

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PEMERIKSAAN TDS PADA AIR RO (Reverse Osmosys)		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /13361/2019	No. Revisi : 00	Halaman : 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 19 Agustus 2019	 Ditetapkan : Direktur Utama, dr. Mursyid Bustami, SpS (K), KIC, MARS NIP.196209131988031002	
PENGERTIAN	Adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui kadar benda padat yang terlarut dalam air RO (mineral, garam, logam, dan zat kapur)		
TUJUAN	1. Agar kesadahan air sesuai dengan standar 2. Memantau hasil baku mutu air RO		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No : HK.02.03/XXXIX.I/2308/2018, tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi Sentral di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.		
PROSEDUR	1. Petugas mencuci tangan dan gunakan APD. 2. Pemeriksaan dilakukan setiap pagi hari. 3. Persiapan alat : a. Alat pemeriksaan TDS . b. Air RO. c. Gelas. 4. Siapkan air RO dalam gelas. 5. Nyalakan alat TDS dengan menekan tombol ON/OFF. 6. Masukkan alat TDS kedalam gelas. 7. Baca hasil pemeriksaan (normal : 0 – 5 ppm). 8. Matikan alat TDS dengan menekan tombol ON/OFF. 9. Apabila hasil melebihi batas normal, segera koordinasikan kebagian IPSRS. 10. Dokumentasikan hasil pemeriksaan di formulir monitoring TDS air RO.		
UNIT TERKAIT	1. Sterilisasi Sentral 2. IPSRS		
DOKUMEN TERKAIT	Monitoring TDS air RO		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PROSES PENGELOLAAN INSTRUMEN <i>SINGLE USE</i> YANG DI <i>RE USE</i>		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /16676/2019	No. Revisi : 02	Halaman : 1/4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 18 Oktober 2019	Ditetapkan : Direktur Utama,  Dr. Mursyid Bustami, SpS (K), KIC, MARS NIP.196209131988031002	
PENGERTIAN	Instrument single use adalah suatu alat/ instrument yang sebagian atau keseluruhan komponen diperuntukkan untuk sekali pakai, akan tetapi dalam pengadaan alat susah didapat dan harga mahal, maka instrument tersebut di proses ulang sesuai dengan standar.		
TUJUAN	1. Memberikan jaminan bahwa instrument tersebut aman dipakai untuk pasien. 2. Menurunkan biaya RS dalam penyediaan alat kesehatan 3. Memelihara efektifitas dan mutu alat kesehatan steril 4. Mengurangi resiko infeksi 5. Meningkatkan masa pakai alat kesehatan		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No : HK.02.03/XXXIX.I/16583/2019. Tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi Sentral di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.		
PROSEDUR	1. Petugas mencuci tangan dan gunakan APD. 2. Pre cleaning a. Kateter - Oleh petugas unit dilakukan perendaman awal menggunakan cairan yang di campur heparin dengan komposisi sesuai ketentuan di unit. - Seluruh bagian SUD dilap menggunakan kain yang dibasahi dengan campuran heparin yang telah disiapkan,kemudian semprotkan heparin menggunakan spuit ke dalam SUD hingga bagian dalam SUD terkena cairan heparin seluruhnya. - Pastikan tidak ada darah yang tertinggal di SUD. b. Non Kateter - Bilas dengan air mengalir. 3. Pastikan karet penanda jumlah <i>re use</i> pada SUD masih menempel dan hanya boleh di lepas oleh petugas sterilisasi sentral . 4. Tempatkan instrument dalam box tertutup sesuai warna jumlah <i>re use</i> nya. 5. Kirim instrument ke sterilisasi sentral dengan box tertutup, di dalam trolley kotor, dan di kirim lewat akses lift kotor. 6. Lakukan serah terima dan uji visual di area serah terima instrument kotor. 7. Proses Dekontaminasi. a. Kateter - Rendam SUD menggunakan cairan enzimatik sesuai IFU,semprotkan cairan enzimatik ke dalam SUD menggunakan spuit.		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PROSES PENGELOLAAN INSTRUMEN <i>SINGLE USE</i> YANG DI <i>RE USE</i>																				
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /16676/2019	No. Revisi : 02	Halaman : 2/4																		
PROSEDUR	- Setelah perendaman bersihkan bagian dalam SUD menggunakan <i>water gun</i>. - Sebelum masuk ke mesin <i>ultrasonic</i> cek secara visual kemungkinan kerusakan SUD pada proses sebelumnya. - Cuci SUD yang telah di uji visual dengan mesin <i>ultrasonic</i> sesuai IFU. - Bilas menggunakan air mengalir. - Bersihkan bagian dalam SUD dengan <i>water gun</i>. - Kemudian bilas SUD menggunakan air RO (<i>Reverse Osmosys</i>) b. Non Kateter - Rendam SUD menggunakan cairan enzimatik sesuai IFU,semprotkan cairan enzimatik ke dalam SUD menggunakan spuit - Pencucian secara manual atau mesin washer/ ultrasonic sesuai instruksi pabrikan. - Bilas menggunakan air mengalir - Kemudian bilas menggunakan air RO (<i>Reverse Osmosys</i>) 8. Sebelum masuk ke mesin <i>drying cabinet</i> cek secara visual kemungkinan kerusakan SUD pada proses sebelumnya. 9. Keringkan bagian luar SUD menggunakan lap mikro fiber. 10. Semprot bagian dalam SUD menggunakan <i>air gun</i> 11. Keringkan dalam <i>drying cabinet</i> selama 5 - 15 menit dengan suhu 75°C 12. Setelah kering uji kembali secara visual bila ada kemungkinan SUD rusak pada proses sebelumnya. 13. Bila sud di nyatakan masih layak lepas gelang penanda pada SUD. 14. Ganti gelang penanda <i>re use</i> selanjutnya <table><tr><th>NO</th><th>KODE WARNA</th><th>PROSES</th></tr><tr><td>1</td><td>MERAH</td><td>Re Use 1 kali (R-1)</td></tr><tr><td>2</td><td>HIJAU</td><td>Re Use 2 kali (R-2)</td></tr><tr><td>3</td><td>BIRU</td><td>Re Use 3 kali (R-3)</td></tr><tr><td>4</td><td>PINK</td><td>Re Use 4 kali (R-4)</td></tr><tr><td>5</td><td>HITAM</td><td>Re Use 5 kali (R-5)</td></tr></table> 15. Tempelkan stiker warna <i>re use</i> pada kemasan SUD sesuai warna gelang. 16. Kemas SUD dan masukkan indikator internal kedalam kemasan. 17. Lubangi bagian atas luar kemasan (untuk memudahkan penyimpanan di ruangan/ digantung). 18. Tempelkan label tanggal <i>expired date</i>. 19. Tulis kode ruangan dan nomor formulir di kemasan instrumen pada posisi bukaan atas kemasan bagian belakang. 20. Lakukan dokumentasi			NO	KODE WARNA	PROSES	1	MERAH	Re Use 1 kali (R-1)	2	HIJAU	Re Use 2 kali (R-2)	3	BIRU	Re Use 3 kali (R-3)	4	PINK	Re Use 4 kali (R-4)	5	HITAM	Re Use 5 kali (R-5)
	NO	KODE WARNA	PROSES																		
1	MERAH	Re Use 1 kali (R-1)																			
2	HIJAU	Re Use 2 kali (R-2)																			
3	BIRU	Re Use 3 kali (R-3)																			
4	PINK	Re Use 4 kali (R-4)																			
5	HITAM	Re Use 5 kali (R-5)																			

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PROSES PENGELOLAAN INSTRUMEN <i>SINGLE USE</i> YANG DI <i>RE USE</i>		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /16676/2019	No. Revisi : 02	Halaman : 3/4
	21. Lakukan proses sterilisasi dengan menyertakan BI sebagai jaminan proses steril. 22. Setelah proses steril selesai lakukan kondensasi. 23. Lakukan dokumentasi. 24. Lakukan uji visual. 25. Simpan instrument <i>re use</i> di area penyimpanan beserta formulir 26. Lakukan dokumentasi 27. Hal yang harus diperhatikan a. Lakukan release SUD apabila hasil BI negative. b. Dokumentasikan di status pasien tentang penggunaan SUD c. Tempelkan stiker warna penanda jumlah <i>re use</i> di status pasien.		
ALUR PROSES <i>SINGLE USE</i> YANG DI <i>RE USE</i>			
Aktivitas	Dokumen/ Catatan Mutu	Keterangan	
Mulai Dokter terakhir pengguna alat Merekomendasikan kepada perawat alat dapat di <i>re use</i> sesuai dengan persyaratan Perawat Pengelompokan alat berdasarkan proses <i>re use</i>, melakukan <i>pre cleaning</i>, memastikan karet penanda warna tetap terpasang dan mengantar barang kotor ke Sterilisasi Sentral Petugas Sterilisasi Sentral Menerima alat kotor dan melakukan proses <i>cleaning</i>, pengemasan, penandaan <i>re use</i> dan sterilisasi Petugas Unit Kerja Mengambil alat steril di Sterilisasi Sentral dan menyimpan di Unit Kerja untuk digunakan kembali Selesai	• Formulir permintaan sterilisasi • Formulir monitoring proses pencucian manual • Formulir monitoring mutu penggunaan mesin ultrasonic • Formulir monitoring Biologi Indikator • Formulir uji visual • Formulir Kesalahan distribusi	• Keputusan barang <i>single use</i> boleh di <i>re use</i> dilakukan oleh dokter yang terakhir menggunakan alat. • Petugas Sterilisai Sentral berwenang untuk merekomendasikan kepada Unit Kerja kalau alat tidak layak pakai atau penandaan tidak terpasang	

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PROSES PENGELOLAAN INSTRUMEN <i>SINGLE USE</i> YANG DI <i>RE USE</i>		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /16676/2019	No. Revisi : 02	Halaman : 4/4
UNIT TERKAIT	1. Sterilisasi Sentral. 1. Bagian/ Bidang/ Instalasi/ Ruang Perawatan/ unit kerja lainnya		
DOKUMEN TERKAIT	Formulir permintaan sterilisasi instrumen barang <i>re use</i> . 1. Formulir permintaan sterilisasi instrumen barang <i>re use</i> . 2. Formulir monitoring mutu penggunaan mesin <i>washer</i> dan manual 3. Formulir monitoring mutu penggunaan mesin <i>ultrasonic</i> 4. Formulir monitoring BI 5. Formulir uji visual 6. Kesalahan distribusi		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	UJI BI (<i>BIOLOGICAL INDICATOR</i>)		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /13362/2019	No. Revisi : 01	Halaman : 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 19 Agustus 2019	 Ditetapkan : Direktur Utama, dr. Mursyid Bustami, SpS (K), KIC, MARS NIP.196209131988031002	
PENGERTIAN	Uji BI (<i>Biological Indicator</i>), adalah proses inkubasi biakan spora (kuman) yang ada dalam ampul BI, yang di sterilkan bersamaan dengan instrumen atau BI yang tidak di sterilkan pada mesin incubator BI.		
TUJUAN	1. Untuk mengetahui kualitas hasil sterilitas instrument. 2. Untuk memastikan spora dalam ampul BI yang tidak disterilkan masih hidup. 3. Sebagai jaminan alat dinyatakan steril dan aman digunakan ke pasien dengan parameter hasil uji negative pada BI yang di sterilkan bersama instrument.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No : HK.02.03/XXXIX.I/2308/2018, tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi Sentral di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.		
PROSEDUR	1. Petugas mencuci tangan dan gunakan APD. 2. a. Pemeriksaan BI Steam • Siapkan BI (<i>Biological Indicator</i>), kemudian masukkan kedalam handuk berlapis dengan ketebalan 15,24 cm (6 inch), panjang 22,86 cm (9 inch), dan lebar 22,86 cm (9 inch) • Uji BI dilakukan pada siklus ke-2, dan setiap proses sterilisasi implant. • Uji BI untuk kontrol (tidak disterilkan), dilakukan seminggu sekali. b. Pemeriksaan BI Plasma • Siapkan BI dalam kemasan Pouches • Uji BI dilakukan pada siklus pertama • Uji BI untuk kontrol (tidak di sterilkan), dilakukan seminggu sekali. 3. Sterilkan BI beserta instrument. 4. Setelah proses sterilasi selesai, perhatikan perubahan warna pada label Indikator Biology. 5. Tempelkan label indikator BI pada formulir “Monitor Indikator Biology” 6. Pecahkan Ampul BI sampai spora dan makanannya bercampur, kemudian letakkan didalam lubang inkubasi yang terdapat di incubator. 7. Lakukan inkubasi selama 24 menit. 8. Baca hasil inkubasi BI : a. Hasil positive : menandakan spora masih hidup. b. Hasil negative : menandakan spora sudah mati.		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	UJI BI (<i>BIOLOGYCAL INDICATOR</i>)		
	Nomor Dokumen :	No. Revisi : 01	Halaman : 2/2
	9. Dokumentasikan hasil pemeriksaan 10. Apabila hasil BI positive (BI Yang disterilkan bersama alat), lakukan koordinasi hasil tersebut dan steril ulang alat. 11. Alat boleh didistribusikan ke ruangan apabila hasil BI negative. Lepaskan APD dan cuci tangan.		
UNIT TERKAIT	1. Sterilisasi Sentral 2. Unit terkait		
Dokumen Terkait	Monitor Indikator Biology		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	BATAS KADALUARSA PEMAKAIAN ALAT STERIL		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /13363/2019	No. Revisi : 01	Halaman : 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 16 Agustus 2019	 Ditetapkan : Direktur Utama, dr. Mursyid Bustami, SpS (K), KIC, MARS NIP.196209131988031002	
PENGERTIAN	Masa habis berlakunya suatu alat /barang steril sesuai dengan batas waktu yang ditentukan		
TUJUAN	1. Mencegah penggunaan alat /barang yang kadaluarsa digunakan ke pasien. 2. Menjaga kualitas mutu sterilisasi dan pencegahan terhadap infeksi.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No : HK.02.03/XXXIX.I/2308/2018, tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi Sentral di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.		
PROSEDUR	1. Masa kadaluarsa alat /barang yang di steril dengan suhu tinggi (Steam) • Alat dikemas menggunakan wrapping paper dan non woven : 1 bulan • Alat dikemas menggunakan Pouches : 4 bulan • Alat dikemas menggunakan container filter single use : 1 bulan • Alat dikemas menggunakan container filter permanent : 4 bulan • BMHP Kasa yang dikemas dengan pouches : 3 bulan 2. Masa kadaluarsa alat /barang yang di steril dengan suhu rendah (Plasma) • Alat dikemas menggunakan non woven : 1 bulan • Alat dikemas menggunakan pouches (Tyvek) : 2 bulan • Alat dikemas menggunakan container filter single use non woven : 1bulan 3. Hal – hal yang perlu diperhatikan : • Apabila kemasan terbuka /robek/ basah, harus di steril ulang dengan mengganti kemasan • Diruangan pengguna harus menjalankan system FIFO (First In First Out) dan FEFO (First Expired First Out)		
UNIT TERKAIT	1. Sterilisasi Sentral 2. Unit terkait		
Dokumen Terkait	Formulir pemantaun alat /instrument yang kadaluarsa		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PELIPATAN DAN PENGEMASAN LINEN		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /16676/2019	No. Revisi : 00	Halaman : 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 18 Oktober 2019	Ditetapkan : Direktur Utama,  Dr. Mursyid Bustami, SpS (K), KIC, MARS NIP.196209131988031002	
PENGERTIAN	Tata cara pelipatan dan pemengemasan linen untuk kebutuhan ruang operasi.		
TUJUAN	Memudahkan penggunaan linen di ruang operasi, ruangan intensive, dan rawat inap.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No : HK.02.03/XXXIX.I/16583/2019, tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi Sentral di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.		
PROSEDUR	1. Petugas mencuci tangan dan gunakan APD. 2. Linen diantar ke sterilisasi sentral sudah dalam kondisi bersih. 3. Linen dari rawat inap dan ruang intensive dikemas sesuai formulir permintaan steril. 4. Linen dari kamar operasi di set dan dikelompokkan berdasarkan jumlah linen yang diantar 5. Jenis set/ Pack untuk kamar operasi sebagai berikut : a. Jas Operasi Prosedur : - Lipat jas dengan membalikkan sisi dalam menjadi di luar, sampai batas pundak dengan posisi lengan kedalam, - ikatkan tali jas dengan cara menyimpul, - lipat sisi <i>vertical</i> jas menjadi 3 lipatan panjang, kemudian - lipat sisi <i>horizontal</i> jas menjadi 4 lipatan kecil. - Kemas Jas operasi sesuai permintaan ruangan b. Duk Laminek - Dilipat memendek terbalik - Lipat Duk menjadi 4 lipatan kecil c. Duk Cranio - Dilipat memendek terbalik - Lipat Duk menjadi 4 lipatan kecil d. Duk Shunting - Dilipat memendek terbalik - Lipat Duk menjadi 4 lipatan kecil		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PELIPATAN DAN PENGEMASAN LINEN		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /16676/2019	No. Revisi : 00	Halaman : 2/2
PROSEDUR	e. Duk CVC - Dilipat memendek terbalik - Lipat menjadi 3 lipatan sedang f. Duk Besar - Dilipat memendek terbalik - Lipat menjadi 3 lipatan sedang g. Duk Sedang - Dilipat memendek terbalik - Lipat menjadi 3 lipatan kecil h. Duk Kecil - Dilipat memendek terbalik - Lipat menjadi 3 lipatan kecil - Lipatan terakhir membentuk segitiga i. Duk Cathlab - Dilipat memendek terbalik - Lipat menjadi 3 lipatan sedang j. Sarung Mayo - Dilipat memendek terbalik - Lipat menjadi 4 lipatan sedang k. Duk Kursi - Dilipat memendek terbalik - Lipat menjadi 2 lipatan kecil l. Duk Spinal - Dilipat memendek terbalik - Lipat menjadi 2 lipatan kecil 6. Kemas sesuai kebutuhan, sematkan indikator internal didalamnya 7. Lepaskan APD dan cuci tangan.		
UNIT TERKAIT	1. Sterilisasi Sentral 2. Instalasi Bedah Sentral 3. Intensive Care 4. Rawat Inap dan Rawat Jalan		
DOKUMEN TERKAIT	1. Formulir Permintaan Sterilisasi 2. Formulir Inspeksi Linen		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PROSES PELUMASAN DAN PERAWATAN ALAT DAN INSTRUMEN		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /16676/2019	No. Revisi : 00	Halaman : 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 18 Oktober 2019	 Ditetapkan : Direktur Utama, Dr. Mursyid Bustami, SpS (K), KIC, MARS NIP.196209131988031002	
PENGERTIAN	Adalah suatu proses perawatan dan pelumasan alat medis setelah selesai dicuci.		
TUJUAN	1. Memperpanjang umur pakai alat dan instrumen. 2. Mengurangi timbulnya karat pada alat dan instrumen. 3. Menghilangkan efek karat yang mempengaruhi fungsi alat dan instrumen.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No : HK.02.03/XXXIX.I/16583/2019, tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi Sentral di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.		
PROSEDUR	1. Petugas mencuci tangan dan gunakan APD. 2. Pastikan alat dan instrumen kondisi bersih dan kering. 3. Lakukan uji fungsi alat dan instrumen. 4. Gunakan pelumas sesuai rekomendasi pabrikan. 5. Pada saat uji fungsi ditemukan ada engsel alat dan instrument kesat/ tidak normal, semprotkan pelumas keseluruhan permukaan engsel. 6. Jika ditemukan engsel alat dan instrumen yang kesat, lakukan pelumasan ber ulang sampai engsel berfungsi normal. 7. Dan jika ditemukan alat medis yang cacat, rusak, dan tidak layak, segera laporkan ke penanggung jawab sterilisasi sentral dan lakukan konfirmasi ke ruangan yang bersangkutan. 8. Kemas alat dan instrumen yang lolos uji fungsi. 9. Lepas APD dan cuci tangan.		
Unit Terkait	1. Sterilisasi Sentral 2. Instalasi Bedah Sentral 3. Intensive Care 4. Rawat Inap dan Rawat Jalan		
Dokumen Terkait	1. Formulir Uji Fungsi 2. Formulir Permintaan Sterilisasi 3. Formulir Perawatan Alat Medis		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PENATALAKSANAAN ALAT TEE (TRANS ESOPHAGEAL EKO KARDIOGRAM)		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /13364/2019	No. Revisi : 00	Halaman : 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 19 Agustus 2019	 Ditetapkan : Direktur Utama, Dr. Mursyid Bustami, SpS (K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002	
PENGERTIAN	Penata laksanaan alat TEE adalah : Proses penanganan alat TEE setelah digunakan pada pasien sampai alat siap digunakan kembali.		
TUJUAN	1. Mencegah infeksi silang 2. Menjamin alat dalam kondisi siap digunakan		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No : HK.02.03/XXXIX.I/2308/2018, tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi Sentral di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	1. Persiapan alat - Baju khusus petugas. - APD (topi, masker, google, sarung tangan panjang, apron, sepatu boot) - Enzimatik - Spons lembut - Aqua bidest 1000ml - Cairan DTT+ Indikator strip - Lap microfiber steril - Formulir pemantauan uji efektivitas cairan DTT 2. Petugas mencuci tangan dan menggunakan APD 3. Menyiapkan cairan enzimatik 4. Menyiapkan lap microfiber yang dilembabkan cairan enzimatik. 5. Menyiapkan cairan DTT dan melakukan uji efektivitas 6. Lakukan dokumentasi di Formulir pemantauan uji efektivitas cairan DTT 7. Lakukan pre cleaning dengan menggunakan air hangat selama 1 menit, pada alat TEE yang disimpan di rak penyimpanan atau		

	setelah endoscope keluar dari tubuh pasien agar cairan tubuh tidak mengering di endoscope 8. Rendam endoscope pada bagian batang yang flexible kedalam cairan enzimatis sesuai petunjuk penggunaan (IFU) 9. Lakukan pembersihan menggunakan spons lembut. 10. Bilas endoscope menggunakan air hangat selama 1 menit 11. Keringkan endoscope menggunakan lap microfiber. 12. Rendam endoscope pada bagian batang yang flexible dengan cairan DTT sesuai petunjuk penggunaan 13. Bilas endoscope menggunakan aqua bidest sebanyak 3 kali, lama setiap pembilasan dilakukan selama 1 menit 14. Keringkan Endoscope menggunakan lap microfiber steril 15. Bersihkan pegangan probe menggunakan lap yang telah dilembabkan menggunakan cairan enzimatis 16. Setelah dikeringkan alat siap digunakan ke pasien atau alat disimpan di rak penyimpanan. 17. Petugas melepaskan APD dan cuci tangan 18. Lakukan Dokumentasi Hal- hal yang harus diperhatikan : • Jangan merendam konektor, adaptor probe dan pegangannya dalam cairan apapun • Jangan merendam probe endoscope dalam larutan yang mengandung alcohol, pemutih, senyawa ammonium chlorida • Tidak boleh disterilkan dengan steam autoclave
UNIT TERKAIT	1. Bagian/ Bidang/ Instalasi/ Unit Kerja lainnya. 2. Sterilisasi Sentral
DOKUMEN TERKAIT	1. Formulir uji efektivitas cairan DTT 2. Formulir penatalaksanaan alat TEE

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	VALIDASI HASIL PENCUCIAN ALAT DAN INSTRUMEN		
	Nomor Dokumen : OT.02.02/XXXI.I /16676/2019	No. Revisi : 00	Halaman : 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 18 OKTOBER 2019	 Ditetapkan : Direktur Utama, Dr. Mursyid Bustami, SpS (K), KIC, MARS NIP.196209131988031002	
PENGERTIAN	Proses pemeriksaan kembali peralatan medis yang telah melalui proses pencucian.		
TUJUAN	1. Sebagai <i>barrier</i> dan meminimalisir kemungkinan lolosnya alat medis yang tidak sesuai standar. 2. Mengetahui lebih dini jika ditemukan alat yang masih kotor dan rusak secara kasat mata. 3. Mencegah dan memastikan alat medis yang masih kotor dan cacat/ rusak tidak sampai di kemas.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No : HK.02.03/XXXIX.I/16583/2019, tentang Pedoman Pelayanan Sterilisasi Sentral di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.		
PROSEDUR	1. Petugas mencuci tangan dan gunakan APD. 2. Validasi hasil pencucian yang dilakukan di area dekontaminasi. 3. Saat proses pengeringan lakukan uji visual alat dan instrumen. 4. Setelah alat kering lakukan uji fungsi 5. Jika ditemukan alat medis yang masih kotor, segera rendam, cuci dan bilas, kemudian keringkan. 6. Jika ditemukan alat medis yang berkarat, segera rendam di cairan penghilang karat, kemudian cuci, bilas dan keringkan. 7. Jika ditemukan engsel alat medis yang kesat, segera lumasi sampai engsel berfungsi normal. 8. Jika ditemukan alat medis yang cacat, rusak, dan tidak layak, segera laporkan ke penanggung jawab sterilisasi sentral dan lakukan konfirmasi ke ruangan yang bersangkutan. 9. Lepas APD dan cuci tangan.		
Unit Terkait	1. Sterilisasi Sentral 2. Instalasi Bedah Sentral 3. Intensive Care 4. Rawat Inap dan Rawat Jalan		
Dokumen Terkait	1. Formulir Uji Fungsi 2. Formulir Permintaan Sterilisasi 3. Formulir Perawatan Alat Medis 4. Formulir Kronologis Alat Medis Rusak		