|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **ALUR PELAYANAN** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : SOP/001/BAB VII/AK/2020 |
| No. Revisi : 01 |
| Tanggal Terbit :Keputusan Pimpinan Klinik Cabang ..... Nomor 1/jan/2020 |
| Halaman :1/2 |
| **v** |  | |  |
| 1. Pengertian | Pendaftaran pasien adalah suatu proses awal dalam penerimaan pasien untuk mendapatkan identitas lengkap yang digunakan dalam rekam medis di Klinikita Cabang ...... | | |
| 1. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah oleh petugas loket untuk menerima pasien di Klinikita Cabang ..... | | |
| 1. Referensi | 1. Peraturan Menteri kesehatan Republik indonesia NOMOR : 75 TAHUN 2014 tentang PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT | | |
| 1. Langkah -langkah | 1. Pasien datang keTempat Pendaftaran 2. Petugas dengan 4 S (Sikap,senyum,salam,sapa) 3. Pasien mengambil nomor antrian sesuai dengan tujuan 4. Pasien menunggu di runag tunggu 5. Petugas memanggil sesuai nomor urut 6. Jika pasien baru,petugas mengidentifikasi dan membuat rekam medis baru dengan kartu Identitas (KTP, KK, SIM, BPJS/KIS/Jamkesmas) 7. Jika pasien yang sudah pernah berkunjung, petugas mengambil rekam medis sesuai nomor indeks pasien 8. Petugas mengantar rekam medis ke unit yang dituju | | |
| 1. Bagan Alir |  | | |
| 1. Unit Terkait | 1. Loket Pendaftaran 2. Poli Umum 3. Farmasi | | |
| 1. Dokumen Terkait | 1. Rekam Medis 2. Buku Regester Rawat Jalan 3. Buku Harian Unit Terkait / Buku Bantu | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **IDENTIFIKASI PASIEN** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 2 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 14 february 2020 |
| Halaman :1/1 |
| v |  | | **Nama Petugas**  **.** |
| 1. Pengertian | Identifikasi pasien adalah suatu sistem identifikasi kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien | | |
| 1. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk memberikan identitas pada pasien untuk menghindari kesalahan medis | | |
| 1. Referensi | PERMENKES NO 69 tahun 2014 | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Komputer 4. Bahan 5. Rekam Medis 6. Buku regester | | |
| 1. Langkah-langkah | * 1. Pasien datang ke loket pendaftaran   2. Petugas menanyakan data pasien yang lengkap sesuai dengan kartu identitas KTP/KK   3. Petugas mencatat pada rekam medis   4. Pasien teridentifikasi | | |
| 1. Bagan Alir | - | | |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan Di Klinik Patrang | | |
| 1. Dokumen Terkait | Rekam Medis  Buku Regester | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **REKAM MEDIS** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 3 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 |
| Halaman :1/1 |
| v |  | | **.** |
| 1. Pengertian | Mengantar Rekam Medis adalah mengantar Rekam Medis dari tempat pendaftaran untuk di antar ke tempat pelayanan yang di tuju | | |
| 1. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk Pedoman Kerja Petugas Loket dalam mengantar Rekam Medis kepelayanan yang di tuju | | |
| 1. Referensi | PERMENKES no 289 tahun 2016 | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Bolpoin 3. Buku ekspedisi keluar masuk Rekam Medis 4. Bahan : Rekam medis | | |
| 1. Langkah -langkah | 1. Petugas memasukkan sejumlah Rekam Medis ke buku Ekspedisi keluar masuk 2. Petugas pendaftaran mengantar ke poli 3. Rekam Medis sudah terdistribusi di poli oleh Petugas poli 4. Petugas poli mengisi buku ekspedisi keluar masuk Rekam Medis 5. Rekam Medis dapat kembali ke loket | | |
| 1. Bagan Alir | - | | |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan di Klinikita Cabang ..... | | |
| 1. Dokumen Terkait | 1. Rekam Medis 2. Buku Ekspedisi keluar masuk Rekam Medis | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PEMBERIAN INFORMASI OBAT** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 4 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 |
| Halaman :1/1 |
| v |  | | **.** |
| 1. Pengertian | Pemberian informasi obat perlu dilakukan untuk menunjang proses rehabilitasi pasien | | |
| 1. Tujuan | Agar pasien mendapatkan informasi dari obat obatan yang diberikan setelah berobat di klinik | | |
| 1. Referensi | PERMENKES no 73 tahun 2016 | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Bolpoin 3. Buku ekspedisi keluar masuk Rekam Medis 4. Bahan : obat | | |
| 5.Langkah-langkah | Pelayanan farmasi klinik adalah   * + - 1. Pengkajian resep       2. Dispensing       3. Pelayanan informasi obat (PIO)       4. Konseling       5. Pelayanan kefarmasian di rumah       6. Pemantauan terapi obat (PTO)       7. Monitoring efek samping obat (MESO) | | |
| 6.Bagan Alir | - | | |
| 7.Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan di Klinikita Cabang ..... | | |
| 8.Dokumen Terkait | -rekam medis | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENYAMPAIAN INFORMASI DAN KETERSEDIAAN INFORMASI LAIN** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 5 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 |
| Halaman :1/1 |
| v |  | | **.** |
| 1. Pengertian | Penyampaian informasi adalah suatu proses pemberian informasi tentang sarana pelayanan di Klinik | | |
| 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk penyampaian informasi, ketersediaan informasi lain sehingga dapat di akses oleh pelanggan | | |
| 1. Referensi | Pedoman Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat Tahun 2017 | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : Pulpen 2. Bahan : 3. Leaflet 4. Buku Penyampaian informasi | | |
| 1. Langkah-langkah | 1. Petugas memberi salam pada pasien dengan ramah, 2. Petugas menanyakan tentang kebutuhan pasien, 3. Petugas menjawab dengan memberikan informasi kepada pasien, tentang Pelayanan yang ada di Klinikita Cabang ..... 4. Petugas menanyakan kembali pada pasien, apakah pasien sudah paham dengan penjelasan petugas 5. Petugas melanjutkan pelayanan pada pasien tersebut sesuai dengan kebutuhannya | | |
| 1. Bagan Alir | - | | |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan Di Klinikita Cabang ..... | | |
| 1. Dokumen Terkait | * 1. Rekam Medis   2. Buku Regester | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENYAMPAIAN HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 6 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman :1/2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1. Pengertian | 1. Hak adalah sesuatu yang diperoleh setelah melaksanakan kewajiban. 2. Kewajiban adalah sesuatu yang harus dilakukan sebelum menerima yang seharusnya diperoleh | | | |
| 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk menjelaskan kepada Pasien dan atau keluarga tentang hak dan kewajiban pasien di Klinik | | | |
| 1. Referensi | PERMENKES NO 4 TAHUN 2018 | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : Pulpen 2. Bahan : 3. Buku (bukti penyampaian hak dan kewajiban pasien) 4. Brosur,papan tentang hak dan kewajiban pasien | | | |
| 1. Langkah | 1. Petugas menjelaskan kewajiban pasien, seperti pasien wajib mentaati segala peraturan yang berlaku di Klinikita Cabang ..... 2. Petugas menjelaskan bahwa pasien wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya 3. Petugas menjelaskan bahwa pasien wajib mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan 4. Petugas menjelaskan bahwa pasien wajib membayar semua biaya pelayanan dari tindakan yang diterima kecuali pasien BPJS 5. Petugas wajib menyampaikan hak pasien, seperti pasien berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis 6. Petugas menjelaskan bahwa pasien berhak meminta pendapat dokter atau dokter gigi yang ada 7. Petugas menjelaskan bahwa pasien berhak mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis 8. Petugas menjelaskan bahwa pasien berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh pertolongan (kecuali tidak sadar, penyakit berat, gangguan jiwa berat) 9. Petugas menjelaskan bahwa pasien berhak mendapatkan penjelasan tentang isi rekam medis 10. Petugas menjelaskan bahwa pasien berhak mengajukan usul, kritik dan saran untuk perbaikan Klinikita Cabang ..... dalam pemberian pelayanan 11. Petugas menjelaskan bahwa pasien berhak memilih tenaga medis yang akan memberikan pelayanan terhadap dirinya jika dimungkinkan | | | |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENYAMPAIAN HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 6 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
| 1. Bagan Alir | - | | | |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan Di Klinikita Cabang ..... | | | |
| 1. Dokumen Terkait | RegIster Bukti Telusur | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENGELOLAAN LIMBAH** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 7 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit :12 Februari 2020 |
| Halaman :1/2 |
| v |  | | **.** |
| 1. Pengertian | Bahan berbahaya dan beracun yang selanjutnya disingkat B3 yang merupakan sisa suatu usaha kegiatan perlu tata cara pengelolaan nya | | |
| 1. Tujuan | Dapat melakukan pencegahan kontaminasi dan mengerti cara penanganan limbah di klnikita patrang | | |
| 1. Referensi | PERMENKES NO 101 TAHUN 2014 | | |
| 1. Langkah-langkah | * + - 1. Memfungsikan tempat penyimpanan limbah B3 sebagai tempat penyimpanan limbah B3       2. Menyimpan limbah B3 yg dihasilkan ke dalam tempat penyimpanan       3. Melakukan pengemasan sesuai dengan karakteristik limbah B3       4. Melekatkan label limbah B3 dan symbol limbah B3 pada kemasan tersebut       5. Melakukan identifikasi limbah B3 yang dihasilkan       6. Melakukan pencatatan nama dan jumlah limbah B3 yang dihasilkan       7. Melakukan penyimpanan limbah B3 apabila bekerjasama dengan pihak ke 2 dalam pemusnahan limbah B3       8. Melakukan pengelohan limbah dan/atau penimbunan limbah yang dilakukan sendiri atau menyerahkan kepada pengumpul limbah       9. Menyusun dan menyampaikan laporan penyimpanan limbah B3 | | |
| 1. Bagan Alir | - | | |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan Di Klinikita Cabang ..... | | |
| 1. Dokumen Terkait | Dokumen limbah  TPS limbah | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENGKAJIAN AWAL KLINIS** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen :8 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 |
| Halaman :1/1 |
| v |  | | **.** |
| 1. Pengertian | Pengkajian awal klinis adalah wawancara dan pemeriksaan yang dilakukan terhadap pasien untuk mengumpulkan data mengenai keadaan pasien yang meliputi anamnesa,pemeriksaan fisik,pemeriksaan penunjang serta kajian sosial pasien | | |
| 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien mencakup pelayanan medis dan keperawatan | | |
| 1. Referensi | PPK NO 514 tahun 2015 | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Nomor antrian 3. Pulpen 4. Bahan : 5. Rekam medis | | |
| 1. Langkah-langkah | 1. Petugas memanggil pasien yang sudah terdaftar 2. Petugas melakukan reidentifikasi pasien 3. Petugas melakukan anamnesa seperti keluhan utama,keluhan tambahan,riwayat penyakit dahulu dan sekarang,riwayat penyakit keluarga 4. Petugas melakukan pemeriksaan fisik 5. Petugas membuat dan mencatat diagnose pasien 6. Petugas merencankan terapi pada pasien 7. Pasien terkaji | | |
| 1. Bagan Alir | - | | |
| 1. Unit Terkait | Semua unit Pelayanan di Klinikita Cabang ..... | | |
| 1. Dokumen Terkait | 1. Rekam Medis, 2. Buku Regester | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **ASUHAN KEPERAWATAN** | | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 9 | | |
| No. Revisi : | | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | | |
| Halaman : 1/3 | | |
| v |  | | | | **.** |
| 1. Pengertian | Asuhan Keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/ pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan | | | | |
| 2.Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk Membantu individu untuk mandiri, mengajak individu atau masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan, membantu individu mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatannya, dan membantu individu memperoleh derajat kesehatan yang optimal | | | | |
| 1. Referensi | PERMENKES NO 5 tahun 2014 | | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : Pulpen 2. Bahan : Rekam Medis | | | | |
| 1. Langkah-langkah | 1. Melakukan Pengkajian yang meliputi : 2. Pengumpulan data antara lain :    * + 1. Keluhan utama        2. Status kesehatan sebelumnya dan sekarang        3. Pola koping sebelumnya dan sekarang        4. Fungsi status sebelumnya dan sekarang        5. Respon terhadap terapi medis dan tindakan keperawatan        6. Resiko untuk masalah potensial        7. Hal-hal yang menjadi dorongan atau kekuatan klien 3. Analisa data 4. Perumusan masalah 5. Setelah analisa data dilakukan, dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat diintervensi dengan Asuhan Keperawatan (Masalah Keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis. Selanjutnya disusun Diagnosis Keperawatan sesuai dengan prioritas. 6. Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Maslow, yaitu : Keadaan yang mengancam kehidupan, keadaan yang mengancam kesehatan, persepsi tentang kesehatan dan keperawatan. 7. Penting mencakup kegawatan dan apabila tidak diatasi akan menimbulkan komplikasi, sedangkan Segera mencakup waktu misalnya pada pasien stroke yang tidak sadar maka tindakan harus segera dilakukan untuk mencegah komplikasi yang lebih parah atau kematian | | | | |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **ASUHAN KEPERAWATAN** | | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 9 | | |
| No. Revisi : | | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | | |
| Halaman : 2/3 | | |
|  | * + - 1. Menentukan Diagnosa Keperawatan meliputi :   1. Aktual : Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.   2. Resiko : Menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi.  1. Kemungkinan : Menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. 2. Wellness : Keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ketingkat sejahtera yang lebih tinggi. 3. Syndrom : diagnosa yang terdiri dar kelompok diagnosa keperawatan actual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul/timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.    * + 1. Melakukan Rencana Keperawatan 4. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas.Rencana tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang    * + 1. Melakukan Implementasi Keperawatan 5. Tahap 1 : Persiapan   Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diindentifikasi pada tahap perencanaan.   1. Tahap 2 : Intervensi   Focus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan : independen,dependen,dan interdependen   1. Tahap 3 : dokumentasi   Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.   * 1. Melakukan Evaluasi Asuhan Keperawatan  1. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut: 2. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan criteria/ rencana yang telah disusun. 3. Hasil tindakan keperawatan ,berdasarkan criteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi. | | | | |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **ASUHAN KEPERAWATAN** | | | | |
| **SOP** | | | No. Dokumen : 9 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 3/3 | |
|  | * 1. Hasil evaluasi  1. Masalah teratasi apabila pasien telah menunjukkan perbaikan /kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan 2. Masalah teratasi sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya. 3. Masalah belum teratasi apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru.Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah tedapat data,analisis,diagnosa,tindakan dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan | | | | |
| 1. Bagan Alir | - | | | | |
| 1. Unit terkait | Semua Unit Pelayanan Di Klinikita Cabang ..... | | | | |
| 1. Dokumen Terkait | Rekam medis | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PELAYANAN MEDIS** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen :10 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : | |
| Halaman :1/2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1. Pengertian | Pelayanan medis adalah upaya kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diberikan kepada pasien oleh tenaga medis sesuai dengan standard pelayanan medis dengan memanfaatkan sumber daya dan fasilitas secara optimal. | | | |
| 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk melakukan pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diberikan kepada pasien oleh tenaga medis | | | |
| 1. Referensi | PERMENKES 514 tahun 2015 tentang PPK | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Nomor antrian 4. Komputer 5. Alat pengukur Tanda-tanda Vital (TTV) 6. Bahan : 7. Nomor antrian 8. Rekam Medis | | | |
| 1. Langkah- langkah | 1. Petugas memanggil pasien sesuai nomor antrian 2. Petugas mencocokkan identitas pasien dengan Rekam Medis 3. Jika ada ketidaksesuaian data petugas mengkonfirmasikan dengan sub unit pendaftaran 4. Petugas melakukan anamnesa 5. Petugas melakukan pemeriksaan fisik seperti tekanan darah dan mengukur berat badan dan dicatat dalam buku Rekam Medis 6. Bila memerlukan pemeriksaan penunjang pasien dikirim ke penunjang diagnostik 7. Petugas mencatat hasil kajian dalam catatan medik 8. Petugas memastikan data pengkajian dan penunjang guna mencegah pengulangan tindakan medis 9. Petugas membuat rencana asuhan keperawatan 10. Petugas melaksanaan asuhan keperawatan | | | |
|  | **PELAYANAN MEDIS** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 10 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : | |
| Halaman : 2/3 | |
| 1. Bagan Alir | - | | | |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan Klinis di Klinikita Cabang ..... | | | |
| 1. Dokumen Terkait | 1. Rekam Medis 2. Buku register 3. Informed Consent | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **STERILISASI** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 11 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 |
| Halaman : 1/2 |
| v |  | | **.** |
| 1. Pengertian | Sterilisasi alat adalah Suatu tindakan untuk membunuh kuman patogen dan apatogen beserta sporanya pada peralatan perawatan dan kedokteran. | | |
| 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk melakukan sterilisasi alat di Klinikita Cabang ..... | | |
| 1. Referensi | PERMENKES NO 27 tahun 2017 pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi | | |
| 1. Prosedur | 1.Alat :   1. Alat tulis 2. Peralatan medis 3. Sterilisator   2.Bahan :   1. Klorin 0,5 % 2. Alkohol 70 % | | |
| 1. Langkah-langkah | 1. Petugas mencuci tangan dan menggunakan handscoon 2. Petugas mengidentifikasi alat yang akan disterilisasi 3. Petugas menyiapkan air klorin 0,5% di dalam baskom 4. Petugas merendam alat – alat yang telah dibilas tadi kedalam baskom yang berisi air klorin 0,5% selama 10 – 15 menit 5. Petugas mencuci alat – alat yang telah direndam dengan air klorin 0,5% dengan sabun 6. Petugas membilas alat – alat tersebut dengan air mengalir 7. Petugas mengeringkan alat – alat dengan handuk kering 8. Petugas melepas handscoon dan mencuci tangan 9. Petugas membuka pintu sterilisator 10. Petugas memasukkan alat – alat yang telah kering ke dalam sterilisator 11. Petugas menutup pintu sterilisator dan menempelkan label pada pintu sterilisator yang berisikan jam mulai dan selesai sterilisasi 12. Petugas menyambungkan kabel sterilisator ke ‘stop kontak’ 13. Petugas mengatur suhu dengan memutar knop suhu sehingga tanda penunjuk suhu berada pada angka 150 yang berarti bahwa suhu sterilisasi adalah 150°C 14. Petugas memutar knop waktu yang ada disterilisator hingga penunjuk waktu berada di angka 60. Ini menandakan kalau sterilisator akan bekerja selama 60 menit | | |
|  | **STERILISASI PERALATAN** | | |
| **SOP** | No. Dokumen : 11 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
|  | 1. Petugas menyalakan sterisator dengan memencet tombol 0-1 sehingga lampu hijau akan menyala 2. Petugas menunggu hingga 60 menit (sampai penunjuk waktu berada di angka 0) 3. Petugas mematikan sterilisator dengan memencet tombol 0-1 4. Petugas menunggu sekitar 10 menit supaya panas di dalam sterilisator menurun 5. Petugas membuka pintu sterilisator 6. Petugas mengambil alat – alat yang ada di dalam sterilisator dengan korentang yang telah direndam dalam alcohol 70% 7. Petugas meletakkan alat – alat yang telah steril di dalam bak instrument yang telah steril 8. Petugas menutup pintu sterilisator 9. Petugas menyimpan bak instrument steril yang berisi alat – alat steril di tempat yang tertutup 10. Petugas mendokumentasikan kegiatan   Sebelum dan sesudah melalukan tindakan pembedahan minor   1. Siapkan peralatan yang akan disterilkan 2. Peralatan yang sudah dipergunakan direndam dalam larutan chlorin 0,5% dengan perbandingan 1:9 selama 10 menit 3. Cuci peralatan dengan menggunakan sabun menggunakan air mengalir 4. Peralatan yang sudah bersih dan kering dimasukan ke dalam sterilisator. 5. Jangan meletakan sterilisator dekat dengan barang-barang yang mudah terbakar. 6. Hidupkan mesin sterilisator dengan menekan tombol power. 7. Dalam waktu kurang lebih 20 menit sterilisator tersebut akan mati secara otomatis tunggu sampai 20 menit baru pintu sterilisator dibuka   Peralatan yang sudah sterilkan dan sudah dingin di pindahkan ke lemari peralatan | | |
| 7.Bagan Alir | - | | |
| 8.Unit terkait | Semua Unit Pelayanan Klinis Di Klinikita Cabang ..... | | |
| 9. Dokumen Terkait | File dokumentasi peralatan | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PEMELIHARAAN SARANA (GEDUNG)** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 12 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : ½ | |
| v |  | | | **.** |
| 1.Pengertian | Pemeliharaan sarana adalah kegiatan menjaga dan membersihkan gedung agar aman digunakan untuk pemberian pelayanan klinis kepada pasien. | | | |
| 2.Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk menjamin sarana (gedung) tetap terpelihara dan tidak cepat rusak dan Untuk menjamin keamanan pasien, petugas dan fasilitas yang ada di dalam Klinik | | | |
| 4.Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat | | | |
| 5.Prosedur | 1. Alat : 2. pulpen 3. Bahan : 4. Form Pemeliharaan Sarana Klinik | | | |
| 6.Langkah-langkah | * 1. Petugas pemelihara sarana membuat perencanaan pemeliharaan gedung   2. Petugas menyampaikan rencana pemeliharaan gedung yang telah disusun kepada Pimpinan KlinikKlinik   3. Pimpinan KlinikKlinik menyetujui perencanaan yang telah disusun  1. Petugas pemelihara sarana mensosialisasikan pemeliharaan gedung kepada semua karyawan klinik 2. Semua karyawan klinik melaksanakan pemeliharaan gedung sesuai dengan rencana pemeliharaan 3. Petugas pemelihara sarana gedung melakukan pemantauan keamanan gedung setiap tiga bulan sekali 4. Karyawan Klinik melaporkan kepada petugas pemelihara sarana jika ada kerusakan gedung 5. Petugas pemelihara sarana mencatat laporan kerusakan gedung yang disampaikan oleh tiap karyawan 6. Petugas pemelihara sarana melaporkan kepada Pimpinan KlinikKlinik tentang kerusakan gedung yang terjadi 7. Pimpinan KlinikKlinik menindaklanjuti laporan dari petugas pemeliharaan sarana 8. Pimpinan KlinikKlinik dan petugas pemelihara sarana mendiskusikan penanganan terhadap kerusakan yang terjadi | | | |
| 7.Bagan Alir | - | | | |
|  | **PEMELIHARAAN SARANA (GEDUNG)** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 12 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
| 7.Unit terkait | Semua Unit Pelayanan Klinis Di Klinikita Cabang ..... | | | |
| 8. Dokumen Terkait | Form Pemeliharaan Sarana Klinik | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENYUSUNAN RENCANA LAYANAN MEDIS** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 13 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1. Pengertian | Penyusunan rencana layanan medis adalah kegiatan menyusun terapi atau pengobatan yang akan dilakukan untuk pasien sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi pasien agar pasien mendapatkan pengobatan yang tepat dan maksimal. | | | |
| 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk melakukan pelayanan medis khususnya pengobatan dan terapi yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien sesuai dengan kebutuhan pasien yang bersangkutan | | | |
| 1. Referensi | Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktis Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Alat pemeriksaan tanda-tanda vital 4. Bahan : 5. Rekam medis | | | |
| 1. Langkah-langkah | * 1. Petugas pelayanan klinis menerima rekam medis pasien dari petugas pendaftaran,   2. Petugas memanggil pasien masuk ke ruang periksa,   3. Petugas melakukan anamnesa,   4. Petugas melakukan pemeriksaan fisik,  1. Petugas merumuskan diagnosa medis pasien, 2. Petugas menyusun rencana asuhan pasien sesuai dengan masalah kesehatan pasien, 3. Petugas berkolaborasi dengan tim kesehatan lain bila pasien membutuhkan penanganan tim kesehatan lain, 4. Petugas melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana layanan medis yang telah disusun, 5. Petugas segera mengevaluasi untuk tindakan yang sudah dilakukan, 6. Petugas menyusun rencana tindak lanjut bila masalah kesehatan pasien belum teratasi, 7. Petugas mendokumentasikan kegiatan | | | |
| 7.Bagan Alir | - | | | |
| 8.Unit terkait | Semua Unit Pelayanan Klinis Di Klinikita Cabang ..... | | | |
|  | **PENYUSUNAN RENCANA LAYANAN MEDIS** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 13 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
| 9. Dokumen Terkait | Rekam medis | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PEMBERIAN ANESTESI LOKAL DAN SEDASI** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 14 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman :1/2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1. Pengertian | Pemberian anestesi lokal adalah tindakan untuk menghilangkan atau mengurangi sensasi di bagian tubuh tertentu | | | |
| 2.Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengurangi rasa nyeri atau rasa tidak nyaman pada saat tindakan tertentu dilakukan, misalnya penjahitan, pencabutan kuku atau pembedahan minor | | | |
| 1. Referensi | * 1. UU NO 29 TENTANG PRAKTIK KEDOKTERAN   2. Buku ajar ilmu bedah, R sjamsudin hidayat,2010 | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Alat Pelindung Diri ( handscone,masker) 4. Spuit 5. Mes 6. Bahan : 7. Rekam Medis 8. Obat sedasi atau anastesi | | | |
| 1. Langkah-langkah | 1. Petugas mereidentifikasi pasien  2. Petugas melakukan pengkajian awal klinis  3. Petugas memberikan *informed consent* pada pasien dan keluarga tentang tindakan anestesi yang akan dilakukan  4. Pasien menandatangani lembar *informed consent* setelah diberi *informed consent* oleh petugas  5. Petugas menidurkan pasien di ruang tindakan,memposisikan luka yang akan dilakukan anestesi terlihat kasat mata   * 1. Petugas memberikan informasi kalau akan segera dilakukan penyuntikan pembiusan untuk menghilangkan rasa sakit   7.Petugas menyuntikkan obat anestesi lokal langsung ke lesi,luka dan sekitarnya secara blokade lingkar dan obat disuntikan intradermal atau subcutan  8.Petugas menunggu 1-2 menit sampai obat anestesi bereaksi dan pasien sudah tidak merasakan sakit pada luka dan sekitarnya  9.Petugas menanyakan pada pasien dengan memberikan rangsangan nyeri pada sekitar luka apakah masih nyeri atau tidak dan sudah merasa baal/kesemutan pada kulit  10.Petugas melakukan tindakan bedah minor. | | | |
|  | **PEMBERIAN ANESTESI LOKAL** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 14 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
| 1. Bagan Alir | - | | | |
| 1. Unit Terkait | 1. Unit Gawat darurat 2. Poli Gigi 3. Poli KB 4. Kamar Bersalin | | | |
| 1. Dokumen Terkait | 1. Form Informed Concent 2. Rekam Medis | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PEMBERIAN INFORMASI TENTANG EFEK SAMPING DAN RESIKO PENGOBATAN** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 15 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 1/2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1. Pengertian | Pemberian informasi tentang efek samping dan resiko pengobatan adalah kegiatan memberikan penjelasan mengenai pengobatan yang akan dilakukan termasuk didalamnya penjelasan mengenai efek samping dan risiko dari pengobatan yang akan dilakukan baik pada saat pengobatan berlangsung atau setelah pengobatan selesai. | | | |
| 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk membantu Pasien memahami mengenai efek samping dan resiko dari pengobatan yang dilakukan sehingga pasien siap menerima kemungkinan resiko yang akan terjadi saat pengobatan berlangsung atau setelah selesai pengobatan | | | |
| 1. Referensi | Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.0202/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Alat pemeriksaan tanda-tanda vital 4. Bahan : 5. Informed consent | | | |
| 1. Langkah-langkah | * 1. Dokter melakukan anamnesa,   2. Dokter melakukan pemeriksaan fisik,   3. Dokter merumuskan diagnose pasien dan rencana asuhan pasien,   4. Dokter memberitahukan pada pasien tentang penyakit dan pengobatan yang akan dilakukan,   5. Dokter menjelaskan mengenai efek samping dan risiko pengobatan yang akan dilakukan,   6. Dokter memberi kesempatan untuk bertanya mengenai pengobatan yang akan dilakukan,   7. Dokter menyiapkan form informed consent,   8. Dokter menjelaskan isi informed consent,   9. Dokter memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengambil keputusan mengenai persetujuan terhadap pengobatan yang akan dilakukan,   10. Dokter meminta pasien untuk menandatangani informed consent,   11. Dokter menandatangani informed consent yang telah ditandatangani pasien,   12. Dokter mendokumentasikan kegiatan. | | | |
|  | **PEMBERIAN INFORMASI TENTANG EFEK SAMPING DAN RESIKO PENGOBATAN** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 15 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit :12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
| 9.Bagan Alir | - | | | |
| 10.Unit terkait | Semua Unit Pelayanan Klinis Di Klinikita Cabang ..... | | | |
| 11.Dokumen Terkait | Rekam medis,form informed consent | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **TINDAKAN BEDAH MINOR** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 16 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman :1/2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1.Pengertian | Tindakan pembedahan adalah suatu kegiatan untuk menyiapkan pasien baik jasmani dan rohani serta peralatan yang akan dipergunakan pada tindakan pembedahan | | | |
| 2.Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menyiapkan pasien agar kooperatif, mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi dan membantu kelancaran pembedahan | | | |
| 3 Referensi | 1. Pedoman Kerja Perawat IGD di RS 1999 2. Buku ajar bedah oleh SYAMSU HIDAYAT | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Alat pelindung diri (handscone,masker) 4. Spuit 5. Mes 6. Bahan : 7. Rekam medis 8. Informmed consent 9. Obat sedasi atau anestesi | | | |
| 1. Langkah-langkah | 1. Dokter atau petugas yang diberi kewenangan melakukan tindakan pembedahan merencanakan tindakan pembedahan sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami pasien 2. Dokter atau petugas yang berwenang melakukan tindakan pembedahan menjelaskan kepada pasien dan atau keluarga mengenai rencana tindakan pembedahan, prosedur tindakan, manfaat, risiko dan komplikasi terhadap tindakan serta akibat jika tindakan tidak dilakukan 3. Dokter memastikan pasien atau keluarga paham mengenai tindakan yang akan dilakukan 4. Dokter melengkapi *inform consent* tindakan pembedahan yang ditandatangani pasien, saksi dan dokter yang bersangkutan 5. Dokter menyiapkan alat – alat yang dibutuhkan untuk tindakan pembedahan 6. Dokter memposisikan pasien sesuai dengan bagian tubuh yang akan dilakukan pembedahan dengan memperhatikan kenyamanan pasien | | | |
|  | **TINDAKAN PEMBEDAHAN** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 16 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
|  | 1. Dokter mencuci tangan dan menggunakan handscoone steril 2. Dokter menjelaskan kepada pasien kalau tindakan akan dimulai 3. Dokter mendesinfektan daerah yang akan di insisi dengan larutan betadin 4. Dokter memasangkan duk steril di daerah yang akan di incisi, 5. Dokter menganestesi bagian yang akan di insisi dengan memberikan injeksi lidokain sesuai kebutuhan, 6. Dokter memastikan bahwa daerah yang dianestesi sudah tidak terasa sakit, 7. Jika pasien masih terasa sakit, dokter menunggu beberapa saat sampai daerah tersebut tidak terasa sakit, 8. Dokter mulai menyayat bagian yang sudah ditentukan dengan prinsip steril, 9. Dokter selalu memperhatikan respon pasien selama proses pembedahan 10. Dokter melakukan pembedahan sesuai kebutuhan pasien, 11. Dokter membersihkan daerah pembedahan dengan kassa steril, 12. Dokter menjahit daerah yang di insisi, 13. Dokter menjelaskan kepada pasien bahwa tindakan telah selesai, 14. Dokter membereskan peralatan, 15. Dokter melepas handscoone dan mencuci tangan, 16. Dokter menjelaskan mengenai tindakan perawatan di rumah dan waktu untuk kontrol, 17. Dokter memberikan resep kepada pasien dan menjelaskan untuk mengambilnya di kamar obat, Apabila tidak tersedia obat petugas menyarankan untuk membeli di apotek luar 18. Dokter mencatat kegiatan yang dilakukan, respon klien, terapi dan rencana kontrol dalam rekam medis pasien. | | | |
| 1. Bagan Alir | - | | | |
| 1. Unit Terkait | 1. Unit ruang tindakan 2. Poli Gigi, | | | |
| 1. Dokumen Terkait | 1. Form *Informed Concent* 2. Rekam Medis | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **EVALUASI TERHADAP PENYAMPAIAN INFORMASI** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 17 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 |
| Halaman : ½ |
| v |  | | **.** |
| 1. Pengertian | Evaluasi terhadap kejelasan informasi yang disampaikan petugas pelayanan klinis adalah penilaian terhadap kejelasan informasi petugas pelayanan klinis yang diterima oleh pasien selama pelayanan klinis | | |
| 2.Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan evaluasi terhadap penyampaian informasi ke pasien pada saat pelayanan klinis | | |
| 1. Referensi | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesi Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat | | |
| 4.Prosedur | 1.Alat :   1. Pulpen   2.Bahan :   1. Buku penyampaian informasi | | |
| 5.Langkah-langkah | 1. Penanggung jawab pelayanan klinis menyiapkan instrumen evaluasi kejelasan informasi yang disampaikan 2. Penanggung jawab pelayanan klinis menentukan sasaran kegiatan, yaitu pasien yang diberikan pendidikan kesehatan 3. Penanggung jawab pelayanan klinis membagikan instrument evaluasi kepada petugas di tiap – tiap Unit 4. Petugas memberikan informasi sesuai dengan rencana asuhan 5. Petugas memberi kesempatan kepada pasien untuk menanyakan informasi yang kurang dimengerti 6. Petugas meminta pasien yang diberi informasi mengulangi informasi yang diberikan 7. Petugas mengisi instrumen evaluasi terhadap penyampaian informasi 8. Petugas mengakhiri penjelasan 9. Petugas mendokumentasikan kegiatan 10. Petugas menyerahkan instrumen yang telah diisi kepada penanggung jawab pelayanan klinis 11. Penanggung jawab pelayanan klinis merekap hasil evaluasi 12. Penanggung jawab layanan klinis melaporkan hasil kepada Klinik | | |
| 7.Bagan Alir | - | | |
| 8.Unit terkait | * + - 1. Rawat jalan | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PROSEDUR PEMASANGAN INFUS DAN PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAVENA** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 18 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 |
| Halaman : 3 |
| v |  | | **.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.Pengertian |  | Penggunaan Dan Pemberian Obat Dan/Cairan Intravena merupakan tindakan yang dilakukan pada pasien yang memerlukan masukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah dan waktu tertentu dengan menggunakan infus set |
| 2.Tujuan |  | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk melakukan pemberian obat secara langsung kedalam intravena tindakan Pada keadaan emergency resusitasi jantung paru, untuk memberikan respon yang cepat terhadap pemberian obat, untuk memasukkan dosis obat dalam jumlah obat dalam jumlah besar secara terus menerus melalui infuse, untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien dengan mengurangi kebutuhan dengan injeksi intramuskuler dan untuk memasukkan obat yang tidak dapat diberikan secara oral atau intramuskuler. |
| 1. Referensi |  | PERMENKES no 26 tahun 2019 |
| 1. prosedur |  | Alat dan Bahan :  Set infus |
| 1. langkah-langkah |  | **Prosedur Pemasangan Infus dan cairan**   1. Mencuci tangan 2. Memberitahu tindakan yang akan dilakukan 3. Menyiapkan cairan dan infuse set 4. Menggantungkan infus set dengan cairan infus dengan posisi cairan infus mengarah keatas pada standar infus 5. Mengisi cairan infus set dengan cara menekan (tapi jangan sampai terendam) 6. Mengisi selang infus dengan cairan tanpa membuka tutup infuse set agar tetap steril 7. Cek adanya udara dalam selang 8. Pakai sarung tangan 9. Memilih posisi yang tepat untuk memasang infus 10. Memilih vena yang tepat dan benar 11. Memasang tourniquet 12. Desinfeksi vena dengan alcohol dari atas kebawah dengan sekali hapus 13. Buka medicut/abocath apakah ada kerusakan atau tidak 14. Menusukan medicut/abocath pada vena yang telah dipilih 15. Memperhatikan adanya darah dalam kompartemen darah dalam abocath 16. Melepas Tourniquet 17. Menyambungkan dengan ujung selang 18. Memberi plester dengar benar dan mempertahankan keamanan abocath agar tidak tercabut 19. Mengatur tetesan cairan infus sesuai kebutuhan pasien 20. Alat-alat dibereskan dan perhatikan bagaimana respon pasien 21. Perawat kembali cuci tangan 22. Catat tindakan yang dilakukan   **Prosedur Pemberian Obat Melalui wadah cairan intravena (Drip)**   1. Petugas melakukan Cuci tangan 7 langkah 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 3. Periksa indentitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit dengan prinsip 12 benar 4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah wadah/kantong cairan. 5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alcohol dan hentikan aliran. 6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah dan masukkan obat perlahan-lahan. 7. Tarik spuit kemudian jalankan kembali aliran serta periksa kecepatan infus. 8. Cuci tangan. 9. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya.   **Prosedur Pemberian Obat Melalui selang intravena**   1. Cuci tangan. 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 3. Periksa indentitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit. 4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah selang intravena. 5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alcohol dan hentikan aliran. 6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah selang intravena dan masukkan obat perlahan-lahan. 7. Tarik spuit kemudian jalankan kembali aliran serta periksa kecepatan infus. 8. Cuci tangan. 9. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya |
| 7. Unit Terkait |  | 1. Unit Gawat Darurat |
| 8.Dokumen Terkait |  | 1. Rekam Medis 2. Buku Register |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **INFORMED CONSENT** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 19 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 1 | |
| v |  | | | **.** |
| 1. Pengertian | Informed Consent adalah persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut | | | |
| 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap tindakan dokter yang sebenarnya tidak diperlukan dan secara medik tidak ada dasar pembenarannya yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasiennya dan Memberi perlindungan hukum kepada dokter terhadap suatu kegagalan dan bersifat negatif, karena prosedur medik modern bukan tanpa resiko, dan pada setiap tindakan medik ada melekat suatu resiko | | | |
| 1. Referensi | Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Bahan : 4. Form Informed consent | | | |
| 1. Langkah-langkah | * 1. Petugas menyiapkan lembar inform consent   2. Petugas menginformasikan mengenai prosedur tindakan yang akan dilakukan, tujuan, manfaat, dampak kalau tidak dilakukan dan resiko dari tindakan tersebut kepada pasien dan keluarga   3. Petugas memastikan tingkat pemahaman pasien dan keluarga terhadap informasi yang diberikan   4. Petugas menjelaskan kembali mengenai informasi yang belum dimengerti pasien dan keluarga   5. Pasien atau keluarga pasien diberi kesempatan untuk menerima atau menolak tindakan yang diberikan   6. Petugas kesehatan memberikan form inform consent kepada pasien atau keluarga   7. Pasien atau keluarga pasien diberi kesempatan untuk membaca isi dari inform consent   8. Pasien atau keluarga pasien menanda tangani form inform consent beserta saksi,   9. Petugas kesehatan menanda tangani form inform concent yang sudah ditandatangani pasien dan saksi | | | |
|  | **INFORMED CONSENT** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 19 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
|  | * 1. Petugas menyimpan form inform consent yang telah ditandatangani pasien atau keluarga di dalam rekam medis pasien   2. Petugas kesehatan mendokumentasikan kegiatan | | | |
| 7.Bagan Alir | - | | | |
| 8.Unit terkait | Semua Unit Pelayanan Klinis Di Klinikita Cabang ..... | | | |
| 9. Dokumen Terkait | Form Informed consent | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **RUJUKAN** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 20 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 1/2 | |
| v |  | | | **.** |
| * 1. Pengertian | Rujukan pasien adalah suatu proses pengiriman pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi untuk mendapatkan penanganan yang tepat | | | |
| * 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk melakukan rujukan pasien yang tidak bisa ditangani di Klinik untuk mendapatkan penangan dari fasilitas kesehatan yang lebih tinggi | | | |
| 4.Referensi | Pedoman Kerja Perawat IGD di RS 1999 | | | |
| 5.Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Komputer 4. Bahan : 5. Form rujukan 6. Rekam medis | | | |
| 6.Langkah-langkah | 1. Petugas menghubungi Dokter via telfon dan melakukan rujukan atas perintah Dokter sesuai dengan kriteria rujukan yang sudah ditetapkan. 2. Petugas menjelaskan dan meminta persetujuan kepada keluarga pasien untuk dirujuk 3. Bila Keluarga pasien setuju, petugas melakukan tindakan pra rujukan 4. Petugas menghubungi dan memberitahu Rumah Sakit tujuan serta menjelaskan kepada pihak Rumah Sakit beserta alasan pasien dirujuk 5. Petugas membuat surat rujukan 6. Petugas membuat rincian biaya pasien pulang dan biaya penggunaan ambulan 7. Keluarga pasien membayar dan menerima kuitansi dan surat rujukan 8. Petugas menerima pembayaran 9. Petugas mempersiapkan persiapan rujukan dan yang lain menghubungi sopir ambulan 10. Sopir ambulan menyiapkan ambulan (Jika sudah siap sopir segera menghubungi petugas bahwa ambulan sudah siap) 11. Petugas mempersiapkan dan memastikan bahwa pasien siap untuk dirujuk. 12. Petugas mempersiapkan alat-alat medis, cairan dan obat-obatan sesuai kebutuhan pasien selama diperjalanan 13. Petugas mendampingi dan mengantarkan pasien ke tempat tujuan dengan ambulan | | | |
| **KLINIK PATRANG**  **JEMBER** | **RUJUKAN** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 20 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
|  | 1. Petugas memonitoring pasien selama di rujuk | | | |
| 7.Bagan Alir | - | | | |
| 8.Unit terkait | 1. Unit gawat darurat  2. Rawat jalan  3. Kamar Bersalin | | | |
| 9. Dokumen terkait | 1. Rekam medis  2. Form informed consent  3. Form rujukan | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 21 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman :1/2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1.Pengertian | Penanganan pasien gawat darurat adalah suatu pertolongan yang cepat dan tepat pada pasien untuk mencegah kematian maupun kecacatan | | | |
| 1. Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mencegah kematian dan kecacatan pada penderita gawat darurat, sehingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat sebagaimana mestinya, merujuk penderita gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai dan menanggulangi korban bencana | | | |
| 1. Referensi | Pedoman Kerja Perawat IGD di RS tahun1999 | | | |
| 1. Prosedur | 1. Alat : 2. Alat Pelindung Diri (sarung tangan,masker,apron plastik) 3. Alat pemeriksaan dasar 4. Bahan:    1. Rekam medis | | | |
| 1. Langkah-langkah | * 1. Petugas menerima pasien datang,   2. Petugas mencuci tangan,   3. Petugas menggunakan alat pelindung diri (handscoon, masker)   4. Petugas menempatkan pasien pada tempat yang disediakan,   5. Jika pasien lebih dari satu, petugas mengidentifikasi pasien berdasarkan prioritas penangan (pasien gawat tidak darurat, pasien darurat tidak gawat, pasien gawat darurat),   6. Petugas mengidentifikasi masalah kesehatan pasien,   7. Petugas mempersiapkan alat – alat yang dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan pasien,   8. Petugas menilai kesadaran pasien dengan GCS   9. Petugas mengecek airway dan melakukan tindakan bila terjadi sumbatan jalan nafas,   10. Petugas memastikan bahwa pernafasan tidak terganggu, apabila terjadi gangguan, petugas memberikan bantuan pernafasan   11. Petugas memperbaiki peredaran darah, Jika ada perdarahan, petugas melakukan tindakan untuk menghentikan perdarahan   12. Petugas memasang IV line jika terdapat tanda – tanda kekurangan cairan pada pasien, | | | |
|  | **PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 21 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
|  | * 1. Petugas memberikan obat sesuai kebutuhan pasien,   2. Petugas melakukan Resusitasi Jantung Paru jika terjadi henti jantung,   3. Petugas memastikan pasien bahwa pasien dalam kondisi stabil,  1. Petugas melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu apabila diperlukan, 2. Petugas mendekontaminasi alat – alat yang telah digunakan dan bahan habis pakai, 3. Petugas mencuci alat – alat yang telah digunakan, 4. Petugas mensterilkan alat – alat yang telah digunakan, 5. Petugas bahan habis pakai pada tempat sampah medis, 6. Petugas mencuci tangan, 7. Petugas mendokumentasikan kegiatan di dalam rekam medis pasien. | | | |
| 1. Bagan Alir | - | | | |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan di Klinikita Cabang ..... | | | |
| 1. Dokumen Terkait | * 1. Rekam Medis   2. Informed consent | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENANGANAN PASIEN RISIKO TINGGI** | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 22 |
| No. Revisi : |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 |
| Halaman :1/2 |
| v |  | | **.** |
| * 1. Pengertian | Penanganan pasien risiko tinggi adalah proses memberikan pelayanan klinis kepada pasien dengan penyakit yang bisa menimbulkan kematian ataupun pasien dengan yang bisa menularkan penyakit baik pada petugas maupun pasien lainnya. | | |
| * 1. Tujuan | Sebagai Acuan Penerapan langkah-langkah untuk mencegah kematian, kecacatan ataupun komplikasi dan merujuk pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut | | |
| 4.Referensi | Pedoman Kerja Perawat IGD di RS 1999 | | |
| 5.Prosedur | 1. Alat : 2. Pulpen 3. Alat Pelindung Diri (handscone,masker) 4. Alat pemeriksaan tanda- tanda vital 5. Bahan: 6. Form rujukan 7. Rekam Medis | | |
| 1. Langkah-langkah | * 1. Petugas menerima status pasien dari petugas pendaftaran   2. Petugas melakukan reidentifikasi pasien  1. Petugas melakukan tindakan sesuai rencana 2. Petugas melakukan stabilisasi pada pasien 3. Petugas memberikan informasi pada pasien dan keluarga mengenai kondisi pasien 4. Petugas memberikan informasi pada pasien dan keluarga bahwa pasien harus dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi 5. Petugas menyiapkan perlengkapan rujukan 6. Petugas merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu 7. Petugas mendokumentasikann kegiatan ke dalam rekam medis | | |
| 1. Bagan Alir | - | | |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan di Klinikita Cabang ..... | | |
|  |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **KEWASPADAAN UNIVERSAL** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 23 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 25 feb 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1.Pengertian | Kewaspadaan universal yaitu tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi dan didasarkan pada prinsip bahwa darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit,baik berasal dari pasien maupun petugas kesehatan | | | |
| 2.Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melindungi tenaga kesehatan maupun pasien dari penyebaran infeksi dari petugas ke pasien,dari pasien ke petugas maupun antar pasien | | | |
| 4.Referensi | Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2010  PERMENKES NO 27 tahun 2017 | | | |
| 5.Prosedur | 1. Alat : 2. pulpen 3. alat pelindung diri (sarung tangan, masker, penutup kepala/ celemek plastik) 4. alat medis (heacting set,partus set) 5. Bahan : 6. Rekam medis 7. Informed consent | | | |
| 6.Langkah-langkah | 1. Petugas melakukan anamnesa secara detail mengenai riwayat penyakit yang pernah diderita dan memiliki risiko penyebaran infeksi terhadap pasien lain ataupun petugas kesehatan(seperti:riwayat hepatitis B,HIV AIDS,Tb Paru) 2. Petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang pasien 3. Petugas menggunakan alat pelindung diri pada saat melakukan tindakan tertentu 4. Petugas menangani pasien dan membuang jarum suntik dan alat tajam lain secara aman (yang sekali pakai tidak boleh dipakai ulang) 5. Petugas menggunakan satu alat medis(misalkan hecting set,partus set) pada satu pasien dan menggunakan alat yang steril atau sudah disteril 6. Petugas melakukan desinfeksi pada alat medis yang sudah digunakan dengan rendaman larutan chlorin 0,5% 7. Petugas membuang Spuit injeksi yang telah digunakan di buang pada safety box 8. Petugas membuangSampah medis (barang habis pakai dan dan bahan biologis) ditampung dalam kantong berwarna merah | | | |
|  | **KEWASPADAAN UNIVERSAL** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 23 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 25 feb 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
|  | 1. Petugas mencuci alat-alat yang sudah didekontaminasi dengan air mengalir 2. Petugas mensterilkan alat yang sudah dicuci 3. Petugas membuang alat dan bahan habis pakai pada tempat sampah medis 4. Petugas mencuci tangan dengan cara 7 langkah mencuci tangan | | | |
| 1. Bagan Alir | - | | | |
| 1. Unit Terkait | Rawat jalan | | | |
| 1. Dokumen Terkait | Rekam Medis,Buku Regester | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **PENGGUNAAN DAN PEMBERIAN OBAT DAN/CAIRAN INTRAVENA** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 24 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 1/2 | |
| v |  | | | **.** |
| 1.Pengertian | Penggunaan Dan Pemberian Obat Dan/Cairan Intravena merupakan tindakan yang dilakukan pada pasien yang memerlukan masukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah dan waktu tertentu dengan menggunakan spuit | | | |
| 2.Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan pemberian obat secara langsung ke dalam intravena tindakan Pada keadaan emergency resusitasi jantung paru, untuk memberikan respon yang cepat terhadap pemberian obat, untuk memasukkan dosis obat dalam jumlah obat dalam jumlah besar secara terus menerus melalui infuse, untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien dengan mengurangi kebutuhan dengan injeksi intramuskuler dan untuk memasukkan obat yang tidak dapat diberikan secara oral atau intramuskuler. | | | |
| 4.Referensi | PERMENKES no 26 tahun 2019 | | | |
| 5.Prosedur | 1. Alat : 2. Torniquet 3. Spuit 2ml- 5 ml 4. Baki obat 5. Bahan: 6. Buku catatan pemberian obat atau kartu obat 7. Kapas alkohol 8. Obat yang sesuai 9. Kassa steril 10. Betadine | | | |
| 6.Langkah-langkah | 1. Cuci tangan 2. Siapkan obat dengan prinsip 12 benar ( benar obat,benar dosis,benar pasien,benar cara pemberian,benar waktu,benar dokumentasi,benar pendidikan kesehatan perihal medikasi pasien,hak klien untuk menolak,benar pengkajian,benar evaluasi,benar reaksi terhadap makanan,benar reaksi dengan obat lain) 3. Salam terapeutik 4. Identifikasi klien 5. Beritahu klien dan jelaskan prosedur yang akan diberikan 6. Atur klien pada posisi yang nyaman 7. Bebaskan lengan klien dari baju atau kemeja 8. Pasang torniquet | | | |
| **KLINIK PATRANG** | **PENGGUNAAN DAN PEMBERIAN OBAT DAN/CAIRAN INTRAVENA** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 24 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman : 2/2 | |
|  | 1. Pilih area yang bebas dari tanda kekakuan,peradangan,atau rasa gatal.Menghindari gangguan absorbsi obat atau cidera dan nyeri yang berlebihan 2. Pakai sarung tangan 3. Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter sekitar 5 cm. 4. Pegang kapas alkohol dengan jari-jari tengah pada tangan non dominan 5. Buku tutup jarum.Tarik kulit ke bawah kurang lebih 2,5 cm di bawah area penusukan dengan tangan non dominan. Membuat kulit menjadi lebih kencang dan vena tidak bergeser,memudahkan penusukan. Sejajar vena yang akan ditusuk perlahan dan pasti. Pegang jarum pada posisi 30º 6. Rendahkan posisi jarum sejajar kulit dan teruskan jarum ke dalam vena 7. Lakukan aspirasi dengan tangan non dominan menahan barel dari spuit dan tangan dominan menarik plunger 8. Observasi adanya darah pada spuit 9. Jika ada darah,lepaskan torniquet dan masukkan obat perlahan-lahan 10. Keluarkan jarum dengan sudut yang sama seperti saat dimasukkan,sambil melakukan penekanan dengan menggunakan kapas alkohol pada area penusukan 11. Tutup area penusukan dengan menggunakan kassa steril yang diberi betadine 12. Kembalikan posisi klien 13. Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan ke dalam bengkok 14. Buka sarung tangan 15. Cuci tangan 16. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan | | | |
| 1. Bagan alir | - | | | |
| 1. Unit Terkait | 1. Rawat jalan 2. Poli KIA | | | |
| 1. Dokumen Terkait |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLINIKITA CABANG .....** | **MENGHITUNG TETESAN INFUS** | | |  |
| **SOP** | No. Dokumen : 25 | |
| No. Revisi : | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman :1 | |
|  |  | | | **.** |
| 1.Ppengertian | Menghitung kecepatan infus untuk mencegah ketidaktepatan pemberian cairan | | | |
| 2.Ttujuan | 1. Menecegah terjadinya kolaps kardiovaskuler dan sirkulasi pada klien dehidrasi dan syok 2. Mencegah kelebihan cairan pada klien | | | |
| 3.Referensi | Buku standar prosedur klinikita | | | |
| 4.Pprosedur | 1. Alat :  * Form rekam medis  1. Bahan :  * Jam dengan jarum detik | | | |
| 5.Langkah -langkah | 1. Membaca advice dokter dan mengikuti enam benar untuk memastikan cairan yang benar 2. Membaca kalibrasi dalam tetesan per mililiter dari set infus (sesuai petunjuk pada bungkus) 3. Tetes mikro : 1 cc = 60 tetes 4. Tetes makro : 1cc = 20 tetes 5. Memilih salah satu rumus berikut : 6. Milimeter per jam   Jumlah total cairan infus (cc) = lama waktu penginfusan (jam)  Jam   1. Tetes per menit   Jumlah total cairan infus (cc) x faktor tetesan  Lama waktu penginfusan   1. Mencuci tangan 2. Memakai sarung tangan 3. Menetapkan aliran dengan menghitung tetesan pada bilik drip selama satu menit dengan jam, kemudian atur klem pengatur untuk menaikkan atau menurunkan kecepatan infus 4. Memeriksa kecepatan infus selama satu jam 5. Mendokumentasikan pada catatan perawat mengenai cairan dan waktu | | | |
| 1. bagan alir |  | | | |
| 1. unit terkait | * Unit gawat darurat | | | |
|  | **MENGHITUNG TETESAN INFUS** | | | |
| **SOP** | | No. Dokumen : 25 | |
| No. Revisi: | |
| Tanggal Terbit : 12 Februari 2020 | |
| Halaman :2/2 | |
| 1. Dokumen Terkait | Form rekam medis | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CUCI TANGAN** | | |  |
| SOP | NO.DOKUMEN | : 26 |
| NO REVISI | : |
| TANGGAL TERBIT | : 12 feb 2020 |
| HALAMAN | : 1 |
| KLINIKITA CABANG ..... |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pengertian | Adalah Suatu tindakan membersihkan kotoran dengan sabun atau antiseptic dan dibilas dengan air mengalir. |
| 1. Tujuan | Sebagai acuan dalam mencuci tangan higyenis untuk mengurangi jumlah mikroorganisme pada tangan dan untuk mengurangi resiko transmisi mikroorganisme |
| 1. Referensi | Permenkes nomor 75 tahun 2014 tentang puskesmas |
| 1. Alat dan Bahan | * 1. Kran / wastafel   2. Air mengalir   3. Handuk / kertas tissue   4. Sabun Cair   5. Tempat sampah |
| 1. Langkah-Langkah | * 1. PERSIAPAN      1. Sarana cuci tangan disiapkan disetiap ruang penderita dan tempat lain misalnya ruang pelayanan.      2. Air bersih yang mengalir      3. Sabun sebaiknya dalam bentuk sabun cair      4. Tissue atau kain yang kering      5. Kuku selalu dijaga agar tetap pendek      6. Cincin dan gelang harus dilepas ( Khusus untuk pelayanan )   2. PELAKSANAAN      1. Basahi tangan setinggi pertengahan lengan bawah dengan air mengalir      2. Taruh sabun dibagian telapak tangan yang telah basah.      3. Buat busa secukupnya tanpa percikan.      4. Gerakan cuci tangan terdiri dari gosokan kedua telapak tangan, gosokan telapak kanan diatas punggung tangan kiri dan sebaliknya. Gosok kedua telapak tangan dengan jari saling mengait. Gosok kedua ibu jari dengan arah menggenggam dan memutar, gosok pergelangan tangan.      5. Lama waktu yang dipergunakan sekitar 10 – 15 detik      6. Bilas kembali dengan air mengalir sampai bersih      7. Keringkan tangan dengan handuk atau kertas tissue yang bersih.      8. Matikan kran.      9. Sesudah cuci tangan aseptic diikuti larangan untuk tidak menyentuh permukaan yang tidak steril. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bagan Alir |  |
| 1. Unit Terkait | Semua Unit Pelayanan Di Klinikita Cabang ..... |
| 1. Dokumen Terkait | \_ |