
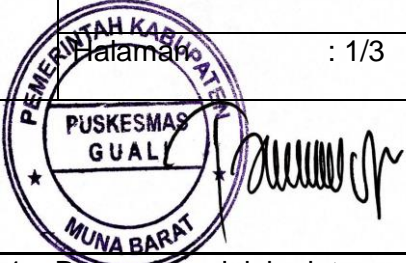


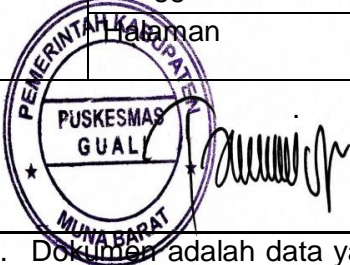
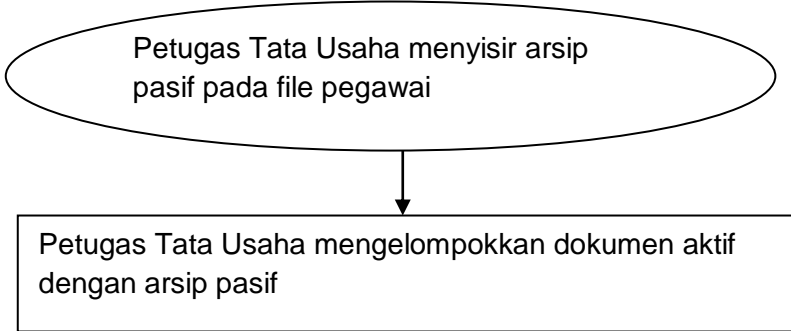

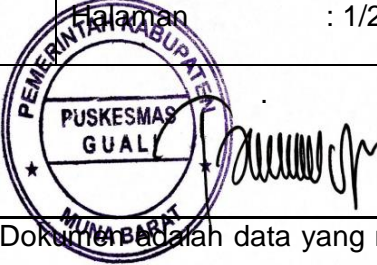
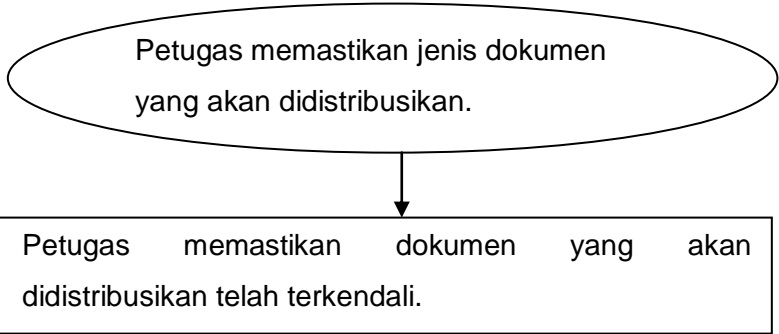
	PENGENDALIAN DOKUMEN		
	SOP	No. Dokumen : 445/004/PKM.GL/SOP/I/2023	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 05 Januari 2023	
	Halaman : 1/3		
PUSKESMAS GUALI			<u>TANTI, Am.Keb</u> 197311202006042024
1. Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumen adalah data yang memuat informasi penting yang di simpan dalam suatu media berupa prosedur, laporan, standar rekaman, spesifikasi dan lain-lain. Boleh dalam bentuk soft copy maupun hard copy. 2. Pengendalian dokumen adalah serangkaian kegiatan penyusunan, koreksi, pengesahan, pencatatan, distribusi, penarikan, pengarsipan dan pemusnahan dokumen, baik dokumen perkantoran maupun dokumen akreditasi Puskesmas. 3. Master dokumen akreditasi yang telah lengkap / telah dinomori, disahkan dan ditanda-tangani namun belum dibubuhi cap Puskesmas. 4. Kelompok dokumen, kelompok jenis- jenis dokumen / rekaman seperti kelompok dokumen perkantoran, dokumen kebijakan (SK), dokumen internal (SOP, KAK, PD, Pd,) dan dokumen eksternal (buku – buku literatur). 5. Dokumen Terkendali : dokumen yang dalam peredarannya dikendalikan oleh Dokumen Kontrol dan apabila ada perubahan / diganti dengan yang baru maka dokumen lama akan ditarik dari peredaran. Dokumen baru distempel TERKENDALI dan dokumen lama distempel “KADALUWARSA”. 6. Dokumen Tak Terkendali : dokumen yang peredarannya tidak dikendalikan oleh Dokumen Kontrol dan apabila dokumen lama ada perubahan ditarik kembali dan distempel “KADALUWARSA” untuk selanjutnya disimpan selama 2 tahun kemudian dimusnahkan. 		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk pengendalian dokumen agar dokumen Puskesmas terkendali kerahasiaan dokumen, proses perubahan, penerbitan, distribusi dan sikulasi dokumen.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Guali Nomor : 445/066/PKM.GL/SK/I/2023 tentang Penataan dan Pengendalian		

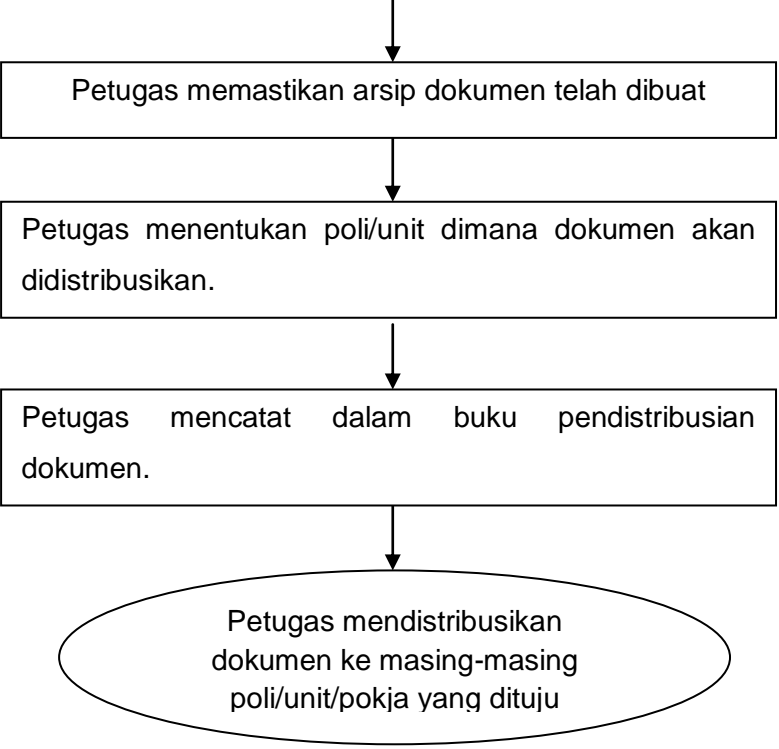
	Dokumen
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes No.269 tahun 2008 tentang Rekam Medis. 2. Pedoman Penyusunan Dokumentasi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Depkes RI, 2015. 3. Permenpan No. 35 tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan.
5. Langkah - langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana kegiatan menyusun rancangan dokumen pelaksanaan kegiatan administrasi dan manajemen / program / pelayanan. 2. Pelaksana kegiatan menyerahkan rancangan dokumen yang telah disusun kepada Penanggung jawab UKM/UKP/Tata Usaha (TU), dan Jejaring Puskesmas. 3. Penanggung jawab UKM / UKP / TU melakukan koreksi rancangan dokumen, jika masih perlu perbaikan dikembalikan kepada pelaksana. 4. Penanggung jawab UKM / UKP / TU menyampaikan rancangan dokumen yang telah dikoreksi kepada Ketua Tim Mutu. 5. Ketua Tim Mutu memeriksa dokumen, jika masih perlu perbaikan dikembalikan ke penanggung jawab UKM / UKP / TU. 6. Ketua Tim Mutu menyerahkan dokumen yang telah dikoreksi kepada Kepala Puskesmas untuk mendapatkan pengesahan. 7. Kepala Puskesmas memeriksa rancangan dokumen (bila masih ada yang kurang dikembalikan untuk diperbaiki). 8. Kepala Puskesmas mengesahkan dokumen dengan membubuhkan tanda tangan pada dokumen. 9. Ketua tim mutu menyerahkan dokumen kepada sekretaris tim mutu untuk didokumentasikan dan didistribusikan. 10. Sekretaris tim mutu mencatat dokumen (memberikan nomor, terbitan, revisi, tanggal terbit) pada buku kendali dokumen menurut kelompok dokumen sesuai ketentuan yang berlaku. 11. Sekretaris tim mutu menggandakan dokumen. 12. Sekretaris tim mutu mendistribusikan dokumen yang sudah diberi stempel "TERKENDALI" kepada unit terkait memakai ekspedisi dan / atau formulir tanda terima. 13. Sekretaris tim mutu menyimpan induk dikelompokkan sesuai kelompok dokumen dan per pokja. 14. Sekretaris tim mutu menarik dokumen lama jika ada penggantian dokumen. 15. Sekretaris tim mutu mencatat perubahan dokumen pada rekaman histori perubahan. 16. Sekretaris tim mutu menyimpan dokumen lama dan membubuhkan

	<p>stempel "KADALUWARSA".</p> <p>17. Sekretaris tim mutu memusnahkan dokumen kadaluwarsa sesuai waktu yang telah ditetapkan.</p>				
6. Diagram Alir	<pre> graph TD A([Menyusun rancangan]) --> B[Menyerahkan rancangan dokumen] B --> C[Koreksi rancangan] C --> D[Menyerahkan dokumen ke tim mutu] D --> E[Tim mutu menyerahkan dokumen ke kepala puskesmas] E --> F[Kepala puskesmas mensahkan dokumen] F --> G[Dokumen didokumentasikan dan didistribusikan] G --> H[Menarik dokumen lama jika ada dokumen baru] H --> I[Mencatat perubahan dokumen] I --> J[Menyimpan dokumen lama] J --> K([Memusnahkan dokumen kadaluwarsa]) </pre>				
7. Unit terkait	<p>Kepala Tata Usaha</p> <p>Penanggung jawab UKM</p> <p>Penanggung jawab UKP</p> <p>Penanggung jawab Jaringan Pelayanan Puskesmas</p> <p>Ketua Tim Mutu</p>				
8. Dokumen terkait	<p>SOP Pengendalian Rekaman</p> <p>Buku Pengendalian dokumen & rekaman</p> <p>Buku Ekspedisi / Distribusi</p>				
9. Rekaman histori perubahan	No	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan	

	PENATAAN DOKUMEN		
	SOP	No. Dokumen : 445/005/PKM.GL/SOP/I/2023	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 5 Januari 2023	
	Halaman : 1/2		
Puskesmas Guali			Kepala <u>TANTI, Am.Keb</u> NIP197311202006042024
Pengertian	1. Dokumen adalah data yang memuat informasi penting yang di simpan dalam suatu media berupa prosedur, laporan, standar rekaman, spesifikasi dan lain-lain. Boleh dalam bentuk soft copy maupun hard copy. 2. Penataan dokumen adalah kegiatan pengelolaan dokumen dari kondisi yang masih belum tersusun dan terklasifikasi secara sistematis untuk diolah dan ditata menurut kaidah yang berlaku sehingga mudah ditemukan kembali.		
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah pelaksanaan penataan dokumen Puskesmas Guali.		
Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Guali Nomor : 445/066/PKM.GL/SK/I/2023 tentang tentang Penataan dan Pengendalian Dokumen		
Referensi	Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas		
Prosedur	1. Petugas Tata Usaha menyisir dokumen pasif pada file pegawai. 2. Petugas Tata Usaha mengelompokkan dokumen aktif dengan arsip pasif. 3. Mensortir dokumen dan pengelompokkan berdasarkan jenis atau mutasi kepegawaian. 4. Berkas yang telah disortir dan dikelompokkan kemudian dikembalikan dalam dokumen file pegawai.		
Diagram Alir/ bagan alir	 <pre> graph TD A([Petugas Tata Usaha menyisir arsip pasif pada file pegawai]) --> B[Petugas Tata Usaha mengelompokkan dokumen aktif dengan arsip pasif] </pre>		

	<pre>graph TD; A[] --> B[Mensortir dokumen dan pengelompokkan berdasarkan jenis atau mutasi kepegawaian.]; B --> C([Berkas yang telah disortir dan dikelompokkan kemudian dikembalikan dalam dokumen file pegawai.]);</pre> <p>Mensortir dokumen dan pengelompokkan berdasarkan jenis atau mutasi kepegawaian.</p> <p>Berkas yang telah disortir dan dikelompokkan kemudian dikembalikan dalam dokumen file pegawai.</p>
Unit terkait	<ol style="list-style-type: none">1. Ka.Tata Usaha2. Petugas unit/ pokja

	DISTRIBUSI DOKUMEN		
	SOP	No. Dokumen : 445/006/PKM.GL/SOP/I/2023	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 5 Januari 2023	
	Halaman : 1/2		
Puskesmas Guali			Kepala <u>TANTI, Am.Keb</u> NIP. 197311202006042024
Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumen adalah data yang memuat informasi penting yang di simpan dalam suatu media berupa prosedur, laporan, standar rekaman, spesifikasi dan lain-lain. Boleh dalam bentuk soft copy maupun hard copy. 2. Pendistribusian dokumen adalah suatu proses yang dilakukan oleh petugas agar semua dokumen internal baik manual mutu, sasaran mutu, prosedur kerja, intruksi kerja dan dokumen pendukung diterima oleh setiap poli/unit/pokja dengan cepat dan benar serta terkendali. 		
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah pelaksanaan pendistribusia dokumen Puskesmas Guali.		
Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Guali Nomor : 445/066/PKM.GL/SK/I/2023 tentang tentang Penataan dan Pengendalian Dokumen		
Referensi	Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memastikan jenis dokumen yang akan di distribusikan. 2. Petugas memastikan dokumen yang akan di distribusikan telah terkendali. 3. Petugas memastikan arsip dokumen telah dibuat. 4. Petugas menentukan poli/unit dimana dokumen akan di distribusikan. 5. Petugas mencatat dalam buku pendistribusian dokumen. 6. Petugas mendistribusikan dokumen ke masing-masing poli/unit/pokja yang dituju. 		
Diagram Alir/ bagan alir	<div style="text-align: center;">  </div>		

	 <pre>graph TD; A[Petugas memastikan arsip dokumen telah dibuat] --> B[Petugas menentukan poli/unit dimana dokumen akan didistribusikan.]; B --> C[Petugas mencatat dalam buku pendistribusian dokumen.]; C --> D([Petugas mendistribusikan dokumen ke masing-masing poli/unit/pokja yang dituju]);</pre> <p>The flowchart illustrates a four-step process for document distribution. It begins with a rectangular box stating 'Petugas memastikan arsip dokumen telah dibuat'. An arrow points down to a second rectangular box: 'Petugas menentukan poli/unit dimana dokumen akan didistribusikan.'. A third arrow points down to a third rectangular box: 'Petugas mencatat dalam buku pendistribusian dokumen.'. A final arrow points down to an oval-shaped box: 'Petugas mendistribusikan dokumen ke masing-masing poli/unit/pokja yang dituju'.</p>
Unit terkait	<ol style="list-style-type: none">1. Ka. Tata Usaha2. Semua unit layanan Puskesmas