



PEDOMAN UNIT STERILISASI



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN
KABUPATEN KEBUMEN
2025**



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN

Jl. Kebumen Raya - Muktisari Kebumen Telpn : (0287) 3873318
Faks : (0287) 385274 Email : rsud@kebumenkab.go.id
Website : <https://rsudrsoedirman.kebumenkab.go.id> Kode Pos 54351

PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN
NOMOR 000.7.2.6/32.27 TAHUN 2025

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN STERILISASI
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

- Menimbang : a. bahwa untuk menjaga kualitas sterilisasi dan mengendalikan penggunaan alat kesehatan dalam pelayanan pasien;
b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara

Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
8. Peraturan Bupati Kebumen Nomor 134 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah (Berita Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2021 Nomor 134);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RSUD DR. SOEDIRMAN TENTANG PEDOMAN PELAYANAN STERILISASI PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.SOEDIRMAN KEBUMEN.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan :

1. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen.
2. Pembersihan (*cleaning*) adalah proses fisik membuang semua kotoran dan sejumlah mikroorganisme dari alat kesehatan untuk mengurangi resiko bagi petugas selanjutnya,
3. Desinfeksi tingkat tinggi adalah suatu proses yang dilakukan terhadap peralatan medis golongan semi kritikal dengan menggunakan desinfeksi untuk membunuh semua bentuk mikroorganisme kecuali spora.
4. Sterilisasi adalah suatu proses yang dilakukan terhadap peralatan medis golongan kritikal dengan menggunakan mesin sterilisator baik suhu tinggi maupun suhu rendah untuk membunuh semua bentuk mikroorganisme termasuk spora.

Pasal 2

- (1) Pedoman pelayanan sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen sebagai acuan/panduan bagi unit CSSD rumah sakit dalam memberikan Pelayanan Sterilisasi agar pelayanan lebih baik.
- (2) Panduan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) tercantum dalam Lampiran Peraturan Direktur ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

BAB II KETENTUAN PENUTUP

Pasal 3

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan

Ditetapkan di Kebumen
pada tanggal 06 Januari 2025

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.
SOEDIRMAN KEBUMEN,

ARIF K. MEDI



LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN
NOMOR 000.7.2.6/32.27 TAHUN 2025
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN
STERILISASI PADA RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

PEDOMAN PELAYANAN STERILISASI
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit merupakan tempat rujukan medik dari berbagai penyakit, baik penyakit yang menular ataupun penyakit yang tidak menular. Banyaknya jenis penyakit berpotensi terhadap resiko penularan yang terjadi akibat perawatan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan disebut juga dengan *Healthcare Associated Infections (HAIs)*. Salah satu indikator keberhasilan dalam pelayanan rumah sakit adalah rendahnya angka *HAIs*. *HAIs* disebabkan oleh *flora endogen* atau karena *mikroorganisme* dilingkungan sarana kesehatan. Salah satu upaya menurunkan angka *HAIs* dengan pencegahan dan pengendalian resiko penularan terjadi pada pasien, keluarga, masyarakat yang berkunjung ke rumah sakit yaitu melalui sterilisasi. Sterilisasi adalah proses penanganan peralatan atau bahan medis yang tidak steril menjadi steril dengan menghancurkan semua bentuk kehidupan mikroba termasuk spora melalui metoda sterilisasi yang benar.

Beragam serta kompleksitas peralatan medis dan meningkatnya kebutuhan bahan medis steril habis pakai, maka diperlukan pusat pelayanan sterilisasi. Pusat Pelayanan Sterilisasi yang fungsi utamanya menyiapkan alat-alat steril dan bahan habis pakai steril untuk keperluan perawatan pasien di Rumah Sakit, sehingga keseluruhan proses menjadi efisien, efektif, aman, mutu terjamin dan berstandar.

Pusat layanan sterilisasi yang lebih dikenal dengan *CSSD* (*Central Seterile supply Department*) bertujuan untuk :

1. Membantu unit kerja di rumah sakit yang membutuhkan sarana steril untuk mencegah terjadinya infeksi.
2. Menurunkan angka kejadian infeksi dan membantu mencegah serta menanggulangi *HAIs*.
3. Efisiensi tenaga medis/ paramedis untuk kegiatan yang berorientasi pada pelayanan terhadap pasien.
4. Menyediakan dan menjamin kualitas hasil sterilisasi terhadap produk yang dihasilkan.

Unit Pusat Sterilisasi/*CSSD* mempunyai fungsi yang sangat penting dalam mendukung keselamatan pasien dengan melaksanakan program sentralisasi pelayanan seterilisasi.

B. TUJUAN

Sebagai pedoman dalam pengelolaan Unit Pusat Sterilisasi (*CSSD*) di lingkungan RSUD Dr. Soedirman Kebumen

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

1. Sistim Pelayanan :
RSUD Dr. Soedirman Kebumen guna untuk melakukan efisiensi dan efektifitas maka menggunakan pelayana Unit Pusat Sterilisasi/*CSSD*
2. Lingkungan Kegiatan Pelayanan

No	Lingkup Kegiatan	<i>CSSD</i>	Unit lain	Ket
1	Penyediaan produksi kasa dan kapas steril	√	-	Sentralisasi
2	Tahapan Proses Sterilisasi 1. <i>Pre-Cleaning</i> 2. <i>Cleaning</i> 3. Pengemasan dan <i>Labeling</i> 4. Proses Sterilisasi 5. Penyimpanan 6. Pendistribusian	√ √ √ √ √ √	- - - - - -	
3	<i>Single-Use di Re-Use</i>	√	-	
4	<i>Quality Control</i>	√	-	
5	<i>Quality Assurance</i>	√	-	Sentralisasi

3. Kegiatan Seterilsasi dan Unit Kerja

No	Unit Seterilisasi	<i>Pre Cleaning</i>	<i>Cleaning</i>	Pengemasan	Sterilisasi	Penyimpanan
1	Instalasi Rawat Inap					
	Bogenvile	√				√
	Terate	√				√
	Melati	√				√
	Dahlia	√				√
	Cempaka	√				√
	Kenanga	√				√
	Arumbinang I	√				√
	Arumbinang II	√				√
	Peristi	√				√
	VK	√				√
	IGD	√				√
	ICU	√				√
2	Instalasi Rawat Jalan					
	Poli Orto	√				√
	Poli Bedah	√				√
	Poli Tht	√				√
	Poli Mata	√				√
	Poli Syaraf	√				√
	Poli Dalam	√				√
	Poli Kulit	√				√
	Poli Gigi	√				√
	Poli Anak	√				√
	Poli Paru	√				√

No	Unit Seterilisasi	<i>Pre Cleaning</i>	<i>Cleaning</i>	Pengemasan	Sterilisasi	Penyimpanan
	Poli Obsgin	√				√
	Poli Jantung	√				√
	Poli Uro	√				√
	IGD					
3	Istalasi Bedah Sentral 1. Kamar operasi	√	-	-	-	√
4	Istalasi Kegawat Daruratan 1. Emergen si 2. ICU	√	-	-	-	√
		√	-	-	-	√
5	Istalasi rehab Medik 1. Fisiotera pi	√	-	-	-	√
6	Istalasi pelayanan					
	Radiologi	√				√
	HD	√				√
	Laboratoriu M	√				√
	Poliklinik	√				√

Penyediaan dan pembuatan bahan medis habis pakai serta *quality assurance* hanya dapat dilakukan di Unit Pusat Sterilisasi/ *CSSD*

D. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomer 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
2. Keputusn Menteri Kesehatan R.I. Nomor 382/Menkes/SK/III/2007 tanggal 27 Maret 2007 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya.

3. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1683 tanggal 29 Maret 1991 tentang Instalasi Pusat Sterilisasi dibawah Direktorat Umum dan Operasional
4. Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi (*Central Sterile Supply Department/CSSD*) di Rumah Sakit Departemen Kesehatan Republik Indonesia Jakarta 2009.
5. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit RSUD Dr.Soedirman Kebumen 2015

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

a. Ketenagaan

Jenis tenaga

- Tenaga Fungsional : Apoteker, Ners, Perawat, D3 farmasi, Asisten Apoteker, Sanitarian, dan SMK kesehatan
- Tenaga Non Fungsional : Sarjana Umum (Manajemen, Komputer), D3 teknik, SLTA

Kualifikasi kerja

- Kualifikasi Kesehatan
 - Mempunyai data kesehatan yang mencakup data fisik X-ray untuk TBC, paling sedikit sekali setahun.
 - Status imunisasi untuk hepatitis B, Tetanus, Typhoid fever.
 - Laporan sakit yang dialami
- Pendidikan
 - Kepala Unit sterilisasi : S1 Umum, Apoteker, S1 Kesehatan dan Ners.
 - Sub Unit : D3 Kesehatan, Perawat,
 - Administrasi : SMA/SMU/SMEA
- Kompetensi
 - Pendidikan Sterilisasi
- Sertifikasi
 - Khursus dan Pelatihan Sterilisasi

b. Tugas Pokok, Wewenang Dan Tanggung Jawab

1. Kepala Unit Pusat Sterilisasi

Tugas pokok

- Membantu direktur Umum dalam operasional dalam menyelenggarakan, koordinasi mengatur dan mengawasi seluruh kegiatan Unit pusat sterilisasi.
- membuat rancangan strategis jangka panjang Unit pusat sterilisasi
- Membuat rencana bisnis dan anggaran Unit pusat sterilisasi.

- Membuat rencana kerja operasional Unit pusat sterilisasi.
- Membuat prosedur pelayanan Unit pusat sterilisasi.
- Menyediakan fasilitas pelayanan Unit pusat sterilisasi.
- Mengembangkan program kegiatan pelayanan Unit pusat sterilisasi.
- Mengarahkan semua aktifitas staf yang berkaitan dengan kegiatan pelayanan instalasi pusat sterilisasi.
- Melakukan pemantauan pelaksanaan kegiatan pelayanan Unit pusat sterilisasi.
- Melakukan evaluasi secara berkala program kegiatan pelayanan Unit pusat sterilisasi.
- Melakukan penilaian kinerja terhadap staf Unit pusat sterilisasi.
- Membuat laporan berkala Unit pusat sterilisasi.
- Menentukan metode yang efektif bagi penyiapan dan penanganan Unit pusat sterilisasi.
- Bertanggung jawab agar staf mengerti akan prosedur dan penggunaan mesin sterilisasi secara benar
- Kerja sama dengan unit lain di rumah sakit dan melakukan koordinasi yang bersifat intern/ ekstern
- Mengikuti seleksi untuk kebutuhan untuk tenaga di Unit pusat sterilisasi menyipakan konsep dan rencana kerja serta melakukan evaluasi pada waktu yang ditentukan
- Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan lingkup tugasnya

2. Kepala sub Unit

Tugas pokok

- Bertanggung jawab kepada kepala Unit pusat sterilisasi
- Bertanggungjawab sebagai kepala Unit pusat sterilisasi apabila kepala Unit berhalangan hadir
- Membantu kepala instalasi dalam pengendalian dan penanganan alat, supervisi langsung, mengajar/ merevisi prosedur baru, meng evaluasi staf dan melaporkannya kepada kepala Unit pusat sterilisasi

- Membuat program orientasi untuk tenaga baru
- Membuat rencana kebutuhan bahan dan alat sesuai dengan kebutuhan masing-masing sub Unit
- Membuat rencana perbaikan dan penggantian alat yang rusak
- Membuat laporan hasil kerja masing masing sub Unit kepada kepala Unit

3. Administrasi

Tugas pokok

- Bertanggung jawab terhadap kepala Unit
- Membantu kepala Unit dalam menyusun perencanaan berdasarkan masukan dari kepala sub Unit
- Rekapitulasi laporan kegiatan dari kepala sub Unit
- Menyiapkan keperluan administrasi

4. Staf dipusat sterilisasi

Tugas pokok

- Ber tanggung jawab terhadap kepala sub Unit
- Tidak alergi terhadap bahan bahan yang digunakan dipusat sterilisasi
- Dapat mengerti perintah dan menerapkannya menjadi aktifitas
- Dapat menerapkan apa yang sudah diajarkan
- Mengikuti prosedur kerja / standar prosedur operasional yang telah dibuat
- Dapat menjalankan pekerjaan baik dengan perintah langsung maupun tidak langsung/ telepon
- Dapat mengerjakan pekerjaan rutin / berulang yang relative “membosankan”
- Dapat menerima tekanan kerja dan kadang kadang lembur
- Memakai pelindung seperti apron, masker, penutup kepala, sandal khusus dan sarung tangan
- Memelihara peralatan pusat sterilisasi, alat dan bahan steril

c. Tujuan Dan Tupoksi

a. Tujuan

- Terselenggaranya sentralisasi pelayanan sterilisasi yang sesuai standar.
- Tercapainya peningkatan mutu dan perluasan cakupan pelayanan sentralisasi di rumah sakit melalui kerja sama tim dengan semua unit kerja.
- Tersedianya alat kesehatan steril untuk jejaring pelayanan kesehatan.
- Tercapainya peningkatan kompetensi sumber daya manusia di bidang sterilisasi.
- Tersedianya tempat pendidikan dan pelatihan bidang sterilisasi.
- Tersedianya tempat penelitian dan pengembangan pelayanan sterilisasi.

b. Tugas Pokok

- Menyediakan dan menyelenggarakan kegiatan sterilisasi alat, bahan, dan linen steril kebutuhan pasien di rumah sakit.
- Membantu menyediakan kebutuhan unit / instalasi / bidang / bagian yang memerlukan barang steril.
- Penyelenggarakan standarisasi mulai dari proses dekontaminasi, pengemasan sampai dengan sterilisasi.
- Memelihara dan melakukan inventarisasi peralatan sterilisasi secara akurat.
- Memelihara efektifitas secara akurat terhadap berbagai proses pembersihan, desinfeksi dan sterilisasi.
- Memberikan kontribusi dan pengembangan pelayanan mutu di rumah sakit yang terkait dengan pengendalian HAIs.
- Mengefisiensikan tenaga para medis dalam kegiatan sterilisasi di unit kerja.

c. Fungsi

- Merencanakan, mengkoordinasikan, melaksanakan, dan mengawasi serta mengevaluasi kegiatan sterilisasi.
- Merencanakan kebutuhan barang medis, bahan pengemasan, yang berkualitas untuk memproduksi barang medis steril.

- Menyediakan dan mendistribusikan barang steril ke unit kerja yang membutuhkan.
- Melakukan inventarisasi semua peralatan sterilisasi yang digunakan di rumah sakit.
- Mendokumentasikan setiap aktivitas penyelenggaraan proses sterilisasi sebagai bagian dari program pengendalian mutu.
- Memberikan kontribusi terhadap pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang terkait dengan sterilisasi.

d. Organisasi

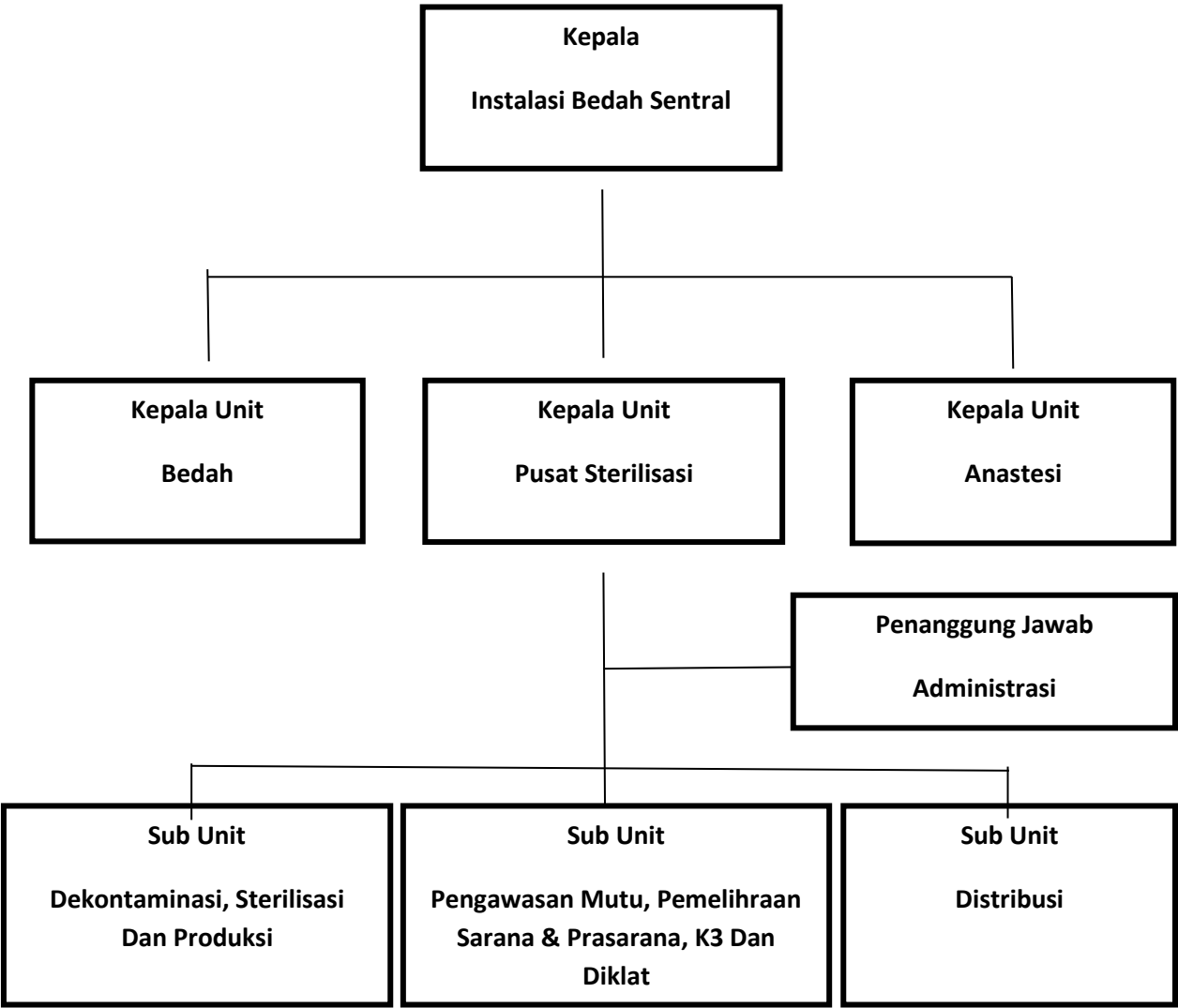
- Kedudukan :

Merupakan salah satu unit kerja non struktural yang berada dibawah langsung Direktur Umum dan Operasional. Dipimpin oleh seorang pejabat dalam jabatan fungsional disebut kepala Unit Pusat Sterilisasi (CSSD). Kepala Unit Pusat Sterilisasi bertanggung jawab langsung kepada Direktur Umum Dan Operasional.

Dalam melaksanakan kegiatan Kepala Unit Pusat Sterilisasi dibantu oleh:

- Sub Instansi Dekontaminasi, Sterilisasi &Produksi
- Sub Instansi Pengawasan Mutu, Pemeliharaan Sarana & Peralatan, K3 dan Diklat.
- Sub Instansi Distribusi

Struktur organisai Unit Pusat Sterilisasi



BAB III

STANDAR FASILITAS

A. DENAH RUANGAN

a. Bangunan

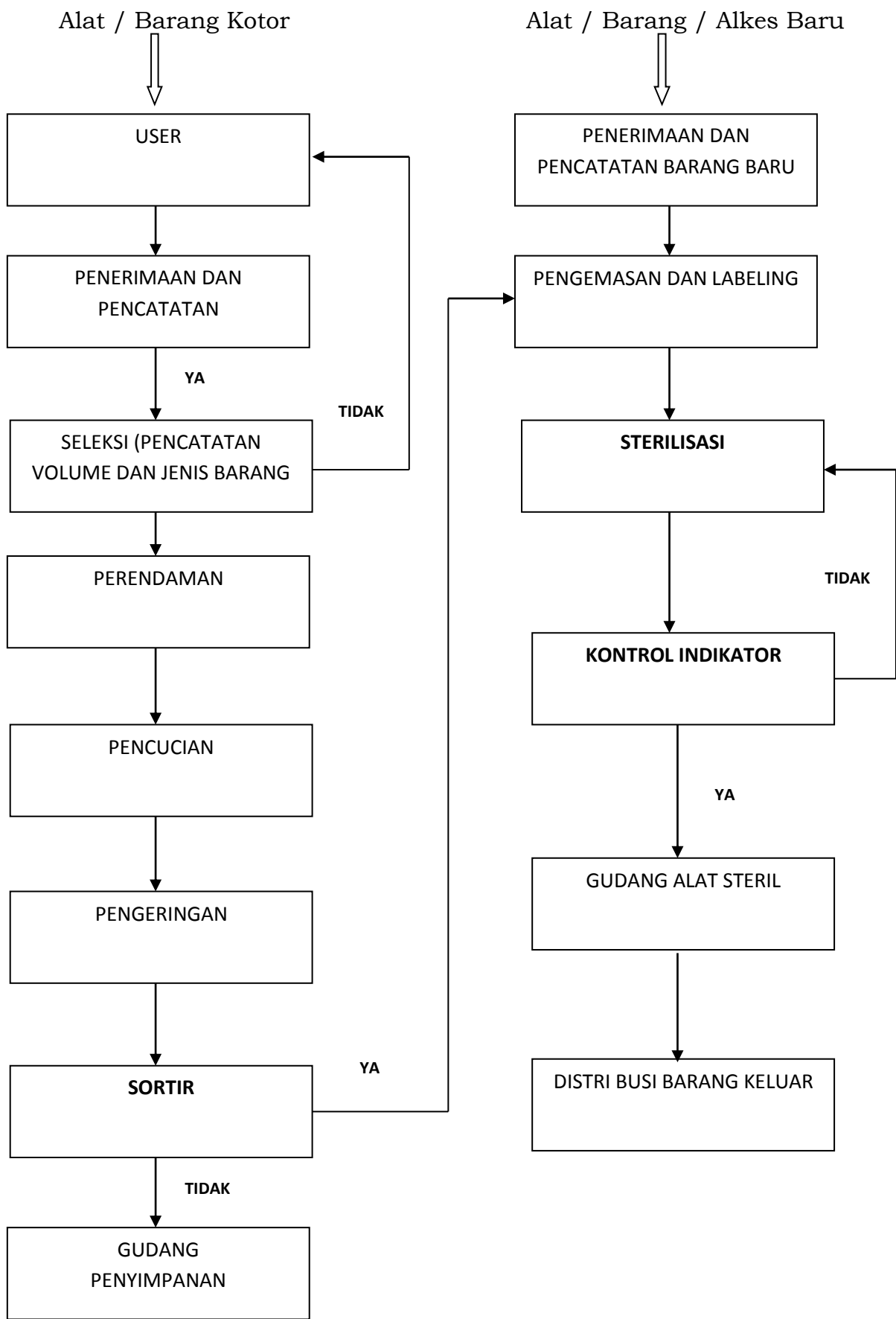
Bangunan Instalasi Pusat Sterilisasi / CSSD RSDS Dr. Soedirman dengan luas ____m² terletak dilantai 2 (dua). Aktivitas kegiatan dimulai unit pusat sterilisasi tanggal 01 September 2016 oleh Direktur RSUD Dr. Soedirman Kebumen

Persyaratan :

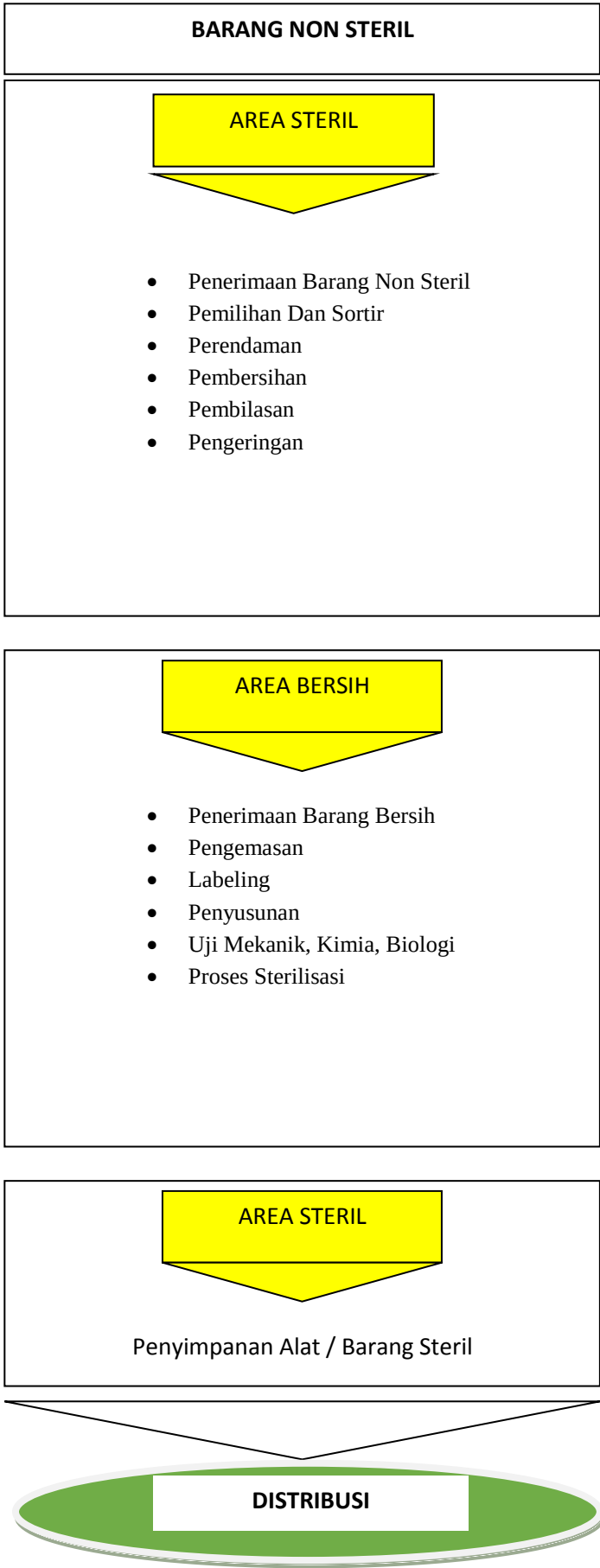
- Penerangan harus memadai
- Suhu udara antara 18 – 22°C
- Kelembaban udara antara 35 – 75%
- Tekanan positif
- Efisiensi *filtrasi particular* antara 90 – 95% (untuk particular berukuran 0.5mikron) atau dengan filter heap
- Dinding dan lantai ruangan terbuat dari bahan yang halus, kuat sehingga mudah dibersihkan atau dengan menggunakan cat *epoxy*, sehingga tidak ada nut nut lantai tempat penimbunan debu dan sarangnya bakteri
- Alat steril disimpan pada jarak 19 -24 cm dari lantai dan minimum 43 cm dari langit langit serta 5 cm dari dinding
- Hindari terjadinya penumpukan debu dalam kemasan. Akses keruangan steril dilakukan oleh petugas sterilisasi sentral yang terlatih. Bebas dari penyakit menular dan menggunakan pakaian yang sesuai dengan persyaratan.

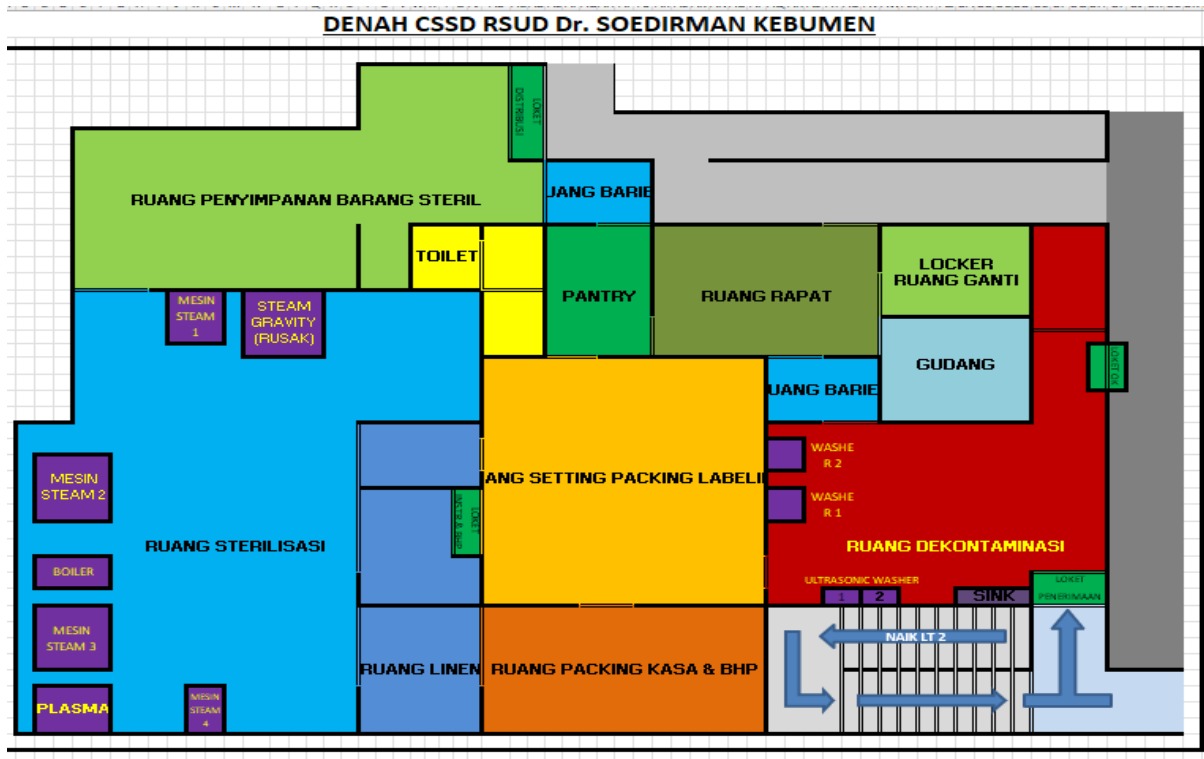
ALUR KEGIATAN :

Alur Kegiatan Instalasi Pusat Sterilisasi / CSSD Sebagai Berikut



ALUR PERPINDAHAN BARANG SATU ARAH





Keterangan :

A. Area Kotor (Proses *Pre-Cleaning Dan Cleaning*)

1. Instrument kotor masuk ke area kotor melalui loket penerimaan instrument kotor
2. Di area kotor dilakukan proses *pre-cleaning* dan *cleaning* sampai dihasilkan instrument bersih dan kering
3. Instrument bersih diterima di loket penerimaan langsung masuk ke area bersih atau area pengemasan dan tidak melalui proses dekontaminasi

B. Area Bersih (Proses Pengemasan, *Labeling*, dan Sterilisasi)

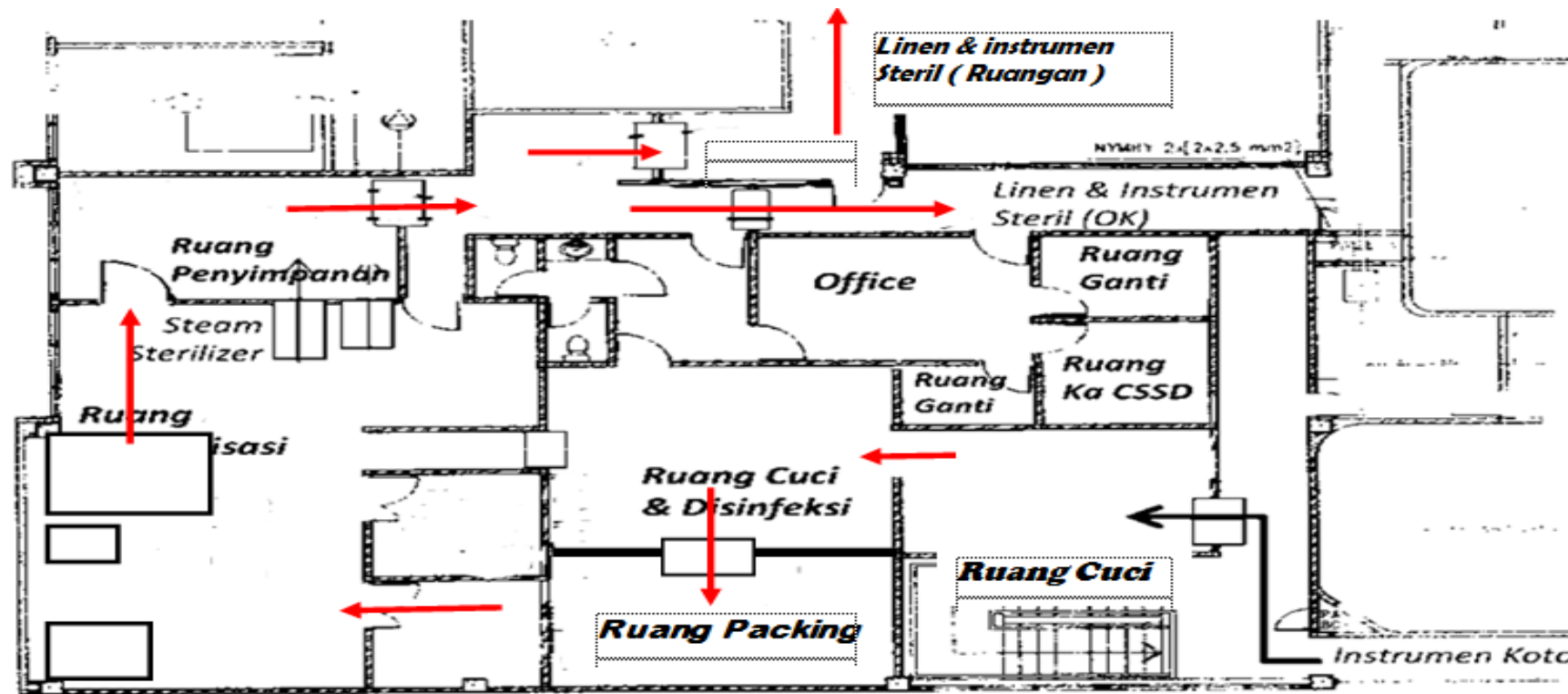
1. Di area bersih instrument atau alat dilakukan proses pengemasan, *labeling*, dan proses sterilisasi
2. Instrument steril hasil proses sterilisasi disimpan di ruang penyimpanan alat steril

C. Area Steril

1. Instrumen steril masuk dari area bersih melalui *pass box (container)* antara area bersih dan area steril atau dari mesin sterilisasi double door.

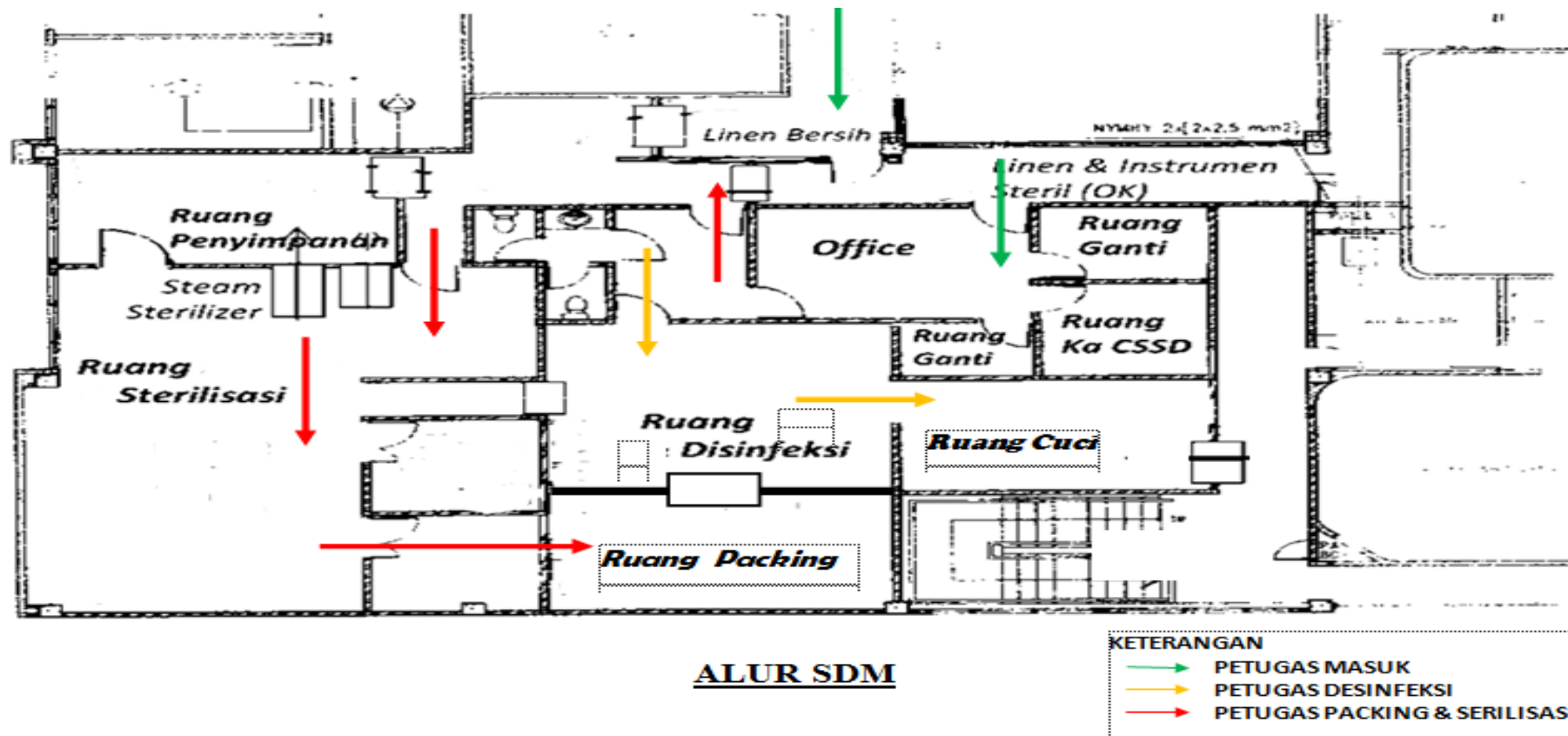
2. Di area steril dilakukan penyimpanan instrument steril yang akan didistribusikan
3. Instrument steril diserahkan kepada pelanggan melalui loket distribusi barang steril.

ALUR RUANG INSTALASI PUSAT STERILISASI



DENAH ALUR INSTRUMEN/ALAT

KETERANGAN
 → Alur alat di CSSD



B. STANDAR FASILITAS

Area kotor

- Sink / baskom stenlis steel
- Mesin washer disinfector
- Meja stenlis steel
- Disinfectant

Area bersih

- Mesin sterilisator autoclave
- Mesin sterilisator plasma
- Mesin sterilisator EO
- Mesin sterilisator dry heat
- Mesin jahit
- Mesin seeling pouches
- Mesin labeling
- Alat pengukur suhu kelembaban dan tekanan
- Lemari instrument
- Lemari linen
- Meja stenles steel / meja produksi
- Incubator attest
- Auto reader attest

Area steril

- Rak stenles steel
- Humidifier (alat penetalisir kelembaban)
- Alat pengukur suhu kelembaban dan tekanan

Area distribusi

- Trolley distribusi
- Meja distribusi

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. MANAJEMEN UMUM

1. Administrasi

- a. Surat masuk dan surat keluar
- b. Mengarsipkan

2. Perencanaan

- a. Perencanaan kebutuhan pelayanan sterilisasi diusulkan oleh Unit pusat sterilisasi sebagai rekapitulasi usulan dari setiap unit kerja pelayanan.
- b. Perencanaan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) adalah perencanaan bahan baku dan pengemas yang dibutuhkan untuk produksi barang medis steril secara periodik dengan memperhatikan efisiensi dan efektifitas diusulkan ke instalasi Farmasi untuk diproses selanjutnya.
- c. Perencanaan kebutuhan logistic ATK, ART, barang cetakan dan linen diusulkan ke Direktur kemudian diteruskan ke bagian Rumah tangga untuk diproses selanjutnya.
- d. Perencanaan sarana dan prasarana dilengkapi dengan TOR diusulkan ke Direktur, kemudian diteruskan ke IKLPS dan IP3M untuk diproses selanjutnya.
- e. Perencanaan kebutuhan SDM, pendidikan dan pelatihan diusulkan ke direktur, kemudian diteruskan bagian SDM dan pendidikan untuk diproses selanjutnya.
- f. Perencanaan kelengkapan teknologi informasi diusulkan ke direktur, kemudian diteruskan ke instalasi informasi untuk diproses selanjutnya.

3. Pengadaan

- a. Pengadaan bahan Medis Habis Pakai (BMHP) berdasarkan perencanaan kebutuhan melalui instalasi farmasi.
- b. Pengadaan Logistik ATK, ART, Barang Cetakan dan linen berdasarkan kebutuhan melalui Bagian Umum.
- c. Pengadaan sarana dan Prasarana berdasarkan kebutuhan melalui IKLPS dan IP3M.

- d. Pengadaan SDM, Pendidikan dan Pelatihan berdasarkan kebutuhan melalui Bagian SDM dan Diklat.
- e. Pengadaan kebutuhan perlengkapan IT berdasarkan kebutuhan melalui instalasi Teknologi Informasi.

4. Dokumentasi

Merupakan kegiatan mencatat, mendata, mendokumentasikan dari semua aktifitas fungsional agar dapat dibaca dan dilaporkan.

Karakteristik :

- a. Cepat
- b. Akurat
- c. Ringkas
- d. Cermat dan teliti
- e. Dipercaya
- f. Terbaru
- g. Terorganisir

5. Pelaporan

- a. Laporan bulanan
 - Mutasi barang medis habis pakai
 - Distribusi barang medis steril
 - Sterilisasi barang medis tidak habis pakai
 - Penyerapan anggaran
 - Laporan kerja unit
 - Laporan kerja individu (kemudian hari)
- b. Laporan tahunan
 - Laporan kinerja dan RBA
 - Laporan stok opname barang medis habis pakai
 - Laporan barang inventaris
 - Laporan Evaluasi Jaminan Mutu Pelayanan (Evaluasi SPO)

6. Sumber Daya Manusia dan Diklat

- a. Sumber Daya Manusia
 - Urusan Kepegawaian
 - Kesejahteraan
 - Kedisiplinan dan Kepatuhan
 - Kinerja
- b. Pendidikan Dan Pelatihan

- Internal Petugas instalasi pusat sterilisasi
- Eksternal dari Rumah Sakit lain

7. Proses sterilisasi

a. *Pre-Cleaning* (Perendaman)

Prabilas (*Pre-cleaning*) adalah proses yang membuat benda mati lebih aman untuk ditangani oleh petugas sebelum dibersihkan. mengurangi jumlah mikroorganisme mengkontaminasi, mengaktifasi virus HBV, HCV dan HIV

- Tujuan :
 - Melindungi petugas yang bersentuhan langsung dengan instrumen pada proses selanjutnya
 - Menghilangkan kotoran yang terlihat dan tidak terlihat
 - Meningkatkan efektifitas proses *cleaning*, desinfeksi dan sterilisasi
- Persyaratan:
 - Ruangan dengan ventilasi baik, bertekanan negatif, suhu 18° – 22°C, kelembaban 35 - 75%, terpisah dari area lain
 - Perendaman menggunakan kontainer yang disesuaikan dengan ukuran instrumen sehingga semua instrumen dapat terendam
 - Larutan perendaman berupa cairan enzimatis sesuai rekomendasi produsen
 - Petugas harus terlatih. memahami konsep pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) dan mempunyai personal hygiene yang baik
 - Prabilas harus dilakukan segera setelah penggunaan instrumen untuk menghindari kotoran menjadi kering
- Prosedur Lihat SPO *Pre-Cleaning*

b. *Cleaning*

Pembersihan (*Cleaning*) adalah proses secara fisik membuang semua kotoran dan sejumlah mikroorganisme dari alat kesehatan untuk mengurangi risiko bagi petugas selanjutnya

- Tujuan :
 - Melindungi petugas yang bersentuhan langsung dengan instrumen pada proses selanjutnya

- Menghilangkan mikroorganisme berbahaya
- Meningkatkan efektifitas proses desinfeksi dan sterilisasi
- Persyaratan :
 - Ruangan dengan ventilasi baik bertekanan negatif. suhu 18°– 23°C. Kelembaban 35 - 75% terpisah dari area lain
 - Perendaman menggunakan sink yang disesuaikan dengan ukuran instrumen sehingga semua instrumen dapat terendam
 - Larutan perendaman berupa cairan desinfektan
 - Petugas harus terlatih. memahami konsep pencegahan dan pengendalianinfeksi (PPI) dan mempunyai personal hygiene yang baik
 - Pembersihan dapat dilakukan secara manual atau menggunakan *washer machine*
- Prosedur: Lihat SPO *Cleaning*

c. Pengemasan

Pengemasan adalah kegiatan membungkus alat kesehatan yang sudah bersih dan kering untuk dilakukan proses sterilisasi

- Tujuan :
 - Menjamin sterilitas instrument dalam kemasan
 - Keamanan dan efektifitas perawatan
 - Mengetahui batas kadaluarsa alat yang disterilkan.
- Persyaratan :
 - Ruangan dengan tekanan positif, ventilasi baik. suhu 18°- 22°C, kelembaban 35-75%, bebas debu, terpisah dari ruangan pre-cleaning/cleaning.
 - Tersedia lemari penyimpanan yang tertutup, bersih dan kering
 - Bahan pengemas :
 - Harus mampu mempertahankan sterilitas isinya hingga kemasan dibukakan harus mudah dibuka tanpa menyebabkan kontaminasi
 - Harus sesuai dengan metoda sterilisasi yang dipakai antara lain tahan terhadap perubahan suhu, kelembaban dan tekanan pada proses sterilisasi

- Dipilih berdasarkan lama kadaluarsa proses penyimpanan instrumen. Misalnya pengemas linen masa kadaluarsa instrumen 1 minggu. Pengemas kertas dan pengemas pouches masa kadaluarsa 1 bulan
- Petugas harus terlatih memahami konsep pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) dan mempunyai personal hygiene yang baik
- Prosedur : Lihat SPO Pengemasan

d. Labeling/Penandaan

Penandaan adalah kegiatan pemberian label/etiket atau catatan yang dilakukan terhadap masing-masing kemasan alat barang akan melalui proses sterilisasi

- Tujuan:
 - Mengelahui Tanggal sterilisasi dan batas kadaluarsa alat yang disterilkan
 - Memudahkan dalam penelusuran atau penarikan kembali
 - Mengetahui petugas pengemas operator
- Persyaratan
 - Ruang dengan tekanan positif, ventilasi baik, suhu 18^o-22^oC. Kelembaban 35-75%, bebas debu terpisah dari ruangan *pre-cleaning* / *cleaning*.
 - Tersedia lemari penyimpanan yang tertutup, bersih dan kering
 - Penandaan mencantumkan minimal :
 - Tanggal sterilisasi
 - Tanggal kadaluarsa
 - Inisial nama pengemas
 - Nomor mesin sterilisasi
 - Nomor Siklus
 - Jumlah kali pemakaian *re-use* (untuk *single-use* / *re-use*)
 - Semua kemasan instrumen / barang harus diberi penandaan sebelum dilakukan proses sterilisasi.
 - Petugas harus terlatih memahami konsep pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) dan mempunyai personal hygiene yang baik.

- Prosedur : Lihat SPO Penandaan

e. Sterilisasi

Sterilisasi adalah proses menghilangkan / memusnahkan semua bentuk mikroorganisme pada instrument atau alat kesehatan termasuk endospora yang dapat dilakukan secara fisika atau kimia menggunakan alat sterilisator

- **Tujuan:**

- Membunuh semua mikroorganisme pada instrumen / alat termasuk endospora
- Menghasilkan instrumen / alat steril untuk digunakan.

- **Persyaratan:**

- Ruangan dengan ventilasi baik. suhu 18^o-22^oC kelembaban 35- 75% bertekanan positif.
- Mesin sterilisasi :
 - Suhu tinggi digunakan untuk instrument, linen atau alat kesehatan lainnya yang tahan pada suhu 121^o sampai °C : sterilisasi uap panas atau sterilisasi panas kering yang digunakan hanya untuk instrumen yang terbuka atau untuk sejenis powder dan jelly.
 - Suhu rendah digunakan untuk instrumen yang tahan pada suhu 55°C :Ethylen Oksida, Plasma
 - Suhu rendah digunakan untuk alat yang tahan pada suhu 79°C : Farmadehyde
 - Harus memenuhi uji kelayakan mesin sebelum digunakan
- Sterilisasi secara kimia digunakan untuk instrument atau alat kesehatan yang akan langsung digunakan tanpa distribusi dan penyimpanan.
- Petugas harus terlatih memahami konsep pencegahan dan pengendalianinfeksi (PPI) dan mempunyai personal hygiene yang baik.

-Prosedur : Lihat SPO Proses Sterilisasi

f. Penyimpanan

Penyimpanan instrumen alat steril dan bahan medis habis pakai steril adalah proses penempatan dan pengaturan instrumen alat dan bahan medis habis pakai steril sesuai persyaratan.

- Tujuan

- Menjaga sterilitas instrument alat dan bahan medis habis pakai yang sudah disterilkan
- Memindahkan dalam pencarian sehingga mempercepat pelayanan

- Persyaratan :

- Ruangan dengan penerangan memadai. suhu 18⁰-22⁰C, kelembaban 35 - 75% ventilasi dengan tekanan positif.
- Dinding dan lantai terbuat dari bahan yang halus dan mudah dibersihkan.
- Penyimpanan menggunakan rak yang mudah dibersihkan, disimpan pada jarak 19- 24 cm dari lantai dan minimum 43 cm dari langit-langit serta 5 cm dari dinding.
- Petugas harus terlatih, memahami konsep pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) dan mempunyai personal hygiene yang baik.

- Prosedur : Lihat SPO Penyimpanan

g. Pendistribusian

Pendistribusian barang steril adalah kegiatan menyerahkan instrumen dan BMHP steril kepada unit kerja pengguna sesuai aturan yang berlaku.

- Tujuan :

- Memenuhi kebutuhan unit kerja terhadap instrument dan alat kesehatan steril
- Tertib administrasi

- Persyaratan:

- Menggunakan container tertutup khusus barang bersih
- Distribusi berdasarkan formulir permintaan sterilisasi barang *re-use* dari unit kerja atau formulir permintaan BMHP steril

- Pada saat serah terima kedua belah pihak harus meneliti dan memeriksain strumen yang diserahkan terimakan berdasarkan jumlah dan kondisi fisikinstrumen
 - Kedua belah pihak harus mencantumkan nama dan tanda tangan padalembar formulir saal serah terima.
- Prosedur : Lihat SPO Pendislribusian

8. Proses Sterilisasi *Single Use*

- a. Barang *single-use* adalah suatu alat atau bagian dari suatu benda termasuk segala macam komponen, suku cadang, asessoris yang ditujukan untuk sekali pakai dalamdiagnosis atau terapi medis pada manusia yang dikelompokkan kedalam peralatan kritis yang harus disediakan dalam keadaan sieril atau harus disediukan setelah diproses dengan desinfeksi lingkat tinggi
- b. Barang steril sekali pakai yang dapat dipakai ulang harus melalui proses mulai dari*Pre-Cleaning* dan *Cleaning* sampai proses bebas dari mikroorganisme dengan cara Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau Strerilisasi dengan mesin sterilisator
- c. Tujuan sterilisasi barang *single use* untuk digunakan ulang
 - Menurunkan biaya RS dalam penyediaan alat kesehatan
 - Memelihara efektifitas dan mutu alat kesehaian sleril
 - Mengurangi risiko infeksi
 - Meningkatkan masa pakai alat kesehatan
 - Menjamin keamanan dan stabililas alat kesehatan
 - Menjamin mutu pelayanan sterilisasi
- d. Syarat barang *single use* bisa di *reuse*
 - Instrumen / alat *single-use* yang di *re-use* adalah instrument / alat dengan harga yang mahal
 - Terdapat literature atau bukti yang menyatakan bahwa barang *single-use* dapat di *re-use*.
 - Staf yang berhak menyatakan bahwa instrument masih baik dan dapat dilakukanproses *re-use* adalah dokter terakhir yang menggunakan alat.
 - Instrumen *single-use* yang di *re-use* harus ditandai dengan kode warna sesuai aturan

- Penanda yang dimaksud terbuat dari bahan karet atau selotip sesuai kode warna padapenandaan.
- Staf yang berkewajiban memberikan tanda adalah penanggung jawab alat di Unit Kerja.
- Proses untuk *pre-cleaning*, *cleaning* dan sterilisasi harus sesuai dengan spesifikasi masing-masing alat.

BAB V

LOGISTIK

1. Logistic dan Inventaris

- a. Logistic
 - Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)
 - Alat Tulis Kantor (ATK)
 - Alat Rumah Tangga (ART)
 - Barang cetak
 - Linen
- b. Inventaris
 - Peralatan Pelayanan Sterilisasi
 - Penunjang

2. Produksi kasa dan kapas steril

- a. Uji Kualitas bahan baku

Standar kualitas kasa yang baik adalah

 - Terbuat dari bahan 100% kapas
 - Tidak mengandung pemutih
 - Tidak mengandung zat asing / kanji
 - Bahan baku berserat panjang
 - Memiliki daya serap yang baik
- b. Jenis produk kasa dan kapas

NO	JENIS PRODUKSI	UKURAN (CM)	ISI PERBUNGKUS
A	KASA NON EX-RAY		
1.	Kasa besar	12 x 12	5 lembar
2.	Kasa sedang	7.5 x 7.5	10 lembar
3.	Kasa kecil	6 x 6	5 lembar
4.	Kasa Hecting up	5 x 8	3 lembar
5.	Rool gaas 8 play	90 x 12	1 lembar
6.	Gaas perut 8 play	35 x 35	1 lembar
7.	Tampon roll	150 x 5	1 lembar
B	KASA EX-RAY		
8.	Kasa besar	12 x 12	5 lembar

NO	JENIS PRODUKSI	UKURAN (CM)	ISI PERBUNGKUS
9.	Kasa sedang	7.5 x 7.5	10 lembar
10.	Gaas perut 8 play	35 x 35	1 lembar
11.	Rool gaas 8 play	90 x 12	1 lembar
C.	KAPAS		
12.	Kapas subimat	3 x 3	50 gulung
13.	Tampon Vagina	0 1.5	1 gulung
14.	Kapas lidi	13	10 buah
15.	Depper gigi	2 x 1	10 buah
16.	Depper gigi	2 x 1.5	10 buah
17.	Kapas gigi	3.5 x 1	10 uah

c. Mekanisme permintaan BMHP steril

- Unit kerja pelayanan Mengajukan rencana kebutuhnn melalui RKO tahun berjalanke Instalasi pusat sterilisasi
- Unit kerja mengajukan contoh produk kasa atau kapas yang akan diproduksi
- Permintaan kebutuhan unit kerja dapat dilakukan setiap hari
- Permintaan menggunakan formulir permintaan BMHP Steril yang disediakan diInstalasi pusat sterilisasi. (contoh formulir terlampir)
- Pengambilan dilakukan setiap saat jika persediaan telah siap.
- Serah terima ditanda tangani kedua belah pihak

BAB VI

KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

A. Pencegahan Kecelakaan kerja pada petugas

Tanggung jawab untuk melaksanakan semua kegiatan secara aman dilingkungan pusat sterilisasi menjadi tanggung jawab petugas pusat sterilisasi setelah dilakukan pembekalan terhadap petugas terhadap bahaya yang mungkin terjadi dilingkungan pusat sterilisasi. Pada dasarnya kecelakaan dapat dihindari dengan mengetahui potensi bahaya yang dapat ditimbulkannya. Dengan memperhatikan cara seksama dan melatih tehnik tehnik kerja secara aman maka resiko terjadinya kecelakaan kerja dapat diturunkan secara signifikan.

Penerimaan barang kotor dan daerah dekontaminasi

Bahaya pemaparan terhadap daerah dan cairan tubuh lainnya maupun zat zat kimia dilingkungan pusat sterilisasi dapat menyebabkan luka, penyakit dan dalam kondisi yang ekstrim menyebabkan kematian. Upaya pencegahan dapat dilakukan secara efektif dengan menggunakan alat pelindung diri seperti sarung tangan , penutupkepala, penutup kaki, gaun anti cairan, masker, maupun goggle mata. Penyediaan pelindung diri menjadi tanggung jawab institusi bersangkutan, tetapi adalah tanggung jawab petugas pusat sterilisasi untuk melindungi dirinya dengan menggunakan alat pelindung diri secara benar.

Penanganan yang salah terhadap alat alat tajam terkontaminasi seperti pisau, jarum dan lain lain dapat menyebabkan rusaknya permukaan kulit yang pada akhirnya dapat memungkinkan masuknya mikroorganisme pathogen kedalam tubuh sehingga menyebabkan terjadinya penyakit.

Sasaran tindakan aman

- Jangan sekali kali memasukan tangan kedalam wadah berisi barang terkontaminasi tanpa dapat melihat secara jelas isi dari wadah tersebut.
- Tuangkan cairan yang dapat mengganggu pengenalan secara visual alat alat, lalu pindahkan alat / instrumen satu persatu. Pastikan agar bagian yang rincing dari instrumen mengarah berlawanan terhadap tubuh kita saat transportasi.

- Bauang sampah benda tajam (jarum suntik, blade) ke wadah yang tahan tusukan dan tidak dibuang pada tempat sampah biasa.
- Pada saat memproses ulang benda tajam yang dipakai ulang, pisahkan dari instrument lain dan posisikan sedemikian hingga dapat mencegah kemungkinan terjadinya luka pada petugas lain dengan penanganan normal.
- Ikuti petunjuk / rekomendasi pabrik untuk menggunakan zat kimia secara aman, dan digunakan alat pelindung diri untuk mencegah paparan zat kimia terhadap kulit dan membran mukosa yang menyebabkan luka bakar kimia.
- Berhati hatilah apabila mendekati daerah dimana air biasa digunakan, periksa kondisi lantai untuk mencegah terjatuh akibat lantai licin , sebaiknya ada rambu rambu peringatan.
- Pada saat mencuci instrument didalam bak cuci, perhatikan untuk selalu menggosok di bawah permukaan air untuk mencegah terjadinya aerosol yang dapat terhirup.

Penyiapan proses sterilisasi

Pengoperasian mesin sterilisasi hanya boleh dilakukan oleh petugas terlatih yang sudah mendapatkan pelatihan tentang prinsip dasar sterilisasi dan cara menggunakan mesin sterilisasi secara benar. dengan demikian maka kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja dapat diperkecil dan upaya untuk menghasilkan barang barang steril terjadi lebih terjamin.

Jenis jenis luka yang dapat terjadi didaerah ini meliputi luka bakar pada kulit maupun membran mukosa, akibat kelalaian pada penggunaan zat kimia maupun akibat terlalu dekat posisi terhadap sumber panas (sterilisasi uap atau kerta barang yang panas). Luka bakar elektrik, akibat penggunaan instrumen / alat listrik. Luka pada mata akibat cipratan zat kimia sehingga pemakaian alat lindung mata diperlukan.

Saran tindakan aman

- Gunakan sarung tangan pada saat menangani kereta mesin sterilisasi atau pada saat berhubungan dengan obyek lain bersuhu tinggi.

- Letakan kereta mesin sterilisasi (troli) di luar daerah lalu lalang petugas pusat sterilisasi lain untuk menghindari petugas lain menyentuh kereta yang panas ini.
- Tindakan hati hati harus diperhatikan pada saat menggunakan “seler panas” dan pemotong lantung sterilisasi (pouches).
- Pengoperasian mesin sterilisasi hanya boleh digunakan oleh petugas terlatih.
- Pengoperasian dan instalasi mesin sterilisasi etilen oksida harus dilakukan dengan memperhatikan sistim ventilasi dan sistim exhaust yang berhubungan langsung dengan udara luar (keluar gedung).
- Pada saat memindahkan barang kedalam kabinet aerasi, petugas harus menggunakan sarung tangan dan tidak memegang barang dekat dengan tubuh atau menghisap udara diatas batang yang dipindahkan tersebut.
- Pada saat memindahkan wadah dari mesin EO kedalam aerator sebaiknya kereta ditarik dan tidak didorong.
- Setelah barang dimasukkan kedalam kabinet aerasi dan siklus aerasi sudah dijalankan, maka fase siklus tersebut tidak boleh dihentikan sampai proses aerasi telah selesai.
- Apabila ada petugas yang terpapar dengan EO segera bawa ke ruang gawat darurat untuk evakuasi lebih lanjut.

B. Pencegahan kecelakaan pada pasien

Petugas pusat sterilisasi mempunyai tanggung jawab dalam upaya mencegah terjadinya kecelakaan pada pasien yang dirawat di rumah sakit sehubungan dengan alat / instrumen yang digunakan. Melakukan proses dekontaminasi, disinfeksi, pengemasan, sterilisasi, dan penanganan barang steril secara tepat dan benar sesuai dengan SPO (Standar Prosedur Operasional) yang ditetapkan merupakan cara terbaik bagi petugas untuk mencegah terjadinya kecelakaan / luka pada pasien. Pengguna barang yang belum diuji kelayakan fungsi dan cara pakainya dapat mengalami komplikasi maupun penundaan tindakan. Alat alat terkontaminasi atau on-steril (

seperti instrumen bedah) apabila digunakan pada pasien dapat menimbulkan infeksi nosokomial.

Saran tindakan aman

- Lakukan pengujian terhadap instrumen sebelum didistribusikan dari pusat sterilisasi sesuai dengan petunjuk pabrik dan SPO dipusat sterilisasi.
- Pastikan bahwa semua barang telah di dekontaminasi dan bebas dari kotoran, kerusakan atau bahaya lain yang dapat mempengaruhi penggunaan barang / alat.
- Pastikan agar barang terkontaminasi selalu dalam keadaan tertutup pada saat transportasi menuju daerah dekontaminasi.
- Pastikan semua peralatan yang digunakan untuk melakukan proses sterilisasi mengalami pengujian secara teratur dan dijamin bekerja baik.
- Pastikan bahwa semua komponen instrumen berada dalam keadaan lengkap dan berfungsi secara normal.
- Pastikan bahwa semua mesin sterilisasi termonitor secara visual selama siklus berlangsung melalui pengujian indikator kimia, biologis dan pengujian deteksi udara dalam cember (sistem mesin sterilisasi uap pre-vakum).

C. Penggunaan Zat zat kimia dipusat sterilisasi

Penggunaan zat- zat kimia dipusat sterilisasi sangat perlu diperhatikan mengingat banyak zat kimia yang digunakan dipusat sterilisasi bersifat toksik. Apabila penanganannya tidak dilakukan dengan baik maka dapat membahayakan baik petugas pusat sterilisasi itu sendiri maupun pasien.

1. Alkohol

Alkohol adalah bentuk etil atau isopropil alkohol (60%-90%) digunakan sebagai desinfektan menengah dengan kemampuan bakterisidal, tuberkulosidal, fungisidal, dan virusidal.

Tindakan pertolongan

- a. Bawa korban keruangan dengan sirkulasi udara yang baik.
- b. Berikan terapi suportif berupa penatalaksanaan jalan nafas, ventilasi dan oksigenasi dan penatalaksanaan sirkulasi.

Tindakan pertolongan pada pemaparan mata

- a. Tengadahkan kepala dan miringkan kesisi mata tyang terkena.
- b. Secara berlahan bukalah kelopak mata yang terkena dan lakukan irigasi dengan sejumlah air bersih atau nacl 0,9% perlahan selama 15-20 menit.
- c. Jika masih belum yakin bersih, cuci kembali selama 10 menit.
- d. Jangan biarkan korban menggosok mata.
- e. Tutplah mata dengan kain kassa steril lalu segera kirim / konsul ke dokter mata.

Tindakan pertolongan pada pemaparan kulit

- a. Bawa pasien segera kekran air terdekat.
- b. Cuci segera bagian kulit yang terkena dengan air mengalir minimal 10 menit.
- c. Jika tidak tersedia air, bersihkan bagian kulit dengan kain atau kertas secara perlahan.

2. Folmaldehid

Formaldehid adalah gas tidak berwarna dengan bau menyengat. Umumnya digunakan sebagai desinfektan. Formalin adalah larutan yang mengandung formaldehid dan metanol denag kadar bervariasi (biasanya antara 12-15%).

Bahaya terhadap kesehatan

Dosis toksik : Dosis letal pada manusia secara oral 0,5-5 g/kg BB

Akut : 2-3 ppm, rasa gatal pada mata, 4-5 ppm lakrimasi, 10 ppm lakrimasi berat, 10-20 ppmsusah bernafas, batuk, terasa panas pada hidung dan tengorokan , 50-100 ppm iritasi akut saluran pernafasan.

Lambat : Iritasi kulit

Kronik : Karsinogenik, gangguan menstruasi dan kesuburan pada wanita, percikan larutan pada mata dapat menyebabkan kerusakan berat sampai dengan menetap, kornea buram dan

buta.

Jika tertelan : Menyebabkan luka korosif mukosa gastro intestinal disertai mual muntah, perdarahan.

Jika terhirup : Iritasi saluran nafas, nafas bunyi, laringospasme.

Kontak kulit : Iritasi pada kulit

Kontak mata : Iritasi dan lakrimasi, pada konsentrasi paket menyebabkan kornea buram dan buta.

Tindakan pertolongan

- a. Bawa korban keruangan dengan sirkulasi udara baik
- b. Berikan terapi sportif berupa penata laksanaan jalan nafas, ventilasi dan oksigenasi, dan penatalaksanaan sirkulasi.

Tindakan pertolongan pada mata

- a. Tengadahkan kepala dan miringkan kesisi mata tyang terkena.
- b. Secara berlahan bukalah kelopak mata yang terkena dan lakukan irigasi dengan sejumlah air bersih atau nacl 0,9% perlahan selama 15-20 menit.
- c. Jika masih belum yakin bersih, cuci kembali selama 10 menit.
- d. Jangan biarkan korban menggosok mata.
- e. Tutplah mata dengan kain kassa steril lalu segera kirim / konsul ke dokter mata.

Tindakan pertolongan pada pemaparan kulit

- a. Bawa pasien segera kekran air terdekat.
- b. Cuci segera bagian kulit yang terkena dengan air mengalir minimal 10 menit.
- c. Jika tidak tersedia air, bersihkan bagian kulit dengan kain atau kertas secara perlahan.
- d. Lepaskan pakaian, arloji, dan spstu yang terkontaminasi.
- e. Pada saat memberikan pertolongan, gunakan alat pelindung diri, seperti sarung tangan, masker, apron.
- f. Keringkan dengan handuk yang kering dan lembut.

Tindakan pertolongan pada pemeparan gastro intestinal

Pada keracunan formal dehid ringan, perlu dilakukan tindakan sebagai berikut:

- a. Segera pasien beri air atau susu untuk diminum secepat mungkin untuk mengencerkan. Untuk orang dewasa maksimal 200 cc sekali minum, untuk anak-anak 100 cc.
- b. Kontra indikasi untuk induksi muntah dan pemberian karbon aktif.
- c. Dalam keadaan tertentu, pemasangan pipa lambung yang lembut dan fleksibel dapat dipertimbangkan setelah pengenceran dan pemeriksaan endoskopi.

3. Etilen Oksida

Etilen oksida merupakan zat kimia yang banyak digunakan dalam proses sterilisasi kimia alat kesehatan, pereaksi dalam sintesa kimia organik terutama dalam pembuatan etilen glikol, fungisida, bahan makanan dan tekstil.

Bahaya utama terhadap kesehatan

- Inhalasi : Paparan jangka pendek: iritasi daya penciuman menurun, dispnea, nyeri kepala, mengantuk, gejala mabuk, gangguan keseimbangan tubuh, sianosis, kongesti paru paru, kejang dan gangguan kesuburan.
Paparan jangka panjang : potensial dapat menyebabkan kanker.
- Kontak kulit : Paparan jangka pendek : reaksi alergi, kulit terasa panas, melepuh, frost bite (luka bakar karena suhu rendah)
- Kontak mata : Paparan jangka pendek terasa panas, frostbite, mata berair, paparan jangka panjang : dapat menimbulkan katarak.
- Tertelan : Paparan jangka pendek : terasa terbakar, sakit tenggorokan, mual, muntah, frostbite, diare, nyeri perut, nyeri dada, nyeri kepala, sianosis, paparan jangka panjang : kerusakan hati, potensial karsinogen.

Tindakan petolongan

- a. Bawa korban keruangan dengan sirkulasi udara baik
- b. Berikan terapi sportif berupa penata laksanaan jalan nafas, ventilasi dan oksigenasi, dan penatalaksanaan sirkulasi.

Tindakan pertolongan pada paparan mata

- a. Tengadahkan kepala dan miringkan kesisi mata tyang terkena.
- b. Secara berlahan bukalah kelopak mata yang terkena dan lakukan irigasi dengan sejumlah air bersih atau nacl 0,9% perlahan selama 15-20 menit.
- c. Jika masih belum yakin bersih, cuci kembali selama 10 menit.
- d. Jangan biarkan korban menggosok mata.
- e. Tutuplah mata dengan kain kassa steril lalu segera kirim / konsul ke dokter mata.

Tindakan pertolongan pada paparan kulit

- a. Bawa pasien segera kekran air terdekat.
- b. Cuci segera bagian kulit yang terkena dengan air mengalir minimal 10 menit.
- c. Jika tidak tersedia air, bersihkan bagian kulit dengan kain atau kertas secara perlahan.
- d. Lepaskan pakaian, arloji, dan spstu yang terkontaminasi.
- e. Pada saat memberikan pertolongan, gunakan alat pelindung diri, seperti sarung tangan, masker, apron.
- f. Keringkan dengan handuk yang kering dan lembut.

Tindakan pertolongan pada pemaparan gastro intestinal

- a. Induksi muntah tidak dilakukan (kontaindikasi)
- b. Aspirasi dan bilas lambung tidak dianjurkan.
- c. Berikan karbon aktif dosis tunggal 1 gr/kg atau dewasa 30-100gr dan anak anak 15-30gr. Cara pemberian rata dengan perbandingan 5-10gr karbon aktif denga 100-200ml air. Dewasa : 10gr tiap 20 menit, anak anak 5gr tiap 20 menit.

4. Lisol

Lisol merupakan nama lain dari kelompok zat kimia fenol, asam karbolat, hidrosibenzena, asam fenilat, resul, karbol kreolin, likresol.

Lisol banyak digunakan sebagai desinfektan rumah tangga untuk membersihkan lantai, kamar mandi / WC, dan untuk menghilangkan bau busuk, dalam bidang kesehatan digunakan sebagai larutan disinfeksi dengan konsentrasi antara 1-2%

Bahaya utama pada kesehatan

Pada kulit dan mukosa : Gatal dan mati rasa dan pada keadaan berilang atau berat : kemerahan, gatal dan luka bakar, kronis pada kulit : eritema, vesikel, dan akhirnya dapat mengalami dematitis kontak.

Paparan pada mata : Iritasi konjungtiva, kornea berwarna putih, edema palpebra, iritis

Pemaparan sistemik : Nyeri kepala, mual, diare, lemah, pusing, dispnea, penglihatan kabur, nyeri abdomen, muntah dan rash,. Jika konsentrasi fenol >5% dapat menyebabkan luka bakar pada mulut dan esophagus.

Efek pada sistem kardiovaskuler : Hipotensi dan syok

Efek pada ginjal : Urine berwarna gelap karena hemoglobinuri

Efek pada pernafasan : Depresi pernafasan dan gagal nafas.

Tindakan pertolongan

- a. Bawa korban keruangan dengan sirkulasi udara yang baik.
- b. Berikan terapi suportif berupa penatalaksanaan jalan nafas, ventilasi dan oksigenasi, dengan oksigen lembab 100% dan penatalaksanaan sirkulasi.

Tindakan pertolongan pada paparan mata

- a. Tengadahkan kepala dan miringkan sisi mata yang terkena.
- b. Secara perlahan bukalah kelopak mata yang terkena dan lakukan irigasi dengan sejumlah air bersih atau NaCl 0,9% perlahan selama 15-20 menit.
- c. Jika masih belum yakin bersih, cuci kembali selama 10 menit.
- d. Jangan biarkan korban menggosok mata.

- e. Tutuplah mata dengan kain kassa steril lalu segera kirim / konsul ke dokter mata.

Tindakan pertolongan pada paparan kulit

- a. Bawa pasien segera ke keran air terdekat.
- b. Cuci segera bagian kulit yang terkena dengan air mengalir minimal 10 menit.
- c. Jika tidak tersedia air, bersihkan bagian kulit dengan kain atau kertas secara perlahan.
- d. Lepaskan pakaian, arloji, dan smpst yang terkontaminasi.
- e. Pada saat memberikan pertolongan, gunakan alat pelindung diri, seperti sarung tangan, masker, apron.
- f. Keringkan dengan handuk yang kering dan lembut.

Tindakan pertolongan pada pemeparan gastro intestinal

- a. Segera pasien beri air atau susu untuk diminum secepat mungkin untuk mengencerkan. Untuk orang dewasa maksimal 200 cc sekali minum, untuk anak-anak 100 cc.
- b. Kontra indikasi untuk induksi muntah dan pemberian karbon aktif.
- c. Dalam keadaan tertentu, pemasangan pipa lambung yang lembut dan fleksibel dapat dipertimbangkan setelah pengenceran dan pemeriksaan endoskopi.

5. Natrium Hipoklorit

Larutan pemutih pakaian yang biasa digunakan biasanya mengandung bahan aktif natrium hipoklorit (NaOCl) 5-10%. Selain digunakan sebagai pemutih juga digunakan sebagai pemutih juga digunakan sebagai desinfektan. Pada konsentrasi >20% zat ini bersifat korosif dan bila terlelan akan berbahaya jika kontak dengan asam lambung akan melepaskan asam klorat dan gas klor bebas dalam lambung yang apabila terhirup dapat menyebabkankerusakan paru paru.

Bahaya utama terhadap kesehatan

Inhalasi : Bila terhirup, tengorokan akan terasa sakit, iritasi saluran pernafasan, batuk, sesak nafas, dan

edema paru paru.

- Kontak kulit : Terjadi pada permukaan kulit, terasa peerih, iritasi lokal dan erupsi
- Kontak mata : Kemerahan mata, korosif, perih, penglihatan jadi kabur.
- Tertelan : Pada konsentrasi zat 3-5% mulut dan tenggorokan terasa terbakar, iritasi mulut faring, edema dan laring seta mual, muntah. Pada konsentrasi lebih pekat nyeri menelan, salivasi, rasa sakit parah pada tenggorokan, dada dan perut.

Tindakan pertolongan

- Bawa korban keruangan dengan sirkulasi udara yang baik.
- Berikan terapi suportif berupa penatalaksanaan jalan nafas, ventilasi dan oksigenasi, dengan oksigen lembab 100% dan penatalaksanaan sirkulasi.

Tindakan pertolongan pada mata

- Tengadahkan kepala dan miringkan sisi mata yang terkena.
- Secara perlahan bukalah kelopak mata yang terkena dan lakukan irigasi dengan sejumlah air bersih atau NaCl 0,9% perlahan selama 15-20 menit.
- Jika masih belum yakin bersih, cuci kembali selama 10 menit.
- Jangan biarkan korban menggosok mata.
- Tutuplah mata dengan kain kasa steril lalu segera kirim / konsul ke dokter mata.

Tindakan pertolongan pada pemaparan kulit

- Bawa pasien segera ke keran air terdekat.
- Cuci segera bagian kulit yang terkena dengan air mengalir minimal 10 menit.
- Jika tidak tersedia air, bersihkan bagian kulit dengan kain atau kertas secara perlahan.
- Lepaskan pakaian, arloji, dan smpst yang terkontaminasi.
- Pada saat memberikan pertolongan, gunakan alat pelindung diri, seperti sarung tangan, masker, apron.
- Keringkan dengan handuk yang kering dan lembut.

Tindakan pertolongan paparan gastro intestinal

- a. Segera pasien beri air atau susu untuk diminum secepat mungkin untuk pengenceran. Untuk orang dewasa maksimal 250 cc sekali minum, untuk anak-anak maksimal 100 cc.
- b. Kontra indikasi untuk induksi muntah dan pemberian karbon – aktif.
- c. Dalam keadaan tertentu, pemasangan pipa lambung yang lembut dan fleksibel dapat dipertimbangkan setelah pengenceran dan pemeriksaan endoskopi
- d. Pengenceran dengan demulsen seperti susu atau antasid.

BAB VII

MONITORING DAN EVALUASI

A. MONITORING KUALITAS (PENGAWASAN MUTU)

1. Prinsip : Pengawasan mutu proses sterilitas merupakan kegiatan monitoring mutu di setiap tahap proses sterilisasi.
2. Persyaratan pengawasan mutu :
 - a. Dilakukan secara visual
 - b. Menggunakan alat bantu (indicator)
 - c. Melihat hasil kerja alat (mekanik).
 - d. Dilakukan oleh petugas yang terlatih
3. Tujuan :
 - a. Memastikan semua proses sterilisasi berjalan sesuai standar.
 - b. Memberikan jaminan mutu terhadap barang steril yang dihasilkan
4. Uji Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)
 - a. Terbuat dari bahan 100% kapas
Ambil sepotong kasa.bakar bagian ujungnya. perhatikan warna dan bau asap serta abunya. Kasa yang terbaik berasap putih, berbau kertas terbakar dan abu yang halus, Kasa yang buruk berasap hitam. berbau plastik terbakar dan abu menggumpal karena mengandung bahan sintetis.
 - b. Tidak mengandung pemutih
Tempatkan kasa di ruang gelap paparkan lampu ultra violet.
Kasa yang baik tidak akan berpendar sama sekali.
Kasa yang buruk berpendar secara tersamar sampai sangat kuat.
 - c. Tidak mengandung zat asing/kanji
Ambil sepotong kasa teteskan cairan iodium.
Kasa yang baik warna iodium tidak berubah.
Kasa yang buruk warna iodium menjadi kebiruan karena bereaksi dengan kanji.
 - d. Bahan baku berserat panjang
Ambil kasa.perhatikan fisiknya, raba dan ditepuk-tepuk.
Kasa yang baik benangnya padat, rapi dan debu sangat minimal.
Kasa yang buruk benangnya rapuh, tidak beraturan dan debunya banyak.

e. Memiliki daya serap yang baik

Ambil kasa, lipat, teteskan darah atau betadin perhatikan daya serapnya.

Kasa yang baik daya serapnya cepat.

Kasa yang buruk daya serapnya kurang karena bercampur bahan sintetis.

5. Monitoring Pelaksanaan Proses Sterilisasi

a. Uji visual terhadap instrumen untuk mengetahui instrumen layak atau tidak layak diproses sesuai IK (Instruksi Kerja) Uji Visual. dilakukan pada :

- Locket penerimaan instrumen kotor
- Locket penerimaan instrumen bersih
- Selesai proses pembersihan (*cleaning*)
- Selesai proses sterilisasi
- Sebelum instrumen didistribusikan

b. Uji Mekanik terhadap alat yang digunakan untuk proses sterilisasi sebelum penggunaan alat agar diketahui kelayakan alat sesuai IK Uji Mekanik. Dilakukan pada:

- Mesin cuci (*Washer Machine*)
- Mesin *Ultrasonic*
- Mesin *cutting* dan *sealing pouches*
- Mesin sterilisasi panas kering
- Mesin sterilisasi uap panas
- Mesin sterilisasi plasma
- Mesin sterilisasi etilen oksida
- Mesin Sterilisasi Formaldehyde

c. Uji Bowie Dick sebelum proses sterilisasi untuk mengetahui kemampuan dayavakum dan tekanan mesin sesuai Instruksi Kerja (IK) Uji Bowie Dick. Dilakukan pada :

- Mesin sterilisasi uap panas dengan vakum

d. Uji Biologi terhadap mesin sterilisasi dilakukan setiap hari jika memungkinkan atau minimal satu minggu 2 kali dan dilakukan pada :

- Mesin sterilisasi uap panas
- Mesin sterilisasi plasma

- Mesin sterilisasi etilen oksida
 - Mesin Formaldehyde
 - e. Pemantauan proses sterilisasi dilakukan saat mesin sterilisasi berjalan. Pemantauandengan melihat *print out* proses yangdilakukan mesin Instruksi Kerja (IK) Pemantauan in proses mesin sterilisasi, dilakukan pada :
 - Mesin sterilisasi uap panas
 - Mesin sterilisasi plasma
 - Mesin sterilisasi etilen oksida
 - 6. Monitoring setelah pelaksanaan proses sterilisasi
- Uji mikrobiologi terhadap produk sterilisasi sesuai jenis kemasan untuk menentukan dan memastikan masa kadaluarsa produk sesuai Instruksi Kerja (IK). Uji Mikrobiologi dilakukan pada :
- Hasil sterilisasi dengan pengemas linen
 - Hasil sterilisasi dengan pengemas pouches
 - Hasil sterilisasi dengan pengemas kertas
 - Hasil sterilisasi dengan pengemas container rigid

B. EVALUASI

1. Sarana dan Prasarana
 - a. Semua instrumen diproses secara sentral. jika tidak memungkinkan maka kebijakan dan prosedur harus konsisten untuk semua satelit.
 - b. Luas CSSD scsuai dengan kehutuhan dan desain
 - c. Area *pre-cleaning* dan *cleaning* cukup untuk peralatan yang dibutuhkan dan memiliki tempat khusus untuk menggunakan dan melepaskan APD
 - d. Sink untuk dekontaminasi terdiri dari 3 sink untuk perendaman. pembersihan danpembilasan
 - e. Tersedia *emergency eye wash* yang bisa dicapai dalam 10 detik dan mengalirkan air selama minimal 15 menit
 - f. Pada alur kerja terdapat dinding pemisah antara ruang kotor dan bersih. Pass box untuk menghindari lorong dan tidak terbuka
 - g. Suhu dan kelembaban dimonitor di ruang dekontaminasi area bersih dan ruang penyimpanan steril dan dicatat setiap hari

- h. Tersedia *traffic control* kebijakan dan prosedur berkaitan dengan hal yang boleh atau tidak boleh dan seragam
 - i. Lantai dan dinding terbuat dari bahan yang mudah dibersihkan (cat epoxy), plafon mempunyai permukaan yang rata dan terbuat dari material yang tidak mudah rontok
 - j. Tekanan positif untuk area bersih dan tekanan negatif untuk area *pre-cleaning* dan *cleaning* serta pencahayaan yang cukup untuk semua area kerja
2. Sumber Daya Manusia
- a. Kebijakan tertulis :
 - Personal hygiene
 - Kepatuhan dalam berpakaian
 - Kepatuhan dalam penggunaan APD
 - b. Status kesehatan :
 - Mempunyai data kesehatan yang mencakup data fisik *X-ray* untuk TBC. Paling sedikit sekali setahun.
 - Status imunisasi untuk Hepatitis B, tetanus, typhoid fever
 - Laporan mengenai sakit yang dialami
 - c. Supervisor Sterilisasi :
 - Memiliki standar minimal kualifikasi
 - Meningkatkan kompetensi
 - Berpartisipasi dalam pendidikan berkelanjutan
 - d. Teknisi Sterilisasi :
 - Memiliki standar minimal kualifikasi
 - Bersertifikat atau sesuai standar local
 - Sertifikasi kompetensi khusus (mis: operator mesin Etilen Oksida)
 - e. Seluruh personel :
 - Memperoleh orientasi lengkap tentang Sterilisasi
 - Mendapatkan pelatihan tahunan sesuai standar minimal
 - Diuji kompetensinya setiap tahun
 - Pelatihan tahunan tentang mesin dan alat langsung dari produsen
3. Proses
- a. *Pre Cleaning*

- Instrumen bekas pakai dibersihkan langsung di tempat pemakaian
- Alat *disposable* yang terkontaminasi sudah dibuang termasuk jarum dan bendatajam
- Kotoran pada instrumen segera dibersihkan apabila tidak segera bisa diproses *cleaning*
- Instrumen kotor diusahakan tetap lembab misalnya dengan menggunakan handukbasah, dll
- Tersedia kontainer khusus yang aman untuk instrumen kotor
- Gunakan kontainer yang tidak mudah tembus dan tidak mudah bocor untuk instrumen kotor
- Instrumen kotor harus dibawa dalam kontainer tertutup saat transportasi
- Pengangkutan instrumen kotor harus menghindari area umum yang ramai
- Trolley pengangkut harus tertutup dan bisa mencegah instrumen berjatuh dan tumpah
- Tersedia kebijakan dan prosedur untuk pengangkutan instrumen terkontaminasi antar ruangan sampai ke tempat pembersihan atau area dekontaminasi / *cleaning*.

b. Cleaning

- Tersedia kebijakan dan prosedur tertulis untuk proses pembersihan dan dekontaminasi
- Kalau memungkinkan *pre-cleaning* menggunakan larutan enzimatis
- Instrumen dilepas (sesuai petunjuk pabrik) agar semua permukaan terkena proses pembersihan
- Bahan pencuci digunakan menurut aturan dari pabrik (misalnya pengenceran dan suhu larutan)
- Cara pembersihan manual dan mekanik yang digunakan sesuai dengan petunjuk dari pabrik dan telah dipahami bagian dekontaminasi
- Sikat pembersih yang digunakan dibuat khusus untuk peralatan medik, sebaiknya sekali pakai tetapi apabila dipakai berulang maka harus dibersihkan minimal satu kali sehari
- Hasil *print out* pada mesin pencucian harus dipantau (kalau ada)

- Pemamauan terhadap alat pembersih mekanik (*Washer disinfecter* / mesin cuci) harus dilakukan saat pemasangan dan berkala mingguan (dianjurkan tiap hari) dan dokumentasikan
- Cara pembilasan manual dan mekanik telah difahami dan dilaksanakan sesuai petunjuk dari pabrik
- Bahan kimia yang digunakan untuk desinfeksi dan sterilisasi sesuai dengan petunjuk dari pabrik
- Tersedia alat pelindung diri seperti sarung tangan, masker, pelindung mata pelindung kaki

c. Pengemasan

- Pastikan bahwa instrumen bersih dan kering sebelum dikemas
- Periksa instrumen dari kemungkinan kurang atau rusak. Periksa adanya karat, goresan, korosif, torehan, retak, kotor dipermukaan plate. Pemeriksaan menggunakan kaca pembesar
- Pastikan bahwa setiap instrumen :
 - Ujung pemotong tajam
 - Bagian - bagian tertentu bisa digerakan dengan bebas
 - Instrumen yang butuh perbaikan telah dipisahkan untuk diperbaiki atau diganti
 - Ikuti petunjuk yang diminta untuk lubrikasi instrumen setelah dibersihkan
- Preparasi dan pemasangan
 - Instrumen yang tajam harus terlindungi saat dipasang ulang. Pelindung yang digunakan harus bisa disterilkan.
 - Instrumen yang terbuka seperti gunting dan klem dalam keadaan tidak terkunci dan posisi terbuka
 - Instrumen dengan banyak bagian yang dilepaskan saat sterilisasi harus dipastikan bisa dipasangkan kembali secara *aseptic*
 - Instrumen berat ditempatkan pada tempat yang tidak menyebabkan kerusakan pada instrumen yang halus
- Perlakuan berlimen :
 - Harus dilepaskan secara hati - hati misalnya kateter, needle

- Pelembut untuk lumen harus dianjurkan sesuai petunjuk dari pabrik
 - Instrumen yang kompleks seperti endoskopi atau instrumen yang berlobang harus dipersiapkan sesuai dengan petunjuk dari pabrik
 - Bengkok/Baskom :
 - Dibedakan dalam diameter
 - Gunakan *nonlinting* material *adsorben* diantara bengkok
 - Pengemasan tidak melebihi 3.5 kg
 - Kontainer set instrumen tidak boleh lebih dari 12.5 kg
 - Penggunaan pengemas rigid harus disesuaikan dengan berat dan densitas dari set instrument
 - *Check List* Pengemasan
 - Bahan pengemas harus terpapar minimal dua jam pada suhu dan kelembabanyang disarankan sebelum digunakan
 - Bahan pengemas diperiksa secara berkala kalau kemungkinan rusak seperti bocor, kotor dll
 - Penutup pengemasan :
 - Pengemas kertas/pouches :
 - label ditempelkan pada sisi plastik
 - Pada kemasan terbungkus : penulisan dilakukan pada indicator tape atau pakai label khusus
 - Tray dengan dasar mesh atau berlobang atau pengemas rigid harus diperiksa pada saat akan digunakan untuk memastikan tidak ada bagian yang tajam atau mesh yang bolong
- d. Proses Sterilisasi
- Ikuti petunjuk dari produsen
 - Tersedia petunjuk tertulis dari pabrik untuk parameter setiap siklus
 - Petunjuk untuk mengukur parameter setiap siklus dilakukan sesuai petunjuk pabrik

- Tersedia petunjuk tertulis untuk menentukan parameter sterilisasi setiap siklus untuk setiap alat kedokteran termasuk set yang dipinjamkan dan item spesial atau instrumen kompleks
- Loading sterilisasi mengikuti instruksi tertulis dari produsen
 - Parameter yang sama untuk semua grup item yang sama
- Sterilisasi menggunakan tray :
 - Tersedia jarak antar kemasan
 - Tidak bertumpuk
 - Tidak menyentuh dinding chamber
 - Pada loading campuran. tempatkan item logam di bawah kemasan linen. Kertas dan pouches
 - Panci mangkok dan tray padat ditempatkan miring menghadap ke satu arah
 - Pouches ditempatkan pada tray khusus untuk penempatan miring
 - Penempatan pembungkus kain tegak lurus pada keranjang
 - Pada rigid kontainer terdapat beberapa hal yang perlu jadi perhatian. Ikuti instruksi produsen
- *Unloading* Proses Sterilisasi
 - Hasil sterilisasi : tidak mengandung air atau basah karena lembab dianggap sebagai kontaminasi
 - Hasil sterilisasi harus didinginkan minimal 10 menit dan tidak boleh disentuh
 - Tempatkan tray pada area khusus jauh dari AC atau van
 - Item *emergency* harus segera digunakan tanpa harus disimpan
- Monitor Fisik, Indikator Kimia dan Indikator Biologi
 - Parameter tiap *cycle* bisa didapat dari *print out* mesin seperi minimum
 - Temperatur, lama terpapar, tanda tangan dan tanggal
 - Uji Bowie Dick dilakukan setiap hari sebelum loading pertama
 - Bowie Dick dilakukan pada 135-140°C selama 3,5 sampai 4 menit. Dan hasil didokumentasikan

- Setiap kemasan menggunakan indikator kimia eksternal (tape atau label)
- Indikator kimia internal, kelas 4, kelas 5 atau kelas 6
- Indikator ditempatkan dalam setiap kemasan dilokasi tersulit pada kontainer rigid letakan indikator internal kelas 5 pada setiap diagonalnya
- Untuk tiap loading alat implant lakukan uji biologi dan indikator kelas 5
- Untuk non implan perlu ditambahkan monitoring dengan Uji biologi atau indikator kelas 5
- Kemampuan mesin sterilisasi diuji dengan uji Biologi rutin setiap hari jika memungkinkan (2 kali dalam seminggu).

e. Penyimpanan dan distribusi

- Penyimpanan produk steril

- Kebijakan dan SOP tertulis tersedia untuk penentuan masa kedaluarsa produk. Masa kedaluarsa dapat pada pengemasan
- Akses terbatas pada tempat penyimpanan produk steril
- Kardus dan karton tidak boleh digunakan di area penyimpanan
- Suhu ruang penyimpanan kurang dari 180 C – 220C dan kelembaban relatif kurang dari 35 – 75%
- Produk sterildisimpan pada jarak 19 – 24 cm diatas lantai, 43 cm dibawah plafon dan 5 cm dari dinding
- Instrumen medik termasuk rigid container tidak disimpan pada tempat yang mudah basah
- Perlengkapan disimpan dengan baik diatas rak bukan dilantai
- Sistem penyimpanan container tidak bertumpuk

- Distribusi

- Peralatan ditangani dengan hati-hati
- Pengemasan harus diperiksa secara visual untuk memastikan label tercantum baik
- Trolley untuk distribusi harus mempunyai jarak antara bagian bawah trolley dengan lantai

- Penutup harus dicuci setiap habis digunakan
- Trolley harus di dekontaminasikan dan dikeringkan sebelum digunakan kembali untuk alat steril

f. Dokumentasi

- Dokumentasi Peralatan dan Dokumentasi Siklus
 - Dokumentasi untuk setiap mesin cuci harus dilakukan :
Pengawasan dan pemeriksaan proses pembersihan
 - Dokumentasi untuk tiap mesin sterilisasi termasuk hasil untuk setiap load.
misalnya monitoring hasil
- Untuk hasil *print out* setiap siklus :
 - Periksa dan pastikan bahwa awal siklus tercatat. Siklus yang dipilih cocok untuk isi load, suhu yang diinginkan serta waktu sterilisasi tercapai, tidak ada error pada proses sterilisasi
- Catat untuk setiap siklus berupa :
 - Nomor lot, isi loading, lama terpapar dan suhu berapa.
nama atau inisial petugas sterilisasi
 - Hasil uji biologi
 - Hasil uji Bowie Dick
 - Laporkan kalau ada kesalahan dalam hasil uji
- Produk Recall
 - Kebijakan dan prosedur singkat dan jelas
 - Pencatatan dilakukan
 - Penandaan load control termasuk nomor mesin. tanggal. siklus. dan kadaluarsa
- Kegagalan proses sterilisasi :
 - Jika kegagalan tidak bisa langsung diketahui. proses ulang seluruh load dan tarik kembali produk untuk disterilkan kembali menggunakan mesin dengan uji biologi negatif

BAB VIII

PENUTUP

Mengingat bahwa barang medis steril merupakan hasil akhir dari suatu proses sterilisasi yang dilaksanakan dengan sistem secara utuh maka perlu menjadi perhatian bagi semua komponen yang ada di rumah sakit dalam hal :

1. Prinsip bangun pusat sterilisasi harus berpedoman kepada perpindahan barang satu arah.
2. Pemilihan dari bahan baku atau bahan pengemas (barang medis habis pakai) yang akan disterilkan harus jaminan mutu. Tepat dan dapat memertahankan nilai sterilitas yang telah dicapai.
3. Penyediaan dan produksi kasa dan kapas steril harus tersentralisasi dengan pertimbangan efisiensi baik tenaga, ruangan maupun sumber daya lainnya
4. Proses sterilisasi barang *single-use* dan barang *re-use* harus dilakukan sesuai dengan standar operasional prosedur
5. Pemilihan Metode sterilisasi harus disesuaikan dengan spesifikasi barang yang akan disterilkan apakah suhu tinggi atau suhu rendah
6. Kontrol kualitas harus dilakukan sebelum proses dalam proses dan sesudah proses di setiap tahap kegiatan
7. Penyimpanan barang harus di area Steril disusun pada rak khusus
8. Distribusi barang medis steril dan penempatannya di unit pemakai
9. Penggunaan barang medis steril di unit pemakai harus dalam kondisi kontaminasi yang minimal.

Produk atau hasil akhir dari aktivitas fungsional Pusat Sterilisasi adalah barang medis steril jadi pengertian steril adalah mutlak. Tidak ada setengah steril atau agak steril yang ada steril atau tidak steril.

Pedoman ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam melaksanakan sterilisasi baik di Pusat Sterilisasi maupun di unit-unit dalam lingkungan Rumah Sakit.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SOEDIRMAN KEBUMEN



ARIF KOMEDI

Kebijakan Unit Pusat Pelayanan Sterilisasi

1. Pusat Pelayanan Sterilisasi adalah sistim kegiatan yang dilakukan terpusat, dalam satu atap manajemen agar kualitas yang dicapai dapat terstandarisasi, tidak ada duplikasi pelayanan sterilisasi sehingga terjadi efisiensi cost bagi rumah sakit.
2. Unit Pusat Pelayanan Sterilisasi bertugas sebagai pengelola sterilisasi di rumah sakit, serta melaksanakan kegiatan sterilisasi secara sentral untuk menunjang kelancaran pelayanan.
3. Pelayanan Sterilisasi Rumah Sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistim pelayanan kesehatan rumah sakit yang memproses semua bahan, peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan untuk pelayanan medik di rumah sakit melalui dari perencanaan, pengadaan, pencucian, pemberian tanda, proses sterilisasi, penyimpanan dan penyaluran.
4. Unit Pusat Pelayanan Sterilisasi merupakan bagian dari pencegahan dan pengendalian infeksi dan berperan dalam menurunkan angka infeksi nosokomial dan mewujudkan keselamatan pasien.
5. Steril adalah kondisi bebas dari semua mikro organisme termasuk spora.
6. Barang steril sekali pakai (*single use*) adalah barang / alat kesehatan yang disediakan dan diproduksi untuk sekali pakai atau digunakan sekali pakai dalam satu kemasan. Barang steril yang dapat diulang (*re-use*) adalah barang / alat kesehatan sesudah digunakan dapat diulang pakai setelah melalui proses pencucian, dekontaminasi, pengemasan/labeling dan disterilkan dengan mesin sterilisator yang sesuai (suhu tinggi atau suhu rendah).
7. Pelayanan yang dilakukan pusat sterilisasi:
 - a. Dekontaminasi adalah proses pembersihan peralatan dan barang / alat kesehatan kotor yang mungkin terkontaminasi oleh mikroba secara fisika atau kimia dengan menggunakan desinfektan atau detergen mulai dari pengelompokan, merendam, mencuci, membilas sampai pengeringan.
 - b. Desinfektan adalah bahan kimia yang dipergunakan untuk mencegah terjadinya infeksi atau pencemaran dan mempunyai karakteristik dapat mensterilkan.

- c. Pengemasan adalah kegiatan pembungkusan barang / alat kesehatan yang akan disterilkan dengan bahan pengemas sesuai jenis dan ukuran.
 - d. Labeling adalah kegiatan pemberian label / etiket yang dilakukan terhadap masing masing bungkus / kemasan dari barang / alat kesehatan yang akan melalui peses sterilisasi.
 - e. Strerilisasi adalah suatu proses penanganan alat / bahan yang ridak steril menjadi steril dengan menghancurkan semua bentuk kehidupan mikroba termasuk indosporamelalui metode sterilisasi.
 - f. Penyimpanan adalah kegiatan melakukan pengamanan alat / bahan yang telah dilakukan sterilisasi.
8. Ketenagaan pusat sterilisasi
- a. Status pengecekan kesehatan ketenagaan pusat sterilisasi dilakukan secara berkala dalam setahun mengenai imunisasi, sakit yang diderita selama di pusat sterilisasi.
 - b. Kualifikasi tenaga yang bekerja dibedakan sesuai dengan kapasitas tugas dan tanggung jawabnya, yang dibagi atas tenaga manajer dan teknis pelayanan sterilisasi.
 - c. Kopetensi tenaga yang bertugas dipusat sterilisasi harus mampu untuk memberikan pelatihan teknis tentang pelayanan pusat sterilisasi.
9. Dalam melaksanakan tugasnya, setiap petugas pusat sterilisasi wajib mematuhi ketentuan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) termasuk penggunaan APD (Alat Pelindung Diri).
10. Setiap petugas pusat sterilisasi harus bekerja sesuai standar prosedur operasional yang berlaku.
11. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib melaksanakan rapat rutin bulanan minimal satubulan sekali.
12. Untuk pengawasan mutu pelayanan pusat sterilisasi, dilakukan upaya kualitas dan jamin mutu pelayanan dengan dilaksanakannya program jaminan mutu pelayanan oleh tim penjamin mutu pelayanan pusat sterilisasi.

JADWAL MONITORING ALAT STERILISATOR
TAHUN 2025

1. MONITORING ALAT STERILISATOR MENGGUNAKAN KIMIA INDIKATOR
TAPE

NO	NAMA STERILISATOR	SETIAP SET		SETIAP HARI	SETIAP MINGGU	SEBULAN	KET
1	STERILISATOR MMM	☒					
2	STERILISATOR STERIS 1	☒					
3	STERILISATOR STERIS 2	☒					
4	STERILISATOR EURONDA	☒					
5	STERILISATOR PLASMA	☒					

2. MONITORING ALAT STERILISATOR MENGGUNAKAN KIMIA INDIKATOR
STEEM KLAS 4

NO	NAMA STERILISATOR	SETIAP SET	SETIAP HARI	SETIAP MINGGU	SEBULAN	KET
1	STERILISATOR MMM		☒			
2	STERILISATOR STERIS 1		☒			
3	STERILISATOR STERIS 2		☒			
4	STERILISATOR EURONDA		☒			
5	STERILISATOR PLASMA		☒			

3. MONITORING ALAT STERILISATOR MENGGUNAKAN INDIKATOR KIMIA
BOWIE N DICK

NO	NAMA STERILISATOR	SETIAP SET	SETIAP HARI	SETIAP MINGGU	SEBULAN	KET
----	----------------------	---------------	----------------	------------------	---------	-----

1	STERILISATOR MMM		☒			
2	STERILISATOR STERIS 1		☒			
3	STERILISATOR STERIS 2		☒			
4	STERILISATOR EURONDA		☒			
5	STERILISATOR PLASMA					

4. JADWAL MONITORING ALAT STERILISATOR MENGGUNAKAN INDIKATOR BIOLOGI

NO	NAMA STERILISATOR	SETIAP SET	SETIAP HARI	SETIAP MINGGU	SEBULAN	KET
1	STERILISATOR MMM			☒		
2	STERILISATOR STERIS 1			☒		
3	STERILISATOR STERIS 2			☒		
4	STERILISATOR EURONDA			☒		
5	STERILISATOR PLASMA			☒		

KA UNIT CSSD

.....
NIP.

JADWAL MONITORING PEMERIKSAAN KUMAN DAN ALAT DI RUANG CSSD
TAHUN 2025

NO	RUANGAN	JADWAL PEMERIKSAAN	KETERANGAN
1	Ruang Dekontaminasi	Setiap 6 (Enam) Bulan Sekali	
2	Ruang Packing	Setiap 6 (Enam) Bulan Sekali	
3	Ruang Sterilisasi	Setiap 6 (Enam) Bulan Sekali	
4	Ruang Penyimpanan	Setiap 6 (Enam) Bulan Sekali	
5	Alat Dari Penyeterilan	Setiap 6 (Enam) Bulan Sekali	

KA UNIT CSSD

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR UMUM PELAYANAN STERILISASI SENTRAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.276/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedu, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pelaksanaan pekerjaan pelayanan sterilisasi alat yang akan dilaksanakan dengan mengacu pada standar operasional prosedur yang telah dibakukan		
TUJUAN	1. Menyediakan petunjuk operasional yang dapat diikuti oleh seluruh staf CSSD 2. Memberikan penekanan pada keselamatan pasien dan pelaksana 3. Meningkatkan ketertiban, disiplin, semangat kerja dalam upaya memperbaiki, mendidik petugas untuk taat dan patuh dalam melaksanakan tugas.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	PETUNJUK UMUM 1. Jam Kerja mulai dari 07.00 - 21.00 WIB Hari libur : 07.00 - 14.00 WIB dan tidak ada dinas sore Terdiri dari 2(dua) shief : a. Pagi : 07.00 - 14.00 b. Sore : 14.00 – 21.00 2. Pengoperasian peralatan mesin steril dibawah pengawasan Pengelola Urusan Pelayanan CSSD 3. Selesai jadwal dines pagi diadakan jadwal dines “lembur” dalam keadaan darurat, hal ini untuk menyelesaikan pensterilan yang tidak mungkin ditunda-tunda dan diselesaikan oleh petugas shief sore. 4. Absensi dilakukan 2(dua) kali, waktu dat 2/2 1 waktu pulang baik itu menggunakan finger prin atau manual yang ada di CSSD. 5. Menggunakan pakaian kerja lengkap dengan pakaian dinas dan topi khusus bagi yang harus mengganti.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR UMUM PELAYANAN STERILISASI SENTRAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.276/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
	6. Baju dan sepatu pribadi disimpan dalam locker atau lemari pakaian pribadi yang telah disediakan. 7. Petugas yang sakit segera berobat ke poli karyawan dan dipekenankan istirahat atas keterangan dokter. 8. Sebelum dan sesudah menjalankan tugas kedua tangan dicuci dengan cairan antiseptic (hibiscrab). Catatan: Lembur : pelaksanaan menjalankan tugas diluar jadwal yang ditentukan adalah untuk mrnyelesaikan pekerjaan sisa pagi yang tidak mungkin diselesaikan oleh petugas shief sore, sebagai akibat adanya gangguan: listrik, air, peralatan / mesin steril dan gangguan lain yang memerlukan tindakan penanganan dengan segera. Petugas: 1. Dilaksanakan oleh petugas pelaksana CSSD 2. Jumlah tenaga CSSD minimal 15 orang KEWAJIBAN PETUGAS: 1. Memakai pakaian kerja lengkap dengan tanda pengenalnya. 2. Mentaati juklak dan juklis yang telah ditentukan 3. Menjaga kebersihan dan memelihara peralatan steril ruangan serta perlengkapan lainnya. 4. Melaporkan hasil kerja sesuai jadwal dinas yang telah dilakukan kepada penanggung jawab CSSD. 5. Melaporkan setiap ada kerusakan peralatan ke IPRS dengan menggunakan formuli yang disediakan. PERLENGKAPAN: 1. Pakaian Kerja (baju khusus cssd) 2. Sarung Tangan 3. Masker dan goggle 4. Sandal 5. Topi penutup Kepala		
UNIT TERKAIT	1. Direktur Umum dan Operasional 2. Bagian Umum 3. Bagian Nosokomial 4. Unit / Bangsal Perawatan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PELAYANAN STERILISASI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.277/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedu, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pelayanan sterilisasi adalah pelayanan yang dilakukan oleh unit strilisasi terhadap instrument, linen, dan alat termolabil yang dipersyaratkan harus steril.		
TUJUAN	Melakukan proses sterilisasi dan mencegah terjadinya infeksi silang baik bagi pasien maupun petugas rumah sakit.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas ruangan menyerahkan instrument, linen, alat, dan termolabil yang akan disterilkan ke unit sterilisasi dengan membawa buku ekspedisi. 2. Petugas sterilisasi melakukan prosedur sterilisasi sesuai dengan barangnya / bahannya. 3. Setelah proses sterilisasi selesai, keluarkan barang dan simpan diruang penyimpanan.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan, Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENERIMAAN BARANG DARI RUANGAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.278/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Pelayanan sterilisasi adalah pelayanan yang dilakukan oleh unit strilisasi terhadap instrument, linen, dan alat termolabil yang dipersyaratkan harus steril.		
TUJUAN	Melakukan proses sterilisasi dan mencegah terjadinya infeksi silang baik bagi pasien maupun petugas rumah sakit.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas penerima barang cuci tangan sebelum kerja 2. Petugas penerimaan barang menggunakan peralatan kerja memakai masker, sarung tangan dan topi 3. Catat jumlah dan jenis intrumen kotor kedalam buku induk 4. Siapkan pulpen, bon penerimaan dan buku induk untuk mencatat alat yang diterima 5. Petugas penerima barang dan petugas penyerahan barang bersama-sama menghitung, mengecek barang atau alat yang diserahkan dan menandatangani buku / bon penerimaan, apabila barang atau alat tersebut sudah cocok 6. Petugas penerimaan barang menyerahkan barang atau alat kepetugas pencucian kemudian cuci tangan 7. Setelah selesai menerima barang atau alat, meja penerimaan dilap dengan alcohol 70%, kemudian cuci tangan.		
UNIT TERKAIT	Nosokomial, unit rawat inap, unit rawat jalan, OK dan VK		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENCUCIAN ALAT / SET DARI RUANGAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.279/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Untuk membersihkan instrumen setelah dipakai		
TUJUAN	1. Untuk menghilangkan kotoran yang terlihat dan yang tak terlihat. 2. Untuk menghilangkan mikroorganisme berbahaya.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas pencucian cuci tangan sebelum bekerja 2. Petugas pencucian menggunakan peralatan kerja (topi masker, apron, kacamata, sarung tangan dan sepatu boot) 3. Petugas pencucian menyiapkan air bersih / air hangat yang telah dicampur dengan cairan enzimatik dan desinfektan. 4. Rendam instrumen dalam cairan enzimatik dan desinfektan sesuai petunjuk bahan yang digunakan 5. Selesai direndam dalam cairan enzimatik dan desinfektan, bersihkan instrumen dengan cara disikat satu persatu menggunakan sikat khusus instrumen. 6. Instrumen tersebut dibilas dengan air mengalir 7. Menyerahkan ke petugas pengeringan		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan / Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGERINGAN ALAT DARI RUANGAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.280/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Mengeringkan set-set yang habis dicuci sesuai dengan jenis setnya.		
TUJUAN	1. Memudahkan pengelapan dengan minyak parafin. 2. Untuk mengetahui terhadap alat yang layak pakai atau tidak.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas pegeringan alat menempatkan instrumen pada basket / keranjang instrumen untuk tiap-tiap set. 2. Petugas pengeringan memasukkan alat ke dalam mesin pengering bila akan dikeringkan dengan mesin. 3. Instrumen dilap dengan kain kering bila pengeringan dilaku kan secara manual 4. Set-set yang sudah diseting diserahkan ke petugas Sterilization Record Form untuk labeling.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGEMASAN ALAT (STERILIZATION RECORD FORM)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.281/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Untuk pengemasan dan kodifikasi instrumen atau linen sebelum sterilisasi.		
TUJUAN	1. Menjaga kehilangan serta menjamin sterilisasi alat / instrument 2. Membungkus dan merapihkan alat yang akan disterilkan 3. Menuliskan waktu dan tanggal penyeterilan 4. Mengetahui batas kedaluarsa alat yang disterilkan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas pengemasan memasukkan indikator dalam kedalam set dengan menulis : tanggal , bulan, tahun pelaksanaan sterilisasi. 2. Petugas pengemasan membungkus alat / barang dengan duk lapis dua atau dengan wrepingang/ ketas khusus pembungkus instrumen atau dengan pouches. 3. Petugas pengemasan menempelkan autoclave tape dan label pada set yang sudah dibungkus, dan ditulis : tanggal, bulan, tahun, nomor bundel, serta tanggal - kedaluarsa barang / set. 4. Serahkan alat atau instrumen tersebut kepada operator		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal perawatan, Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR SORTING LINEN BERSIH		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.282/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Pelipatan dan pengesetan linen untuk memudahkan pengecekan linen .		
TUJUAN	1. Untuk memudahkan pengecekan linen bila ada yang rusak atau tidak layak pakai. 2. Untuk meminimalkan resiko kehilangan linen.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas sorting linen bersih menyeleksi linen yang layak pakai atau tidak. 2. Petugas sorting linen bersih menyisahkan linen yang rusak untuk dikirim ke bagian perbaikan linen. 3. Petugas sorting linen bersih menyusun linen yang sudah dilipat dan ditempatkan di lemari linen. 4. Petugas sorting linen bersih mencatat nama-nama linen yang diterima untuk mengetahui jumlah linen yang masuk. 5. Petugas sorting linen bersih menyiapkan / mengeset untuk persiapan set linen Kamar Operasi.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan, Nosokomial		

 Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGGUNAAN AUTOCLAVE STERILISASI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.283/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Yaitu tata cara penggunaan autoclave di ruang sterilisasi		
TUJUAN	Untuk mempersiapkan alat / bahan yang akan disterilkan agar terbebas dari kuman dan menghasilkan instrument yang memenuhi standar baku mutu.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Siapkan alat / bahan yang akan disterilkan: a. Bedakan jenis dan jumlah alat / bahan yang akan disterilkan. b. Berilah label steril / label indicator. 2. Posisi handle listrik pada posisi off dan posisi saklar autoclave dalam keadaan off untuk menjaga keamanan . 3. Tutup semua kran pembuangan. 4. Masukkan alat / bahan kedalam keranjang stenlis, atur dengan rapi sesuai kapasitas autoclave. Tutup autoclave secara baik dan rapat. 5. Atur sterilisasi dalam suhu 121 °C selama 20 menit dengan tekanan 1,2 barr 6. Posisikan handle listrik pada posisi ON dan mengONkan saklar autoclave. 7. Tunggu proses sterillisasi berjalan dari pengisian air otomatis, pemanasan, sterilisasi dan pengeringan sampai tanda sirine steril berbunyi. 8. OFFkan saklar autoclave dan OFFkan handle listrik. 9. Tunggu jangan dibuka autoclave bertekanan 0 barr.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal perawatan, Nosokomial, IP3M.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENSTERILAN DENGAN AUTOCLAVE STEAM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.284/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Usaha untuk membuat barang menjadi steril dengan menggunakan autoclave steam		
TUJUAN	Untuk mematikan mikroba termasuk endospora melalui penyesterilan dengan Autoclave steam.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Autoclave steem 2. Keranjang stainless 3. Trolly dorong 4. Kaos tangan. Cara kerja 1. Petugas CSSD , membuka kran air, kran steam, kran kompresor dan menaikkan handel mesin. 2. Tekan tombol ON, untuk menghidupkan mesin. 3. Tekan tombol program P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, sesuai dengan jenis barang / alat yang akan disterilkan. 4. Susun dan masukan barang yang akan disterilkan kedalam chamber dengan memakai keranjang staines. 5. Tutup pintu Autoclave dengan menekan tombol Door 6. Tekan tombol start apabila suhu mesin sudah tercapai dan mesin bekerja secara otomatis sampai selesai 7. Letakan barang / alat yang steril pada rak yang telah ditentukan sesuai ruangan yang ada.		
UNIT TERKAIT	Unit/Bangsas perawatan, Nosokomial, IP3M.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENCUCIAN ALAT / SET DARI RUANGAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.285/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Yaitu pelaksanaan sterilisasi dengan peralatan uap kering / oven (peralatan logam yang tajam, peralatan dari kaca).		
TUJUAN	Untuk menyediakan alat / bahan yang siap steril menggunakan alat sterilisasi kering dengan mengikuti prosedur yang sesuai dan benar.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Mesin uap kering / oven 2. Keranjang stenlis 3. Troli dorong 4. Kaos Tangan Cara Kerja 1. Bersihkan terlebih dahulu mesin dari kotoran debu yang menempel pada body mesin. 2. Siapkan alat yang akan di seterilkan. 3. Masukkan alat dan bahan kedalam oven. 4. Menentukan suhu dan waktu yang diperlukan untuk pensterilan atau untuk pengeringan. Untuk pensterilan dengan suhu 160 0 C diperlukan waktu 60 menit. 5. Menekan tombol Start dan mesin akan berjalan secara otomatis sampai mesin selesai. 6. Tunggu proses steril berlangsung. 7. Perugas mematikan tombol untuk proses pendinginan setelah alat dinyatakan sudah steril.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan, Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR TETAP STERILISASI REBUS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.286/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Sterilisasi rebus adalah usaha membuat alat / barang menjadi steril yang menggunakan mesin sterilisasi dengan melalui perebusan air mendidih (100 °C) selama 15 – 30 menit		
TUJUAN	Untuk menjadikan alat / barang menjadi steril menggunakan sterilisasi rebus		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Peralatan 1. Mesin Sterilisasi Rebus 2. Keranjang Stenlis 3. Korentang 4. Troli Dorong 5. Kaos Tangan Cara kerja 1. Bersihkan alat sterilisasi rebus dan anti air bersih sebanyak petunjuk alat. 2. Alat alat yang akan disterilkan dibuatkan / dicatat dalam buku ekspedisi sterilisasi, yang berisi jenis barang dan jumlah barang yang disterilkan. 3. Masukkan alat kedalam sterilisasi rebus dan pastikan terendam semua dalam air mendidih 100 °C selama 15 – 30 menit. 4. Tiriskan barang ditempat yang steril. 5. Awasi, mengecek barang barang yang disterilkan dan menyimpannya		
UNIT TERKAIT	Unit/Bangsral perawatan, Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENSTERILAN DENGAN AUTOCLAVE PLASMA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.287/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Suatu kegiatan sterilisasi menggunakan sterilisasi plasma		
TUJUAN	Menghasilkan barang steril dengan kualitas yang baik / optimal menggunakan sterilisasi plasma		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Peralatan 1. Alat (sterilisasi plasma) 2. Arus listrik 3. APD (Kacamata, topi, masker dan Sarung tangan karet tebal) 4. Rak bermuatan bungkusan yang akan disteril 5. Kain lap. Cara kerja 1. Pasang stop kontak mesin, lalu mesin hidupkan 2. Tunggu sampai suhu mesin mencapai 49 °C 3. Masukkan bungkusan yang akan disteril 4. Pilih mode yang sesuai untuk applikasi dan tekan sekali maka proses sterilisasi akan berlangsung secara otomatis, tunggu hingga proses selesai dengan kurun waktu sebagaimana yang tampil pada display dan ditandai message COMPLETE 5. Tekan open untuk membuka pintu dan barang-barang yang telah steril boleh dikeluarkan, lalu tutup pintunya 6. Matikan power listrik hingga lampu indikator mati.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan, Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGONTROLAN AUTOCLAVE DENGAN INDIKATOR BIOLOGIS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.288/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Suatu pengontrolan fungsi Autoclave dipastikan berfungsi baik dengan menggunakan indikator biologi		
TUJUAN	Untuk mengetahui bahwa Autoclave masih memiliki daya sterilisasi untuk membunuh bakteri dalam indikator boilogi		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Peralatan 1. Autoclave steem 2. Keranjang stenliss 3. Biological indicator 4. Tabung incubator Cara kerja 1. Petugas CSSD , membuka kran (air, steam, angin), dan menaikkan handel listrik untuk memanaskan mesin Autoclave. 2. Petugas memasukkan 1 ampul indikator biologi / Attest kedalam chamber mesin. 3. Petugas CSSD menutup pintu mesin dengan menekantombol Door, dan memilih program P 3 / P 1. 4. Setelah suhu tercapai petugas mengoperasikan mesin, dengan menekan start, dan mesin akan berjalan secara otomatis. 5. Setelah mesin selesai petugas mengeluarkan indikator biologi / Attest dan petugas CSSD memecahkan Attest tersebut serta memasukkannya ked 2/2 tabung incubator. 6. Petugas CSSD mencatat tanggal, bulan, 2/2 lan jam terhadap indikator biologi / Attest yang akan dimasukkan tabung incubator. 7. Petugas CSSD melakukan pemeriksaan indikator biologi /		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGONTROLAN AUTOCLAVE DENGAN INDIKATOR BIOLOGIS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.288/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
	attest tersebut setelah 24 jam, dan bila tidak ada perubahan warna mesin dalam keadaan baik, sebaliknya bila berubah warna menjadi kuning , maka mesin ada kerusakan dan harus segera dilakukan perbaikan. 8. Setelah dinyatakan baik petugas menginformasikan kepada petugas lainnya bahwa mesin dapat dioperasikan kembali. 9. Petugas CSSD melaporkan bagian IP3M apabila terjadi kerusakan atau tidak kestabilan dalam jalannya mesin.		
UNIT TERKAIT	Unit Sterilisasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENYIMPANAN ALAT STERIL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.289/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Tempat khusus yang dipergunakan untuk menyimpan alat-alat atau barang-barang yang sudah steril.		
TUJUAN	Untuk menjaga kondisi sterilisasi alat-alat atau barang-barang yang sudah steril.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Troli barang 2. Rak rak penyimpanan barang 3. Keranjang stenlisss Cara kerja 1. Petugas CSSD , mengeluarkan alat dari dalam mesin dan menyusunnya dirak-rak yang telah disediakan. 2. Petugas CSSD memisahkan barang/alat dari karet, linen, dan instrumen. 3. Petugas CSSD menempatkan barang/alat sesuai dengan nama ruangan. 4. Petugas CSSD memeriksa rutin tentang kadaluarsa barang atau alat yang disimpan. 5. Bila ada alat/barang yang sudah lewat tanggal kadaluarsa untuk diulang steril kembali		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan, Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR DISTRIBUSI ALAT STERIL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.290/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Pendistribusian alat-alat steril dari CSSD ke Unit Pelayanan		
TUJUAN	Untuk memenuhi kebutuhan Unit / Bangsal perawatan yang memerlukan alat bantu yang steril.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Peralatan 1. Trolly Tertutup 2. Kain Penutup Barang Cara Kerja 1. Petugas CSSD , menerima bon dari petugas Unit / Bangsal perawatan. 2. Petugas CSSD mengambil barang di gudang steril sesuai dengan jumlah barang yang tercatat pada bon pengiriman barang. 3. Petugas CSSD menulis nama alat yang akan dikeluarkan (jumlah set, nomor bundel, tanggal, bulan dan tahun) pada saat pengambilan. 4. Petugas CSSD menandai alat yang belum diambil pada kertas bon. 5. Penerima barang / alat menandatangani buku pengeluaran barang / alat yang telah diambil.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan, Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR MONITORING MUTU STERILISASI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.291/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Suatu kegiatan yang berhubungan dengan tatacara mekanisme monitoring mutu sterilisasi.		
TUJUAN	Untuk menjamin bahwa semua mesin Sterilisasi yang dipergunakan untuk proses sterilisasi dapat berjalan dengan baik dan benar sehingga dapat dipertanggungjawabkan hasil sterilisasinya.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	I. Secara Makro : 1. Test diluar RSDS Kebumen jika terjadi perbaikan mesin secara total di laboratorium yang ditunjuk RSDS Kebumen. 2. Test dilakukan di Dinas Kesehatan yaitu dilakukan minimal 1(satu) tahun sekali setiap mesin, atau jika terjadi kejadian luar biasa (KLB). II. Secara Mikro 1. Test yang dilakukan secara rutin setiap hari di CSSD, antara lain : a. Bowie dick test dilakukan setiap hari satu kali setiap mesin. b. Attest dilakukan 2 kali seminggu setiap mesin c. TST dilakukan sekali sehari setiap mesin Autoclave tape dilakukan setiap bundel atau barang/alat sebagai bahan laporan evaluasi pelaksanaan sterilisasi		
UNIT TERKAIT	1. IPRS 2. Laboratorium Dinas Kesehatan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENCATATAN DAN PELAPORAN STERILISASI SENTRAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.292/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Pelayanan yang dilakukan oleh Sterilisasi Sentral dari penghitungan, pencatatan dan pelaporan.		
TUJUAN	1. Meningkatkan mutu pelayanan Sterilisasi Sentral. 2. Menjaga keutuhan barang.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	A. Prosedur penghitungan, pencatatan, dan pelaporan . 1. Setiap pelayanan Sterilisasi alat petugas penerimaan alat diwajibkan mengisi buku/formulir yang tersedia, terdiri dari : - Tanggal dan jam permintaan / pengiriman. - Jenis / nama alat - Nama ruangan/unit/satuan kerja - Nama jelas dan tanda tangan dari unit yang bersangkutan - Nama jelas dan tanda tangan petugas CSSD. 2. Penghitungan alat kotor dan pengisian formulir dilakukan bersama-sama oleh petugas CSSD dan petugas dari unit yang bersangkutan, agar tidak terjadi kekeliruan. 3. Alat kotor dari ruang perawatan dimasukkan kedalam was kom yang telah diisi air dan cairan desinfektan, kemudian alat tersebut dicuci dan dikeringkan sebelum diset. 4. Alat yang sudah diset / packing / dikelompokkan sesuai ruang an yang mengirim, kemudian dicatat dalam buku Sterilization Record Fo: 2/2 ; terdiri dari : - Ruangan yang mengirim		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENCATATAN DAN PELAPORAN STERILISASI SENTRAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.292/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2 2/2
	- Isi bundle - Nama petugas - Tanggal pensterilan - Tanggal kedaluarsa 5. Distribusi alat steril ke ruang perawatan dan satuan kerja lainnya, dilaksanakan oleh petugas CSSD setelah unit yang bersangkutan menunjukkan bukti pengiriman barang yang disterilkan 6. Pengeluaran ini dicatat pada buku masing-masing unit yang kemudian akan direkap setiap akhir bulan. 7. Bila terjadi kekeliruan dalam jumlah atau jenis tidak sesuai dengan buku / formulir permintaan sterilisasi alat diselesaikan oleh petugas distribusi, penerimaan alat SRF, dan petugas dari unit yang bersangkutan. B. Pelaporan. 1. Petugas distribusi alat steril merekap semua kegiatan pada setiap akhir bulan dengan cara mengelompokkan jenis alat / barang, ruangan dan jumlahnya. 2. Dari data catatan bulanan dimasukkan ke computer 3. Laporan bulanan terdiri dari : - Data pensterilan - Data pemakaian bahan - Data pemakaian spare part - Data pemakaian linen - data pemakaian ART / ATK Data laporan dibuat rangkap 4 dan didistribusikan ke Bagian Akuntansi, Perencanaan dan Pelaporan, PPI, dan Arsip.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan, Nosokomial, Akuntansi, Perencanaan dan pelaporan, Dan PPI		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELAYANAN STERILISASI ULANG DENGAN SUHU RENDAH		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.293/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah melakukan terhadap alat-alat yang dapat dilakukan sterilisasi ulang dengan suhu rendah menunjang kegiatan pelayanan rumah sakit.		
TUJUAN	1. Menghasilkan alat yang siap pakai aman , nyaman bagi pasien dan pegawai. 2. Untuk menghilangkan mikroorganisme berbahaya. 3. Untuk membantu efektifitas dari proses sterilisasi dan desinfeksi.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas CSSD dan petugas ruangan memeriksa, meneliti dan menghitung bersama-sama terhadap alat yang dikirimkan dari ruangan, dan jika ada alat yang disposable untuk dikembalikan atau ditolak. 2. Petugas CSSD mencatat pada buku penerimaan mengenai : tanggal pengiriman, ruangan yang mengirim alat, jam pengiriman, jenis alat dan jumlah alat yang dikirim, kemudian petugas dari bangsal atau pengirim barang/alat menandatangani. 3. Petugas CSSD memberikan bon pengiriman barang kepada petugas bangsal sebagai bukti barang tersebut sudah diterima oleh petugas CSSD yang kemudian bon tersebut sebagai alat untuk pengambilan barang / alat yang telah disterilkan.		
UNIT TERKAIT	1. Nosokomial 2. Unit Rawat Inap dan Unit Rawat Jalan.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGOPERASIKAN MESIN PRESS POUCHES		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.294/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Tata cara teknik pengoperasian mesin pres pouches		
TUJUAN	Memudahkan penggunaan mesin pres pouches		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Peralatan 1. Mesin Press Pouches 2. Keranjang 3. Meja Produksi 4. Buku Srf Bollpoint Cara Kerja 1. Bersihkan terlebih dahulu mesin dari kotoran debu yang me nempel pada body mesin. 2. Menyiapkan set / alat yang akan di pres 3. Menekan tombol ON / OFF, untuk memanaskan mesin atau untuk mematikan mesin. 4. Membuat kantong dari wipak dengan mengepres salah satu sisi wipak. 5. Menyusun set kedalam kantong wipak 6. Mengepres seluruh bagian wipak. 7. Menyerahkan hasil pres ke bagian SRF.		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan, Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PERENDAMAN ALAT / SET DARI RUANGAN (PRE CLEANING)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.295/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Untuk perendaman menggunakan cairan precleaning alat sebelum dilakukan pencucian		
TUJUAN	Melunturkan darah, lemak dan protein yang menempel pada alat instrumen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Siapkan bok kontainer rendaman yang tertutup 2. Buka tutup bok kontainer dan Isi menggunakan air bersih/ RO yang telah dicampur dengan enzimatik (sesuai petunjuk pabrikan) 3. Pastikan air dan cairan enzimatik tercampur merata 4. Rendam alat / instrumen dalam bok kontainer, semua alat harus benar benar terendam 5. Rendam alat minimal 10 menit dalam bok kontainer tertutup. 6. Buka tutup kontainer dan buang air rendaman, tutup bok kontainer kembali. 7. Kirimkan ke CSSD dalam keadaan lembab		
UNIT TERKAIT	Unit / Bangsal Perawatan / Nosokomial		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI PADA INSTRUMENT / ALAT YANG DISIMPAN DI GUDANG STERIL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.296/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Pemeriksaan yang dilakukan terhadap instrumen dan bahan yang telah disterilisasi dan yang disimpan diruang penyimpanan		
TUJUAN	Sebagai kontrol ada tidaknya populasi kuman atau mikroorganisme pada alat selama dalam penyimpanan		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Permintaan pemeriksaan mikrobiologi diajukan satu minggu sebelum oleh Ka Unit CSSD kepada Instalasi Sanitasi untuk pelaksanaannya 2. Koordinator linen dan instrument menyiapkan set yang akan dilakukan pemeriksaan yaitu pada set yang disimpan lebih dari 3 hari 3. Hari pemeriksaan disimpan sebagai arsip dan laporan kepada KaBid. Penunjang dan tembusan dikirim kepada Ketua Komite Nosokomial Rumah Sakit 4. Bila hasil pemeriksaan ditemukan adanya mikroorganisme, maka : - a Semua instrument / alat yang masih ada di gudang steril pada saat itu juga disterilkan kembali - b Rak penyimpanan dibersihkan dengan desinfektan - c Ruangan dibersihkan dan dilakukan fumigasi sesuai prosedur - d Gudang steril dapat dipakai kembali setelah dilakukan fumigasi		
UNIT TERKAIT	Ka. Unit CSSD, Ka. HS		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR STERILISASI BARANG SINGLE USE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.297/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Suatu alat atau bagian dari suatu benda termasuk segala macam komponen, suku cadang, asesoris, yang ditujukan untuk sekali pakai dalam diagnosis atau terapi medis pada manusia yang dikelompokkan kedalam peralatan kritis yang harus disediakan dalam keadaan steril atau harus disediakan setelah proses dengan deinfeksi tingkat tinggi		
TUJUAN	1. Menurunkan biaya RS dalam penyediaan alat kesehatan 2. Memelihara efektifitas dan mutu alat kesehatan steril 3. Meningkatkan masa alat kesehatan 4. Mengurang resiko infeksi 5. Menjamin keamanan dan stabilitas alat kesehatan		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Unit Kerja : 1. Penanggung jawab alat mengisi 'kartu persetujuan proses sterilisasi barang single use' 2. Dokter terakhir jyang menggunakan alat menandatangani persetujuan re-use 3. Perawat penanggung jawab alat • Mengelompokkan alat berdasar kan proses re-use • Menyerahkan alat yang akan di re-use ke bagian pre-cleaning bersamaan dengan kartu persetujuan proses sterilisasi 4. Petugas pre-cleaning • Menerima alat dari perawat • Melakukan proses pre-cleaningndan memasang kode warna re-use pada alat • Memasukan alat kedalam container trolley barang kotor atau bersih		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR STERILISASI BARANG SINGLE USE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.297/SPO/2025	No. Revisi 1	2/3 aman 1/3
	• Mengisi formulir permintaan sterilisasi rangkap 3 • Mengirim barang kotor atau bersih ke unit sterilisasi / CSSD dengan membawa kartu persetujuan proses sterilisasi barang single use dan formulir permintaan sterilisasi Unit pusat sterilisasi / CSSD : 1. Petugas penerima alat • Meminta kartu persetujuan proses sterilisasi barang single use dan formular permintaan sterilisasi yang sudah diisi • Kode warna dan jumlah re-use dari setiap ietem barang single use dan formular permintaan sterilisasi pada kolom keterangan • Jika penandaan tidak pasang oleh ruangan maka petugas sterilisasi sentral menghubungi runagan untuk memastikan jumlah re-use atau menggunakan form penyerahan alat • Formulir permintaan sterilisasi yang sudah diisi dibagi menjadi : a. Lembar ke 1 (asli) untuk distribusi barang steril b. Lembar ke 2 untuk unit kerja c. Lembar ke 3 untuk proses sterilisasi • Menyerahkan formulir lembar ke 2 pada petugas unit kerja 2. Petugas Cleaning Melakukan proses berdasarkan kelompok barang di re use 3. Petugas pengemasan dan penandaan Mengemas barang yang sudah bersih dari proses cleaning dengan bahan pengemas yang sesuai • Memberi dan menempelkan kertas labeling yang bertuliskan : - Warna gelap dari barang, single use atau menuliskan angka pada iselotip yang di tempelkan pada alat yang di reuse - Tanggal proses sterilisasi - Tanggal expire date 4. Petugas sterilisasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR STERILISASI BARANG SINGLE USE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.297/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/3
	Melakukan proses steril dengan metode sterilisasi suhu rendah formaldehyte, etelone oksida dan atau sterilisasi Suhu tinggi (Steam), Mengirim barang steril keruangan penyimpanan barang steril 5. Petugas penyimpanan dan distribusi barang steril - Melakukan uji visual - Membubuhkan paraf pada kartu atau buku persetujuan proses sterilisasi barang single use sebagai tanda persetujuan bahwa alat memenuhi syarat - Melakukan penyimpanan pada rak-rak Di unit kerja 1. Petugas unit kerja a. Menggambil alat yang telah selesai proses sterilisasi di loket pendistribusian - b.Melakukan pemeriksaan Bersama dengan petugas pendistribusian barang steril c. Menandatangani formulir permintaan sterilisasi d. Mencatat semua data tambahan pada formulir e. Membawa alat sterilke unit kerja 2. Penanggung jawab barang steril a. Menyimpan alat steril pada ruang oenyimpanan barang steril		
UNIT TERKAIT	Unit kerja , Unit Kerja Pengguna		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMASANGAN KODE WARNA/ TANDA ALAT SINGLE USE DIPROSES RE USE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.298/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Pemasangan kode warna / tanda pada alat single use yang akan diproses re use		
TUJUAN	Petunjuk cara pemasangan kode warna / tanda pada alat single use yang akan diproses re use		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	- Persiapan - Penandaan dengan kode warna/ tanda dilakukan oleh petugas pre cleaning di unit kerja atau CSSD - Bahan kode warna / tanda terbuat dari karet berwarna atau isolatip sesuai jumlah re-use - Alat single use yang di proses re use - Penatalaksanaan - Petugas pre cleaning unit kerja memeriksa “kartu persetujuan proses sterilisasi barang single use” yang telah ditanda tangani oleh dokter pengguna terakhir atau penanggung jawab alat dari unit kerja - Memilih bahan yang kecil menggunakan karet warna sedangkan alat yang besar menggunakan isolatif atau bahan lain yang sesuai dengan kode warna/ tanda - Melepaskan dan membuang kode warna / tanda sebelumnya (kalua ada) - Memasangkan bahan kode warna/ tanda pada alat disposisi yang tidak akan masuk kedalam bagian tubuh atau pembuluh darah atau bagian yang terjatuh dari pengguna - Memastikan pemasangan bahan kode warna / tanda terpasang dengan baik dan aman untuk proses selanjutnya		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMASANGAN KODE WARNA/ TANDA ALAT SINGLE USE DIPROSES RE USE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.298/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
	3. Catatan Perhatikan kebutuhab alat dan bagian terpisah dari alat mendapatkan kode warna yang sama		
UNIT TERKAIT	Instalasi pusat sterilisasi, unit kerja		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROTAP PENGOPERASIAN MESIN WASHER DESINFEKTOR		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.299/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Menggunakan mesin Washer Desinfektor yang digunakan untuk menghilangkan kotoran / membersihkan alat kesehatan dari kotoran / noda yang melekat pada alat kesehatan.		
TUJUAN	1. Untuk mencegah penyebaran infeksi dan aman untuk penggunaan selanjutnya. 2. Untuk mencegah / menghindari faktor-faktor yang berpengaruh terhadap mutu sterilisasi sehingga diperoleh hasil akhir yang optimal.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Persiapan : 1. Mesin Washer 2. Sarung tangan 3. Air kran / air yang mengalir 4. Masker 5. Keranjang tempat instrumen Pelaksanaan : 1. Pasang stop kontak. 2. Buka pintu masuk mesin washer 3. Taruh dan tata instrumen yang akan dibersihkan 4. Kontrol dispenser cairan detergen dan rinse aid 5. Tutup pintu mesin lalu hidupkan mesin sesuai program yang dipilih sampai proses komplit 6. Buka tutup pintu bagian belakang dan keluarkan instrumen yang sudah bersih dan kering 7. Matikan mesin dengan mematikan power listrik		
UNIT TERKAIT	Petugas CSSD		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELAYANAN STERILISASI RE USE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.300/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah melakukan terhadap alat-alat yang dapat dilakukan sterilisasi ulang dengan suhu rendah menunjang kegiatan pelayanan rumah sakit.		
TUJUAN	1. Menghasilkan alat yang siap pakai aman , nyaman bagi pasien dan pegawai. 2. Untuk menghilangkan mikroorganisme berbahaya. 3. Untuk membantu efektifitas dari proses sterilisasi dan desinfeksi.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Semua alkes / alked yang dapat disterilisasi ulang dan yang tidak dapat disterilisasi ulang adalah alat-alat yang telah direkomendasikan oleh RSDS Kebumen antara lain : Alat kesehatan / alat kedokteran yang boleh disterilisasi ulang (<i>re use</i>) 1. Pencil Cauter 2. Dialyzer Hemodialisa 3. Slang <i>Suction Silicon</i> Cara Kerja 1. Petugas Unit / Bangsal perawatan mencuci alat-alat medis yang terkena darah atau cairan tubuh lainnya, dengan air mengalir, kemu dian dikirimkan dalam plastik kedap air ke CSSD. 2. Petugas CSSD dan petugas ruangan memeriksa, meneliti dan menghitung bersama-sama terhadap alat yang dikirimkan dari ruangan, dan jika ada alat yang disposable untuk dikembalikan atau ditolak.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELAYANAN STERILISASI <i>RE USE</i>		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.300/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 2/2 2
	3. Petugas CSSD mencatat pada buku penerimaan mengenai : tanggal pengiriman, ruangan yang mengirim alat, jam pengiriman, jenis alat dan jumlah alat yang dikirim, kemudian petugas dari bangsal atau pengirim barang/alat menandatangani. 4. Petugas CSSD memberikan bon pengiriman barang kepada petugas bangsal sebagai bukti barang tersebut sudah diterima oleh petugas CSSD yang kemudian bon tersebut sebagai alat untuk pengambilan barang / alat yang telah disterilkan.		
UNIT TERKAIT	Unit Rawat Inap dan Unit Rawat Jalan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMINJAMAN DAN PENGEMBALIAN ALAT / INSTRUMEN IBS DI UNIT CSSD		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.301/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Peraturan waktu pengambilan dan pengambilan alat atau instrumen oleh Unit CSSD		
TUJUAN	1. Menciptakan kondisi kerja di Unit CSSD teratur 2. Pembagian peran dan tanggung jawab lebih jelas		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Waktu peminjaman alat dan linen steril untuk ruangan Intalasi Bedah Sentral 1. Petugas IBS menuliskan formulir permintaan alat pada pagi sebelum jam 08.00 wib, dan sore sebelum jam 19.00 wib kepada petugas CSSD 2. Petugas CSSD mengirimkan alat dan linen steril ke IBS sebelum jam 20.00 wib. untuk operasi cito dan operasi reguler pagi hari, untuk penyerahan alat siang sebelum jam 11.00 wib. Petugas CSSD menuliskan semua barang diserahkan di buku register yang ditandatangani petugas CSSD dan IBS. 3. Jika terjadi kekurangan alat tertentu yang sifatnya mendadak maka IBS menghubungi petugas CSSD dan menuliskan pada Buku Register Peminjaman alat. Waktu pengembalian alat kotor dari ruangan Intalasi Bedah Sentral ke CSSD. 1. Pengembalian alat / instrumen kotor dari IBS diterima setiap jam : 08.00, 09.00, 10.00, 11.00, 12.00, 13.00, 14.30 dan 16.30 wib. 2. Alat dari IBS yang telah dicek pada pre operasi dan post operasi, diserahkan secara langsung ke petugas CSSD agar terjadi komunikasi yang jelas tentang alat yang rusak atau. 3. Petugas CSSD dan petugas IBS Menandatangani Buku		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMINJAMAN DAN PENGEMBALIAN ALAT / INSTRUMEN IBS DI UNIT CSSD		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.301/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/2
	Register Pengembalian		
UNIT TERKAIT	Istalasi Bedah Sentral		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMINJAMAN DAN PENGEMBALIAN ALAT / INSTRUMEN NON IBS DI UNIT CSSD		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.302/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 2/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Peraturan waktu pengambilan dan pengambilan alat atau instrumen oleh Unit CSSD		
TUJUAN	1. Menciptakan kondisi kerja di Unit CSSD teratur 2. Pembagian peran dan tanggung jawab lebih jelas		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	Waktu Peminjaman Alat / Instrument Steril Non IBS 1. Waktu peminjaman Pagi : 07.30 – 09.00, Siang : 14.00 – 15.30 Sore : 19.00 – 20.00 2. Pertugas peminjam wajib mengisi formulir peminjaman dan menandatangani. 3. Petugas CSSD menyerahkan permintaan alat / instrument sesuai formulir peminjaman. Pertugas CSSD dan petugas peminjam bersama sama menghitung jumlah , meneliti dan memastikan peminjaman sesuai dengan daftar list yang tertera serta memastikan keutuhan kemasan 4. Petugas CSSD menuliskan daftar peminjaman dalam buku register peminjaman 5. Petugas CSSD dan petugas peminjam menandatangani Buku Register peminjaman. Waktu Pengembalian Alat Kotor Dari Ruangan Non IBS 1. Waktu pengembalian Pagi : 07.30 – 09.00 wib, Siang : 11.00 – 12.30 wib, Sore : 16.00 – 17.00 wib 2. Petugas peminjam menyerahkan formulir pengembalian alat, menandatangani dan diserahkan pada petugas CSSD		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMINJAMAN DAN PENGEMBALIAN ALAT / INSTRUMEN NON IBS DI UNIT CSSD		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.302/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 2/2
	3. Petugas CSSD menerima, alat / instrumen dan cek kelengkapan alat sesuai ceklist formulir permintaan 4. Petugas CSDD menuliskan dalam buku register pengembalian 5. Petugas CSSD dan petugas peminjam menandatangani Buku Register pengembalian		
UNIT TERKAIT	IRNA, IRJA		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGUNAAN WASHER DISINFEKTOR GETINGE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.303/SPO/2025	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2025	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedj, MM Pembina Tingkat I NIP. 19660614 200003 1 002	
PENGERTIAN	Tata cara penggunaan mesin washer disinfektor GETINGE		
TUJUAN	Untuk mengetahui dan melaksanakan penggunaan mesin washer disinfektor GETINGE agar sesuai standar		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, Nomor : Tahun 2025 Tentang Pedoman Pelayanan Pusat Sterilisasi pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Nyalakan mesin 2. Buka kran air dan pastikan tekanan air minimal 2,1 bar dengan melihat indikator tekanan air. 3. Pastikan tersedia larutan detergent dan larutan pembilas dalam jumlah cukup 4. Buka pintu chamber 5. Cek kondisi chamber pastikan bersih dan dalam kondisi baik 6. Tempatkan peralatan ke dalam basket atau keranjang 7. Masukkan peralatan dengan loading cart ke dalam chamber 8. Tutup pintu chamber 9. Pilih program yang akan dijalankan 10. Tekan tombol start Proses pencucian berlangsung sampai dengan selesai dan siap untuk tahapan berikutnya		
UNIT TERKAIT	1. Unit CSSD 2. Unit Kerja Terkait		