 | |
| | | Tgl.Terbit : 5 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1 /2 | |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Pelayanan program rujuk balik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di Faskes Tingkat Pertama atas rekomendasi/rujukan dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk rujukan balik pasien |
| C. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Pantai Lunci I No. 67 tahun 2017 tentang Rujukan Pasien |
| D. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas |
| E. Prosedur/ Langkah-langkah | a. Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama<br>• Peserta melakukan kontrol ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dengan menunjukkan Identitas peserta BPJS, SRB dan buku kontrol peserta PRB.<br>• Dokter layanan primer melakukan pemeriksaan dan menuliskan resep obat rujuk balik yang tercantum pada buku control peserta PRB.<br>b. Pelayanan pada Apotek/Depo farmasi yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan untuk pelayanan obat PRB<br>• Peserta menyerahkan resep dari Dokter layanan primer<br>• Peserta menunjukkan SRB dan buku kontrol peserta<br>• Petugas Apotek/depo farmasi melakukan:<br>1) Verifikasi resep obat dengan menggunakan aplikasi pengendalian obat online. Apabila peserta telah mendapatkan obat yang sama dari apotek lain dan masih dalam jangka waktu pemberian obat, maka petugas apotek tidak boleh memberikan obt tersebut. Jika pelayanan obat tetap diberikan maka biaya obat tersebut akan menjadi beban apotek.<br>2) Memberikan obat PRB disertai dengan informasi penggunaan obat<br>3) Pelayanan obat rujuk balik dilakukan 3 kali berturut-turut selama 3 bulan di faskes Tingkat Pertama<br>4) Setelah 3 bulan, peserta dapat dirujuk kembali oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan untuk dilakukan evaluasi Dokter Spesialis/Sub Spesialis<br>5) Pada saat kondisi peserta tidak stabil, peserta dapat dirujuk kembali ke Dokter Spesialis/Sub Spesialis<br>6) Apabila hasil evaluasikondisi peserta dinyatakan masih terkontrol/stabil oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis, maka pelayanan program rujuk balik dapat dilanjutkan kembali dengan memberikan SRB baru kepada peserta.<br>7) Ketentuan pelayanan obat program rujuk balik:<br>- Obat PRB diberikan untuk kebutuhan 30 hari setiap kali peresepan da harus sesuai dengan daftar obat formularium nasional untuk program rujuk balik serta ketentuan lain yang berlaku.<br>- Perubahan/penggantian obat program rujuk balik hanya |

dapat dilakukan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang memeriksa di faskes Tingkat lanjutan dengan prosedur pelayanan RJTL. Dokter di faskes tingkat pertama melanjutkan resep yang ditulis olh Dokter Spesialis/Sub Spesialis. Dalam kondisi tertentu Dokter di faskes tingkat pertama dapat melakukan penyesuaian dosis sesuai dengan batas kewenangannya.

- Obat PRB dapat diperoleh di Apotek/depo farmasi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan untuk memberikan pelayanan obat PRB.
- Jika peserta masih memiliki obat PRB, maka peserta tersebut tidak boleh dirujuk ke faskes rujukan tingkat lanjut. Kecuali terdapat keadaan emergency atau kegawatdaruratan yang menyebabkan pasien hatus konsultasi ke Faskes Tingkay lanjut.
-

F. Diagram Alir




G. Unit Terkait

a. R. Pendaftaran
b. R. Pemeriksaan Umum
c. R. KIA/KB
d. R. Pemeriksaan Gigi
e. R.Apotek

H. Dokumen Terkait

Rekam Medis

I. Rekaman Historis:

| NO | Yang dirubah | Perubahan | Diberlakukan Tgl. |
|---|---|---|---|
| | | | |

Di Tetapkan Oleh :
Kepala Puskesmas Pantai Lunci

Ta[illegible]

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
JPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

dr.H. Agung Raharjo
NIP.19781228 200803 1 002

| | | |
|---|---|---|
| | **RUJUKAN BALIK PASIEN** | |
| | **Daftar Tilik** | Nomor :3.3.1 /SOP/59/PKM-PL<br>No. Revisi : 000<br>Tgl Terbit : 05 januari 2023<br>Halaman : 1 |

**Unit** **:……**

**Nama Petugas** **:……**

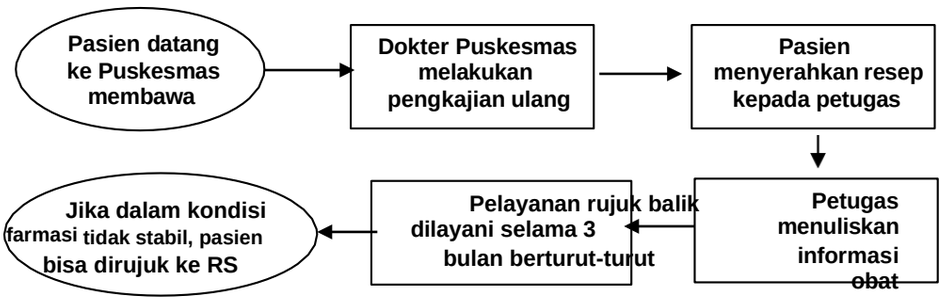
**Tanggal Pelaksanaan** **:**
**……**

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apakah pasien melakukan kontrol ke Faskes Tingkat Pertama denga menunjukkan identitas peserta BPJS, surat rujuk balik dan buku kontrol peserta program rujuk balik? | | | |
| 2 | Apakah Dokter Puskesmas melakukan pemeriksaan dan menuliskan resep obat rujuk balik yang tercantum pada buku kontrol pasien? | | | |
| 3 | Apakah pasien menyerahkan resep dari Dokter Puskesmas ke Apotek/depo farmasi? | | | |
| | Jumlah | | | |

Pantai Luci……2023
Pelaksana/ Ouditor

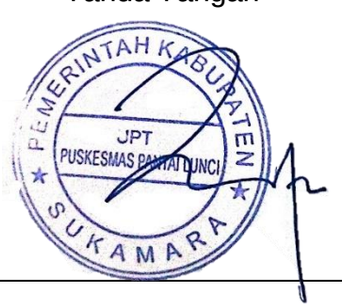
(……)

| | | |
|---|---|---|
| | **KAJIAN ULANG KONDISI PASIEN RUJUK BALIK** | |
| | **SOP** Nomor : 3.3.1/SOP/59/ PKM-PL<br>No.Revisi : 000<br>Tgl.Terbit : 3 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 | |
| A. Pengertian | Pelayanan program rujuk balik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepda penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjangyang dilaksanakan di Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat | |
| B. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kajian ulang rujukan balik pasien | |
| C. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci I Nomor 67 Tahun 2017 tentang rujukan | |
| D. Referensi | a. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas<br>b. KMK Nomor Hk.01.07/MENKES/1185/2022 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama | |
| E. Prosedur/ Langkah-langkah | a. Pasien datang ke Puskesmas dengan membawa surat rujuk balik dari rumah Sakit, buku control pasien rujuk balik (PRB) dan identitas pasien<br>b. Dokter Puskesmas melakukan pengkajian ulang dan pemeriksaan sesuai prosedur secara langkap, menuliskan rencana tindkan di CPPT serta menuliskan resep obat rujuk balik yang tercantum pada buku control peserta rujuk balik (PRB)<br>c. Petugas meminta pasien menyerahkan resep dari Dokter kepada petugas farmasi Puskesmas<br>d. Petugas farmasi menuliskan tanggal, nama obat, aturan pakai obat dan jumlah pemberian obat dalam buku control peserta rujuk balik<br>e. Pelayanan obat rujuk balik dilakukan 3 kali berturut-turut selama 3 bulan di Puskesmas atau sesuai instruksi dari Dokter RS<br>f. Setelah 3 bulan atau waktu yang ditentukan oleh Dokter RS untuk kontrol, peserta dapat dirujuk kembali oleh Dokter Puskesmas ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan untuk dilakukan evaluasi oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis<br>g. Pada saat kondisi peserta tidak stabil, peserta dapat dirujuk kembali ke Dokter Spesialis/Sub Spesialis sebelum 3 bulan/sesuai instruksi Dokter RS dengan menyertakan keterangan medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari Dokter di Puskesms yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mengalami gejala/tanda-tanda yang mengindikasikan perburukkan dan perlu penatalaksanaan oleh Dokter Dokter Spesialis/Sub Spesialis | |

| | |
|---|---|
| F. Diagram Alir |  |
| G. Unit Terkait | a. **Pendaftaran**<br>b. **R. Pemeriksaan Umum**<br>c. **R. KIA/KB**<br>d. **R. Pemeriksan Gigi dan Mulut**<br>e. **Rekam Medis** |
| H. Dokumen Terkait | |

I. Rekaman Historis:

| No | Halaman | Yang dirubah | Perubahan | Diberlakukan Tgl. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Di Tetapkan Oleh:<br>Kepala Puskesmas<br>Pantai Lunci | Tanda Tangan<br>  | dr.H.Agung Raharjo<br>NIP. 19791228 2008031 002 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **KAJIAN ULANG KONDISI PASIEN RUJUK BALIK** | | |
| | **Daftar Tilik** | Nomor :3.3.1/59 /SOP/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : 000 | |
| | | Tgl Terbit : 05 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1 | |

**Unit :……**
**Nama Petugas:……**
**Pelaksanaan : ……..**

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apakah pasien datang ke Puskesmas dengan membawa surat rujuk balik dari rumah Sakit, buku control pasien rujuk balik (PRB) dan identitas pasien? | | | |
| 2 | Apakah Dokter Puskesmas melakukan pengkajian ulang dan pemeriksaan sesuai prosedur secara langkap, menuliskan rencana tindkan di CPPT serta menuliskan resep obat rujuk balik yang tercantum pada buku control peserta rujuk balik (PRB)? | | | |
| 3 | Apakah petugas meminta pasien menyerahkan resep dari Dokter kepada petugas farmasi Puskesmas? | | | |
| 4 | Apakah petugas farmasi menuliskan tanggal, nama obat, aturan pakai obat dan jumlah pemberian obat dalam buku control peserta rujuk balik? | | | |
| 5 | Apakah pelayanan obat rujuk balik dilakukan 3 kali berturut-turut selama 3 bulan di Puskesmas atau sesuai instruksi dari Dokter RS? | | | |
| 6 | Apakah setelah 3 bulan atau waktu yang ditentukan oleh Dokter RS untuk kontrol, peserta dapat dirujuk kembali oleh Dokter Puskesmas ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan untuk dilakukan evaluasi oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis? | | | |
| 7 | Apakah pada saat kondisi peserta tidak stabil, peserta dapat dirujuk kembali ke Dokter Spesialis/Sub Spesialis sebelum 3 bulan/sesuai instruksi Dokter RS dengan menyertakan keterangan medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari Dokter di Puskesms yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mengalami gejala/tanda-tanda yang mengindikasikan perburukkan dan perlu penatalaksanaan oleh Dokter Dokter Spesialis/Sub Spesialis? | | | |
| | Jumlah | | | |

Pantai Lunci,.....2023
Pelaksana/ Ouditor

(……)

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2">PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN<br>PASIEN (IKP)</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>SOP</td><td>No. Dokumen : 5.4.1 /SOP/195/ /PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tanggal Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2</td></tr>
<tr><td>UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI</td><td colspan="2"></td><td>dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002</td></tr>
<tr><td>A. Definisi</td><td colspan="3">Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah suatu cara/langkah-langkah pelaporan insiden keselamatan pasien. Insiden keselamatan pasien (IKP) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien.<br>Kesalahan yang mengakibatkan IKP dapat terjadi pada :<br>1. Diagnostik : kesalahan atau keterlambatan diagnosis<br>2. Treatment : keslahan pada operasi, prosedur/ tes, pelaksanaan Terap.<br>3. Preventive : tidak memberikan terapi profilaktif, monitoring atau follow up yang tidak sesuai pada suatu pengobatan<br>Others : gagal melakukan komunikasi, gagal alat atau sistem lain</td></tr>
<tr><td>B. Tujuan</td><td colspan="3">Sebagai acuan penerapan Langkah Langkah Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien<br>(IKP)</td></tr>
<tr><td>C. Kebijakan</td><td colspan="3">Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor : 5.3.1.a /SK/ 62 /PKM-PL Tentang Insiden Keselamatan Pasien</td></tr>
<tr><td>D. Referensi</td><td colspan="3">1. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Tahun 2015<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Insiden Keselamatan Pasien</td></tr>
<tr><td>3. Langkah - langkah</td><td colspan="3">1. Setiap unit kerja di Klinik melaporkan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien pada formulir yang sudah disediakan paling lambat 2x24 jam.<br>2. Siapapun yang mengetahui atau melihat insiden keselamatan pasien dapat melaporkan pada Koordinator Keselamatan Pasien.<br>3. Pelapor segera memberitahu dokter penanggung jawab layanan untuk pencegahan cedera atau pertolongan pertama.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>Setiap unit kerja di puskesmas mencatat semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien pada formulir yang sudah disediakan, meliputi :</td></tr>
<tr><td></td><td>a. Kejadian Tidak Diharapkan ( KTD )<br>b. Kejadian Nyaris Cedera ( KNC )<br>c. Kejadian potensi Cedera ( KPC )<br>5. Koordinator keselamatan pasien juga menjaga kerahasiaan dokumen,dengan:<br>a. Laporan tidak boleh di foto kopi hanya disimpan oleh Koordinator Keselamatan Pasien.<br>b. Laporan tidak boleh disimpan di file ruangan perawatan atau di status pasien<br>c. Contoh hal yang perlu dilaporkan : salah diagnosa yang Berakibat buruk bagi pasien, kejadian yang terkait pengobatan atau prosedur, kejadian yang terkait dengan darah, pasien jatuh, kejadian yang berakibat pasien/ pengunjung cedera.<br>6. Koordinator Keselamatan Pasien puskesmas menganalisis akar penyebab masalah semua kejadian yang dilaporkan unit kerja.<br>7. Berdasarkan hasil analisis akar masalah, akan koordinator keselamatan pasien mendokumantasikan solusi pemecahan masalah<br>8. Koordinator Keselamatan Pasien di Puskesmas mengirimkan hasil Solusi masalah kepada kepala Puskesmas.<br>9. Kepala Puskesmas melaporkan insiden dan hasil solusi masalah kekomite keselamatan pasien setiap terjadinya insiden dan setelah melakukan analisis akar maslah yang bersifat rahasia, maka dilakukan rencana tindak lanjut</td></tr>
<tr><td>4. Unit terkair</td><td>Koordinator Keselamatan pasien</td></tr>
<tr><td>5. Dokumen terkait</td><td>REKAM MEDIS<br>Catatan tindakan</td></tr>
<tr><td>6. Rekamam Histori Perubahan</td><td><table><tr><td>No</td><td>Yang dirubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tgl.mulai diberlakukan</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PELAPORAN INSIDEN INTERNAL PUSKESMAS** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.4.1 /SOP/197/ /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Definisi | Proses pelaporan secara tertulis setiap kejadian nyaris cidera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) yang menimpa pasien atau kejadian lain yang menimpa keluarga,pengunjung maupun karyawan yang terjadi di Puskesmas |
| B. Tujuan | Sebagai acuan penerapan Langkah Langkah Pelaporan Insiden (Internal) Puskesmas |
| C. Kebijakan | SK Kepala Puskesmas Nomor : 5.3.1.a /SK/ 62 /PKM;PL Tentang insiden internal puskesmas |
| D. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien |
| E. Alat dan Bahan | *Alat tulis |
| F. Prosedur | 1. Persiapan Alat & Bahan<br>2. Petugas yang melaksanakan Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD) di Puskesmas wajib segera ditindaklanjuti untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.<br>3. Setelah ditindaklanjuti, petugas segera buat laporan insidennya dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir kerja /shift kepada atasan langsung, paling lambat 2 x 24 jam, jangan menunda laporan.<br>4. Atasan langsung menghubungi koordinator keselamatan pasien Puskesmas dan memeriksa laporan serta melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.<br>5. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :<br>a. Grade biru : invertigasi sederhana oleh atasan langsung waktu maksimal 1 minggu.<br>b. Grade hijau : invertigasi sederhana oleh atasan langsung waktu maksimal 2 minggu. |

<table>
<tr><td></td><td>c. Grade kuning : investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/ RCA oleh Tim Mutu dan Keselamatan Pasien Puskesmas, waktu maksimal 45 hari.<br><br>d. Grade merah : investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/ RCA oleh Tim Mutu dan Keselamatan Pasien Puskesmas, waktu maksimal 45 hari.<br><br>6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Koordinator Keselamatan Pasien.<br>7. Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit terkait.<br>8. Koordinator Keselamatan Pasien akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden dengan melakukan regarding.<br>9. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada atasan.</td></tr>
<tr><td>G. Diagram Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>H. Unit terkair</td><td>1. Instalasi rawat inap<br>2. Instalasi rawat jalan<br>3. UGD<br>4. Koordinator Keselamatan Pasien</td></tr>
<tr><td>I. Dokumen terkait</td><td>Form pelaporan IKP</td></tr>
<tr><td>J. Rekamam Histori Perubahan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl.mulai diberlakukan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PELAPORAN INSIDEN EKSTERNAL PUSKESMAS** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.4.1 /SOP/196/ /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Definisi | 1. Keselamatan pasien adalah sebuah proses dalam suatu Puskesmas yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman.<br>2. Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cidera berupa penyakit, cidera fisik/ sosial/psikologis/cacat/ kematian/dll yang tidak seharusnya terjadi.<br>3. Laporan insiden keselamatan pasien eksternal adalah pelaporan secara elektronik dan anonim ke Koordinator Keselamatan Pasien Puskesmas setiap kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau kondisi potensial cedera (KPC) yang menimpa pasien setelah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya. |
| B. Tujuan | Menjadi acuan penerapan langkah-langkah dalam pelaporan insiden keselamatan pasien Puskesmas Kumai ke Koordinator Keselamatan Pasien. |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor : 5.3.1.a /SK/ 62/PKM-PL Tentang Insiden Eksternal Puskesmas |
| D. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien |
| E. Prosedur | 1. Persiapan Alat & Bahan:<br>2. Petugas yang melaksanakan:<br>a. Koordinator Keselamatan pasien<br>b. dokter<br>c. bidan<br>d. perawat<br>3. Langkah – langkah :<br>Koordinator Keselamatan Pasien Puskesmas melaporkan hasil investigasi sederhana dari unit kerja dan hasil investigasi komprehensif kepada Kepala |

<table>
<tr><td></td><td>Puskesmas.<br><br>b. Sesuai arahan dari Kepala Puskesmas, Koordinator Keselamatan Pasiem melaporkan laporan hasil investigasi sederhana/ komprehensif insiden keselamatan pasien yang terjadi telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Koordinator Keselamatan Pasien Puskesmas.<br><br>c. Petugas yang diberikan wewenang oleh Koordinator Keselamatan Pasien Puskesmas melakukan entry data.</td></tr>
<tr><td>F. Diagram Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>G. Unit terkair</td><td>1. rawat inap<br>2. rawat jalan<br>3. UGD<br>Koordinator Keselamatan Pasien</td></tr>
<tr><td>H. Dokumen terkait</td><td>Form pelaporan IKP Aplikasi Mutu fasyankes</td></tr>
<tr><td>I. Rekamam Histori Perubahan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl.mulai diberlakukan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PELANGGARAN KODE ETIK** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.4.2 /SOP/200/ /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Definisi | Kode etik adalah pedoman perilaku terhadap etika organisasi dan praktik terbaik yang harus diikuti demi kejujuran, integrasi, dan profesionalisme.<br><br>Pelanggaran adalah penyimpangan dari SOP Pelayanan medik yang berlaku di UPT Puskesmas Pantai Lunci dan atau kode etik profesi serta peraturan atau kebijakan medik di UPT Puskesmas Pantai Lunci<br><br>Sanksi adalah suatu konsekuensi terhadap pelanggaran hukum, kebijakan medik/peraturan/SOP yang berlaku di UPT Puskesmas Pantai Lunci, sanksi dapat berupa sanksi administratif, atau sanksi hukum |
| B. Tujuan | 1. Untuk menjaga dan mengendalikan mutu pelayanan medik agar tetap profesional dan tidak melanggar kode Etik Profesi, SOP, dan Kebijakan/Peraturan Pelayanan Medik UPT Puskesmas Pantai Lunci<br>2. Menjaga disiplin profesi<br>3. Menjaga agar penanganan pelanggaran Kode Etik dan profesi terselenggara dengan benar dan efektif. |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor : 5.4.1.a/SK/ 63/ PKM-PL Tentang Penetapan Kode Etik Perilaku Puskesmas |
| D. Referensi | 1. Undang-Undang Nomor 53 tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil.<br>2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. |

<table>
<tr><td>1. Langkah - langkah</td><td>Jika terjadi pelanggaran kode Etik di UPT Puskesmas Pantai Lunci<br><br>1. Korban melaporkan kepada Penanggung Jawab Pokja<br>Penanggung Jawab Pokja melaporkan kepada Kepala Tata Usaha<br>2. Penanggung Jawab Pokja melaporkan kepada Kepala Tata Usaha.<br>3. Kepala Tata Usaha akan menindak lanjuti kepada Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci kemudian akan memberikan sanksi moral kepada tersangka baik secara lisan maupun tertulis.SP 1<br>4. Kepala Tata Usaha akan menindak lanjuti SP 1 untuk diterbitkan.<br>5. Pelanggar menerima SP 1 dari Kepala Tata Usaha.<br>6. Jika dilakukan Pelanggaran yang berulang maka akan diberikan sanksi SP 2 dari Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci.<br>7. Jika tetap dilanggar maka akan diberikan teguran tertulis yang akan diteruskan ke Dinas Kesehatan untuk ditindak lanjuti.</td></tr>
<tr><td>8. Unit terkair</td><td>Semua petugas UPT Puskesmas Pantai Lunci</td></tr>
<tr><td>9. Dokumen terkait</td><td>Form pelanggaran</td></tr>
<tr><td>10. Rekamam Histori Perubahan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl.mulai diberlakukan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **SURVEY BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DAN KEPATUHAN TERHADAP KODE ETIK SERTA PERATURAN INTERNAL** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.4.2 /SOP/198/ /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Definisi | Survey budaya keselamatan pasien merupakan upaya observasi terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien, budaya keselamatan pasien, dan sosialisasi terhadap kode etik maupun peraturan internal puskesmas untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien |
| B. Tujuan | Sebagai acuan langkah – langkah pengukuran budaya keselamatan pasien |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor : 5.4.1.a/SK/ 63 / PKM-PLTentang Sasaran Keselamatan Pasien dan kepatuhan terhadap Kode etik serta peraturan internal |
| D. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. |
| E. Langkah - langkah | 1. Koordinator Keselamatan pasien membuat formulir pertanyaan untuk survey budaya keselamatan pasien<br>2. Pertanyaan berkaitan dengan penyediaan layanan yang baik, pengambilan keputusan bersama, bekerja sama dengan pasien maupun tenaga Kesehatan lain, bekerja sama dalam sistem layanan Kesehatan, meminimalisir risiko, mempertahankan kinerja professional, perilaku professional dan beretika, memastikan pelaksanaan proses pelayanan yang terstandar, dan Upaya peningkatan mutu serta keselamatan termasuk keterlibatan dalan pelaporan dan tindak lanjut insiden.<br>3. Koordinator Keselamatan pasien membuat analisis dan rencana tindak lanjut terhadap hasil survey.<br>4. Koordinator Keselamatan pasien menyimpan semua dokumen terkait laporan survey.<br>5. Koordinator Kselamatan pasien membuat analisis dan rencana tindak lanjut terhadap hasil survey. |

<table>
<tr><td></td><td colspan="6">6. Koordinator Keselamatan pasien menyimpan semua dokumen terkait laporan survey</td></tr>
<tr><td>1. Diagram Alir</td><td colspan="6">-</td></tr>
<tr><td>2. Unit terkair</td><td colspan="6">Semua unit</td></tr>
<tr><td>3. Dokumen terkait</td><td colspan="6">Forms.gle (google forms)</td></tr>
<tr><td>4. Rekamam Histori Perubahan</td><td></td><td>No</td><td>Yang dirubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tgl.mulai diberlakukan</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci- Sukamara
Kode Pos 74775 - Email : pkmpantailunci23@gmail.com

# KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI
# Nomor : 5.3.1/SK/62/PKM-PL

**TENTANG**

**SASARAN KESELAMATAN PASIEN**
**DI UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**

**KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI,**

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka untuk mewujudkan Visi dan Misi Puskesmas dalam menghadapi tuntutan akan pelayanan Puskesmas yang berkualitas serta mengutamakan keselamatan pasien maka diperlukan keputusan tentang pelaksanaan sasaran Keselamatan pasien sebagai Pedoman dalam pelaksanaan pelayanan di UPT Puskesmas Pantai Lunci;

b. bahwa agar keselamatan pasien di UPT Puskesmas Pantai Lunci dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Keputusan Kepala sebagai landasan bagi penyelenggaraan Sasaran Keselamatan Pasien di UPT Puskesmas Pantai Lunci;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b tersebut diatas perlu ditetapkan Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci tentang Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien.

Mengingat :

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
2. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara );
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan

Kesatu : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI TENTANG PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI;

Kedua : Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di wilayah kerja Puskesmas Pantai Lunci sebagaimana terlampir dalam Keputusan ini;

Ketiga : Untuk Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien kepala puskesmas dan petugas Puskesmas Pantai Lunci.

Keempat : Surat keputusan ini berlaku mulai tanggal ditetapkan.

Kelima : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan surat keputusan ini, akan ditinjau dan diadakan perubahan seperlunya.

Ditetapkan di : Pantai Lunci
Pada tanggal : 2 Januari 2024

KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI

AGUNG RAHARJO

LAMPIRAN : SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI
NOMOR : 5.3.1/SK/ 62 /PKM-PL
TANGGAL : 2 Januari 2024

# PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

Keselamatan pasien bertujuan dalam terciptanya budaya keselamatan pasien, meningkatnya akuntabilitas puskesmas terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya angka insiden keselamatan pasien di puskesmas, dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkandan dapat meningkatnya keamanan pasien dari cedera, meningkatnya pelayanan yang efektif yang disesuaikan dengan kebutuhan terapi pasien, mengurangi waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan dan meningkatnya efisiensi dalam penggunaan sumber-sumber yang ada.

Terdapat enam sasaran keselamatan keselamatan pasien di Puskesmas Pantai Lunci yaitu sebagai berikut :

## 1. KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN

### a. Tujuan Identifikasi Pasien

1) Untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan.
2) Untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

### b. Pelaksanaan Identifikasi pasien di UPT Puskesmas Pantai Lunci :

1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien :
   a) Nama Pasien ( KTP)
   b) Tanggal Lahir Pasien ( KTP)
2) Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi pasien.
3) Mengidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah dengan cara verbal (menanyakan/mengkonfirmasi nama pasien) dan visual (melihat gelang pasien, papan nama bed pasien bagi pasien rawat inap).
4) Semua pasien harus di identifikasi secara benar sebelum dilakukan :
   a) Pemberian obat
   b) Tranfusi darah/produk darah
   c) Pengambilan sampel darah, urin dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
   d) sebelum pemberian pengobatan dan
   e) sebelum melakukan tindakan ke pasien.

5) Bila dalam satu ruang rawat inap terdapat pasien dengan nama sama, pada cover luar folder rekam medik dan semua formulir permintaan penunjang . harus diberi tanda “HATI-HATI PASIEN DENGAN NAMA SAMA”.

## 2. PENINGKATAN EFEKTIVITAS KOMUNIKASI

### a) Tujuan Peningkatan Efektivitas Komunikasi

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telepon ke unit pelayanan.

### b) Pelaksanaan Peningkatan Efektivitas Komunikasi secara langsung (lisan) dan tidak langsung (Lewat telepon) di UPT Puskesmas Pantai Lunci :

1) Penerima perintah menulis lengkap perintahnya, membaca ulang dan melakukan konfirmasi
2) Tulisan disebut lengkap bila terdiri dari jam/tanggal, isi perintah, nama penerima perintah dan tanda tangan, nama pemberi perintah dan tanda tangan (pada kesempatan berikutnya)
3) Baca ulang dengan jelas, bila perintah mengandung nama obat LASA (look alike sound alike), maka nama obat lasa harus dieja satu persatu hurufnya. Dan di ruang pelayanan harus tersedia daftar (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Soun Alike/LASA).
4) Konfirmasi lisan dan tertulis, konfirmasi lisan sesaat setelah pemberi perintah mendengar pembacaan dan memberikan pernyataan kebenaran pembacaan secara lisan misal “ya sudah benar” . Konfirmasi tertulis dengan tanda tangan pemberi perintah yang harus diminta pada kesempatan kunjungan berikutnya.
5) Ada kolom keterangan yang dapat dipakai mencatat hal-hal yang perlu dicatat, misal pemberi perintah tak mau tanda tangan.
6) Bila kondisi tidak memungkinkan seperti situasi gawat darurat di ruang tindakan diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (read back).

## 3. PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (*HIGH ALERT*)

### a. Tujuan peningkatan keamanan obat *High Alert*

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (sentinelevent), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Soun Alike/LASA). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

### b. Pelaksanaan peningkatan keamanan obat *High Alert* di UPT Puskesmas Pantai Lunci :

1) Puskesmas harus membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai *(high alert)* berdasarkan data yang ada di Puskesmas Pantai Lunci.
2) Setiap unit pelayanan obat harus tersedia daftar obat high alert, Obat LASA, Elektrolit Konsentrat, serta panduan penata laksanaan obat high alert.
3) Setiap staf klinis terkait harus tahu penata laksanaan obat high alert.
4) Obat high alert harus disimpan terpisah, akses terbatas, diberi label yang jelas.
5) Instruksi lisan obat high alert hanya boleh dalam keadaan emergensi, atau nama obat harus di eja perhuruf.
6) Sebelum menyuntikan obat high alert harus dilakukan Cek 5 Tepat (tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat cara pemberian, tepat waktu), dan dilanjutkan dengan double check.

Untuk pelaksanaan penyimpanan obat *high alert* di Instalasi Farmasi ( Apotek) UPT Puskesmas Pantai Lunci adalah sebagai berikut :

1) Tempelkan stiker obat *high alert* pada setiap dos obat.
2) Beri stiker high alert pada setiap ampul obat high alert yang akan diserahkan kepada perawat.

3) Pisahkan obat *high alert* dengan obat lain dalam kontainer/ rak tersendiri/khusus
4) Simpan Obat Psikotropika secara terpisah dalam lemari terkunci double, doubel pintu.
5) Setiap pengeluaran harus diketahui oleh penanggung jawabnya dan dicatat, setiap ganti shif harus tercatat dalam buku serah terima lengkap dengan jumlahnya dan ditanda tangani
6) Elektrolit konsentrat tidak boleh berada di unit pelayanan pasien kecuali jika
7) dibutuhkan secara klinis. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat.
8) Sebelum perawat memberikan obat high alert cek kepada perawat lain untuk memastikan tak ada salah (double check).
9) Obat high alert dalam infus: cek selalu kecepatan dan ketepatan pompa infus, temple stiker label, nama obat pada botol infus. Dan di isi dengan catatan sesuai ketentuan.

## 4. MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR

### a. Tujuan

1) memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar.
2) memastikan bahwa semua dokumen, foto *(images)*, dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang.
3) Memverifikasi keberadaan peralatan khusus yang dibutuhkan.

### b. Pelaksanaan memastikan lokasi, prosedur dan pembedahan yang benar di UPT Puskesmas Pantai Lunci :

1) Melakukan verifikasi sebelum tindakan :
   a) Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar.
   b) Memastikan bahwa semua dokumen tersedia dan diberi label dengan baik.
   c) Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus yang dibutuhkan.
2) Tahap “Sebelum insisi” (Time out)
   a) Memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan.
   b) Dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai.
   c) Melibatkan seluruh tim

3) Melakukan penandaan lokasi operasi . Penandaan dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (laterality), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) dan melibatkan pasien, tanda tak mudah luntur terkena air/alkohol/betadine, Tanda Mudah dikenali, dibuat oleh operator /orang yang akan melakukan tindakan.
4) Dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat.

**5. PENERAPAN KEBERSIHAN TANGAN UNTUK MENURUNKAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN**

**a. Tujuan Penerapan Kebersihan Tangan**

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat.

**b. Pelaksanaan Penerapan Kebersihan Tangan di UPT Puskesmas Pantai Lunci:**

1) Puskesmas Pantai Lunci menggunakan pedoman hand hygiene terbaru WHO patien safety yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum.
2) Setiap unit pelayanan di Puskesmas Pantai Lunci harus tersedia pedoman hand hygiene tersebut.
3) Penerapkan program hand hygiene yang efektif bertujuan untuk pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan di Pukesmas Pantai Lunci.

**6. PENGURANGAN RISIKO PASIEN JATUH**

**a. Tujuan Pengurangan Risiko Pasien Jatuh Pasien**

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap.Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

**b. Pelaksanaan Pengurangan Risiko Pasien Jatuh Pasien di UPT Puskesmas Pantai Lunci :**

1) Melakukan proses assesment awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
2) Menerapkan langkah-langkah untuk pencegahan/mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
3) Memonitor hasil penerapan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.

KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI

AGUNG RAHARJO

Mengurangi resiko jatuh di ruang pelayanan rawat jalan menuju Loket Pendaftaran

Mengurangi resiko jatuh di ruang pelayanan Rawat Inap

Pemasangan pengaman bed pasien

# SK DAN SOP
# PENANGANAN RISIKO
# PUSKESMAS PANTAI LUNCI

## DINAS KESEHATAN KABUPATEN SUKAMARA
## TAHUN 2023

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci- Sukamara
Kode Pos 74775 - Email : pkmpantailunci23@gmail.com

# KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI

## Nomor : 5.2.1.a /SK/ 61 /PKM-PL

**TENTANG**

**PROGRAM MANAJEMEN RISIKO PUSKESMAS**

**TENTANG**

**KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**

Menimbang :
a. bahwa dalam rangka menyediakan pelayanan yang sesuai kebutuhan masyarakat, perlu dilakukan komunikasi dengan masyarakat untuk memperoleh masukan;
b. bahwa untuk melaksanakan komunikasi sebagaimana pada point a, perlu ditentukan pola menjalin komunikasi dengan masyarakat;
c. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut point a dan b, perlu ditetapkan Keputusan Kepala Puskesmas Pantai Lunci;

Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 (Lembaran Negara );
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara );
3. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 9 Tahun 2009 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Sukamara (Lembaran Daerah);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
5. Peraturan Bupati Sukamara Nomor 31 Tahun 2009 tentang Struktur Organisasi, penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan (Lembaran Daerah);

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan

Kesatu : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS TENTANG MANAJEMEN RESIKO DI UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI.

Kedua : Program Manajemen Risiko Manajemen Risiko Puskesmas Pantai Lunci sebagaimana terlampir dalam Lampiran I

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya bila ternyata ada kekeliruan dalam penetapannya.

Keempat : Surat keputusan ini berlaku mulai tanggal ditetapkan.

Kelima : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan surat keputusan ini, akan ditinjau dan diadakan perubahan seperlunya.

Ditetapkan di : Pantai Lunci

Pada tanggal : 2 Januari 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

AGUNG RAHARJO

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA

**DINAS KESEHATAN**

**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**

Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci- Sukamara
Kode Pos 74775 - Email : pkmpantailunci23@gmail.com

# KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI

## Nomor : 5.2.1.b /SK/ 65 / PKM-PL

**TENTANG**

**KEBIJAKAN KAJIAN RISIKO PENGENDALIAN INFEKSI DALAM PEMBANGUNAN DAN RENOVASI**

**TENTANG**

**KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI,**

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka menyediakan pelayanan yang sesuai kebutuhan masyarakat, perlu dilakukan komunikasi dengan masyarakat untuk memperoleh masukan;
b. bahwa untuk melaksanakan komunikasi sebagaimana pada point a, perlu ditentukan pola menjalin komunikasi dengan masyarakat;
c. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut point a dan b, perlu ditetapkan Keputusan Kepala Puskesmas Pantai Lunci;

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 (Lembaran Negara );
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara );
3. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 9 Tahun 2009 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Sukamara (Lembaran Daerah);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
5. Peraturan Bupati Sukamara Nomor 31 Tahun 2009 tentang Struktur Organisasi, penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan (Lembaran Daerah);

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan

Kesatu : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS TENTANG KEBIJAKAN KAJIAN RISIKO PENGENDALIAN INFEKSI DALAM PEMBANGUNAN DAN RENOVASI DI UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI.

Kedua : Kebijakan Kajian Risiko Pengendalian Infeksi dalam Pembangunan dan Renovasi di Puskesmas Pantai Lunci sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini;

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya bila ternyata ada kekeliruan dalam penetapannya.

Keempat : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya bila ternyata ada kekeliruan dalam penetapannya.

Kelima : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan surat keputusan ini, akan ditinjau dan diadakan perubahan seperlunya.

Ditetapkan di : Pantai Lunci

Pada tanggal : 2 Januari 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

AGUNG RAHARJO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **MANAJEMEN RESIKO KLINIS (FMEA : Failure Mode And Effect Analysis)** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 178 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Definisi | FMEA merupakan satu alat yang dapat digunakan untuk melakukan analisis dari akibat suatu kejadian yang berujung pada risiko tinggi. |
| 2. Tujuan | Melakukan analisis FMEA dengan tepat. |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nompr 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Resiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementrian Kesehatan<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien<br>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas<br>4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 tentang Standart Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 1. Unit Terkait | 1. Admin<br>2. UKM<br>3. UKP |
| 2. Prosedur | 1. Tim mutu menentukan proses yang mempunyai risiko tinggi<br>2. Tim menyusun diagram proses<br>3. Tim melakukan brainstorming potential failure modes dan akibat- akibat yang ditimbulkan<br>4. Tim menentukan prioritas failure modes<br>5. Tim melakukan identifikasi akar penyebab masalah dari failure modes<br>6. Tim membuat rancangan ulang proses<br>7. Tim melakukan analisa dan pengujian proses baru.<br>8. Tim melakukan implementasi dan monitoring rancangan ulang proses. |
| 3. Diagram Alir | - |
| 4. Dokumen terkait | Form kejadian insiden dan laporan insiden |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Rekamam Histori Perubahan | | No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan | |
| | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT (ICRA)** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 179 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Definisi | *Infection Control Risk Assesment* (ICRA) merupakan suatu pengkajian sebagai bagian dari proses perencanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, bersama-sama dengan perencanaan membentuk dasar dari proses serta mendukung akreditasi surveilans yang terfokus dan memenuhi peraturan perundangan yang berlaku |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan langkah-langkah melaksanakan pengkajian risiko pada komite PPI |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes;<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas<br>3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 Tentang Standart Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 4. Unit Terkait | Semua unit |
| 5. Prosedur | Proses Pengkajian Risiko<br>Tentukan tiga nilai untuk tiap faktor risiko :<br>1. Probabilitas/ kemungkinan terjadinya kejadian<br>2. Dampak/ keparahan<br>3. Sistem yang berlangsung saat ini Hal-hal yang harus dipertimbangkan :<br>4. Risiko yang sudah di ketahui<br>5. Data sebelumnya<br>6. Kajian literature<br>7. Dampak ( rencana kehidupan dan kesehatan )<br>8. Terganggunya pelayanan<br>9. Kehilangan fungsi<br>10. Kepercayaan masyarakat<br>11. Pengaruh terhadap anggaran<br>12. Dampak peraturan<br>13. Standar kebutuhan<br>14. Sistem yang berlaku saat ini<br><br>Cara Mengkaji Faktor Risiko : |

<table>
<tr><td></td><td>1. Tidak ada jawaban yang benar/ salah<br>2. Utamakan diskusi<br>3. Mendorong kelompok untuk mencapai kesepakatan bersama/khusus<br>4. Mengarahkan kelompok pada target<br>5. Harus konsisten<br>6. Mendaftarkan seluruh daftar risiko<br>7. Tentukan seorang untuk menghitung nilai risiko<br><br>Skor Risiko +<br>1. Didapatkan dari pengkajian tiga komponen<br>2. Kesepakatan kelompok Puskesmas, rata-rata perhitungan secara matematis<br>Menentukan Skala Prioritas :<br>1. Urut risiko dengan menggunakan skor risiko<br>Prioritas tiap organisasi akan berbeda</td></tr>
<tr><td>6. Diagram Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Dokumen terkait</td><td>Form register manajemen resiko</td></tr>
<tr><td>8. Rekamam Histori Perubahan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl.mulai diberlakukan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **IDENTIFIKASI DAN PELAPORAN RESIKO** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 80 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Definisi | Identifikasi risiko merupakan suatu proses yang secara sistematis dan terus menerus dilakukan untuk mengidentifikasi kemungkinan timbulnya risiko atau kerugian. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan untuk melakukan identifikasi risiko di Puskesmas Pantai Lunci, serta untuk mencegah timbulnya risiko atau kerugian. |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 27 tahun 2017 tentang PedomanPencegahan dan Pengendalian Infeksi di fasilitas Pelayanan Kesehatan<br>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Resiko Terintegrasi di Lingkungan Kementrian Kesehatan<br>4. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat |
| 5. Unit Terkait | 1. Admen<br>2. UKM<br>3. UKP |
| 4. Prosedur | 1. Petugas admen, UKM, UKP mengidentifikasi risiko-risiko yang mungkin terjadi atau pernah terjadi.<br>2. Petugas admen, UKM, UKP melakukan penilaian tingkat risiko menggunakan severety assesment.<br>3. Petugas admen, UKM, UKP mengisi penyebab dan akibat yang bisa timbul dari risiko tersebut. |

<table>
<tr><td></td><td>4. Petugas admen, UKM, UKP merencanakan upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya risiko<br>5. Petugas admen, UKM, UKP mengisi penanganan jika terjadi insiden<br>Petugas admen, UKM, UKP melaporkan kepada tim K3</td></tr>
<tr><td>6. Diagram Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Dokumen terkait</td><td>Form register menejemen resiko</td></tr>
<tr><td>8. Rekamam Histori Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl.mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **MANAJEMEN RESIKO** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 181 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Definisi | Manajemen resiko adalah upaya mengidentifikasi dan mengelompokkan risiko (grading) dan mengendalikan / mengelola risiko tersebut baik secara proaktif risiko yang mungkin terjadi maupun reaktif terhadap insiden yang sudah terjadi agar memberikan dampak negative seminimal mungkin bagi keselamatan pasien dan mutu Puskesmas. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan dalam manajemen risiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| C. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| D. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indinesia Nomor 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementrian Kesehatan.<br>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. |
| E. Unit Terkait | 1. Tim mutu<br>2. Tim manajemen risiko<br>3. Penanggung jawab dan pelaksana program<br>4. Penanggung jawab dan pelaksana pelayanan |
| F. Prosedur | 1. Tim manajemen risiko bersama dengan penanggung jawab program/pelayanan melakukan identifikasi kegiatan program/pelayanan yang kemungkinan memberikan dampak negatif terhadap lingkungan. |

<table>
<tr><td></td><td>2. Tim manajemen risiko bersama dengan penanggung jawab program / pelayanan melakukan identifikasi dampak negatif dari setiap kegiatan program / pelayanan.<br>3. Tim manajemen risiko bersama dengan penanggung jawab program / pelayanan melakukan analisis penyebab terjadinya dampak negatif tersebut.<br>4. Tim manajemen risiko bersama dengan penanggung jawab program / pelayanan tim mutu menyusun rencana tindak lanjut penanganan dampak negatif.<br>5. Penanggung jawab beserta pelaksana program / pelayanan melakukan tindak lanjut penanganan dampak negatif.<br>6. Tim mutu, sesuai dengan tupoksinya, melakukan verifikasi atas upaya tindak lanjut yang dilakukan oleh masing-masing penanggung jawab beserta pelaksana program / pelayanan.<br>7. Tim mutu melakukan evaluasi atas upaya tindak lanjut yang dilakukan oleh masingmasing penanggung jawab beserta pelaksana program / pelayanan.<br>8. Tim manajemen risiko menyusun rencana tindak lanjut berikutnya</td></tr>
<tr><td>G. Diagram Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>H. Dokumen terkait</td><td>Form manajemen resiko</td></tr>
<tr><td>I. Rekamam Histori Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl.mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENANGGULANGAN BENCANA** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 182 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Definisi | Upaya untuk mengatasi suatu peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan masyarakat yang disebabkan faktor alam yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis. |
| 2. Tujuan | Mencegah dan membatasi jumlah korban manusia serta kerusakan harta benda dan lingkungan hidup |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| 4. Referensi | UU RI nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana.<br>1. Peraturan Pemerintah RI Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana. |
| 2. Unit Terkait | 1. Pukesmas<br>2. Dinas Kesehatan<br>3. Rumah Sakit |
| 4. Prosedur | 1. Ketika terjadi bencana (gempa bumi, gunung meletus, banjir) pegawai atau karyawan melakukan penyelamatan diri dengan mencari tempat yang aman (jangka waktu penyelesaian 5-30 menit).<br>2. Bila terjadi karyawan yang mengalami kecelakaan maka petugas menghubungi petugas medis dan atau Rumah Sakit terdekat untuk melakukan pertolongan (jangka waktu 5-15 menit)<br>3. Segera melakukan pertolongan pertama terhadap pasien dengan membawa yang bersangkutan ketempat yang aman dan lakukan perawatan (jangka waktu 5-20 menit)<br>4. Pegawai yang ditunjuk untuk melakukan pengamanan dokumen, aset bila hal itu memungkinkan (jangka waktu 25-30 menit)<br>5. Petugas medis melakukan tindakan atau perawatan terhadap keadaan pasien ditempat kejadian (jangka waktu 10-15 menit.<br>6. Merujuk pasien ke Rumah Sakit (jangka waktu 10-15 menit) |
| 7. Diagram Alir | - |
| 8. Dokumen terkait | Form register manajemen resiko |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. Rekamam Histori Perubahan | | No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan | |
| | | | | | | |

# SK DAN SOP
# PENANGANAN RISIKO
# PUSKESMAS PANTAI LUNCI

## DINAS KESEHATAN KABUPATEN SUKAMARA
## TAHUN 2024

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA
**DINAS KESEHATAN**
**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**
Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci- Sukamara
Kode Pos 74775 - Email : pkmpantailunci23@gmail.com

# KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI

## Nomor : 5.2.1.a /SK/ 61 /PKM-PL

**TENTANG**

**PROGRAM MANAJEMEN RISIKO PUSKESMAS**

**TENTANG**

**KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**

Menimbang :
a. bahwa dalam rangka menyediakan pelayanan yang sesuai kebutuhan masyarakat, perlu dilakukan komunikasi dengan masyarakat untuk memperoleh masukan;
b. bahwa untuk melaksanakan komunikasi sebagaimana pada point a, perlu ditentukan pola menjalin komunikasi dengan masyarakat;
c. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut point a dan b, perlu ditetapkan Keputusan Kepala Puskesmas Pantai Lunci;

Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 (Lembaran Negara );
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara );
3. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 9 Tahun 2009 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Sukamara (Lembaran Daerah);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
5. Peraturan Bupati Sukamara Nomor 31 Tahun 2009 tentang Struktur Organisasi, penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan (Lembaran Daerah);

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan

Kesatu : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS TENTANG MANAJEMEN RESIKO DI UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI.

Kedua : Program Manajemen Risiko Manajemen Risiko Puskesmas Pantai Lunci sebagaimana terlampir dalam Lampiran I

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya bila ternyata ada kekeliruan dalam penetapannya.

Keempat : Surat keputusan ini berlaku mulai tanggal ditetapkan.

Kelima : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan surat keputusan ini, akan ditinjau dan diadakan perubahan seperlunya.

Ditetapkan di : Pantai Lunci

Pada tanggal : 2 Januari 2024

KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

AGUNG RAHARJO

PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA

**DINAS KESEHATAN**

**UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI**

Jl. Kelapa Dua Cabang Barat Kec. Pantai Lunci- Sukamara
Kode Pos 74775 - Email : pkmpantailunci23@gmail.com

# KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS PANTAI LUNCI

## Nomor : 5.2.1.b /SK/ 65 / PKM-PL

**TENTANG**

**KEBIJAKAN KAJIAN RISIKO PENGENDALIAN INFEKSI DALAM PEMBANGUNAN DAN RENOVASI**

**TENTANG**

**KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI,**

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka menyediakan pelayanan yang sesuai kebutuhan masyarakat, perlu dilakukan komunikasi dengan masyarakat untuk memperoleh masukan;
b. bahwa untuk melaksanakan komunikasi sebagaimana pada point a, perlu ditentukan pola menjalin komunikasi dengan masyarakat;
c. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut point a dan b, perlu ditetapkan Keputusan Kepala Puskesmas Pantai Lunci;

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 (Lembaran Negara );
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara );
3. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 9 Tahun 2009 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Sukamara (Lembaran Daerah);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
5. Peraturan Bupati Sukamara Nomor 31 Tahun 2009 tentang Struktur Organisasi, penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan (Lembaran Daerah);

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan

Kesatu : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS TENTANG KEBIJAKAN KAJIAN RISIKO PENGENDALIAN INFEKSI DALAM PEMBANGUNAN DAN RENOVASI DI UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI.

Kedua : Kebijakan Kajian Risiko Pengendalian Infeksi dalam Pembangunan dan Renovasi di Puskesmas Pantai Lunci sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini;

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya bila ternyata ada kekeliruan dalam penetapannya.

Keempat : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya bila ternyata ada kekeliruan dalam penetapannya.

Kelima : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan surat keputusan ini, akan ditinjau dan diadakan perubahan seperlunya.

Ditetapkan di : Pantai Lunci

Pada tanggal : 2 Januari 2024

KEPALA UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI

AGUNG RAHARJO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **MANAJEMEN RESIKO KLINIS (FMEA : Failure Mode And Effect Analysis)** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 178 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2024 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Definisi | FMEA merupakan satu alat yang dapat digunakan untuk melakukan analisis dari akibat suatu kejadian yang berujung pada risiko tinggi. |
| 2. Tujuan | Melakukan analisis FMEA dengan tepat. |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nompr 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Resiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementrian Kesehatan<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien<br>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas<br>4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 tentang Standart Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 1. Unit Terkait | 1. Admin<br>2. UKM<br>3. UKP |
| 2. Prosedur | 1. Tim mutu menentukan proses yang mempunyai risiko tinggi<br>2. Tim menyusun diagram proses<br>3. Tim melakukan brainstorming potential failure modes dan akibat- akibat yang ditimbulkan<br>4. Tim menentukan prioritas failure modes<br>5. Tim melakukan identifikasi akar penyebab masalah dari failure modes<br>6. Tim membuat rancangan ulang proses<br>7. Tim melakukan analisa dan pengujian proses baru.<br>8. Tim melakukan implementasi dan monitoring rancangan ulang proses. |
| 3. Diagram Alir | - |
| 4. Dokumen terkait | Form kejadian insiden dan laporan insiden |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Rekamam Histori Perubahan | | No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan | |
| | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **INFECTION CONTROL RISK ASSESMENT (ICRA)** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 179 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2024 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Definisi | *Infection Control Risk Assesment* (ICRA) merupakan suatu pengkajian sebagai bagian dari proses perencanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, bersama-sama dengan perencanaan membentuk dasar dari proses serta mendukung akreditasi surveilans yang terfokus dan memenuhi peraturan perundangan yang berlaku |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan langkah-langkah melaksanakan pengkajian risiko pada komite PPI |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes;<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas<br>3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 Tentang Standart Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. |
| 4. Unit Terkait | Semua unit |
| 5. Prosedur | Proses Pengkajian Risiko<br>Tentukan tiga nilai untuk tiap faktor risiko :<br>1. Probabilitas/ kemungkinan terjadinya kejadian<br>2. Dampak/ keparahan<br>3. Sistem yang berlangsung saat ini Hal-hal yang harus dipertimbangkan :<br>4. Risiko yang sudah di ketahui<br>5. Data sebelumnya<br>6. Kajian literature<br>7. Dampak ( rencana kehidupan dan kesehatan )<br>8. Terganggunya pelayanan<br>9. Kehilangan fungsi<br>10. Kepercayaan masyarakat<br>11. Pengaruh terhadap anggaran<br>12. Dampak peraturan<br>13. Standar kebutuhan<br>14. Sistem yang berlaku saat ini<br><br>Cara Mengkaji Faktor Risiko : |

<table>
<tr><td></td><td>1. Tidak ada jawaban yang benar/ salah<br>2. Utamakan diskusi<br>3. Mendorong kelompok untuk mencapai kesepakatan bersama/khusus<br>4. Mengarahkan kelompok pada target<br>5. Harus konsisten<br>6. Mendaftarkan seluruh daftar risiko<br>7. Tentukan seorang untuk menghitung nilai risiko<br><br>Skor Risiko +<br>1. Didapatkan dari pengkajian tiga komponen<br>2. Kesepakatan kelompok Puskesmas, rata-rata perhitungan secara matematis<br>Menentukan Skala Prioritas :<br>1. Urut risiko dengan menggunakan skor risiko<br>Prioritas tiap organisasi akan berbeda</td></tr>
<tr><td>6. Diagram Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Dokumen terkait</td><td>Form register manajemen resiko</td></tr>
<tr><td>8. Rekamam Histori Perubahan</td><td><table><tr><th>No</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl.mulai diberlakukan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **IDENTIFIKASI DAN PELAPORAN RESIKO** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 80 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2024 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Definisi | Identifikasi risiko merupakan suatu proses yang secara sistematis dan terus menerus dilakukan untuk mengidentifikasi kemungkinan timbulnya risiko atau kerugian. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan untuk melakukan identifikasi risiko di Puskesmas Pantai Lunci, serta untuk mencegah timbulnya risiko atau kerugian. |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| 4. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 27 tahun 2017 tentang PedomanPencegahan dan Pengendalian Infeksi di fasilitas Pelayanan Kesehatan<br>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Resiko Terintegrasi di Lingkungan Kementrian Kesehatan<br>4. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat |
| 5. Unit Terkait | 1. Admen<br>2. UKM<br>3. UKP |
| 4. Prosedur | 1. Petugas admen, UKM, UKP mengidentifikasi risiko-risiko yang mungkin terjadi atau pernah terjadi.<br>2. Petugas admen, UKM, UKP melakukan penilaian tingkat risiko menggunakan severety assesment.<br>3. Petugas admen, UKM, UKP mengisi penyebab dan akibat yang bisa timbul dari risiko tersebut. |

<table>
<tr><td></td><td>4. Petugas admen, UKM, UKP merencanakan upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya risiko<br>5. Petugas admen, UKM, UKP mengisi penanganan jika terjadi insiden<br>Petugas admen, UKM, UKP melaporkan kepada tim K3</td></tr>
<tr><td>6. Diagram Alir</td><td>-</td></tr>
<tr><td>7. Dokumen terkait</td><td>Form register menejemen resiko</td></tr>
<tr><td>8. Rekamam Histori Perubahan</td><td>
<table>
<tr><th>No</th><th>Yang dirubah</th><th>Isi Perubahan</th><th>Tgl.mulai diberlakukan</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **MANAJEMEN RESIKO** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 181 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2024 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Definisi | Manajemen resiko adalah upaya mengidentifikasi dan mengelompokkan risiko (grading) dan mengendalikan / mengelola risiko tersebut baik secara proaktif risiko yang mungkin terjadi maupun reaktif terhadap insiden yang sudah terjadi agar memberikan dampak negative seminimal mungkin bagi keselamatan pasien dan mutu Puskesmas. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan dalam manajemen risiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| C. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| D. Referensi | 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.<br>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indinesia Nomor 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementrian Kesehatan.<br>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. |
| E. Unit Terkait | 1. Tim mutu<br>2. Tim manajemen risiko<br>3. Penanggung jawab dan pelaksana program<br>4. Penanggung jawab dan pelaksana pelayanan |
| F. Prosedur | 1. Tim manajemen risiko bersama dengan penanggung jawab program/pelayanan melakukan identifikasi kegiatan program/pelayanan yang kemungkinan memberikan dampak negatif terhadap lingkungan.<br>2. Tim manajemen risiko bersama dengan penanggung jawab program / pelayanan melakukan identifikasi dampak negatif dari setiap kegiatan program / pelayanan.<br>3. Tim manajemen risiko bersama dengan penanggung jawab program / pelayanan melakukan analisis penyebab terjadinya dampak negatif tersebut.<br>4. Tim manajemen risiko bersama dengan penanggung jawab program / pelayanan tim mutu menyusun rencana tindak lanjut penanganan dampak negatif.<br>5. Penanggung jawab beserta pelaksana program / pelayanan melakukan tindak lanjut penanganan dampak negatif. |

<table>
<tr><td></td><td colspan="6">6. Tim mutu, sesuai dengan tupoksinya, melakukan verifikasi atas upaya tindak lanjut yang dilakukan oleh masing-masing penanggung jawab beserta pelaksana program / pelayanan.<br>7. Tim mutu melakukan evaluasi atas upaya tindak lanjut yang dilakukan oleh masingmasing penanggung jawab beserta pelaksana program / pelayanan.<br>8. Tim manajemen risiko menyusun rencana tindak lanjut berikutnya</td></tr>
<tr><td>G. Diagram Alir</td><td colspan="6">-</td></tr>
<tr><td>H. Dokumen terkait</td><td colspan="6">Form manajemen resiko</td></tr>
<tr><td>I. Rekamam Histori Perubahan</td><td></td><td>No</td><td>Yang dirubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tgl.mulai diberlakukan</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PENANGGULANGAN BENCANA** | | |
| | **SOP** | No. Dokumen : 5.2.1 /SOP/ 182 /PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 2 Januari 2024 | |
| | | Halaman : | |
| **UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI** | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| 1. Definisi | Upaya untuk mengatasi suatu peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan masyarakat yang disebabkan faktor alam yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis. |
| 2. Tujuan | Mencegah dan membatasi jumlah korban manusia serta kerusakan harta benda dan lingkungan hidup |
| 3. Kebijakan | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci nomor 5.2.1.a / SK / 61 / PKM-PL Tentang Penerapan Manajemen Resiko di Puskesmas Pantai Lunci |
| 4. Referensi | UU RI nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana.<br>1. Peraturan Pemerintah RI Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana. |
| 2. Unit Terkait | 1. Pukesmas<br>2. Dinas Kesehatan<br>3. Rumah Sakit |
| 4. Prosedur | 1. Ketika terjadi bencana (gempa bumi, gunung meletus, banjir) pegawai atau karyawan melakukan penyelamatan diri dengan mencari tempat yang aman (jangka waktu penyelesaian 5-30 menit).<br>2. Bila terjadi karyawan yang mengalami kecelakaan maka petugas menghubungi petugas medis dan atau Rumah Sakit terdekat untuk melakukan pertolongan (jangka waktu 5-15 menit)<br>3. Segera melakukan pertolongan pertama terhadap pasien dengan membawa yang bersangkutan ketempat yang aman dan lakukan perawatan (jangka waktu 5-20 menit)<br>4. Pegawai yang ditunjuk untuk melakukan pengamanan dokumen, aset bila hal itu memungkinkan (jangka waktu 25-30 menit)<br>5. Petugas medis melakukan tindakan atau perawatan terhadap keadaan pasien ditempat kejadian (jangka waktu 10-15 menit.<br>6. Merujuk pasien ke Rumah Sakit (jangka waktu 10-15 menit) |
| 7. Diagram Alir | - |
| 8. Dokumen terkait | Form register manajemen resiko |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. Rekamam Histori Perubahan | | No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan | |
| | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **ASUHAN KEPERAWATAN** | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.c/SOP/52/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas<br>Pantai Lunci | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Merupakan serangkaian proses yang terorganisir / terstruktur untuk mengidentifikasi keluhan,kebutuhan,permasalahan pasien serta menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan pelaksanaan perawat dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan di UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 1.2.1.c/SK/8/PKM-PL tentang Pendelegasian Wewenang |
| D. Referensi | 1. Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia<br>2. Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia |
| E. Prosedur | 1. Perawat mengucapkan salam kepada pasien<br>2. Perawat melakukan komunikasi terapeutik sesuai urutan dengan pasien<br>3. Perawat melakukan pengkajian keperawatan dan menganalisa hasil pengkajian yang dilakukan<br>4. Perawat menentukan diagnosa keperawatan berdasar hasil analisa pengkajian<br>5. Perawat menyusun intervensi keperawatan berdasar diagnosa keperawatan yang muncul yang berisikan rencana tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain<br>6. Perawat melaksanakan kegiatan implementasi keperawatan<br>7. Perawat melakukan evaluasi terhadap implementasi keperawatan yang telah dilakukan.<br>8. Perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada form yang tersedia |
| G.Diagram Alir | |
| H.Unit Terkait | Semua Unit Terkait |
| I. Dokumen Terkait | Lembar pendelagasian wewenang |
| J. Rekam Historis | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **ASUHAN KEPERAWATAN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.c/SOP/52/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 2/2 | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah | | | |
| 2. | Apakah | | | |
| 3. | Apakah | | | |
| 4. | Apakah | | | |
| 5. | Apakah | | | |
| 6. | Apakah | | | |
| 7. | Apakah | | | |
| 8. | Apakah | | | |
| 9. | Apakah | | | |
| 10. | Apakah | | | |
| 11. | Apakah | | | |
| 12. | Apakah | | | |
| 13. | Apakah | | | |
| 14. | Apakah | | | |

Pantai Lunci,……..2023
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | |
|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **LAYANAN TERPADU** | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.c/SOP/53/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | SOP ini mengatur tentang rencana tindakan dan pengobatan serta rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan oleh tim kesehatan antar profesi disusun dengan tujuan yang jelas, terkoordinasi dan melibatkan pasien/keluarga. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah layanan terpadu. |
| C. Kebijakan | Surat keputusan kepala puskesmas pantai lunci nomor : 3.1.1.b/SK/39/PKM-PL tentang Pelayanan Klinis ( Pendaftaran Sampai Pemulangan Dan Rujukan Pasien) |
| D. Referensi | Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang Puskesmas |
| E. Prosedur | 1. Dokter atau petugas medis melakukan kajian terhadap keluhan dan kebutuhan pasien.<br>2. Rencana layanan ditetapkan berdasarkan hasil kajian yang dinyatakan dalam bentuk diagnosis. Dalam menyusun rencana layanan dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang jelas sesuai dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan.<br>3. Dokter atau petugas medis memberikan rujukan ke poli lain jika di dalam rencana layanan, pasien memerlukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain.<br>4. Penanganan pasien secara interprofesi meliputi<br>a. Penanganan pasien HT<br>b. Penanganan pasien DM<br>c. Penanganan pasien TB<br>d. Penanganan pasien IMS<br>e. Penanganan pasien Balita gizi kurang/buruk<br>f. Penanganan pasien BUMIL dengan keluhan medis<br>g. Penanganan pasien BUMIL dengan anemia<br>h. Penanganan pasien BUMIL dengan KEK<br>i. Penanganan pasien JIWA<br>j. Pelayanan laboratorium |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **LAYANAN TERPADU** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.c/SOP/53/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 2/2 | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| | |
| G.Diagram Alir | |
| H.Unit Terkait | Ruang Pelayanan Umum, Ruang Pelayanan KIA/KB, Ruang Pelayanan Gigi, Ruang Pelayanan KIE, Laboratorium |
| I. Dokumen Terkait | Rekam Medis, Form Rujukan Internal |
| J. Rekam Historis | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah | | | |
| 2. | Apakah | | | |
| 3. | Apakah | | | |
| 4. | Apakah | | | |

Pantai Lunci,……..2023
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | |
|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **MENGHINDARI PENGULANGAN YANG TIDAK PERLU** | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.a/SOP/54/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Menghindari pengulangan yang tidak perlu adalah mengulangi tindakan yang sudah dilaksanakan, semua jenis pelayanan yang sudah dilakukan harus dimasukan dalam dokumen rekam medis supaya tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu. Pelaksana pelayanan dilaksanakan oleh semua petugas. Dilaksanakan setiap hari kerja didalam gedung. |
| B. Tujuan | Untuk memberikan asuhan pelayanan klinis yang efektif dan efisien:<br>a. Sebagai pedoman untuk menghindaripengulangan yang tidak perlu dalam memberikan pelayanan klinis kepada pasien<br>b. Pelaksanaan menghindari pengulangan yang tidak perlu dalam memberikan pelayanan klinis kepada pasien harus mengikuti langkah-langkah yang tertuang dalam SOP |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 1.2.1.c/SK/8/PKM-PL tentang Pendelegasian Wewenang |
| D. Referensi | Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang Puskesmas |
| E. Prosedur | 1. Petugas pelayanan klinis menerima rekam medis dari petugas pendaftaran,<br>2. Petugas memanggil pasien dan mempersilahkan pasien masuk,<br>3. Petugas menganamnesa dan melakukan pemeriksaan fisik,<br>4. Petugas mengidentifikasi masalah kesehatan pasien,<br>Petugasmenentukan rencana tindakan untuk pasien sesuai dengan masalah yang dialami pasien<br>6. Jika ada keluhan lain yang ada diluar wewenang poli tersebut, petugas segera membuatkan rujukan ke poli yang dituju.<br>7. Petugas mencatat semua hasil anamnesa dan tindakan di rekam medis.<br>8. Petugas membawa rekam medis tersebut menuju poli yang sesuai dengan masalah pasien,<br>9. Petugas menyerahkan rekam medis kepada petugas poli rujukan,<br>10. Petugas menjelaskan secara singkat mengenai alasan rujukan dan pemeriksaan yang telah dilakukan.<br>11. Petugas membaca rekam medis pasien yang diserahkan,<br>12. Petugas memanggil pasien yang bersangkutan,<br>13. Petugas melakukan anamnesa dan pemeriksaan yang belum dilakukan oleh petugas poli sebelumnya,<br>14. Petugas merencanakan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan pasien<br>15. Petugas melaksanakan tindakan yang direncanakan |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **MENGHINDARI PENGULANGAN YANG TIDAK PERLU** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.a/SOP/54/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 2/2 | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| | 16. Petugas mengobservasi respon pasien dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan,<br>17. Petugas harus menuliskan semua jenis pelayanan yang sudah dilakukan dalam dokumen rekam medis supaya tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu. |
| G.Diagram Alir | |
| H.Unit Terkait | Ruang Pelayanan Umum, Ruang Pelayanan KIA/KB, Ruang Pelayanan MTBS, Ruang Pelayanan Gigi, Ruang Pelayanan KIE, Ruang Pelayanan Khusus, Laboratorium |
| I. Dokumen Terkait | Rekam medis, Form Rujukan Internal |
| J. Rekam Historis | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah | | | |
| 2. | Apakah | | | |
| 3. | Apakah | | | |
| 4. | Apakah | | | |
| 5. | Apakah | | | |
| 6. | Apakah | | | |
| 7. | Apakah | | | |
| 8. | Apakah | | | |
| 9. | Apakah | | | |
| 10. | Apakah | | | |
| 11. | Apakah | | | |
| 12. | Apakah | | | |
| 13. | Apakah | | | |
| 14. | Apakah | | | |

Pantai Lunci,……..2023
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | |
|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENDELEGASIAN WEWENANG** | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.b/SOP/51/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas<br>Pantai Lunci | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Pendelegasian wewenang adalah proses dimana salah satu unit/petugas mendelegasikan atau memberikan wewenang yang terbatas kepada petugas lain dalam menjalankan tugas dan fungsinya. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan dalam melaksanakan pendelegasian wewenang. |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 1.2.1.c/SK/8/PKM-PL tentang Pendelegasian Wewenang |
| D. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat |
| E. Prosedur | 1. Pendelegasian wewenang dari kepala puskesmas kepada kepala tata usaha dan penanggung jawab upaya pelayanan<br>2. Kepala puskesmas menentukan kepada siapa wewenang akan di delegasikan<br>3. Kepala puskesmas membuat surat pendelegasian wewenang<br>4. Kepala puskesmas menyerahkan surat pendelegasian wewenang kepada petugas yang ditunjuk<br>5. Petugas yang ditunjuk menerima surat pendelegasian wewenang<br>6. Petugas yang ditunjuk melaksanakan tugas yang didelegasikan<br>7. Petugas yang ditunjuk melaporkan hasil pelaksanaan tugas yang didelegasikan kepada kepala puskesmas<br>8. Pendelegasian wewenang dari penanggung jawab upaya kepada koordinator pelayanan<br>9. Penanggung jawab upaya menentukan kepada siapa<br>10. wewenang akan didelegasikan<br>11. Penanggung jawab upaya membuat surat pendelegasian wewenang<br>12. Penanggung jawab upaya menyerahkan surat pendelegasian wewenang kepada petugas yang ditunjuk<br>13. Petugas yang ditunjuk menerima surat pendelegasian wewenang<br>14. Petugas yang ditunjuk melaksanakan tugas yang didelegasikan<br>15. Petugas yang ditunjuk melaporkan hasil pelaksanaan tugas yang didelegasikan kepada Penaggung jawab upaya<br>16. Pendelegasian wewenang dari koordinator pelayanan kepada pelaksana<br>17. Koordinator pelayanan menentukan kepada siapa wewenang akan didelegasikan<br>18. Koordinator pelayanan membuat surat pendelegasian wewenang |

| | | |
|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENDELEGASIAN WEWENANG** | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.b/SOP/51/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 2/2 |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas Pantai Lunci | Tanda tangan :<br>..... | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| | 19. Koordinator pelayanan menyerahkan surat pendelegasian wewenang kepada petugas yang ditunjuk<br>20. Petugas yang ditunjuk menerima surat pendelegasian wewenang<br>21. Pendelegasian wewenang dari dokter umum kepada perawat dan bidan serta dokter gigi kepada terapis gigi dan mulut<br>22. Dokter umum atau dokter gigi menentukan kepada siapa wewenang akan didelegasikan<br>23. Dokter umum atau dokter gigi membuat surat pendelegasian wewenang<br>24. Dokter umum menyerahkan surat pendelegasian wewenang kepada perawat atau bidan dan dokter gigi menyerahkan surat pendelegasian wewenang kepada terapis gigi dan mulut yang ditunjuk<br>25. perawat atau bidan dan terapis gigi dan mulut yang ditunjuk menerima surat pendelegasian wewenang<br>26. perawat atau bidan dan terapis gigi dan mulut yang ditunjuk menerima surat pendelegasian wewenang. |
| G.Diagram Alir | |
| H.Unit Terkait | Semua Unit Terkait |
| I. Dokumen Terkait | Lembar pendelagasian wewenang |
| J. Rekam Historis | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah | | | |
| 2. | Apakah | | | |
| 3. | Apakah | | | |
| 4. | Apakah | | | |
| 5. | Apakah | | | |
| 6. | Apakah | | | |
| 7. | Apakah | | | |
| 8. | Apakah | | | |
| 9. | Apakah | | | |
| 10. | Apakah | | | |
| 11. | Apakah | | | |
| 12. | Apakah | | | |
| 13. | Apakah | | | |
| 14. | Apakah | | | |

Pantai Lunci,……..2023
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENDIDIKAN/PENYULUHAN PASIEN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.e/SOP/55/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | Tanda Tangan : ..... | | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Tindakan memberikan pengertian kepada pasien / keluarga yang berhubungan dengan keluhan atau penyakitnya, untuk mempercepat proses penyembuhan. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk pemberian informasi tentang pendidikan atau penyuluhan pasien. |
| C. Kebijakan | Surat keputusan kepala puskesmas pantai lunci nomor : 3.1.1.b/SK/39/PKM-PL tentang Pelayanan Klinis ( Pendaftaran Sampai Pemulangan Dan Rujukan Pasien) |
| D. Referensi | Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang Puskesmas |
| E. Prosedur | 1. Petugas menentukan diagnosa, rencana terapi atau tindakan.<br>2. Petugas memberikan penyuluhan kepada pasien / keluarga tentang :<br>a. Informasi penyakit yang diderita pasien.<br>b. Penggunaan obat secara aman dan efektif untuk semua obat yang dikonsumsi pasien.<br>c. Penggunaan peralatan medis secara aman dan efektif<br>d. Makanan yang dianjurkan & makanan yang dilarang di konsumsi.<br>e. Aspek etika dalam pengobatan.<br>f. PHBS<br>3. Petugas selesai melakukan penyuluhan dalam asuhan pasien, dengan mencatat kegiatan pada rekam medik. |
| G.Diagram Alir | |
| H.Unit Terkait | Ruang Pelayanan Umum, Ruang Pelayanan KIA/KB, Ruang Pelayanan MTBS, Ruang Pelayanan Gigi, Ruang Pelayanan Konsultasi, Ruang Pelayanan Khusus, Laboratorium |
| I. Dokumen Terkait | Rekam medis |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah | | | |
| 2. | Apakah | | | |
| 3. | Apakah | | | |
| 4. | Apakah | | | |
| 5. | Apakah | | | |
| 6. | Apakah | | | |
| 7. | Apakah | | | |
| 8. | Apakah | | | |
| 9. | Apakah | | | |
| 10. | Apakah | | | |
| 11. | Apakah | | | |
| 12. | Apakah | | | |
| 13. | Apakah | | | |
| 14. | Apakah | | | |

Pantai Lunci,……..2023
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | |
|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENGKAJIAN AWAL KLINIS** | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.a/SOP/49/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas Pantai Lunci | Tanda Tangan : | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Kajian awal dilakukan oleh tenaga medis,keperawatan/kebidanan,dan tenaga dari disiplin yang lain meliputi satus fisis /neurologis / mental, psikososiospiritual, ekonomi, riwayat kesehatan, riwayat alergi, asesmen nyeri, asesmen resiko jatuh, asesmen fungsional (gangguan fungsi tubuh), asesmen resiko gizi,kebutuhan edukasi, dan rencana pemulangan. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk melakukan pengkajian awal klinis. |
| C. Kebijakan | Surat keputusan kepala puskesmas pantai lunci nomor : 3.1.1.b/SK/39/PKM-PL tentang Pelayanan Klinis ( Pendaftaran Sampai Pemulangan Dan Rujukan Pasien) |
| D. Referensi | Pengkajian Keperawatan aplikasi pada praktik klinik. Muttaqin,A. 2012. |
| E. Prosedur | 1. Petugas memanggil pasien sesuai urutan<br>2. Petugas mencocokkan identitas pasien dengan rekam medis pasien rawat jalan<br>3. Apabila tidak cocok petugas mengembalikan status ke pendaftaran<br>4. Apabila cocok petugas melanjutkan kepengkajian awal klinis<br>5. Petugas melakukan anamnesis penyakit<br>6. Petugas menanyakan keluhan utama<br>7. Petugas menanyakan lamanya sakit Petugas menanyakan lokasi sakit<br>8. Petugas menanyakan pengobatan yang sudah didapat<br>9. Petugas menanyakan keluhan tambahan<br>10. Petugas menanyakan riwayat penyakit terdahulu<br>11. Petugas menanyakan riwayat penyakit dalam keluarga<br>12. Petugas menanyakan riwayat alergi<br>13. Petugas mencatat hasil pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, dan suhu badan) di rekam medis<br>14. Petugas melakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan keluhan utama<br>15. Petugas meminta pemeriksaan penunjang jika diperlukan<br>16. Petugas mencatat hasil pengkajian di rekam medis |
| G.Diagram Alir | - |
| H.Unit Terkait | Semua Unit |
| I. Dokumen | Rekam medis |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENGKAJIAN AWAL KLINIS** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.a/SOP/49/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 2/2 | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda Tangan | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| Terkait | | | | |
|---|---|---|---|---|
| J. Rekam Historis | No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl Mulai Diberlakukan |
| | | | | |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |
| 16. | | | | |

Pantai Lunci,……..2023
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | |
|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENULISAN REKAM MEDIS** | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.a/SOP/50/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/2 |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas<br>Pantai Lunci | Ditandatangani | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Prosedur ini mengatur standar pelayanan medis di UPT Puskesmas Pantai Lunci. Proses pengkajian pasien dilakukan oleh tenaga yang kompeten dan sesuai dengan standar profesi. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan dalam langkah-langkah dalam melakukan Pelayanan Medis |
| C. Kebijakan | Surat keputusan kepala puskesmas pantai lunci nomor : 3.1.1.b/SK/39/PKM-PL tentang Pelayanan Klinis ( Pendaftaran Sampai Pemulangan Dan Rujukan Pasien) |
| D. Referensi | Anamnesis Klinis dan Pemeriksaan Fisik. P.D Welsby. Penerbit Buku Kedokteran EGC. |
| E. Prosedur | Petugas dari masing-masing unit pelayanan mengidentifkasi kebutuhan pasien.<br>1. Perawat / terapis gigi melakukan kajian sesuai dengan standar profesi yang telah ditetapkan.<br>2. Petugas / terapis gigi melakukan pencatatan hasil kajian pada rekam medis sesuai dengan standar profesi yang meliputi:<br>a) Data anamnesis S (data subyektif) yang mencangkup keluhan pasien, keluhan nyeri, riwayat pengobatan sebelumnya, riwayat penyakit keluarga, riwayat alergi dan tau alergi obat.<br>b) Data pemeriksaan fisik O (data obyektif) yang meliputi hasil pemeriksaan vital sign (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, tinggi badan dan berat badan), hasil pemeriksaan spesifik yang mengacu dan sesuai dengan keluhan pasien serta hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjang kajian pasien.<br>c) Paraf dan nama petugas<br>3. Dokter / Dokter Gigi menulis di rekam medis untuk bagian A (Assasment/diagnosis) dan P (Planning), untuk diagnosis klinis pasien berdasarkan ICD X<br>a) Data terapi yang berupa jenis obat, jumlah obat yang diberikan, dan cara pemakain obat, dan penanganan nyeri<br>b) Data Penunjang lain seperti rujukan ke unit lain, dan edukasi yang diberikan kepada pasien.<br>c) Paraf dan nama petugas. |
| G.Diagram Alir | |

| | | |
|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **PENULISAN REKAM MEDIS** | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.a/SOP/50/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 2/2 |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas<br>Pantai Lunci | Tanda tangan : | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| H.Unit Terkait | Loket Pendaftaran |
| I. Dokumen Terkait | Rekam medis dan form general consent |
| J. Rekam Historis | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah | | | |
| 2. | Apakah | | | |
| 3. | Apakah | | | |
| 4. | Apakah | | | |
| 5. | Apakah | | | |
| 6. | Apakah | | | |
| 7. | Apakah | | | |
| 8. | Apakah | | | |
| 9. | Apakah | | | |
| 10. | Apakah | | | |
| 11. | Apakah | | | |
| 12. | Apakah | | | |
| 13. | Apakah | | | |
| 14. | Apakah | | | |

Pantai Lunci,……..2023
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SOP | PERENCANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) | |
| | | No. Dokumen : 5.5.1/SOP/216/ PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI | | | dr. AGUNG RAHARJO NIP.19781228200803 1002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Perencanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah kegiatan yang dilakukan oleh koordinator PPI dalam mengidentifikasi kegiatan yang akan dilakukan dalam rangka penerapan PPI yang akan dituangkan kedalam rencana usulan kegiatan dan rencana pelaksanaan kegiatan yang terkait dengan PPI |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah untuk melakukan perencanaan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 5.5.1.2/SK/64/PKM-PL Tentang Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). |
| 4. Referensi | Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, Direktorat Mutu dan Akreditasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2020. |
| 5. Langkah-langkah | Langkah-langkah perencanaan PPI:<br>1. Koordinator PPI melakukan pertemuan penyusunan program PPI.<br>2. Koordinator PPI melakukan identifikasi dari semua kebutuhan dalam rangka menerapkan kegiatan PPI dari masing masing unit layanan di puskesmas.<br>3. Koordinator PPI merakapitulasi semua kebutuhan dan kegiatan kegiatan yang membutuhkan anggaran dalam menerapkan PPI.<br>4. Kordinator PPI mengusulkan kebutuhan dan kegiatan PPI yang membutuhkan anggaran kedalam rencana usulan kegiatan (RUK) PPI.<br>5. Koordinator PPI Bersama PJ mutu berkoordinasi dalam menyusun rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) berdasarkan anggaran yang telah tersedia. |

| | |
|---|---|
| | 6. Koordinator PPI mensosialisasikan kegiatan PPI yang akan di laksanaan kepada masing masing unit layanan. |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit Terkait | Semua Unit Layanan |
| 8. Dokumen Terkait | RPK<br>RUK<br>Form Monitoring Program PPI |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SOP | PELAKSANAAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) | |
| | | No. Dokumen : 5.5.1/SOP/217/ PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : 02 Januari 2023 | |
| | | Halaman : 1/2 | |
| UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI | | | dr. AGUNG RAHARJO NIP.19781228200803 1002 |

| | |
|---|---|
| 1. Pengertian | Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah kegiatan yang dilakukan oleh koordinator PPI dalam menerapkan program PPI untuk mencegah terjadinya infeksi di pelayanan Kesehatan Puskesmas. |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah untuk melakukan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). |
| 3. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 5.5.1.2/SK/64/PKM-PL Tentang Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi |
| 4. Referensi | Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, Direktorat Mutu dan Akreditasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2020. |
| 5. Langkah-langkah | Langkah-langkah pelaksanaan PPI:<br>1. Koordinator PPI melakukan sosialisasi program PPI<br>2. Koordinator PPI Bersama PJ mutu berkoordinasi dalam dalam mengimplementasikan rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) berdasarkan anggaran yang telah tersedia.<br>3. Koordinator PPI dan anggota tim PPI menerapkan program PPI yang telah ditetapkan yang meliputi :<br>a. Implementasi kewaspadaan isolasi yang terdiri atas kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasar transmisi;<br>b. Pendidikan dan pelatihan PPI (dapat berupa pelatihan atau lokakarya) baik bagi petugas maupun pasien dan keluarga, serta masyarakat;<br>c. Penyusunan dan penerapan bundels infeksi terkait pelayanan kesehatan;<br>d. Pemantauan (monitoring) pelaksanaan kewaspadaan isolasi; |

| | |
|---|---|
| | e. Surveilans penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan;<br>f. Penggunaan anti mikroba secara bijak dan komprehensif dalam penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas.<br>4. Koordinator PPI dan anggota Tim PPI melakukan evaluasi program PPI |
| 6. Bagan Alir | - |
| 7. Unit Terkait | Semua Unit Layanan |
| 8.Dokumen Terkait | RUK<br>RPK<br>Form Pelaksanaan Program PPI |

9. Rekaman Historis Perubahan

| No. | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tanggal Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **SKRINING VISUAL RAWAT JALAN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
|---|---|---|---|
| | **SOP** | No. Dokumen : 3.2.1.a/SOP/49.a/PKM-PL<br>No. Revisi :<br>Tgl.Terbit : 2 Januari 2023<br>Halaman : 1/1 | |
| Ditetapkan Oleh :<br>Kepala Puskesmas<br>Pantai Lunci | | | dr. H. Agung Raharjo<br>NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | Proses identifikasi terhadap kebutuhan pasien yang dilakukan pada kontak pertama dengan pasien dengan melihat secara langsung keadaan/ kondisi pasien. |
| B. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan pemeriksaan skrining visual rawat jalan. |
| C. Kebijakan | Surat keputusan kepala puskesmas pantai lunci nomor : 3.1.1.b/SK/39/PKM-PL tentang Pelayanan Klinis ( Pendaftaran Sampai Pemulangan Dan Rujukan Pasien) |
| D. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07 / MENKES / 1936 / 2022 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama |
| E. Prosedur | 1. Petugas melakukan identifikasi kondisi kesehatan pasien secara visual dan atau wawancara langsung ke pasien atau pendamping.<br>2. Petugas menilai hasil identifikasi dengan menceklis atau melingkari kategori : hijau, kuning, orange, dan merah pada form skrining visual rawat jalan.<br>3. Petugas memberikan kursi roda untuk pasien dengan status skrining visual nya warna kuning, orange, dan merah ke ruang tindakan. |
| G.Diagram Alir | |
| H.Unit Terkait | Loket Pendaftaran |
| I. Dokumen Terkait | Form skrining |
| J. Rekam Historis | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl Mulai Diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Apakah | | | |
| 2. | Apakah | | | |
| 3. | Apakah | | | |

Pantai Lunci,……..2023
Pelaksana / Auditor

(……..)

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **STABILISASI PASIEN RUJUKAN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.4/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda Tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| A. Pengertian | a. Stabilisasi adalah proses untuk menjaga kondisi dan posisi penderita/pasien agar tetap stabil selama pertolongan pertama<br>b. Transportasi adalah Proses usaha untuk memindahkan dari tempat satu ke tempat yang lain tanpa atau mempergunakan alat tergantung situasi dan kondisi dilapangan , pada dasarnya proses stabilisasi dan transportasi berjalan beriringan. |
| B. Tujuan | 1. Menjaga korban agar pernapasannya normal<br>2. Menjaga agar perdarahan tidak bertambah<br>3. Menjaga agar tingkat kesadaran korban tidak jatuh pada keadaan yang lebih buruk lagi<br>4. |
| C. Kebijakan | Keputusan Kepala UPT Puskesmas Pantai Lunci Nomor: 3.3.1.A/SK/43.a/PKM-PL Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. |
| D. Referensi | 1. Tensimeter<br>2. Stetoskop<br>3. Termometer<br>4. Tabung oksigen<br>5. Cairan infus (RL, D5%, NaCl)<br>6. Abocat (18,20,22,24,26)<br>7. Nasal canul |
| E. Langkah-langkah | 1. Stabilisasi pernapasan<br>• Bebaskan jalan napas<br>• Lepaskan pakean yang ketat<br>• Posisikan kepala agar jalan napas cenderung lurus (tidak bersudut)<br>• Pastikan kecukupan oksigen<br>• Pastikan paru dapat bernapas spontan bila diperlukan beri oksigen 2-4 liter/menit<br>• Persiapkan set tabung oksigen dalam ambulan<br><br>2. Stabilisasi hemodinamik<br>• Pasang infus melalui satu jalur/dua jalur |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **STABILISASI PASIEN RUJUKAN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.4/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda Tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| | |
|---|---|
| | • Gunakan abocat<br>• Berikan cairan kristaloid sampai syok teratasi dan nadi teraba, diastolic >70 mmHg<br>• Penilaian sambil resusitasi<br>• Pastikan jantung berdenyut spontan dan teratur |
| F. Bagan Alir | - |
| G. Unit Terkait | Rekam Medik,Ruang tindakan/UGD,Ruang Farmasi, Ambulan |
| H. Dokumen Terkait | Rekam Medis, Register UGD Tindakan |
| I. Rekaman Historis perubahan | |

| No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl.mulai diberlakukan |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PEMERINTAH KABUPATEN SUKAMARA | **STABILISASI PASIEN RUJUKAN** | | UPT PUSKESMAS PANTAI LUNCI |
| | **SOP** | No. Dokumen :3.3.1.a/SOP/43.a.4/PKM-PL | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tgl.Terbit : 2 Januari 2023 | |
| | | Halaman : | |
| Ditetapkan Oleh : Kepala Puskesmas Pantai Lunci | | Tanda Tangan : ..... | dr. H. Agung Raharjo NIP. 19781228 200803 1 002 |

| No | Kegiatan | Ya | Tidak | Tidak Berlaku |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |

Pantai Lunci,……..2023

Pelaksana / Auditor

(……..)