|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PEMDA | **PELAYANAN DETEKSI DINI HIV, HEPATITIS B DAN SIFILIS PADA IBU HAMIL** **(TRIPEL ELIMINASI)** | D:\Akreditasi UPT Klapanunggal 2015\Print\logo-puskesmas.png |
| **SOP** | No. Dokumen  | : 154/SOP/IV/2022 |
| No. Revisi  | :  |
| Tanggal Terbit  | : April 2022 |
| Halaman  | :  |
| PUSKESMAS CURUG |  | KEPALA PUSKESMASAlih Yuliadi, SKMNIP. 197107041991031005 |
| 1. Pengertian
 | Pelayanan deteksi dini HIV, hepatitis b dan sifilis adalah memberikan pelayanan untuk mengidentifikasi penyakit HIV, hepatitis b dan sifilis atau kelainan secara klinis belum jelas dengan menggunakan pemeriksaan laboratorium. |
| 1. Tujuan
 | Sebagai acuan penerapan langkah – langkah dalam pelaksanaan kegiatan Deteksi Dini HIV, hepatitis B dan sifilis pada ibu hamil di Puskesmas Curug. |
| 1. Kebijakan
 | Keputusan Kepala Puskesmas Curug |
| 1. Referensi
 |  |
| 1. Prosedur/ Langkah-langkah
 | Alat dan Bahan1. Formulir pemeriksaan deteksi dini HIV, hepatitis B dan sifilis
2. Pengantar Laboratorium
3. Informed consent

Langkah – Langkah :1. Pasien ibu hamil datang ke posyandu dengan kunjungan pertama ditawarkan pemeriksaan deteksi dini HIV, hepatitis B dan sifilis *(2 menit)*
2. Jika ibu hamil bersedia, maka diberikan konseling dan penandatanganan informed consent untuk dilakukan pemeriksaan tripel eliminasi oleh petugas laboratorium *(3 menit)*
3. Jika ibu hamil tidak tersedia tawarkan pada kunjungan ulang, apabila tetap tidak bersedia tawarkan KTS *(2 menit)*
4. melakukan pemeriksaan tripel eliminasi *(10 menit)*
5. melakukan konseling hasil pemeriksaan *(3 menit)*
6. Apabila hasil pemeriksaan positif, rujuk ke poli terkait *(2 menit)*
 |
| 1. Bagan Alir
 | Petugas menentukan jadwal kegiatan pembinaan kader posyanduIbu hamil pada kunjungan pertama di posyandu ditawarkan pemeriksaan tripel eliminasiTIDAK BERSEDIA (tawarkan kembali pada saat kunjungan ANC ualang)BERSEDIA(diberikan konseling dan penandatanganan informed consent) PERKENALKAN KTSTETAP TIDAK BERSEDIA PEMERIKSAAN LABORATORIUM(Tripel Eliminasi)Konseling dan rujuk ke poli terkaitNon reaktifreaktif |
| 1. Unit terkait
 | 1. Poli KIA
 |
| 1. Rekaman historis perubahan
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Yang diubah | Isi Perubahan | Tanggal mulai diberlakukan |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |