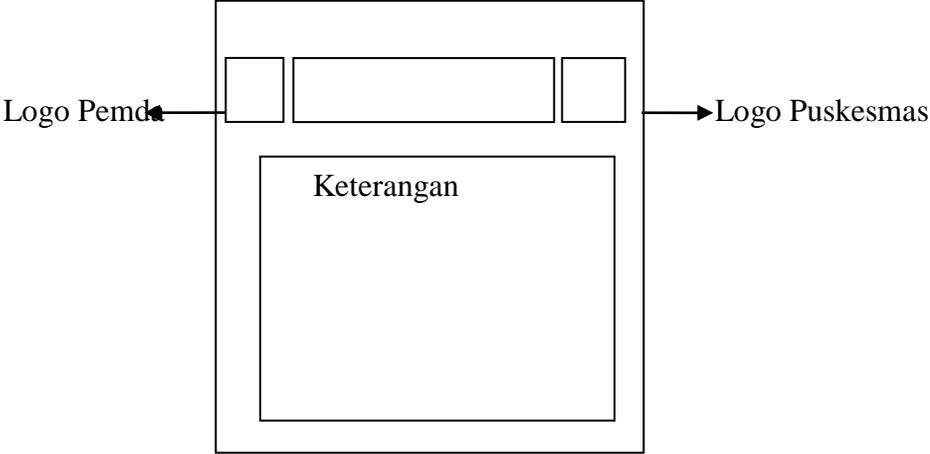


	<b>PENGENDALIAN DOKUMEN</b>		
	<b>SOP</b>	Nomor : SOP/I/2022/....	
		No.Revisi : 001	
		Tanggal terbit :05 Januari 2022	
Halaman : 1/3			
<b>BLUD PUSKESMAS BERSINAR PANGKALAN LESUNG</b>			<b>RITA WIDURI, SKM NIP.198303132015032004</b>
1. Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumen adalah : Informasi ( data yang ada artinya ) dan media pendukungnya ( bisa berupa kertas, file elektronik, dll )</li> <li>2. Pengendalian Dokumen adalah : kegiatan pelayanan administrasi dan manajemen yang  Mencakup penyusunan/ pengadaan, pengkodean / penomoran, pendistribusian, perubahan, penyimpanan dokumen yang mengikuti ketentuan/ metode seperti yang di atur dalam prosedur ini.</li> <li>3. Pengendalian Dokumen internal meliputi kegiatan penyusunan, pengesahan, pengidentifikasian, penerbitan, penggandaan, pemeliharaan, penarikan, perubahan atau revisi, dan pemusnahan dokumen.</li> <li>4. Pengendalian Dokumen Eksternal meliputi kegiatan pengidentifikasian, pemeliharaan dan pendistribusian dokumen.</li> <li>5. Pengubahan dokumen : adalah kegiatan amandemen dan revisi.</li> <li>6. Amandemen : adalah pengubahan sebagian kecil terhadap dokumen.</li> <li>7. Revisi : adalah pengubahan secara signifikan terhadap suatu dokumen.</li> <li>8. Dokumen eksternal : adalah dokumen yang berasal dari luar yang dipakai sebagai acuan  Dalam pelayanan Puskesmas, baik berupa peraturan Pemerintah Pusat, peraturan Pemerintah Daerah, peraturan Induk organisasi, standar/ sasaran program induk organisasi, standar pelayanan minimal (SPM), buku/makalah yang diperlukan sebagai referensi.</li> <li>9. Dokumen internal : adalah dokumen yang diterbitkan oleh Puskesmas sendiri ( seperti : surat keluar termasuk laporan Puskesmas, surat kebijakan yang diterbitkan oleh Kepala Puskesmas, prosedur kerja/ Instruksi kerja, rekaman dan formulir )</li> <li>10. Prosedur kerja : adalah dokumen system manajemen mutu yang isinya menjelaskan mekanisme tentang bagaimana suatu proses atau kegiatan yang melibatkan lebih dari satu bagian/ unit/profesi, dilaksanakan secara terkendali dan konsisten dalam upaya mencapai suatu tujuan yang direncanakan.</li> <li>11. Instruksi kerja : adalah petunjuk kerja terdokumentasi yang dibuat secara rinci, spesifik dan bersifat instruktif, yang dipergunakan oleh pekerja sebagai acuan dalam melaksanakan suatu pekerjaan spesifik agar dapat mencapai hasil kerja sesuai persyaratan yang telah ditetapkan.</li> </ol>		
2. Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengendalikan persetujuan penerbitan dokumen eksternal dan terkendali distribusinya.</li> <li>2. Mengendalikan proses peninjauan dan perbaruan jika diperlukan.</li> <li>3. Memastikan perubahan / revisi dokumen yang terkini dapat teridentifikasi.</li> <li>4. Memastikan dokumen asli eksternal teridentifikasi dan terkendali distribusinya, sehingga mudah dibaca, mudah ditemukan kembali.</li> <li>5. Mencegah yang usang atau tidak berlaku lagi, dan menerapkan cara identifikasi yang tepat untuk suatu maksud tertentu.</li> </ol>		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala BLUD Puskesmas Bersinar Kecamatan Pangkalan Lesung Nomor : KPTS.445/PKM-LESUNG/I/2022/001 Tentang Tupoksi dan Wewenang Pegawai		

4. Referensi	Suhardi, Rudi. 2003. Sistem Manajemen Mutu ISO 9000/ 2000 Penerapannya untuk mencapai TQM. Penerbit PPM. Jakarta.
5. Prosedur	<p>1. Persiapan alat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buku</li> <li>- Pena</li> <li>- Uraian tupoksi pegawai</li> <li>- Surat undangan</li> </ul> <p>2. Persiapan Pegawai :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pegawai</li> </ul>
6. Langkah-langkah	<p>1. Penyusunan Dokumen Internal ( prosedur kerja/ Instruksi kerja ), Dalam penyusunan prosedur kerja/ instruksi kerja perlu diperhatikan beberapa hal sebagai berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Diawali dengan identifikasi kebutuhan prosedur yang diperlukan dalam pelayanan.</li> <li>b) Ditulis/ disusun oleh yang melakukan dan memakai prosedur itu.</li> <li>c) Merupakan komitmen terhadap prosedur, dengan artian prosedur yang telah disusun dilaksanakan secara konsisten.</li> <li>d) Prosedur dicatat dan tinggapi semua pihak yang memakai prosedur tersebut.</li> <li>e) Penulisan prosedur jelas, ringkas, dan dapat dilakukan.</li> <li>f) Merupakan bagan alir kegiatan.</li> </ol> <p>2. Penyusunan / pengadaan dokumen internal ( seperti : prosedur kerja / instruksi kerja, surat keluar, kebijakan terkait pelayanan di masing-masing unit, pencatatan dan pelaporan ) disiapkan oleh masing-masing unit dengan menggunakan format sesuai kesepakatan atau yang telah ditentukan.</p>
7. Bagan Alir	<p>Format Prosedur kerja / instruksi kerja</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Kertas : Legal ukuran ( 21,59 x 33 cm )  Batas margin : kiri : 2 cm  Kanan : 1,5 cm  Atas: 1,5 cm  Bawah : 1,5 cm</p> <p>Logo Puskesmas meliputi logo Pemda dan Logo BLUD Puskesmas</p> <p>Bagian Header / Identifikasi meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jenis Dokumen SOP/ Instruksi kerja.</li> <li>2) Judul SOP</li> <li>3) Nomor Kode.</li> <li>4) Terbitan.</li> </ol>

- 5) No. revisi
- 6) Tanggal mulai berlaku.
- 7) Halaman.
- 8) Kolom pengesahan memuat :
  - Disiapkan unit/ Bidang.
  - Diperiksa ketua Tim Akreditasi.
  - Disahkan Kepala BLUD Puskesmas Bersinar

**Keterangan untuk SOP**

1. Tujuan : tujuan yang ingin dicapai dari pelaksanaan SOP yang dapat menjawab mengapa dokumen ini diperlukan.
2. Ruang lingkup : lingkup dimana prosedur digunakan, siapakah yang akan menggunakan, apakah ada keterkaitan dengan bidang lainnya.
3. Definisi : Istilah-istilah yang digunakan dalam prosedur.
4. Prosedur (langkah-langkah) : penjelasan kegiatan-kegiatan yang ada dalam bagan alir.
5. Diagram alir : diagram alir kegiatan dalam prosedur.
6. Referensi : dokumen yang menjadi acuan penyusunan prosedur.
7. Dokumen terkait : dokumen lain yang terkait dengan prosedur.
8. Distribusi : daftar nama-nama yang menerima atau memegang prosedur.
9. Histori perubahan : catatan perubahan yang pernah terjadi.

**Keterangan untuk Instruksi Kerja**

1. Kebijakan : ketentuan yang berlaku dalam mengerjakan kegiatan.
2. Tujuan : tujuan yang ingin dicapai dari pelaksanaan instruksi kerja yang dapat menjawab mengapa dokumen ini diperlukan.
3. Referensi : dokumen yang dijadikan acuan dalam menyusun instruksi kerja.
4. Ruang lingkup : lingkup penggunaan instruksi kerja, siapakah yang menggunakan.
5. Penanggung Jawab : siapa penanggung jawab pelaksanaan instruksi kerja.
6. Masa berlaku : menjelaskan kapan instruksi kerja harus ditinjau ulang.
7. Definisi : penjelasan tentang istilah yang digunakan dalam instruksi kerja.
8. Alat dan bahan : alat dan bahan dalam pelaksanaan kerja.
9. Langkah-langkah : langkah-langkah dalam pelaksanaan kerja.
10. Diagram Alir : bagan alir, uraian kegiatan, dan siapa yang melakukan.
11. Hal-hal yang perlu diperhatikan : hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan instruksi kerja.
12. Dokumen terkait : dokumen lain yang terkait dalam instruksi kerja.
13. Unit terkait : unit-unit yang terkait dalam pelaksanaan instruksi kerja.
14. Histori perubahan : catatan perubahan yang pernah terjadi.

Untuk surat keluar dan pelaporan menggunakan prosedur penanganan surat keluar.

**a. Pengesahan Dokumen**

No	Jenis Dokumen	Disiapkan Oleh	Diperiksa Oleh	Disahkan Oleh
1.	S O P	Masing-masing Pelaksana/pengelola/ P.jawab	Ketua Tim Akreditasi	Kepala Puskesmas
2.	Instruksi Kerja	Masing-masing Pelaksana/pengelola/ P.jawab	Ketua Tim Akreditasi	Kepala Puskesmas

b. Identifikasi Dokumen ( Pengkodean dan Penomoran Dokumen )  
 Identifikasi tiap-tiap dokumen selain judul adalah dengan pengkodean dan penomoran dengan system sebagai berikut :

1. Dokumen Eksternal dengan nomor : Dok. Eks/Kode Unit/bbb

Dok.Eks: Dokumen Eksternal

Kode Unit : Kode Klasifikasi Unit ( 2 – 3 digit )

Kode Unit mengikuti aturan berikut :

Kode	Unit
Adm	Bagian Administrasi dan Manajemen
Yan	Program Pelayanan Medis
KIA	Program KIA
Gizi	Program Gizi
PKM	Program Promosi Kesehatan
KL	Program Kesling dan Kes.Kerja
P2P	Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

bbb : 3 digit nomor urut dokumen

2. Dokumen Internal

a. Prosedur kerja dengan nomor : PK/ Kode Unit/ xxx/ yyy

PK : SOP

Kode Unit : Kode Klasifikasi Unit ( 2 – 3 digit )

Kode Unit mengikuti aturan berikut :

Kode	Unit
Adm	Bagian Administrasi dan Manajemen
Yan	Program Pelayanan Medis
KIA	Program KIA
Gizi	Program Gizi
PKM	Program Promosi Kesehatan
KL	Program Kesling dan Kes.Kerja
P2P	Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

xxx : 3 digit nomor urut dokumen

yyyy : 4 digit tahun penerbitan

b. Instruksi kerja dengan nomor : IK/ Kode Unit/ xxx/ yyyy

IK : Instruksi kerja

Kode Unit : Kode Klasifikasi Unit ( 2 – 3 digit )

Kode Unit mengikuti atura berikut :

Kode	Unit
Adm	Bagian Administrasi dan Manajemen
Yan	Program Pelayanan Medis
KIA	Program KIA
Gizi	Program Gizi

PKM	Program Promosi Kesehatan
KL	Program Kesling dan Kes.Kerja
P2P	Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

xxx : 3 digit nomor urut dokumen

yyyy : 4 digit tahun penerbitan

c. Surat masuk dan keluar

Sesuai dengan pola klasifikasi Pemerintah Propinsi Riau, masalah kesehatan masuk dalam pokok masalah kesejahteraan Rakyat dari 10 Pokok masalah dalam pengkategorian kegiatan pelaksanaan tugas Pemerintah.

Berikut ini adalah kode pengklasifikasian arsip surat yang sering digunakan di Puskesmas :

KODE	SUB KODE	POKOK MASALAH
440.		Kesehatan
441.		Pembinaan Kesehatan
	.1	Gigi
	.2	Mata
	.3	Jiwa
	.4	Kanker
	.5	UKS
	.6	Perawatan
	.7	PKM
	.8	KIA
	.9	Sistem Kesehatan Nasional ( SKN )
	.91	Jamkesmas ( Jaminan Kesehatan Masyarakat )
442.		Obat-obatan
	.1	Pengadaan
	.2	Penyimpanan
	.3	Obat generic
	.4	Pemalsuan
	.5	Obat terlarang
443.		Pemberantasan Penyakit
	.1	Pencegahan
	.2	Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Menular Langsung ( P2ML )
	443.21	Kusta
	443.22	Kelamin
	443.23	Frambosia
	443.24	TBC
	443.3	Epidemiologi dan karantina ( Epidka )
	443.31	Kholera
	443.32	Imunisasi

	443.33	Surveilans
	443.34	Anthrak
	443.35	Leptospirosis
	443.36	Chikungunya
	443.37	SARS
	443.4	Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Menular sumber Binatang ( P2B )
	443.41	Malaria
	443.42	Dengue Haemorrhagic ( Demam Berdarah Dengue/DBD )
	443.43	Filaria
	443.44	Serangga
	443.45	Rabies
	443.5	Hygiene Sanitasi
	443.51	Tempat-tempat Pembuatan dan Penjualan Makanan Dan Minuman ( TPPMM )
	443.52	Sarana air minum dan Jamban keluarga ( Samijaga )
	443.53	Pestisida
	443.54	Pencemaran Udara
	443.55	Jamban Keluarga
	443.56	Kesehatan Institusi
	443.6	Pemberantasan Penyakit Tidak Menular
	443.61	Pektoris
	443.62	I M A
	443.63	Hipertensi
	443.64	Stroke
	443.65	Diabetes Millitus ( DM )
	443.66	CA. Serviks
	443.67	CA. Mamae
	443.68	CA. Hepar
	443.69	CA. Paru
	443.7	Dekompensasio Kordis
	443.71	PPOM
	443.72	Asma
	443.73	KLL
	443.74	Psikosis
444		Gizi
	444.1	Kekurangan makanan
	444.2	Bahaya kelaparan, Busung lapar
	444.3	Keracunan makanan
	444.4	Menu makanan rakyat
	444.5	Gondok endemic ( GAKY )

	445	Rumah Sakit
	445.1	RSUP
	445.2	Rumah Sakit Jiwa
	445.3	Rumah Sakit Mata
	445.4	Puskesmas & Puskesmas Keliling
	445.5	Poliklinik ( Balai kesehatan )
	445.6	Rumah bersalin
	445.7	Posyandu
	445.8	Rumah sakit/ Balai Kesehatan lainnya
	445.9	Laboratorium kesehatan
	446	Tenaga Medis
	446.1	Perencanaan & Pendayagunaan Tenaga Kesehatan
	446.2	Diklat Tenaga Kesehatan ( medis )
	446.3	Diklat Tenaga Kesehatan ( Paramedis )
	446.4	Pendidikan kesehatan
	447	Peralatan Kesehatan
	447.1	Pengadaan alat kesehatan
	447.2	Penyimpanan alat kesehatan
	447.3	Standarisasi alat kesehatan
	447.4	Penghapusan alat Kesehatan
	448	Pengobatan Tradisional
	448.1	Pijat
	448.2	Tusuk Jarum
	448.3	Jamu Tradisional
	448.4	Dukun
	449	Perijinan
	449.1	Surat Ijin Praktek ( SIP )
	449.2	Surat Ijin Kerja ( SIK )
	456	Urusan Haji
	461	Rehabilitasi Penderita Cacad
	.1	Cacad mata
	.2	Cacad tubuh
	.3	Cacad mental
	.4	Bisu/ tuli
	468	PMI
	476	Keluarga Berencana
	555	Telekomunikasi
	.1	Telepon
	800	Kepegawaian
	.1	Perencanaan
	.2	Penelitian

812		Pengujian Kesehatan ( Kepegawaian )
813		Pengangkatan
814		Pengangkatan tenaga harian lepas
	814.1	Pengangkatan tenaga bulanan
	814.2	Pengangkatan tenaga harian
820		Mutasi Meliputi pengangkatan, kenaikan gaji berkala, kenaikan pangkat, pemindahan, pelimpahan, data sering, tugas belajar dan wajib militer.
821		Pengangkatan
	821.1	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (tetap)
	821.11	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil gol I
	821.12	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil gol II
	821.13	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil gol III
	821.14	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil gol IV
822		Kenaikan gaji berkala
	822.1	Pegawai golongan I
	822.2	Pegawai golongan II
	822.3	Pegawai golongan III
	822.4	Pegawai golongan IV
823		Kenaikan pangkat/ pengangkatan
	823.1	Pegawai golongan I
	823.2	Pegawai golongan II
	823.3	Pegawai golongan III
	823.4	Pegawai golongan IV
824		Pemindahan/ Pelimpahan/ perbantuan
	.1	Pegawai golongan I
	.2	Pegawai golongan II
	.3	Pegawai golongan III
	.4	Pegawai golongan IV
	.5	Lolos butuh
830		Kedudukan Meliputi perhitungan masa kerja, penyesuaian pangkat,/gaji, penghargaan ijazah dan jenjang pangkat.
831		Perhitungan masa kerja
832		Penyesuain pangkat/ gaji
	.1	Pegawai golongan I
	.2	Pegawai golongan II
	.3	Pegawai golongan III
	.4	Pegawai golongan IV
848		Dispensasi

850		Cuti Cuti tahunan, cuti besar, cuti sakit, cuti hamil, cuti naik haji, cuti diluar tanggungan Negara, dan alasan lain.
851		Cuti tahunan
852		Cuti besar
853		Cuti sakit
854		Cuti hamil
855		Cuti naik haji
856		Cuti diluar tanggungan Negara
857		Cuti alasan lain
860		Penilaian
		Penghargaan
	861.5	Pegawai teladan
863		Konduite
864		Ujian Dinas
	864.1	Tingkat I
	864.2	Tingkat II
	864.3	Tingkat III
900		Keuangan
910		Anggaran
911		Rutin
912		Pembangunan
913		Anggaran Belanja Tambahan
914		DIK
915		DIP
916		RASK
917		DASK dokumen
934		SPJ Rutin
940		Pembukuan
941		Penyusunan Perhitungan Anggaran
942		Permintaan data anggaran
960		Pembinaan Kebendaharaan
961		Pemeriksaan kas dan hasil pemeriksaan kas
962		Pemeriksaan Administrasi Bendaharawan
963		Laporan Keuangan Bendaharawan
970		Pendapatan
990		Bendaharawan

d. Pembuatan, Penerbitan, Penggandaan, Pendistribusian Dokumen

1. Pelaksana / Pengelola / Penanggungjawab menyiapkan draft dokumen yang sudah dibahas yang diperlukan sesuai format yang sudah ditentukan.

2. Draft dokumen yang telah disiapkan, diperiksa dan disahkan oleh kepala Puskesmas.
3. Dokumen yang telah disahkan diberi stempel / cap Puskesmas dan disimpan oleh Penanggungjawab program masing-masing.
4. Bidang admen membuat master list (register) baik dokumen internal maupun eksternal (lampiran register dokumen internal, register dokumen eksternal)
5. Dokumen yang telah distempel Puskesmas, digandakan oleh Penanggungjawab masing – masing dan diberi cap salinan ke : ..... dan TERKENDALI oleh Bidang admen, kemudian didistribusikan sesuai dengan daftar distribusi penerima dokumen, sedangkan salinan tidak terkendali diberi cap TIDAK TERKENDALI (lampiran : bukti penerima salinan dokumen)
6. Dokumen eksternal dapat digandakan berupa salinan TERKENDALI yang dapat didistribusikan ke pihak-pihak yang membutuhkan.
7. Bidang admen bertanggungjawab dalam penerbitan dokumen internal dan selalu diperiksa keabsahan, nomor, revisi, dan jumlah halamannya.

e. Pemeliharaan Dokumen

1. Bidang admen secara berkala, minimal satu tahun sekali, mengidentifikasi kesesuaian semua dokumen yang digunakan.
2. Apabila ditemukan dokumen yang tidak sesuai dan atau tidak berlaku, maka Bidang admen menarik dokumen tersebut, diberi cap TIDAK BERLAKU dan diganti dengan dokumen yang sesuai dengan dokumen yang sesuai dan mutakhir (lampiran : Bukti Penarikan Dokumen).
3. Bidang admen menyerahkan dokumen yang sudah tidak berlaku ke bagian TU untuk penyimpanan atau pemusnahan sesuai katagorinya.

f. Pengubahan Dokumen

1. Pelaksana /Pengelola /Penanggungjawab dapat mengusulkan pengubahan terhadap suatu dokumen internal yang diperkirakan mengakibatkan penyimpangan/ masalah terhadap kinerja melalui memo kepada pejabat yang berwenang mengesahkan dokumen tersebut.
2. Tim akreditasi bersama pelaksana/ pengelola/ penanggungjawablain sebagai pengusul membahas dan menetapkan pengubahan dokumen.
3. Proses pengubahan yang bersifat amandemen, dibuat dalam lembar amandemen (lampiran : formulir amandemen), disetujui oleh Tim Akreditasi dan pejabat yang berwenang dan diberi cap / stempel Puskesmas.
4. Bidang admen menggandakan hasil amandemen, diberi cap SALINAN ke : ..... dan TERKENDALI dan mendistribusikannya sesuai daftar distribusi dokumen untuk disiapkan pada dokumen yang diamandemen.
5. Proses pengubahan yang bersifat revisi dokumen mengikuti tahapan pembuatan/ penyusunan dokumen.

g. Pemusnahan Dokumen

1. Tim akreditasi mengidentifikasi dan mengusulkan

pemusnahan dokumen yang tidak berlaku dan disampaikan kepada bidang masing-masing.

2. Tim akreditasi menyampaikan usulan pemusnahan dokumen yang telah disetujui oleh pengelola/ penanggungjawab kepada Kepala Puskesmas.
3. Atas perintah Kepala Puskesmas, Ka TU melaksanakan dokumen dan membuat berita acara pemusnahan dokumen (lampiran : formulir Berita Acara Pemusnahan Dokumen dengan melampirkan dokumen yang dimusnahkan).
4. Pemusnahan dokumen dapat dilakukan dengan cara dibakar atau cara lain (dicacah, dijadikan bubur kertas) sehingga secara fisik dan informasinya tidak dapat dikenali lagi.
5. Dokumen yang dimusnahkan direkam (lampiran : daftar dokumen yang dimusnahkan).

h. Daftar Lampiran

1. Lampiran 1 : Register dokumen internal.  
Register dokumen eksternal.
2. Lampiran 2 : Bukti penarikan dokumen.
3. Lampiran 3 : Format amandemen.
4. Lampiran 4 : Formulir Berita Acara Pemusnahan Dokumen.
5. Lampiran 5 : Daftar Dokumen yang dimusnahkan.

i. Rekaman

No	Nama Rekaman	Uraian	Lokasi Penyimpanan	Masa Penyimpanan
1.	Register Dokumen Internal	Master list/ riwayat dokumen internal baru atau perubahan	Bidang admen	5 tahun
2.	Register Dokumen Eksternal	Daftar Dokumen Eksternal	Bidang admen	5 tahun
3.	Bukti Penarikan Dokumen	Penarikan dokumen yang sudah tidak berlaku	Bidang admen	5 tahun
4.	Amandemen	Pengubahan dokumen	Bidang admen	5 tahun
5.	Berita Acara Pemusnahan Dokumen	Pemusnahan dokumen yang tidak diperlukan atau melebihi masa simpan	Bidang admen	5 tahun
6.	Daftar Dokumen	Daftar dokumen yang dimusnahkan/diserahka	Bidang admen	5 tahun

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="487 86 779 295">Yang dimusnahkan / Diserahkan</td> <td data-bbox="779 86 1120 295">n</td> <td data-bbox="1120 86 1299 295"></td> <td data-bbox="1299 86 1521 295"></td> </tr> </table>	Yang dimusnahkan / Diserahkan	n		
Yang dimusnahkan / Diserahkan	n				
	<pre> graph TD     A([Penyusunan dokumen internal (baru/perubahan)]) --&gt; B{Pemeriksaan/persetujuan}     B -- Tidak --&gt; A     B -- ya --&gt; C[Pengesahan]     C --&gt; D[Pengidentifikasi-an (penomoran, dan pengisian di buku register)]     E[Dokumen eksternal] --&gt; D     D --&gt; F[Penerbitan]     F -- Master --&gt; G([Disimpan])     F --&gt; H[Penggandaan]     H --&gt; I([Daftar])   </pre>				
8. Hal- hal yang perlu diperhatikan					
9. Unit terkait	Semua unit pelayanan				
10. Dokumen terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Register dokumen internal</li> <li>b. Register dokumen eksternal</li> <li>c. Bukti penarikan dokumen</li> <li>d. Format amandemen</li> <li>e. Formulir Berita Acara Pemusnahan dokumen</li> <li>f. Daftar dokumen yang dimusnahkan</li> </ul>				

11. Rekaman Historis Perubahan

No	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl Mulai diberlakukan
1.	Pemakaian kata “SPO”	Menjadi “SOP”	05 Januari 2022
2.	Pemakaian kata “Definisi”	Menjadi “Pengertian”	05 Januari 2022
3.	Letak Nama Kepala Puskesmas di tengah atas	Berubah menjadi sebelah kanan	05 Januari 2022
4.	Nama Kepala Puskesmas	Menjadi Rita Widuri, SKM	05 Januari 2022

	<b>DAFTAR TILIK</b>	No.Revisi : 001			
		Tanggal terbit : 05 Januari 2022			
		Halaman : 2/3			
<b>BLUD PUSKESMAS BERSINAR PANGKALAN LESUNG</b>			<b>RITA WIDURI, SKM NIP.198303132015032004</b>		
<b>NO</b>	<b>URAIAN KEGIATAN</b>	<b>YA</b>	<b>TDK</b>	<b>TB</b>	
1	Apakah Petugas melakukan kajian uraian tugas dan tanggung jawab.....?				
2	Apakah Petugas melakukan rekap hasil kajian..?				
3	Apakah Petugas melaporkan hasil kajian kepada Kepala Puskesmas..?				
4	Apakah Petugas melakukan Pemanggilan terhadap pegawai..?				
5	Apakah Petugas membuat jadwal Pembinaan kepada Pegawai..?				
6	Apakah Petugas melakukan Pembinaan kepada Pegawai...?				
7	Apakah Petugas mendokumentasikan hasil pembinaan..?				
Jumlah					
Compliance rate (CR)					

Pangkalan Lesung, 2022

Observer Tim

.....  
NIP.....

Revisi Ke	:	001
Berlaku Tgl	:	05 Januari 2022



# PROSEDUR PENGENDALIAN DOKUMEN

Penanggung Jawab		
Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
Seksi Pengendalian Dokumen	Koordinator Tata Usaha	Kepala Puskesmas
<u>Meiga Triana Putri, SKM</u>	<u>Abdullah,Amd.Kep</u> NIP. 19680505 199101 1 003	<u>Rita Widuri,SKM</u> NIP. 19830313 201503 2 004