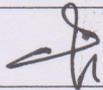


	<b>PEMERIKSAAN LEOPOLD</b>		
	SOP	No. Dokumen : /UKP-SOP/Pusk-PM/ /2018	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit:	
		Halaman : 1/2	
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.19680811198912001
1. Pengertian	Pemeriksaan Leopold adalah suatu teknik untuk pemeriksaan ibu hamil dengan cara perabaan yaitu merasakan / meraba bagian yang terdapat pada perut ibu hamil dengan menggunakan tangan pemeriksa dalam posisi-posisi tertentu dan dengan cara-cara tertentu.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah - langkah untuk menentukan usia kehamilan, menentukan posisi dan letak janin pada uterus serta memperkirakan berat badan janin.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin Nomor : /UKP-SK/Pusk-PM/ /2018 tentang Standar Operasional Prosedur Layanan Klinis di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin		
4. Referensi	Bagian Obstetric & Gynekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung Jilid 1 Edisi 3 Tahun 2012		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<p>1. Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tempat Tidur Pasien</li> <li>b. Bantal</li> <li>c. Selimut</li> </ol> <p>2. Bahan :</p> <p style="text-align: center;">ATK</p> <p>3. Langkah - langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Petugas mempersilakan klien masuk</li> <li>b) Petugas menyapa dan memberi salam pada klien.</li> <li>c) Petugas menanyakan keperluan klien</li> <li>d) Petugas memberitahu ibu dan menjelaskan tentang pemeriksaan.</li> <li>e) Menyiapkan alat - alat .</li> <li>f) Petugas mempersilahkan pasien berbaring ditempat tidur.</li> <li>g) Memasang sampiran / menjaga privasi .</li> <li>h) Petugas mencuci tangan.</li> <li>i) Petugas menghangatkan tangan.</li> <li>j) Lakukan palpasi leopold <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leopold I Memposisikan ibu dengan lutut fleksi (kaki di tekuk 45 derajat) dan pemeriksa menghadap kearah ibu. Mengenengahkan uterus dengan menggunakan kedua tangan dari arah samping dan umbilical. Kedua telapak tangan meraba fundus kemudian</li> </ul> </li> </ol>		

menentukan TFU. Meraba bagian fundus dengan menggunakan ujung kedua tangan untuk menentukan bagian janin yang teraba difundus.

- Lakukan Leopold II

Meletakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar dan pada ketinggian yang sama. Mulai dari bagian atas tekan secara bergantian atau bersamaan (sinergetik) telapak tangan kiri dan kanan kemudian geser ke arah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstemitas)

- Lakukan Leopold III

Meletakkan ujung telapak tangan kiri menahan fundus dan tangan kanan meraba bagian terbawah perut ibu untuk menentukan bagian terbawah janin dan menilai apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum

- Lakukan Leopold IV

Memposisikan klien dengan kedua kaki diluruskan, dan pemeriksa menghadap ke arah kaki klien. Kedua tangan diletakkan pada sisi bagian bawah Rahim dan menilai seberapa jauh penurunan bagian terbawah janin

k) Petugas merapikan pasien.

l) Membantu klien turun dari tempat tidur.

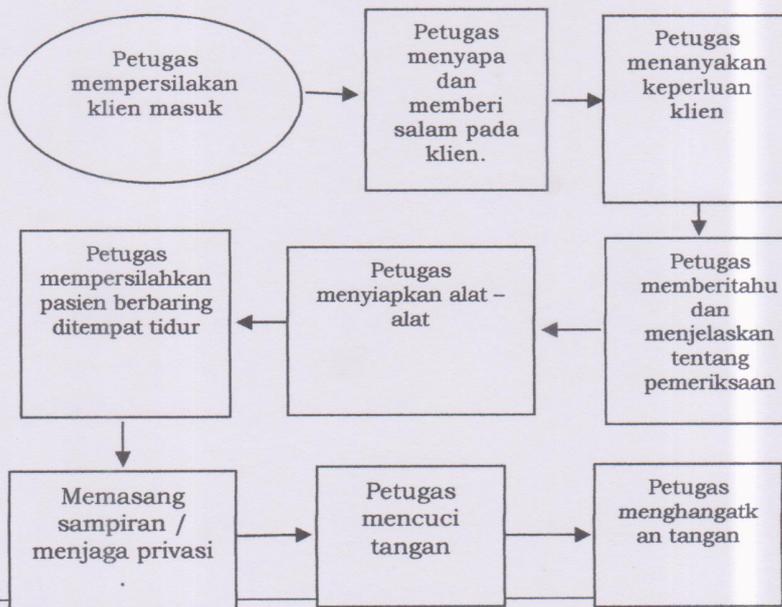
m) Menyampaikan hasil dari pemeriksaan yang telah dilakukan pada pasien.

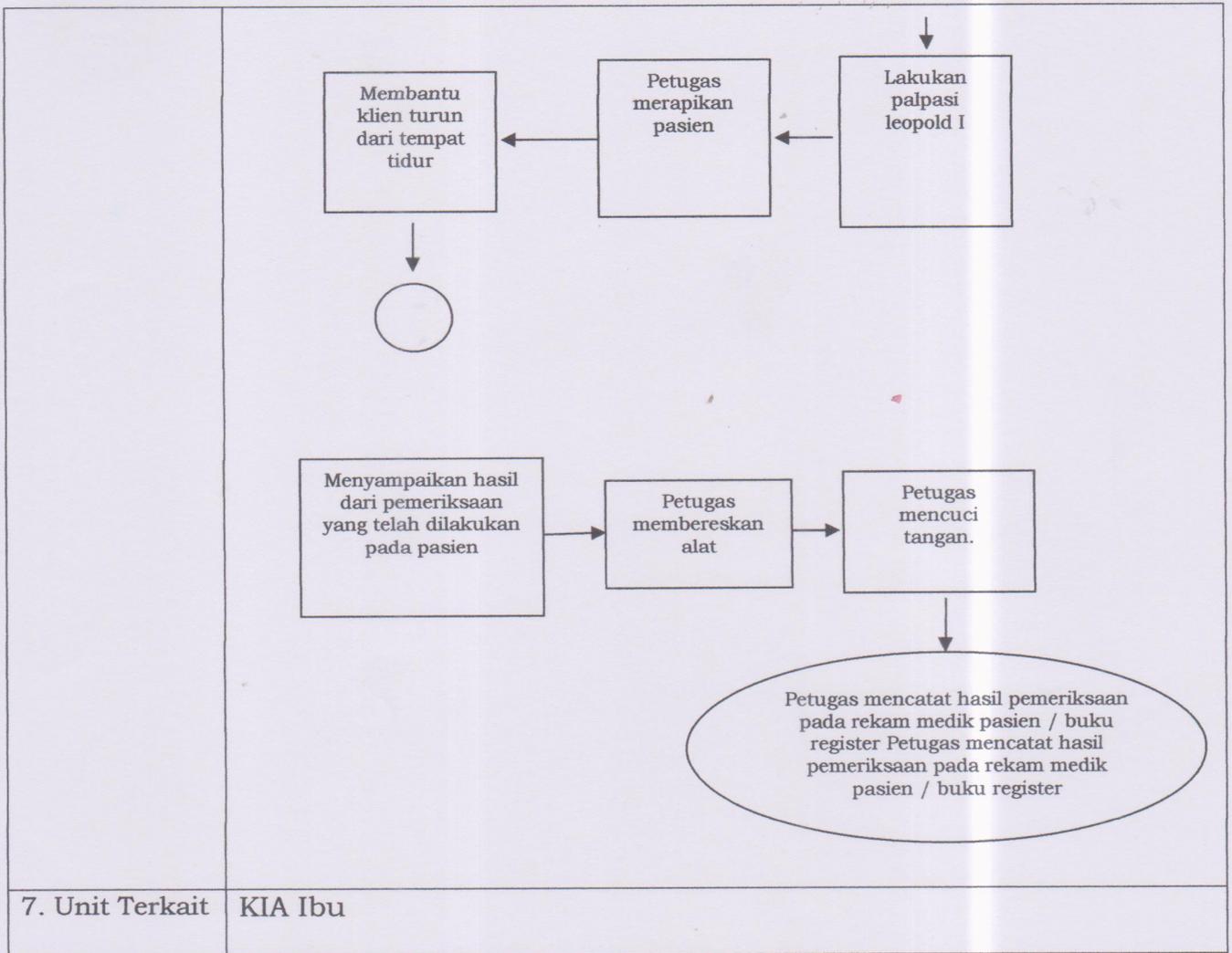
n) Petugas membereskan alat.

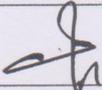
o) Petugas mencuci tangan.

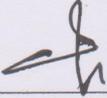
p) Petugas mencatat hasil pemeriksaan pada rekam medik pasien / buku register.

### 6. Bagan Alir

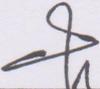


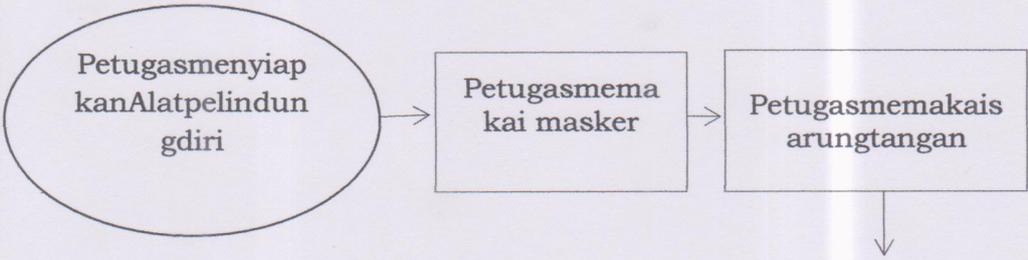


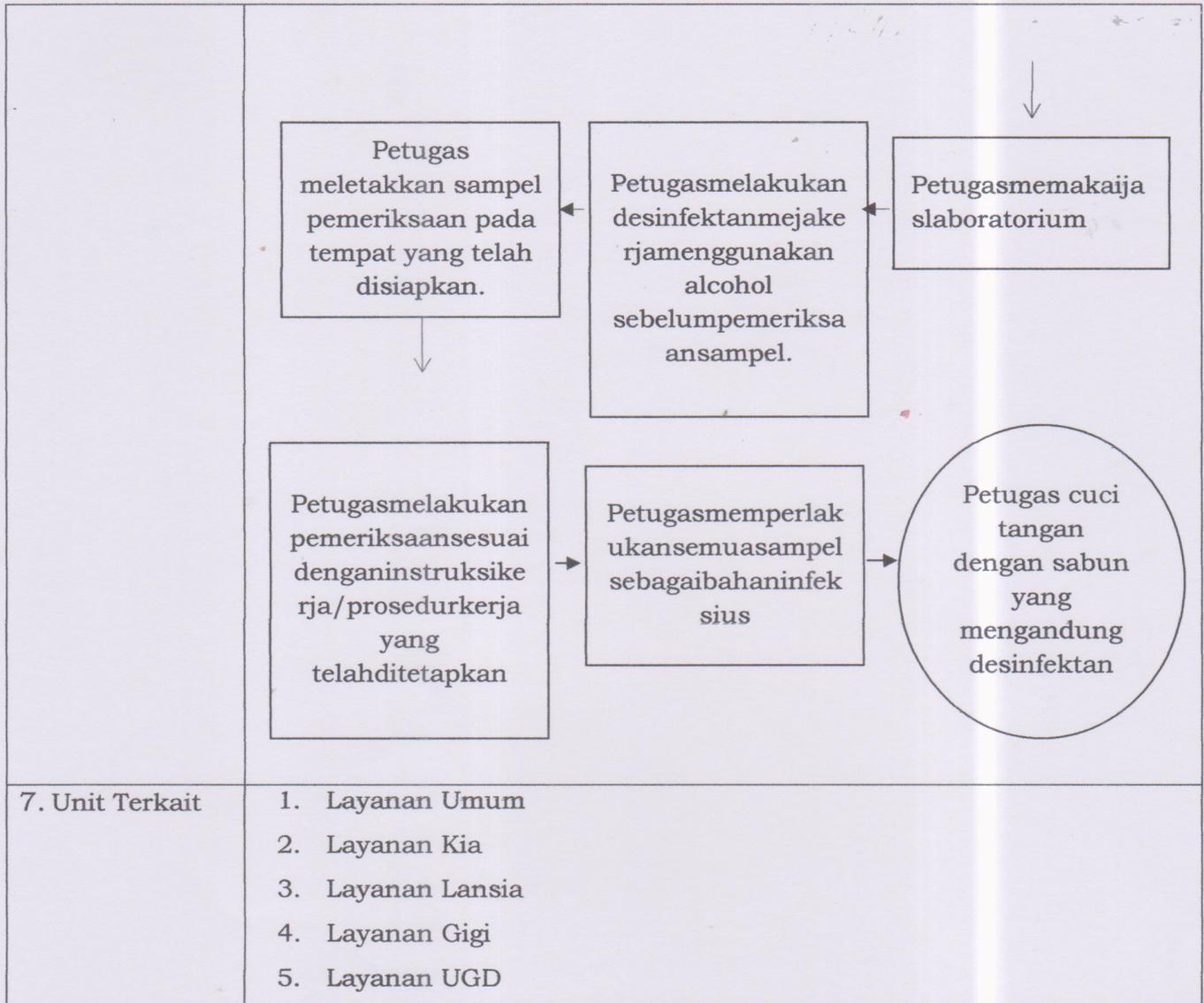
	<b>PENDAMPINGAN KEHAMILAN RESIKO TINGGI</b>		
	SOP	No. Dokumen : /UKP-SOP/Pusk-PM/ /2018	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit:	
	Halaman : 1/1		
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	Kehamilan resiko tinggi merupakan kehamilan yang memiliki resiko atau bahaya yang lebih besar pada waktu kehamilan maupun persalinan bila dibandingkan dengan ibu hamil yang normal.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi dengan melakukan screning terhadap ibu hamil yang memiliki resiko terkait kehamilannya, deteksi resiko ibu hamil secara dini.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin Nomor : /UKP-SK/Pusk-PM/ /2018 tentang Standar Operasional Prosedur Layanan Klinis di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin		
4. Referensi	Bagian Obstetric & Gynekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung Jilid 1 Edisi 3 Tahun 2012.		
5. Prosedur /Langkah- langkah	1. Alat : a. Laptop b. Leaflet 2. Bahan : ATK 3. Langkah – langkah a) Petugas Pendamping Ibu hamil bersama kader melakukan pendataan pada ibu hamil yang berada di wilayah kerjanya. b) Petugas Pendamping Ibu hamil bersama kader melakukan inventaris terhadap ibu hamil yang memiliki faktor resiko, dan ibu hamil resiko tinggi kemudian melakukan kunjungan rumah c) Hasil kunjungan rumah dilaporkan setiap bulannya melalui bidan Puskesmas dan meneruskan laporan menjadi Laporan Bulanan. d) Ibu hamil yang memiliki resiko tinggi dilakukan pendampingan oleh kader, dan memantau keadaannya, dan melaporkan apabila terjadi kegawat daruratan terhadap Ibu. e) Evaluasi pendampingan Ibu hamil oleh kader dan petugas dilakukan setiap 3 bulan, agar kader lebih memahami bentuk faktor resiko yang terjadi pada Ibu hamil.		
6. Bagan Alir	-		
7. Unit Terkait	1. KIA Ibu 2. Poli		

	<b>KELAS IBU HAMIL</b>		
	SOP	No. Dokumen : /UKP-SOP/Pusk-PM/ /2018	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit:	
Halaman : 1/2			
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	Kelas ibu hamil merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu - ibu mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular dan akte kelahiran.		
2. Tujuan	Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan prilaku ibu agar memahami tentang kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan , perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas,KB Pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos / kepercayaan / adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin Nomor : /UKP-SK/Pusk-PM/ /2018 tentang Standar Operasional Prosedur Layanan Klinis di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permenkes RI No 75 Tahun 2014</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 tahun 2014</li> <li>3. Pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil</li> </ol>		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<p>Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ruang belajar</li> <li>b. Alat peraga</li> <li>c. Tikar atau karpet ( matras )</li> <li>d. bantal</li> <li>e. Kursi</li> <li>f. Buku senam hamil</li> <li>g. Lembar balik kelas ibu hamil</li> <li>h. Buku pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil</li> </ol> <p>Bahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Buku KIA</li> <li>b. Alat tulis</li> </ol> <p>Langkah - langkah</p> <p>A. Tahap Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas melakukan identifikasi atau mendata semua ibu hamil yang ada di wilayah kerja kemudian menentukan peserta yang akan mengikuti kelas ibu hamil.</li> <li>2. Petugas mempersiapkan tempat dan sarana</li> </ol>		

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Petugas mempersiapkan materi , alat bantu, penyuluhan dan jadwal pelaksanaan</li> <li>4. Petugas mengundang ibu hamil yang telah ditentukan sebagai peserta</li> <li>5. Petugas mempersiapkan tim pelaksana kelas ibu hamil</li> </ol> <p>B. Tahap Pelaksanaan.</p> <p>Petugas melaksanakan 2 kali pertemuan , yang berisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penjelasan umum ibu hamil dan pengenalan peserta pada pertemuan , pada pertemuan berikutnya dilakukan review materi pertemuan sebelumnya</li> <li>2. Curah pendapat tentang materi yang akan disampaikan</li> <li>3. Penyampaian materi</li> <li>4. Evaluasi pelaksanaan pertemuan</li> <li>5. Kesimpulan pelaksanaan pertemuan</li> <li>6. Latihan aktivitas fisik atau senam hamil</li> </ol>
6. Bagan Alir	-
7. Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unit KIA</li> <li>2. Unit Gizi</li> <li>3. Kesehatan Olah Raga</li> </ol>

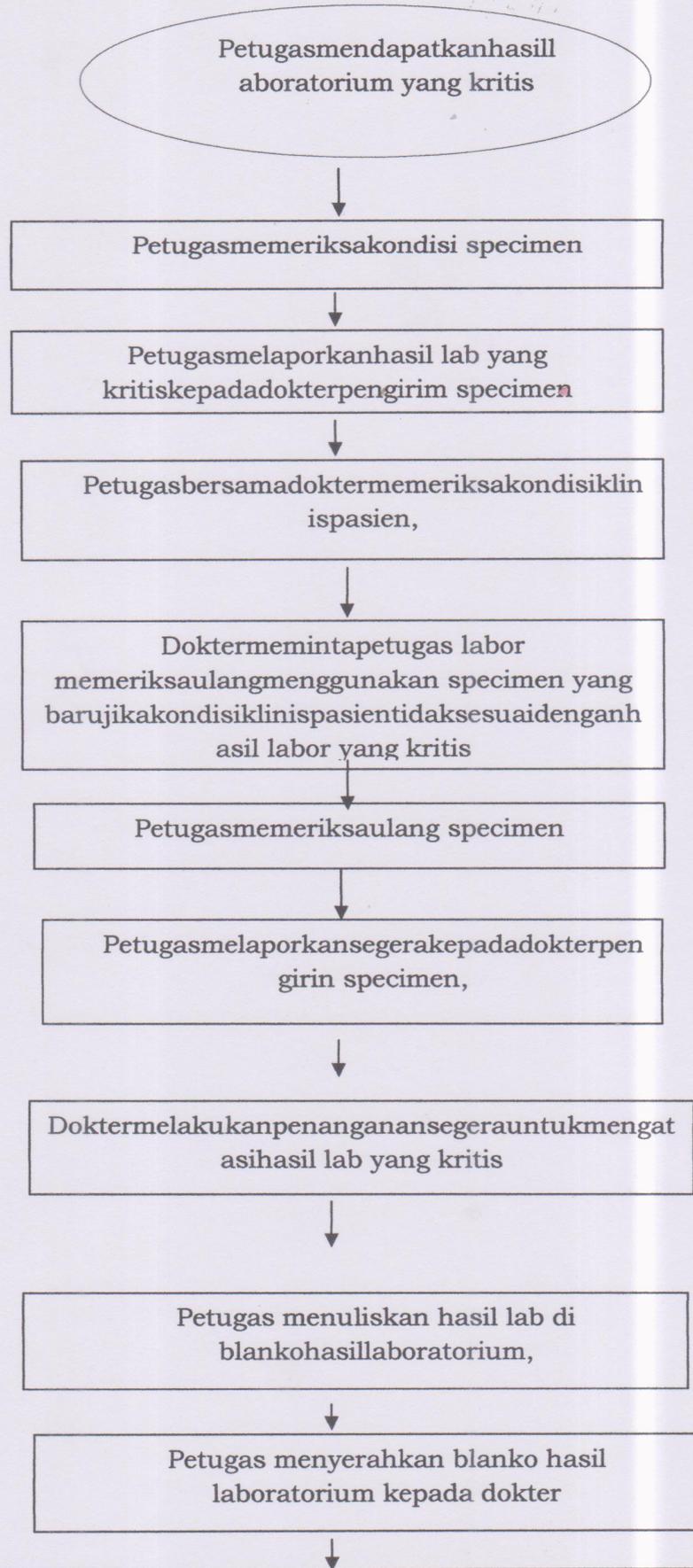
	<b>SDIDTK</b>		
	SOP	No.Dokumen: /ADMEN-SOP/Pusk-PM/III/2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
		Halaman : 1/1	
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	SDIDTK adalah kegiatan Stimulasi, Deteksi, Intervensi, Tumbuh Kembang untuk anak umur 0 – 6 tahun yang ada di wilayah kerja Puskesmas dilakukan oleh dokter, bidan perawat ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lain dan petugas sektor lain (kader kesehatan) dalam menjalankan tugas melakukan SDIDTK		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam melaksanakan SDIDTK di unit KIA		
3. Kebijakan	SK kepala Puskesmas nomor                      tahun 2017 tentang Penyelenggaraan KIA-KB		
4. Referensi	Buku Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010)		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas mempersiapkan alat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbangan.</li> <li>• Met line</li> <li>• Mikrotua</li> <li>• Pengukuran panjang badan bayi.</li> <li>• Alat permainan edukatif,</li> <li>• Formulir SDIDTK dan Buku pedoman pelaksanaan SDIDTK</li> </ul> </li> <li>2. Petugas melakukan anamnesa identitas dan mengisi formulir SDIDTK.</li> <li>3. Petugas menghitung umur balita atau anak pra sekolah yang akan di SDIDTK.</li> <li>4. Petugas menanyakan keluhan utama</li> <li>5. Petugas melakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan melakukan pemeriksaan antropometri BB/TB,LKA,LILA.</li> <li>6. Petugas melakukan pemeriksaan perkembangan dengan menggunakan KPSP.</li> <li>7. Petugas memberikan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak.</li> <li>8. Petugas melakukan pemeriksaan TES Daya Lihat dan tes Daya dengar sesuai usia.</li> <li>9. Jika terdapat indikasi petugas melakukan pemeriksaan CHAT (Gangguan Pemusatan Perhatian Hiperaktif). <ul style="list-style-type: none"> <li>o Jika terdapat permasalahan pertumbuhan atau perkembangan anak petugas memberikan intervensi dini dan penatalaksanaan rujukan.</li> <li>o Petugas mencatat hasil deteksi dini Tumbuh kembang pada Formulir deteksi dini Tumbuh Kembang Anak.</li> </ul> </li> </ol>		
6. Bagan Alir	-		
7. Unit Terkait	Unit Bp-Umum		

	<b>PEMERIKSAAN LABORATORIUM YANG BERISIKO TINGGI</b>		
	SOP	No. Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/ /2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
Halaman : 1/3			
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	Pemeriksaan resiko tinggi adalah pemeriksaan yang dilakukan pada sampel yang mudah menularkan mikroorganismenya apabila cara pemeriksaannya tidak sesuai prosedur yang telah ditetapkan.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah agar petugas dan lingkungan sekitar terhindar dari paparan mikroorganismenya yang dimungkinkan bersumber dari sampel pemeriksaan di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin Nomor : /UKP-SK/Pusk-PM/ /2018 tentang Jenis-jenis Pelayanan yang disediakan di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2013</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014</li> </ol>		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas menyiapkan Alat pelindung diri.</li> <li>2. Petugas memakai masker.</li> <li>3. Petugas memakai sarung tangan.</li> <li>4. Petugas memakai jas laboratorium.</li> <li>5. Petugas melakukan desinfektan meja kerja menggunakan alkohol sebelum pemeriksaan sampel</li> <li>6. Petugas mengambil sampel pada pasien TB dan Hepatitis.</li> <li>7. Petugas meletakkan sampel pemeriksaan pada tempat yang telah disiapkan.</li> <li>8. Petugas melakukan pemeriksaan sesuai dengan instruksi kerja/prosedur kerja yang telah ditetapkan</li> <li>9. Petugas memperlakukan semua sampel sebagai bahan infeksius</li> <li>10. Petugas cuci tangan dengan sabun yang mengandung desinfektan</li> </ol>		
6. Bagan Alir	 <pre> graph LR     A([Petugas menyiapkan Alat pelindung diri]) --&gt; B[Petugas memakai masker]     B --&gt; C[Petugas memakai sarung tangan]     C --&gt; D[ ]   </pre>		

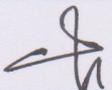
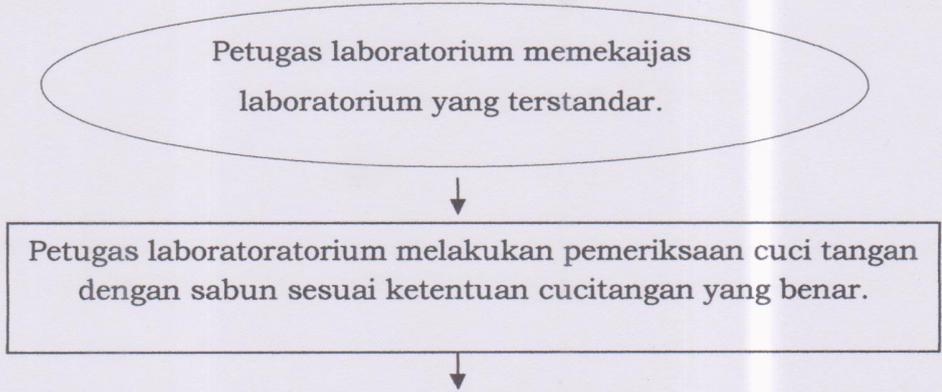


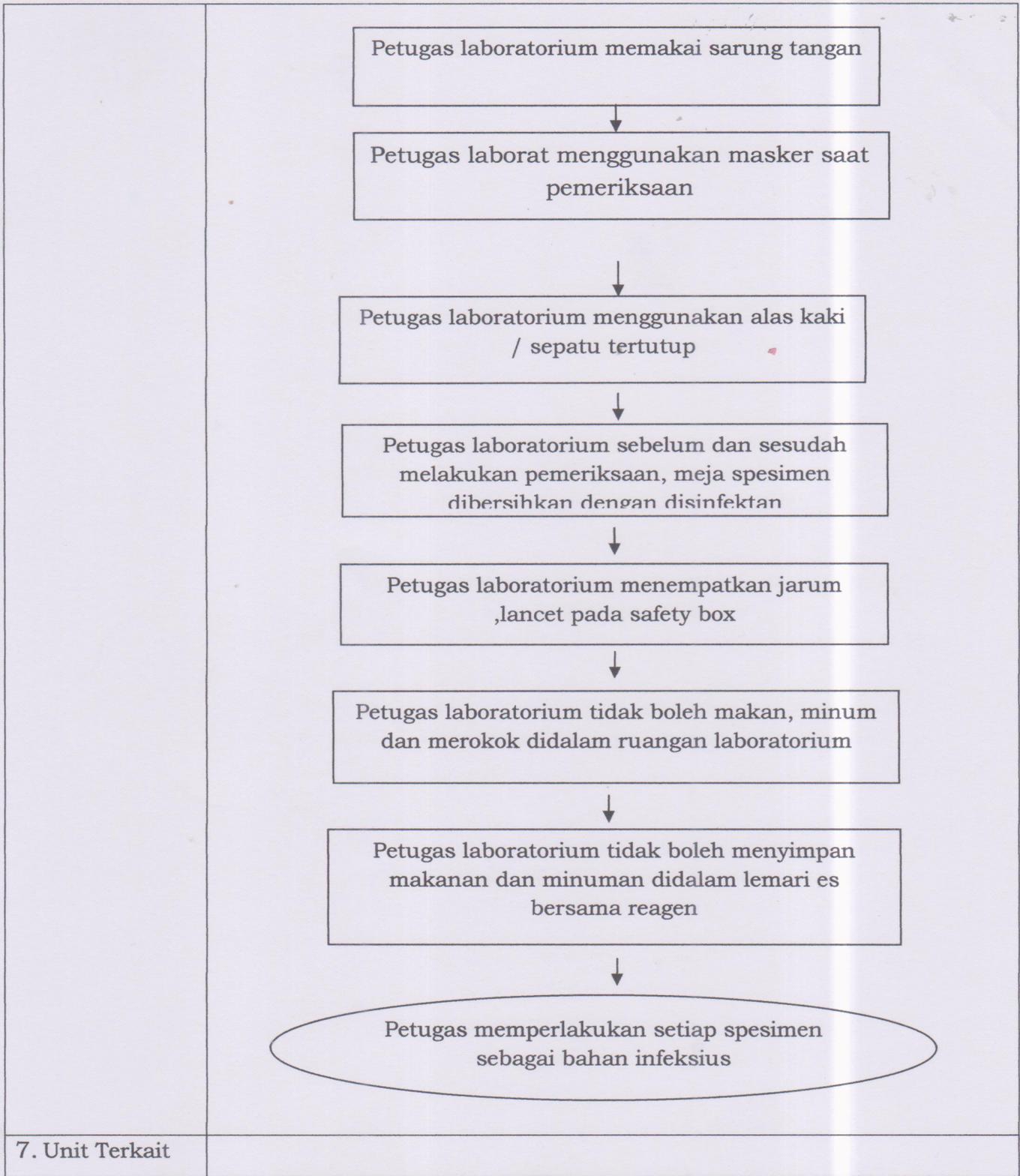
	<b>PELAPORAN HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM YANG KRITIS</b>		
	SOP	No. Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/ /2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
		Halaman : 1/3	
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	Adalah pelaporan hasil laboratorium yang menggambarkan kondisi potofisiologi pasien yang nilainya diluar batas normal yang telah disepakati bersama, baik di bawah atau di atas nilai normal, dimana pasien memerlukan intervensi tindakan medis segera karena dapat membahayakan keselamatan pasien.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk keselamatan pasien agar dokter yang merawat segera melakukan intervensi tindakan medis segera di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin Nomor : /UKP-SK/Pusk-PM/ /2018 tentang Jenis-jenis Pelayanan yang disediakan di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2013 Tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat</li> </ol>		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas mendapatkan hasil laboratorium yang kritis</li> <li>2. Petugas memeriksa kondisi specimen</li> <li>3. Petugas melaporkan hasil lab yang kritis kepada dokter pengirim specimen,</li> <li>4. Petugas bersama dokter memeriksa kondisi klinis pasien,</li> <li>5. Dokter meminta petugas labor memeriksa ulang menggunakan specimen yang baru jika kondisi klinis pasien tidak sesuai dengan hasil labor yang kritis,</li> <li>6. Petugas memeriksa ulang specimen,</li> <li>7. Petugas mendapatkan hasil lab yang kritis,</li> <li>8. Petugas melaporkan segera kepada dokter pengirim specimen,</li> <li>9. Dokter melakukan penanganan segera untuk mengatasi hasil lab yang kritis,</li> <li>10. Petugas menuliskan hasil lab di blanko hasil laboratorium,</li> <li>11. Petugas menyerahkan blanko hasil laboratorium kepada dokter,</li> <li>12. Petugas menuliskan hasil lab di register laboratorium.</li> </ol>		

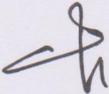
6. Bagan Alir



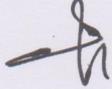
	<pre>graph TD; A([Petugas menuliskan hasil lab di register laboratorium.]) --&gt; B[Petugas mendapatkan hasil lab yang kritis,];</pre>
7. Unit Terkait	Petugas Laboratorium

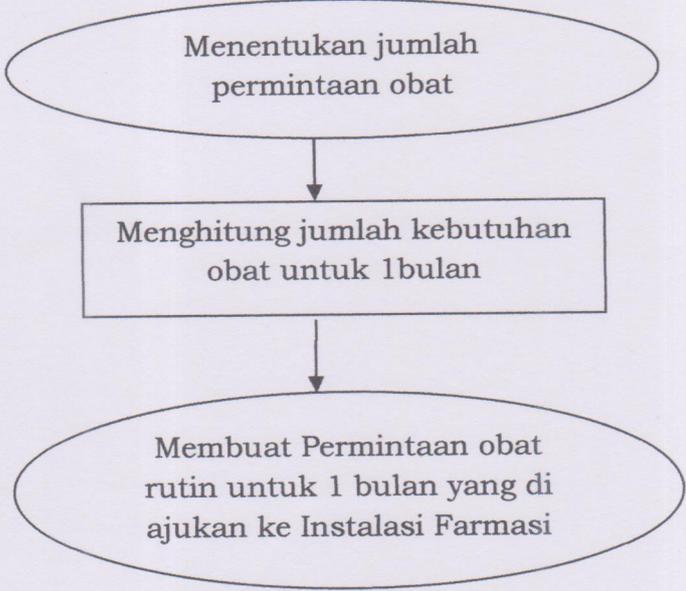
	<b>PENGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI</b>		
	SOP	No. Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/ /2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
		Halaman : 1/3	
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	<p>Alat pelindung diri (APD) adalah seperangkat alat yang digunakan oleh petugas laboratorium untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuh terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya atau kecelakaan kerja. Penggunaan alat pelindung diri adalah cara menggunakan alat pelindung diri sesuai standar sehingga ada pater lindung dari bahaya dan keselamatan kerja</p>		
2. Tujuan	<p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menggunakan alat pelindung diri agar tidak tertular penyakit di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.</p>		
3. Kebijakan	<p>Surat Keputusan Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin Nomor : /UKP-SK/Pusk-PM/ /2018 tentang Jenis-jenis Pelayanan yang disediakan di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.</p>		
4. Referensi	<p>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2013</p>		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas laboratorium memakai jas laboratorium yang terstandar.</li> <li>2. Petugas laboratorium memakai sarung tangan.</li> <li>3. Petugas laborat menggunakan masker saat pemeriksaan</li> <li>4. Petugas laboratorium menggunakan alas kaki / sepatu tertutup</li> <li>5. Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan cuci tangan dengan sabun sesuai ketentuan cuci tangan yang benar.</li> <li>6. Petugas laboratorium sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, meja spesimen dibersihkan dengan disinfektan</li> <li>7. Petugas laboratorium menempatkan jarum, lancet pada safety box.</li> <li>8. Petugas laboratorium tidak boleh makan, minum dan merokok didalam ruangan laboratorium</li> <li>9. Petugas laboratorium tidak boleh menyimpan makanan dan minuman didalam lemari es bersama reagen \</li> <li>10. Petugas memperlakukans tiap spesimen sebagai bahan infeksius</li> </ol>		
6. Bagan Alir	<div style="text-align: center;">  <pre> graph TD     A([Petugas laboratorium memakai jas laboratorium yang terstandar.]) --&gt; B[Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan cuci tangan dengan sabun sesuai ketentuan cucitangan yang benar.]           </pre> </div>		

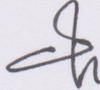


	<b>PENYEDIAAN DAN PENGGUNAAN OBAT</b>		
	SOP	No.Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/II/2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
Halaman : ½			
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN		DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001	
1. Pengertian	Penggunaan dan penyediaan obat adalah proses kegiatan yang dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan obat yang meliputi aspek teknis dan non teknis mulai dari perencanaan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pelayanan, pengendalian obat, pencatatan dan pelaporan.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mampu memenuhi kebutuhan obat yang bermutu guna tercapainya pelayanan obat dasar kepada masyarakat.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Plus Mandiangin Nomor 059/UKP-SK/Pusk-PM/II/2018 tentang Penanggung Jawab Pelayanan Obat di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
4. Referensi	Buku Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, Direktorat Bina Farmasi Komunitas Dan Klinik, Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Departemen Kes RI, Dicitak Ulang Tahun 2007.		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<p>A. Alat : -</p> <p>B. Bahan : -</p> <p>C. Langkah-langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas melakukan perencanaan terhadap perkiraan jenis dan jumlah obat yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan</li> <li>2. Petugas mengajukan permintaan obat lewat LPLPO ke Instalasi Farmasi Kesehatan Kota sesuai dengan jenis dan jumlah obat yang sudah direncanakan</li> <li>3. Petugas melakukan penerimaan obat-obatan yang diserahkan dari Instalasi farmasi kesehatan Kota sesuai dengan jumlah dan jenis obat yang sudah diajukan dalam LPLPO sebelumnya.</li> <li>4. Petugas melakukan penyimpanan obat-obatan yang diterima di Gudang Obat dan mencatatnya di Kartu Stok Obat</li> <li>5. Petugas melakukan pendistribusian obat yaitu pengeluaran dan penyerahan obat secara merata dan teratur untuk memenuhi kebutuhan sub-sub unit pelayanan kesehatan di lingkungan Puskesmas Induk dan Poskeskel.</li> <li>6. Petugas melakukan pelayanan obat kepada pasien sesuai dengan resep dokter dan memberi informasi cara penggunaannya.</li> <li>7. Petugas melakukan pengendalian terhadap persediaan dan penggunaan obat untuk menghindari kekosongan dan kelebihan persediaan.</li> <li>8. Petugas melakukan pencatatan atas penggunaan dan penerimaan</li> </ol>		

	<p>obat, pengembalian obat rusak dan kadaluwarsa serta pelaporan obat hilang.</p> <p>9. Petugas melaporkan penggunaan dan penerimaan obat, pengembalian obat rusak dan kadaluwarsa serta pelaporan obat hilang</p>
6. Bagan Alir	<pre> graph TD     A([Perencanaan obat]) --&gt; B[Permintaan Obat]     B --&gt; C[Penyimpanan Obat]     C --&gt; D[Pendistribusian Obat]     D --&gt; E[Pelayanan Obat]     E --&gt; F[Pengendalian Obat]     F --&gt; G[Pencatatan Obat]     G --&gt; H([Pelaporan Obat]) </pre>
7. Unit Terkait	Petugas pengelola obat, Kepala Puskesmas

	<b>PERESEPAN, PEMESANAN DAN PENGELOLAAN OBAT</b>		
	SOP	No. Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/II/2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
		Halaman : ½	
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	Peresepan, Pemesanan dan Pengelolaan obat adalah suatu proses kegiatan pengelola obat untuk mengajukan pemesanan/ permintaan obat ke Dinas Kesehatan Kota sesuai dengan jumlah dan jenis obat yang sudah direncanakan dalam rangka pemenuhan kebutuhan obat Puskesmas.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah memenuhi kebutuhan obat di masing-masing unit pelayanan kesehatan sesuai dengan pola penyakit yang ada di wilayah kerjanya .		
3. Kebijakan	Keputusan Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin Nomor 116/UKP-SK/Pusk-PM/II/2018 tentang Peresepan, Pemesanan, dan Pengelolaan Obat di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
4. Referensi	Buku Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, Direktorat Bina Farmasi Komunitas Dan Klinik, Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia Dicitak Ulang Tahun 2007		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<p>A. Alat : - B. Bahan : - C. Langkah-langkah</p> <p>A. Permintaan Rutin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Petugas menentukan jumlah permintaan obat berdasarkan data pemakaian obat periode sebelumnya, jumlah kunjungan resep, data penyakit, dan frekuensi distribusi obat oleh Instalasi Farmasi Kota.</li> <li>Petugas menghitung jumlah kebutuhan Obat jumlah dengan cara untuk periode yang akan datang diperkirakan sama dengan pemakaian pada periode sebelumnya yaitu dengan rumus :</li> </ol> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <math display="block">SO = SK + WK + WT + SP - SS</math> </div> <p>Keterangan :</p> <p>SO = Stok Optimum          SK = Stok Kerja ( stok pada periode berjalan )          WK = Waktu Kekosongan Obat          WT = Waktu Tunggu ( Lead Time )          SP = Stok Penyangga          SS = Sisa Stok</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Petugas membuat Permintaan Obat rutin yang dilakukan tiap bulan yang diteruskan ke Instalasi Farmasi Kota dengan menggunakan</li> </ol>		

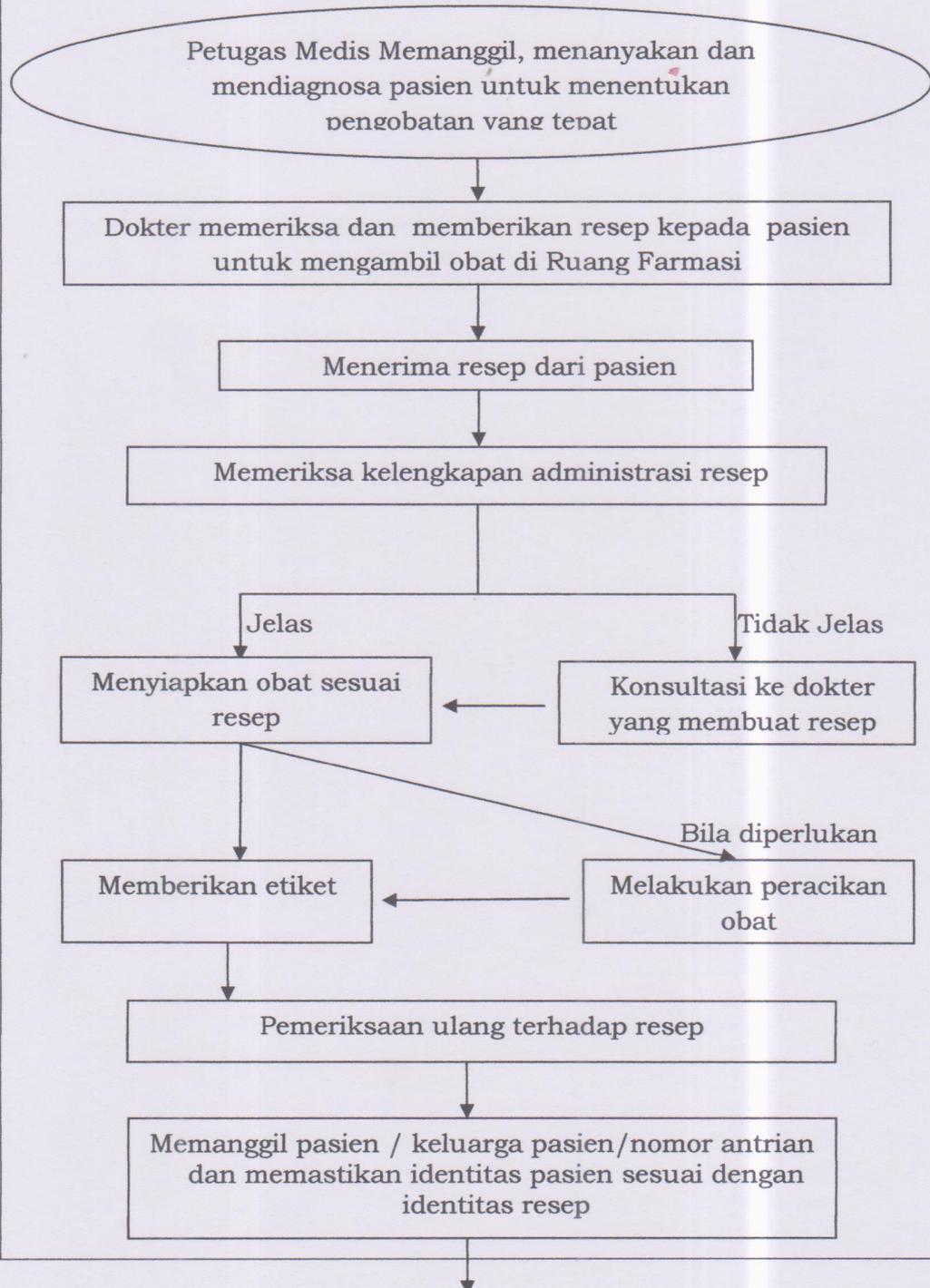
	<p>formulir Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat ( LPLPO ) yang sudah diperiksa dan ditanda tangani oleh Kepala Puskesmas.</p> <p><b>B. Permintaan Khusus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permintaan Khusus dilakukan diluar jadwal distribusi rutin apabila : Kebutuhan meningkat</li> <li>- Menghindari kekosongan</li> <li>- Penanganan Kejadian Luar Biasa ( KLB )</li> <li>- Obat Rusak</li> <li>- Obat Kadaluwarsa</li> <li>- Permintaan Khusus dilakukan dengan menggunakan Surat Bon Obat yang sudah disetujui dan ditanda tangani oleh Kepala Puskesmas. Diajukan ke Unit Farmasi sewaktu- waktu diperlukan mendesak.</li> </ul>
6. Bagan Alir	 <pre> graph TD     A([Menentukan jumlah permintaan obat]) --&gt; B[Menghitung jumlah kebutuhan obat untuk 1 bulan]     B --&gt; C([Membuat Permintaan obat rutin untuk 1 bulan yang di ajukan ke Instalasi Farmasi]) </pre>
7. Unit Terkait	Petugas farmasi

 PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN	<b>PERESEPAN PSIKOTROPIKA DAN            NARKOTIKA</b>		
	SOP	No.Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/II/2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
Halaman : 1/3			
		DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001	
1. Pengertian	Peresepan psikotropik dan narkotika adalah proses kegiatan yang meliputi aspek teknis dan non teknis yang harus dikerjakan mulai dari menerima resep dokter sampai penyerahan obat pada pasien		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah agar pasien yang mendapatkan obat psikotropika narkotika sesuai dengan resep dokter dan mendapat informasi penggunaannya sesuai resep		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin Nomor 117/UKP-SK/Pusk-PM/II/2018 tentang Peresepan Psikotropika dan Narkotik di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan No.3 tahun 2015 Tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan dan Pelaporan Narkotika		
5. Prosedur /Langkah-langkah	A. Alat : - B. Bahan : - C. Langkah-langkah : I. Petugas Medis dan Dokter 1. Petugas Medis memanggil pasien ke ruang periksa 2. Petugas Medis menanyakan keluhan pasien 3. Petugas Medis mendiagnosis pasien untuk menentukan pengobatan yang tepat 4. Dokter memeriksa dan memberikan resep kepada pasien untuk mengambil obat di Ruang Farmasi II. Petugas Farmasi 1. Petugas Farmasi menerima resep dari pasien 2. Petugas Farmasi memeriksa kelengkapan administrasi resep a. Tanggal pembuatan resep b. Nama, jumlah dan aturan pakai obat c. Nama, umur, alamat lengkap, jenis kelamin 3. Petugas farmasi mengkonsultasikan ke dokter yang membuat resep jika tidak jelas. 4. Petugas farmasi menyiapkan obat sesuai resep jika sudah jelas. 5. Petugas Farmasi melakukan peracikan obat apabila diperlukan 6. Petugas Farmasi menulis aturan pakai di etiket obat. 7. Petugas Farmasi melakukan pemeriksaan ulang terhadap resep 8. Petugas Farmasi memanggil pasien / keluarga pasien / nomor		

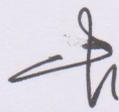
antrian di apotik serta memastikan identitas pasien sesuai dengan identitas resep

9. Petugas Farmasi menjelaskan tentang aturan penggunaan obat, efek samping yang paling sering terjadi dan cara penyimpanan yang benar
10. Petugas Farmasi memberikan obat pada pasien
11. Petugas Farmasi menyimpan resep dan mencatat di buku pemakaian psikotropika dan narkotika

#### 6. Bagan Alir



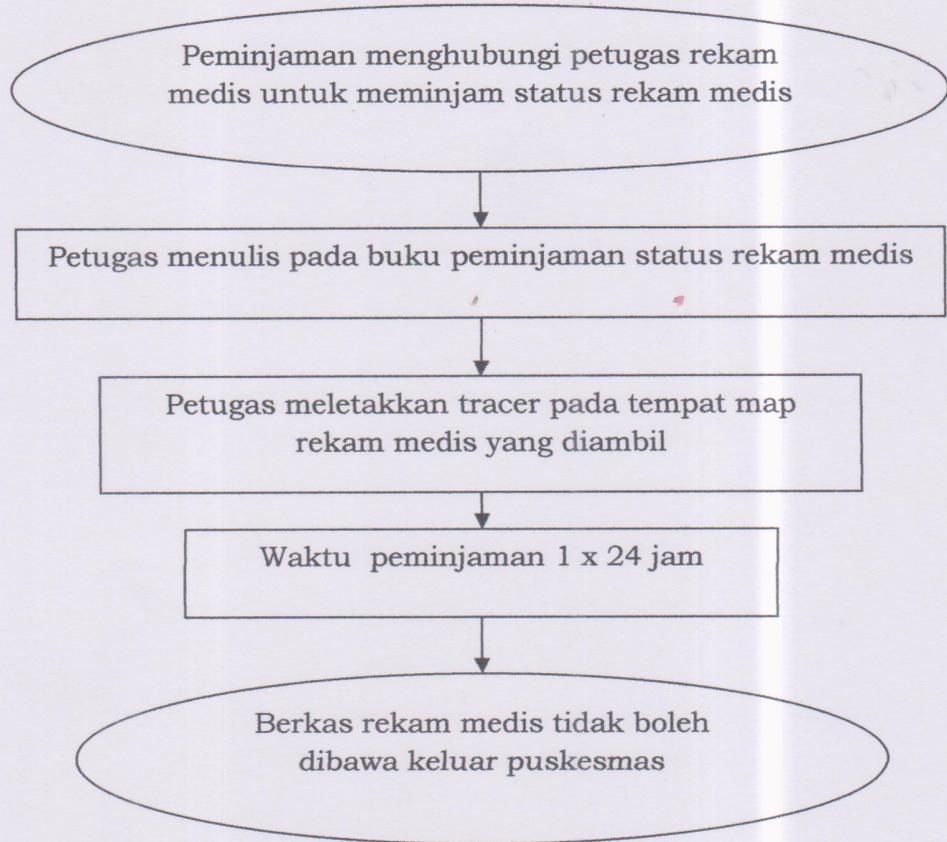
	<pre> graph TD     A[Menjelaskan tentang aturan penggunaan obat, efek samping yang paling sering terjadi dan cara penyimpanan yang benar] --&gt; B[Memberikan obat pada pasien]     B --&gt; C([Menyimpan resep dan mencatat di buku pemakaian psikotropika dan narkotika]) </pre>
7. Unit Terkait	Poli Umum, Poli Gigi, KIA, KB

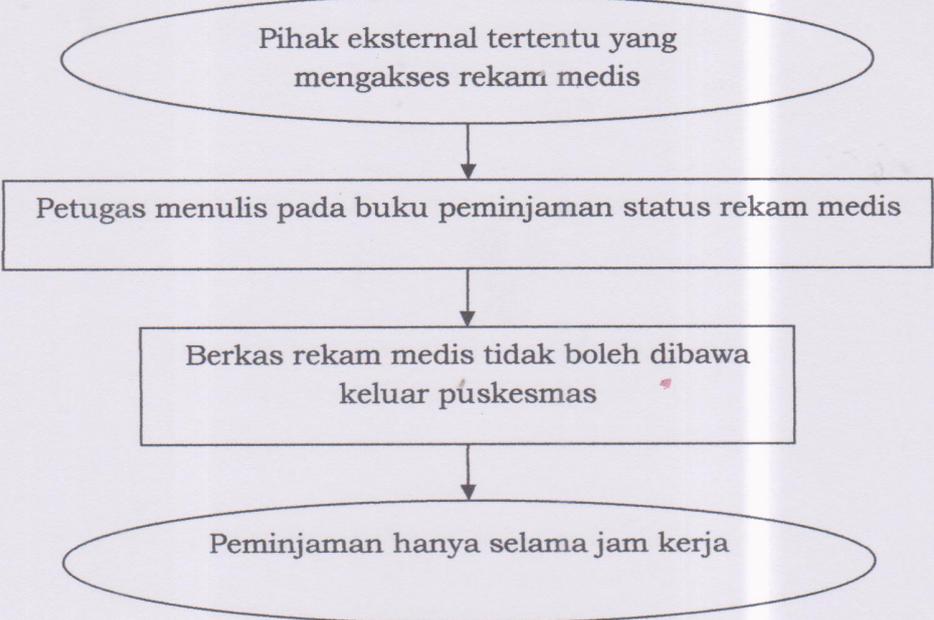
	<b>AKSES TERHADAP REKAM MEDIS</b>		
	SOP	No. Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/III/2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
Halaman : 1/2			
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk sebagai pedoman mengakses terhadap rekam medis di lingkungan Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Plus Mandiangin Nomor /UKP-SK/Pusk-PM/III/2018 tentang Akses terhadap Rekam Medis di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.		
5. Prosedur /Langkah-langkah	<p>A. Alat : -</p> <p>B. Bahan : -</p> <p>C. Langkah-langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pihak Internal <ol style="list-style-type: none"> <li>a. peminjaman menghubungi petugas rekam medis untuk meminjam rekam medis rawat jalan.</li> <li>b. Petugas menulis pada buku peminjaman berkas rekam medis.</li> <li>c. Petugas meletakkan tracer pada tempat map rekam medis yang diambil.</li> <li>d. Waktu peminjaman 1 x 24 jam.</li> <li>e. Berkas rekam medis tidak boleh dibawa keluar dari Puskesmas</li> </ol> </li> <li>2. Pihak Eksternal <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pihak eksternal yang boleh mengakses rekam medis dalam hal: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Untuk kepentingan kesehatan pasien.</li> <li>2) Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan.</li> <li>3) Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undang.</li> <li>4) Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.</li> </ol> </li> <li>b. Petugas rekam medis menulis pada buku peminjaman rekam medis.</li> <li>c. Peminjaman hanya pada lingkungan Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin tidak boleh dibawa ke luar.</li> </ol> </li> </ol>		

d. Peminjaman hanya selama jam kerja.

6. Bagan Alir

Pihak Internal



	<p>Pihak Eksternal</p>  <pre> graph TD     A([Pihak eksternal tertentu yang mengakses rekam medis]) --&gt; B[Petugas menulis pada buku peminjaman status rekam medis]     B --&gt; C[Berkas rekam medis tidak boleh dibawa keluar puskesmas]     C --&gt; D([Peminjaman hanya selama jam kerja]) </pre>
7. Unit Terkait	<p>Kepala Puskesmas  Kepala Tata Usaha Puskesmas  Petugas Rekam Medis  Poli Umum  Poli Gigi  Poli KIA/KB  Poli IMM  Perawat/Bidan</p>

	<b>PENYIMPANAN REKAM MEDIS</b>		
	SOP	No. Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/III/2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
Halaman : ½			
PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	Penyimpanan Berkas Rekam Medis adalah kegiatan menyimpan berkas rekam medis pasien di ruang filing setelah melalui proses pengolahan berkas rekam medis.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengatur penyimpanan berkas rekam medis secara teratur, tertib, sistematis dan efektif agar dengan mudah, cepat dan tepat dapat ditemukan kembali bila diperlukan.		
3. Kebijakan	1. Surat Keputusan Kepala Puskesmas Plus Mandiangin Nomor: /UKP-SK/Pusk-PM/III/2018 tentang Penyimpanan Rekam Medis di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin. 2. Surat Keputusan Kepala Puskesmas Plus Mandiangin Nomor: /UKP-SK/Pusk-PM/III/2018 tentang Sistem Pengkodean, Penyimpanan dan Dokumentasi Rekam Medis di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tahun 2008 tentang Rekam Medis.		
5. Prosedur /Langkah- langkah	A. Alat : - B. Bahan : - C. Langkah-langkah <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas rekam medis memilah-milah berkas rekam medis dan mengelompokkannya sesuai Family Folder Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin yang ada.</li> <li>2. Petugas rekam medis memasukkan berkas rekam medis sesuai dengan nomor penjajaran dalam rak.</li> <li>3. Petugas rekam medis melakukan pengurutan berkas rekam medis disetiap nomor dengan cara 9 digit didepan dan 4 digit angka akhir dalam nomor rekam medis.</li> <li>4. Rekam medis yang sudah 5 tahun tidak aktif disimpan digudang.</li> </ol>		

<p>6. Bagan Alir</p>	<pre> graph TD     A([Petugas Rekam Medis Mengelompokkan Data Pasien dalam Bentuk Family Folder]) --&gt; B[Pengelompokkan Sesuai Nomor Penjajaran dalam Rak]     A --&gt; C[Rekam medis yang sudah 5 tahun tidak aktif]     B --&gt; D([Pernomoran 9 digit didepan dan 4 digit dari belakang])     C --&gt; E([Simpan di gudang])   </pre>
<p>7. Unit Terkait</p>	<p>Rekam Medis</p>

 PUSKESMAS PLUS MANDIANGIN	<b>KERAHASIAAN ISI REKAM MEDIS</b>		
	SOP	No. Dokumen: /UKP-SOP/Pusk-PM/III/2018	
		No. Revisi:	
		Tanggal Terbit:	
Halaman : ½			
			DEFRIYANTI, S.Kep NIP.196808111989112001
1. Pengertian	Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menilai dan melengkapi isi rekam medis, membuat bukti pelaksanaan hasil dan tindak lanjut penilaian.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Plus Mandiangin Nomor UKP-SK/Pusk-PM/III/2018 tentang Isi Rekam Medis di Pusat Kesehatan Masyarakat Plus Mandiangin.		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.		
5. Prosedur /Langkah-langkah	A. Alat : - Berkas Rekam Medis B. Bahan : - Buku dan Pena C. Langkah-langkah <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas menyimpan berkas rekam medis yang sudah dikembalikan dari ruangan.</li> <li>2. Petugas tidak boleh menyebarkan setiap informasi yang bersifat medis yang dimiliki oleh pasien</li> <li>3. Informasi tentang nomor rekam medis, identitas, jenis pelayanan, tanggal, pemeriksaan fisik, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan pengobatan dapat dibuka dalam hal:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk kepentingan pasien.</li> <li>b. Untuk memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atau perintah pengadilan.</li> <li>c. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri.</li> <li>d. Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan.</li> <li>e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien. Dengan syarat harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.</li> </ol> </li> <li>4. Penjelasan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis dari pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan</li> <li>5. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon</li> </ol>		

	tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.
6. Bagan Alir	<pre> graph TD     A([Tiap Informasi yang bersifat medis yang dimiliki puskesmas tidak boleh disebarakan]) --&gt; B[Informasi tentang nomor rekam medis, identitas, jenis pelayanan, tanggal, pemeriksaan fisik, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan pengobatan dapat hanya boleh diberikan untuk hal tertentu]     B --&gt; C([Penjelasan isi Rekam Medis hanya boleh dilakukan oleh Dokter atau Dokter Gigi]) </pre>
7. Unit Terkait	Rekam Medis Poli Umum Poli Gigi Poli KIA/KB Poli IMM Bidan/Perawat