



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972
Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

**PEDOMAN
PENYUSUNAN DAN PENGENDALIAN DOKUMEN
Nomor : 400 / DOM / 004 / I / 2022**

A. PENDAHULUAN

Dokumen Puskesmas merupakan data manajemen Puskesmas, sehingga data maupun dokumen Puskesmas wajib dikelola secara baik. Untuk memudahkan di dalam pengelolaan dokumen, penting ditentukan sistem pengendalian dokumen agar memudahkan di dalam pengelolaan, penyimpanan, dan pencarian untuk diberlakukan pelaksanaannya, Serta sebagai pedoman di dalam pengelolaan dokumen di Puskesmas, baik dokumen administrasi Puskesmas maupun dokumen akreditasi Puskesmas. Oleh karena itu, sebagai acuan di dalam pengelolaan dokumen maka wajib disusun Pedoman Penyusunan dan Pengendalian Dokumen Puskesmas.

Tujuan pengendalian dokumen adalah terkendalinya kerahasiaan dokumen, proses perubahan, penerbitan, distribusi dan sirkulasi dokumen.

Prosedur pengendalian dokumen ditetapkan oleh Kepala Puskesmas Ambal II yang dijadikan acuan oleh seluruh unit di Puskesmas Ambal II.

Secara umum dokumen – dokumen dalam sistem manajemen mutu yang disusun meliputi:

Dokumen level 1 : Kebijakan

Dokumen level 2 : Pedoman / Panduan

Dokumen level 3 : Standar Prosedur Operasional

Dokumen level 4 : Rekaman – rekaman sebagai catatan sebagai akibat pelaksanaan kebijakan, pedoman, dan prosedur.

Prosedur pengendalian dokumen di Puskesmas Ambal II:

1. Identifikasi penyusunan/perubahan dokumen

Bila dokumen sudah ada, dapat diidentifikasi dokumen tersebut masih efektif atau tidak.

2. Penyusunan dokumen

Kepala Subag Tata Usaha Puskesmas dan Penanggung jawab UKM dan UKP bertanggung jawab terhadap pelaksanaan identifikasi/perubahan serta penyusunan dokumen.

Penyusunan dokumen secara keseluruhan dikoordinir oleh tim mutu FKTP dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. SOP yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke tim mutu
- b. Fungsi tim mutu puskesmas di dalam penyusunan dokumen adalah:
 - 1) Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki dokumen yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja dari segi bahasa dan segi penulisan
 - 2) Mengkoordinir proses pembuatan dokumen sehingga tidak terjadi duplikasi/tumpang tindih dokumen antar unit
 - 3) Melakukan cek ulang terhadap dokumen yang akan ditandatangani oleh Kepala Puskesmas Ambal II
3. Pengesahan dokumen
Dokumen disahkan oleh Kepala Puskesmas Ambal II
4. Sosialisasi dokumen
Agar dokumen dapat dikenali oleh seluruh pelaksana maka perlu dilakukan sosialisasi dokumen tersebut, khusus bagi SOP, bila rumit maka untuk pelaksanaan SOP tersebut perlu dilakukan pelatihan
5. Pencatatan dokumen, distribusi dan penarikan dokumen

B. DASAR PENETAPAN PENYUSUNAN DAN PENGENDALIAN DOKUMEN

Penetapan pengendalian dokumen Puskesmas Ambal II, sebagai dasarnya adalah :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Peraturan pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Nomor 14 Tahun 200., Tambahan Lembaran Negara Nomor 4262).
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah antara Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Mandiri Dokter Mandiri.
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 59/2015 tentang Komisi Akreditasi FKTP.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 269/ Menkes/ Per/ III/ 2018 tentang Rekam Medik.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas.
9. Peraturan Bupati Kebumen Nomor 25 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Arsip di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen.

10. Peraturan Bupati Kebumen Nomor 26 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengurusan Surat di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen.
11. Peraturan Bupati Kebumen Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pedoman Penataan Berkas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen.
12. Peraturan Bupati Kebumen Nomor 63 Tahun 2014 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen.
13. Manajemen Kearsipan, Alamsyah, Gramedia Pustaka Utama, 2015.
14. Sistem kearsipan, Manajemen Perkantoran, Depkes RI. 2009.
15. Panduan Penyusunan Dokumen Standar Akreditasi Puskesmas Tahun 2017.

C. PENGERTIAN PENGENDALIAN DOKUMEN

1. Pedoman Pengendalian dokumen Puskesmas Ambal II adalah sistem pengelolaan dokumen / surat menyurat dan rekaman implementasi, yang meliputi sistem penomoran maupun penyimpanan dokumen puskesmas, baik dokumen perkantoran maupun dokumen akreditasi puskesmas.
2. Dokumen eksternal adalah : buku, peraturan, standar, surat keputusan, kebijakan yang merupakan acuan/ referensi didalam penyusunan dokumen akreditasi puskesmas
3. Dokumen/ arsip aktif adalah dokumen yang frekuensi pemakaian masih tinggi / masih dipakai didalam kegiatan, dan masih di simpan di unit unit pelayanan.
4. Dokumen/ arsip inaktif adalah dokumen yang frekuensi pemakaiannya sudah rendah/ sudah tidak dipakai, untuk dokumen rekam medik apabila pasien yang sudah mati atau sudah pindah.
5. Master dokumen akreditasi yang telah lengkap / telah di nomori, disahkan , di tanda tangani dan di bubuhi cap puskesmas.
6. Kelompok dokumen adalah kelompok jenis- jenis dokumen / rekaman (contoh : kelompok SOP).
7. Dokumen internal puskesmas adalah dokumen yang disusun dan di tetapkan oleh Kepala Puskesmas Ambal II.
8. Rekaman adalah dokumen yang menjadi bukti obyektif dari kegiatan yang di lakukan atau hasil yang di capai di dalam kegiatan puskesmas dalam melaksanakan regulasi internal atau kegiatan yang di rencanakan.
9. Hal adalah kode penomoran menurut Pemerintah Daerah.

D. TATA LAKSANA PENGENDALIAN DOKUMEN

1. Identifikasi penyusunan/ perubahan dokumen.
2. Penyusunan dokumen.
3. Pengesahan dokumen.
4. Sosialisasi dokumen agar dokumen dapat dikenali oleh seluruh pelaksana.
5. Pemberian kode atau nomor dokumen.
6. Penyerahan dokumen kepada pengusul untuk menggandakan dokumen.
7. Pendistribusian dokumen yang sudah diberi stempel / tanda “TERKENDALI” kepada unit terkait dengan menggunakan buku ekspedisi.
8. Peninjauan ulang dokumen setiap 3 tahun.
9. Melanjutkan pemakaian jika dokumen masih berlaku.
10. Menarik dokumen lama jika sudah ada dokumen pengganti.
11. Pengarsipan dokumen induk yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan stempel/ tanda “KEDALUWARSA”.

E. PENETAPAN KETENTUAN PENULISAN DOKUMEN

Petugas menuliskan dokumen menggunakan ketentuan umum sebagai berikut:

1. Naskah dokumen diketik pada satu halaman tidak boleh bolak-balik, dicetak hitam putih dan tanpa sampul/cover.
2. Format atau tata naskah Kebijakan Kepala Puskesmas/KEP/Peraturan menggunakan jenis huruf Bookman Old Style dengan ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri dan atas 2.5 cm dan kanan bawah 2 cm.
3. Format kop dokumen menggunakan jenis huruf Bookman Old Style dengan ukuran kop SKPD ukuran 12, nama Puskesmas ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan.
4. Format atau penulisan dokumen menggunakan huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
5. Format atau tata naskah panduan dan kerangka acuan kerja menggunakan jenis huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
6. Format atau tata naskah SOP menggunakan tabel dengan huruf Times New Roman ukuran huruf 11, spasi 1, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
7. Jarak antar paragraf dibuat 1,5 spasi.
8. Bahasa yang digunakan adalah Bahasa Indonesia baku
9. Ukuran kertas : F4 (215 x 330 mm)
10. Tipe margin : batas kiri, atas : 2,5 cm, batas kanan, bawah : 2 cm, teks rata tepi kanan kiri (justify).

11. Penomoran di tulis secara konsisten dari awal sampai akhir naskah. Cara yang di gunakan adalah gabungan antara angka Romawi dan Arab, seperti contoh berikut:

I.

A.

1.

a.

1)

a)

(1)

(a)

F. PENETAPAN PENOMERAN DOKUMEN

1. Surat masuk dan keluar diberi nomor sesuai dengan ketentuan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 63 Tahun 2014 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen.
2. Penomoran Dokumen dilakukan di bagian administrasi manajemen (admen) atau Tata Usaha (TU) dibantu oleh sekretaris masing-masing kelompok kerja.
3. Penomoran di lakukan sesuai Kelompok Kerja masing-masing dengan pengkodean HAL yang telah ditetapkan.
4. Penomoran dokumen diurutkan sesuai dengan pengkodean
5. Urutan penomoran meliputi:

HAL/KODE DOKUMEN/NOMOR URUT DOKUMEN TIGA DIGIT TANPA SPASI/BULAN/TAHUN

Contoh : 441.1/KEP/001/I/2019

443.5/DOM/005/II/2019

441.8/SOP/007/III/2019

Dokumen eksternal :

HAL/KODE DOKUMEN/NOMOR URUT DOKUMEN/BULAN/TAHUN

Contoh : 441.1/DEK/1/I/2019

444/DEK/4/II/2019

442/DEK/7/III/2019

G. KETENTUAN PENGKODEAN DOKUMEN

1. Surat Keputusan/Kebijakan dengan kode KEP
2. Pedoman dengan kode DOM
3. Panduan dengan kode PAN
4. Kerangka Acuan dengan kode KAK

5. Standar Operasional Prosedur dengan kode SOP
6. Dokumen Eksternal dengan kode DEK
7. Daftar Tilik dengan kode DT
8. Audit Internal dengan kode AI
9. Apabila dokumen merujuk pada upaya kesehatan/pelayanan tertentu, kode sesuai dengan Peraturan Bupati Kebumen No.63 Tahun 2014 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen antara lain:
 - a. 441.8 : Kesehatan Ibu Dan Anak/Keluarga Berencana (KIA/KB)
 - b. 444 : Pelayanan Gizi
 - c. 443.2 : Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P)
 - d. 441.7 : Promosi Kesehatan (PROMKES)
 - e. 443.5 : Kesehatan Lingkungan (KESLING)
 - f. 441.10 : Pelayanan Umum
 - g. 441.1 : Pelayanan Gigi
 - h. 445.9 : Laboratorium
 - i. 441.11 : Pendaftaran
 - j. 441.11 : Rekam Medis
 - k. 442 : Pelayanan Farmasi (PF)
 - l. 441.7 : Pelayanan Pranikah
 - m. 441.8 : Pelayanan Anak (MTBS)
 - n. 443.2 : Imunisasi
 - o. 443.22 : Pelayanan VCT
 - p. 442.24 : Pelayanan TB
 - q. 441.5 : Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
 - r. 441.1 : Usaha kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)
 - s. 441.1 : Usaha kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM)
 - t. 441.8 : Pelayanan Persalinan

H. PENDISTRIBUSIAN DAN PENATAAN DOKUMEN

Dokumen didistribusikan dengan cara sebagai berikut :

1. Petugas pelaksana pendistribusian dokumen adalah sekretaris admen.
2. Pendistribusian dokumen menggunakan buku ekspedisi tanda terima.
3. Petugas menarik dokumen lama apabila sudah ada dokumen pengganti serta mengisi format usulan penambahan atau penarikan dokumen.
4. Petugas mengarsipkan dokumen induk yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan cap TIDAK TERKENDALI dan kemudian menyimpan dokumen tersebut selama 2 tahun.
5. Petugas memusnahkan dokumen sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.

Untuk memudahkan dalam pencarian dokumen akreditasi puskesmas, dokumen dikelompokkan menurut bab, jenis dokumen, kriteria dan elemen penilaian, serta ditata secara berurutan.

Penataan dokumen menggunakan file dan folder yang berwarna:

- a. Kuning : Admen
- b. Merah : UKM
- c. Biru : UKP

Setiap dokumen akreditasi diberi label sesuai kriteria dalam instrument akreditasi puskesmas.

I. PENYIMPANAN DOKUMEN / REKAM/ ARSIP

1. Dokumen asli (yang sudah dinomori dan sudah ditandatangani) disimpan di ruang tata usaha puskesmas sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Penyimpanan dokumen asli harus rapi dan sesuai dengan metode pengarsipan sehingga mudah dicari kembali apabila diperlukan.
2. Dokumen fotokopi disimpan di masing-masing unit upaya puskesmas dimana dokumen tersebut dipergunakan.
3. Dokumen di unit upaya puskesmas harus diletakkan di tempat yang mudah dilihat, mudah diambil, dan mudah dibaca oleh pelaksana.
4. Semua dokumen aktif/terkendali memiliki masa berlaku 3 tahun, setelah itu perlu dilakukan evaluasi (direvisi atau diganti).
5. Dokumen rekam medis inaktif wajib di simpan sekurang-kurangnya 2 tahun, terhitung dari tanggal terakhir pasien meninggal atau pindah tempat. Setelah batas waktu tersebut, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali persetujuan tindakan medis atau persetujuan lain harus disimpan dalam jangka waktu 10 tahun terhitung dari tanggal dibuat.
6. Sistem penyimpanan resep yang telah dilayani di Puskesmas harus dipelihara dan disimpan minimal 2 (dua) tahun dan dikelompokkan sesuai hari pelayanan.
7. Penyimpanan dokumen di ruang administrasi/tata usaha adalah master dokumen dan masing-masing kelompok pelayanan mendapat copy dokumen dengan stempel TERKENDALI sesuai pelayanan.
8. Penyimpanan dokumen/arsip perkantoran sesuai sistem penyimpanan aturan Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen yaitu dengan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 26 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengurusan Surat di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen dengan alur sebagai berikut:
 - a. Surat Masuk
 - 1) Surat masuk diterima oleh pengadministrasi surat pada unit kerja.
 - 2) Pengadministrasi surat melakukan pencatatan data agenda surat masuk dan melakukan penyimpanan.

3) Pengguna tujuan surat dapat melihat dan memeriksa data maupun isi surat masuk yang ditujukan kepadanya.

4) Apabila surat masuk tersebut salah alamat, terdapat fasilitas khusus untuk mengembalikan ke pengadministrasi surat agar dilakukan penyesuaian.

5) Pengguna tujuan surat dapat menangani surat masuk dengan membuat disposisi.

b. Disposisi

1) Alur disposisi merupakan kelanjutan dari penanganan surat masuk atau disposisi lanjutan.

2) Pembuat disposisi merupakan pengguna tujuan surat yang menerima surat masuk pertama kali dan memberi disposisi yang merupakan disposisi lanjutan.

3) Format disposisi dilengkapi dengan keterangan perintah yang diberikan kepada penerima disposisi.

4) Data disposisi yang telah diisikan akan tersimpan dalam basis data yang terpusat dan sistem secara otomatis akan melengkapi dengan lampiran dokumen surat masuk.

5) Penerima disposisi harus menindaklanjuti disposisi dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut disposisi kepada pembuat disposisi.

6) Apabila diperlukan, penerima disposisi dapat melakukan disposisi lanjutan kepada pejabat di bawahnya

c. Surat Keluar

1) Konsep surat dibuat oleh unit kerja yang mempunyai inisiatif untuk membuat konsep surat keluar.

2) Konsep surat dibuat dengan menggunakan acuan sesuai dengan ketentuan yang mengatur tentang tata naskah dinas pada Pemerintah Daerah.

3) Konsep surat harus diajukan kepada atasan untuk mendapat persetujuan.

4) Surat yang telah disetujui oleh atasan diberi nomor sesuai dengan format penomoran agenda surat keluar.

5) Surat yang telah diberi nomor kemudian dicetak dan dibubuhi tanda tangan dan cap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

d. Penyimpanan dokumen/arsip kepegawaian puskesmas dilakukan dengan menggunakan box file masing-masing nama pegawai dengan urutan arsip kepegawaian yang di tentukan.

e. Penyimpanan salinan atau copy dokumen dimasing-masing kelompok pelayanan, sedangkan di admistrasi dan manajemen (admen) menyimpan master dokumen semua kelompok pelayanan dan program.

J. REVISI ATAU PERUBAHAN DOKUMEN

1. Dilakukan setelah proses pengkajian serta mendapat pengesahan sesuai pejabat yang berwenang.
2. Setiap kali revisi seluruh halaman akan mengalami perubahan.
3. Isi revisi atau perubahan harus tercatat pada Riwayat Perubahan Dokumen.

K. PEMINJAMAN DOKUMEN

Peminjaman dokumen antar unit/lintas unit dengan mempergunakan ekspedisi peminjaman, sedangkan peminjaman yang dilakukan oleh lintas sektor atau dinas atasan harus memakai surat resmi dan melewati ketatausahaan. Peminjaman dari luar organisasi dengan syarat sebagai berikut :

1. Membawa surat permohonan peminjaman
2. Membuat pernyataan sanggup mengembalikan dan bersedia menerima sanksi jika tidak bisa mengembalikan dokumen.

L. PELAPORAN KE DINAS KESEHATAN

Pelaporan pelayanan dan kegiatan Puskesmas Ambal II dengan penerapan satu pintu melalui administrasi manajemen atau Ka.Subag. Tata Usaha, dengan ketentuan pelaporan dari unit/ pelaksana paling lambat tanggal 5 setiap bulan dan laporan dibuat rangkap 2 (dua)

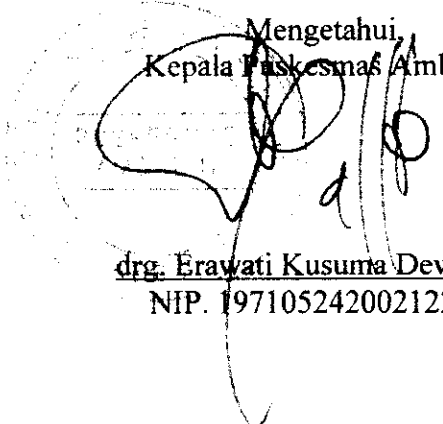
M. FOMAT-FORMAT

Untuk menyeragamkan format yang digunakan di Puskesmas Ambal II dilampirkan format-format sebagai berikut:


1. Format disposisi surat masuk,
2. Format surat keluar,
3. Format surat keputusan / kebijakan,
4. Format standar operasional prosedur (SOP),
5. Format rekam medik,
6. Format resep,
7. Format rujukan eksternal,
8. Format rujukan internal,
9. Format persetujuan tindakan (Inform Consent),
10. Format penolakan tindakan,
11. Format permintaan pulang paksa,
12. Format kerangka acuan,
13. Format pedoman/ panduan

14. Format rencana usulan kegiatan (RUK),
15. Format rencana pelaksanaan kegiatan (RPK),
16. Format rencana tindak lanjut,
17. Format tindak lanjut,
18. Format rekaman harian masing-masing karyawan,
19. Format notulen pertemuan/ rapat,
20. Format daftar hadir

Mengetahui,
Kepala Puskesmas Ambal II


drg. Erawati Kusuma Dewi, MM
NIP. 197105242002122007

Kebumen, 7 Januari 2022
Pelaksana,


Eny Musiati, S.Kep., Ns
NIP. 197901222007012007



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT
AMBAL II

KEPUTUSAN KEPALA PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT AMBAL II

Nomor : HAL/KEP/NOMOR URUT/BULAN/TAHUN

TENTANG

.....
KEPALA PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT AMBAL II,

- Menimbang : a. bahwa.....;
- b. bahwa.....;
- c. dan seterusnya.....;
- Mengingat : 1. Undang-Undang
2. Peraturan Pemerintah.....;
3. dan seterusnya.....;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- KESATU :
- KEDUA :
- KETIGA :
- KEEMPAT :

Ditetapkan di Kebumen
 Pada tanggal

KEPALA PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT
AMBAL II

tanda tangan

ERAWATI KUSUMA DEWI

LAMPIRAN
KEPUTUSAN KEPALA PUSAT KESEHATAN
MASYARAKAT AMBAL II
NOMOR.....
TENTANG.....(NAMA SURAT
KEPUTUSAN SAMA DENGAN JUDUL)

(Isi Lampiran)

KEPALA PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT
AMBAL II

tanda tangan

ERAWATI KUSUMA DEWI

Keterangan :

Font KEP : *Bookman Old Style*, kop SKPD ukuran 12, nama puskesmas
ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan
naskah ukuran 12

Spasi : 1,5

Ukuran kertas : 215 mm x 330 mm (f4)

Batas margin : kiri dan atas 2,5 cm, kanan dan bawah 2 cm

(Tata Naskah berdasarkan Peraturan Bupati Kebumen No. 63 Tahun 2014
tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen)



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

PEDOMAN(JUDUL)

Nomor : HAL/DOM/NOMOR URUT/BULAN/TAHUN

BAB I

PENDAHULUAN

.....

BAB II

GAMBARAN UMUM PUSKESMAS

.....

BAB III

VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN PUSKESMAS

.....

BAB IV

STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS DAN KLINIK

.....

BAB V

STRUKTUR UNIT KERJA

.....

BAB VI

URAIAN JABATAN

.....

BAB VII

TATA HUBUNGAN KERJA

.....

BAB VIII

POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

.....

BAB IX
KEGIATAN ORIENTASI

BAB X
PERTEMUAN/RAPAT

BAB XI
PELAPORAN

- A. Laporan Harian
- B. Laporan Bulanan
- C. Laporan Tahunan

Kebumen.....

Penanggung Jawab.....

Pelaksana.....

.....
NIP.

.....
NIP.

Mengetahui,
Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi
NIP.19710524 200212 2 007

Petunjuk Penulisan Pedoman:

1. Kop pedoman : Jenis huruf *Bookman Old Style*, kop SKPD ukuran 12, nama puskesmas ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan
2. Format atau penulisan naskah pedoman menggunakan huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
3. Ukuran kertas : F4/Folio (215 mm × 330 mm)



**PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

FORMAT PANDUAN(JUDUL)

Nomor : HAL/PAN/NOMOR URUT/BULAN/TAHUN

**BAB I
DEFINISI**

.....

**BAB II
RUANG LINGKUP**

.....

**BAB III
TATALAKSANA**

.....

**BAB IV
DOKUMENTASI**

.....

	Kebumen,.....
Penanggung Jawab.....	Pelaksana.....

.....

NIP.	NIP.
------	------

Mengetahui,
Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Ambal II

drg.Erawati Kusuma Dewi

H. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan

.....

I. Pencacatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

.....



	Kebumen.....
Penanggung Jawab.....	Pelaksana.....
.....
NIP.	NIP.

Mengetahui,
Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi
NIP.19710524 200212 2 007

Petunjuk Penulisan Kerangka Acuan :

1. Kop Kerangka Acuan : Jenis huruf *Bookman Old Style*, kop SKPD ukuran 12, nama puskesmas ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan
2. Format atau penulisan naskah Kerangka Acuan menggunakan huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
3. Ukuran huruf pada tabel 11, spasi 1
4. Ukuran kertas : F4/Folio (215 mm × 330 mm)



	JUDUL				
	SOP	No. Dokumen		:	
		No. Revisi		:	
		Tgl. Terbit		:	
	Halaman	:			
Puskesmas Ambal II			drg. Erawati Kusuma Dewi NIP: 19710524 200212 2 007		
1. Pengertian					
2. Tujuan					
3. Kebijakan					
4. Referensi					
5. Prosedur/ Langkah-langkah					
6. Bagan Alir (Jika dibutuhkan)					
7. Unit Terkait					

Rekaman histori perubahan

No	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl.mulai diberlakukan



Petunjuk Penulisan SOP

1. Jenis huruf *Times New Roman*
2. Ukuran huruf 11
3. Spasi 1
4. Prosedur (alat dan bahan) ditambahkan pada SOP tindakan medis
5. Bagan Alir ditambahkan untuk SOP tindakan medis bila diperlukan
6. Ukuran Kertas : F4/Folio (215 mmx330 mm)
7. Ukuran Margin : Kiri dan atas 2,5cm, kanan dan bawah 2cm

	JUDUL				
	SOP	No. Dokumen	:		
		No. Revisi	:		
		Tgl. Terbit	:		
		Halaman	:		
Puskesmas Ambal II				drg. Erawati Kusuma Dewi NIP: 19710524 200212 2 007	
1. Pengertian					
2. Tujuan					
3. Kebijakan					
4. Referensi					
5. Prosedur/ Langkah-langkah					
6. Bagan Alir					
7. Hal-hal yang perlu diperhatikan					
8. Unit Terkait					
9. Dokumen Terkait					
10. Rekaman historis	No	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl. mulai diberlakukan	

Petunjuk Penulisan SOP

1. Jenis huruf *Times New Roman*
2. Ukuran huruf 11
3. Spasi 1
4. Prosedur (alat dan bahan) ditambahkan pada SOP tindakan medis
5. Bagan Alir ditambahkan untuk SOP tindakan medis bila diperlukan
6. Ukuran Kertas : F4/Folio (215 mmx330 mm)
7. Ukuran Margin : Kiri dan atas 2,5cm, kanan dan bawah 2cm

	JUDUL		
	DAFTAR TILIK	No. Dokumen :	
		No.Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
	Halaman :		
Puskesmas Ambal II			<u>drg. Erawati Kusuma Dewi</u> NIP: 19710524 200212 2 007

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?			
JUMLAH				

$$\text{Compliance Rate (CR)} = \frac{\sum Ya}{\sum Ya + \text{Tidak}} \times 100\%$$

Petunjuk Penulisan Daftar Tilik

Kegiatan diisi apakah langkah-langkah yang ada di SOP dilakukan.

1. Jenis huruf *Times New Roman*, Ukuran huruf 11
2. Spasi 1
3. Prosedur (alat dan bahan) ditambahkan pada SOP tindakan medis
4. *Bagan Alir* ditambahkan untuk SOP tindakan medis bila diperlukan
5. Ukuran Kertas : F4/Folio (215 mmx330 mm)
6. Ukuran Margin : Kiri dan atas 2,5cm, kanan dan bawah 2cm

FORMAT REKAMAN HARIAN KARYAWAN

NO.	KEGIATAN	HASIL

Mengetahui,
Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi
NIP. 19710524 200212 2 007

Kebumen.....
Pelaksana

(NAMA)
(NIP)

FORMAT RENCANA TINDAK LANJUT DAN TINDAK LANJUT

NO.	INDIKATOR	TARGET 1 TH	TAR- GET S/D BU- LAN	PENCAPAIAN	ANALISA DAN PENYE- BAB MASA- LAH	RTL	TL

Mengetahui,
Kepala Puskesmas Ambal II

Kebumen.....
Pelaksana

drg. Erawati Kusuma Dewi
NIP. 19710524 200212 2 007

(NAMA)
(NIP)



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II

Desa Sinungrejo Rt 2 Rw 3, Ambal, Kebumen Telp.(0287)6651712; 08112681972
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

DAFTAR HADIR
(NAMA KEGIATAN)
(TEMPAT)
(TANGGAL)

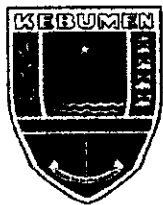
NO.	NAMA	JABATAN	TANDA	TANGAN
1.			1.	
2.				2.
3.			3.	
4.				4.
5.			5.	
6.				6.
7.			7.	
8.				8.
9.			9.	
10.				10.
11.			11.	
12.				12.
13.			13.	
14.				14.
15.			15.	

Mengetahui,
Kepala Puskesmas Ambal II

Kebumen.....
Pelaksana

drg. Erawati Kusuma Dewi
NIP. 19710524 200212 2 007

(NAMA)
(NIP)



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II

Desa Sinungrejo Rt 2 Rw 3, Ambal, Kebumen Telp.(0287)6651712; 08112681972
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

Judul Kegiatan :
Tempat :
Waktu :
Tanggal :
Peserta :
Hasil Kegiatan :

Mengetahui,
Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi
NIP. 19710524 200212 2 007

Kebumen.....
Notulis

RAHASIA

FORMULIR CVT

Nomor Registrasi

Nomor Hp : _____

Nama _____ NIK : _____

Alamat email : _____

Alamat _____ Kota/Kab : _____

Seksualitas : 1. L 2. P

Umur _____ Tahun Tgl Lahir : _____

Status Perkawinan 1. Menikah 2. Belum/Tidak Menikah 3. Cerai Jumlah anak kandung _____ orang

Status Kehamilan : 1. Trimester I 2. II 3. III 4. Tidak hamil 5. Tidak tahu Umur anak terkecil ____ tahun

Kelompok Risiko : 1. PS (1. Langsung 2. Tidak langsung) Lamanya...Bln/Thn 2. Wana 3. Penasun, Lamanya...Bln/Thn
4. Gay 5. Pelanggan PS 6. Pasien TB 7. Pasangan Risti 8. WBP 9. Lainnya.... (boleh diisi lebih dari satu)

Pekerjaan 1. Tidak Bekerja 2. Bekerja, Jenis Pekerjaan : _____

Tanggal Konseling Pre Tes HIV	/ /	
Status Pasien	1. Baru 2. Lama	
Alasan Testing HIV	1. Ingin tahu saja 2. Mumpung gratis 3. Untuk Bekerja 4. Ada Gejala Tertentu 5. Akan Menikah 6. Merasa berisiko 7. Rujukan 8. Tes Ulang (window period) 9. Rujukan dari LSM 10. Lainnya.....	
Mengetahui Adanya Tes dari	1. Brosur 2. Koran 3. TV 4. Dokter 5. Teman 6. Petugas Outreach 7. Poster 8. Lay Konselor 9. Lainnya	
Pernah Tes HIV sebelumnya	1. Ya, Dimana : Kapan :hr/bln/thn Hasil 1. Non Reaktif 2. Reaktif 9. Tidak Tahu 2. Tidak	
Kesediaan untuk Tes	1. Ya 2. Tidak	
Kajian Tingkat Resiko		
Hubungan seks vaginal berisiko	1. Ya, kapan Hr/bln/thn 2. Tidak	
Anal seks berisiko	1. Ya, kapan Hr/bln/thn 2. Tidak	
Bergantian peralatan suntik	1. Ya, kapan Hr/bln/thn 2. Tidak	
Transfusi darah	1. Ya, kapan Hr/bln/thn 2. Tidak	
Transmisi Ibu ke anak	1. Ya, kapan Hr/bln/thn 2. Tidak	
Lainnya		
Masuk Masa Window Period (Masa Jendela)	1. Ya, kapan Hr/bln/thn 2. Tidak	
Tes Antibodi		
Tanggal Tes HIV	/ /	
Jenis Tes HIV	1. Rapid Tes 2. EIA	
Hasil Tes R1	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :
Hasil Tes R2	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :
Hasil Tes R3	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :
Kesimpulan Hasil Tes HIV	1. Non Reaktif 2. Reaktif 3. Indeterminate	
Konseling Pasca Testing		
Tanggal Konseling Pasca Tes	/ /	
Terima Hasil	1. Ya 2. Tidak	
Skrining Gejala	1. Ya 2. Tidak	
Tindak lanjut (boleh diisi lebih dari satu)	1. Rujuk ke MK 2. Rujuk ke RS 3. Rujuk ke Rehab 4. Rujuk ke LSM 5. Datang Kembali karena masa jendela 6. Rujuk ke Dokter 7. Rujuk ke Klinik IMS 8. Rujuk ke Klinik TB 9. Rujuk ke Klinik Meladon 10. Rujuk ke layanan LJS 11. ODHA rujuk ARV	
Nama Konselor		
Status Klinik	1. Klinik Utama 2. Klinik Satelit	
Jenis Pelayanan	1. Klinik Statis 2. Klinik Mobile	

FORMULIR PERSETUJUAN UNTUK TESTING HIV

Sebelum menandatangani formular ini, harap mengetahui bahwa:

Anda mempunyai hak untuk berpartisipasi di dalam pemeriksaan dengan dasar kerahasiaan;

Anda mempunyai hak untuk menarik persetujuan dari testing sebelum pemeriksaan tersebut dilangsungkan.

Saya telah menerima informasi dan konseling menyangkut hal-hal berikut ini:

- a. Keberadaan dan kegunaan dari test HIV
- b. Tujuan dan kegunaan dari testing HIV
- c. Apa yang dapat dan tidak dapat diberitahukan dari testing HIV
- d. Keuntungan serta resiko dari testing HIV dan dari mengetahui testing saya
- e. Pemahaman dari positif, negative, false negatif, dan hasil tes intermediate serta dampak dari masa jendela
- f. Pengukuran untuk pencegahan dari pemaparan dan penularan akan HIV

Saya dengan sukarela menyetujui untuk menjalani testing pemeriksaan HIV dengan ketentuan bahwa, hasil test tersebut akan tetap rahasia dan terbuka hanya kepada saya seorang.

Saya menyetujui untuk menerima pelayanan konseling setelah menjalani testing pemeriksaan untuk mendiskusikan hasil-hasil testing HIV saya dan cara-cara untuk mengurangi resiko untuk terkena HIV atau menyebarkan HIV kepada orang lain untuk waktu ke depannya.

Saya mengerti bahwa pelayanan kesehatan saya pada klinik ini tidak akan mempengaruhi keputusan saya secara negatif terhadap testing atau tidak menjalani testing atau hasil dari testing HIV saya.

Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan pertanyaan saya telah diberikan jawaban yang memuaskan saya.

Saya dengan ini mengizinkan testing/pemeriksaan HIV

Untuk dilaksanakan pada tanggal :

Tanda tangan atau cap jempol Klien

Tanda tangan Konselor



**PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

LEMBAR INFORMED CONCENT			
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter pelaksana Tindakan			
Pemberi informasi		Petugas:	Jabatan:
Penerima informasi/pemberi persetujuan*		Nama penerima:	Hubungan keluarga:
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1	Diagnosis (WD & DD)	G P A UK.....mg	
2	Dasar Diagnosis	Tanda-tanda persalinan	
3	Tindakan Kedokteran	Pertolongan persalinan Normal	
4	Indikasi Tindakan	Ingin Bersalin	
5	Tata Cara	VT	
6	Tujuan	Mengetahui kemajuan persalinan	
7	Resiko	Infeksi	
8	Komplikasi	Pendarahan	
9	Prognosis	Persalinan Normal	
10	Alternatif dan Resiko	Kebrojolan	
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Pemberi Informasi Tanda tangan dan Nama Lengkap
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			Penerima Informasi Tanda tangan dan Nama Lengkap
*bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN/PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, Nama :, Umur : Tahun, Laki-laki/Perempuan*, Alamat :, Dengan ini menyatakan SETUJU/MENOLAK untuk dilakukan Tindakan kedokteran berupa terhadap pasien Puskesmas Ambal II: Nama :, Umur : Tahun, Laki-laki/Perempuan, Alamat :, Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan Tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada Tuhan Yang Maha Kuasa.			
		Ambal,pukul..... WIB	
		Saksi :	
Pihak Keluarga	Pihak Puskesmas	Yang Menyatakan	



**PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

FORM PENOLAKAN RUJUKAN

A. PEMBERIAN INFORMASI

Pemberi informasi :			
Penerima informasi :			
No	Jenis Informasi	Isi Informasi	Tanda V
1	Diagnosis		
2	Tujuan dan alasan rujukan		
3	Tata cara / sarana rujukan		
4	Resiko dan Komplikasi		
5	Pilihan RS		
6	Estimasi Biaya		
7	Waktu Rujukan segera/tidak segera		
8	Petugas Pendamping		
9	Pendamping Keluarga		
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Tanda tangan petugas
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			Tanda tangan pasien/keluarga

*Apabila pasien tidak berkompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

B. PENOLAKAN RUJUKAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya,

Nama :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan **MENOLAK** untuk dilakukan rujukan terhadap saya / anak / istri / suami/

Kami:

Nama :

Umur :

Alamat :

Kami telah mendapatkan informasi yang lengkap dan telah memahami segala akibat dan resiko yang akan menjadi tanggung jawab kami (keluarga) dan kami tidak akan menuntut sesuai hukum yang berlaku akibat dari resiko tersebut. Demikian pernyataan penolakan ini dibuat tanpa ada unsur paksaan oleh siapapun dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Saksi

Ambal,

Yang membuat pernyataan

()

()



**PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

SURAT KETERANGAN PEMULANGAN PASIEN

Nama Pasien :L/P
 Umur :Th/Bl No RM
 Alamat :
 Pulang Tanggal : (dijinkan/APS/Melarikan Diri)
 Diagnosa :
 Therapi :

- Nasehat yang diberikan :
1. Gizi
 2. Asi Eksklusif
 3. Perawatan Bayi
 4. Perawatan Nifas
 5. Waktu Kontrol
 6. Cara/Aturan Minum Obat
 7. Cara Penyimpanan Obat

Kontrol Ke : **Puskesmas Ambal II*/Bidan***
 Pada tanggal : Jam WIB
 Catatan :

Pasien/keluarga telah memahami apa yang disampaikan dokter/petugas

Ambal,

Pasien/Keluarga

Dokter/Bidan

(.....)

(.....)