

	HAND HYGIENE (DENGAN HAND WASH)		 DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA, dr, Agus Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 049/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	1/2		
A. Pengertian		☐ <i>Hand hygiene</i> adalah suatu upaya atau tindakan membersihkan tangan, baik dengan menggunakan sabun antiseptik di bawah air mengalir (<i>hand wash</i>) atau menggunakan <i>hand rub</i> berbasis alkohol dengan langkah- langkah yang sistematis sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah bakteri pada tangan. ☐ Terdapat dua cara melakukan <i>hand hygiene</i> yaitu dengan air mengalir dengan sabun antiseptic (<i>hand wash</i>) jika tangan terlihat kotor selama 40-60 detik atau <i>handrub</i> berbasis alcohol dengan klorheksidin jika tangan tidak terlihat kotor selama 20-30 detik	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah-langkah <i>hand hygiene</i>	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 029/SK/KLINK-RUSKA/VIII/2025 tentang Panduan Hand Hygiene Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		Wastafel Sabun cuci tangan Lap tangan/ tissue	
F. Prosedur		1) Petugas membasahi tangan dengan air 2) Petugas mengambil cairan sabun 3-5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan 3) Petugas menggosok kedua telapak tangan hingga merata 4) Petugas menggosok punggung tangan dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 5) Petugas menggosok kedua sela-sela jari 6) Petugas mengunci jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci 7) Petugas menggosok ibu jari kiri berputar dalam tangan kanan dan sebaliknya 8) Petugas menggosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya	

	HAND HYGIENE (DENGAN HAND WASH)		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 049/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025 2/2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
F. Prosedur		9) Petugas membilas kedua tangan dengan air mengalir 10) Petugas mengeringkan tangan dengan lap/tisu sekali pakai 11) Petugas menggunakan tisu tersebut untuk menutup kran dan membuangnya ke tempat sampah	
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan		Pastikan semua assesoris yang menempel ditangan dilepas Singsingkan lengan baju sampai ke pergelangantangan Lakukan prosedur no 3 - 8 sebanyak 4 kali untuk masing-masing prosedur Atur aliran air sesuai kebutuhan	
H. Unit terkait		Seluruh Unit pelayanan dan Lingkungan klinik	
I. Dokumen terkait		-	
J. Rekaman historis		-	

	KELENGKAPAN FILE PEGAWAI		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 003/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
	Halaman : 1		
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	Suatu kelengkapan file kearsipan/ berkas pegawai untuk tersedianya informasi tentang status pegawai yang bersangkutan		
2. Tujuan	Agar tersedianya informasi dan kelengkapan pegawai untuk mendukung ketertiban administrasi kepegawaian terutama dalam pengusulan kenaikan pangkat, mutasi dan lain-lain		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 005/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang File Kelengkapan Pegawai Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Permenkumham Nomor 41 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia		
5. Prosedur	1. Koordinator Administrasi mengumpulkan data pegawai 2. Koordinator Administrasi mengintruksikan kepada semua pegawai untuk mengumpulkan semua file sesuai kebutuhan kepegawaian terutama pegawai baru, adapun file yang harus dikumpulkan adalah : a. STR b. SIP c. Uraian Tugas d. Penilaian Kinerja e. Sertifikat Pelatihan Jika ada f. Rincian kompetensi g. Dokumen lainnya 3. Koordinator Administrasi mengintruksikan kepada semua pegawai untuk mengumpulkan semua file sesuai kebutuhan kepegawaian terutama pegawai baru, adapun file yang harus dikumpulkan adalah : a. CV b. Ijazah c. Uraian Tugas d. Penilaian Kinerja e. Dokumen lainnya 4. Masukkan file data tersebut ke dalam odner, setiap 1 pegawai 1 odner 5. Menyusun file-file pegawai di lemari administrasi 6. Selalu perbaharui setiap 1 tahun sekali atau tambahkan file jika ada pegawai baru.		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	LARANGAN MEROKOK		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 025/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	1. Larangan Merokok adalah suatu ketentuan masyarakat 2. Perokok adalah orang yang melakukan tindakan merokok 3. Merokok adalah kegiatan membakar rokok salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujung lainnya 4. Perokok pasif adalah orang yang tidak melakukan tindakan merokok tetapi terkena dampak dari merokok dengan menghisap asap rokok yang dihembuskan oleh perokok yang merokok		
2. Tujuan	1. Meningkatkan Kesehatan masyarakat dengan terciptanya kualitas udara yang bersih dan sehat serta bebas asap rokok 2. Menurunkan jumlah penyakit dan kematian yang timbul akibat merokok		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 015/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Larangan Merokok di Lingkungan Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta.		
4. Referensi	1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan 2. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 1999 tentang Pengendalian Pencemaran Udara 3. Instruksi Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 161/Menkes/Ist/III/ 1990 tentang Lingkungan Kerja Bebas Asap Rokok.;		
5. Prosedur	1. Petugas memasang tanda dilarang merokok di lingkungan Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta 2. Petugas memastikan semua orang di lingkungan Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta mematuhi Kebijakan Larangan Merokok. 3. Petugas menegur apabila ditemukan orang yang merokok di Lingkungan Klinik 4. Petugas melaporkan kepada petugas Pengamanan apabila teguran pertama diabaikan oleh perokok		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMANTAUAN BERKALA PELAKSANAAN PROSEDUR PEMELIHARAAN		Direktur Klinik  dr. Anisa RohAmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 010/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi 0	
		TanggalTerbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman 1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1.Pengertian	Pemantauan berkala pelaksanaan prosedur pemeliharaan adalah melakukan pelaksanaan prosedur pemeliharaan yang dilakukan secara berkala di unit pelayanan		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah pemantauan berkala pelaksanaan prosedur pemeliharaan agar alat medis terpelihara dan bisa digunakan sesuai fungsinya		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta tentang Pemeliharaan Alat-Alat Kesehatan		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2024 Tentang Pemeliharaan Alat Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
5. Prosedur	1) Petugas membuat lembar monitoring pemeliharaan alat 2) Petugas memantau secara berkala pelaksanaan prosedur pemeliharaan dan sterilisasi menggunakan lembar monitoring 3) Petugas melihat bukti pelaksanaan pemeliharaan dan sterilisasi. 4) Petugas mengevaluasi pelaksanaan. 5) Petugas membuat laporan evaluasi. 6) Petugas membuat Rencana Tindak Lanjut. 7) Petugas barang melaporkan hasil pemantauan kepada Direktur Klinik untuk dapat ditindaklanjuti.		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMELIHARAAN DAN PEMANTAUAN INSTALASI LISTRIK, AIR, VENTILASI DAN GAS MEDIK SPO No. Dokumen : 009/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025 No. Revisi : 0 Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025 Halaman : 1 dari 2	Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA		
1. Pengertian	- Instalasi adalah penjaringan pipa/kabel untuk fasilitas listrik, air limbah, air bersih, telepon dan lain-lain yang di perlukan untuk menunjang kegiatan pelayanan - Perawatan instalasi listrik terdiri dari perawatan rutin dan perbaikan/rehab. Perawatan rutin dilakukan secara rutin dan berkala, sedangkan perbaikan/rehab dilakukan hanya terhadap instalasi listrik yang rusak. - Air bersih adalah air yang dipergunakan untuk keperluan sehari-hari dan kualitasnya memenuhi persyaratan Kesehatan air bersih sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan dapat diminum apabila dimasak. - Penyehatan udara ruang adalah Upaya yang dilakukan agar suhu dan kelembaban, debu, pertukaran udara, bahan pencemar dan mikroba di ruang kerja memenuhi persyaratan Kesehatan. - Gas medik adalah gas dengan spesifikasi khusus yang dipergunakan untuk pelayanan medis pada fasilitas pelayanan kesehatan	
2. Tujuan	Sebagai pedoman perawatan instalasi listrik, air, ventilasi dan gas di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 010/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Pemeliharaan Sarana Prasarana, Alat Kesehatan di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2024 Tentang Pemeliharaan Alat Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	
5. Prosedur	Instalasi Listrik - Petugas memastikan agar masing-masing instalasi menggunakan kode dan label - Petugas memastikan tidak ada kabel yang mengelupas - Petugas memastikan kondisi sakelar, MCB dalam keadaan baik - Petugas memastikan semua ruangan teraliri listrik (lampu menyala semua)	

	5) Petugas memastikan genset berfungsi dengan baik Instalasi Air 1) Petugas memeriksa tidak ada kebocoran Pipa 2) Petugas memastikan air tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbau, kuantitas air mencukupi 3) Petugas memastikan tidak ada sambungan air yang tersumbat 4) Petugas memastikan air mengalir dengan lancar Instalasi Gas Medik 1) Petugas memastikan tabung tidak bocor 2) Petugas memastikan flowmeter oksigen dalam keadaan baik 3) Petugas memastikan penempatan Oksigen sesuai kebutuhan ruangan Instalasi Tata Udara 1) Petugas melakukan perawatan AC secara berkala 2) Petugas memastikan exhaust di setiap ruangan dapat berfungsi dengan baik 3) Petugas memonitoring suhu ruangan Instalasi Limbah 1) Petugas memastikan tidak ada kebocoran dan tumpahan 2) Petugas memastikan volume limbah maksimal 3/4 3) Petugas memastikan penempatan limbah sesuai jenisnya Telekomunikasi 1) Petugas melakukan pemeliharaan jaringan 2) Petugas melakukan uji fungsi
6. Unit Terkait	Semua Unit

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN KEBAKARAN		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 022/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
1. Pengertian	Ketentuan mengenai prosedur yang harus dilakukan oleh setiap pegawai / petugas / karyawan dalam rangka kewaspadaan dan penanggulangan kebakaran		
2. Tujuan	a. Meningkatkan kewaspadaan terhadap bahaya kebakaran b. Melakukan tindakan penanggulangan kebakaran secara dini c. Memberikan peringatan bahaya kebakaran d. Petunjuk penyelamatan pada kebakaran		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta nomor 013/KLINIK RUSKA/VIII/2025 tentang Penanggulangan Kebakaran di Klinik		
4. Referensi	Undang-undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja		
5. Prosedur	I. TINDAKAN BILA MELIHAT GEJALA KEBAKARAN - Seluruh pegawai harus bersikap tenang dan jangan panik. - Seluruh pegawai saling memperingatkan dengan berteriak “kebakaran”. - Petugas menyelamatkan atau memindahkan orang atau pasien dilokasi yang berdekatan menjauh dari titik api. - Petugas menangani sesegera mungkin gejala api dan atau padamkan sumber api / listrik. - Petugas melakukan pemadaman mempergunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) - Jika api tidak teratasi, petugas yang lain hubungi Pos Jaga Keamanan untuk pemberitahuan kode kebakaran, dengan menyebutkan kode red, dan lokasi kejadian lengkap dengan nama pelapor II. TINDAKAN APABILA MELIHAT KEBAKARAN - Seluruh pegawai saling memperingatkan dengan berteriak. “kebakaran”. - Petugas menyelamatkan atau memindahkan orang atau pasien dilokasi berdekatan menjauh dari lokasi kebakaran. - Petugas melakukan pemadaman mempergunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR). - Petugas menghubungi Pos Jaga Keamanan untuk pemberitahuan kode kebakaran, dengan menyebutkan kode red, dan lokasi kejadian lengkap dengan nama pelapor. - Mengambil helm komando di lokasi kejadian sesuai dengan tugasnya; - Helm Merah : Petugas pemadaman kebakaran - Helm Kuning : Petugas evakuasi pasien		

	c. Helm Putih : Petugas penyelamatan dokumen d. Helm Biru : Petugas pengamanan di lokasi kebakaran III. MELAPORKAN KEBAKARAN 1. Jika api tidak teratasi, pihak Pos Jaga Keamanan menghubungi operator untuk menghubungi UPTD Dinas Pemadam Kebakaran Kabupaten Sleman 2. Petugas Keamanan melaporkan adanya kebakaran dengan menyebutkan lokasi kebakaran dan nama penelpon IV. PETUNJUK PEMAKAIAN ALAT PEMADAM API RINGAN (APAR) 1. 1. Petugas mengambil APAR dari tempatnya 2. Petugas menarik pin pengaman. 3. Petugas melepaskan selang dan arahkan ke titik api 4. Petugas menyemprotkan bahan pemadam api dengan menjepit gagang APAR V. PERSIAPAN MELAKUKAN EVAKUASI PASIEN 1. Petugas menyampaikan rencana evakuasi kepada pasien 2. Petugas menentukan pasien yang akan di evakuasi dengan bantuan. 3. Petugas menentukan cara melakukan evakuasi : ☐ Digendong ☐ Dibopong ☐ Memakai tandu 4. Petugas menyiapkan semua peralatan evakuasi yang dibutuhkan 5. Seluruh petugas/pegawai mendengarkan perintah dari koordinator evakuasi, jangan melakukan evakuasi apabila belum di instruksikan VI. EVAKUASI 1. Seluruh petugas/pegawai segera menuju pintu darurat untuk mengevakuasi pasien yang tidak dapat berdiri dengan tertib. 2. Seluruh petugas/pegawai jangan berlari tetapi berjalan cepat dan teratur 3. Lepaskan sepatu bagi Wanita yang memiliki hak tinggi. 4. Petugas mendahulukan pasien atau orang cacat. 5. Seluruh petugas/pegawai dan pasien yang terlibat (korban) meninggalkan Gedung dan berkumpul di titik berkumpul yang telah ditentukan. 6. Seluruh petugas/pegawai dan pasien yang terlibat (korban) jangan. Kembali mengambil barang-barang yang tertinggal
6. Unit Terkait	Ruang Tunggu, Pantry

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	PENILAIAN KINERJA PEGAWAI		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati NIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 004/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1 dari 2	
1. Pengertian	Penilaian kinerja adalah sistem yang digunakan untuk menilai dan mengetahui apakah seorang karyawan telah melaksanakan pekerjaannya masing-masing secara keseluruhan		
2. Tujuan	1. Untuk mengetahui nilai dan kualitas kinerja pegawai secara periodik sebagai sumber informasi untuk pembinaan pegawai. 2. Untuk menilai kesenjangan kinerja antara yang actual dengan kinerja yang diharapkan oleh klinik. 3. Memberikan feedback dan rekomendasi perbaikan kepada pegawai untuk terus memperbaiki kinerjanya		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No 006/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penilaian Kinerja Pelayanan dan Pegawai Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Panduan Penilaian Kinerja Pelayanan dan Pegawai Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
5. Prosedur	1. Petugas administrasi menyiapkan lembar penilaian kinerja pegawai. 2. Direktur Klinik mengisi checklist penilaian kinerja yang di dalamnya terdapat penilaian materi yang meliputi keorganisasian, tata nilai dan perilaku 3. Direktur Klinik memberikan nilai kinerja pegawai klinik. 4. Hasil penilaian mempunyai kriteria sebagai berikut: a. Sangat bagus nilai >4,9 b. Baik 2,5 – 4,9 c. cukup/kurang < 2,5		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PENYUNTIKAN YANG AMAN		 DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA, dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 053/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal : 8 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA		1/1	
A. Pengertian	Penyuntikan yang aman adalah penyuntikan yang dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip penyuntikan yang benar, mulai saat persiapan obat hingga penanganan alat-alat bekas pakai, sehingga aman untuk pasien dan petugas dari terjadinya resiko cedera dan infeksi		
B. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penyuntikan yang aman		
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor : 031/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 Tentang Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
D. Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 Tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Buku pedoman Teknik Pencegahan Pengendalian Infeksi di FKTP Tahun 2020.		
E. Alat dan Bahan	1. Trolley 2. Kom 3. Sput 4. Sarung tangan 5. Cairan handrub		
F. Prosedur	A. Pemberian obat melalui intrakutan 1. Petugas melarutkan / encerkan obat yang akan di tes alergi dengan aguadest (cairan pelarut), ambil 0,5 cc dan encerkan lagi sampai 1 cc , lalu siapkan pada bak steril (bak injeksi). 2. Petugas menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dengan teknik aseptik dengan 6 prinsip pemberian obat benar 3. Petugas membebaskan daerah yang akan dilakukan suntikan 4. Petugas melakukan hadrub atau handwash 5. Petugas mendesinfeksi daerah yang akan dilakukan suntikan dengan kapas alcohol 6. Petugas menegangkan dengan tangan kiri daerah yang akan disuntik / diinjeksi 7. Petugas melakukan penusukan dengan lubang jarum menghadap ke atas membentuk sudut 15 – 20 derajat terhadap permukaan kulit.		

	1. Petugas menyemprotkan obat hingga terjadi gelembung pada permukaan kulit pasien 2. Petugas menarik spuit dan tidak boleh dilakukan masase 3. Petugas menjelaskan kepada pasien untuk menunggu 10-15 terjadinya reaksi obat 4. Petugas mencatat reaksi pemberian obat 5. Petugas membereskan alat –alat. 6. Petugas mencuci tangan setelah prosedur dilakukan 7. Petugas mendokumentasikan prosedur pemberian obat atau tes alergi dan respon klien.di lembar B. Pemberian obat melalui subkutan 8. Petugas mengambil obat dalam tempatnya sesuai dengan dosis yang akan diberikan . kemudian tempatkan pada bak injeksi 9. Petugas menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dengan teknik aseptik dengan 6 prinsip pemberian obat benar. 10. Petugas melakukan handrub atau handwash 11. Petugas membebaskan daerah yang akan dilakukan suntikan. 12. Petugas mendesinfeksi daerah yang akan dilakukan suntikan dengan kapas alcohol 13. Petugas menegangkan dengan tangan kiri daerah yang akan dilakukan suntikan subcutan 14. Petugas melakukan penusukan dengan lubang jarum menghadap keatas membentuk sudut 45 derajat terhadap permukaan kulit 15. Petugas melakukan aspirasi, bila tidak ada darah semprotkan obat perlahan hingga habis 16. Petugas menarik spuit dan tahan dengan kapas alcohol, spuit bekas suntikkan dimasukkan ke bak injeksi 17. Petugas mencuci tangan setelah prosedur dilakukan 18. Petugas mencatat prosedur pemberian obat dan respon klien C. Pemberian obat melalui intra vena 1. Petugas mengambil obat dalam tempatnya dengan spuit sesuai dengan takaran / dosis yang akan diberikan . Bila obat dalam sediaan bubuk makan larutkan dengan cairan pelarut (aquades steril) 2. Petugas menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dengan teknik aseptik dengan 6 prinsip pemberian obat benar.
--	--

	3. Petugas melakukan handrub atau handwash 4. Petugas membebaskan daerah yang akan dilakukan penyuntikan 5. petugas melakukan pengikatan dengan torniquet pada bagian atas daerah yang akan dilakukan pemberian obat 6. Petugas mendesinfeksi daerah yang akan dilakukan suntikan dengan kapas alcohol 7. Petugas melakukan penusukkan dengan lubang jarum menghadap keatas dengan memasukkan ke pembuluh darah 8. Petugas melakukan aspirasi bila sudah ada darah 9. Petugas melepaskan torniquet dan langsung menyemprotkan obat hingga habis 10. Petugas menarik dan melakukan penekanan pada daerah suntikan dengan kapas alcohol 11. Petugas memasukkan spuit yang telah digunakan ke dalam bak injeksi 12. Petugas mencuci tangan setelah prosedur dilakukan 13. Petugas mencatat prosedur dan reaksi pemberian obat D.Pemberian Obat Intra Muskular 1. Ambil obat dan masukan ke dalam spuit sesuai dengan dosis, kemudian letakkan dalam bak injeksi 2. Petugas menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dengan teknik aseptik dengan 6 prinsip pemberian obat benar 3. Petugas melakukan handrub atau handwash 4. Petugas membebaskan daerah yang akan dilakukan penyuntikan 5. Petugas mendesinfeksi daerah yang akan dilakukan suntikan dengan kapas alcohol 6. Petugas menegangkan dengan tangan kiri daerah yang akan dilakukan suntikan, pada daerah paha (vastus lateralis) dengan cara meminta klien untuk berbaring telentang dengan lutut sedikit fleksi, pada ventrogluteal dengan cara meminta klien miring , telengkup atau telentang dengan lutut dan panggul pada sisi yang akan disuntik dalam keadaan fleksi, pada dorsogluteal dengan meminta klien untuk telungkup dengan lutut diputar kearah dalam atau miring dengan lutut bagian atas dan pinggul fleksi dan diletakkan di depan tungkai bawah, pada deltoid (lengan atas) dengan meminta klien untuk duduk atau berbaring mendatar dengan lengan atas fleksi
--	---

	7. Petugas melakukan penusukan dengan lubang jarum menghadap keatas membentuk sudut 90 derajat terhadap permukaan kulit 8. Petugas melakukan aspirasi spuit bila tidak ada darah semprotkan obat secara perlahan hingga habis. 9. Petugas menarik spuit dan menekan daerah penyuntikan dengan kapas alcohol , kemudian spuit yang telah digunakan diletakkan di bak injeksi 10. Petugas mencuci tangan setelah prosedur dilakukan 11. Petugas menatat prosedur dan reaksi pemberian.
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	
H. Unit terkait	1. Unit Tindakan
I. Dukumen terkait	
J. Rekaman Historis	No Yang Dirubah Isi Perubahan Tgl Berlaku Mulai

I. Dokumen terkait					
J. Rekaman historis	No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tgl Berlaku	Mulai

	DEKONTAMINASI PERALATAN PERAWATAN PASIEN		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,   dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dok 054/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Rev	
		Tanggal : 8 Agustus 2025	
		1/1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
A. Pengertian	Perlindungan kesehatan petugas adalah serangkaian upaya yang dilakukan untuk melindungi kesehatan dan keselamatan petugas terutama dari resiko pajaan penyakit infeksi.		
B. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam perlindungan kesehatan petugas		
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor : 031/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 Tentang Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
D. Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 Tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 3. Buku pedoman Teknik Pencegahan Pengendalian Infeksi di FKTP Tahun 2020		
E. Alat dan Bahan	1. Masker 2. Cairan Handrub 3. Goun Pelindung		
F. Prosedur	1. Petugas menggunakan alat pelindung diri sesuai indikasi saat memberi pelayanan yang berisiko terjadi paparan darah, produk darah, cairan tubuh, bahan infeksius, atau bahan berbahaya lainnya, 2. Petugas melakukan kebersihan tangan saat tiba di tempat kerja, 3. Petugas di ruang tindakan dan unit pelayanan gigi menggunakan alat pelindung diri berupa gaun pelindung, 4. Petugas tidak menggunakan asesoris di tangan (cincin, gelang, jam tangan, pewarna kuku, dan lain-lain) dan tidak berkuku panjang saat akan melakukan tindakan medis, 5. Penanggungjawab klinik bersama dengan PJ Mutu mengadakan pemeriksaan kesehatan berkala terhadap seluruh petugas, 6. PJ Mutu bersama PJ terkait membuat dan menerapkan kebijakan atau prosedur penatalaksanaan paska pajaan		

G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	
H. Unit terkait	Semua unit di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta
I. Dokumen terkait	
J. Rekaman historis	No Yang Dirubah Isi Perubahan Tgl Berlaku Mulai

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	KOMUNIKASI EFEKTIF WHATS APP GRUP PETUGAS		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 039/SK/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit 8 Agustus 2025	
		1/1	
A. Pengertian		❖ WhatsApp Grup Petugas Klinik merupakan grup yang diikuti oleh seluruh petugas di Klinik untuk transfer informasi dan pelaporan kondisi pelayanan. ❖ Isian rekap pelaporan diantaranya adalah mengenai - Informasi petugas klinik - Jumlah kunjungan rawat jalan (Total kunjungan, kunjungan pasien umum) - Informasi lain diluar pelayanan : ada tamu ☐ Penggunaan Whats App grup Petugas merupakan salah satu bentuk komunikasi efektif di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah-langkah komunikasi efektif menggunakan WhatsApp Grup Petugas Klinik	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Rutan Kelas I Surakarta Nomor :026/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penetapan Bentuk Komunikasi Efektif Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		Aplikasi Whats App Handphone	
F. Prosedur		1. Petugas jaga membuka whats app grup karyawan 2. Petugas jaga membuat rekapian pasien rawat jalan 3. Petugas jaga mengisi infomasisesuai template di whats app grup karyawan 4. Petugas jaga mengirimkan hasil rekapian dan data lain sesuai template	
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan		Sinyal handphone Paket data mencukupi	
H. Unit terkait		Unit Pendaftaran dan Rekam Medik Unit Pelayanan Umum Unit Farmasi	
I. Dokumen terkait			
J. Rekaman historis			

	PROSEDUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN		 DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA, dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SOP	No. Dokumen : 030/SOP/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
		Halaman :1 dari 3	
1. Pengertian	Prosedur ini mencakup semua kegiatan yang terkait dengan identifikasi, dokumentasi dan pelaporan Insiden keselamatan pasien meliputi KTD,KPC,KNC,KTC Kejadian tidak diinginkan (KTD) : kejadian yang cenderung disebabkan oleh manajemen medis dari pada kondisi yang melatar belakangi pasien Kondisi potensial cedera (KPC) : suatu keadaan yang berpotensi (belum terjadi tetapi memungkinkan terjadinya) cedera Kejadian nyaris cedera (KNC) : suatu kejadian atau situasi yang sebenarnya dapat menimbulkan kecelakaan, trauma atau penyakit tetapi belum terjadi karena secara kebetulan diketahui atau upaya pencegahan segera dilakukan. Manajemen risiko klinis adalah upaya mengidentifikasi dan mengelompokkan risiko (grading) dan mengendalikan/mengelola risiko tersebut baik secara proaktif risiko yang mungkin terjadi maupun reaktif terhadap insiden yang sudah terjadi agar memberi dampak negatif seminimal mungkin bagi keselamatan pasien dan mutu Klinik.		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam mengidentifikasi, mendokumentasi, menganalisis dan melaporkan insiden.		
3. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta nomor : 021/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	• UU RI No. 36 th 2009 . Tentang pelayanan, monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan di puskesmas • PMK No 9 Tahun 2014 Tentang Klinik • PMK No 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien • PMK No 52 tahun 2018 tentang Kesehatan dan Keselamatan kerja • PMK No 25 Tahun 2019 tentang penerapan manajemen resiko terintegrasi di lingkungan kementerian Kesehatan		
5. Prosedur	1. Petugas pemberi pelayanan klinis yang mendapatkan insiden atau resiko medis melakukan pertolongan dan penanganan awal sesuai kondisi. 2. Petugas pemberi pelayanan klinis yang mengetahui adanya insiden dan resiko klinis melakukan pengaman berupa isolasi bukti, laporan dan lingkungan, selanjutnya melaporkan kondisi tersebut kepada penanggung jawab pelayanan dan tim peningkatan mutu pelayanan klinis 3. Petugas pemberi pelayanan klinis memberi tindakan medis dan observasi sesuai kondisi. 4. Petugas pemberi layanan klinis melaporkan kejadian kepada kepala ruang/unit terkait 5. Koordinator unit terkait melakukan investigasi dan membuat grading resiko kejadian. 6. Koordinator unit/ruang melaporkan hasil investigasi kepada ketua mutu 7. Ketua tim peningkatan mutu pelayanan klinis melakukan identifikasi dengan mengumpulkan informasi dan bukti yang menyangkut input, proses dan output terjadinya insiden dan resiko klinis. Semua hasil identifikasi di dokumentasikan dalam formulir pelaporan insiden keselamatan. 8. Direktur Klinik dan tim peningkatan mutu pelayanan mengadakan analisis penyebab dan tindak lanjut penanganannya. 9. Tim PMKP mensosialisasi rencana tindak lanjut dan pelaksanaannya pada rapat rutin Klinik		

7. Unit Terkait	Seluruh unit layanan klinis
8. Dokumen Terkalit	Buku register insidens kejadian pasien Rekam Medis

Rekaman historis perubahan

No	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl. mulai diberlakukan

	ALUR PENETAPAN VISI, MISI, TUJUAN DAN TATA NILAI		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 001/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1	
KLINIK PRATAMA RUMAH TAHANAN NEGARA KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	1. Alur adalah struktur rangkaian peristiwa yang menggerakkan jalan cerita. 2. Penetapan adalah proses atau cara menetapkan suatu keputusan yang didasarkan oleh kesepakatan .		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam melaksanakan penetapan visi, misi, tujuan dan tata nilai Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta (internal/ eksternal).		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta Nomor 001/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Visi, Misi, Tujuan dan Tata Nilai Klinik Pratama. Surat Keputusan Direktur Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta Nomor 001/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Visi, Misi, Tujuan dan Tata Nilai Klinik Pratama		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 9 Tahun 2014 tentang Klinik.		
5. Prosedur	1. Direktur Klinik mengadakan rapat bersama seluruh anggotanya 2. Direktur Klinik dan seluruh anggota menentukan visi, misi tujuan, nilai- nilai klinik. 3. Direktur Klinik menjelaskan tentang rencana operasional klinik dan tujuannya. 4. Direktur Klinik bersama seluruh anggota menyimpulkan visi misi, tujuan, dan tata nilai klinik. 5. Direktur Klinik menanyakan kepada seluruh anggota apakah seluruh anggota sudah menyetujui visi, misi, tujuan, dan tata nilai klinik yang sudah disimpulkan. 6. Seluruh anggota memberikan saran dan masukan 7. Direktur Klinik menyimpulkan kembali tentang visi, misi, tujuan dan tata nilai Klinik 8. Seluruh anggota menyetujui visi, misi, dan tata nilai klinik yang sudah disimpulkan. 9. Direktur Klinik menetapkan visi, misi, motto dan tata nilai Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta		
7. Unit Terkait	Semua Unit di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	ASSESSMENT AWAL RESIKO JATUH PASIEN		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 044/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit 8 Agustus 2025 1/1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
A. Pengertian		☐ Resiko pasien jatuh adalah pasien beresiko jatuh yang umumnya disebabkan faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera. ☐ Assesment awal resiko jatuh pasien merupakan penilaian lanjutan dari skrining awal resiko jatuh pasien	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah - langkah kegiatan assesment awal resiko jatuh pasien	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 030/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Panduan Pencegahan Pasien Cedera Karena Jatuh Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		<i>Morse Fall Scale</i> Gelang Kuning pasien	
F. Prosedur		1. Perawat melakukan assesment awal resikojatuh untuk pasien yang sudah dipasang gelang kuning oleh petugas skrining 2. Perawat mengisi form <i>Morse Fall Scale</i> 3. Perawat memberikan edukasi kepada pasien sesuai hasil penilaian assesmen resiko jatuh 4. Perawat menyimpan form <i>Morse Fall Scale</i> bersama berkas rekam medik pasien 5. Perawat melepas gelang kuning setelah pasien menyelesaikan pelayanan terakhir di unit farmasi	
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan		Ketersediaan gelang kuning Kesiapan petugas untuk melakukan tugasskrining	
H. Unit terkait		Unit Pelayanan Umum	
I. Dokumen terkait			
J. Rekaman historis			

	DEKONTAMINASI PERALATAN PERAWATAN PASIEN		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 046/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
		1/1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
A. Pengertian	Dekontaminasi peralatan perawatan pasien adalah serangkaian kegiatan tatalaksana peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh.		
B. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam dekontaminasi peralatan perawatan petugas.		
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor : 031/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 Tentang Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
D. Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 Tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 3. Buku pedoman Teknik Pencegahan Pengendalian Infeksi di FKTP Tahun 2020		
E. Alat dan Bahan	1. Masker 2. Cairan Handrub 3. Goun Pelindung		
F. Prosedur	Dekontaminasi peralatan non-kritikal 1. Petugas melakukan prosedur kebersihan tangan, 2. Petugas menggunakan alat pelindung diri, 3. Petugas mengelap permukaan alat seperti stetoskop dan termometer dengan alkohol swab 70%, 4. Petugas membersihkan permukaan tempat tidur, meja, dan permukaan lainnya menggunakan kain bersih yang disemprot dengan cairan klorin 0,05% dan menggosok seluruh permukaan secara merata, 5. Petugas mendiamkan peralatan yang telah dilap/disemprot hingga kering, 6. Petugas menyimpan atau meletakkan peralatan ke dalam tempatnya. Dekontaminasi peralatan semikritikal dan peralatan kritikal 1. Petugas melakukan prosedur kebersihan tangan, 2. Petugas memakai alat pelindung diri, 3. Petugas menyiapkan bak perendaman yang telah diisi dengan air dan detergen,		

	- Petugas memasukkan alat-alat kesehatan yang sudah terpakai dan bisa digunakan lagi ke dalam bak perendaman selama 10 – 15 menit, - Petugas membersihkan alat satu per satu dengan menyikat seluruh permukaan secara merata, - Petugas memastikan tidak ada kotoran dan sisa darah yang tersisa di permukaan alat, - Petugas membilas alat satu per satu di bawah air mengalir, - Petugas mengeringkan/meniriskan semua peralatan yang sudah dicuci bersih dan sudah dibilas, - Petugas melakukan disinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi untuk peralatan semikritikal, - Petugas melakukan disinfeksi tingkat tinggi dan sterilisasi untuk peralatan kritikal. Disinfeksi Tingkat Tinggi - Petugas merendam peralatan yang telah ditiriskan hingga kering ke dalam bak berisi larutan klorin 0.5% selama 20 menit, - Petugas membilas peralatan dengan air steril dan mengeringkan peralatan di wadah tertutup, - Setelah kering, petugas dapat menyimpan peralatan di tempat yang tertutup rapat atau dapat menggunakan kembali, - Petugas mencuci sarung tangan dengan air dan sabun, kemudian bilas dengan seksama menggunakan air bersih, - Petugas melepas alat pelindung diri, - Petugas melakukan prosedur kebersihan tangan dengan sabun dan air mengalir. Sterilisasi - Petugas mengemas peralatan yang akan disterilkan dengan membungkus semua alat menggunakan pembungkus kertas khusus atau linen, - Petugas memastikan pengemasan mencakup label nama alat, tanggal pengemasan, dan jenis alat yang dikemas, - Petugas melakukan sterilisasi dengan menggunakan metode <i>autoclave</i> atau panas kering (oven):
--	--

	a. <u>AUTOCLAVE</u> 1) Petugas memasukkan alat ke dalam <i>sterilization pouch</i> dengan rapi dan tertutup, 2) Petugas menuang air suling kurang lebih 150 ml ke dalam <i>autoclave</i>, 3) Petugas menata peralatan di dalam <i>aluminium tray</i> sedemikian rupa hingga tersedia ruangan untuk Bergeraknya uap air secara bebas diantara alat-alat selama sterilisasi, 4) Petugas menutup pintu sterilisasi, 5) Petugas menyalakan tombol <i>power/ ON</i> hingga indikator lampu berwarna kuning menyala, 6) Petugas menunggu sekitar 30 menit hingga indikator warna lampu biru menyala, 7) Petugas membuka sedikit pintu <i>autoclave</i> hingga indikator warna lampunya mati, 8) Petugas mengambil alat jika alat sudah dingin dan menyimpan alat di tempat yang telah disediakan. b. <u>STERILISASI PANAS KERING (OVEN)</u> 1) Petugas membuka pintu oven dan meletakkan alat-alat yang akan disterilisasi dengan rapi. Bila memungkinkan letakkan dalam nampan sesuai dengan klasifikasi penggunaannya (misal: <i>hecting set</i>, THT set dll), 2) Petugas menutup pintu oven dengan cara memastikan semua peralatan sudah masuk dengan benar, kemudian menutup pintu oven dengan rapat, 3) Petugas menyalakan oven dengan menekan tombol <i>power/ ON</i> samapai indikator lampu warna merah menyala, 4) Petugas menunggu proses sterilisasi selesai yaitu sampai indikator lampu warna merah mati, 5) Setelah selesai, petugas menunggu sampai suhu turun, membuka pintu oven, dan mengeluarkan alat-alat yang sudah steril dengan menggunakan korentang steril. Waktu ED instrumen steril adalah 7 hari jika alat tidak dipakai yang
	tidak terbungkus dalam <i>sterilization pouch</i> .
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	

H. Unit terkait	1. Ruang Sterilisasi 2. Unit Pelayanan Umum 3. Ruang Tindakan			
I. Dokumen Terkait				
J. Rekaman historis				
	No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tgl Mulai Berlaku

	ETIKA BATUK		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA  dr. Anisa Rohmawati SIP. 197509202003122001
	SPO	No. Dokumen : 047/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	1/1		
A. Pengertian	Etika Batuk adalah kegiatan atau tata cara batuk yang baik dan benar untuk menghindari penyebaran penyakit menular yang disebabkan oleh air liur yang dapat berterbangan di udara.		
B. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam etika batuk		
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor : 031/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 Tentang Penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi		
D. Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.		
E. Alat dan Bahan	Masker		
F. Prosedur	1. Petugas mengajarkan pasien untuk menutup hidung dan mulut dengan menggunakan tissue/ sapu tangan atau lengan dalam bahu 2. Petugas mengajarkan pasien untuk membuang segera tissue yang sudah dipakai ke dalam tempat sampah 3. Petugas mengajarkan pasien untuk mencuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau dengan cairan handrub 4. Petugas memberikan edukasi kepada pasien bila sedang batuk sebaiknya menggunakan selalu masker bedah 5. Petugas menempatkan pasien dengan gejala gangguan pernafasan akut setidaknya 1 meter dari pasien lain saat berada di ruang umum jika memungkinkan		
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan			
H. Unit terkait	1. Pendaftaran 2. Poli Umum 3. Farmasi		
I. Dokumen terkait			

J. Rekaman historis				
	No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tgl Mulai Berlaku

	HAND HYGIENE (DENGAN HAND RUB)		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,   dr. R. R. Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 042/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA		1/2	
A. Pengertian		☐ <i>Hand hygiene</i> adalah suatu upaya atau tindakan membersihkan tangan, baik dengan menggunakan sabun antiseptik di bawah air mengalir (<i>hand wash</i>) atau menggunakan <i>hand rub</i> berbasis alkohol dengan langkah-langkah yang sistematis sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah bakteri pada tangan. ☐ Terdapat dua cara melakukan <i>hand hygiene</i> yaitu dengan air mengalir dengan sabun antiseptic (<i>hand wash</i>) jika tangan terlihat kotor selama 40-60 detik atau <i>handrub</i> berbasis alcohol dengan klorheksidin jika tangan tidak terlihat kotor selama 20-30 detik	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah-langkah <i>hand hygiene</i>	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 029/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Panduan Hand Hygiene Klinik/ Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		Hands rub Lap Tangan / Tissue	
F. Prosedur		1) Petugas menuangkan 2-3 cc cairan antiseptic 2-3 cc ke telapak tangan kemudian diratakan ke seluruh permukaan tangan 2) Petugas menggosok kedua telapak tangan hingga merata 3) Petugas menggosok punggung tangan dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 4) Petugas menggosok kedua sela-sela jari 5) Petugas mengunci jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci 6) Petugas menggosok ibu jari kiri berputar dalam tangan kanan dan sebaliknya 7) Petugas menggosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya	

	HAND HYGIENE (DENGAN HAND RUB}		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Nisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 042/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit 8 Agustus 2025 1/2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
F. Prosedur		8) Petugas mengeringkan tangan dahulu sebelum melakukan tindakan	
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan		Pastikan semua assesoris yang menempel di tangan dilepas Lakukan prosedur no 3 - 8 sebanyak 4 kali untuk masing-masing prosedur	
H. Unit terkait		Unit Pelayanan Lingkungan klinik	
I. Dokumen terkait		-	
J. Rekaman historis		-	

	HAND HYGIENE (DENGAN HAND WASH)		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,   dr. R. Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 043/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
		1/2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
A. Pengertian		☐ <i>Hand hygiene</i> adalah suatu upaya atau tindakan membersihkan tangan, baik dengan menggunakan sabun antiseptik di bawah air mengalir (<i>hand wash</i>) atau menggunakan <i>hand rub</i> berbasis alkohol dengan langkah-langkah yang sistematis sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah bakteri pada tangan. ☐ Terdapat dua cara melakukan <i>hand hygiene</i> yaitu dengan air mengalir dengan sabun antiseptic (<i>hand wash</i>) jika tangan terlihat kotor selama 40-60 detik atau <i>handrub</i> berbasis alcohol dengan klorheksidin jika tangan tidak terlihat kotor selama 20-30 detik	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah-langkah <i>hand hygiene</i>	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 029/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Panduan Hand Hygiene Klinik/ Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		Wastafel Sabun cuci tangan Lap tangan/ tissue	
F. Prosedur		1) Petugas membasahi tangan dengan air 2) Petugas mengambil cairan sabun 3-5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan 3) Petugas menggosok kedua telapak tangan hingga merata 4) Petugas menggosok punggung tangan dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 5) Petugas menggosok kedua sela-sela jari 6) Petugas mengunci jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci 7) Petugas menggosok ibu jari kiri berputar dalam tangan kanan dan sebaliknya 8) Petugas menggosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya	

	HAND HYGIENE (DENGAN HAND WASH)		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Aulisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 043/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit 8 Agustus 2025 1/2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
F. Prosedur		9) Petugas membilas kedua tangan dengan air mengalir 10) Petugas mengeringkan tangan dengan lap/tisu sekali pakai 11) Petugas menggunakan tisu tersebut untuk menutup kran dan membuangnya ke tempat sampah	
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan		Pastikan semua assesoris yang menempel ditangan dilepas Singsingkan lengan baju sampai ke pergelangan tangan Lakukan prosedur no 3 - 8 sebanyak 4 kali untuk masing-masing prosedur Atur aliran air sesuai kebutuhan	
H. Unit terkait		Seluruh Unit pelayanan dan Lingkungan klinik	
I. Dokumen terkait		-	
J. Rekaman historis		-	

	IDENTIFIKASI PASIEN		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 037/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	1/1		
A. Pengertian		☐ Identifikasi pasien adalah suatu proses yang dilakukan untuk memastikan identitas pasien ☐ Ketepatan identifikasi pasien menjadi hal yang penting karena berhubungan dengan keselamatan pasien ☐ Identifikasi pasien dilakukan dengan menanyakan minimal 2 dari data identitas pasien, biasanya nama dan tanggal lahir	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah-langkah identifikasi Pasien	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 025/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/ 2025 tentang Panduan Identifikasi Pasien Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		Berkas rekam medis yang berisi identitas pasien	
F. Prosedur		1. Petugas menyapa pasien 2. Petugas menanyakan nama pasien 3. Petugas menanyakan tanggal lahir pasien 4. Petugas menanyakan ayah kandung pasien apabila pasien lupa tanggal lahir 5. Petugas menanyakan kepada keluarga/ pengantar apabila pasien dalam kondisi tidak dapat memberikan jawaban 6. Petugas mencocokkan jawaban pasien/ keluarga pasien dengan data di rekam medis 7. Petugas melanjutkan tindakan pelayanan kepada pasien setelah memastikan identitas benar	
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan		Komitmen petugas	
H. Unit terkait		Semua Unit Pelayanan di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien	
I. Dokumen terkait			
J. Rekaman historis			

	KAJIAN PRA BEDAH (PENANDAAN LOKASI OPERASI)		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen:040/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : -	
		Tanggal Terbit: 8 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	1/1		
A. Pengertian		Kajian pra bedah merupakan assesmen yang dilakukan untuk membuat ringkasan data pemeriksaan dan diagnosis serta rencana penatalaksanaan operasi minor dengan keterangan lokasi sesuai gambar lokasi operasi minor, yang dilakukan sebelum persiapan operasi minor. Penandaan gambar pada kajian pra bedah merupakan cara penandaan lokasi operasi, selain penandaan dengan spidol	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah-langkah kajian pra bedah (penandaan lokasi operasi)	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 028/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Panduan Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat Pasien Operasi Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		Lembar Kajian Pra Bedah Bolpen, Spidol (untuk <i>Marker Site</i>)	
F. Prosedur		1. Perawat menyiapkan lembar Kajian Pra Bedah 2. Perawat mengisi identitas pasien 3. Dokter mengisi identitas dokter dan waktu pelaksanaan operasi minor 4. Dokter mengisi nama operasi minor yang akan dilakukan 5. Dokter mengisi data subyektif dan obyektif 6. Dokter mengisi diagnosis pra bedah dan estimasi waktu yang dibutuhkan 7. Dokter menulis terkait rencana operasi minor yang akan dilakukan 8. Dokter memberikan penandaan lokasi yang akan dilakukan operasi pada gambar 9. Dokter memberikan penandaan lokasi langsung menggunakan spidol (sebagai tambahan), apabila lokasi memungkinkan 10. Dokter menandatangani Kajian Pra Bedah 11. Dokter meminta pasien/ keluarga pasien menandatangani persetujuan Kajian Pra Bedah	
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan		Lembar Kajian Pra Bedah	
H. Unit terkait		Unit Gawat Darurat tempat dilakukan tindakan	
I. Dokumen terkait			
J. Rekaman historis			

	KALIBRASI		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 026/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA		Halaman : 1	
1. Pengertian	Kalibrasi adalah suatu proses kegiatan untuk menentukan kebenaran nilai penunjukan alat ukur dan atau bahan ukur		
2. Tujuan	Sebagai acuan untuk pelaksanaan kalibrasi alat-alat Kesehatan		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta tentang Daftar Alat dan Waktu Wajib Kalibrasi di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2024 Tentang Pemeliharaan Alat Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
5. Prosedur	1. Petugas melakukan identifikasi alat yang akan dikalibrasi 2. Petugas membuat nota dinas Permohonan Kalibrasi 3. Petugas menyiapkan alat yang akan dikalibrasi 4. Petugas mengirimkan alat ke Labkesda 5. Untuk alat yang besar seperti dental unit, petugas melakukan perjanjian untuk waktu kedatangan petugas Labkesda melakukan kalibrasi di klinik 6. Evaluasi hasil kalibrasi Petugas menerima alat yang sudah terkalibrasi untuk digunakan dalam pelayanan		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMERIKSAAN KESEHATAN PERSONAL		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 006/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	Pemeriksaan Kesehatan Personal adalah kegiatan pemeriksaan kesehatan pegawai di lingkungan Klinik.		
2. Tujuan	Agar tercapainya produktivitas kerja yang optimal		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta tentang Alur Komunikasi dan Koordinasi Klinik Pratama		
4. Referensi	1. Permenkumham Nomor 41 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Kesatuan Republik Indonesia Nomor 5063)		
5. Prosedur	1. Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta memanggil penanggung jawab program dan pelaksanaan kegiatan pemeriksaan kesehatan personal yang dibawah tanggung jawab tim MFK sesuai dengan jadwal yang ditentukan dalam MFK. 2. Pegawai yang akan diperiksa mendatangi persetujuan untuk melakukan pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik lengkap dan pemeriksaan laboratorium (gula darah sewaktu, asam urat, dan kolesterol). 3. Dilakukan pemeriksaan pegawai 4. Tim MFK melaporkan hasil tersebut Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta. 5. Direktur Klinik memerintahkan Tim Manajemen Fasilitas Keselamatan dan Kesehatan Kerja Klinik mengadakan tindak lanjut apa bila terdapat kelainan tersebut dengan cara diberikan obat atau suntik vitamin		
6. Unit Terkait	Seluruh pegawai Klinik		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	KOMUNIKASI DAN KOORDINASI DENGAN PIHAK-PIHAK TERKAIT		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	Halaman 1 No. Dokumen : 029/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
1. Pengertian	Membina komunikasi dan koordinasi dengan pihak terkait adalah suatu kegiatan pertemuan untuk membahas suatu program dan kegiatan yang menghasilkan suatu kesepakatan untuk bekerjasama dalam melaksanakan program secara berkesinambungan. Komunikasi dan koordinasi dengan pihak terkait dapat berupa pertemuan lintas sektoral, lintas program, MOU dan kesepakatan bersama		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam melaksanakan komunikasi dan koordinasi dengan pihak-pihak terkait		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 017/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penyelenggaraan Kontrak Pihak Ketiga		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi darah, Tempat Praktik mandiri Dokter.		
5. Prosedur	1. Direktur klinik merencanakan program kegiatan dan pelaksanaannya. 2. Direktur klinik mengidentifikasi pihak terkait yang berperan dalam program. 3. Penanggung jawab pihak ketiga melakukan komunikasi dengan pihak terkait yang berperan dalam program dan kegiatan melalui pertemuan maupun media elektronik. 4. Penanggung jawab pihak ketiga membahas rencana pelaksanaan program. 5. Penanggung jawab melakukan pembagian tugas dengan pihak terkait dalam hal pelaksanaan program dan kegiatan. 6. Manajemen/petugas (penanggungjawab program) melakukan kesepakatan dengan pihak terkait untuk melaksanakan program. 7. Manajemen/petugas (penanggung jawab program) melaporkan hasil pertemuan kepada Direktur.		
6. Unit Terkait	Pimpinan, Penanggungjawab Program		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	KOMUNIKASI VISI, MISI, TUJUAN DAN TATA NILAI		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 002/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1	
1. Pengertian	1. Komunikasi Visi, Misi, dan tata Nilai Klinik adalah cara menyampaikan visi, misi, dan tata nilai Klinik baik kepada pelanggan internal maupun eksternal. 2. Komunikasi dapat dilakukan melalui rapat, media komunikasi baik cetak maupun elektronik di Klinik		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam melaksanakan komunikasi visi, misi, tujuan dan tata nilai Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta No. 001/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Visi, Misi, Tujuan dan Tata Nilai Klinik Pratama. Surat Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 001/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 TAHUN 2025 tentang Visi, Misi, Tujuan dan Tata Nilai Klinik Pratama		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 9 Tahun 2014 tentang Klinik.		
5. Prosedur	1. Direktur Klinik menetapkan visi, misi, tujuan dan tata nilai 2. Ketua Tim Mutu mensosialisasikan visi, misi, tujuan, dan tata nilai Klinik melalui media komunikasi yang tersedia. 3. Memasang visi, misi, tujuan, dan tata nilai Klinik di dekat ruang tunggu pengunjung dan lokasi lain yang mudah terlihat 4. Semua pegawai diharapkan memahami dan menerapkan visi, misi, tujuan, tata nilai Klinik		
6. Unit Terkait	Semua Unit di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	MONITORING KINERJA PIHAK KETIGA		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 031/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1	
1. Pengertian	Monitoring Kinerja Pihak Ketiga adalah pelaksanaan pengawasan kegiatan program dan pelayanan yang dilakukan pihak ketiga, apakah kegiatan yang dilaksanakan tersebut sesuai dengan kontrak kerja sama yang telah dibuat		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan monitoring kinerja pihak ketiga		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 017/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penyelenggaraan Kontrak Pihak Ketiga		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi darah, Tempat Praktik mandiri Dokter.		
5. Prosedur	1. Petugas membuat daftar indikator pihak ketiga. 2. Petugas melaksanakan monitoring setiap enam bulan sekali. 3. Petugas melaksanakan evaluasi setiap setahun sekali. 4. Petugas membuat laporan kemajuan kinerja pihak ketiga. 5. Menyampaikan kepada Kepala Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta		
6. Unit Terkait	Pimpinan, Penanggungjawab Program		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMASANGAN APAR		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 020/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
	Halaman :1		
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	1. Alat Pemadam Api Ringan (APAR) adalah alat yang ringan serta mudah dilayani oleh satu orang untuk memadamkan api pada mula terjadi kebakaran. 2. Pemasangan adalah suatu usaha/ tindakan penyiapan dilakukan untuk mensiap siagakan pemberantasan pada mula terjadi kebakaran agar memenuhi syarat-syarat keselamatan kerja		
2. Tujuan	Sebagai acuan bagi seluruh pegawai untuk penggunaan APAR (Alat Pemadam Api Ringan)		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 013/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penanggulangan Kebakaran di Klinik		
4. Referensi	Undang-undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja		
5. Prosedur	1. Pemasangan APAR a. Petugas menempatkan pada posisi yang mudah dilihat dengan jelas, mudah dicapai dan diambil serta dilengkapi dengan tanda pemasangan b. Petugas memberi tanda pemasangan tersebut harus sesuai dengan tanda untuk menyatakan tempat alat pemadam api ringan yang dipasang pada dinding. Tinggi pemberian pemasangan tanda pemasangan tersebut adalah 125 cm dari dasar lantai tepat diatas satu atau kelompok alat pemadam api ringan bersangkutan c. Petugas memasang APAR menggantung pada dinding dengan penguatan sengkang atau dengan konstruksi penguat lainnya. Sengkang atau konstruksi penguat lainnya tidak boleh dikunci atau digembok atau diikat mati d. Petugas memasang sedemikian rupa sehingga bagian paling atas berada pada ketinggian 1,2 m dari permukaan lantai. Alat pemadam api ringan tidak boleh dipasang dalam ruangan atau tempat dimana suhu melebihi 49⁰C atau turun sampai minus 44⁰C 2. Petugas melakukan penggantian atau perbaikan jika ada cacat pada alat perlengkapan pemadam api ringan yang ditemui waktu pemeriksaan 3. Petugas melakukan pemeliharaan secara berkala setiap 1 bulan sekali		
6. Unit Terkait	Ruang Tunggu, Administrasi		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMASANGAN JALUR EVAKUASI		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 024/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman :1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	Jalur evakuasi adalah khusus yang menghubungkan semua area ke area aman		
2. Tujuan	Agar pemasangan jalur evakuasi dapat dilakukan sesuai prosedur yang benar		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No: 014/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Jalur Evakuasi di Klinik		
4. Referensi	1. Undang-undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 48 Tahun 2016 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran		
5. Prosedur	1. Petugas memastikan rute evakuasi harus bebas dari barang- barang yang dapat mengganggu kelancaran evakuasi mudah dicapai 2. Petugas CS memastikan Koridor harus merupakan daerah aman sementara dari bahaya api, asap dan gas. Dalam penempatan pintu keluar darurat harus diatur sedemikian rupa sehingga di mana saja penghuni dapat menjangkau pintu keluar (exit) 3. Petugas memastikan Koridor dan jalan keluar harus tidak licin, bebas hambatan 4. Petugas memastikan rute evakuasi harus diberi penerangan yang cukup dan tidak tergantung dari sumber utama. 5. Petugas memastikan rambu-rambu pengarah terlihat dari segala arah. Petugas memasang tinggi titik kumpul kurang lebih 2,25 m dari permukaan tanah. Lokasi titik berkumpul tidak boleh menghalangi akses dan manuver mobil pemadam kebakaran.		
6. Unit Terkait	Ruang Tunggu		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	PEMBERSIHAN NODA INFEKSIOUS		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 012/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman 1	
1. Pengertian	Pembersihan noda infeksius adalah proses kegiatan membersihkan noda infeksius (darah atau cairan tubuh pasien) yang menempel pada area bangunan agar tidak membahayakan orang lain		
2. Tujuan	Sebagai acuan proses kegiatan membersihkan area bangunan dari noda infeksius (darah atau cairan tubuh pasien).		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No: 010/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Pemeliharaan Sarana Prasarana, Alat Kesehatan di Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi darah, Tempat Praktik mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.		
5. Prosedur	1. Petugas menyemprotkan lisol pada area yang terkena noda infeksius (darah atau muntahan). 2. Petugas meletakkan kertas koran atau kertas yang mudah menyerap cairan diatas permukaan area yang sudah disemprot lisol hingga cairan terserap. 3. Petugas mengumpulkan kertas yang telah menyerap cairan dengan menggunakan wiper, sapu dan dust pen / serok sampah 4. Petugas mengepel area yang terkena darah atau cairan tubuh pasien yang telah dibersihkan menggunakan kamin mop khusus yang sudah disemprot dengan lisol 5. Buang kertas yang terkena cairan infeksius ke tempat sampah infeksius. Kain pel di dekontaminasi dengan disinfektan dan disterilkan		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMELIHARAAN APAR		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 021/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA		Halaman :1	
1. Pengertian	Pemeliharaan APAR (Alat Pemadam Api Ringan) adalah kegiatan yang dilakukan untuk memelihara APAR sehingga dapat berfungsi dengan baik		
2. Tujuan	Prosedur tetap ini ditujukan untuk menjadi pedoman baku dalam pemeliharaan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) di Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta Nomor 013/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penanggulangan Kebakaran di Klinik		
4. Referensi	1. Undang-undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja 2. Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No. 4 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana		
5. Prosedur	1) Petugas mengecek apakah terdapat kebocoran pada tabung dan pastikan gas pendorong tidak bocor. 2) Petugas mengecek segel di tabung yang berada di leher tabung, apakah masih dalam keadaan utuh, lalu kembalikan pada posisi semula. 3) Petugas membersihkan tabung dari debu, air, maupun korosi dengan cara menggosok tabung dengan kain basah hingga tidak ada lagi debu, lalu gosok lagi dengan kain kering. Setelah itu oleskan sedikit solar pada body tabung secara merata, lalu akhiri dengan pengosokan menggunakan kain kering. 4) Petugas memastikan katup, selang, meter pressure dan segel dalam keadaan baik. 5) Petugas memastikan posisi kawat penahan dalam keadaan kuat dan melekat sempurna dengan dinding 6) Petugas meletakkan tabung pemadam api ringan tidak berhadapan dengan sinar matahari langsung dan hindari terkena hujan. 7) PJ Peralatan mengisi kartu pemeliharaan 8) Pemeliharaan bisa dilakukan setiap enam bulan sekali		
6. Unit Terkait	Ruang Tunggu		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMELIHARAAN PERALATAN MEDIS		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 045/Mnj/KLINIK RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman :1 dari 2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1.Pengertian	Pemeliharaan peralatan medis adalah upaya pemeliharaan yang dilakukan terhadap peralatan medis klinik sehingga peralatan medis berfungsi dengan baik		
2. Tujuan	Sebagai acuan untuk pelaksanaan pemeliharaan alat-alat medis		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 016/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Pemeliharaan Alat-Alat Kesehatan di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2024 Tentang Pemeliharaan Alat Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
5. Prosedur	1. Direktur membuat Panduan Pemeliharaan Sarana Prasarana pemeliharaan peralatan medis klinik. 2. Penanggung Jawab Setiap Ruangan melakukan pemeliharaan peralatan medis sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. 3. Petugas Melakukan pemeriksaan fisik dari peralatan medis 4. Petugas melakukan pemeriksaan parameter dari peralatan medis. 5. Petugas melakukan pemeriksaan sistem kerja dari peralatan medis. 6. Petugas melaporkan kendala jika ada kerusakan, kekurangan atau kebutuhan barang 7. Petugas melakukan uji fungsi dari peralatan medis yang sedang dilakukan tindakan pemeliharaan. 8. Petugas memastikan bahwa peralatan medis yang dilakukan tindakan pemeliharaan berfungsi sebagaimana mestinya.		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA KLINIK		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 008/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	Pemeliharaan sarana (gedung) adalah kegiatan menjaga bangunan beserta prasarana agar bangunan dan fasilitas selalu berfungsi dengan baik		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas untuk pemeliharaan sarana dan prasarana klinik		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No 010/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Pemeliharaan Sarana Prasarana, Alat Kesehatan di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi darah, Tempat Praktik mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.		
5. Prosedur	- Petugas menyiapkan peralatan untuk inventaris barang - Petugas melakukan inventarisasi sarana prasarana yang mendukung penyelenggaraan pelayanan. - Petugas melakukan pendataan ASPAK - Petugas memeriksa tanggal dan kode produksi peralatan - Petugas memeriksa kebutuhan barang - Petugas melakukan pemeriksaan pemeliharaan alat dan sarana prasarana. - Petugas melakukan kalibrasi alat (usulan kalibrasi) dan sarana prasarana - Petugas menuliskan inventarisasi barang untuk pengecekan berkala. - Petugas membuat jadwal pemeliharaan barang yang disimpan secara rutin berkala. - Petugas melakukan pemeliharaan sesuai jadwal yang telah dibuat - Petugas melakukan penggantian sarana prasarana yang rusak - Petugas membuat usulan permintaan/perbaikan sarana prasarana ke Direktur Klinik - Petugas membuat laporan untuk pemeliharaan alat Kesehatan dan sarana prasarana		

6. Unit Terkait	Semua Unit
-----------------	------------

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PEMISAHAN ALAT BERSIH DAN KOTOR		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 007/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA		Halaman : 1	
1. Pengertian	Pemisahan alat bersih dan kotor adalah memisahkan alat bersih dan kotor setelah suatu tindakan medis		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah memisahkan alat bersih dan kotor		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No 010/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Pemeliharaan Sarana Prasarana, Alat Kesehatan di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.		
5. Prosedur	1. Dengan masih memakai sarung tangan setelah melakukan tindakan, petugas membuang benda-benda tajam kotor yang disposable ke safety box. 2. Petugas membuang benda-benda yang kotor misal kasa ke dalam tempat sampah medis. 3. Petugas memasukkan alat yang kotor ke bak alat kotor 4. Petugas mengganti sarung tangan. 5. Petugas mengambil alat yang bersih dan menyimpannya di tempat yang bersih.		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PENANGANAN LIMBAH DOMESTIK		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 017/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman :1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1.Pengertian	Limbah adalah barang bekas yang tidak dipakai yang berupa sisa dari hasil kegiatan pelayanan di Klinik dari sampah rumah tangga, sampah medis padat baik yang tajam dan tidak tajam Penanganan Limbah adalah suatu tindakan untuk mengelola limbah baik limbah rumah tangga maupun limbah medis padat yang ada di klinik		
2. Tujuan	Adanya pedoman yang baku dalam penanganan limbah/sampah rumah tangga di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta tentang PPI		
4. Referensi	1. Pedoman sanitasi Rumah Sakit di Indonesia Dir.Jen. PPM&PL Dep.Kes RI Jakarta th 2002 2. Pedoman kerja Puskesmas Jilid III, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1991/1992		
5. Prosedur	1. Petugas memastikan ada tempat sampah untuk masing-masing ruangan 2. Untuk masing-masing unit pelayanan disediakan 3 tempat sampah tertutup, 1 untuk limbah Non medis,1 untuk limbah medis tidak tajam dan 1 untuk limbah medis tajam 3. Petugas dimasing-masing unit pelayanan memisahkan ke 3 macam limbah di 3 tempat sampah 4. Setiap habis pelayanan petugas kebersihan dengan memakai masker dan Hand Scoen mengambil sampah domestik di masing-masing poli dan mengumpulkan ditempat sampah sementara 5. Setelah sampah terkumpul dibawa dan dimasukan ke tempat penampungan sementara limbah domestik untuk kemudian dibawa keluar lapas		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PENGELOLAAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)		 DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA, dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 050/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
		1/1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
A. Pengertian	Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) adalah suatu kegiatan mengelola termasuk menyimpan, menggunakan dan atau membuang bahan yang karena sifat atau konsistensinya dan atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung dapat mencemarkan dan atau merusak lingkungan hidup, keehatan, kelangsungan hidup manusia seta makhluk hidup lainnya.		
B. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam mengelola bahan berbahaya dan beracun (B3) berupa proses penyimpanan, penggunaan, penanganan, dan pembuangan limbah B3 untuk mencegah dan mengendalikan dampak lingkungan yang muncul sebagai konsekuensi penggunaan bahan tersebut		
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor : 031/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025. Tentang Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
D. Referensi	1.Peraturan Mentri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.		
E. Alat dan Bahan	1. Handscoon 2. Safty Box 3. Tempat sampah Infeksius dan Non infeksius		
F. Prosedur	1. Petugas menyimpan bahan berbahaya dan beracun (B3) pada tempat khusus yang aman. 2. Petugas melakukan pemisahan dan pengelompokan penetapan B3. 3. Petugas memberi symbol/label B3 pada tempat penyimpanan. 4. Petugas menggunakan alat pelindung diri seperti masker, sarung tangan pada saat menggunakan B3. 5. Petugas melakukan pencatatan nama dan jumlah limbah yang dihasilkan. 6. Petugas pengguna B3 membersihkan, mengamankan alat-alat kerja, lingkungan kerja dan wadah sisa B3 jika telat selesai. 7. Petugas membuang limbah B3 yang sudah di masukkan ke dalamplastik kuning di simpah di freezer yang ada di TPS B3. 8. Petugas melepas alat pelindung diri setelah melakukan penyimpanan dan mencuci tangan.		
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan			

H. Unit terkait	1. Unit Tindakan															
I. Dokumen terkait																
J. Rekaman historis	<table><tr><td>N o</td><td>Yang Dirubah</td><td>Isi Perubahan</td><td>Tgl Mulai Berlaku</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				N o	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tgl Mulai Berlaku								
N o	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tgl Mulai Berlaku													

	PENGELOLAAN KEAMANAN OBAT RISIKO TINGGI		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 039A/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit 8 Agustus 2025	
		1/1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
A. Pengertian		Obat-obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan / kesalahanserius (<i>sentinel event</i>), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (<i>adverse outcome</i>) seperti obat-oba yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip / NORUM), atau <i>Look Alike Sound Alike</i> / LASA).	
B. Tujuan		1. Untuk keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (<i>thigh alert medications</i>) 2. Untuk menghindari kesalahan pemberian obat	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Rutan Kelas I Surakarta Nomor :027/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penetapan Bentuk Komunikasi Efektif Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Prosedur		1. Membuat daftar obat-obatan yang harus diwaspadai 2. Memberi label yang jelas pada obat-obat yang harus diwaspadai 3. Obat/ Elektrolit konsentrasi tinggi tidak boleh ada di unit perawatan pasien kecuali jika secara klinis diperlukan dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian tidak sengaja di wilayah yang diizinkan oleh aturan kebijakannya seperti instalayi gawat darurat, instalasi bedah sentral, ICU, Ruang Bersalin/VK 4. Membatasi akses masuk dimana hanya orang tertentu yang boleh masuk ke dalam tempat penyimpanan obat yang perlu diwaspadai untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja kurang hati- hati (<i>prestricted area</i>).	

	5. Tempat pelayanan obat-obat yang terlihat /disandingkan. Kebijakan dan atau prosedur tersebut dipantau pelaksanaannya
F. Unit terkait	Seluruh Karyawan Klinik Pratama Sultan Agung

	PENGENDALIAN LINGKUNGAN		DIREKTUR KLINIK RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 051/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
		1/1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
A. Pengertian	Pengendalian lingkungan adalah berbagai upaya yang dilakukan untuk dapat mengendalikan berbagai faktor lingkungan (Fisik, biologi, dan sosial psikologi) di Klinik.		
B. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengendalian lingkungan		
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor : 031/SK /KLINIK-RUSKA/VIII/2025. Tentang Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
D. Referensi	1. Peraturan Mentri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 2. Buku pedoman Teknik Pencegahan Pengendalian Infeksi di FKTP Tahun 2020		
E. Alat dan Bahan	1. Desinfektan 2. Lap dan kain 3. Kain pel		
F. Prosedur	1. Petugas melakukan kebersihan tangan 2. Petugas melakukan pembersihan di area perawatan dengan desinfektan seperti tempat tidur, peralatan serta ruangan pasien harus disinfeksi sebelum digunakan oleh pasien berikutnya 3. Petugas menggunakan lab / kain jika kotor atau terkontaminasi 4. Pertugas menggunakan cairan pembersih yang mengandung desinfektan 5. Petugas membersihkan kain pel setelah dipakai dan dibiarkan kering sebelum dipakai kembali 6. Petugas membersihkan dan mendisinfeksi permukaan yang sering disentuh 7. Petugas harus menghindari metode pembersihan permukaan yang luas yang menghasilkan mist atau aerosol 8. Petugas melakukan kebersihan tangan		
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan			
H. Unit terkait	Unit Kebersihan		

I. Dokumen terkait	
--------------------	--

J. Rekaman historis

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tgl Mulai Berlaku

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	PENGUNAAN APAR		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 023/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1	
1. Pengertian	APAR (Alat Pemadam Api Ringan) adalah alat yang ringan serta mudah dilakukan guna memadamkan api atau kebakaran pada saat terjadi kebakaran		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam penggunaan APAR ketika terjadi kebakaran		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta tentang Penanggulangan Kebakaran Klinik		
4. Referensi	1. Undang-undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja 2. Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No.4 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana		
5. Prosedur	1. Petugas pemadam api menggunakan helm berwarna merah yang sudah tersedia di papan <i>Code Red</i> di sekitar APAR - Petugas menarik / mencabut pin pengaman tuas APAR - Petugas mengarahkan selang ke titik pusat api - Petugas menekan tuas untuk mengeluarkan isi APAR - Petugas menyapukan / meratakan isi APAR sampai api padam 2. Petugas lain yang bertanggung jawab terhadap evakuasi pasien, dokumen, dan aset menggunakan helm berwarna kuning, putih, dan biru yang tersedia di papan <i>Code Red</i> <u>Petugas Menggunakan Helm Berwarna Merah, Kuning, Putih, dan Biru sesuai Tugasnya</u> - Helm Merah untuk Petugas Pemadaman Api - Helm Kuning untuk Petugas Evakuasi Pasien - Helm Putih untuk Petugas Evakuasi Dokumen - Helm Biru untuk Petugas Evakuasi Aset <u>Hal yang Perlu Diperhatikan dalam Penggunaan APAR</u> - Perhatikan arah angin (usahakan badan / muka menghadap searah dengan arah angin) supaya media pemadam benar-benar efektif menuju ke pusat api dan jilatan api tidak mengenai tubuh petugas pemadam - Perhatikan sumber kebakaran dan gunakan jenis APAR yang sesuai dengan klasifikasi sumber kebakaran		
6. Unit Terkait	Ruang Tunggu		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PENGUNAAN APD (HANDSCOON)		 DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA Dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 052/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi	
		Tanggal Terbit 8 Agustus 2025	
		1/2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
A. Pengertian	Penggunaan handscoon adalah suatu usaha untuk memberikan perlindungan antara tangan perawat dan obyek yang disentuhnya dan perawat dapat dengan bebas menyentuh objek dalam area steril tanpa memikirkan kontaminasi. Sarung tangan merupakan salah satu bentuk APD (Alat pelindung diri) saat akan melakukan tindakan keperawatan		
B. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penggunaan APD handscoon		
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor :031/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 Tentang Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
D. Referensi	1. Peraturan Mentri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 Tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 2. Peraturan Mentri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 3. Buku pedoman Teknik Pencegahan Pengendalian Infeksi di FKTP Tahun 2020		
E. Alat dan Bahan	1. Handscoon 2. Trolley 3. Bak cuci tangan		
F. Prosedur	1. Petugas meletakakkan sarung tangan steril pada trolley yang bersih 2. Petugas melakukan handwash 3. Petugas membuka pembungkus sebelah luar dengan hati-hati dan hanya menyentuh bagian luarnya saja (untuk sarung tangan steril yang masih terbungkus) 4. Petugas menggunakan tangan yang tidak dominan untuk mengambil ujung sarung tangan steril yang terlipat dan angkat hati-hati dengan ujung jari sarung tangan mengarah ke bawah. Jaga kesterilan dengan menghindari sarung tangan bersentuhan dengan benda yang tidak steril 5. Petugas memasukkan jari-jari tangan ke dalam sarung tangan sesuai tempatnya. Mengatur dan merapikan sarung tangan yang terpasang dengan hanya menyentuh daerah yang steril saja. 6. Petugas dengan tangan dominan yang sudah bersarung tangan memasukkan jari-jari tangan (kecuali ibu jari) ke dalam lipatan sarung tangan yang belum terpasang secara hati-hati dan mengambil sarung tangan tersebut dengan mengangkat ke atas. Lakukan prosedur pemasangan sama		

	PENGUNAAN APD (HANDSCOON)				DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 052/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025			
		No. Revisi			
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025 2/2			
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA					
		dengan prosedur no 5.			
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	Ikuti Langkah-Langkah sesuai prosedur				
H. Unit terkait	Semua Unit di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta				
I. Dokumen terkait	Monitoring Kepatuhan Penggunaan APD				
J. Rekaman historis	No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tgl Mulai Berlaku	

	PENILAIAN KINERJA PELAYANAN		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 005/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
	Halaman : 1		
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	Penilaian kinerja pelayanan klinik adalah suatu upaya untuk memantau atau memberi nilai hasil kinerja/prestasi klinik		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam melaksanakan penilaian kinerja program Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta, sehingga tercipta suatu pelayanan kesehatan masyarakat yang berkualitas secara optimal dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta tentang Penilaian Kinerja Pelayanan dan Pegawai Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Panduan Penilaian Kinerja Pelayanan dan Pegawai Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
5. Prosedur	1. Tim PMKP membagikan form monitoring pada penanggung jawab tiap unit layanan. 2. Penanggung jawab tiap unit mengumpulkan hasil rekapan form 3. Capaian kinerja masing-masing unit pelayanan yang telah diisi kepada Tim PMKP setiap 1 bulan sekali. 4. Tim PMKP menganalisis laporan. 5. Tim PMKP melaporkannya kepada Direktur Klinik		
6. Unit Terkait	Semua Unit		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PENYELENGGARAAN KONTRAK PERJANJIAN KERJASAMA PIHAK KETIGA		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 034/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1 dari 2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	1. Penyelenggaraan kontrak / Perjanjian Kerjasama dengan pihak ketiga adalah kesepakatan yang dibuat berdasarkan prinsip saling mendukung kegiatan masing-masing pihak 2. Kesepakatan yang dibuat, dilaksanakan secara tertulis melalui surat kontrak / perjanjian kerja sama. 3. Surat Kontrak / Perjanjian kerjasama adalah dokumen perjanjian antara pihak Klinik dengan pihak ketiga yang menyepakati untuk melaksanakan kerjasama di bidang kesehatan atau bidang lain yang mendukung penyelenggaraan kegiatan di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
2. Tujuan	Untuk mengatur mekanisme pembuatan surat kontrak / perjanjian kerja sama antara pihak Klinik Pratama dengan pihak ketiga yang menyepakati untuk melaksanakan kerjasama di kesehatan atau bidang lain yang mendukung bidang kesehatan dan penyelenggaraan Klinik		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 017/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penyelenggaraan Kontrak Pihak Ketiga		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi darah, Tempat Praktik mandiri Dokter.		
5. Prosedur	1. Direktur klinik merencanakan program kegiatan dan pelaksanaannya. 2. Direktur klinik mengidentifikasi pihak terkait yang berperan dalam program. 3. Direktur Klinik melakukan inisiasi kerjasama dengan pihak lain atau penerima surat penawaran kerjasama dari pihak lain. 4. Klinik berkoordinasi melalui rapat pimpinan serta menyampaikan surat permohonan persetujuan kerjasama dengan pihak ketiga. 5. Klinik bersama pihak lain membuat draft surat perjanjian Kerjasama dan finalisasi teks kerjasama. 6. Klinik berkoordinasi dengan para pihak untuk teknis pelaksanaan penandatanganan Perjanjian Kerjasama 7. Perjanjian Kerjasama yang bersifat final dan para pihak melaksanakan kegiatan sesuai kesepakatan..		
6. Unit Terkait	Pimpinan, Penanggungjawab Program		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	KOMUNIKASI EFEKTIF SBAR TBaK		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 038/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit 8 Agustus 2025	
		1/1	
A. Pengertian		☐ Komunikasi SBAR di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta merupakan bentuk pelaporan terkait kondisi pasien oleh perawat kepada Dokter, yang dapat dilakukan melalui konsultasi Telepon ☐ TBaK merupakan kependekan dari Tulis kembali, Baca kembali dan Konfirmasi kembali hasil rekomendasi yang diberikan oleh Dokter	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah-langkah komunikasi efektif SBAR TBaK	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 026/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penetapan Komunikasi Efektif Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		Handphone Kertas Pulpen Berkas Rekam Medik Cap SBAR TBaK	
F. Prosedur		1. Petugas menulis laporan kondisi pasien dengan format SBAR Situation – petugas mengucapkan salam, – petugas menyebutkan identitas pelapor , – petugas menyebutkan identitas pasien, – petugas menceritakan alasan untuk melaporkan kondisi pasien, secara subyektif dan obyektif Dengan kata-kata : ”Selamat pagi/siang/malam, saya dari Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta ..., hendak melaporkan pasien Tn/Ny/An Saat ini kondisi pasien dengan tanda-tanda vital”	

F. Prosedur	Background – petugas menyampaikan latar belakang pasien, yaitu Riwayat Penyakit Sekarang (RPS), pengelolaan pasien yang sudah berjalan, terapi yang diterima pasien sampai saat itu (yang signifikan) Dengan kata-kata, “Sudah dilakukan tindakan pengobatan” Assessment Sebutkan penilaian kondisi pasien menurut pelapor (bila ada) Dengan kata-kata, ”Menurut saya kondisi pasien mengarah ke” Recommendation Sebutkan rekomendasi untuk pasien menurut pelapor (bila ada) Dengan kata-kata, ”Apa yang perlu dilakukan? Mohon dokter segera datang” 2. Petugas menelepon Dokter untuk pelaporan 3. Petugas mendapatkan hasil rekomendasi dari Dokter 4. Petugas menulis hasil rekomendasi 5. Petugas memberikan cap TBaK di lembar rekam medik 6. Petugas mengisi bagian “Penerima Laporan” dan memberikan tanda tangan 7. Petugas meminta Dokter menandatangani bagian “Pemberi Pesan”
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	Sinyal dan jaringan telepon petugas, baik pelapor maupun Dokter (konsulen)
H. Unit terkait	Unit Rawat Jalan
I. Dokumen terkait	
J. Rekaman historis	

	SKRINING AWAL RESIKO JATUH PASIEN		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  Dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 045/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit 8 Agustus 2025	
		1/1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			

A. Pengertian	☐ Resiko pasien jatuh adalah pasien beresiko jatuh yang umumnya disebabkan faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera. ☐ Skrining awal resiko pasien jatuh merupakan upaya pencegahan yang pertama kali dilakukan petugas pendaftaran untuk menilai resiko jatuh dengan menggunakan Skoring <i>Get Up and Go</i> secara visual
B. Tujuan	Sebagai acuan langkah-langkah kegiatan skrining awal resiko pasien jatuh
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 001/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Panduan Pencegahan Pasien Cedera Karena Jatuh Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta
D. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien
E. Alat dan Bahan	<i>Skoring Get Up and Go</i> Gelang Kuning pasien
F. Prosedur	1. Petugas pendaftaran melakukan skrining secara visual kepada pasien yang berkunjung ke klinik 2. Petugas pendaftaran menerapkan skoring <i>Get Up and Go</i> pada pasien dengan resiko jatuh 3. Petugas pendaftaran akan melihat apakah pasien berjalan sempoyonga/ tidak seimbang 4. Petugas pendaftaran akan melihat apakah pasien berjalan menggunakan kruk/ tripod/ bantuan orang lain 5. Petugas pendaftaran akan melihat apakah pasien harus menopang saat akan duduk 6. Petugas pendaftaran menyimpulkan skoring 7. Petugas pendaftaran memakaikan gelang warna kuning pada pasien dengan skoring resiko jatuh tinggi (seluruh kriteria terpenuhi)
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	Ketersediaan gelang kuning Kesiapan petugas untuk melakukan tugas skrining
H. Unit terkait	Unit Pendaftaran
I. Dokumen terkait	
J. Rekaman historis	

	PELAKSANAAN SURGICAL SAFETY CHECKLIST		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 041/SPO/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA		1/2	
A. Pengertian		☐ <i>Surgical Safety Checklist</i> (SSC) merupakan alat komunikasi atau sistem informasi yang diharapkan dapat mencegah kesalahan prosedur operasi, kesalahan pasien operasi, ataupun kesalahan area yang akan dilakukan operasi. ☐ SSC merupakan proses pengisian data pasien hasil dari pengkajian yang dilakukan Tim Bedah di Klinik sebelum pasien dilakukan tindakan operasi minor yang memerlukan anestesi (<i>Sign in</i>), sebelum insisi (<i>Time Out</i>), dan setelah tindakan operasi minor (<i>Sign Out</i>) tersebut pada lembar SCC.	
B. Tujuan		Sebagai acuan langkah-langkah pengisian <i>Surgical Safety Checklist</i> (SSC)	
C. Kebijakan		SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 028/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Panduan Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat Pasien Operasi Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta	
D. Referensi		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien	
E. Alat dan Bahan		Lembar SSC (<i>Surgical Safety Checklist</i>) Bolpen	
F. Prosedur		1) Perawat mempersiapkan lembar SSC 2) Perawat mempersiapkan pasien di ruang tindakan <u>SIGN IN</u> 3) Perawat mengisi identitas pasien di lembar SSC dan mengisi pertanyaan di lembar SSC 4) Dokter dan Perawat mengkonfirmasi identitas, lokasi operasi minor, prosedur, surat ijin operasi minor/ informed consent 5) Dokter dan perawat memberi tanda lokasi operasi minor 6) Dokter dan perawat melakukan pengecekan obat anestesi lokal 7) Perawat melakukan pemasangan oksimeter 8) Dokter dan perawat menanyakan adanya riwayat alergi pada pasien 9) Perawat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	

	PELAKSANAAN SURGICAL SAFETY CHECKLIST		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 041/SPO//KLINIK RUSKA/VIII/2024	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA		1/2	
F. Prosedur	<u>TIME OUT</u> 10) Dokter dan perawat menyebutkan dirimasing-masing 11) Dokter dan perawat melakukan konfirmasi verbal tentang nama pasien, lokasi insisi, prosedur insisi 12) Dokter melakukan review apabila terjadi tindakan tidak di harapkan, apabila kondisi kritis, dan kemungkinan kehilangan darah 13) Perawat melakukan review kondisi alat steril dan jika ada alat yang perlu perhatian khusus 14) Perawat melakukan pemeriksaan ulang tanda-tanda vital <u>SIGN OUT</u> 15) Perawat melakukan konfirmasi secara verbal nama prosedur tindakan, instrumen, kasa, dan jarum apakah sudah dilakukan pengecekan 16) Dokter dan perawat mengkonfirmasi adanya masalah peralatan selama tindakan 17) Dokter dan perawat melakukan review masalah utama yang harus diperhatikan untuk kesembuhan dan manajemen pasien selanjutnya 18) Perawat melakukan pemeriksaan ulang tanda-tanda vital 19) Perawat mencantumkan tanggal verifikasi SSC 20) Dokter dan perawat menandatangani lembar SSC		
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	Ketersediaan lembar SSC Alat yang digunakan untuk operasi minor selalu steril Pencucian dan sterilisasi alat sesudah dipakai		
H. Unit terkait	Ruang tindakan		
I. Dokumen terkait	-		
J. Rekaman historis	-		

	HAND HYGIENE (DENGAN HAND RUB)		 DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA, dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 048/SK/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025	
		1/2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			

A. Pengertian	☐ <i>Hand hygiene</i> adalah suatu upaya atau tindakan membersihkan tangan, baik dengan menggunakan sabun antiseptik di bawah air mengalir (<i>hand wash</i>) atau menggunakan <i>hand rub</i> berbasis alkohol dengan langkah- langkah yang sistematis sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah bakteri pada tangan. ☐ Terdapat dua cara melakukan <i>hand hygiene</i> yaitu dengan air mengalir dengan sabun antiseptic (<i>hand wash</i>) jika tangan terlihat kotor selama 40-60 detik atau <i>handrub</i> berbasis alcohol dengan klorheksidin jika tangan tidak terlihat kotor selama 20-30 detik
B. Tujuan	Sebagai acuan langkah-langkah <i>hand hygiene</i>
C. Kebijakan	SK Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta Nomor 031/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Panduan Hand Hygiene Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta
D. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien
E. Alat dan Bahan	<i>Hands rub</i> Lap tangan/ tissue
F. Prosedur	1) Petugas menuangkan 2-3 cc cairan antiseptic 2-3 cc ke telapak tangan kemudian diratakan ke seluruh permukaan tangan 2) Petugas menggosok kedua telapak tangan hingga merata 3) Petugas menggosok punggung tangan dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 4) Petugas menggosok kedua sela-sela jari 5) Petugas mengunci jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci 6) Petugas menggosok ibu jari kiri berputar dalam tangan kanan dan sebaliknya 7) Petugas menggosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya

	HAND HYGIENE (DENGAN HAND RUB}		DIREKTUR KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA,   dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 048/SK/KLINIK- RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : -	
		Tanggal Terbit : 8 Agustus 2025 2/2	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			

F. Prosedur	8) Petugas mengeringkan tangan dahulu sebelum melakukan tindakan
G. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	Pastikan semua assesoris yang menempel di tangan dilepas Lakukan prosedur no 3 - 8 sebanyak 4 kali untuk masing-masing prosedur
H. Unit terkait	Unit Pelayanan Lingkungan klinik
I. Dokumen terkait	-
J. Rekaman historis	-

	MONITORING KINERJA PIHAK KETIGA		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP.MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 033/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman 1	
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	Monitoring Kinerja Pihak Ketiga adalah pelaksanaan pengawasan kegiatan program dan pelayanan yang dilakukan pihak ketiga, apakah kegiatan yang dilaksanakan tersebut sesuai dengan kontrak kerja sama yang telah dibuat		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan monitoring kinerja pihak ketiga		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 017/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Penyelenggaraan Kontrak Pihak Ketiga		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi darah, Tempat Praktik mandiri Dokter.		
5. Prosedur	1. Petugas membuat daftar indikator dan standar kinerja pihak ketiga. 2. Petugas melaksanakan monitoring setiap enam bulan sekali. 3. Petugas melaksanakan evaluasi setiap setahun sekali. 4. Petugas membuat laporan kemajuan kinerja pihak ketiga. 5. Menyampaikan kepada Kepala Klinik Pratama Rumah Tahanan Negara Kelas I Surakarta		
6. Unit Terkait	Pimpinan, Penanggungjawab Program		

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

	PENERIMAAN DAN PENGELUARAN BARANG DAN ALAT MEDIS		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 028/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
	Halaman : 1 dari 2		
KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA			
1. Pengertian	Penerimaan barang dan alat medis adalah proses menerima barang dan alat medis dari luar untuk diterima dan digunakan dalam proses pelayanan di Klinik Pengeluaran barang dan alat medis adalah proses memindahkan barang dari Klinik untuk dikeluarkan dalam rangka perbaikan, penghapusan maupun peminjamana oleh pihak lain		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah penerimaan dan pengeluaran barang dan alat medis inventaris klinik		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta No. 016/SK/KLINIK-RUSKA/VIII/2025 tentang Pemeliharaan Alat-Alat Kesehatan di Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2024 Tentang Pemeliharaan Alat Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
5. Prosedur	Penerimaan Barang 1. Petugas klinik menerima pemberitahuan barang datang dari bagian umum 2. Petugas klinik melakukan pengecekan kondisi barang sesuai dengan bukti pengiriman 3. Petugas klinik menandatangani bukti serah terima barang 4. Petugas klinik memasukan daftar barang masuk dalam inventaris klinik Pengeluaran Barang Rusak dan Rusak Berat 1. Petugas melakukan inventarisasi barang rusak dan rusak berat 2. Petugas melaporkan kepada bagian umum untuk melakukan perbaikan barang untuk barang rusak atau penghapusan nilai barang untuk barang rusak berat 3. Petugas klinik menyerahkan barang rusak dan rusak berat ke bagian umum disertai dengan surat serah terima barang Pengeluaran Barang karena Dipinjam 1. Petugas menerima permohonan peminjaman barang 2. Petugas melaporkan kepada Direktur untuk mendapatkan ijin peminjaman barang 3. Petugas meyiapkan barang yang diminta setelah mendapatkan ijin dari pimpinan 4. Petugas klinik menyerahkan barang disertai dengan surat serah terima barang		

6. Unit Terkait	Semua Unit
-----------------	------------

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan

 KLINIK PRATAMA RUTAN KELAS I SURAKARTA	PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS		Direktur Klinik  dr. Anisa Rohmawati SIP. MR33722508015783
	SPO	No. Dokumen : 018/SPO/KLINIK-RUSKA/VIII/2025	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : 08 Agustus 2025	
		Halaman : 1 dari 2	
1. Pengertian	1. Limbah medis adalah limbah yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. 2. Limbah medis di Klinik berasal dari kegiatan pengobatan dan perawatan di Klinik. Limbah yang dihasilkan antara lain limbah infeksius, limbah farmasi, limbah yang berasal dan limbah benda tajam. 3. Limbah benda tajam yaitu limbah yang memiliki permukaan tajam.		
2. Tujuan	1. Terciptanya lingkungan yang bersih dan sehat 2. Mencegah bahaya yang terjadi dan infeksi nosokomial 3. Mencegah terjadinya kecelakaan kerja akibat penanganan limbah yang tidak sesuai		
3. Kebijakan	Keputusan Direktur Klinik Pratama Rutan Kelas I Surakarta tentang PPI		
4. Referensi	1. Pedoman sanitasi Rumah Sakit di Indonesia Dir.Jen. PPM&PL Dep.Kes RI Jakarta th 2002 2. Pedoman kerja Puskesmas Jilid III, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1991/1992		
5. Prosedur	Limbah Padat 1. Menyediakan tempat sampah khusus untuk limbah medis (yang kuat, tahan bocor dan tertutup) di dekat sumber sampah. Syarat-syarat tempat sampah limbah medis : - Harus tertutup. - Mudah dibuka dengan menggunakan pedal kaki. - Bersih dan dicuci setiap hari. - Terbuat dari bahan yang kuat, ringan, dan tidak berkarat. - Ikat kantong plastik limbah jika sudah terisi $\frac{3}{4}$ penuh. - Melapisi tempat sampah medis dengan kantong plastik (warna kuning dengan logo biohazard – jika ada) 2. Menyediakan safety box / tempat sampah khusus benda tajam (sput, jarum, ampul). Syarat-syarat tempat sampah limbah tajam : - Tahan bocor dan tahan tusukan. - Harus mempunyai pegangan yang dapat dijinjing dengan satu tangan. - Mempunyai penutup yang tidak dapat dibuka lagi. - Ditutup dan diganti setelah $\frac{3}{4}$ bagian terisi dengan limbah 3. Memasukkan sampah medis hasil kegiatan ke dalam tempat sampah medis. 4. Petugas membawa troli limbah medis ke TPS. 5. Petugas menyimpan limbah medis di TPS sesuai jenis limbah, syarat TPS: - Lokasi penyimpanan bebas banjir. - Tidak rawan bencana.		

	- Berada di luar Kawasan lindung. 6. Petugas melepas alat pelindung diri dan mencuci tangan 7. Limbah Medis kemudian diangkut oleh Pihak Ketiga Limbah Cair Untuk limbah bekas pencucian alat dialirkan ke Instalasi Pengelolaan Air Limbah (IPAL).
6. Unit Terkait	Semua Unit

Rekaman histori perubahan

No	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan