

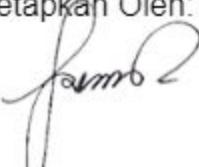


BALAI KESEHATAN MASYARAKAT
WILAYAH SEMARANG

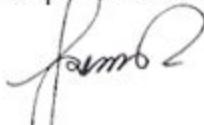
Jateng
Jawa Tengah

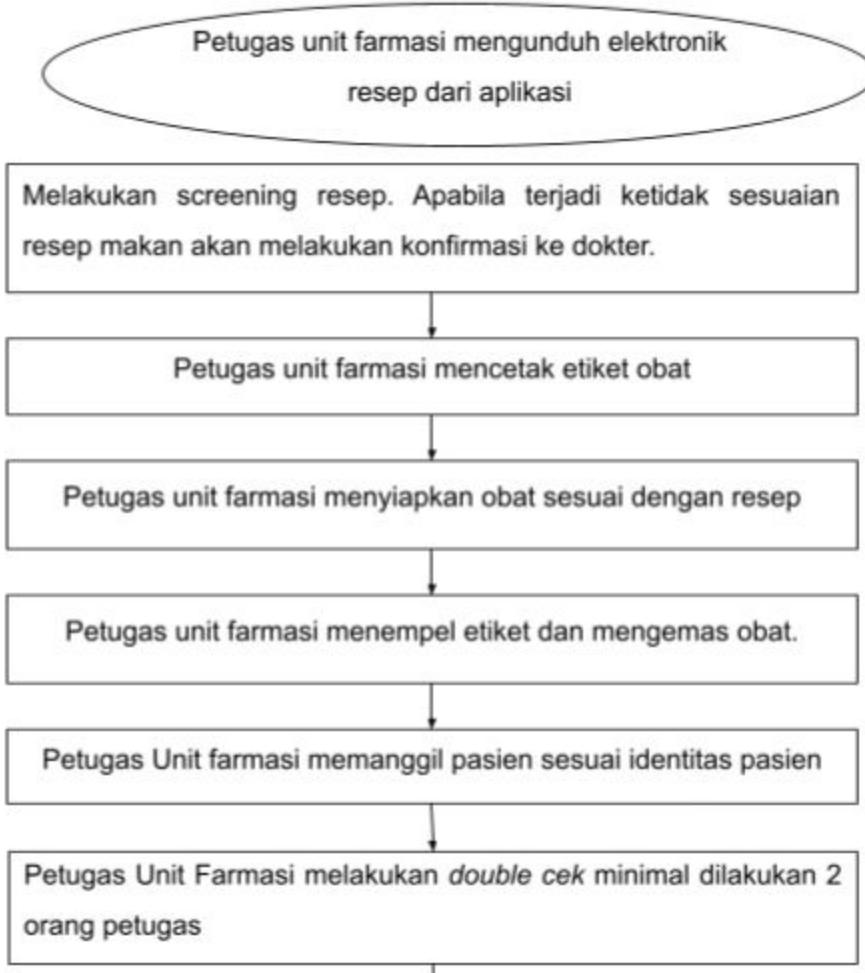


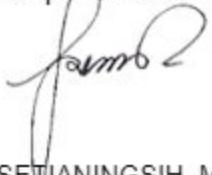
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR **BALKESMAS SEMARANG**

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PELAYANAN RESEP		
	No. Dokumen 013/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

1.	Pengertian	Pelayanan resep adalah pemberian sediaan farmasi, alkes dan bahan medis habis pakai kepada pasien sesuai resep dokter, disertai pemberian Informasi Obat , dan Konseling untuk pasien dengan kriteria tertentu.
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan pelayanan resep.
3.	Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.4/7/2023 tentang Kebijakan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas unit farmasi mengunduh elektronik resep dari aplikasi. Petugas unit farmasi melakukan screening resep. Apabila terjadi ketidak sesuaian resep makan akan melakukan konfirmasi ke dokter. Petugas unit farmasi mencetak etiket obat. Petugas unit farmasi menyiapkan obat sesuai dengan resep. Petugas unit farmasi menempel etiket dan mengemas obat.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PELAYANAN RESEP		
	No. Dokumen 013/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023 <div style="text-align: center; margin-top: -20px;">  </div>	Ditetapkan Oleh:  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

	<p>6. Petugas Unit farmasi memanggil pasien sesuai identitas pasien.</p> <p>7. Petugas Unit Farmasi melakukan <i>double cek</i> minimal dilakukan 2 orang petugas.</p> <p>8. Petugas Unit Farmasi menyerahkan obat disertai informasi dan memastikan kesesuaian obat dan penerima obat (identitas pasien).</p>
6. Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas unit farmasi mengunduh elektronik resep dari aplikasi]) --> B[Melakukan screening resep. Apabila terjadi ketidak sesuaian resep maka akan melakukan konfirmasi ke dokter.] B --> C[Petugas unit farmasi mencetak etiket obat] C --> D[Petugas unit farmasi menyiapkan obat sesuai dengan resep] D --> E[Petugas unit farmasi menempel etiket dan mengemas obat.] E --> F[Petugas Unit farmasi memanggil pasien sesuai identitas pasien] F --> G[Petugas Unit Farmasi melakukan double cek minimal dilakukan 2 orang petugas] </pre>

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PELAYANAN RESEP		
	No. Dokumen 013/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023 	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

		<p>Petugas Unit Farmasi menyerahkan obat disertai informasi dan memastikan kesesuaian obat dan penerima obat (identitas pasien)</p>
7.	Waktu Pelayanan	Proses pelayanan resep racikan: 30 menit obat jadi 15 menit
8.	Unit Terkait	Unit Farmasi

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGELOLAAN OBAT KADALUARSA DAN RUSAK		
	No. Dokumen 017/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh: 	

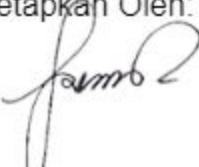
1.	Pengertian	Obat kadaluarsa adalah batas waktu penggunaan obat setelah diproduksi oleh pabrik farmasi sebelum kemasan primernya dibuka.
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan pengelolaan obat kadaluarsa dan rusak.
3.	Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.5/7/2023 tentang Pengelolaan Obat Kadaluarsa dan Rusak di Balkesmas Wilayah Semarang.
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan identifikasi obat yang rusak atau kadaluarsa. Memisahkan obat yang rusak atau kadaluarsa dari penyimpanan lainnya dan diberikan penandaan khusus. Mencatat obat yang rusak atau kadaluarsa pada buku <i>expired date</i>. Obat yang rusak atau kadaluarsa dikumpulkan jadi satu, disimpan pada tempat khusus dan diberi penandaan khusus obat kadaluarsa.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGELOLAAN OBAT KADALUARSA DAN RUSAK		
	No. Dokumen 017/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

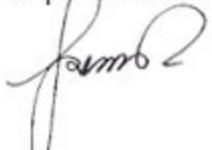
	<p>5. Petugas farmasi membuat jumlah rekapan obat yang kadaluarsa dan rusak setiap bulannya ke atasan / Kepala Balkesmas Wilayah Semarang.</p> <p>6. Kepala Balkesmas Wilayah Semarang melaporkan dan menyerahkan obat yang kadaluarsa dan rusak ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah untuk di tindak lanjuti sesuai prosedur yang berlaku.</p>
--	--

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGELOLAAN OBAT KADALUARSA DAN RUSAK		
	No. Dokumen 017/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh: 	

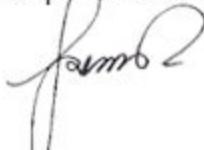
6.	<p>Diagram Alir</p> <pre> graph TD A([Melakukan identifikasi obat yang rusak atau kadaluarsa]) --> B[Memisahkan obat yang rusak atau kadaluarsa dari penyimpanan lainnya dan diberikan penandaan khusus] B --> C[Mencatat obat yang rusak atau kadaluarsa pada buku expired date] C --> D[Obat yang rusak atau kadaluarsa dikumpulkan jadi satu, disimpan pada tempat khusus dan diberi penandaan khusus obat kadaluarsa] D --> E[Petugas farmasi membuat jumlah rekapan obat yang kadaluarsa dan rusak setiap bulannya ke atasan / Kepala Balkesmas Wilayah Semarang] E --> F([Kepala Balkesmas Wilayah Semarang melaporkan dan menyerahkan obat yang kadaluarsa dan rusak ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah untuk ditindaklanjuti sesuai prosedur yang berlaku]) </pre>
7.	Waktu Pelayanan
8.	Unit Terkait

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	KONSELING OBAT		
	No. Dokumen 019/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

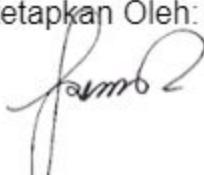
1.	Pengertian	Konseling merupakan proses interaktif antara Apoteker dengan pasien/keluarga untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman, kesadaran dan kepatuhan sehingga terjadi perubahan perilaku dalam penggunaan obat dan menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien.
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan konseling.
3.	Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.4/7/2023 tentang Kebijakan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
4.	Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, 2. Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
5.	Prosedur	1. Petugas membuka komunikasi antara Apoteker dengan pasien atau keluarga pasien. 2. Petugas menanyakan 3 pertanyaan kunci menyangkut obat yang dikatakan oleh dokter kepada pasien dengan metode pertanyaan terbuka. 3. Untuk resep baru bisa dengan 3 prime question: a. Apa yang telah dokter katakan mengenai obat ini ? b. Bagaimana dokter menjelaskan cara pemakaian? c. Apa hasil yang diharapkan dokter dari pengobatan ini ? 4. Untuk obat yang diulang :

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	KONSELING OBAT		
	No. Dokumen 019/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023 	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

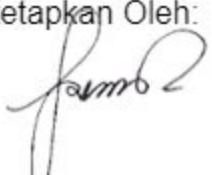
		<p>a. Apa gelaja dan keluhan yang dirasakan pasien ?</p> <p>b. Bagaimana cara pemakaian obat ?</p> <p>c. Apakah ada keluhan setelah menggunakan obat?</p> <p>5. Memperagakan dan menjelaskan mengenai penggunaan obat tertentu (inhaler, obat suppo, tetes mata, tetes telinga, dan lain-lain)</p> <p>6. Melakukan verifikasi akhir meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengecek pemahaman pasien. b. Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan cara penggunaan obat untuk mengoptimalkan terapi. <p>7. Melakukan pencatatan konseling di form konseling.</p>
6.	Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas membuka komunikasi antara Apoteker dengan pasien atau keluarga pasien]) --> B([Petugas menanyakan 3 pertanyaan kunci tentang obat yang dikatakan oleh dokter kepada pasien dengan metode pertanyaan terbuka]) B --> C1[Untuk resep baru bisa dengan 3 prime question: a. Apa yang telah dokter katakan mengenai obat ini ? b. Bagaimana dokter menjelaskan cara pemakaian? c. Apa hasil yang diharapkan dokter dari pengobatan ini ?] B --> C2[Untuk obat yang diulang : a. Apa gelaja dan keluhan yang dirasakan pasien ? b. Bagaimana cara pemakaian obat ? c. Apakah ada keluhan setelah menggunakan obat?] </pre>

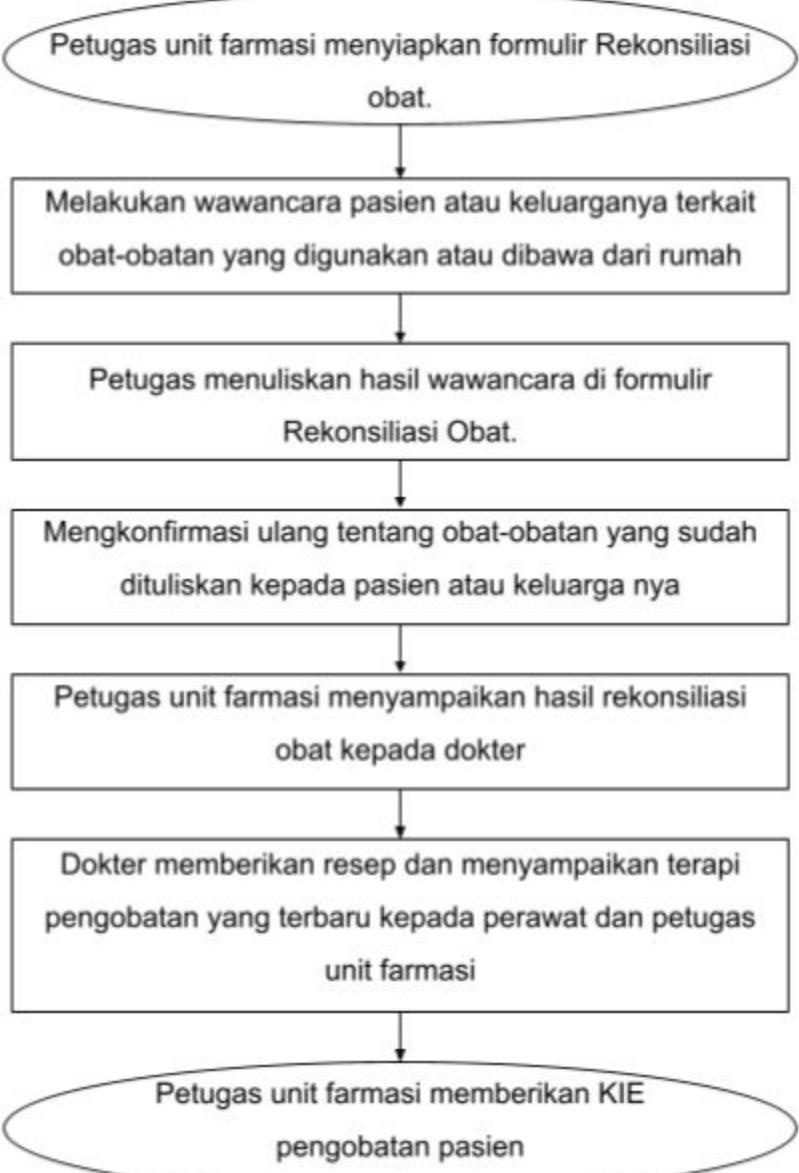
 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	KONSELING OBAT		
	No. Dokumen 019/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023 	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

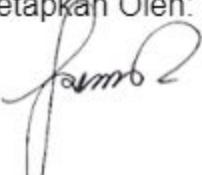
		<p>Memperagakan dan menjelaskan mengenai penggunaan obat tertentu (inhaler, obat suppo, tetes mata, tetes telinga, dan lain-lain)</p> <p>↓</p> <p>Melakukan verifikasi akhir meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengecek pemahaman pasien. Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan cara penggunaan obat untuk mengoptimalkan terapi. <p>↓</p> <p>Melakukan pencatatan konseling di form konseling</p>
7.	Waktu Pelayanan	Proses konfirmasi maksimal 15 menit
8.	Unit Terkait	Unit Farmasi

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	REKONSILIASI OBAT		
	No. Dokumen 022/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

1.	Pengertian	Rekonsiliasi Obat merupakan proses membandingkan resep/instruksi pengobatan dengan Obat yang telah didapat pasien.
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan rekonsiliasi obat.
3.	Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.4/7/2023 tentang Kebijakan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas unit farmasi menyiapkan formulir Rekonsiliasi obat. Petugas unit farmasi melakukan wawancara pasien atau keluarganya terkait obat-obatan yang digunakan atau dibawa dari rumah. Petugas unit farmasi menuliskan hasil wawancara di formulir Rekonsiliasi Obat. Petugas unit farmasi mengkonfirmasi ulang tentang obat-obatan yang sudah dituliskan kepada pasien atau keluarganya. Petugas unit farmasi menyampaikan hasil rekonsiliasi obat kepada dokter.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	REKONSILIASI OBAT		
	No. Dokumen 022/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023 	Ditetapkan Oleh:  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

		6. Dokter memberikan resep dan menyampaikan terapi pengobatan yang terbaru kepada perawat dan petugas unit farmasi. 7. Petugas unit farmasi memberikan KIE pengobatan pasien.
6.	Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas unit farmasi menyiapkan formulir Rekonsiliasi obat.]) --> B[Melakukan wawancara pasien atau keluarganya terkait obat-obatan yang digunakan atau dibawa dari rumah] B --> C[Petugas menuliskan hasil wawancara di formulir Rekonsiliasi Obat.] C --> D[Mengkonfirmasi ulang tentang obat-obatan yang sudah dituliskan kepada pasien atau keluarganya] D --> E[Petugas unit farmasi menyampaikan hasil rekonsiliasi obat kepada dokter] E --> F[Dokter memberikan resep dan menyampaikan terapi pengobatan yang terbaru kepada perawat dan petugas unit farmasi] F --> G([Petugas unit farmasi memberikan KIE pengobatan pasien]) </pre>

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	REKONSILIASI OBAT		
	No. Dokumen 022/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

7.	Waktu Pelayanan	Proses rekonsiliasi obat maksimal 30 menit untuk
8.	Unit Terkait	Unit Farmasi, Klinik Umum, Klinik Anak, Klinik Spesialis



**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

**PELAPORAN HASIL PEMERIKSAAN
LABORATORIUM YANG KRITIS**

No. Dokumen
056/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 1 dari 2

SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	 Ditetapkan dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002
------------	-----------------------------------	--

1.	Pengertian	Pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium yang kritis adalah proses penyampaian nilai hasil pemeriksaan yang memerlukan penanganan segera dan harus dilaporkan kepada dokter penanggung jawab / perawat jaga dalam waktu kurang dari 1 (satu) jam.
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium yang kritis
3.	Kebijakan	SK Pemilik Klinik Utama Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.29/7/2023 tentang Jenis Pelayanan Laboratorium di Klinik Utama Balkesmas Wilayah Semarang.
4.	Referensi	1. Permenkes Nomor 1792 Tahun 2010 Tentang Pedoman Pemeriksaan Kimia Klinik 2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 37 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat.
5.	Prosedur	1. Petugas laboratorium yang melakukan pemeriksaan laboratorium menyampaikan hasil pemeriksaan kritis kepada dokter penanggung jawab laboratorium 2. Petugas laboratorium melakukan validasi dan verifikasi, petugas laboratorium menyampaikan hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis kepada dokter / paramedis unit pengirim. Dapat disampaikan via telepon / lisan oleh petugas laboratorium yang melakukan pemeriksaan. 3. Petugas laboratorium yang melaporkan hasil kritis



**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

**PELAPORAN HASIL PEMERIKSAAN
LABORATORIUM YANG KRITIS**

No. Dokumen
056/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 2 dari 2

SPO

Tanggal Terbit
21 Agustus 2023



Ditetapkan
dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)
NIP. 19660813 199803 2 002

mencatat di dalam buku pelaporan hasil kritis, di dalamnya memuat identitas pasien, jenis dan hasil pemeriksaan yang diminta, tanggal dan waktu komunikasi, nama lengkap petugas kesehatan yang menerima laporan dan nama lengkap petugas laboratorium yang memberikan laporan.

4. Dokter / paramedis menerima laporan hasil kritis menggunakan teknik komunikasi verbal : tulis, baca dan konfirmasi.
5. Petugas laboratorium memberi tanda tertentu pada hasil yang kritis kemudian diserahkan kepada dokter / paramedis unit pengirim.

6. Diagram Alir





**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

**PELAPORAN HASIL PEMERIKSAAN
LABORATORIUM YANG KRITIS**

No. Dokumen
056/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 3 dari 2

SPO			Ditetapkan  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002
<p>Petugas mencatat hasil kritis di buku Bantu Nilai Kritis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Petugas menyerahkan hasil kepada pasien</p>			
7.	Waktu Pelayanan	Waktu yang digunakan untuk pelayanan pada hasil kritis 5-10 menit setelah muncul hasil dari pengulangan pemeriksaan	
8.	Unit Terkait	Unit Laboratorium Unit Klinik pengirim Permintaan Pemeriksaan Laboratorium	



**BALKESMA
SWILAYAH
SEMARANG**

PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL

No. Dokumen
057/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 1 dari 2

SPO

Tanggal Terbit
21 Agustus 2023

Ditetapkan:



1. Pengertian	Pemantapan mutu eksternal adalah kegiatan yang diselenggarakan secara periodik oleh pihak luar laboratorium yang bersangkutan untuk memantau dan menilai penampilan suatu laboratorium dalam bidang pemeriksaan tertentu
2. Tujuan	Untuk menunjukkan performance (penampilan/proficiency) laboratorium yang bersangkutan dalam bidang pemeriksaan yang ditentukan
3. Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang Nomor : 800/217.30/7/2023 tentang Pelayanan Laboratorium di Balkesmas Wilayah Semarang Semarang
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Laboratorium menerima bahan PME dan formulir hasil dari Penyelenggara PME 2. Petugas Laboratorium melakukan pemeriksaan bahan PME menggunakan peralatan/reagen/metode yang biasa dipakai 3. Petugas Laboratorium mengirim formulir hasil pemeriksaan ke Penyelenggara PME 4. Petugas laboratorium menerima nilai atau umpan balik dari Penyelenggara PME



BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG

PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL

No. Dokumen
057/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 2 dari 2

SPO

Tanggal Terbit
21 Agustus 2023



	5. Petugas Laboratorium melakukan evaluasi, mencari penyebab, mengambil langkah-langkah perbaikan
6. Diagram Alir	<pre> graph TD A([Petugas menerima bahan PME dan formulir PME]) --> B[Petugas melakukan pemeriksaan PME sesuai waktu yg ditentukan] B --> C[Petugas mencatat hasil dan mengirim formulir hasil PME] C --> D([Petugas menerima hasil/ umpan balik]) </pre>
7. Waktu Pengerjaan	30-60 Menit
8. Unit Terkait	1. Laboratorium FKTP Klinik Balkesmas Wilayah Semarang 2. Penyelenggara PME

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PEMANTAPAN MUTU INTERNAL		
	No. Dokumen: 058/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan :	 <p><u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002</p>

1.	Pengertian	Pemantapan mutu internal adalah kegiatan pencegahan dan pengawasan yang dilaksanakan oleh setiap Laboratorium secara terus menerus agar tidak terjadi atau mengurangi kejadian kesalahan atau penyimpangan sehingga diperoleh hasil pemeriksaan yang tepat
2.	Tujuan	Untuk menjamin ketepatan dan ketelitian hasil pemeriksaan Laboratorium, mencegah atau mengurangi kejadian penyimpangan,mencegah pengeluaran hasil yang salah, perbaikan pelayanan kepada pelanggan
3.	Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang Nomor : 800/217.30/7/2023 tentang Pelayanan Laboratorium di Balkesmas Wilayah Semarang
4.	Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Laboratorium melaksanakan pemantapan mutu internal yang cakupannya meliput tahap pra analitik, tahap analitik dan tahap pasca analitik 2. Petugas Laboratorium mempersiapkan pasien, mengambil spesimen, menerima spesimen, memberi identitas spesimen, mengirim specimen rujukan sampai dengan menyimpan specimen semua dipastikan udah dilakukan dengan benar 3. Petugas Laboratorium mempersiapkan reagent, mengkalibrasi dan memelihara alat Laboratorium, uji



**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

PEMANTAPAN MUTU INTERNAL

No. Dokumen:
058/SPO/7/2023

No. Revisi

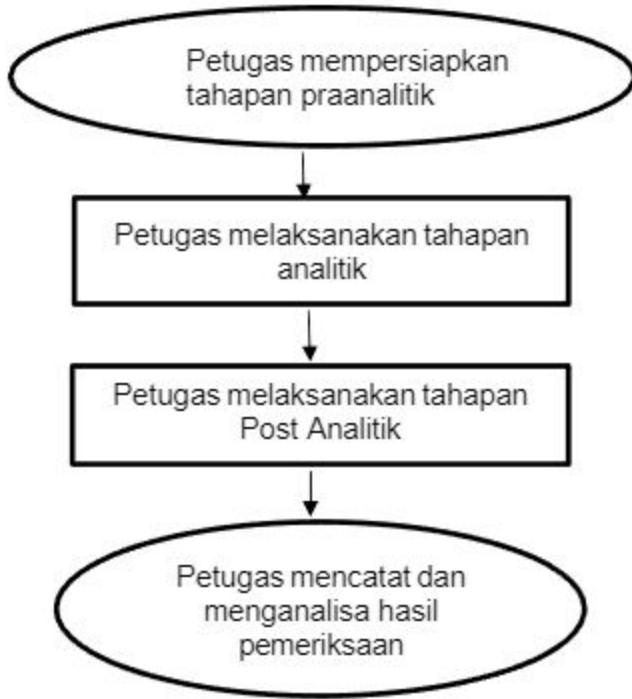
Halaman
: 2 dari 2

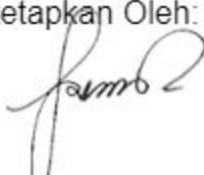
Tanggal Terbit
21 Agustus 2023

SPO

Ditetapkan :


dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)
NIP. 19660813 199803 2 002

		<p>ketepatan dan ketelitian dengan menggunakan bahan kontrol dan pemeriksaan specimen</p> <p>4. Petugas Laboratorium mencatat hasil pemeriksaan dan melakukan validasi hasil serta memberikan interpretasi hasil sampai dengan pelaporan</p>
6.	Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas mempersiapkan tahapan praanalitik]) --> B([Petugas melaksanakan tahapan analitik]) B --> C([Petugas melaksanakan tahapan Post Analitik]) C --> D([Petugas mencatat dan menganalisa hasil pemeriksaan]) </pre>
7	Waktu Penggerjaan	Waktu penggerjaan sekitar 30-60 Menit
8	Unit Terkait	Unit Laboratorium

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENANGANAN BILA OBAT KOSONG		
	No. Dokumen 062/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023 	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> <u>NIP. 19660813 199803 2 002</u>	

1. Pengertian	Pelayanan resep adalah pemberian sediaan farmasi, alkes dan bahan medis habis pakai kepada pasien sesuai resep dokter, disertai pemberian Informasi Obat , dan Konseling untuk pasien dengan kriteria tertentu.
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan menangani produk obat yang dibutuhkan klinik sehingga klinik dapat tetap menjalankan operasional.
3. Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.4/7/2023 tentang Kebijakan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas farmasi menerima laporan adanya obat di dalam resep dokter yang tidak tersedia di gudang obat Balkesmas. Petugas farmasi melakukan konfirmasi ke dokter penulis resep bahwa ketersediaan obat yang diresepkan habis atau kosong. Petugas farmasi menginformasikan alternatif obat lain yang memiliki zat aktif sama yang tersedia di instalasi farmasi.



BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG

PENANGANAN BILA OBAT KOSONG

No. Dokumen
062/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 2 dari 3

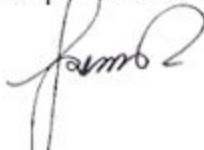
SPO

Tanggal Terbit
21 Agustus 2023

Ditetapkan Oleh:

dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)
NIP. 19660813 199803 2 002

- | | |
|--|---|
| | <p>4. Jika di peresepan non formularium yang tidak ada padanannya di fromularium atau dokter menolak alternatif obat pengganti, maka :</p> <ol style="list-style-type: none">Pasien umum : menawarkan kepada pasien untuk membeli sendiri dengan memberikan copy resep.Pasien BPJS/ jaminan asuransi :<ul style="list-style-type: none">- Apoteker melaporkan dengan Ka Penunjang Pelayanan kemudian berkoordinasi dengan pengadaan Balkesmas Wil Semarang dan fasyankes sekitar Balkesmas Wil Semarang apakah bisa dilakukan pengadaan langsung/segera atau dilakukan peminjaman terlebih dahulu ke fasyankes sekitar Balkesmas Wil Semarang.- Pasien diminta kembali pada waktu yang telah disepakati oleh petugas farmasi dan pasien saat obat tersedia.- Jika obat tersebut cito atau tidak dapat ditunda selain melakukan langkah diatas, pasien dapat dilakukan rujuk balik ke FKTP pengirim atau dirujuk di FKRTL lanjut. |
|--|---|

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENANGANAN BILA OBAT KOSONG		
	No. Dokumen 062/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023 <div style="text-align: center; margin-top: -20px;">  </div>	Ditetapkan Oleh:  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

6.	<p>Diagram Alir</p> <pre> graph TD A([Petugas farmasi menerima laporan adanya obat yang tidak tersedia]) --> B[Melakukan konfirmasi ke dokter penulis] B --> C[Petugas farmasi menginformasikan alternatif obat lain yang memiliki zat aktif sama yang tersedia] C --> D[Pasien umum : menawarkan kepada pasien untuk membeli sendiri dengan memberikan copy resep] C --> E[Pasien BPJS/ jaminan asuransi: Apoteker melaporkan dengan Ka Penunjang Pelayanan kemudian berkoordinasi dengan pengadaan Balkesmas Wil Semarang dan fasyankes sekitar Balkesmas Wil Semarang apakah bisa dilakukan pengadaan langsung/segera atau dilakukan peminjaman terlebih dahulu ke fasyankes sekitar Balkesmas Wil Semarang.] D --> F[Pasien diminta kembali pada waktu yang telah disepakati oleh petugas farmasi dan pasien saat obat tersedia] E --> F F --> G[Jika obat tersebut cito atau tidak dapat ditunda dilakukan rujuk balik ke FKTP pengirim atau dirujuk di FKRTL lanjut.] </pre>		
7.	Waktu Pelayanan	Proses penanganan obat kosong maksimal 1 minggu	
8.	Unit Terkait	Unit Farmasi, Semua poli di Balkesmas Wil Semarang	

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	TES MANTOUX		
	No. Dokumen 063/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 5
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  dr. <u>WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	
1. Pengertian	Tes Mantoux adalah suatu standar pemeriksaan untuk membuktikan adanya infeksi kuman <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>		
2. Tujuan	Tujuan Tes Mantoux adalah sebagai pemeriksaan penunjang utama untuk membantu menegakkan diagnosis TB pada anak		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Klinik Nomor 800/217.37/7/2023 tentang Pelayanan Klinis di Balkesmas Wilayah Semarang		
4. Referensi	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksana TB Anak. Jakarta: Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit; 2016.		
5. Prosedur	A. Penyuntikan <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Klinik Anak menerima advice dari Dokter yang tertulis di Rekam Medis 2. Petugas Klinik Anak memanggil pasien dan menyapa dengan ramah 3. Petugas Klinik Anak menjelaskan kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan. 4. Petugas Klinik Anak meminta formulir persetujuan/penolakan tindakan medis yang sudah ditanda tangani pasien atau keluarga mengenai tindakan medis. 5. Petugas Klinik Anak menyiapkan sarana prasarana dalam pelaksanaan tes mantoux 6. Petugas Klinik Anak mencuci tangan dan memakai sarung tangan 7. Petugas Klinik Anak menghisap obat dengan menggunakan sput sesuai dengan dosis yang 		



**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

TES MANTOUX

No. Dokumen
063/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 2 dari 5

SPO

Tanggal Terbit
21 Agustus 2023

Ditetapkan Oleh:



NIP. 19660813 199803 2 002

direkomendasikan oleh Dokter dengan cara menusukkan jarum secara vertical ke dalam vial dan mengambil tuberculin PPD sebanyak 0,1 ml dengan cara membalik vial kemudian cabut jarum dari vial

8. Petugas Klinik Anak mengatur posisi pasien sesuai dengan daerah yang akan dilakukan tes mantoux
9. Petugas memilih lokasi pada volar lengan bawah 5 – 10 cm dari bawah lipatan siku atau daerah 1/3 tengah dari lengan bawah. Petugas memilih area yang bersih dari luka, lesi kulit atau jaringan parut
10. Petugas melakukan asepsis dan antisepsis dengan kapas alkohol
11. Petugas memasukkan jarum membentuk sudut 5-15° dengan permukaan lengan, dengan lubang ujung jarum nenghadap keatas
12. Lubang ujung jarum harus masuk tepat di dalam permukaan kulit (sampai sebatas lubang ujung jarum)
13. Setelah petugas melakukan injeksi yang benar, akan terlihat intradermal wheal (penonjolan ditempat suntikan berwarna pucat dengan gambaran pori-pori seperti kulit jeruk) dengan diameter 5-6 cm
14. Setelah petugas mencabut jarum suntik, daerah penyuntikan jangan di usap atau ditekan dengan kapas atau alat lain.
15. Petugas Klinik Anak membuang sput dan jarum suntik bekas pakai kedalam safety box infeksius
16. Petugas Klinik Anak mengatur posisi pasien kembali dan dirapihkan.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	TES MANTOUX		
	No. Dokumen 063/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 5
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  BALKESMAS WILAYAH SEMARANG dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

	<p>17. Petugas Klinik Anak membereskan peralatan dan dikembalikan ketempat semula.</p> <p>18. Petugas Klinik Anak mencuci tangan</p> <p>B. Pasien diminta kembali 2-3 hari (48 - 72 jam) setelah penyuntikan untuk pembacaan reaksi uji tuberculin dengan langkah – langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginspeksi lokasi penyuntikan 2. Mempalpasi indurasi 3. Menandai indurasi 4. Mengukur diameter indurasi 5. Mencatat diameter indurasi 6. Hasil uji tuberculin <ul style="list-style-type: none"> • Negative : bila indurasi 0-4 mm dengan penafsiran tidak ada infeksi / sedang dalam masa inkubasi / alergi • Positif meragukan : bila indurasi 5-9 mm dengan penafsiran infeksi M. Atipik / BCG / infeksi TB alamiah / kesalahan teknis • Positif : bila indurasi 10-14 mm dengan penafsiran TB alamiah / BCG / infeksi M. Atipik. Bila indurasi \geq 15 mm sangat mungkin infeksi TB alamiah.
--	---



**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

TES MANTOUX

No. Dokumen
063/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 4 dari 5

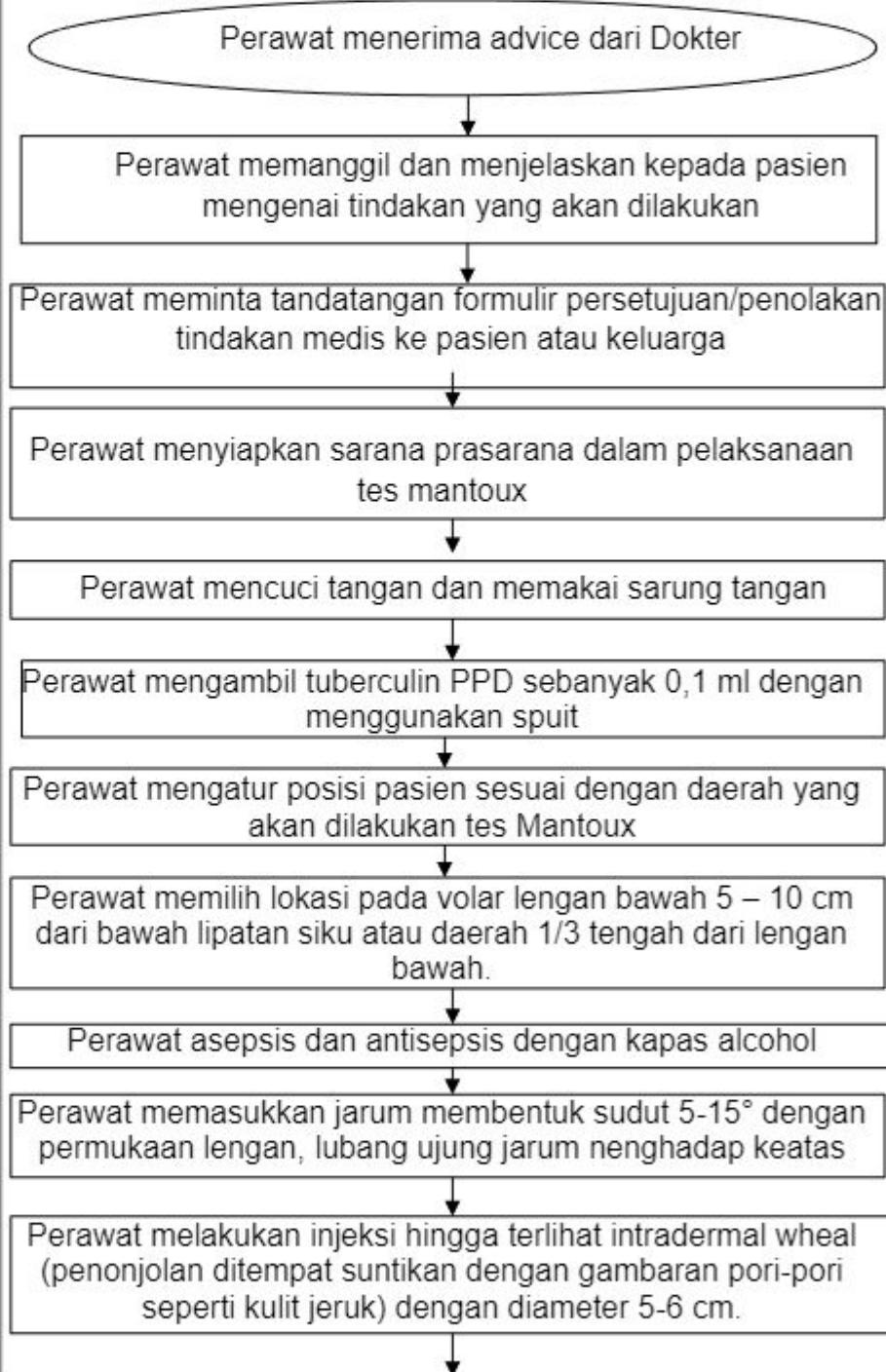
SPO

Tanggal Terbit
21 Agustus 2023

Ditetapkan Oleh:



6. Diagram Alir



 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	TES MANTOUX		
	No. Dokumen 063/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 5 dari 5
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  BALKESMAS WILAYAH SEMARANG dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

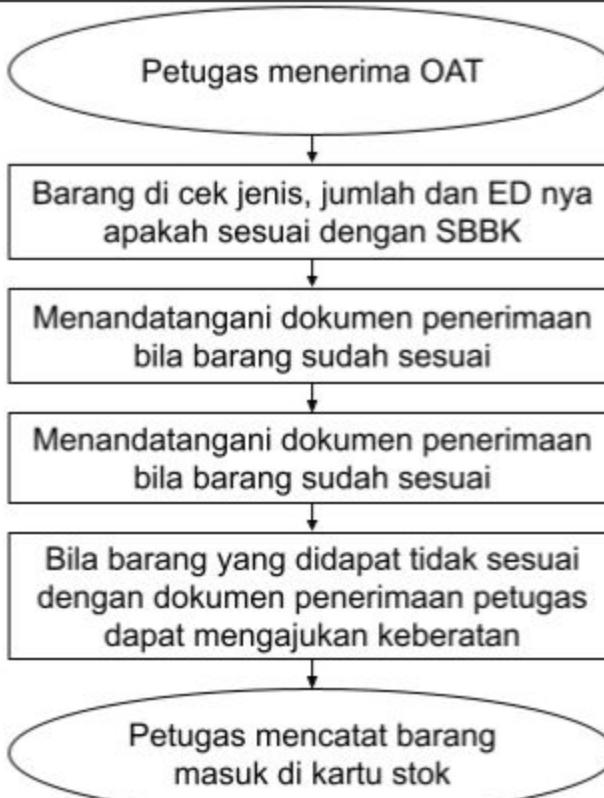
		<p>Perawat membuang sputum dan jarum suntik bekas pakai kedalam <i>safety box infeksius</i></p> <p>↓</p> <p>Perawat mengatur posisi pasien kembali dan dirapihkan Perawat membereskan peralatan dan dikembalikan ketempat semula.</p> <p>↓</p> <p>Perawat mencuci tangan</p> <p>↓</p> <p>Perawat meminta Pasien kontrol kembali 2-3 hari (48 - 72 jam) setelah penyuntikan untuk pembacaan reaksi uji tuberculin</p>
7.	Waktu Pelayanan	Proses Tes Mantoux maksimal 20 menit untuk tindakan tanpa penyulit
8.	Unit Terkait	Klinik Anak

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PENGUKURAN SUHU TUBUH		
	No. Dokumen 064/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan :	
1. Pengertian	Pengukuran suhu tubuh adalah tindakan pengukuran suhu tubuh seseorang dengan menggunakan termometer digital inframerah.		
2. Tujuan	Tujukan SOP Pengukuran suhu tubuh adalah sebagai pedoman tenaga medis dan paramedik dalam didalam penggunaan termometer digital inframerah yang benar sehingga hasil pengukuran yang diperoleh akurat.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Klinik Nomor 800/217.37/7/2023 tentang Pelayanan Klinis di Balkesmas Wilayah Semarang		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Tenaga Pusat Kesehatan Masyarakat. 		
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Perawat mengidentifikasi pasien yang memerlukan pengukuran suhu tubuh, Perawat menjelaskan kepada pasien/keluarga tindakan yang akan dilakukan, Perawat mempersiapkan pasien dan Alat, Perawat menekan tombol power, (LCD diaktifkan), menampilkan semua simbol, nilai pengukuran terbaru ditampilkan untuk kedua kalinya. Ketika simbol ditampilkan termometer siap digunakan, Perawat meletakkan termometer pada dahi rata dengan kulit selama 3-4 detik, Perawat membaca hasil temperature pada layar, 		

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PENGUKURAN SUHU TUBUH				
	No. Dokumen 064/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 2		
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan :			
	7. Perawat memberitahukan hasil temperature pada pasien/keluarga pasien dan menuliskan hasil di ERM.				
6. Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Perawat mengidentifikasi pasien yang memerlukan pengukuran suhu tubuh]) --> B[Perawat menjelaskan kepada pasien/keluarga tindakan yang akan dilakukan] B --> C[Perawat mempersiapkan pasien dan Alat] C --> D[Perawat menekan tombol power, (LCD diaktifkan), menampilkan semua simbol, nilai pengukuran terbaru ditampilkan untuk kedua kalinya. Ketika simbol ditampilkan termometer siap digunakan] D --> E[Perawat meletakkan termometer pada dahi rata dengan kulit selama 3-4 detik] E --> F[Perawat membaca hasil temperature pada layar] F --> G([Perawat memberitahukan hasil temperature pada pasien/keluarga pasien dan menuliskan hasil di ERM.]) </pre>				
7. Waktu Pelayanan	Proses pengukuran suhu maksimal 5 menit untuk tindakan tanpa penyulit				
8. Unit Terkait	Semua Unit di Balkesmas Wilayah Semarang				

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENERIMAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 065/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:	 dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19860813 199803 2 002

1.	Pengertian	Penerimaan Obat Anti Tuberkulosis adalah suatu proses kegiatan penerimaan obat anti tuberkulosis dari Instalasi Farmasi sesuai dengan permintaan atau pesanan yang diajukan .
2.	Tujuan	Sebagai acuan petugas dalam penerimaan Obat Anti Tuberkulosis yang diterima sesuai dengan permintaan yang diajukan dan memenuhi persyaratan keamanan, khasiat dan mutu.
3.	Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.4/7/2023 tentang Kebijakan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian Balkesmas Wilayah Semarang. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas melakukan penerimaan Obat Anti Tuberkulosis dengan melakukan pengecekan terhadap Obat Anti Tuberkulosis yang diterima, meliputi jumlah, jenis dan ED obat sesuai dengan isi dokumen SBBK.

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PENERIMAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 065/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:	
		2. Petugas melakukan penandatanganan pada dokumen penerimaan Obat Anti Tuberkulosis yang diterima. 3. Petugas dapat mengajukan keberatan apabila ada ketidaksesuaian barang yang diterima dengan dokumen penerimaan. 4. Petugas mencatat Obat Anti Tuberkulosis yang diterima pada kartu stok.	
6.	Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menerima OAT]) --> B[Barang di cek jenis, jumlah dan ED nya apakah sesuai dengan SBBK] B --> C[Menandatangani dokumen penerimaan bila barang sudah sesuai] C --> D[Menandatangani dokumen penerimaan bila barang sudah sesuai] D --> E[Bila barang yang didapat tidak sesuai dengan dokumen penerimaan petugas dapat mengajukan keberatan] E --> F([Petugas mencatat barang masuk di kartu stok]) </pre>	
7.	Waktu Pelayanan	Proses Tes Mantoux maksimal 20 menit untuk tindakan tanpa penyulit	

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PENERIMAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 065/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh: 	

8.	Unit Terkait	Klinik Farmasi
----	--------------	----------------

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGELOLAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 066/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 6
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) KTP 89680813 199803 2 002	

1.	Pengertian	Pengelolaan Obat Anti Tuberkulosis adalah suatu prosedur mencakup semua kegiatan pelayanan kefarmasian yang dimulai dari perencanaan, permintaan, penerimaan dan penyimpanan Obat Anti Tuberkulosis
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan dalam melaksanakan pengelolaan Obat Anti Tuberkulosis.
3.	Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.4/7/2023 tentang Kebijakan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian Balkesmas Wilayah Semarang. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis
5.	Prosedur	<p>I. Perencanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> Perencanaan Obat Anti Tuberkulosis dilakukan setiap 3 bulan / setiap Triwulan sekali melalui Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) Petugas Farmasi berkoordinasi dengan perawat pengelola program TBC untuk menghitung jumlah Kasus Tuberkulosis yang tercapat di SITB selama 12

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PENGELOLAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 066/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 6
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:	 WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NKB 81960813 199803 2 002
		<p>bulan Terahir dan menentukan jumlah pasien untuk perkiraan kebutuhan OAT selama 3 bulan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Petugas Farmasi menghitung kebutuhan Obat Anti Tuberkulosis selama tiga bulan dengan perhitungan jumlah kebutuhan dikurangi sisa stok dan ditambah Buffer Stock 5% 4. Petugas Farmasi menyusun rencana kebutuhan Obat Anti Tuberkulosis 5. Petugas Farmasi mengirim permintaan perencanaan OAT ke Dinas Kesehatan Kota / Instalasi Farmasi melalui Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) <p>II. Permintaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Farmasi mengajukan permintaan kebutuhan obat anti tuberkulosis melalui aplikasi SITB 2. Petugas Farmasi mengajukan permintaan kebutuhan obat anti tuberkulosis sesuai dengan perencanaan OAT dan jumlah pasien TBC 3. Petugas Farmasi mengambil obat anti tuberkulosis ke Instalasi Farmasi <p>III. Penerimaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan penerimaan Obat Anti Tuberkulosis dengan melakukan pengecekan terhadap Obat Anti Tuberkulosis yang diterima, meliputi jumlah, jenis dan ED obat sesuai dengan isi dokumen SBBK. 	

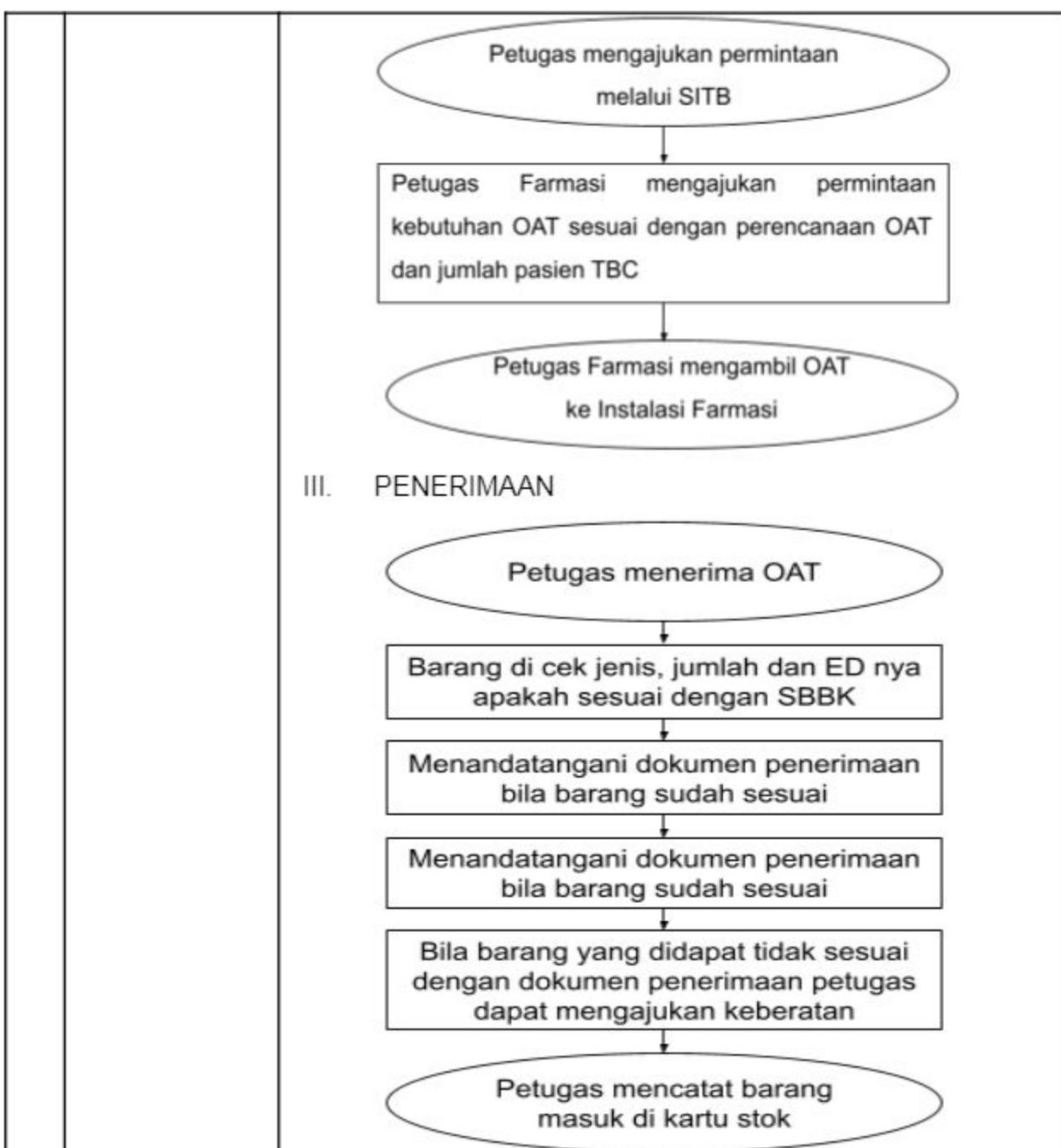
 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGELOLAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 066/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 6
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP 34960813 199803 2 002	

	<p>2. Petugas melakukan penandatanganan pada dokumen penerimaan Obat Anti Tuberkulosis yang diterima.</p> <p>3. Petugas dapat mengajukan keberatan apabila ada ketidaksesuaian barang yang diterima dengan dokumen penerimaan.</p> <p>4. Petugas mencatat Obat Anti Tuberkulosis yang diterima pada kartu stok.</p> <p>IV. Penyimpanan</p> <p>1. Petugas Farmasi menyiapkan penyimpanan obat</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Obat disimpan dengan system FIFO (First In First Out) Penyimpanan dengan metode persediaan Obat Anti Tuberkulosis dengan konsep menggunakan OAT yang diterima lebih awal ii. Obat disimpan dengan system FEFO (First Expired First Out) Penyimpanan dengan metode pengelolaan Obat Anti Tuberkulosis dengan menggunakan masa kadaluarsa yang paling dekat yang digunakan terlebih dahulu <p>2. Petugas Farmasi mencatat tanggal penerimaan, jumlah dan waktu kadaluarsa Obat Anti Tuberkulosis yang diterima dalam kartu stok</p> <p>3. Petugas meletakkan kartu stok di dekat Obat Anti Tuberkulosis</p>
--	---

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGELOLAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 066/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 4 dari 6
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:	
		 WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) KTP 0813 1998032 002	

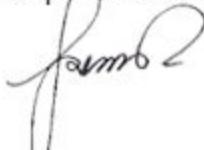
		4. Petugas menyimpan pada Almari khusus Obat Tuberkulosis di Ruang Farmasi
6.	Diagram Alir	<p>I. PERENCANAAN</p>  <pre> graph TD A([Perencanaan setiap Triwulan sekali melalui (SITB)]) --> B[Petugas menghitung kebutuhan OAT selama 3 bulan dengan perhitungan jumlah kebutuhan dikurangi sisa stok dan ditambah Buffer Stock 5%] B --> C[Petugas Farmasi menyusun rencana kebutuhan Obat Anti Tuberkulosis] C --> D([Petugas mengirim permintaan perencanaan OAT melalui SITB]) </pre> <p>II. PERMINTAAN</p>

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGELOLAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 066/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 5 dari 6
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:	
		 DINAWAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP 89680813 199803 2 002	

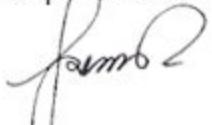


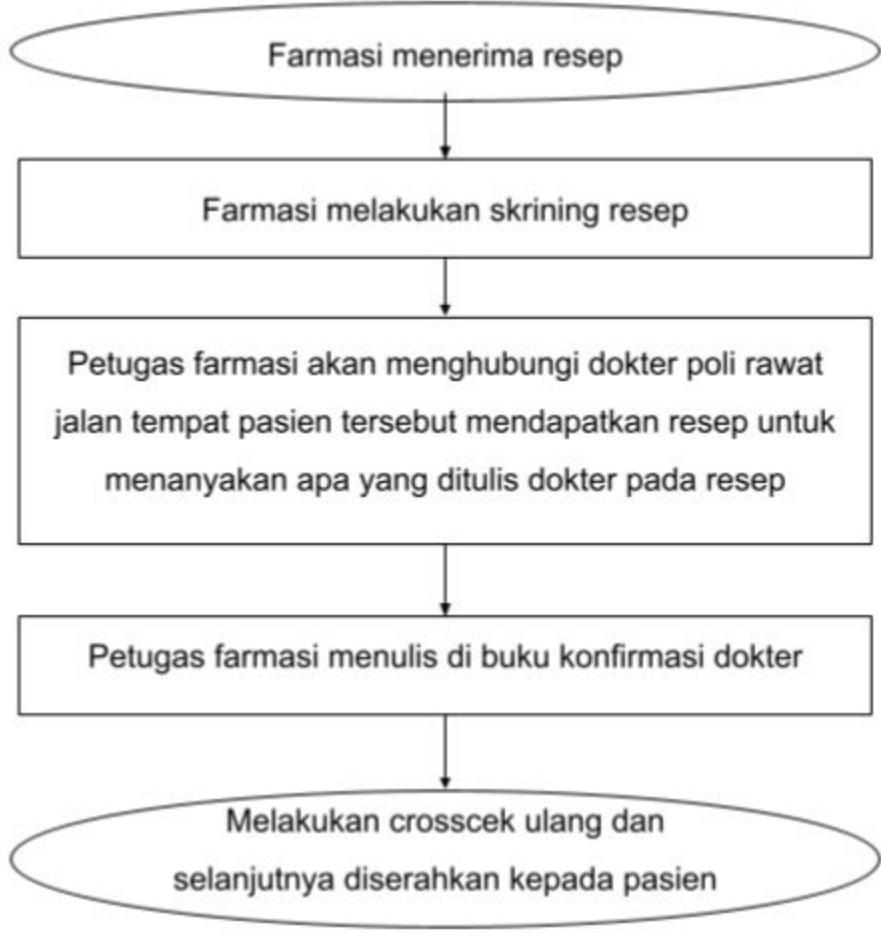
 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGELOLAAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS		
	No. Dokumen 066/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 6 dari 6
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  <u>WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> <u>NIP 081319980813 199803 2 002</u>	

	<p style="text-align: center;">IV. PENYIMPANAN</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> Petugas Farmasi menyiapkan penyimpanan obat dengan sistem FIFO dan FEFO </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> Petugas Farmasi mencatat tanggal penerimaan, jumlah dan waktu kadaluarsa Obat Anti Tuberkulosis yang diterima dalam kartu stok </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> Petugas meletakkan kartu stok di dekat Obat Anti Tuberkulosis </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> Petugas menyimpan pada Almari khusus Obat Tuberkulosis di Ruang Farmasi </div>
7.	Waktu Pelayanan
8.	Unit Terkait

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	BILA RESEP TIDAK TERBACA		
	No. Dokumen 071/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023 	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

1. Pengertian	Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, atau dokter hewan kepada Apoteker, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan bagi pasien.
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan menghindari terjadinya kesalahan dalam membaca tulisan dokter dalam menuliskan resep.
3. Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.4/7/2023 tentang Kebijakan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas farmasi menerima resep, selanjutnya dilakukan skrining terhadap resep tersebut. Jika ada tulisan yang tidak terbaca dalam resep tersebut petugas farmasi akan menghubungi dokter poli rawat jalan tempat pasien tersebut mendapatkan resep untuk menanyakan apa yang ditulis dokter pada resep pasien tersebut. Petugas farmasi menulis di buku konfirmasi dokter.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	BILA RESEP TIDAK TERBACA		
	No. Dokumen 071/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 2
SPO	<p>Tanggal Terbit 21 Agustus 2023</p> 	Ditetapkan Oleh:  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

		4. Obat yang telah disiapkan di lakukan crosscek ulang dan selanjutnya diserahkan kepada pasien / keluarga pasien dengan informasi obat yang diperlukan
6.	Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Farmasi menerima resep]) --> B[Farmasi melakukan skrining resep] B --> C["Petugas farmasi akan menghubungi dokter poli rawat jalan tempat pasien tersebut mendapatkan resep untuk menanyakan apa yang ditulis dokter pada resep"] C --> D["Petugas farmasi menulis di buku konfirmasi dokter"] D --> E([Melakukan crosscek ulang dan selanjutnya diserahkan kepada pasien]) </pre>
7.	Waktu Pelayanan	Proses konfirmasi maksimal 15 menit
8.	Unit Terkait	Unit Farmasi



**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

TINDAKAN NEBULISASI

No. Dokumen
079/SPO/7/2023

No. Revisi
01

Halaman
: 1 dari 3

Tanggal Terbit
14 Februari 2024

Ditetapkan :



1.	Pengertian	Tindakan Nebulisasi adalah suatu terapi inhalasi yang digunakan untuk melancarkan jalan napas
2.	Tujuan	Tujukan SOP Tindakan Nebulisasi adalah memberikan pedoman bagaimana melakukan prosedur nebulisasi yang aman dan mengurangi kemungkinan transmisi virus.
3.	Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Klinik Nomor 800/217.37/7/2023 tentang Pelayanan Klinis di Balkesmas Wilayah Semarang
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none">Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 514 tahun 2025 tentang Panduan Praktik Klinik
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none">Petugas menyiapkan peralatan dan kelengkapannya.Petugas menyiapkan dan memeriksa kelengkapan administrasi , dan RM pasien.Petugas Menyiapkan Nebulizer set yang diberi obat sesuai petunjuk dokterPetugas menyiapkan pasien pada posisi duduk sesuai kondisinya, tangan pasien memegang Nebuliser set diposisikan pada hidung dan mulutPetugas menghidupkan mesin nebuliserPetugas menginstruksikan pasien untuk menghirup uap yang keluar dari nebuliser sampai habis.Petugas mengontrol keadaan pasien selama nebulisasi



**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

TINDAKAN NEBULISASI

No. Dokumen
079/SPO/7/2023

No. Revisi
01

Halaman
: 2 dari 3

SPO	Tanggal Terbit 14 Februari 2024	Ditetapkan : 
------------	------------------------------------	--

		8. Petugas mematikan Nebuliser dan melepas nebuliser set pasien..
6.	Diagram Alir	<pre> graph TD A([Mulai]) --> B[Menyiapkan alat nebulizer] B --> C[Menyiapkan & memeriksa dokumen RM] C --> D[Menyiapkan campuran obat nebulisasi] D --> E[Menyiapkan pasien] E --> F[Mengaktifkan power switch] F --> G[Instruksi pasien menghirup uap] G --> H[Mengontrol keadaan pasien] H --> I[Mematikan nebulizer] I --> J([Selesai]) D --> K[Dok RM] D --> L[Form permintaan nebulisasi] </pre>
7.	Waktu Pelayanan	Proses tindakan Nebulisasi maksimal 20 menit untuk tindakan tanpa penyulit

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	TINDAKAN NEBULISASI		
	No. Dokumen 079/SPO/7/2023	No. Revisi 01	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 14 Februari 2024	Ditetapkan :	

8.	Unit Terkait	Klinik Anak Klinik Spesialis Paru. Klinik Klinik Umum I Klinik Umum II Klinik TB
----	--------------	--

Rekaman/ Histori

N o	Halaman	Revisi	Uraian Perubahan	Tanggal Berlaku
1	1	1	Menghilangkan ; 1. Pemeriksaan Antigen Covid-19 pada pasien yang akan dilakukan Tindakan Nebulisasi	14 Februari 2024

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	TINDAKAN FISIOTERAPI DENGAN INFRA RED		
	No. Dokumen 081/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2024	Ditetapkan :  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

1.	Pengertian	Tindakan fisioterapi dengan Infra red adalah tindakan fisioterapi pada pasien dengan menggunakan sinar infra merah.
2.	Tujuan	Tujukan SOP Tindakan fisioterapi dengan Infra red adalah memberikan pedoman petugas untuk melaksanakan langkah langkah kegiatan tindakan Fisioterapi dengan menggunakan alat infra red
3.	Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Klinik Nomor 800/217.37/7/2023 tentang Pelayanan Klinis di Balkesmas Wilayah Semarang
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 514 tahun 2025 tentang Panduan Praktik Klinik
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas menyiapkan peralatan dan kelengkapannya. Lampu yang akan dipakai sesuai standar. Petugas menyiapkan dan memeriksa kelengkapan administrasi, dan dokumen RM pasien. Petugas memposisikan pasien sesuai letak bagian yang akan disinar, pakaianya dibuka. Petugas Mengatur jarak bagian yang akan disinar dengan lampu ± 45 cm-60 cm Petugas Menghidupkan lampu Infra Red selama 10 – 15 menit Petugas Mengontrol keadaan pasien selama penyinaran dengan Infra red Petugas Mematikan lampu Infra Red setelah penyinaran.



**BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

TINDAKAN FISIOTERAPI DENGAN INFRA RED

No. Dokumen
081/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman
: 2 dari 2

SPO

Tanggal Terbit
21 Agustus 2024

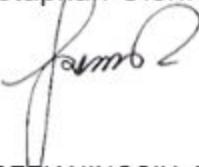


6. Diagram Alir

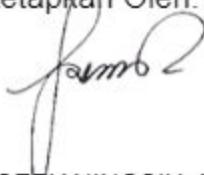


7. Waktu Pelayanan
Proses Tindakan fisioterapi dengan Infra Red maksimal 20 menit untuk tindakan tanpa penyulit

8. Unit Terkait
Klinik Umum I
Klinik Umum II
Klinik Suspek TB
Klinik TB
Klinik Spesialis Paru.
Klinik Spesialis Anak.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENCATATAN DAN PELAPORAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 083/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

1.	Pengertian	Pencatatan dan pelaporan merupakan serangkaian kegiatan dalam rangka penata usahaan obat-obatan secara tertib, baik obat-obatan yang diterima, disimpan, didistribusikan maupun yang digunakan di unit-unit pelayanan di Klinik.
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan.
3.	Kebijakan	Surat Kebijakan No _____ Tahun _____ tentang Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian Balkesmas Wilayah Semarang.
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Pencatatan dilakukan pada setiap pengelolaan sediaan farmasi. Untuk pengadaan dilakukan pencatatan berupa surat pesanan dan faktur dan kartu stok untuk penyimpanan. Mengisi kartu stok setiap penambahan dan pengambilan sediaan farmasi. Menjumlahkan setiap penerimaan dan pengeluaran sediaan farmasi pada kartu stok dan dibubuh paraf petugas.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENCATATAN DAN PELAPORAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 083/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 21 Agustus 2023	Ditetapkan Oleh:  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002	

6.	Diagram Alir <pre> graph TD A([Mulai]) --> B["Pencatatan dilakukan pada setiap pengelolaan sediaan farmasi."] B --> C["Untuk pengadaan dilakukan pencatatan berupa surat pesanan dan faktur dan kartu stok untuk penyimpanan."] C --> D["Mengisi kartu stok setiap penambahan dan pengambilan sediaan farmasi."] D --> E["Menjumlahkan setiap penerimaan dan pengeluaran sediaan farmasi pada kartu stok dan dibubuhki paraf petugas."] E --> F([Selesai]) </pre>
7.	Waktu Pelayanan
8.	Unit Terkait

<p style="text-align: center;">PEMAKAIAN ROTATOR</p>			
 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	No. Dokumen 107/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	
1. Pengertian	Pemakaian dengan menggunakan rotator yang berfungsi untuk pembentukan aglutinasi		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah untuk mengetahui aglutinasi.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang Nomor :800/217.30/7/2023 tentang Kebijakan Pelayanan laboratorium		
4. Referensi	Manual Kit Alat Rotator		
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas meghubungkan alat dengan listrik; Petugas menyalakan tombol power pada bagian depan alat di posisi ON; Petugas memutar kecepatan yang diperlukan; Petugas memutar timer untuk mengatur waktu yang dibutuhkan; Petugas menunggu hingga alat berhenti dan terbentuk aglutinasi; Petugas menekan tombol power di posisi OFF. 		
6. Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menyiapkan alat Rotor]) --> B([Petugas menyalakan tombol power pada bagian depan alat di posisi ON]) </pre>		

PEMAKAIAN ROTATOR			
	No. Dokumen 107/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	

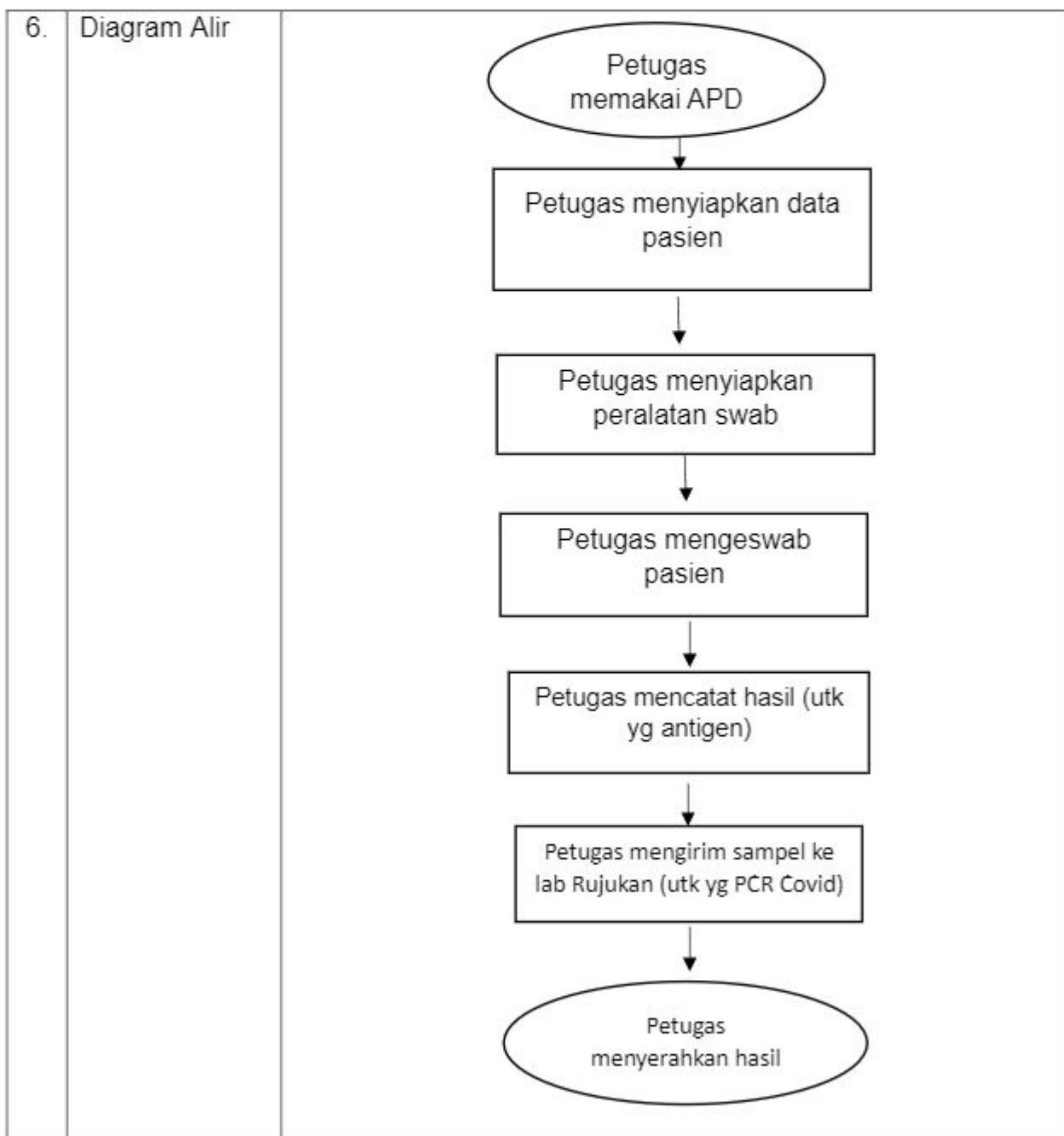
		<pre> graph TD A["Petugas memutar kecepatan yang diperlukan"] --> B["Petugas memutar timer untuk mengatur waktu yang dibutuhkan"] B --> C["Petugas menunggu hingga alat berhenti dan terbentuk aglutinasi;"] C --> D(["Petugas menekan tombol power di posisi OFF."]) </pre>
7.	Waktu Pelayanan	20-30 Menit
8.	Unit Terkait	Unit Laboratorium

PEMAKAIAN ROTATOR			
	No. Dokumen 107/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	<p align="center">PENGAMBILAN SPESIMEN SWAB NASOFARING DAN OROFARING</p>		
	No. Dokumen 109/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 4
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan oleh :  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP 19660813 199803 2 002	
1. Pengertian	Pengambilan Spesimen Swab Nasofaring dan orofaring adalah pengambilan spesimen melalui lubang hidung dan tenggorokan guna pemeriksaan laboratorium		
2. Tujuan	Sebagai Acuan Langkah-langkah untuk pemeriksaan Covid 19		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Balai Kesehatan Masyarakat Nomor tentang 800/217.30/7/2023 Kebijakan Pelayanan Laboratorium		
4. Referensi	Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 Kemenkes RI tahun 2020		
5. Prosedur	Pemeriksaan Covid 19 dengan PCR <ol style="list-style-type: none"> Petugas menggunakan APD lengkap Petugas menyiapkan <i>cryotube</i> yang berisi media transport virus (VTM); Petugas memberikan label nama dan tanggal lahir pada dinding <i>cryotube</i> menggunakan marker/pulpen; Petugas memasukkan secara perlahan swab dacron steril dengan tangkai plastik ke dalam hidung, pastikan posisi swab pada Septum bawah hidung (nasofaring) dan rongga tenggorokan (orofaring); Petugas memasukkan swab secara perlahan-lahan ke bagian nasofaring, kemudian dilakukan gerak memutar secara perlahan; Petugas memasukkan dacron sesegera mungkin ke dalam <i>cryotube</i> yang berisi VTM dan mematahkan tangkai plastik 		

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PENGAMBILAN SPESIMEN SWAB NASOFARING DAN OROFARING		
	No. Dokumen 109/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 4
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan oleh : 	
	<p>di daerah mulut <i>cryotube</i> agar <i>cryotube</i> dapat ditutup dengan rapat;</p> <p>7. Petugas memastikan label kode spesimen sesuai dengan kode yang ada di formulir penyelidikan epidemiologi;</p> <p>8. Petugas memberikan parafilm pada <i>cryotube</i> dan masukkan ke dalam Plastik Klip;</p> <p>Petugas mengirimkan sampel pada laboratorium rujukan.</p> <p>Pemeriksaan Antigen Covid 19</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menggunakan APD Lengkap 2. Petugas mengidentifikasi pasien 3. Petugas menyiapkan peralatan dan bahan 4. Petugas memasukkan secara perlahan swab dacron steril dengan tangkai plastik ke dalam hidung, pastikan posisi swab pada Septum bawah hidung (nasofaring) 5. Petugas memasukkan dacron kedalam tabung reagen yang sudah ada dan menutup nya , kemudian meneteskan ke dalam lubang cassette rapid antigen sebanyak 3 tetes 6. Petugas menunggu hasil yang muncul di rapid test dengan waktu tunggu 15 Menit 7. Petugas mengentri hasil yang sudah muncul di eMeris 8. Petugas menyerahkan hasil kepada pasien 		

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	<p style="text-align: center;">PENGAMBILAN SPESIMEN SWAB NASOFARING DAN OROFARING</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. Dokumen 109/SPO/7/2023</td><td style="width: 33%;">No. Revisi</td><td style="width: 33%;">Halaman 3 dari 4</td></tr> </table>			No. Dokumen 109/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman 3 dari 4
No. Dokumen 109/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman 3 dari 4				
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan oleh : 				



 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	<p align="center">PENGAMBILAN SPESIMEN SWAB NASOFARING DAN OROFARING</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. Dokumen</td> <td style="width: 33%;">No. Revisi</td> <td style="width: 33%;">Halaman</td> </tr> <tr> <td>109/SPO/7/2023</td> <td></td> <td>4 dari 4</td> </tr> </table>			No. Dokumen	No. Revisi	Halaman	109/SPO/7/2023		4 dari 4
No. Dokumen	No. Revisi	Halaman							
109/SPO/7/2023		4 dari 4							
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan oleh :  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP 19660813 199803 2 002							

7.	Waktu Pelayanan	Antigen Covid: 20-30 Menit PCR Covid: 3-7 hari
8.	Unit Terkait	Unit laboratorium Unit Klinik Pengirim Permintaan Pemeriksaan

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PEMERIKSAAN SYPHILIS METODE RAPID TEST CASSETTE		
	No. Dokumen 110/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 4
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan : 	

1.	Pengertian	Syphilis adalah penyakit yang di sebabkan oleh bakteri Gram negatif Treponema pallidum
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pedoman pemeriksaan Syphilis
3.	Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang Nomor 800/217.29/7/2023 tentang Jenis Pelayanan Laboratorium
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Keputusan Menteri Kesehatan No.364/MENKES/SK/III/2003 Tentang Laboratorium Kesehatan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 37 tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat Manua mutu Kit Reagen Treponema Pallidum
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas mempersilahkan pasien masuk ke laboratorium Petugas menerima lembar permintaan pemeriksaan laboratorium. Petugas mencocokan identitas yang tertera pada lembar permintaan laboratorium dengan menanyakan kepada pasien. Petugas memberitahu maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan. Petugas mencatat identitas pasien ke buku register dan Petugas mempersiapkan alat dan bahan Petugas memindahkan tes device dari kantung

 <p>KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	<p style="text-align: center;">PEMERIKSAAN SYPHILIS METODE RAPID TEST CASSETTE</p>		
	No. Dokumen 110/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 4
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	
	<p>pembungkus dan gunakan sesegera mungkin. Hasil terbaik akan didapatkan jika pengujinya dikerjakan dalam satu jam.</p> <p>7. Petugas menempatkan tes device pada permukaan yang bersih dan bermutu atau permukaan yang tinggi.</p> <p>8. Petugas mulai mengambil darah kapiler menggunakan autoklik dan mengambil 2 tetes darah dengan finger stik pada well sampel strip test</p> <p>9. Petugas menambahkan 1 tetes buffer pada well sampel strip test yang sama</p> <p>10. Petugas membaca Hasil dibaca setelah 10 menit. (tidak lebih dari 15 menit).</p> <p>11. Petugas mencatat hasil pada buku register laboratorium.</p> <p>12. Petugas menyerahkan hasil pada dokter yang merujuk.</p> <p>Hasil pelaporan :</p> <p>Positif: terbentuk 2 tanda garis warna merah pada strip yaitu garis control dan pada garis test (T)</p> <p>Negatif : terbentuk 1 tanda garis warna merah pada strip yaitu pada garis control</p> <p>Invalid : Bila tidak terbentuk garis merah pada strip atau test (T), atau bila ada tanda garis merah pada garis (T), tapi pada garis control tidak tampak garis merah, ulangi</p>		

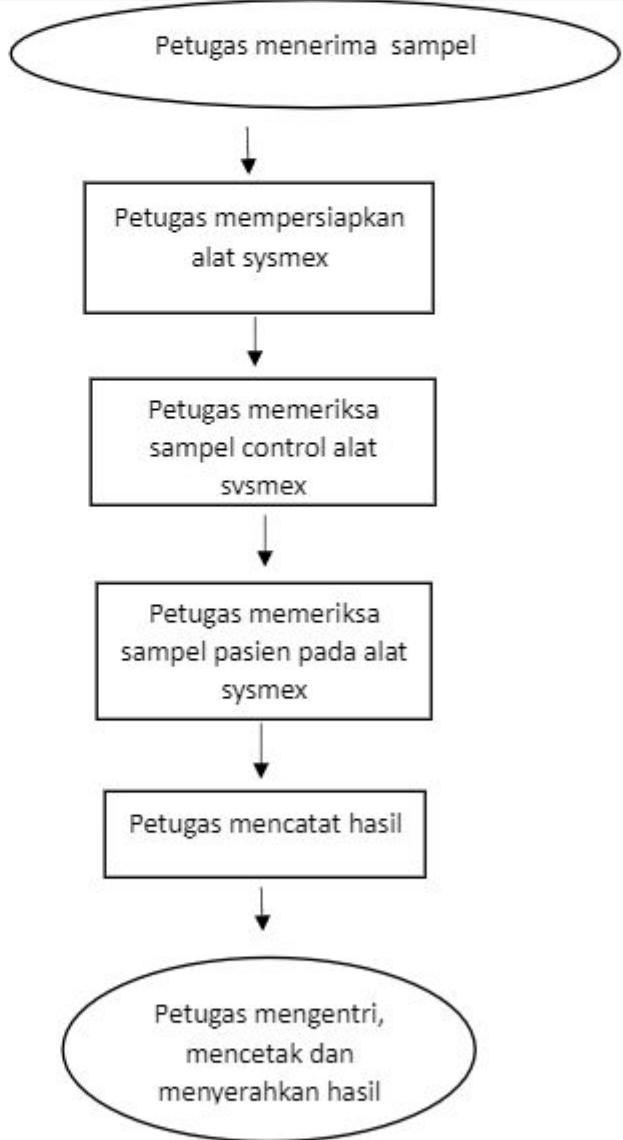
 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PEMERIKSAAN SYPHILIS METODE RAPID TEST CASSETTE		
	No. Dokumen 110/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 4
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan : 	

		dengan strip baru.
6	Diagram Alir	<pre> graph TD A["Petugas menerima pengantar dokter/Kartu berobat/ Nota Kasir"] --> B["Petugas mengecek identitas dan jenis pemeriksaan pasien di aplikasi meris"] B --> C["Petugas mempersiapkan peralatan sampling"] C --> D["Petugas melakukan pemeriksaan syphilis"] D --> E["Petugas Mengentri hasil pemeriksaan ke Aplikasi Meris"] E --> F["Petugas Menyerahkan hasil kepada pasien"] </pre>
7	Waktu Pelayanan	Proses Pemeriksaan Syphilis maksimal 60 menit

 <p style="text-align: center;">PEMERIKSAAN SYPHILIS METODE RAPID TEST CASSETTE</p>			
KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG SPO	No. Dokumen 110/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 4 dari 4
	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	 <p style="text-align: center;"> PEMERIKSAAN RAPID TEST CASSETTE KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG DR. MARYAHU SETIAWINGSIH, M.Kes (Epid) NIP 19660813 199803 2 002 </p>
6.	Unit Terkait	Unit Laboratorium Unit Klinik Pengirim	

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	<p align="center">PENGOPERASIAN ALAT HEMATOLOGY ANALIZER SYSMEX PRO S</p>		
	No. Dokumen 111/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 4
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	<p align="right">Ditetapkan Oleh :</p> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  DITAS KESEHATAN WILAYAH SEMARANG WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002 </div>	
1. Pengertian	Adalah proses pemeriksaan hematologi menggunakan alat autoanalyzer Sysmex Pro S		
2. Tujuan	Sebagai Acuan untuk melakukan prosedur pemeriksaan hematologi menggunakan alat Sysmex ProS dengan benar		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang No 800/217.29/7/2023 tentang Jenis Pelayanan Laboratorium		
4. Referensi	Kit Petunjuk Pengoperasian alat Hematologi Sysmex Pro S		
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Star Up <ol style="list-style-type: none"> A. Pemeriksaan Awal <ol style="list-style-type: none"> a. Periksalah kabel power terkoneksi dengan baik dengan stopkontak dan tidak ada selang yang terjepit b. Periksalah ketersediaan kertas printer, reagensia, tempat pembuangan limbah dan <i>trap chember</i>. B. Hidupkan alat (saklar On/Off ada pada sisi kanan alat). C. Alat melakukan <i>self Check</i>, pesan “please wait” akan tampil di layar. D. Auto rinse dan background check 2. Analisis Sampel <ol style="list-style-type: none"> A. Spesimen yang digunakan adalah darah-EDTA (Whole Blood) dengan volume minimum 1 mL. Volume darah yang diaspirasi oleh alat adalah 50 μL. B. Pastikan alat dalam status Ready. Mode default alat adalah Whole Blood. C. Tekan tombol [Sample No] pada layar untuk memasukan nomor identitas sampel secara manual, 		

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	<p style="text-align: center;">PENGOPERASIAN ALAT HEMATOLOGY ANALIZER SYSMEX PRO S</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. Dokumen 111/SPO/7/2023</td><td style="width: 33%;">No. Revisi</td><td style="width: 33%;">Halaman : 2 dari 4</td></tr> </table>			No. Dokumen 111/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 4
No. Dokumen 111/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 4				
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023					
 Ditetapkan Oleh :						
<p style="margin-left: 40px;">kemudian tekan tombol [<i>Ent</i>]</p> <p>D. Homogenisasikan darah yang akan diperiksa dengan baik. Buka tutupnya dan letakan dibawah <i>Aspiration Probe</i>. Pastikan ujung <i>Probe</i> menyentuh dasar botol sampel darah agar tidak menghisap udara.</p> <p>Tekan <i>Start Switch</i> untuk memulai proses</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Setelah terdengar bunyi <i>Beep</i> dua kali, [<i>Running</i>] muncul dilayar, dan <i>Rince Cup</i> turun, tabung sampel dapat diambil dengan cara menurunkan tabung sampel darah dari bawah <i>Probe</i> B. Hasil analisis akan tampil pada layar dan secara otomatik tercetak pada ketras printer. <p>3. Shutdown</p> <p>Pastikan alat dalam status ready, kemudian tekan tombol [<i>Shutdown</i>] pada layar, kemudian pesan konfirmasi <i>Shutdown</i> akan tampil dilayar.</p> <ul style="list-style-type: none"> B. Letakan <i>CELLCLEAN</i> di bawah aspiration probe, kemudian tekan <i>start switch</i> untuk memulai proses. Selama [<i>aspirating</i>] muncul padalayar, tetap letakan <i>CELLCLEAN</i> di bawah aspiration probe. C. Setelah terdengar bunyi <i>Beep</i> dua kali, [<i>Running</i>] muncul dilayar, <i>CELLCLEAN</i> dapat diambil dengan cara menurunkannya daribawah <i>Probe</i>. D. Setelah proses selesai, pesan "Turn OFF The Power" tampil dilayar. 						

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	<p align="center">PENGOPERASIAN ALAT HEMATOLOGY ANALIZER SYSMEX PRO S</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. Dokumen 111/SPO/7/2023</td><td style="width: 33%;">No. Revisi</td><td style="width: 33%;">Halaman 3 dari 4</td></tr> </table>			No. Dokumen 111/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman 3 dari 4
No. Dokumen 111/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman 3 dari 4				
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023					
Ditetapkan Oleh :  WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP 19660813 199803 2 002						
	<p>Kemudian, matikan alat dengan menekan tombol off pada saklar</p>					
6. Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menerima sampel]) --> B([Petugas mempersiapkan alat sysmex]) B --> C([Petugas memeriksa sampel control alat sysmex]) C --> D([Petugas memeriksa sampel pasien pada alat sysmex]) D --> E([Petugas mencatat hasil]) E --> F([Petugas mengentri, mencetak dan menyerahkan hasil]) </pre>					

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	<p style="text-align: center;">PENGOPERASIAN ALAT HEMATOLOGY ANALIZER SYSMEX PRO S</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. Dokumen 111/SPO/7/2023</td><td style="width: 33%;">No. Revisi</td><td style="width: 33%;">Halaman 4 dari 4</td></tr> </table>			No. Dokumen 111/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman 4 dari 4
No. Dokumen 111/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman 4 dari 4				
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023					



Ditetapkan Oleh :

[Signature]

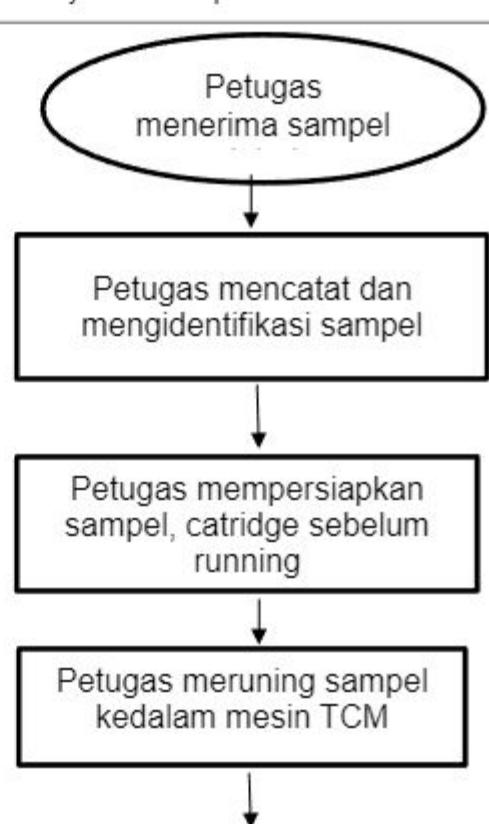
WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)
NIP. 19660813 199803 2 002

7.	Waktu Pelayanan	20-30 Menit
	Unit Terkait	Unit Laboratorium Unit Klinik pengirim

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PEMERIKSAAN TCM		
	No. Dokumen 112/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan Oleh:  BALKESMAS WILAYAH SEMARANG dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

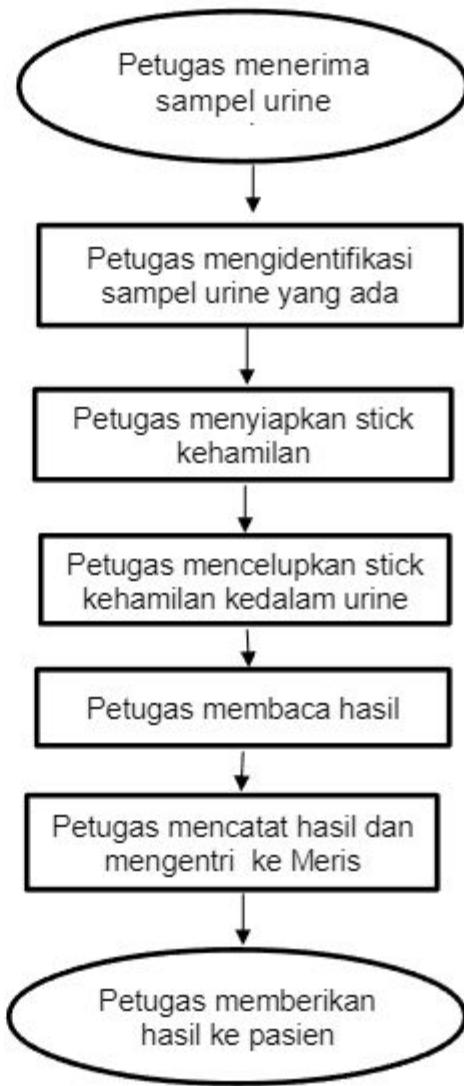
1.	Pengertian	Pemeriksaan Test Cepat Molekuler adalah Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (Tcm) Dengan Xpert MtB adalah perkembangan alat diagnostik yang dapat digunakan untuk mendeteksi adanya kuman mikrobakterium tuberculosis (MTB) secara otomatis dengan pemeriksaan molekuler dan juga dapat digunakan untuk mendeteksi resistensi MTB terhadap rifampisin.
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (Tcm) Dengan Xpert MtB
3.	Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang No.800/217.29/7/2023 tentang Jenis Pelayanan Laboratorium
4.	Referensi	Petunjuk Teknis Pemeriksaan TB Menggunakan Tes Cepat Molekuler
5.	Prosedur	<p>A. Pre-run</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memberikan alas tissue yang sudah diberi alcohol 70% ; 2. Petugas meletakkan sampel diatas tissue tersebut; 3. Petugas membuka reagen sampel dan pot dahak; 4. Petugas menuang reagen sampel sebanyak 2x volume dahak ke dalam pot dahak; 5. Petugas menghomogenkan pot dahak 10-20x; 6. Petugas menginkubasi 10 menit; 7. Petugas menghomogenkan pot dahak 10-20x; 8. Petugas menginkubasi 5 menit; 9. Petugas memberi identitas pada cartridge xpert di bagian kanan atau kiri cartridge, menggunakan spidol; 10. Petugas membuka penutup atas catridge;

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PEMERIKSAAN TCM		
	No. Dokumen 112/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan Oleh:  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	

	<p>11. Petugas memindahkan dahak dengan pipet melebihi tanda batas pipet;</p> <p>12. Petugas menutup rapat cartridge.</p> <p>B. Running TCM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memilih menu <i>create test</i>; 2. Petugas menyecan barcode yang tertempel di <i>cartridge</i>; 3. Petugas memasukkan identitas pasien Modul terpilih secara otomatis, masukkan <i>cartridge</i>; 4. Petugas memilih menu <i>start test</i>; 5. Petugas menutup rapat modul. <p>C. Pembacaan hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memilih menu <i>view result</i>; 2. Petugas mengeklik <i>view test</i>; Double klik atau centang tes pasien yang diinginkan 3. Petugas memilih menu <i>report</i>; 4. Klik <i>preview PDF</i>; 5. Petugas menyetak hasil pemeriksaan.
6. Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menerima sampel]) --> B([Petugas mencatat dan mengidentifikasi sampel]) B --> C([Petugas mempersiapkan sampel, cartridge sebelum running]) C --> D([Petugas merunning sampel kedalam mesin TCM]) </pre>

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PEMERIKSAAN TCM		
	No. Dokumen 112/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan Oleh:	 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002</p>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Petugas menunggu hasil TCM selama 2 Jam </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 150px; height: 150px; margin: 0 auto;"> <p style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);"> Petugas mencatat hasil dan meyerahkan hasil ke poli TB </p> </div>		
7.	Waktu Pelayanan	2 jam	
8.	Unit Terkait	Unit Laboratorium Klinik TB Klinik DSP	

 <p style="text-align: center;">PEMERIKSAAN TEST KEHAMILAN</p>							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG </td><td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> No. Dokumen 113/SPO/7/2023 </td><td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> No. Revisi </td><td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> Halaman : 1 dari 2 </td></tr> </table>				KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	No. Dokumen 113/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 2
KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	No. Dokumen 113/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 2				
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	 <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002				
1. Pengertian	Pemeriksaan Tes Kehamilan Rapid adalah Mendeteksi Hormon Human Chorio Gonadotropin { HCG } dalam urin, setelah pembuahan akan terjadi perkembangan pada plasenta, plasenta akan menghasilkan HCG.						
2. Tujuan	Sebagai acuan langkah-langkah dalam melaksanakan pemeriksaan test kehamilan						
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang Nomor 800/217.29/2023.tentang Jenis Pelayanan Laboratorium						
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan No.43 Tahun 2013 Tentang penyelenggaraan Klinik Yang Baik; 2. Insert kit Petunjuk pemeriksaan Rapid Test Kehamilan 						
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima sampel urine pasien 2. Petugas mengidentifikasi sampel urine yang ada 3. Petugas Menyiapkan Strip tes kehamilan 4. Petugas membuka Strip tes 5. Petugas mencelupkan strip tes kedalam urin dengan arah panah menghadap kebawah tidak lebih dari 15 detik dan tidak melebihi tanda batas celup. 6. Petugas mengangkat strip tes dari urin dan diletakkan dialas datar yang tidak menyerap 7. Petugas membaca hasil sesuai waktu petunjuk pada insert kit. 8. Petugas melaporkan hasil pemeriksaan Positif atau Negatif. 9. Petugas mencatat hasil pemeriksaan dalam buku register laboratorium 						

 <p>KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PEMERIKSAAN TEST KEHAMILAN		
	No. Dokumen 113/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	  <u>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)</u> NIP. 19660813 199803 2 002
6. Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menerima sampel urine]) --> B[Petugas mengidentifikasi sampel urine yang ada] B --> C[Petugas menyiapkan stick kehamilan] C --> D[Petugas mencelupkan stick kehamilan kedalam urine] D --> E[Petugas membaca hasil] E --> F[Petugas mencatat hasil dan mengentri ke Meris] F --> G([Petugas memberikan hasil ke pasien]) </pre>		
7. Waktu pelayanan	30-60 Menit		
8. Unit Terkait	Unit Laboratorium Unit Klinik Pengirim		

PEMERIKSAAN URINE RUTIN

No. Dokumen
114/SPO/7/2023

No. Revisi

Halaman :
1 dari 3

SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :
		<p>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002</p>

1.	Pengertian	Pemeriksaan urine rutin adalah pemeriksaan dengan menggunakan bahan urine untuk melihat secara makroskopis terkait warna, BJ, PH, Glukosa, Protein Urine dengan metode carik celup
2.	Tujuan	Sebagai acuan untuk menentukan Langkah-langkah pemeriksaan urine rutin
3.	Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang Nomor: 800/217.29/7/2023 Tentang Jenis Pelayanan Laboratorium
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Klik Insert "Verify Urinalysis reagen Strips"
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas menerima sampel urine Petugas mengecek identitas sampel Petugas mencelupkan strip urinalisis selama 1 detik pada urine. Petugas menghilangkan kelebihan urine yang melekat pada strip urinalisis dengan menggunakan tissue. Petugas mendiamkan stick urine selama 30 detik dengan posisi horizontal. Petugas membaca hasil dengan cara membandingkan warna yang terjadi dengan skala warna yang tertera pada botol strip urinalisis. Petugas mencatat, mengentri dan mencetak hasil pemeriksaan. Petugas menyerahkan hasil ke pasien
6.	Diagram Alir	<pre> graph TD A([Petugas menerima sampel urine]) --> B([Petugas mengecek identitas sampel]) </pre>

PEMERIKSAAN URINE RUTIN

**KLINIK UTAMA
BALKESMAS
WILAYAH
SEMARANG**

No. Dokumen
114/SPO/7/2023

No. Revisi

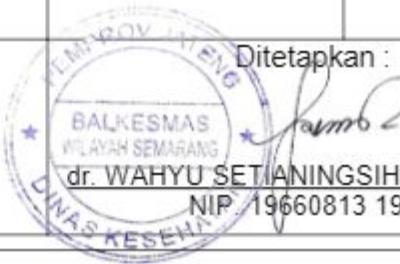
Halaman :
2 dari 3

SPO

Tanggal Terbit

22 Mei 2023

Ditetapkan :



dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid)
NIP. 19660813 199803 2 002

Petugas mencelupkan strip urinalysis selama 1 detik

Petugas meniriskan sisa urine yg ada di stick urine menggunakan tisu

Petugas mendiamkan stick urine selama 30 detik

Petugas membaca hasil stick urine

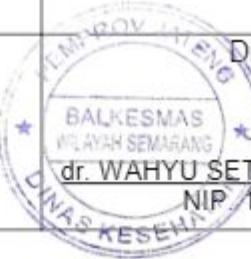
Petugas mencatat, mengentri dan mencetak hasil

Petugas menyerahkan hasil ke pasien

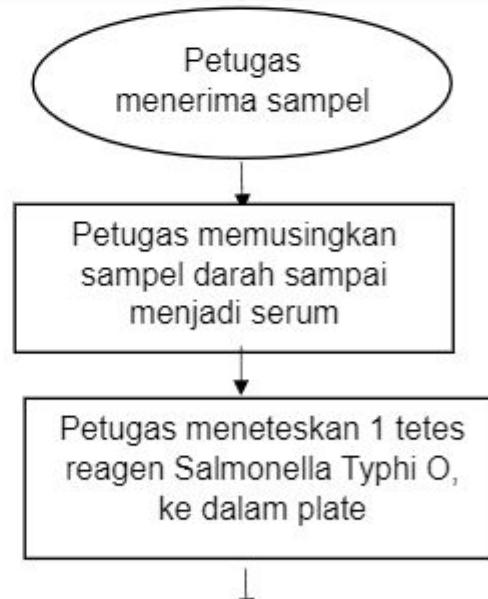
7. Waktu Penggeraan 30 Menit

8. Unit Terkait Unit Laboratorium

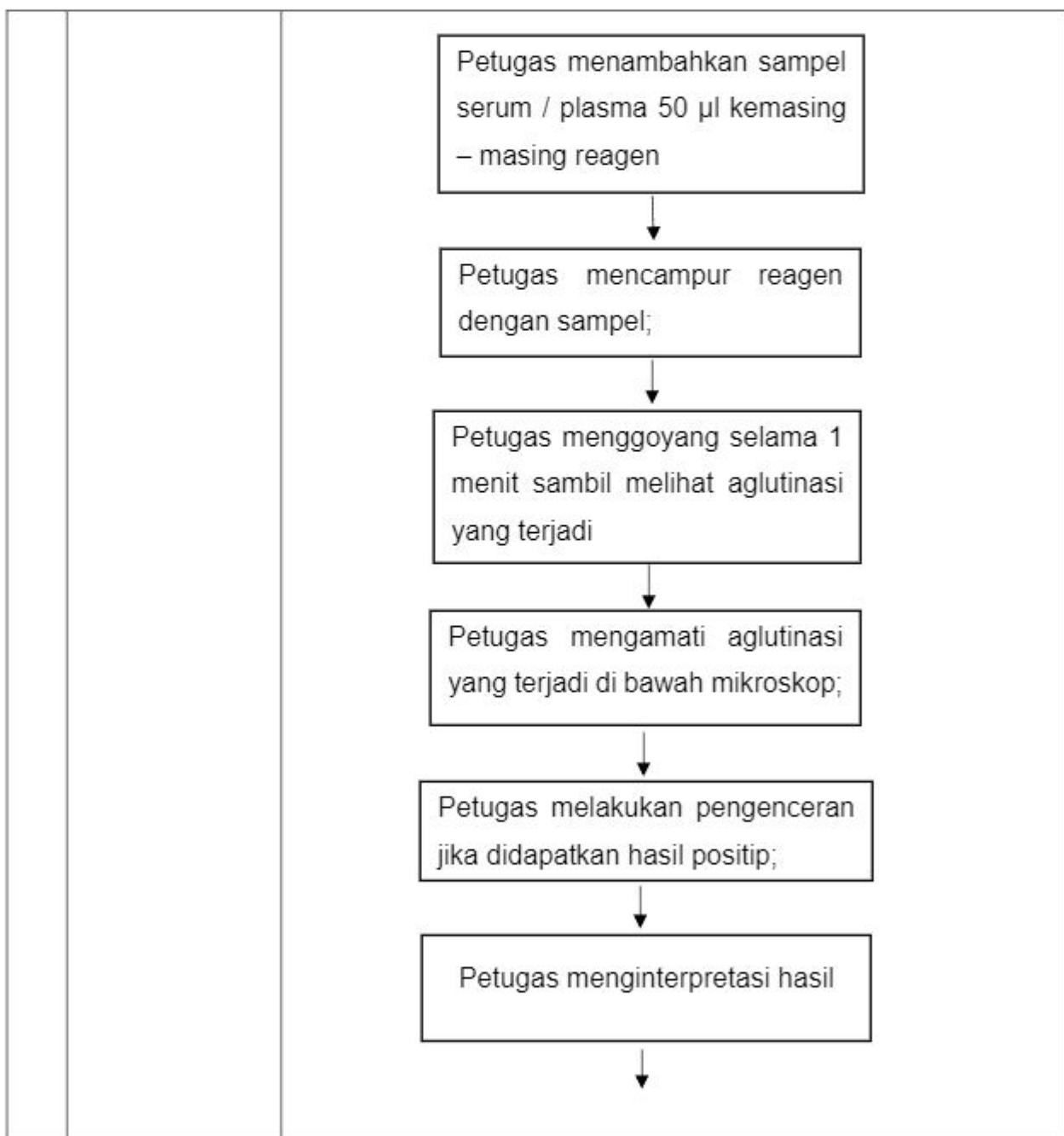
PEMERIKSAAN URINE RUTIN

 KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	No. Dokumen 114/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :  BALKESMAS WILAYAH SEMARANG dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002	
	Unit Klinik Pengirim		

<p style="text-align: center;">PEMERIKSAAN WIDAL</p>			
 <p>KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	No. Dokumen 115/SPO/7/2023	No. Revisi 	Halaman : 1 dari 4
	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	
SPO			
1. Pengertian	Pemeriksaan Widal adalah suatu pemeriksaan laboratorium untuk menegakkan diagnosa demam typhoid dengan melihat reaksi aglutinasi yang terjadi		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah untuk menegakkan diagnose penyakit typhoid		
3. Kebijakan	Surat keputusan Kepala Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang Nomor 800/217.29/7/2023 tentang Jenis Pelayanan Laboratorium		
4. Referensi	Manual Kit Reagen Salmonella O dan H		
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas menerima sampel,mempersiapkan alat dan reagen; Petugas memusingkan sampel darah untuk mendapatkan serum atau plasma; Petugas meneteskan 1 tetes reagen Salmonella Typhi O, AO,BO,CO dan H, AH,BH,CH ke dalam plate Petugas menambahkan sampel serum / plasma 50 µl ke masing – masing reagen; Petugas mencampur reagen dengan sampel; Petugas menggoyang selama 1 menit sambil melihat aglutinasi yang terjadi; Petugas mengamati aglutinasi yang terjadi di bawah mikroskop; Petugas melakukan pengenceran jika didapatkan hasil positif; 		

<p style="text-align: center;">PEMERIKSAAN WIDAL</p>			
 <p>KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	<p>No. Dokumen 115/SPO/7/2023</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman : 2 dari 4</p>
	<p>Tanggal Terbit 22 Mei 2023</p>	<p>Ditetapkan :</p>	
SPO	<p>9. Petugas menginterpretasikan dengan mengamati terjadinya aglutinasi pada masing- masing pengenceran sebagai berikut :</p> <p>Reagen Sampel Titer</p> <p>50 µL 80 µL 1/20</p> <p>50 µL 40 µL 1/40</p> <p>50 µL 20 µL 1/80</p> <p>50 µL 10 µL 1/160</p> <p>50 µL 5 µL 1/320</p> <p>50 µL 5 µL + 5 µL 1/640</p>		
6. Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menerima sampel]) --> B([Petugas memusingkan sampel darah sampai menjadi serum]) B --> C([Petugas meneteskan 1 tetes reagen Salmonella Typhi O, ke dalam plate]) </pre>		

PEMERIKSAAN WIDAL			
	No. Dokumen 115/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 4
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan : 	



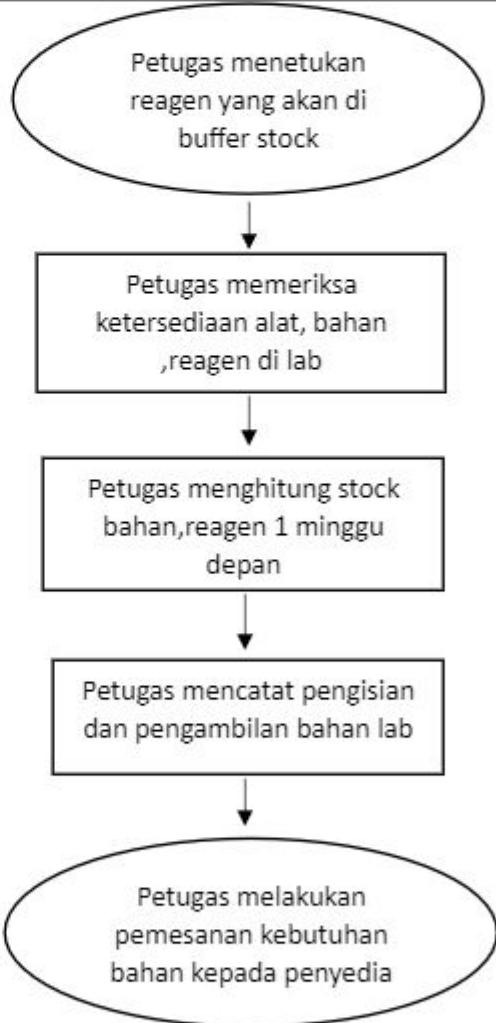
PEMERIKSAAN WIDAL			
No. Dokumen 115/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 4 dari 4	
SPO	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	

		Petugas mengentri hasil dan menyerahkan hasil ke pasien
7.	Waktu Pelayanan	30-60 Menit
8.	Unit Terkait	Unit Laboratorium Unit Klinik Pengirim

BUFFER STOCK REAGEN			
 <p>KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	No. Dokumen 116/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	 <p>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) 19660813 199803 2 002</p>

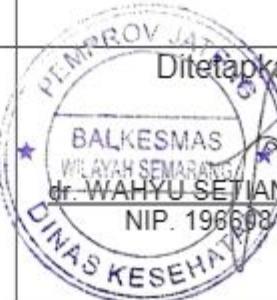
1.	Pengertian	Buffer Stock adalah stock yang dibuat untuk menanggulangi perubahan permintaan Reagensia .Pengelolaan reagen adalah proses memberikan pengawasan pada hal yang terlihat dalam reagen, meliputi pembuatan laporan penerimaan dan penggunaan reagen, penyimpanan, distribusi ragen dan pelabelan reagen.
2.	Tujuan	Untuk dapat mempertanggungjawabkan penggunaan Reagen agar dapat mengetahui stock reagen untuk perencanaan berikutnya
3.	Kebijakan	Keputusan Plt Kepala Balkesmas Wilayah Semarang Nomor: tentang Reagen Essensial
4.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Permenkes No 37 tahun 2012 tentang penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 Tahun 2013 Tentang Praktek Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas Laboratorium menentukan reagen yang memerlukan buffer stock. Petugas laboratorium memeriksa ketersediaan alat, bahan,dan reagen yang di gunakan dalam pemeriksaan laboratorium. Petugas memastikan bahwa bahan-bahan tersebut dalam jumlah cukup untuk 1 Minggu kedepan. Petugas laboratorium mencatat pengisian dan pengambilan.

BUFFER STOCK REAGEN			
 <p>KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	No. Dokumen 116/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	 <p>dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19660813 199803 2 002</p>

		5. Bila jumlah bahan dirasa tidak mencukupi, maka petugas segera memesan kebutuhan bahan kepada petugas penyedia bahan laboratorium.
6.	Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menetukan reagen yang akan di buffer stock]) --> B[Petugas memeriksa ketersediaan alat, bahan, reagen di lab] B --> C[Petugas menghitung stock bahan, reagen 1 minggu depan] C --> D[Petugas mencatat pengisian dan pengambilan bahan lab] D --> E([Petugas melakukan pemesanan kebutuhan bahan kepada penyedia]) </pre>
7.	Waktu Penyelesaian	1 Bulan

BUFFER STOCK REAGEN			
 <p>KLINIK UTAMA BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	No. Dokumen 116/SPO/7/2023	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
	Tanggal Terbit 22 Mei 2023	Ditetapkan :	 <i>[Signature]</i>

8.	Unit Terkait	Unit Laboratorium Gudang Logistik
----	--------------	--------------------------------------

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	RUJUKAN LABORATORIUM		
	No. Dokumen 130/SPO/7/2024	No. Revisi	Halaman : 1 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 22 April 2024	Ditetapkan Oleh:  dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19860813 199803 2 002	

1.	Pengertian	Rujukan laboratorium adalah pelimpahan suatu tanggung jawab atas permintaan laboratorium ke pelayanan laboratorium lain yang lebih memadai.
2.	Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk mengatur tata cara / mekanisme laboratorium untuk melimpahkan suatu pemeriksaan ke pelayanan laborat yang lebih memadai.
3.	Kebijakan	Keputusan Plt Kepala Balkesmas Wilayah Semarang Nomor: 800/217.29/7/2023 tentang Jenis – Jenis Pemeriksaan Laboratorium Yang Tersedia
4.	Referensi	Buku pedoman laboratorium good laboratory practice
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima blangko permintaan pemeriksaan. 2. Petugas melakukan pencatatan di buku register. 3. Petugas memberitahukan kepada pasien bahwa pemeriksaan yang diminta tidak dapat dikerjakan karena alasan tertentu. 4. Petugas menanyakan ke pasien apakah mau melakukan pemeriksaan lab di laboratorium lain. 5. Petugas menginfokan kepada dokter pengirim bahwa pemeriksaan lab tidak bisa dilakukan dikarenakan alasan tertentu 6. Petugas mengarahkan pasien untuk kembali ke dokter pengirim untuk diedukasi Kembali terkait pemeriksaan yang tidak bisa dilakukan di laboratorium ini.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	RUJUKAN LABORATORIUM		
	No. Dokumen 130/SPO/7/2024	No. Revisi	Halaman : 2 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 22 April 2024	Ditetapkan Oleh:  BALKESMAS WILAYAH SEMARANG dr. WAHYU SETIANINGSIH, M.Kes (Epid) NIP. 19860813 199803 2 002	

6.	<p>Diagram Alir</p> <pre> graph TD A([Petugas menerima blanko pemeriksaan]) --> B[Petugas mencatat dan mengecek identifikasi pasien] B --> C[Petugas memberitahukan terkait pemeriksaan yang tidak bias dikerjakan] C --> D[Petugas menanyakan ke pasien apakah berkenan melakukan pemeriksaan di lab lain] D --> E([Petugas Mengarahkan pasien untuk kembali ke dokter]) </pre>		
7.	Waktu pelayanan	30-60 Menit	
8.	Unit Terkait	Unit Laboratorium Poli Klinik Terkait Pendaftaran	

 <p>BALKESMAS WILAYAH SEMARANG</p>	PERESEPAN NARKOTIKA - PSIKOTROPIKA		
	No. Dokumen 131/SPO/7/2024	No. Revisi	Halaman : 1 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 09 Agustus 2024	Ditetapkan Oleh: 	

1. Pengertian	Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan ke dalam golongan-golongan yang diatur dalam perundangan. Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoatif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk kegiatan peresepan narkotika dan psikotropika.
3. Kebijakan	SK Kepala Balkesmas Wilayah Semarang No. 800/217.4/7/2023 tentang Kebijakan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2021 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik, Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Balkesmas Wilayah Semarang.

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PERESEPAN NARKOTIKA - PSIKOTROPIKA		
	No. Dokumen 131/SPO/7/2024	No. Revisi	Halaman : 2 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 09 Agustus 2024	Ditetapkan Oleh: 	

		3. KMK No. HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional
5.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Resep Narkotika dan Psikotropika ditulis oleh dokter yang memiliki SIP di Balkesmas wilayah Semarang Resep yang terdapat obat narkotika dan psikotropika mencantumkan identitas lengkap pasien. Resep yang mengandung obat Narkotika dan Psikotropika selain dituliskan dalam Sistem Merris harus menyertakan resep manual asli yang ditulis oleh dokter penulis resep dan ditandatangani oleh dokter yang bersangkutan beserta nama lengkap Resep harus ditulis jelas baik jenisnya, jumlahnya, maupun cara pemakaiannya. Jumlah peresepan obat narkotika dan psikotropika sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Umum: Sesuai Kebutuhan, maksimal 7 hari b. Dokter Spesialis: Sesuai kebutuhan, maksimal sesuai formularium nasional

 BALKESMAS WILAYAH SEMARANG	PERESEPAN NARKOTIKA - PSIKOTROPIKA		
	No. Dokumen 131/SPO/7/2024	No. Revisi	Halaman : 3 dari 3
SPO	Tanggal Terbit 09 Agustus 2024	Ditetapkan Oleh: 	

6.	Diagram Alir <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">Resep Narkotika dan Psikotropika ditulis oleh dokter yang memiliki SIP di Balkesmas wilayah Semarang</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Resep yang terdapat obat narkotika dan psikotropika mencantumkan identitas lengkap pasien</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Resep yang mengandung obat Narkotika dan Psikotropika selain dituliskan dalam Sistem Merris harus menyertakan resep manual asli yang ditulis oleh dokter penulis resep dan ditandatangani oleh dokter yang bersangkutan beserta nama lengkap</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Resep harus ditulis jelas baik jenisnya, jumlahnya, maupun cara pemakaianya</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">Jumlah peresepan obat narkotika dan psikotropika sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Umum: Sesuai Kebutuhan, maksimal 7 hari b. Dokter Spesialis: Sesuai kebutuhan, maksimal sesuai formularium nasional </div>
7.	Waktu Pelayanan
8.	Unit Terkait