

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
PUSAT LAYANAN KESEHATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA (PLK UNAIR)**

**TELAAH STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DI ERA
NEW NORMAL PANDEMI *CORONAVIRUS DISEASE* (COVID-19)**



Oleh:

AMELIA METTA AVIARISKA

NIM. 101811123010

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
PUSAT LAYANAN KESEHATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA (PLK UNAIR)

Disusun oleh:

AMELIA METTA AVIARISKA

NIM 101811123010

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

Surabaya, 9 Oktober 2020



Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes

NIP. 1986323201504100

Pembimbing Institusi

Surabaya, 12 Oktober 2020

PLK Universitas Airlangga



Yeni Rahmah H, S.KM

NIK. 199406252018013201

Mengetahui,

Surabaya, 13 Oktober 2020

Kepala Departemen Administrasi dan Kebijakan
Kesehatan



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes

NIP. 196509141996011001

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Magang	1
3.1. Manfaat Magang	2
BAB II	3
2.1. Standar Operasional Prosedur (SOP)	3
2.1.1. Pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP)	3
2.1.2. Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP)	3
2.1.3. Manfaat Standar Operasional Prosedur (SOP)	4
2.1.4. Prinsip Standar Operasional Prosedur	5
2.1.5. Jenis SOP	5
2.1.6. Langkah-Langkah Penyusunan SOP	7
2.1.7. Format SOP	12
BAB III	13
3.1. Rancang Bangun Kegiatan Magang	13
3.2. Lokasi Kegiatan Magang	13
3.3. Waktu Pelaksanaan Kegiatan Magang	13
3.4. Metode Pelaksanaan Magang	14
3.5. Data yang Dikumpulkan	14
3.6. Teknik Pengumpulan Data	14
BAB IV	15
4.1. Gambaran Umum Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga (PLK UNAIR)	15
4.1.1. Sejarah Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga	15
4.1.2. Profil Umum Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga	16
4.1.3. Visi, Misi dan Nilai Dasar Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga 16	
4.1.4. Struktur Organisasi	17
4.1.5. Ketenagaan di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga	17

4.1.6.	Fasilitas di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga	19
4.2.	Sistematika Pengembangan dan Penyusunan Standar Operasional Prosedur di PLK Universitas Airlangga.....	20
4.3.	Jenis SOP yang ada di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga	26
4.4.	SOP yang terdampak selama Pandemi COVID-19.....	31
4.4.1.	SOP <i>Screening</i> Pasien Pada Kondisi <i>Outbreak</i> Corona Virus Disease (COVID-19).....	32
4.4.2.	SOP Pemberian Surat Sehat Pada Kondisi <i>Outbreak</i> COVID-19.....	33
4.4.3.	SOP Penatalaksanaan Kasus Suspek, Kasus Probable, Kasus Konfirmasi Dan Kontak Erat COVID-19.....	33
4.4.4.	<i>Universal Precautions</i> Saat Kondisi <i>Outbreak</i> COVID-19	34
4.4.5.	Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada Kondisi <i>Outbreak</i> Corona Vius Disease (COVID-19).....	34
4.4.6.	SOP <i>Screening</i> Pasien COVID-19 di Poli Gigi	34
4.4.7.	Pembersihan dan Disinfeksi Permukaan Lingkungan Dalam Konteks COVID-19.....	35
4.5.	Kegiatan tambahan mandiri magang PLK Unair	35
4.5.1.	Revisi SOP yang telah dibuat PLK Universitas Airlangga	35
4.5.2.	Membagikan Informasi Kesehatan Melalui Media Sosial PLK Universitas Airlangga	38
4.5.3.	Membuat dan Menyebarkan Kuesioner Survey Kepuasan Pasien PLK Universitas Airlangga	38
4.5.4.	Membuat Infografis dan Video Pendek.....	38
BAB V		40
5.1.	Kesimpulan	40
5.2.	Saran	40
DAFTAR PUSTAKA		41
LAMPIRAN.....		42

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Mahasiswa diharapkan memiliki kecakapan dalam ilmu pengetahuan dan mengabdikan kepada masyarakat. Untuk memenuhi harapan tersebut, terdapat beberapa kegiatan yang dilaksanakan oleh mahasiswa baik di lingkungan pendidikan maupun masyarakat. Salah satu kegiatan yang dilakukan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yaitu pelaksanaan magang atau kerja praktik.

Program magang adalah kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan di luar lingkungan kampus untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai bidang peminatan melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik pada lembaga pemerintah, lembaga swadaya masyarakat (LSM), perusahaan swasta maupun perusahaan lain yang relevan.

Melalui pelaksanaan magang diharapkan para Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) lulusan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga memiliki bekal pengalaman dan keterampilan yang bersifat akademik dan profesional sehingga lebih kompeten atau mampu bersaing dalam pasar kerja yang ada. Berdasarkan hal tersebut, penulis memilih magang di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga (PLK Unair).

Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga (PLK Unair) merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang terdapat di Universitas Airlangga Kampus A, B dan C. Pelayanan yang terdapat di PLK berupa poli umum dan poli gigi. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di PLK, upaya yang dilakukan adalah mengikutsertakan PLK dalam akreditasi klinik pratama. Salah satu elemen yang harus dipenuhi untuk dilakukan akreditasi adalah pemenuhan SOP (Standar Operasional Prosedur).

1.2. Tujuan Magang

1.2.1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi masalah yang ada di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga khususnya pada unit kerja bidang administrasi dan kebijakan kesehatan.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis masalah yang ada di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga khususnya pada unit kerja bidang administrasi dan kebijakan kesehatan.
2. Memberikan alternatif penyelesaian masalah.
3. Melakukan pengembangan SOP sesuai dengan kondisi pandemic COVID-19

3.1. Manfaat Magang

3.1.1. Bagi Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

1. Mendapat masukan berupa saran maupun rekomendasi dari laporan magang yang dibuat untuk Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga berkaitan dengan pembuatan SOP (Standar Operasional Prosedur) penatalaksanaan COVID-19
2. Mendapatkan bantuan sumber daya untuk membantu pelaksanaan beberapa kegiatan yang dilaksanakan oleh Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

3.1.2. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Meningkatkan keterampilan mahasiswa sehingga dapat menghasilkan lulusan yang mampu berdaya saing dan mampu menyelesaikan permasalahan di bidang kesehatan dengan menerapkan ilmu yang telah didapatkan

3.1.3. Bagi Mahasiswa

1. Mendapatkan gambaran umum kondisi nyata dunia kerja di PLK Universitas Airlangga
2. Mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat selama perkuliahan dengan kondisi di lapangan.
3. Menambah pengalaman kerja mahasiswa di bidang administrasi dan manajemen di tempat magang (PLK Universitas Airlangga)
4. Meningkatkan keterampilan mahasiswa di bidang administrasi dan manajemen di tempat magang (PLK Universitas Airlangga).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. *Standar Operasional Prosedur (SOP)*

2.1.1. Pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur merupakan pedoman untuk memastikan organisasi dalam perusahaan melalui kegiatan operasional berjalan dengan lancar (Sailendra, 2015).

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah langkah untuk melakukan pekerjaan, di mana pekerjaan tersebut dilakukan, berhubungan dengan apa yang dilakukan, bagaimana melakukannya, bilamana melakukannya, dimana melakukannya, dan siapa yang melakukannya (Moekijat, 2008).

Standar Operasional Prosedur merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan (Atmoko, 2011).

Dari pengertian para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa standar operasional prosedur itu sistem pengendalian pada kinerja yang telah dibuat sesuai dengan aturan perusahaan atau pemerintahan yang bertujuan untuk memperlancar jalannya tugas dan mampu menghindari terjadinya kesalahan atau terjadi *miscommunication*.

2.1.2. Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tujuan standar operasional prosedur untuk membuat aturan dan pengawasan terhadap kinerja disetiap bidang pekerja harus sesuai tata tertib yang berlaku dan terstruktur dengan benar sehingga menjadi lebih efektif dan efisien. Tujuan Standar Operasional Prosedur (Puji, 2014:30-35) sebagai berikut:

1. Menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kondisi tertentu dan kemana petugas dan lingkungan dalam melaksanakan sesuatu tugas atau pekerjaan tertentu.
2. Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, dan supervisor.

3. Menghindari kegagalan atau kesalahan dengan demikian menghindari dan mengurangi konflik, keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
4. Parameter untuk menilai mutu pelayanan.
5. Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif.
6. Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait.
7. Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan praktik dan kesalahan administrative lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas.

2.1.3. Manfaat Standar Operasional Prosedur (SOP)

Manfaat bagi organisasi antara lain menurut Permenpan No.PER/21/MPAN/11/2008:

1. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan khusus, mengurangi kesalahan dan kelalaian.
2. SOP membantu pegawai menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari.
3. Meningkatkan akuntabilitas dengan mendokumentasikan tanggung jawab khusus dalam melaksanakan tugas
4. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan pegawai. Cara untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan.
5. Menciptakan bahan-bahan training yang dapat membantu pegawai baru untuk cepat melakukan tugasnya.
6. Menunjukkan kinerja bahwa organisasi efisien dan dikelola dengan baik.
7. Menyediakan pedoman bagi setiap pegawai di unit pelayanan dalam melaksanakan pemberian pelayanan sehari-hari.
8. Menghindari kesalahpahaman pelaksanaan tugas pemberian pelayanan.
9. Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan prosedural dalam memberikan pelayanan. Menjamin proses pelayanan tetap berjalan dalam berbagai situasi.

2.1.4. Prinsip Standar Operasional Prosedur

Didalam PERMENPAN PER/21/M-PAN/11/2008 dinyatakan bahwa susunan SOP harus memenuhi prinsip-prinsip diantaranya: kemudahan dan kejelasan, efisien dan efektivitas, keselarasan, keterukuran, dinamis, berorientasi pada pengguna, kepatuhan hukum dan kepastian hukum.

- a. Kemudahan dan kejelasan. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dapat dengan mudah dimengerti dan diterapkan oleh semua aparatur bahkan bagi seseorang yang sama sekali baru dalam pelaksanaan tugasnya.
- b. Efisiensi dan efektivitas. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus merupakan prosedur yang paling efisien dan efektif dalam proses pelaksanaan tugas
- c. Keselarasan. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus selaras dengan prosedur-prosedur standar lain yang terkait
- d. Keterukuran. Output dari prosedur-prosedur yang distandarkan mengandung standar kualitas atau mutu baku tertentu yang dapat diukur pencapaian keberhasilannya
- e. Dinamis. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dengan cepat dapat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan
- f. Berorientasi pada pengguna atau pihak yang dilayani. Prosedur- prosedur yang distandarkan harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna (*customer's needs*) sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pengguna
- g. Kepatuhan hukum. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus memenuhi ketentuan dan peraturan-peraturan pemerintah yang berlaku;
- h. Kepastian hukum. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus ditetapkan oleh pimpinan sebagai sebuah produk hukum yang ditaati, dilaksanakan dan menjadi instrumen untuk melindungi aparatur atau pelaksana dari kemungkinan tuntutan hukum.

2.1.5. Jenis SOP

Adapun jenis-jenis SOP yang ada dalam kegiatan penyelenggaraan pemerintahan adalah seperti pada uraian berikut ini.

1. SOP Berdasarkan Sifat Kegiatan

Berdasarkan sifat kegiatan maka SOP dapat dikategorikan ke dalam dua jenis, yaitu:

a. SOP Teknis

Prosedur standar yang sangat rinci dari kegiatan yang dilakukan oleh satu orang aparatur atau pelaksana dengan satu peran atau jabatan. Setiap prosedur diuraikan dengan sangat teliti sehingga tidak ada kemungkinan-kemungkinan variasi lain. SOP teknis ini pada umumnya dicirikan dengan:

- 1) Pelaksana kegiatan berjumlah satu orang atau satu kesatuan tim kerja atau satu jabatan meskipun dengan pemangku yang lebih dari satu;
- 2) Berisi langkah rinci atau cara melakukan pekerjaan atau langkah detail pelaksanaan kegiatan.

SOP teknis banyak digunakan pada bidang-bidang yang menyangkut pelaksana tunggal yang memiliki karakteristik yang relatif sama dan dengan peran yang sama pula, antara lain: dalam bidang teknik, seperti: perakitan kendaraan bermotor, pemeliharaan kendaraan, pengoperasian alat-alat, dan lainnya; dalam bidang kesehatan, pengoperasian alat-alat medis, penanganan pasien pada unit gawat darurat, medical check-up, dan lain-lain.

b. SOP Administratif

SOP administratif adalah prosedur standar yang bersifat umum dan tidak rinci dari kegiatan yang dilakukan oleh lebih dari satu orang aparatur atau pelaksana dengan lebih dari satu peran atau jabatan. SOP administratif ini pada umumnya dicirikan dengan:

- 1) Pelaksana kegiatan berjumlah banyak atau lebih dari satu aparatur atau lebih dari satu jabatan dan bukan merupakan satu kesatuan yang tunggal;
- 2) Berisi tahapan pelaksanaan kegiatan atau langkah-langkah pelaksanaan kegiatan yang bersifat makro ataupun mikro yang tidak menggambarkan cara melakukan kegiatan.

SOP administratif mencakup kegiatan lingkup makro dengan ruang lingkup yang besar dan tidak mencerminkan pelaksana kegiatan secara detail dan kegiatan lingkup mikro dengan ruang lingkup yang kecil dan mencerminkan pelaksana yang sesungguhnya dari kegiatan yang dilakukan.

2. SOP Berdasarkan Cakupan dan Besaran Kegiatan

SOP menurut cakupan dan besaran kegiatan dikategorikan ke dalam dua jenis, yaitu:

- a. SOP Makro adalah SOP berdasarkan cakupan dan besaran kegiatannya mencakup beberapa SOP (SOP mikro) yang mencerminkan bagian dari

kegiatan tersebut atau SOP yang merupakan integrasi dari beberapa SOP (SOP mikro) yg membantu serangkaian kegiatan dalam SOP tersebut. SOP makro ini tidak mencerminkan kegiatan yang sesungguhnya dilakukan oleh pelaksanaanya

- b. SOP Mikro adalah SOP yang berdasarkan cakupan dan besaran kegiatannya merupakan bagian dari sebuah SOP (SOP makro) atau SOP yang kegiatannya menjadi bagian dari kegiatan SOP (SOP makro) yang lebih besar cakupannya.

3. SOP Berdasarkan Cakupan dan Jenis Kegiatan

SOP menurut cakupan dan jenis kegiatan dikategorikan ke dalam dua jenis, yaitu:

- a. SOP Generik (Umum) adalah SOP berdasarkan sifat dan muatan kegiatannya relatif memiliki kesamaan baik dari kegiatan yang di-SOP-kan maupun dari tahapan kegiatan dan pelaksanaannya. Variasi SOP yang ada hanya disebabkan perbedaan lokasi SOP itu diterapkan.
- b. SOP Spesifik (Khusus) adalah SOP berdasarkan sifat dan muatan kegiatannya relatif memiliki perbedaan dari kegiatan yang di-SOPkan, tahapan kegiatan, aktor (pelaksana), dan tempat SOP tersebut diterapkan. SOP ini tidak dapat diterapkan di tempat lain karena sifatnya yang spesifik tersebut

4. SOP Berdasarkan Cakupan dan Kelengkapan Kegiatan

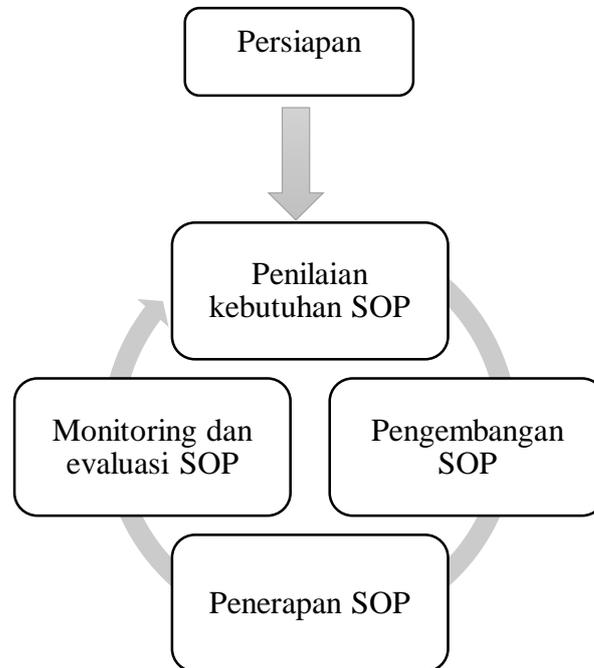
SOP menurut cakupan dan kelengkapan kegiatan dikategorikan ke dalam dua jenis, yaitu:

- a. SOP Final adalah SOP yang berdasarkan cakupan kegiatannya telah menghasilkan produk utama yang paling akhir atau final.
- b. SOP Parsial adalah SOP yang berdasarkan cakupan kegiatannya belum menghasilkan produk utama yang paling akhir atau final, sehingga kegiatan ini masih memiliki rangkaian kegiatan lanjutan yang mencerminkan produk utama akhirnya.

2.1.6. Langkah-Langkah Penyusunan SOP

Keberhasilan penyusunan SOP AP memerlukan pimpinan yang memiliki komitmen yang kuat terhadap organisasi, berkemauan, tegas, dan menerima serta melakukan perubahan. Pimpinan merupakan aktor inti perubahan (agent of change) yang akan menjadi anutan bagi seluruh pegawai yang menjadi bawahannya.

Penyusunan SOP AP meliputi siklus sebagai berikut.



a. Persiapan penyusunan SOP

Agar penyusunan SOP dapat dilakukan dengan baik, maka perlu dilakukan persiapan-persiapan sebagai berikut:

1) Membentuk tim dan kelengkapannya

a) Pembentukan Tim

Tim terdiri:

- Tim yang melingkupi SOP organisasi secara keseluruhan
- Tim yang melingkupi unit-unit kerja pada berbagai level.

Tim hendaknya diberikan kewenangan yang cukup untuk melaksanakan tugasnya, agar dapat melakukan inovasi prosedur sesuai dengan prinsip-prinsip penyusunan SOP AP.

b) Kelengkapan tim

Hal yang perlu diperhatikan dalam membentuk tim:

- Tim harus dilengkapi dengan kewenangan dan tanggung jawab;
- Keanggotaan tim sebaiknya dibatasi, agar pengelolaan terhadap rentang kendali (*span of control*) dapat dilakukan dengan baik;

- Tim harus dilengkapi dengan struktur yang jelas, tidak terlalu banyak hirarki, dan lebih bersifat fungsional sehingga dapat dibagi ke dalam sub-sub tim tertentu yang menangani aspek prosedur tertentu;
- Tim sebaiknya merumuskan dahulu apa misi, tujuan, dan sasaran tim serta berapa banyak waktu dan sumber-sumber lain yang diperlukan untuk pengembangan SOP;
- Tugas tim meliputi aspek substansi SOP dan aspek administratif.;
- Tim pengembangan SOP sangat tergantung dari sumber-sumber apa yang dapat mereka peroleh dalam rangka pengembangan SOP AP tersebut.

Kelengkapan tim lainnya meliputi:

- Pedoman bagi tim dalam melaksanakan tugasnya, yang berisi deskripsi mengenai uraian tugas dan kewenangan dan mekanisme kerja tim;
- Fasilitas yang dibutuhkan tim, yaitu agar tim dapat bekerja dengan baik, seperti: pembiayaan, sarana dan prasarana, dan kebutuhan lainnya;
- Komitmen pimpinan untuk mendukung kerja tim;
- Memberikan pelatihan bagi anggota tim;
- Memastikan bahwa seluruh unit mengetahui upaya pimpinan untuk melakukan perubahan terhadap prosedur.

b. Penilaian kebutuhan SOP

Penilaian kebutuhan adalah proses awal penyusunan SOP yang dilakukan untuk mengidentifikasi tingkat kebutuhan SOP yang akan disusun. Bagi organisasi yang sudah memiliki SOP, maka tahapan ini merupakan tahapan untuk melihat kembali SOP yang sudah dimilikinya dan mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan. Bagi organisasi yang sama sekali belum memiliki SOP, maka proses ini murni merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan SOP.

1) Tujuan penilaian kebutuhan SOP:

Penilaian kebutuhan SOP bertujuan untuk mengetahui ruang lingkup, jenis, dan jumlah SOP yang dibutuhkan:

- a) Ruang lingkup, berkaitan dengan bidang tugas dari prosedur-prosedur operasional untuk distandarkan;
- b) Jenis, berkaitan dengan tipe dan format SOP yang sesuai untuk diterapkan;

- c) Sedangkan jumlah, berkaitan dengan jumlah SOP yang dibuat sesuai dengan prioritas.

Beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan dalam ketika melakukan penilaian kebutuhan, yaitu:

- a) Lingkungan operasional

Yang dimaksud dengan lingkungan operasional adalah lingkungan yang harus dipertimbangkan oleh organisasi dalam melaksanakan operasinya (tugas dan fungsinya), baik internal maupun eksternal.

- b) Kebijakan Pemerintah

Yang dimaksud dengan kebijakan pemerintah adalah peraturan perundang-undangan yang memberikan pengaruh dalam penyusunan SOP. Peraturan-perundang-undangan dimaksud bisa berbentuk undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden peraturan daerah atau bentuk peraturan lain yang terkait dengan organisasi pemerintah. Dalam prakteknya kebijakan-kebijakan pemerintah akan selalu berubah, yang perubahannya akan mempengaruhi operasionalisasi suatu organisasi.

- c) Kebutuhan Organisasi dan Pemangku Kepentingan

Penilaian kebutuhan organisasi dan pemangku kepentingan (*stakeholder*) berkaitan erat dengan prioritas terhadap prosedur-prosedur yang mendesak untuk segera distandarkan. Kebutuhan mendesak dapat terjadi karena perubahan struktur organisasi (susunan organisasi dan tata kerja), atau karena desakan dari *stakeholders* yang menginginkan perubahan terhadap kualitas pelayanan.

Kebutuhan juga dapat terjadi karena perubahan-perubahan pada sarana dan prasarana yang dimiliki, seperti penggunaan teknologi baru dalam proses pelaksanaan prosedur yang menyebabkan perlu dilakukan perbaikan-perbaikan prosedur. Hal lain yang juga terkait dengan kebutuhan organisasi terhadap SOP adalah perkembangan teknologi

- 2) Langkah-langkah penilaian kebutuhan

- a) Menyusun rencana tindak penilaian kebutuhan

Pelaksanaan penilaian kebutuhan yang menyeluruh dapat menjadi sebuah proses yang cukup padat dan memakan waktu yang cukup lama. Oleh karena itu perlu disusun sebuah rencana dan target-target yang jelas, serta pembagian tugas siapa melakukan apa.

b) Melakukan penilaian kebutuhan

Jika organisasi telah memiliki SOP, dan ingin melakukan penyempurnaan terhadap SOP yang telah ada, maka proses penilaian kebutuhan dapat dimulai dengan mengevaluasi SOP yang sudah ada.

c) Membuat sebuah daftar mengenai SOP yang akan dikembangkan

Setiap SOP AP yang masuk ke dalam daftar disertai dengan pertimbangan dampak yang akan terjadi baik secara internal maupun eksternal apabila SOP AP ini dikembangkan dan dilaksanakan. Informasi ini akan memudahkan bagi pengambil keputusan untuk menetapkan kebutuhan SOP AP yang akan diterapkan dalam organisasi.

d) Membuat dokumen penilaian kebutuhan SOP

Sebagai sebuah tahap akhir dari penilaian kebutuhan SOP, tim harus membuat sebuah laporan atau dokumen penilaian kebutuhan SOP. Dokumen memuat hasil kesimpulan semua temuan dan rekomendasi yang didapatkan dari proses penilaian kebutuhan ini

c. Pengembangan SOP

Tahap selanjutnya setelah kita melakukan penilaian kebutuhan (*need assessment*) adalah melakukan pengembangan SOP. Sebagai sebuah standar yang akan dijadikan acuan dalam proses pelaksanaan tugas keseharian organisasi, maka pengembangan SOP tidak merupakan sebuah kegiatan yang dilakukan sekali langsung jadi, tetapi memerlukan rivi u berulang kali sebelum akhirnya menjadi SOP yang valid dan reliabel yang benar-benar menjadi acuan bagi setiap proses dalam organisasi. Pengembangan SOP pada dasarnya meliputi lima tahapan proses kegiatan secara berurutan yang dapat dirinci sebagai berikut:

1. Pengumpulan Informasi dan Identifikasi Alternatif;
2. Analisis dan Pemilihan Alternatif;
3. Penulisan SOP;
4. Pengujian dan Rivi u SOP;
5. Pengesahan SOP AP.

Di antara tahapan penulisan, rivi u dan pengujian SOP terdapat tahapan yang bersifat pengulangan untuk memperoleh SOP yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan. Namun demikian, urutan proses kegiatan ini dapat bervariasi sesuai dengan metode dan kebutuhan organisasi dalam pengembangan SOP nya.

d. Penerapan SOP

Proses penerapan harus dapat memastikan bahwa tujuan-tujuan berikut ini dapat tercapai.

- 1) Setiap pelaksana mengetahui SOP yang baru/diubah dan mengetahui alasan perubahannya;
- 2) Salinan/*Copy* SOP disebarluaskan sesuai kebutuhan dan siap diakses oleh semua pengguna yang potensial;
- 3) Setiap pelaksana mengetahui perannya dalam SOP dan dapat menggunakan semua pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki untuk menerapkan SOP AP secara aman dan efektif (termasuk pemahaman akan akibat yang akan terjadi bila gagal dalam melaksanakan SOP);
- 4) Terdapat sebuah mekanisme untuk memonitor/memantau kinerja, mengidentifikasi masalah-masalah yang mungkin muncul, dan menyediakan dukungan dalam proses penerapan SOP.
- 5) Keberhasilan pelaksanaan penerapan bergantung pada keberhasilan proses simulasi dan pengujian pada tahapan pengembangan SOP. Artinya, keberhasilan pada tahapan tersebut juga akan menjamin keberhasilan pada praktek senyatanya.

e. Monitoring dan Evaluasi SOP

Pelaksanaan penerapan SOP harus secara terus menerus dipantau sehingga proses penerapannya dapat berjalan dengan baik. Masukan-masukan dalam setiap upaya monitoring akan menjadi bahan yang berharga dalam evaluasi sehingga penyempurnaan-penyempurnaan terhadap SOP dapat dilakukan secara cepat sesuai kebutuhan

2.1.7. Format SOP

Empat faktor yang dapat dijadikan dasar dalam penentuan format penyusunan SOP yang akan dipakai oleh suatu organisasi adalah: (1) berapa banyak keputusan yang akan dibuat dalam suatu prosedur; (2) berapa banyak langkah dan sub langkah yang diperlukan dalam suatu prosedur; (3) siapa yang dijadikan target sebagai pelaksana SOP; dan (4) apa tujuan yang ingin dicapai dalam pembuatan SOP ini.

Format terbaik SOP adalah format yang sederhana dan dapat menyampaikan informasi yang dibutuhkan secara tepat serta memfasilitasi implementasi SOP secara konsisten sesuai dengan tujuan penyusunan SOP.

BAB III METODE KEGIATAN

3.1. Rancang Bangun Kegiatan Magang

Kegiatan magang ini adalah kegiatan yang dilakukan secara daring/online mengingat kegiatan ini dilakukan saat pandemi COVID-19. Mahasiswa melakukan kegiatan pengumpulan data secara online sesuai dengan ruang lingkup kegiatan magang yakni mempelajari tugas pokok dan fungsi dari kegiatan yang dilakukan di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga.

3.2. Lokasi Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan di PLK Universitas Airlangga Surabaya yang dilakukan secara daring/*online*

3.3. Waktu Pelaksanaan Kegiatan Magang

Kegiatan magang ini dilaksanakan mulai pada tanggal 6 Agustus 2020 sampai dengan 6 September 2020, dengan mengikuti hari dan jam kerja di PLK Unair di masa paandemi COVID-19 ini yaitu senin – jumat dari pukul 09.00 – 15.00 WIB. Adapun rincian waktu dan kegiatan yang dilakukan selama magang adalah sebagai berikut.

NO	KEGIATAN	MINGGU KE-			
		II	III	IV	I
1.	Penerimaan mahasiswa magang oleh PLK UNAIR				
2.	Mencari topik laporan magang				
3.	Pembuatan kuesioner survey kepuasan pasien PLK				
4.	Penyebaran kuesioner				
5.	Membuat infografis				
6.	Membuat video pendek				
7.	Membuat SOP Administrasi sesuai format penulisan				
8.	Pengumpulan data laporan				
9.	Pembuatan laporan magang				

10.	Konsultasi laporan magang				
-----	---------------------------	--	--	--	--

3.4. Metode Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang merupakan kegiatan yang bersifat observasional partisipatif, dimana mahasiswa melakukan observasi secara daring/online serta ikut berpartisipasi dalam kegiatan di instansi kesehatan. Selain itu juga dengan melakukan wawancara dan diskusi, studi literatur, dan telusur dokumen.

3.5. Data yang Dikumpulkan

Data yang dikumpulkan dalam menunjang kegiatan magang ini adalah sebagai berikut:

1. Profil, gambaran umum, struktur organisasi, dan tujuan pokok dan fungsi yang berlaku di PLK Universitas Airlangga
2. SOP (Standar Operasional Prosedur) tentang Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease (COVID-19)
3. SOP (Standar Operasional Prosedur) yang terdampak selama pandemic COVID-19

3.6. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam laporan ini menggunakan data primer dan data sekunder yang digunakan untuk menganalisis kegiatan di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga.

1. Data Primer

Pengumpulan data primer dilakukan melalui diskusi atau wawancara dengan pegawai Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan melihat kebijakan dan pedoman yang ada di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga (PLK UNAIR)

Pada tanggal 19 Februari 2009 diterbitkan SK Rektor No.323/H3/KR/2009 tentang perubahan PPKM-UA/AHCC menjadi Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga yang menetapkan tugas pokok dan fungsi PLK Universitas Airlangga, yaitu memfasilitasi, melayani dan advokasi pemeliharaan kesehatan dan kebugaran civitas akademika Universitas Airlangga. Sejak tanggal 1 Nopember 2014, PLK Universitas Airlangga telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) BPJS Kesehatan. Saat ini, Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga melayani peserta BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan dan juga pasien non peserta BPJS Kesehatan (mahasiswa Unair peserta asuransi kesehatan Unair dan masyarakat umum).

Pusat Layanan Kesehatan (PLK) Universitas Airlangga merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan Universitas Airlangga. Gambaran Umum PLK Universitas Airlangga akan menjelaskan mengenai hal-hal yang terkait dengan PLK Universitas Airlangga secara umum. Pejelasan mengenai PLK Universitas Airlangga diperoleh dari dokumen *Company Profile* dan website unit penunjang Universitas Airlangga. Berikut merupakan gambaran umum PLK Universitas Airlangga.

4.1.1. Sejarah Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

PLK Universitas Airlangga merupakan unit pelayanan kesehatan yang berada dibawah naungan rektor secara langsung dan sebelumnya bernama menjadi Airlangga Healthcare Centre (AHCC). Tahun 2009, terbitlah SK Rektor No.323/H3/KR/2009 tentang perubahan PPKM-UA/AHCC menjadi Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga (PLK) yang kemudian menetapkan bahwa AHCC berganti nama menjadi Pusat Layanan Kesehatan (PLK) Universitas Airlangga.

Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tanggal 1 Januari 2014, PLK Universitas Airlangga telah bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) BPJS Kesehatan. Pada tanggal 1 Maret 2016 PLK juga bekerjasama dengan BPJS Ketenagakerjaan. Sejak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan BPJS

Ketenagakerjaan, PLK Universitas Airlangga tidak hanya menangani pasien dari kalangan mahasiswa dan civitas akademika, melainkan juga pasien peserta BPJS dan pasien non peserta BPJS Kesehatan (mahasiswa Universitas Airlangga peserta asuransi kesehatan Universitas Airlangga dan masyarakat umum).

4.1.2. Profil Umum Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

Pusat Layanan Kesehatan (PLK) Universitas Airlangga merupakan salah satu unit penunjang yang ada di Universitas Airlangga pada bidang kesehatan. PLK Universitas Airlangga memiliki 2 lokasi pelayanan yang berada di lingkungan Universitas Airlangga kampus B dan kampus C, namun pusat manajemen PLK Universitas Airlangga terpusat pada PLK Universitas Airlangga kampus B. PLK Universitas Airlangga merupakan salah satu strategi Universitas Airlangga dalam meningkatkan keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan di lingkungan Universitas Airlangga. Peningkatan pelayanan yang berkualitas dan aman di PLK Universitas Airlangga dimaksudkan untuk membantu seluruh civitas akademika dan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu.

4.1.3. Visi, Misi dan Nilai Dasar Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

a. Visi

Menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik Perguruan Tinggi, yang terbaik di Indonesia

b. Misi

- 1) Memberikan layanan kesehatan tingkat pertama kepada mahasiswa, peserta BPJS dan masyarakat umum, secara profesional;
- 2) Mengedepankan proses layanan dengan prinsip *managed care*;
- 3) Memfasilitasi proses pembelajaran mahasiswa, terkait layanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- 4) Menjalankan nilai dasar sebagai budaya kerja.

c. Nilai Dasar

“BEST”

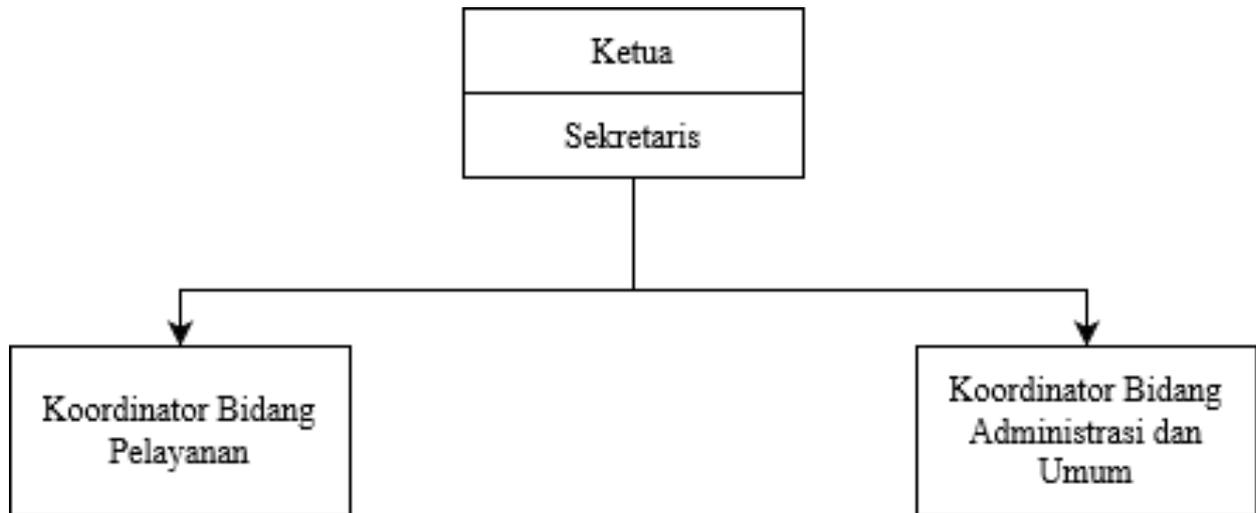
B = *based on morality* (berdasarkan nilai moral dan etika)

E = *empathy* (perhatian dan memahami kebutuhan pelanggan)

S = *strong safety culture* (menerapkan budaya keselamatan pasien, karyawan maupun organisasi)

T = *trust and teamwork* (kerjasama berdasarkan rasa saling percaya)

4.1.4. Struktur Organisasi



Sumber: Profil Organisasi Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

Struktur Organisasi PLK Universitas Airlangga disusun berdasarkan Peraturan Rektor No. 318/JO3/HK/2008 tentang Perubahan Struktur Organisasi Universitas Airlangga-BHMN

Kepala PLK Universitas Airlangga dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh seorang sekretaris. Kepala PLK Universitas Airlangga membawahi Koordinator Bidang Pelayanan dan Koordinator Bidang Administrasi dan Umum.

4.1.5. Ketenagaan di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

PLK Universitas Airlangga sebagai klinik rawat jalan memiliki ketenagaan yang terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan sesuai dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik. Jenis dan jumlah ketenagakerjaan telah disesuaikan dengan kebutuhan tenaga kerja yang ada di PLK Universitas Airlangga. Berikut merupakan daftar ketenagaan di PLK Universitas Airlangga.

Tabel 4.1 Daftar Ketenagaan PLK Universitas Airlangga Tahun 2020

NO	NAMA	NIP/NIK	KETERANGAN
1	Dr.Ernawaty, drg., M.Kes.	196604201992032002	Ketua
2	Dr.M.Atoillah Isfandiari, dr., M.Kes	197603252003121002	Sekretaris
3	Robi'atur Rosyidah, dr	199109202020013201	Dokter Umum

NO	NAMA	NIP/NIK	KETERANGAN
4	Rima Dwi Yanantika, dr	198306202020015201	Dokter Umum
5	Masnuchotul Ilmiah, dr	199411152020045201	Dokter Umum
6	Kokoh Wardoyo Armauer Hansen .P., drg	198309222018035101	Dokter Gigi
7	Astrid Ratnaningrum, drg.	198306262020013201	Dokter Gigi
8	Dwi Septivani Nur Maulidah, drg	199209152020013201	Dokter Gigi
9	Rossa Patria Nanda, S.Farm., Apt	199411102020013201	Apoteker
10	M. Akhsanul Khuluq, Amd.Kep	197805102020013101	Perawat Umum
11	Dyah Astuti, Amd.Kep	197704132018013201	Perawat Umum
12	Yanuar Helmi Trisnawan, Amd.Kep	198901252018013101	Perawat Umum
13	Falid Prsetyo Raharjo, Amd.Kep	198909042018013101	Perawat Umum
14	Eki Rangga Tirani, Amd.Kes.Gi	198607272018013201	Perawat Gigi
15	Putri Ayunda Friskawanti P., Amd.Kes.Gi	198712202018013201	Perawat Gigi
16	Elli Marini, Amd.Kes.Gi	198601182018013201	Perawat Gigi
17	Fitrotunyasiroh, Amd.Kes.Gi	198905162018013201	Perawat Gigi
18	Elok Wulandari, S.Si.	198109122018013201	Administrasi Pelayanan
19	Eri Virgiani, S.E	198709122018035201	Administrasi Pelayanan
20	Andigna Puspita Purnama, S.KM	199310202019085201	Administrasi Pelayanan
21	Nesqia Pridanar Styautami, A.Md.RMIK	199507302019085201	Administrasi Pelayanan
22	Iwan Setiawan, S.KM	198411022018013101	Administrasi Manajemen
23	Yeni Rahmah Husniyawati, S.KM	199406252018013201	Administrasi Manajemen
24	Enni Tri Murdianti	199005052018035201	Administrasi Manajemen
25	Andika Fredy Artanto	199107252018035101	Administrasi Umum
26	Novan Rigianto	199011142018035101	Administrasi Umum

Sumber : *Company Profile* PLK Universitas Airlangga (2020)

Tabel 4.1 menunjukkan tenaga kerja yang ada di PLK Universitas Airlangga berjumlah 26 orang dan terdapat 10 jabatan. Berdasarkan tabel tersebut diketahui terdapat 3 orang tenaga dokter umum, 3 orang tenaga dokter gigi, 1 orang tenaga apoteker, 4 orang tenaga perawat umum, 4 orang tenaga perawat gigi, 4 orang tenaga administrasi pelayanan, 3 orang tenaga administrasi manajemen dan 2 orang tenaga administrasi umum.

4.1.6. Fasilitas di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

Fasilitas memiliki peranan penting dalam suatu pelayanan kesehatan. Fasilitas ialah unsur yang penting dalam menunjang kegiatan pelayanan kepada pasien. PLK Universitas Airlangga sebagai klinik pratama yang mampu melayani pasien berupaya untuk terus meningkatkan fasilitas yang dimiliki, baik fasilitas pelayanan medis maupun penunjang medis. Keberadaan fasilitas yang memadai ini dapat menunjang pelayanan untuk pengobatan dan keperawatan pasien, dan meningkatkan kepuasan dan kenyamanan pasien. Jam pelayanan Klinik PLK Universitas Airlangga Kampus B dan Kampus C adalah sebagai berikut :

- a. Hari Senin-Jumat : 07.30-19.30 WIB
- b. Hari Sabtu : 07.30-16.30 WIB

Namun selama pandemic COVID-19 ada perubahan jam pelayanan Klinik PLK Universitas Airlangga Kampus B dan Kampus C adalah sebagai berikut

- a. Jam Pendaftaran : 09.00-14.30 WIB
- b. Jam Pelayanan : 09.00-15.00 WIB

PLK Universitas Airlangga memiliki berbagai fasilitas diantaranya :

1. Poli Umum, berupa pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP). Selain itu, Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spessialistik, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama yang dilakukan di Fasilitas tingkat pertama sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) dari yang berlaku.
2. Poli Gigi, berupa pelayanan gigi yang diberikan pada pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan yang diberikan berupa konsultasi medis, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan medis non spesialistik pada gigi. (*Company Profile*, 2016).
3. Bidan, bekerjasama dengan PLK Universitas Airlangga menyediakan pelayanan ANC, KIA, dan juga ikut membuat pelaporan persalinan untuk pengklaiman ke PLK Universitas Airlangga atau BPJS Kesehatan
4. Apotik
PLK Universitas Airlangga yang bekerja sama dengan Apotik untuk mensupply obat terutama ke PLK Universitas Airlangga Kampus C, sedangkan untuk PLK Universitas Airlangga Kampus B hanya melakukan pelaporan jumlah resep ke pihak apotik.

5. Laboratorium

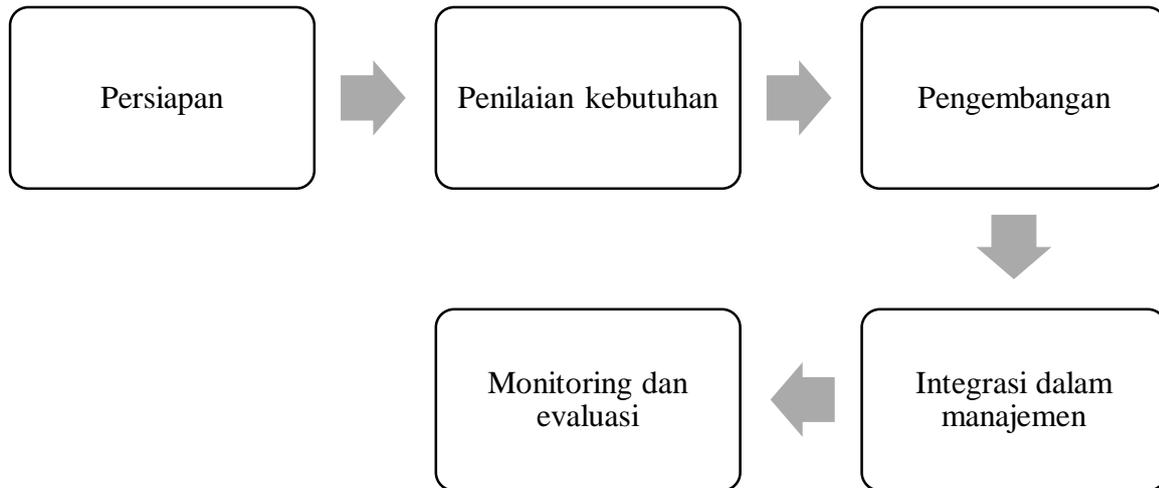
PLK Universitas Airlangga yang bekerja sama dengan Laboratorium dalam menyediakan pemeriksaan lab tanpa dipungut biaya bagi pasien BPJS. Lab juga ikut melaporkan klaim tiap bulan pasien BPJS ke PLK Universitas Airlangga.

4.2. Sistematika Pengembangan dan Penyusunan Standar Operasional Prosedur di PLK Universitas Airlangga

Menyusun pedoman Prosedur Operasional Standar (SOP) yang efektif pada dasarnya menunjukkan bahwa organisasi mempunyai kemauan memperbaiki langkah-langkah kegiatan serta pengambilan keputusan dan memperbaharainya sesuai dengan tuntutan perubahan yang dialami. Pedoman atau manual SOP adalah salah satu modal paling penting bagi organisasi untuk mengendalikan seluruh keputusan dan kegiatan yang dilakukannya dalam koridor yang sistematis dan efektif. Semakin besar organisasi, semakin besar pula tuntutan untuk mempunyai perangkat control yang memadai. Aspek operasi harus sama baik dengan aspek administrasi. Semua itu hanya bias terwujud apabila organisasi memiliki panduan yang jelas tentang pengambilan keputusan dan kegiatannya.

Agar SOP dapat dilaksanakan, maka perlu dibuat jabaran SOP secara teknis yang tertuang dalam intruksi kerja dalam suatu unit kerja, dalam bentuk dokumen dan formulir kerja, serta rekaman dokumen yang berfungsi sebagai control kerja bahwa pekerjaan telah dikerjakan dengan baik. Rekaman berguna untuk analisis data dan peningkatan layanan yang berkesinambungan.

Secara rinci tahapan penyusunan SOP melalui proses sebagai berikut.



1. Persiapan

- a. PLK Unair membentuk tim dan kelengkapan tim yang mana hal ini bertujuan untuk memberikan kewenangan yang cukup dalam melakukan tugas serta dapat melakukan inovasi prosedur sesuai dengan prinsip penyusunan SOP.
- b. PLK Unair memberikan pelatihan bagi anggota tim terkait yang mana hal ini bertujuan agar tim lebih terlatih dalam memahami prinsip penyusunan SOP sehingga SOP yang dibuat sesuai
- c. PLK Unair memberitahukan kepada seluruh unit tentang kegiatan penyusunan SOP yang mana hal ini bertujuan agar seluruh unit mengetahui upaya pimpinan PLK untuk melakukan perubahan terhadap prosedur.

2. Penilaian kebutuhan

- a. PLK Unair menyusun rencana tindak penilaian kebutuhan
Pelaksanaan penilaian kebutuhan yang menyeluruh dapat menjadi sebuah proses yang cukup padat dan memakan waktu yang cukup lama. Oleh karena itu perlu disusun sebuah rencana dan target-target yang jelas, serta pembagian tugas siapa melakukan apa.
- b. PLK Unair melakukan penilaian kebutuhan
Pada tingkatan instansional SOP dapat dibagi ke dalam dua kelompok jenis tugas, yaitu kelompok lini dan pendukung. Selain itu, SOP juga dapat dikelompokkan atas dasar level unit kerja pada instansi.
- c. PLK Unair membuat sebuah daftar mengenai SOP yang akan dikembangkan

Dari tahapan di atas, dapat disusun sebuah daftar mengenai SOP apa saja yang akan disempurnakan maupun dibuatkan yang baru. Setiap SOP yang masuk ke dalam daftar disertai dengan pertimbangan dampak yang akan terjadi baik secara internal maupun eksternal apabila SOP ini dikembangkan dan dilaksanakan. Informasi ini akan memudahkan bagi pengambil keputusan untuk menetapkan kebutuhan SOP yang akan diterapkan dalam organisasi.

d. PLK Unair membuat dokumen penilaian kebutuhan SOP

Sebagai sebuah tahap akhir dari penilaian kebutuhan SOP, tim harus membuat sebuah laporan atau dokumen penilaian kebutuhan SOP. Dokumen memuat hasil kesimpulan semua temuan dan rekomendasi yang didapatkan dari proses penilaian kebutuhan ini.

3. Pengembangan

a. PLK Unair mengumpulkan Informasi dan melakukan identifikasi Alternatif

Berdasarkan penilaian kebutuhan (*need assessment*) dapat ditentukan berbagai informasi yang dibutuhkan untuk pengembangan SOP. Identifikasi informasi yang akan dicari, dapat dipisahkan mana informasi yang dicari dari sumber primer dan mana yang dicari dari sumber sekunder. Ada berbagai kemungkinan teknik pengumpulan informasi yang dapat digunakan untuk mengembangkan SOP, seperti melalui *brainstorming*, *focus group*, wawancara, survey, *benchmark*, telaahan dokumen dan lainnya. Teknik mana yang akan digunakan, sangat terkait erat dengan instrumen pengumpul informasinya.

b. PLK Unair menganalisis dan pemilihan alternatif penulisan SOP

Dengan menggunakan prinsip penyusunan SOP, setiap alternatif prosedur dapat diuji satu per satu. Hasil pengujian akan memberikan informasi mengenai keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif yang diajukan.

c. PLK Unair melakukan pengujian dan Reviu

Tahapan pengujian dan reviu dilakukan melalui dua cara, yaitu:

- 1) Simulasi, yaitu kegiatan menjalankan prosedur sesuai dengan SOP yang telah dibuat, tetapi tidak dengan pelaksana yang sebenarnya, melainkan oleh tim penyusun SOP untuk melihat apakah prosedur yang disusun telah memenuhi prinsip penyusunan SOP, dan;
- 2) Uji Coba, yaitu kegiatan percobaan untuk menjalankan prosedur sesuai dengan SOP yang telah dibuat dengan melibatkan pelaksana yang

sebenarnya sehingga kendala-kendala yang kemungkinan ditemui pada tahapan penerapan nantinya, dapat dikenali terlebih dahulu.

d. PLK Unair melakukan pengesahan SOP

Proses pengesahan merupakan tindakan pengambilan keputusan oleh pimpinan puncak. Proses pengesahan akan meliputi penelitian ulang oleh pimpinan puncak terhadap prosedur yang distandarkan. Namun demikian, pimpinan puncak, yang pada umumnya memiliki tingkat kesibukan yang padat, kadang kala tidak memiliki banyak waktu untuk meneliti secara seksama satu persatu prosedur yang telah dirumuskan oleh tim. Oleh karena itu, jika tim menyusun ringkasan eksekutif (*executive summary*), yang isinya secara garis besar telah diuraikan di atas, akan sangat membantu pimpinan puncak dalam memahami hasil rumusan sebelum melakukan pengesahan.

4. Integrasi dalam manajemen

a. PLK Unair melakukan perencanaan penerapan

Pengembangan atau perubahan SOP harus disertai dengan rencana penerapan yang tepat. Rencana penerapan akan memberikan kesempatan untuk setiap anggota organisasi yang berkepentingan untuk mempelajari dan memahami semua tugas, arahan, dan jadwal serta kebutuhan sumberdaya yang terkait.

b. PLK Unair melakukan pemberitahuan (*notification*)

Langkah selanjutnya dari proses penerapan setelah penyusunan rencana penerapan adalah proses pemberitahuan/penyebarluasan informasi perubahan.

c. PLK Unair melakukan distribusi dan aksesibilitas

Salinan/copy dari berbagai SOP yang dikembangkan harus tersedia untuk semua pelaksana yang terkait dalam SOP tersebut. Jika pelaksana tidak memiliki akses terhadap SOP yang baru dikembangkan, maka SOP tidak dapat diterapkan dengan baik, sehingga mereka tidak dapat dianggap bertanggung-jawab jika terdapat kesalahan prosedur.

d. PLK Unair memberikan pelatihan pemahaman

Penerapan SOP yang efektif terkadang membutuhkan pelatihan untuk pelaksananya. Tergantung dengan kebutuhan dan waktu yang ada, pelatihan bisa dalam bentuk formal atau informal, dilaksanakan dalam kelas ataupun pada pelaksanaan tugas sehari-hari. Tapi apapun bentuknya, yang paling utama adalah program yang dirancang harus dapat memenuhi prinsip-prinsip pendidikan orang dewasa, dengan mempertimbangkan empat komponen

utama: motivasi, alih informasi, kesempatan untuk melatih keterampilan baru, dan peningkatan kemampuan. Pemberian pelatihan dimulai dengan penilaian kebutuhan pelatihan, penyusunan materi pelatihan, pemilihan peserta pelatihan, pemilihan instruktur, serta penjadwalan dan pengadministrasian pelatihan.

5. Monitoring dan evaluasi

a. PLK Unair melakukan monitoring pelaksanaan SOP

Proses ini harus diarahkan untuk membandingkan dan memastikan kinerja pelaksana sesuai dengan maksud dan tujuan yang tercantum dalam SOP yang baru, mengidentifikasi permasalahan yang mungkin timbul, dan menentukan cara untuk meningkatkan hasil penerapan atau menyediakan dukungan tambahan untuk semua pelaksana. Monitoring SOP dilaksanakan secara reguler setiap 6 (enam) bulan sekali sedangkan pelaksanaan monitoring secara umum melekat pada saat SOP dilaksanakan oleh pelaksananya. Dengan menggunakan instrumen-instrumen tersebut selanjutnya dapat ditentukan metode-metode monitoring, yang antara lain dapat berupa:

- 1) Observasi Supervisor. Metode ini menggunakan supervisor di setiap unit kerja sebagai observer yang memantau jalannya penerapan SOP
- 2) Interview dengan pelaksana. Monitoring dilakukan melalui wawancara dengan para pelaksana;
- 3) Interview dengan pelanggan/anggota masyarakat. Pengumpulan informasi dari pihak luar organisasi, terutama para pelanggan atau masyarakat;
- 4) Pertemuan dan diskusi kelompok kerja;
- 5) Pengarahan dalam pelaksanaan. Monitoring juga dapat dilakukan melalui pengarahan-pengarahan dalam pelaksanaan, untuk menjamin agar proses berjalan sesuai dengan prosedur yang telah dibakukan.

b. PLK Unair melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan SOP

SOP secara substansial akan membantu organisasi untuk mewujudkan sebuah komitmen jangka panjang dalam rangka membangun sebuah organisasi menjadi lebih efektif dan kohesif. Tidak selamanya sebuah SOP berlaku secara permanen, karena perubahan lingkungan organisasi selalu membawa pengaruh pada SOP yang telah ada. Oleh karena itulah SOP perlu secara terus menerus dievaluasi agar prosedur-prosedur dalam organisasi selalu merujuk pada akuntabilitas dan kinerja yang baik. Evaluasi SOP secara reguler dilaksanakan

dalam kurun waktu 1 (satu) tahun dan secara insidental dapat dilakukan sesuai kebutuhan organisasi yang bersangkutan.

Tahapan evaluasi dalam siklus penyusunan SOP merupakan sebuah analisis yang sistematis terhadap serangkaian proses operasi dan aktivitas yang telah dibakukan dalam bentuk SOP dari sebuah organisasi dalam rangka menentukan efektivitas pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi secara keseluruhan. Tujuannya adalah untuk melihat kembali tingkat keakuratan dan ketepatan SOP yang sudah disusun dengan proses penyelenggaraan tugas dan fungsi organisasi sehingga organisasi dapat berjalan secara efisien dan efektif. Evaluasi, sebagai langkah tindak lanjut dari tahapan monitoring, dapat meliputi substansi SOP AP itu sendiri atau berkaitan dengan proses penerapannya.

Dalam penentuan mutu, kita harus mengetahui terlebih dahulu sistematika penulisan SOP.

1. Definisi
Berisi istilah dan definisi yang digunakan dalam SOP
2. Tujuan
Berisi tujuan untuk apa saja SOP dibuat
3. Ruang lingkup
Berisi batasan dimana SOP akan digunakan/diterapkan.
4. Referensi
Berisi apa saja yang menjadi acuan dalam pembuatan SOP
5. Prosedur
 - a. Tanggung jawab dan wewenang
Berisi siapa saja yang bertanggung jawab beserta wewenangnya
 - b. Pelaksanaan
Berisi tahapan pekerjaan
 - c. Pemantauan dan pengendalian
Berisi siapa yang akan memastikan SOP diterapkan
6. Diagram alir
Berisi diagram alir dari tahapan pekerjaan
7. Dokumentasi
Berisi formulir yang harus diisi saat SOP diterapkan

4.3. Jenis SOP yang ada di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga telah membuat kurang lebih 91 SOP mulai dari pelayanan hingga pelaporan yang telah disahkan sampai dengan bulan April 2020. Adapun SOP tersebut meliputi

NO	Judul SOP	Kategori SOP	Tanggal Terbit	Tanggal Revisi
1.	Evaluasi Peran Pihak Terkait	Administrasi		
2.	Komunikasi Dan Koordinasi Dengan Pihak Terkait			
3.	Komunikasi Dan Koordinasi			
4.	Komunikasi Visi, Misi, Tujuan, Dan Tata Nilai Pusat Layanan Kesehatan			
5.	Peninjauan Kembali Visi, Misi, Tujuan, Tata Nilai Dan Struktur Organisasi Pusat Layanan Kesehatan			
6.	Sop Penanggung Jawab Kebersihan Ruangan	Administrasi		
7.	Sop Pelaksana Kebersihan Lingkungan			
8.	Pemberian Surat Keterangan Sakit			
9.	Pelayanan Pendaftaran Pasien			
10.	Pelaporan Klaim Bulanan			
11.	Pencatatan Klaim Pasien Bpjs Non Kapitasi Bulanan			
12.	Pencatatan Klaim Mahasiswa Bulanan			
13.	Pengajuan Klaim Rujukan Mahasiswa			
14.	Persiapan E-Survei Kepuasan Pelanggan			
15.	Pelaksanaan E-Survei Kepuasan Pasien			
16.	Penyimpanan Bahan Habis Pakai Non Medis) Di Administrasi Manajemen			
17.	Rujukan Baru Untuk Pasien			
18.	Rujukan Kegawatdaruratan			
19.	Entry Jenis Dan Tarif Tindakan Melalui Sistem Informasi Manajemen			
20.	Pengentrian Jadwal Pelayanan Admin			

NO	Judul SOP	Kategori SOP	Tanggal Terbit	Tanggal Revisi
	Melalui Sistem Informasi Manajemen			
21.	Pengentrian Jadwal Pelayanan Dokter Melalui Sistem Informasi Manajemen			
22.	Pengentrian Jadwal Pelayanan Perawat Melalui Sistem Informasi Manajemen			
23.	Rekapitulasi Kepuasan Terhadap Layanan Admin			
24.	Rekapitulasi Kepuasan Terhadap Layanan Dokter			
25.	Rekapitulasi Kepuasan Terhadap Layanan Perawat			
26.	Rekapitulasi Kepuasan Terhadap Layanan Personal			
27.	Rekapitulasi Pendapatan Menggunakan Sistem Informasi Manajemen			
28.	Rekapitulasi Pasien Sudah Bayar Melalui Sistem Informasi Manajemen			
29.	Registrasi Pasien Baru Dan Pasien Lama Yang Belum Terdaftar Di Sistem Informasi Manajemen (Sim) Melalui Sim			
30.	Penatalaksanaan <i>Scalling</i> Gigi		19 Februari 2018	
31.	Penatalaksanaan Pasien Dalam Pengawasan, Orang Dalam Pemantauan, Dan Suspect Corona Virus Disease (Covid-19)		20 Maret 2020	
32.	<i>Screening</i> Pasien Pada Kondisi <i>Outbreak</i> Corona Virus Disease (Covid-19)		17 Maret 2020	30 Juni 2020
33.	Pemberian Surat Sehat Pada Kondisi <i>Outbreak</i> Corona Virus Disease (Covid-19)		3 April 2020	
34.	Pencabutan Gigi Sulung	Poli Gigi		

NO	Judul SOP	Kategori SOP	Tanggal Terbit	Tanggal Revisi	
35.	Perawatan Pulp Capping Indirect				
36.	Perawatan Pulp Capping Direct				
37.	Penatalaksanaan Sar				
38.	Pelayanan Pasien Di Poli Gigi				
39.	Penumpatan Komposit				
40.	Penatalaksanaan Periodontitis				
41.	Penatalaksanaan Karies				
42.	Penatalaksanaan Gingivitis				
43.	Penatalaksanaan Resesi Gingiva				
44.	Tindakan Open Bur				
45.	Pulpectory Indirect				
46.	Penumpatan Glassionomer				
47.	Penanganan Gigi Tajam				
48.	Mummifikasi				
49.	Pembersihan Karang Gigi				
50.	Penatalaksanaan Abses Rongga Mulut				
51.	Pencabutan Gigi Permanen				
52.	Penyimpanan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Bahan Non Medis) Di Poli Gigi				
53.	Pengentrian Layanan Perawatan Poli Gigi Melalui Sistem Informasi Manajemen Pusat Layanan Kesehatan				
54.	Pelayanan Diagnostik Pasien Di Poli Umum		Poli Umum		
55.	Pembuangan Sput				
56.	Pemberian Oksigen Pada Pasien				
57.	Penggunaan Stetoskop				
58.	Penemuan Pasien Untuk Didaftarkan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Oleh Staf Penanggung Jawab Prolanis				

NO	Judul SOP	Kategori SOP	Tanggal Terbit	Tanggal Revisi
59.	Penemuan Pasien Untuk Didaftarkan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Oleh Petugas Medis Di Poli Umum			
60.	Pengentrian Layanan Perawatan Poli Umum Melalui Sistem Informasi Manajemen Pusat Layanan Kesehatan			
61.	Pembuatan Daftar Calon Peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)			
62.	Penyimpanan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Dan Bahan Non Medis) Di Poli Umum			
63.	<i>Universal Precautions</i>	Poli Umum dan Poli Gigi		
64.	Rujukan Laboratorium			
65.	Rujukan Foto Roentgen			
66.	Stock Opname Obat Di Gudang			
67.	Penatalaksanaan Anafilaktik Shock			
68.	Pasca Pelayanan			
69.	Sterilisasi Alat			
70.	Pengambilan Obat Untuk Pasien			
71.	Pengesahan Surat Keterangan Sakit Bagi Mahasiswa Yang Periksa Di Fktp Lain		19 Februari 2019	
72.	Pentapisan Pasien			
73.	Pengecekan Resep Pasien Oleh Perawat		27 Juni 2019	
74.	Survey Kepuasan Pasien		12 Februari 2018	
75.	Penggunaan Alat Pelindung Diri (Apd) Pada Kondisi Outbreak Corona Virus Disease		27 Mei 2020	

NO	Judul SOP	Kategori SOP	Tanggal Terbit	Tanggal Revisi
	(Covid-19)			
76.	Penerimaan Faktur Pengiriman Persediaan Dari Supplier	Logistic		
77.	Perencanaan Pemesanan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Non Medis)			
78.	Pemesanan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Bahan Non Medis)			
79.	Penerimaan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Bahan Non Medis) Di Gudang			
80.	Penerimaan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Non Medis) Di Poli Umum			
81.	Penerimaan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Non Medis) Di Poli Gigi			
82.	Penerimaan Bahan Habis Pakai (Non Medis) Di Manajemen			
83.	Penyimpanan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Non Medis) Di Gudang			
84.	Pencatatan Penerimaan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Bahan Non Medis) Di Gudang			
85.	Pendistribusian Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis, Dan Non Medis) Ke Plk B Atau C			
86.	Pencatatan Harian Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis Umum & Gigi, Serta Bahan Non Medis) Di Gudang			
87.	Pelaporan Bulanan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis Umum & Gigi, Serta Bahan Non Medis) Gudang Dari Unair Gate Security Management			
88.	Penghapusan Bahan Habis Pakai (Obat,			

NO	Judul SOP	Kategori SOP	Tanggal Terbit	Tanggal Revisi
	Bahan Medis Umum & Gigi, Serta Bahan Non Medis) Gudang Pada Aplikasi Unair Gate Security Management			
89.	Pelaporan Penghapusan Bahan Habis Pakai (Obat, Bahan Medis Umum & Gigi, Serta Bahan Non Medis) Gudang Pada Aplikasi Unair Gate Security Management			
90.	Pembayaran Pasien Melalui Sistem Informasi Manajemen			
91.	Registrasi Pasien Lama Yang Telah Terdaftar Di Sistem Informasi Manajemen			
92.	Rekapitulasi Jumlah Pasien Melalui Sistem Informasi Manajemen			

4.4. SOP yang terdampak selama Pandemi COVID-19

Dalam kondisi pandemic COVID-19, telah banyak hal yang berubah dalam pelayanan PLK Unair mulai dari manajemen sampai pelayanan. Pemerintah juga telah mengeluarkan peraturan-peraturan yang harus diterapkan sesuai dengan protokol kesehatan untuk meminimalisir penularan COVID-19 sehingga diperlukan penyesuaian Standar Operasional Prosedur (SOP). SOP merupakan bentuk panduan bagi pegawai PLK Unair agar dalam menjalankan kegiatan sesuai dengan prosedur pelayanan. PLK Unair dapat merevisi beberapa SOP yang berkaitan dengan pandemic COVID-19 serta PLK Unair juga dapat membuat SOP baru sesuai dengan keadaan dan peraturan pemerintah dalam pencegahan dan pengendalian COVID-19. Adapun SOP tersebut meliputi:

No.	Judul SOP	Keterangan	Tanggal Terbit
1.	SOP <i>Screening</i> Pasien Pada Kondisi <i>Outbreak</i> Corona Virus Disease (COVID-19)	SOP sudah ada, hanya revisi	30 Juni 2020
2.	SOP Pemberian Surat Sehat Pada Kondisi <i>Outbreak</i> COVID-19	SOP sudah ada, hanya revisi	3 April 2020

No.	Judul SOP	Keterangan	Tanggal Terbit
3.	SOP Penatalaksanaan Kasus Suspek, Kasus Probable, Kasus Konfirmasi Dan Kontak Erat COVID-19	SOP sudah ada, hanya revisi	20 Maret 2020
4.	<i>Universal Precautions</i> Saat Kondisi <i>Outbreak</i> COVID-19	SOP sudah ada, hanya revisi	
5.	Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada Kondisi <i>Outbreak Corona Vius Disease</i> (COVID-19)	SOP sudah ada, telah ditelaah, tidak ada revisi	21 Mei 2020
6.	SOP Skrining Pasien COVID-19 di Poli Gigi	Rekomendasi SOP baru	
7.	Pembersihan dan Disinfeksi Permukaan Lingkungan Dalam Konteks COVID-19	Rekomendasi SOP baru	

4.4.1. SOP Screening Pasien Pada Kondisi *Outbreak* Corona Virus Disease (COVID-19)

Penyaringan atau *screening* COVID-19 adalah langkah penting dalam mencegah penularan penyakit yang diakibatkan virus corona ini. *Screening* merupakan tindakan awal yang dilakukan petugas kesehatan terhadap pasien yang datang ke rumah sakit. Tindakan ini menentukan langkah selanjutnya, apakah pasien harus segera dirujuk ke rumah sakit khusus rujukan Covid-19, perlu menjalani tes permulaan, atau bisa diperiksa secara umum sesuai dengan keluhan.

Screening COVID-19 dilakukan oleh petugas medis yang berkompeten sesuai dengan pedoman protokol penanganan COVID-19 yang diterbitkan Kementerian Kesehatan. *Screening* bisa dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas hingga rumah sakit. Prosedur ini penting demi keamanan pasien itu sendiri serta orang lain yang berada di sekitarnya, termasuk petugas medis yang menangani.

Dalam *screening*, diperlukan kerja sama dari pasien demi mendapatkan hasil yang valid. Ketidakjujuran dalam pemberian keterangan akan berakibat fatal karena berpotensi menyebarkan virus corona ke orang-orang yang berinteraksi dengan pasien, khususnya dokter dan perawat.

Screening Pasien pada Kondisi *Outbreak Corona Virus Disease* (COVID-19) yang dilakukan di Pusat Layanan Kesehatan Univeristas Airlangga ini beurpa

pengecekan suhu tubuh pasien sebagai upaya untuk mengetahui kondisi awal pasien sebelum memasuki gedung PLK UNAIR. Dalam SOP sebelumnya yang telah diterbitkan pada tanggal 30 Juni 2020 disebutkan bahwa telah ada perubahan pada penentuan suhu tubuh yang mana dari $\geq 38^{\circ}\text{C}$ menjadi $> 37^{\circ}\text{C}$.

Berdasarkan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19) Revisi 5 edisi Juli 2020 disebutkan bahwa batas suhu tubuh dikatakan aman adalah $\leq 38^{\circ}\text{C}$.

4.4.2. SOP Pemberian Surat Sehat Pada Kondisi *Outbreak* COVID-19

Sejak COVID-19 masuk ke Indonesia, telah banyak upaya yang dilakukan Pemerintah dalam mengendalikan persebaran virus Corona. Salah satunya ialah Pemerintah memberlakukan aturan bahwa setiap warga yang hendak berpergian keluar wilayah menggunakan transportasi umum wajib menunjukkan surat keterangan bebas COVID-19 yang sebelumnya telah dilakukan rapid test atau swab test.

Sejak tanggal 3 April 2020, PLK UNAIR telah menerbitkan SOP pemberian surat sehat pada kondisi *outbreak* COVID-19 yang mana PLK tidak akan mengeluarkan surat sehat jika kegiatan dapat ditunda seperti pendaftaran mahasiswa baru, mengurus SIM dan lain-lain. Namun saat ini PLK UNAIR menerapkan kebijakan baru dalam pemberian surat sehat yang mana PLK UNAIR dapat mengeluarkan surat tersebut dengan keterangan “Tanpa Pemeriksaan COVID-19” sehingga surat tersebut dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

4.4.3. SOP Penatalaksanaan Kasus Suspek, Kasus Probable, Kasus Konfirmasi Dan Kontak Erat COVID-19

Penatalaksanaan Kasus Suspek, Kasus Probable, Kasus Konfirmasi Dan Kontak Erat COVID-19 ini sangat perlu dilakukan petugas PLK UNAIR guna mengetahui dan mencegah persebaran COVID-19 di lingkungan PLK UNAIR. Pada SOP yang diterbitkan tanggal 20 Maret 2020 yang berjudul Penatalaksanaan Pasien Dalam Pengawasan, Orang Dalam Pemantauan dan Suspect COVID-19 ini mengacu pada Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Diseasen(COVID-19) Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Maret 2020.

Pada bulan Juli 2020, Kemenkes RI menerbitkan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Diseasen (COVID-19) Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Revisi 05 terbaru yang mana terdapat sedikit perubahan terkait SOP ini seperti penyebutan Orang Dalam Pemantauan (ODP) menjadi kasus

suspek, pasien Dalam Pengawasan (PDP) menjadi kasus probable dan Orang Tanpa Gejala (OTG) menjadi kontak erat. Selain itu pada penilaian OTG atau kontak erat yang meliputi pasien tidak memiliki gejala, riwayat dari Negara/wilayah importasi atau riwayat dari Negara/wilayah transmisi local menjadi pasien tanpa gejala dan pernah kontak dengan kasus konfirmasi.

4.4.4. *Universal Precautions Saat Kondisi Outbreak COVID-19*

Universal Precaution Saat Kondisi Outbreak COVID-19 adalah suatu proses kegiatan pencegahan penularan penyakit sebelum dilakukan tindakan pelayanan kesehatan di saat kondisi pandemic COVID-19. Penerapan standar ini penting dilakukan untuk melindungi petugas kesehatan dan juga pasien dari resiko penularan mikroorganisme yang berasal dari sumber infeksi. Pada kondisi Pandemi COVID-19 seperti ini, universal precaution yang dilakukan tentunya beda dengan saat sebelum pandemic. Saat pandemi hal tersebut meliputi: selalu mencuci tangan dengan menggunakan sabun/desinfektan SEBELUM dan SESUDAH tindakan, serta menggunakan APD. Penggunaan APD dapat mengacu pada Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri Dalam Menghadapi Wabah COVID-19 yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Tahun 2020.

Hal yang membedakan dari SOP sebelumnya adalah pada langkah hygiene sanitation dan penggunaan APD yang mana pada saat pandemic seperti ini dibutuhkan APD yang sangat lengkap agar mencegah dari penularan penyakit.

4.4.5. *Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada Kondisi Outbreak Corona Vius Disease (COVID-19)*

Dalam penanganan COVID-19, penggunaan APD oleh tenaga kesehatan merupakan hal yang sangat penting. APD yang digunakan diharapkan telah memenuhi standar sehingga efektif untuk mencegah penyebaran virus atau tertular COVID-19. Pada 20 Mei 2020, PLK Unair telah mengesahkan SOP penggunaan APD berdasarkan Standar APD yang dikeluarkan Kemenkes RI dan hingga laporan ini dibuat tidak ada hal yang direvisi karena pedoman yang sampai saat ini dipakai masih sama dan belum ada pembaruan (revisi).

4.4.6. *SOP Screening Pasien COVID-19 di Poli Gigi*

Penyaringan atau *screening* COVID-19 adalah langkah penting dalam mencegah penularan penyakit yang diakibatkan virus corona ini. *Screening* merupakan tindakan awal yang dilakukan petugas kesehatan terhadap pasien yang datang ke

rumah sakit. SOP Screening pasien COVID-19 di poli gigi ini dibuat berdasarkan pedoman PDGI.

4.4.7. Pembersihan dan Disinfeksi Permukaan Lingkungan Dalam Konteks COVID-19

Permukaan lingkungan tempat perawatan kesehatan di mana prosedur-prosedur medis dijalankan lebih mungkin terkontaminasi virus COVID-19.6-8 Karena itu, permukaan-permukaan ini, terutama di tempat di mana pasien COVID-19 dirawat, harus dibersihkan dan didisinfeksi dengan tepat guna mencegah penularan lebih lanjut. Pembersihan membantu membersihkan patogen atau mengurangi beban patogen secara signifikan; pembersihan merupakan langkah pertama yang penting dalam proses disinfeksi. Pembersihan dengan air, sabun (atau detergen netral), dan bentuk tindakan mekanis tertentu (menyikat atau menggosok) membersihkan dan mengurangi debu, serpihan, dan materi-materi organik lain seperti darah, sekresi, dan ekskresi, tetapi tidak membunuh mikroorganisme. Pembersihan dan disinfeksi lingkungan di fasilitas klinis kesehatan di rumah harus mengikuti SOP yang terperinci yang disertai pembagian tanggung jawab yang jelas. Praktik pembersihan dan kebersihan harus dipantau secara rutin. Jumlah staf kebersihan harus direncanakan guna mengoptimalkan praktik pembersihan. Jadwal pembersihan dan waktu selesainya pembersihan harus diberitahukan kepada tenaga kesehatan sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan penilaian risiko yang matang saat melakukan kontak sentuhan dengan permukaan dan peralatan, untuk menghindari mengontaminasi tangan dan peralatan saat merawat pasien.

4.5. Kegiatan tambahan mandiri magang PLK Unair

4.5.1. Revisi SOP yang telah dibuat PLK Universitas Airlangga

PLK Unair telah membuat kurang lebih tujuh puluh SOP mulai dari pelayanan hingga pelaporan, namun SOP tersebut belum disahkan, sehingga perlu untuk direvisi kembali sesuai dengan kondisi PLK saat ini dan sesuai dengan panduan penulisan SOP untuk akreditasi Klinik Pratama.

No	Pelayanan	SOP
1.	Administrasi	Serah terima pendapatan
		Rekap pendapatan
		Penyetoran pendapatan
		Rekap pelayanan non kapitasi BPJS Kesehatan

No	Pelayanan	SOP
		Klaim non kapitasi BPJS Kesehatan Pengecekan kapitasi dan non kapitasi BPJS Kesehatan Penginputan pendapatan di Aplikasi Keuangan Rekonsiliasi pendapatan
2.	Poli Umum	Operasi kecil (lipoma, klavus, verucca, ganglion) Cross incisi abses Angkat jahitan ≤5 Angkat jahitan @ jahitan Extrasi benda asing (THT/Spooling Serumen) Pemasangan infus Ekstrasi kuku Cek GDA Cek asam urat Cek kolestrol Circumsisi Pemeriksaan Kesehatan
3.	Poli Gigi	Surat sehat gigi untuk keperluan khusus Pencabutan gigi permanen anterior dengan penyulit Pencabutan gigi permanen posterior dengan penyulit Curretage tanpa Pack/gigi Operculectomy Pulp Capping Tumpat Gigi Anterior dengan Composite Light Cure per kavitas Tumpat Gigi Posterior dengan Composite Light Cure per kavitas Tumpat Gigi Posterior dengan Composite Light Cure per kavitas dengan basis Perawatan Endodontic akar tunggal (dewasa) Perawatan Endodontic akar ganda dewasa Angkat jahitan post odontektomi/ekstraksi gigi (per

No	Pelayanan	SOP
		jahitan) Bongkar GTSL Fissure sealant per gigi Crown/Inlay/Onlay Porcelain fused to metal (biasa) per gigi Crown Porcelain (estetik)/gigi Full Cast Crown/Inlay/Onlay/gigi Crown Adoro/ gigi Crown Acrilyc/gigi Pasak Fabricated per biji Pasak Tuang per biji GTSL plat acrilyc per rahang + gigi pertama GTL acrilyc per rahang Reparasi Gigi Tiruan per unit Ortodontik lepasan per rahang Ganti Alat Kontrol GTSL plat non acrylic per rahang + gigi pertama Mahkota sementara gigi Inseri crown/inlay/onlay yang lepas per gigi
4.	Bidan Jejaring	ANC PNC Pemasangan IUD/Implan Pencabutan IUD/Implan Pelayanan pra rujukan Pelayanan suntik KB Penanganan komplikasi KB Pelayanan KB-MOP/ Vasektomi

4.5.2. Membagikan Informasi Kesehatan Melalui Media Sosial PLK Universitas Airlangga

Selain pelayanan, PLK UNAIR juga memiliki wadah dalam menyalurkan informasi kesehatan kepada masyarakat luas berupa media social instagram dan facebook yang mana pengaksesnya bukan hanya dari mahasiswa saja melainkan dari masyarakat umum lainnya. Di era digital seperti ini, media social tampaknya lebih diminati oleh berbagai kalangan sehingga PLK UNAIR memilih untuk menyebarkan informasi kesehatan maupun informasi seputar kegiatan PLK melalui media social.

Salah satu kegiatan harian dalam magang online ini adalah membagikan informasi kesehatan melalui media social PLK UNAIR yang mana mahasiswa mencari sumber yang kredibel seperti WHO, Kemenkes, Dinkes, dan lain-lain.

4.5.3. Membuat dan Menyebarkan Kuesioner Survey Kepuasan Pasien PLK Universitas Airlangga

Masyarakat sebagai pengguna jasa layanan kesehatan mengharapkan pelayanan kesehatan yang optimal dalam hal ini mutu pelayanan kesehatan yang layak dan sesuai apa yang diharapkan. Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, salah satu hal yang dilakukan PLK UNAIR adalah melakukan survey kepuasan masyarakat guna mengetahui seberapa puaskah masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh PLK. Hal-hal yang terdapat dalam elemen survey kepuasan pasien ini meliputi data personal, kepuasan pelayanan terhadap petugas dan prosedur pendaftaran, sarana praktik dokter, pelayanan dokter, kebutuhan dan harapan selama pandemic COVID-19, serta saran untuk PLK UNAIR. Tujuan survey kepuasan pasien ini untuk mengetahui seberapa besar kesenjangan anatar harapan dan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang telah didapatkan dari PLK UNAIR.

Jumlah pasien PLK UNAIR bulan Juli 2020 kurang lebih 600 pasien dari PLK B dan PLK C dengan target responden sebanyak 200 responden, 100 responden dari PLK B dan 100 responden dari PLK C. Sejak dibagikannya kuesioner kepada pasien melalui Whatsapp, jumlah responden yang telah didapatkan kurang lebih selama 1 minggu adalah 103 responden.

4.5.4. Membuat Infografis dan Video Pendek

Selain membagikan informasi kesehatan di media social PLK UNAIR setiap harinya, mahasiswa juga ditugaskan untuk membuat infografis dan video pendek yang bersifat edukatif dengan tema bebas. Tema yang saya ambil yaitu:

- a. Infografis 1 : menjaga kesehatan mental selama pandemic COVID-19

- b. Infografis 2 : amankah imunisasi di masa pandemic COVID-19?
- c. Video pendek : olah raga aman di masa pandemic COVID-19

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Menyusun pedoman Prosedur Operasional Standar (SOP) yang efektif pada dasarnya menunjukkan bahwa organisasi mempunyai kemauan memperbaiki langkah-langkah kegiatan serta pengambilan keputusan dan memperbaharunya sesuai dengan tuntutan perubahan yang dialami. Pedoman atau manual SOP adalah salah satu modal paling penting bagi organisasi untuk mengendalikan seluruh keputusan dan kegiatan yang dilakukannya dalam koridor yang sistematis dan efektif.

Dalam kondisi pandemic COVID-19, telah banyak hal yang berubah dalam pelayanan PLK Unair mulai dari manajemen sampai pelayanan. Pemerintah juga telah mengeluarkan peraturan-peraturan yang harus diterapkan sesuai dengan protokol kesehatan untuk meminimalisir penularan COVID-19 sehingga diperlukan penyesuaian Standar Operasional Prosedur (SOP). SOP merupakan bentuk panduan bagi pegawai PLK Unair agar dalam menjalankan kegiatan sesuai dengan prosedur pelayanan. PLK Unair dapat merevisi beberapa SOP yang berkaitan dengan pandemic COVID-19 serta PLK Unair juga dapat membuat SOP baru sesuai dengan keadaan dan peraturan pemerintah dalam pencegahan dan pengendalian COVID-19.

Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga telah membuat kurang lebih 91 SOP mulai dari pelayanan hingga pelaporan yang telah disahkan sampai dengan bulan April 2020. Namun, masih banyak SOP yang belum disahkan dan perlu direvisi sesuai keadaan saat ini.

5.2. Saran

- a. Hasil identifikasi SOP yang terdampak pandemic COVID-19 di PLK UNAIR dapat digunakan sebagai tindak lanjut untuk melengkapi dokumen – dokumen yang belum ada ataupun bisa direvisi sesuai keadaan saat ini
- b. Rekomendasi Standart Operational Procedure (SOP) untuk PLK UNAIR dalam menghadapi pandemic COVID-19 yang telah dibuat dapat segera dilakukan pengkajian dan disahkan agar dapat digunakan untuk melengkapi kebutuhan akreditasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Pedoman kesiapsiagaan menghadapi corona virus disease (Covid-19) direktorat jenderal pencegahan dan pengendalian penyakit Kemenkes RI Juli 2020*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19)*. Jakarta
- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia. 2012. *Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan*. Jakarta
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/328/2020 Tentang Panduan Pencegahan Dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Di Tempat Kerja Perkantoran Dan Industri Dalam Mendukung Keberlangsungan Usaha Pada Situasi Pandemi*. Jakarta
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/104/2020 tentang penetapan infeksi novel coronavirus (infeksi 2019-nCov) sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya*. Jakarta
- Universitas Airlangga. 2020. *Panduan Kewaspadaan dan Pencegahan Corona Virus Disease (COVID-19) Bagi Civitas Akademika UNAIR dan Tamu*. Surabaya
- Yuningsih, Rahmi. 2020. *Promosi Kesehatan Pada Kehidupan New Normal Pandemi Covid-19*. Jakarta: Jurnal Bidang Kesejahteraan Sosial Vol. XII, No 11

LAMPIRAN

Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Nama Mahasiswa : Amelia Metta

Aviariska NIM : 101811123010

Tempat Magang : Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu 1		
06 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Penerimaan dan pembekalan magang PLK UNAIR via zoom2. Mengunggah postingan di media sosial instagram dan facebook @plk.unair3. Membuat surat pernyataan magang4. Membuat rencana kegiatan selama magang	
07 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Mencari literatur terkait topik laporan magang,2. Memposting konten di media sosial instagram dan facebook @plk.unair tentang protokol kesehatan saat di transportasi umum	
10 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Membuat form survey kepuasan pasien di google form,2. Mencari bahan literatur untuk laporan magang,3. Mencari bahan literatur infografis,4. Memposting konten di instagram dan facebook @plk.unair	
11 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Memposting konten di instagram dan facebook @plk.unair2. Menyusun bahan infografis	

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
12 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> Membuat infografis 1 tentang kesehatan mental di masa pandemic COVID-19 Memposting konten di instagram dan facebook @plk.unair 	
13 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> Memposting konten di instagram dan facebook @plk.unair Mencari bahan literatur infografis 2 	
14 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> Memposting konten di sosial media @plk.ua tentang jenis makanan yang boleh dikonsumsi dan tidak pada pasien DBD, Finishing infografis 1 tentang kesehatan mental saat pandemic COVID-19 	
Minggu 2		
17 Agustus 2020	LIBUR HARI KEMERDEKAAN RI	
18 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> Membuat SOP Administrasi, Memposting konten tentang pencegahan dan pengendalian hipertensi di instagram dan facebook @plk.unair 	
19 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> Melanjutkan mengerjakan diagram alur SOP Admin Memposting konten di instagram dan facebook @plk.unair 	
20 Agustus 2020	LIBUR TAHUN BARU HIJRIYAH 1442 H	
21 Agustus 2020	LIBUR CUTI BERSAMA	
Minggu 3		

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
24 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat infografis 2 tentang imunisasi aman dimasa pandemic COVID-19 2. Mengupload konten di instagram dan facebook @plk.ua 	
25 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat video pendek, 2. Mengupload konten di instagram dan facebook @plk.unair 	
26 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposting konten di instagram dan facebook @plk.unair 2. Revisi SOP administrasi 	
27 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengupload konten di instagram dan facebook @plk.unair, 2. Melanjutkan merevisi SOP, 3. Membagikan kuesioner survey kepuasan pasien 	
28 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengupload konten di instagram dan facebook plk unair, 2. Reminder responden survey kepuasan pasien, 3. Melanjutkan merevisi SOP 	
Minggu 4		
31 Agustus 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposting konten di instagram, membuat laporan, 2. Menyebarkan kuesioner survey kepuasan pasien plk 3. Konsultasi terkait laporan magang dengan pembimbing departemen 	
1 September 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposting konten di instagram dan facebook plk unair, 2. Membuat laporan 3. Reminder responden survey kepuasan pasien plk 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
2 September 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengupload konten di instagram dan facebook plk unair, 2. Membuat laporan, 3. Mereminder responden survey kepuasan pasien 4. Merevisi video pendek 	
3 September 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengupload konten di instagram dan facebook plk unair, 2. Reminder responden survey kepuasan pasien 	
4 September 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengupload konten di instagram dan facebook plk unair, 2. Membuat laporan, 3. Mereminder responden survey kepuasan pasien 4. Merevisi infografis 	

	SCREENING PASIEN PADA KONDISI OUTBREAK CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)		 PUSAT LAYANAN KESEHATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal terbit :	
	Halaman :		
Klinik Pratama PLK-UA Kampus C UNAIR	Tanda Tangan :		<u>Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.</u> NIP. 196604201992032002

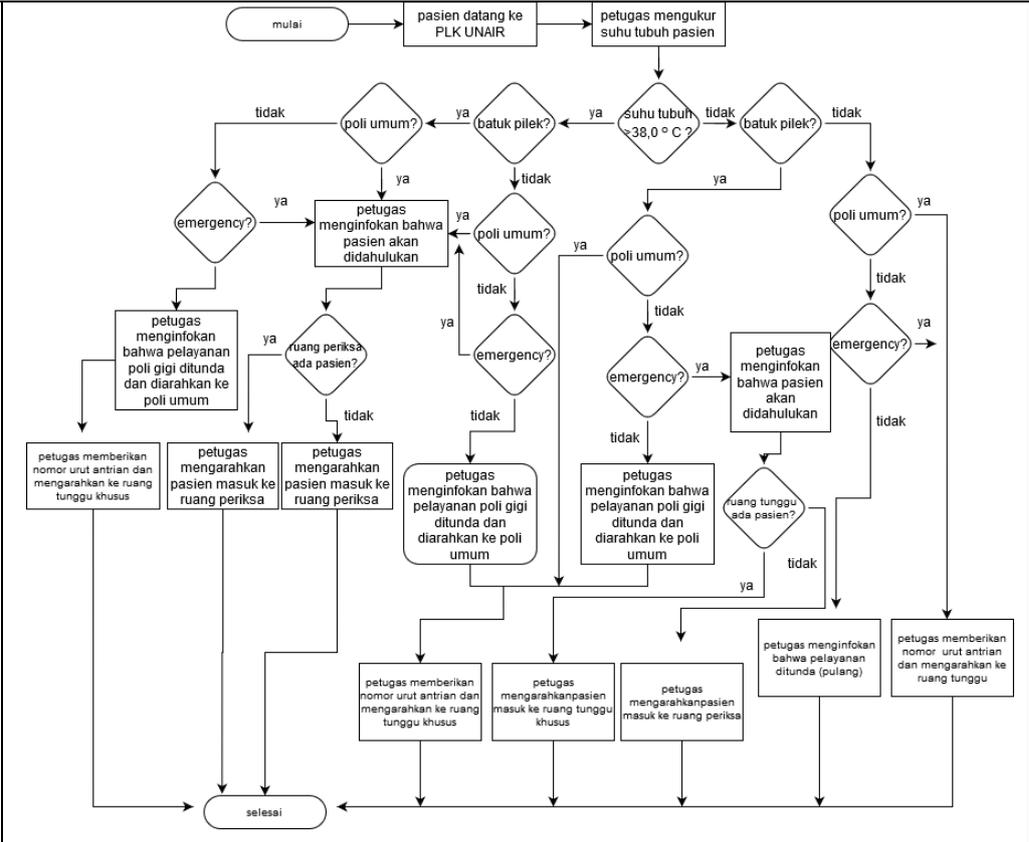
1. Pengertian	Screening pasien pada kondisi outbreak corona virus disease (COVID-19) adalah kegiatan pemeriksaan suhu tubuh pasien di PLK Unair sebagai upaya untuk mengetahui kondisi awal pasien sebelum pasien masuk gedung PLK Unair
2. Tujuan	Sebagai acuan pegawai PLK untuk melaksanakan kesiapsiagaan menghadapi COVID-19 di Pusat Layanan Kesehatan Unair.
3. Kebijakan	Surat Penetapan Ketua Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga Nomor UN3.21/C/A.I.00.SK.00004.03/2020 tentang Pelayanan Kesehatan pada Kondisi Outbreak Corona Virus Disease (COVID-19)
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/104/2020 tentang penetapan infeksi novel coronavirus (infeksi 2019-nCov) sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya; 2. Pedoman kesiapsiagaan menghadapi corona virus disease (Covid-19) direktorat jenderal pencegahan dan pengendalian penyakit Kemenkes RI Juli 2020; 3. Panduan kewaspadaan dan pencegahan corona virus (COVID-19) bagi sivitas akademika Unair dan tamu; 4. Kerjasama antisipasi penyebaran novel coronavirus (infeksi 2019-nCov) BPJS Kesehatan dengan PLK Unair.
5. Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat : Termometer Infrared 2. Bahan :

<p>6. Prosedur / Langkah-langkah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas administrasi pendaftaran mengukur suhu tubuh pasien yang datang 2. Petugas administrasi menanyakan kondisi kesehatan (batuk, pilek, dan sakit gigi) pasien yang datang dan poli tujuan. 3. Apabila pasien berobat ke poli umum dengan suhu tubuh >38,0 tanpa batuk pilek maka petugas administrasi pendaftaran menginfokan bahwa pasien akan didahulukan untuk masuk ruang periksa. Jika dalam ruang periksa masih ada pasien yang diperiksa maka diarahkan ke ruang tunggu khusus. 4. Apabila pasien berobat ke poli umum dengan suhu tubuh >38,0 dan mengalami batuk pilek, maka petugas administrasi pendaftaran menginfokan bahwa pasien akan didahulukan untuk masuk ruang periksa. Jika dalam ruang periksa masih ada pasien yang diperiksa maka diarahkan ke ruang tunggu khusus. 5. Apabila pasien berobat ke poli umum dengan suhu tubuh ≤38,0 dan tidak mengalami batuk pilek, maka petugas administrasi pendaftaran memberikan nomor urut pendaftaran pelayanan sesuai antrian dan diarahkan menunggu di ruang tunggu. 6. Apabila pasien berobat ke poli umum dengan suhu tubuh ≤38,0 dan mengalami batuk pilek, maka petugas administrasi pendaftaran memberikan nomor urut pendaftaran pelayanan sesuai antrian dan diarahkan menunggu di ruang tunggu khusus. 7. Apabila pasien berobat ke poli gigi dengan suhu tubuh >38,0 tanpa batuk pilek dan tidak emergency maka petugas administrasi pendaftaran memberikan nomor urut pendaftaran pelayanan sesuai antrian dan diarahkan ke ruang tunggu khusus. 8. Apabila pasien berobat ke poli gigi dengan suhu tubuh >38,0 tanpa batuk pilek dan kondisi emergency maka petugas administrasi menginfokan bahwa pelayanan didahulukan dan diarahkan ke poli gigi. Jika dalam ruangan poli gigi masih ada pasien yang diperiksa maka diarahkan ke ruang tunggu khusus. 9. Apabila pasien berobat ke poli gigi dengan suhu tubuh >38,0 dengan batuk pilek dan tidak emergency maka petugas administrasi
--	---

pendaftaran menginfokan bahwa pelayanan gigi ditunda dan diarahkan konsultasi ke poli umum. Petugas administrasi memberikan nomor urut pendaftaran pelayanan sesuai antrian dan diarahkan ke ruang tunggu khusus.

10. **Apabila pasien berobat ke poli gigi dengan suhu tubuh >38,0 dengan batuk pilek dan kondisi emergency** maka petugas administrasi menginfokan bahwa pelayanan gigi didahulukan. Jika dalam ruangan poli gigi masih ada pasien yang diperiksa maka diarahkan ke ruang tunggu khusus.
11. **Apabila pasien berobat ke poli gigi dengan suhu tubuh \leq 38,0 dengan batuk pilek dan tidak emergency** maka petugas administrasi pendaftaran menginfokan bahwa pelayanan gigi ditunda dan diarahkan konsultasi ke poli umum. Petugas administrasi pendaftaran memberikan nomor urut pendaftaran pelayanan sesuai antrian dan diarahkan ke ruang tunggu khusus.
12. **Apabila pasien berobat ke poli gigi dengan suhu tubuh \leq 38,0 dengan batuk pilek dan kondisi emergency** maka petugas administrasi menginfokan bahwa pelayanan gigi didahulukan. Jika dalam ruangan poli gigi masih ada pasien yang diperiksa maka diarahkan ke ruang tunggu khusus.
13. **Apabila pasien berobat ke poli gigi dengan suhu tubuh \leq 38,0 tanpa batuk pilek dan tidak emergency** maka petugas administrasi pendaftaran menginfokan bahwa pelayanan gigi ditunda (pasien diminta untuk pulang)
14. **Apabila pasien berobat ke poli gigi dengan suhu tubuh \leq 38,0 tanpa batuk pilek dan kondisi emergency** maka petugas administrasi memberikan nomor urut pendaftaran pelayanan sesuai antrian dan diarahkan ke ruang tunggu.

7. Diagram Alir



8. Unit Terkait

1. Administrasi pendaftaran
2. Administrasi manajemen

9. Dokumen Terkait

Rekam medis

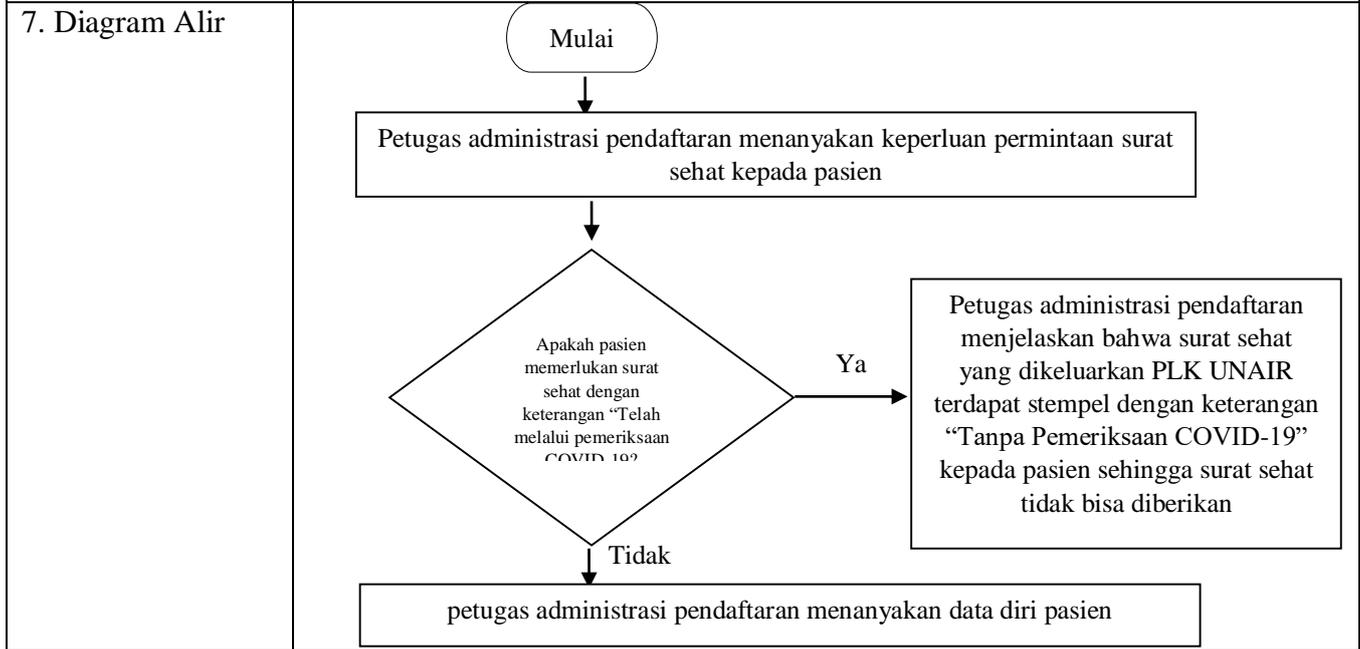
10. Rekaman Histori Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1.	Suhu tubuh	>37,8 °C menjadi >38,0 °C	

	PEMBERIAN SURAT SEHAT PADA KONDISI OUTBREAK CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)		
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal terbit :	
	Halaman :		
Klinik Pratama PLK-UA Kampus C UNAIR	Tanda Tangan :		<u>Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.</u> NIP. 196604201992032002

1. Pengertian	Pemberian surat sehat pada kondisi <i>outbreak</i> Corona Virus Disease (COVID-19) adalah kegiatan pemberian surat keterangan berbadan sehat dan tidak menunjukkan gejala yang mengarah pada kemungkinan COVID-19 kepada pasien yang membutuhkan dan tidak bisa ditunda pemberiannya
2. Tujuan	Sebagai acuan pegawai PLK untuk melaksanakan pemberian surat sehat saat kondisi <i>outbreak</i> Corona Virus Disease (COVID-19)
3. Kebijakan	Surat Penetapan Ketua Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga Nomor UN3.21/C/A.I.00.SK.00004.03/2020 tentang Pelayanan Kesehatan pada kondisi <i>Outbreak</i> Corona Virus Disease (COVID-19)
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/104/2020 tentang penetapan infeksi novel coronavirus (infeksi 2019-nCov) sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya 2. Pedoman kesiapsiagaan menghadapi Corona Virus Disease (Covid-19) Direktorat jenderal pencegahan dan pengendalian penyakit Kemenkes RI Juli 2020 3. Panduan kewaspadaan dan pencegahan Corona virus (covid-19) bagi civitas akademika UNAIR dan tamu 4. Kerjasama antisipasi penyebaran novel coronavirus (infeksi 2019-nCov) BPJS kesehatan dengan PLK Unair
5. Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat : Handphone 2. Bahan :

<p>6. Prosedur / Langkah-langkah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas administrasi pendaftaran menanyakan keperluan permintaan surat sehat kepada pasien 2. Petugas administrasi pendaftaran menanyakan apakah instansi tujuan memerlukan surat sehat dengan keterangan “Telah melalui pemeriksaan COVID-19” kepada pasien 3. Jika ya, Petugas administrasi pendaftaran menjelaskan bahwa surat sehat yang dikeluarkan PLK UNAIR terdapat stempel dengan keterangan “Tanpa Pemeriksaan COVID-19” kepada pasien sehingga surat sehat tidak bisa diberikan 4. Jika tidak, maka petugas administrasi pendaftaran menanyakan data diri pasien 5. Petugas administrasi pendaftaran menanyakan apakah pasien memiliki gejala awal ISPA: demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; dan disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/sesak nafas/sakit tenggorokan/pilek/pneumonia ringan hingga berat 6. Jika ya, petugas administrasi pendaftaran menginfokan ke pasien agar melakukan <i>Self isolated</i> dan memberi rujukan untuk dilakukan tes rapid atau swab 7. Jika tidak, petugas administrasi pendaftaran bisa memberikan surat sehat dengan stempel keterangan “Tanpa Pemeriksaan COVID-19” 8. Petugas administrasi pendaftaran melaporkan data diri pasien ke manajemen 9. Petugas melaporkan ke Dinas Kesehatan (dr. Ponco 0812 1790 5673)
--------------------------------------	---



	<pre> graph TD A{apakah pasien memiliki gejala awal ISPA?} -- Ya --> B[petugas administrasi pendaftaran menginfokan ke pasien agar melakukan Self isolated dan memberi rujukan untuk dilakukan tes rapid atau swab] A -- Tidak --> C[petugas administrasi pendaftaran bisa memberikan surat sehat dengan stempel keterangan "Tanpa Pemeriksaan COVID-19"] C --> D[Petugas administrasi pendaftaran melaporkan data diri pasien ke manajemen dan Dinas Kesehatan] D --> E([Selesai]) </pre>
8. Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrasi pendaftaran 2. Administrasi umum 3. Manajemen 4. Dinas Kesehatan
9. Dokumen Terkait	Rekam medis

10. Rekaman Histori Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1.	Penggunaan surat sehat	Pemberian surat sehat dengan keterangan stempel "Tanpa Pemeriksaan COVID-19"	

	PENATALAKSANAAN KASUS SUSPEK, KASUS PROBABLE, KASUS KONFIRMASI DAN KONTAK ERAT COVID-19		
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal terbit :	
	Halaman :		
Klinik Pratama PLK-UA Kampus C UNAIR	Tanda Tangan :	Dr. <u>Ernawaty, drg., M.Kes.</u> NIP. 196604201992032002	

1. Pengertian	Penatalaksanaan Kasus Suspek, Kasus Probable, Kasus Konfirmasi Dan Kontak Erat Covid-19 adalah kegiatan penanganan pasien terkait corona virus (COVID-19) yang dilakukan oleh Pusat Layanan Kesehatan UNAIR
2. Tujuan	Sebagai acuan pegawai PLK untuk melaksanakan kesiapsiagaan menghadapi COVID-19 di Pusat Layanan Kesehatan UNAIR.
3. Kebijakan	Surat Penetapan Ketua Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga Nomor UN3.21/C/A.I.00.SK.00004.03/2020 tentang Ketentuan Pelayanan Kesehatan Pada Kondisi Outbreak Corona Virus Disease (Covid-19)
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/104/2020 tentang penetapan infeksi novel coronavirus (infeksi 2019-nCov) sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya; 2. Pedoman kesiapsiagaan menghadapi corona virus disease (Covid-19) direktorat jenderal pencegahan dan pengendalian penyakit Kemenkes RI Juli 2020; 3. Panduan kewaspadaan dan pencegahan corona virus (COVID-19) bagi sivitas akademika Unair dan tamu; 4. Kerjasama antisipasi penyebaran novel coronavirus (infeksi 2019-nCov) BPJS Kesehatan dengan PLK Unair.
5. Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat : handphone 2. Bahan :
6. Prosedur /	A. Bagi Civitas Akademika Unair (mahasiswa, dosen, tenaga

Langkah-langkah	<p>kependidikan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter menanyakan keluhan pasien (anamnesis) 2. Dokter melakukan pemeriksaan vital 3. Apabila pasien dengan gejala antara lain: <ol style="list-style-type: none"> a) Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; dan b) disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/ sesak nafas/ sakit tenggorokan/pilek/ pneumonia ringan hingga berat c) Tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan d) Dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala, dengan memenuhi salah satu kriteria: <ol style="list-style-type: none"> i. Riwayat perjalanan atau tinggal di luar negeri yang melaporkan transmisi lokal atau ii. Memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di area transmisi lokal di Indonesia <p>Maka pasien dinyatakan sebagai Kasus Suspek COVID-19</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Apabila pasien tidak ada gejala sebagaimana disebutkan pada nomor 3 a,b,c namun memiliki riwayat kontak dengan pasien positif covid-19 (kasus konfirmasi), maka pasien dinyatakan sebagai Kontak Erat dan diberikan edukasi untuk melakukan karantina mandiri serta dilakukan pemantauan selama 14 hari. 5. Apabila pasien ada gejala sebagaimana disebutkan pada nomor 3, namun TIDAK memiliki riwayat perjalanan dari LN atau tinggal di LN atau riwayat perjalanan atau tinggal di area transmisi lokal covid-19 dan tidak memiliki riwayat kontak dengan pasien positif covid-19 atau probable covid-19, maka dokter memberikan obat sesuai diagnosis. 6. Apabila pasien ditetapkan sebagai kasus suspek, selanjutnya dokter merujuk pasien ke Rumah Sakit Universitas Airlangga (telp: Ext.0 +62 31591 6290) 7. Apabila pasien dengan gejala antara lain: <ol style="list-style-type: none"> a) Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; dan
-----------------	---

- b) disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/ sesak nafas/ sakit tenggorokan/ pilek/ **pneumonia ringan hingga berat** ; dan
- c) Tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.
- d) Dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala, dengan memenuhi salah satu kriteria:
 - i. Riwayat perjalanan atau tinggal di luar negeri yang melaporkan transmisi lokal atau
 - ii. Memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di area transmisi lokal di Indonesia
- e) Mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) dalam 1 minggu terakhir

Maka pasien ditetapkan sebagai kasus probable

Catatan:

ISPA berat atau pneumonia berat dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Pasien remaja atau dewasa dengan demam atau dalam pengawasan infeksi saluran napas, ditambah satu dari: frekuensi napas >30 x/menit, distress pernapasan berat, atau saturasi oksigen (SpO₂) <90% pada udara kamar.
- b. Pasien anak dengan batuk atau kesulitan bernapas, ditambah setidaknya satu dari berikut ini:
 - 1) sianosis sentral atau SpO₂ <90%;
 - 2) distress pernapasan berat (seperti mendengkur, tarikan dinding dada yang berat);
 - 3) tanda pneumonia berat: ketidakmampuan menyusui atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang.
 - 4) Tanda lain dari pneumonia yaitu: tarikan dinding dada, takipnea :<2 bulan, ≥60x/menit; 2–11 bulan, ≥50x/menit; 1–5 tahun, ≥40x/menit;>5 tahun, ≥30x/menit

8. Apabila pasien menunjukkan gejala sebagaimana disebutkan pada

nomor 4, namun TIDAK memiliki riwayat perjalanan dari LN atau tinggal di LN atau riwayat perjalanan atau tinggal di area transmisi lokal covid-19 dan memiliki riwayat kontak dengan pasien positif covid-19 atau probable** covid-19, maka dokter menetapkan sebagai kasus probable

9. Apabila pasien ditetapkan sebagai pasien **kasus probable**, selanjutnya dokter merujuk pasien ke Rumah Sakit Universitas Airlangga (telp: Ext.0 +62 31591 6290)
10. Pihak manajemen melaporkan kasus suspek, kasus probable dan kontak erat ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya Dinas Kesehatan Kota Surabaya (telp: +62 812 1790 5673) dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Jam Kerja Telp: (031) 8430313 atau jam 18.00-21.00 WIB dan hari libur Telp: 081-334-367-800).

B. Bagi Masyarakat Umum (bukan civitas akademika)

1. Dokter menanyakan keluhan pasien (anamnesis)
2. Dokter melakukan pemeriksaan vital
3. Apabila pasien dengan gejala antara lain:
 - a) Demam ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; dan
 - b) disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/ sesak nafas/ sakit tenggorokan/pilek/ pneumonia ringan hingga berat
 - c) Tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan
 - d) Dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala, dengan memenuhi salah satu kriteria:
 - i. Riwayat perjalanan atau tinggal di luar negeri yang melaporkan transmisi lokal atau
 - ii. Memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di area transmisi lokal di Indonesia

Maka pasien dinyatakan sebagai Kasus Suspek COVID-19

4. Apabila pasien tidak ada gejala sebagaimana disebutkan pada nomor 3, maka pasien diberikan edukasi.

5. Apabila pasien ada gejala sebagaimana disebutkan pada nomor 3, namun TIDAK memiliki riwayat perjalanan dari LN atau tinggal di LN atau riwayat perjalanan atau tinggal di area transmisi lokal covid-19 dan tidak memiliki riwayat kontak dengan pasien positif covid-19 atau probable covid-19, maka dokter memberikan obat sesuai diagnosis.
6. Apabila pasien ditetapkan sebagai kasus suspek, selanjutnya dokter merujuk pasien ke Rumah Sakit Universitas Airlangga (telp: Ext.0 +62 31591 6290)
7. Apabila pasien dengan gejala antara lain:
 - a) Demam ($\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; dan
 - b) disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/ sesak nafas/ sakit tenggorokan/ pilek/ **pneumonia ringan hingga berat** ; dan
 - c) Tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.
 - d) Dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala, dengan memenuhi salah satu kriteria:
 - i. Riwayat perjalanan atau tinggal di luar negeri yang melaporkan transmisi lokal atau
 - ii. Memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di area transmisi lokal di Indonesia
 - e) Mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) dalam 1 minggu terakhir

Maka pasien ditetapkan sebagai kasus probable

Catatan:

ISPA berat atau pneumonia berat dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Pasien remaja atau dewasa dengan demam atau dalam pengawasan infeksi saluran napas, ditambah satu dari: frekuensi napas >30 x/menit, distress pernapasan berat, atau saturasi oksigen (SpO₂) $<90\%$ pada udara kamar.
- b. Pasien anak dengan batuk atau kesulitan bernapas, ditambah

setidaknya satu dari berikut ini:

- 1) sianosis sentral atau SpO₂ <90%
- 2) distres pernapasan berat (seperti mendengkur, tarikan dinding dada yang berat)
- 3) tanda pneumonia berat: ketidakmampuan menyusui atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang
- 4) Tanda lain dari pneumonia yaitu: tarikan dinding dada, takipnea :<2 bulan, ≥60x/menit; 2–11 bulan, ≥50x/menit; 1–5 tahun, ≥40x/menit;>5 tahun, ≥30x/menit

8. Apabila pasien menunjukkan gejala sebagaimana disebutkan pada nomor 4, namun TIDAK memiliki riwayat perjalanan dari LN atau tinggal di LN atau riwayat perjalanan atau tinggal di area transmisi lokal covid-19 dan memiliki riwayat kontak dengan pasien positif covid-19 atau probable** covid-19, maka dokter menetapkan sebagai kasus probable
9. Apabila pasien ditetapkan sebagai pasien kasus probable, selanjutnya dokter merujuk pasien ke Rumah Sakit rujukan

Catatan:

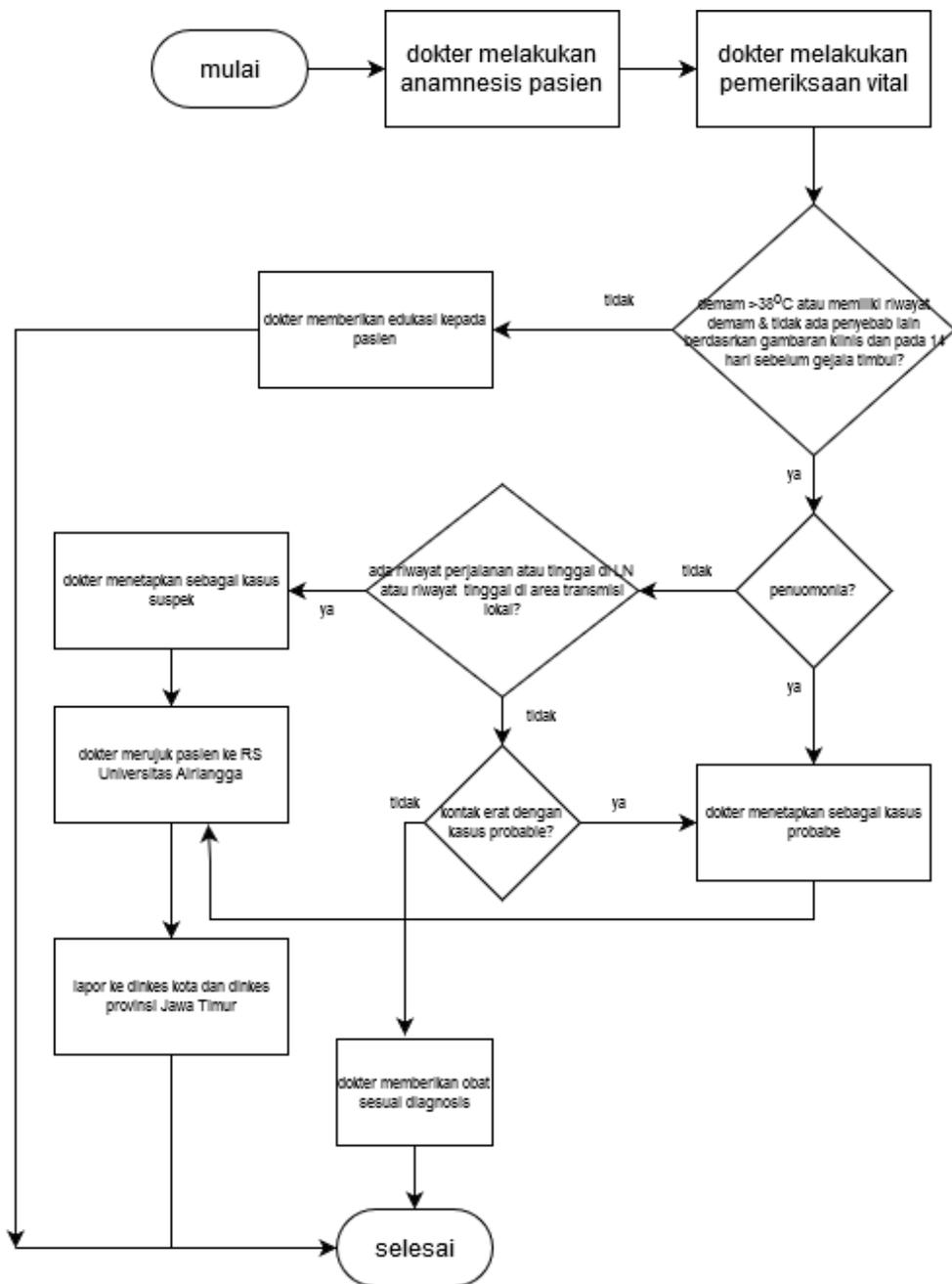
Rumah sakit rujukan pasien infeksi di Surabaya:

- a) RSUD dr Soetomo (CP: dr Eka 0811-3467-819)
- b) RSU Katholik Surabaya (CP: dr. Agung 0812-3519-614)
- c) RSU Adi Husada Undaan Surabaya (CP: (031) 535-5555)
- d) RSU PHC Surabaya (CP: (031) 3294-118)
- e) RSUD Bhakti Dharma Husada Surabaya (CP: dr Agusmawati 0898-1171-717)
- f) RSI Jemursari Surabaya (CP: 031-8471877 ext: 8333)
- g) RSU Siloam Hospital Surabaya (CP: dr Lisa 0812-3537-2479)
- h) RSU Haji Surabaya (CP: dr Afan 0812-3193-4777)
- i) RSU Premier Surabaya (CP: 08113118281)
- j) RSU Husada Utama Surabaya (CP: Niken 0858-1020-0353)
- k) RSU Bhayangkara TK.II HS Samsuero Mertojoso Surabaya (CP: dr Edy 0813-3067-2890 / 0813-3208-9493)

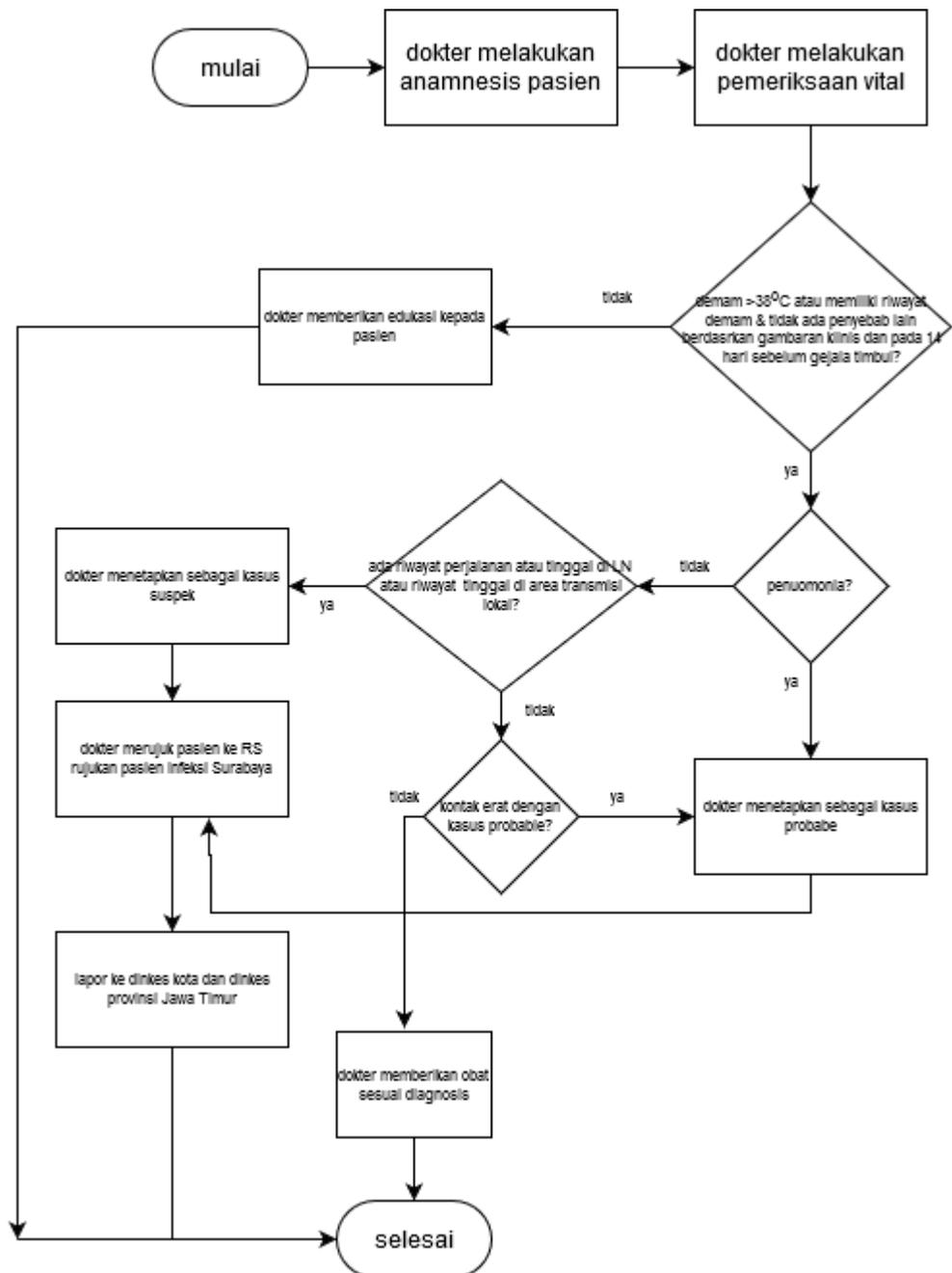
	<ul style="list-style-type: none">l) RSUD Manyar Medical Centre Surabaya (CP: dr Syamsul 0816-5417-674)m) RSUD Universitas Airlangga (CP: 0887-1294-129)n) RSUD National Hospital Surabaya (CP: 0823-5227-6227)o) RSUD Royal Surabaya (CP: dr Mery 0893-5093-041)p) RS Tk III Brawijaya Surabaya (CP: (031) 566 834 3)q) RS Angkatan Laut Dr Ramelan Surabaya (CP: (031) 843 815 3 / (031) 843 815 4)r) RS Jiwa Menur Surabaya (CP: (031) 502 395 2) <p>10. Pihak manajemen melaporkan kasus suspek, kasus probable dan kontak erat ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya Dinas Kesehatan Kota Surabaya (telp: +62 812 1790 5673) dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Jam Kerja Telp: (031) 8430313 atau jam 18.00-21.00 WIB dan hari libur Telp: 081-334-367-800).</p>
--	---

7. Diagram Alir

A. BAGI CIVITAS AKADEMIKA UNAIR



B. BAGI MASYARAKAT UMUM



8. Unit Terkait

1. Poli umum
2. Administrasi pendaftaran
3. Manajemen

9. Dokumen Terkait

Rekam medis

10. Rekaman Histori Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1.	Penyebutan kasus	<ul style="list-style-type: none"> - Orang Dalam Pemantauan (ODP) menjadi kasus suspek - Pasien Dalam Pengawasan (PDP) menjadi kasus probable - Orang Tanpa Gejala (OTG) menjadi kontak erat 	
2.	Kontak Erat / Orang Tanpa Gejala	<p>Penilaian OTG : tanpa gejala, riwayat dari Negara/wilayah importasi atau riwayat dari Negara/wilayah transmisi local</p> <p>Penilaian Kontak Erat: tanpa gejala dan pernah kontak dengan kasus konfirmasi</p>	

	UNIVERSAL PRECAUTION SAAT KONDISI OUTBREAK COVID-19		 PUSAT LAYANAN KESEHATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal terbit :	
	Halaman :		
Klinik Pratama PLK-UA Kampus C UNAIR	Tanda Tangan :		<u>Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.</u> NIP. 196604201992032002

1. Pengertian	<i>Universal Precaution</i> Saat Kondisi <i>Outbreak</i> COVID-19 adalah suatu proses kegiatan pencegahan penularan penyakit sebelum dilakukan tindakan pelayanan kesehatan di saat kondisi pandemic COVID-19.
2. Tujuan	Sebagai acuan bagi dokter dan perawat umum dalam melakukan tindakan untuk melindungi pasien dan petugas kesehatan dari penyebaran penyakit melalui fasilitas kesehatan yang ada guna mendukung pelayanan yang bermutu untuk mencapai kepuasan pelanggan.
3. Kebijakan	Surat Penetapan Ketua Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga Nomor UN3.21/C/A.I.00.SK.00004.03/2020 tentang Ketentuan Pelayanan Kesehatan Pada Kondisi <i>Outbreak Corona Virus Disease (Covid-19)</i>
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 tahun 2014 tentang klinik 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2015 tentang akreditasi Puskesmas, klinik pratama, tempat praktik dokter, dan tempat praktik dokter gigi 4. Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Coronavirus Disease (COVID-19), Februari 2020 5. Rekomendasi Standar Penggunaan APD COVID-19 di Indonesia, Maret 2020
5. Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat : <ol style="list-style-type: none"> a. Sterilisator

	<p>b. Sarung tangan dan alat pelindung lain</p> <p>2. Bahan: -</p>
6. Prosedur / Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter dan perawat umum melepas semua perhiasan yang dipakai 2. Dokter dan perawat umum mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun sebelum memakai APD 3. Dokter dan perawat umum menggunakan APD yang berpedoman pada pencegahan COVID-19 (sarung tangan karet sekali pakai, masker bedah 3ply, gown, pelindung mata) 4. Dokter dan perawat umum mengelola jarum dan alat tajam 5. Dokter dan perawat umum melakukan penatalaksanaan alat dengan pencucian, sterilisasi dan penyimpanan yang tepat 6. Dokter dan perawat umum mengelola limbah dan kebersihan ruangan 7. Dokter dan perawat umum melepas APD, membuang sarung tangan dan masker bedah pada tempat sampah infeksius 8. Dokter dan perawat umum mencuci tangan setelah melakukan pemeriksaan/tindakan pada pasien
7. Diagram Alir	<pre> graph TD Start([mulai]) --> A[Dokter dan perawat umum melepas semua perhiasan yang dipakai] A --> B[Dokter dan perawat umum mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun sebelum memakai APD] B --> C[Dokter dan perawat umum menggunakan APD yang berpedoman pada pencegahan COVID-19] C --> D[Dokter dan perawat umum mengelola jarum dan alat tajam] D --> E[Dokter dan perawat umum melakukan penatalaksanaan alat dengan pencucian, sterilisasi dan penyimpanan yang tepat] E --> F[Dokter dan perawat umum mengelola limbah dan kebersihan ruangan] F --> G[Dokter dan perawat umum melepas APD, membuang sarung tangan dan masker bedah pada tempat sampah infeksius] G --> H[Dokter dan perawat umum mencuci tangan setelah melakukan pemeriksaan/tindakan pada pasien] H --> End([selesai]) </pre>
8. Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poli Umum 2. Poli Gigi
9. Dokumen	-

Terkait	
---------	--

10. Rekaman Histori Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

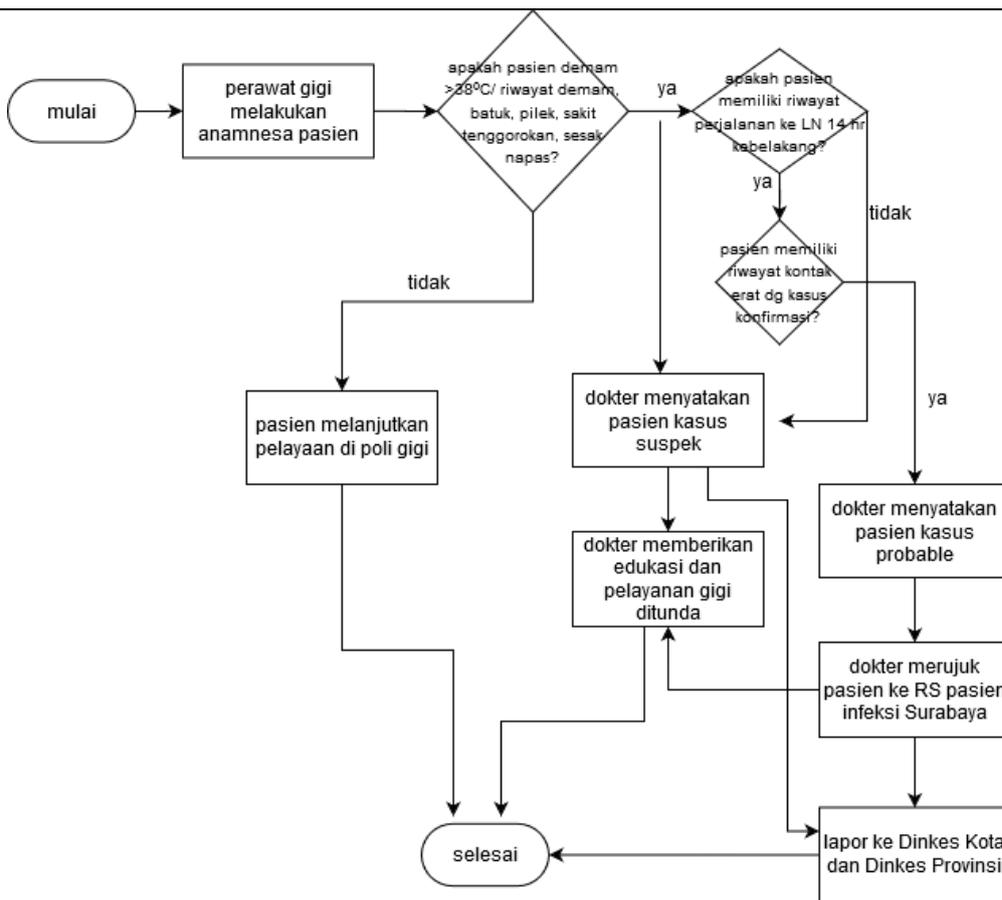
	SKRINING PASIEN COVID-19 (POLI GIGI)		 PUSAT LAYANAN KESEHATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal terbit :	
	Halaman :		
Klinik Pratama PLK-UA Kampus C UNAIR	Tanda Tangan :		<u>Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.</u> NIP. 196604201992032002

1. Pengertian	Skrining pasien COVID-19 adalah kegiatan anamnesis yang dilakukan sebelum tindakan perawatan gigi dan mulut di PLK Unair
2. Tujuan	Sebagai acuan perawat PLK dalam skrining pasien COVID-19 sebelum dilakukan Tindakan perawatan gigi dan mulut.
3. Kebijakan	Surat Penetapan Ketua Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga Nomor UN3.21/C/A.I.00.SK.00004.03/2020 tentang Ketentuan Pelayanan Kesehatan Pada Kondisi <i>Outbreak Corona Virus Disease (Covid-19)</i>
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/104/2020 tentang penetapan infeksi novel coronavirus (infeksi 2019-nCov) sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya; Pedoman kesiapsiagaan menghadapi corona virus disease (Covid-19) direktorat jenderal pencegahan dan pengendalian penyakit Kemenkes RI Juli 2020; Panduan kewaspadaan dan pencegahan corona virus (COVID-19) bagi sivitas akademika Unair dan tamu; Formulir Skrining pasien COVID-19 dari Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI)
5. Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> Alat : Bahan : formulir skrining pasien COVID-19
6. Prosedur / Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> Perawat menanyakan kepada pasien apakah mengalami gejala awal seperti: <ol style="list-style-type: none"> Demam >38°C/ Riwayat demam

- b. Batuk/pilek/nyeri tenggorokan
 - c. Sesak napas
2. Petugas menanyakan kepada pasien tentang **faktor resiko** seperti:
 - a. Apakah pasien memiliki Riwayat perjalanan ke luar negeri atau kota-kota terjangkit di Indonesia dalam waktu 14 hari sebelum timbul gejala. Jika YA, pasien menyebutkan nama negara/kota
 - b. Apakah pasien memiliki Riwayat paparan salah satu atau lebih:
 - 1) Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 **ATAU**
 - 2) Bekerja atau mengunjungi fasilitas Kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 **ATAU**
 - 3) Memiliki Riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi) **ATAU**
 - 4) Memiliki demam (>38°C) atau ada Riwayat demam, memiliki Riwayat perjalanan ke luar negeri atau kontak dengan orang yang memiliki Riwayat perjalanan ke luar negeri
 3. Petugas mengisikan jawaban di formulir skrining pasien COVID-19 dan melakukan penilaian
 4. Apabila pasien tidak memiliki gejala maka pelayanan gigi dapat dilanjutkan
 5. **Apabila pasien memiliki gejala no 1 atau 2 DAN faktor resiko no 1** maka dapat disimpulkan bahwa pasien termasuk **kasus suspek**
 6. Jika pasien dinyatakan kasus suspek, maka dokter memberikan edukasi dan pelayanan gigi DITUNDA
 7. **Apabila pasien memiliki gejala no 1+2+3 DAN faktor resiko no 1 atau 2 DAN salah satu atau lebih factor resiko no 2** maka dapat disimpulkan bahwa pasien termasuk **kasus probable**
 8. Apabila pasien ditetapkan sebagai pasien **kasus probable**, selanjutnya dokter merujuk pasien ke Rumah Sakit Rujukan pasien infeksi dan pelayanan gigi DITUNDA
 9. Pihak manajemen melaporkan kasus suspek dan kasus probable ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya Dinas Kesehatan Kota Surabaya (telp: +62 812 1790 5673) dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Jam Kerja Telp: (031) 8430313 atau jam 18.00-21.00 WIB dan hari libur Telp: 081-334-

367-800).

7. Diagram Alir



8. Unit Terkait

Poli Gigi

9. Dokumen Terkait

Formulir Skrining Pasien COVID-19

10. Rekaman Histori Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

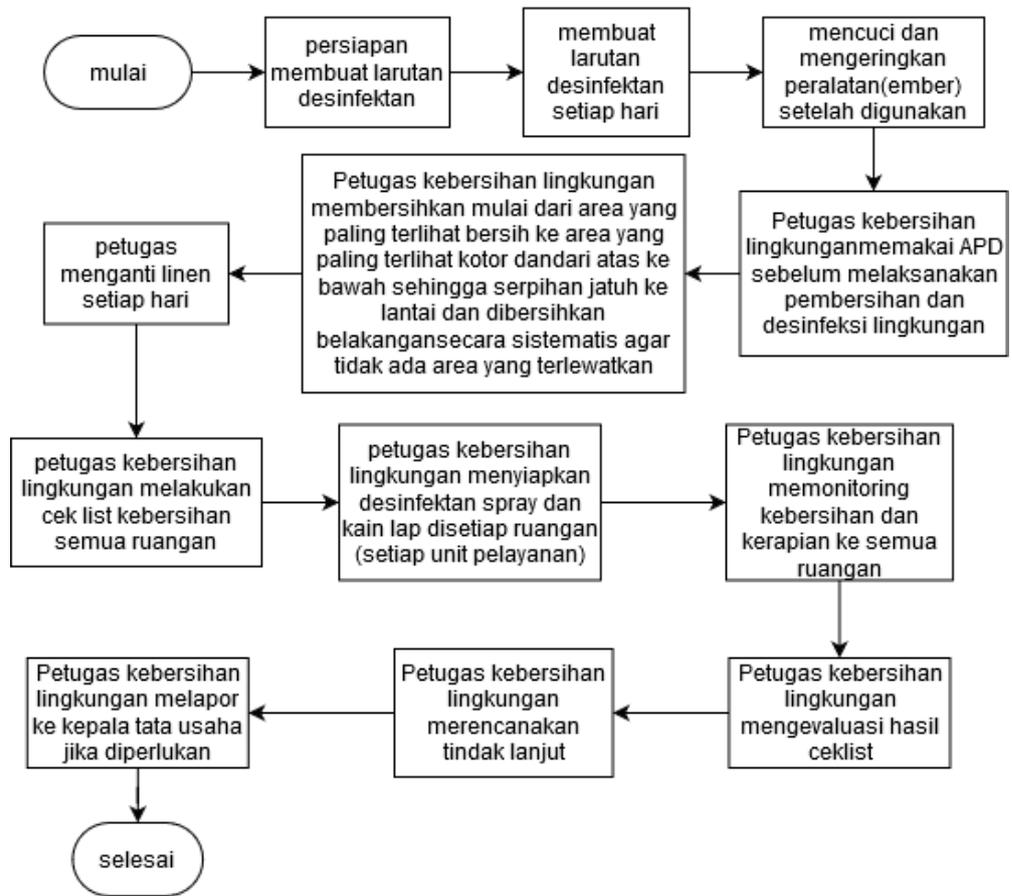
	PEMBERSIHAN DAN DISINFEKSI PERMUKAAN LINGKUNGAN DALAM KONTEKS COVID-19		
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal terbit :	
	Halaman :		
Klinik Pratama PLK-UA Kampus C UNAIR	Tanda Tangan :		<u>Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.</u> NIP. 196604201992032002

1. Pengertian	Pembersihan dan disinfeksi permukaan lingkungan dalam konteks COVID-19 adalah suatu kegiatan yang dilakukan guna meminimalisir transmisi virus COVID-19 di lingkungan PLK UNAIR
2. Tujuan	Sebagai acuan petugas PLK UNAIR dalam melakukan kegiatan pembersihan dan disinfeksi permukaan lingkungan dalam konteks COVID-19
3. Kebijakan	Surat Penetapan Ketua Pusat Layanan Kesehatan Universitas Airlangga Nomor UN3.21/C/A.I.00.SK.00004.03/2020 tentang Ketentuan Pelayanan Kesehatan Pada Kondisi <i>Outbreak Corona Virus Disease (Covid-19)</i>
4. Referensi	Buku panduan WHO tentang Pembersihan dan disinfeksi permukaan lingkungan dalam konteks COVID-19, Mei 2020.
5. Alat dan Bahan	1. Alat : ember, kain, pel 2. Bahan : klorin
6. Prosedur / Langkah-langkah	1. PETUGAS KEBERSIHAN LINGKUNGAN <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kebersihan lingkungan mempersiapkan peralatan untuk membuat larutan disinfeksi 2. Petugas kebersihan lingkungan membuat larutan disinfeksi setiap hari atau setiap gilir 3. Petugas kebersihan lingkungan mencuci dan mengeringkan peralatan (ember) setelah digunakan 4. Petugas kebersihan lingkungan memakai APD sebelum melaksanakan pembersihan dan disinfeksi lingkungan

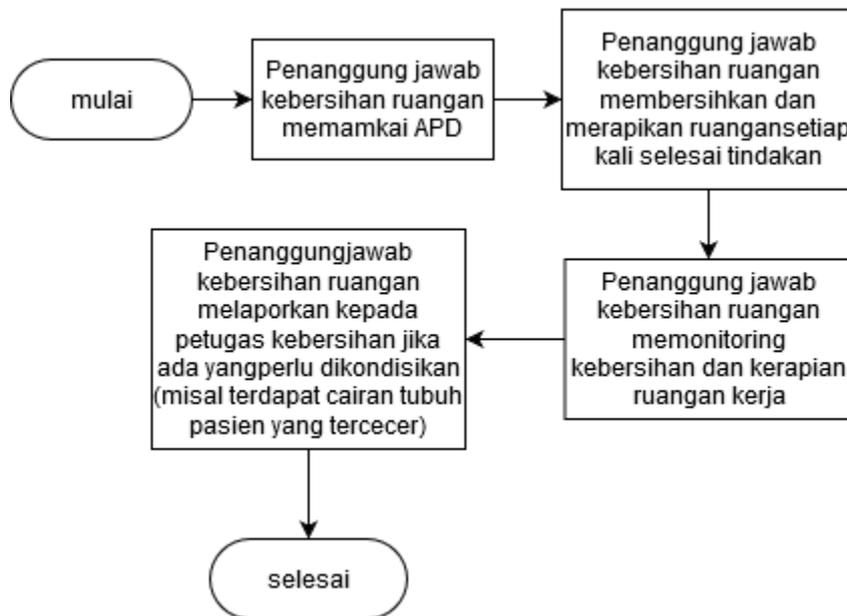
	<ol style="list-style-type: none">5. Petugas kebersihan lingkungan membersihkan mulai dari area yang paling terlihat bersih ke area yang paling terlihat kotor dan dari atas ke bawah sehingga serpihan jatuh ke lantai dan dibersihkan belakangan secara sistematis agar tidak ada area yang terlewatkan. Pembersihan lingkungan dilakukan minimal 2 kali sehari atau setiap saat ketika ada lingkungan yang kotor karena cairan tubuh pasien6. Petugas kebersihan lingkungan mengganti linen setiap hari7. Petugas kebersihan lingkungan melakukan cek list kebersihan semua ruangan8. Petugas kebersihan lingkungan menyiapkan desinfektan spray dan kain lap disetiap ruangan (setiap unit pelayanan)9. Petugas kebersihan lingkungan memonitoring kebersihan dan kerapian ke semua ruangan10. Petugas kebersihan lingkungan mengevaluasi hasil cek list11. Petugas kebersihan lingkungan merencanakan tindak lanjut12. Petugas kebersihan lingkungan melapor ke kepala tata usaha jika diperlukan <p>2. PENANGGUNG JAWAB KEBERSIHAN RUANGAN</p> <ol style="list-style-type: none">1. Penanggung jawab kebersihan ruangan memamkai APD2. Penanggung jawab kebersihan ruangan membersihkan dan merapikan ruangan setiap kali selesai tindakan3. Penanggung jawab kebersihan ruangan memonitoring kebersihan dan kerapian ruangan kerja4. Penanggung jawab kebersihan ruangan melaporkan kepada petugas kebersihan jika ada yang perlu dikondisikan (misal terdapat cairan tubuh pasien yang tercecer)
--	---

7. Diagram Alir

A. PETUGAS KEBERSIHAN LINGKUNGAN



B. PENANGGUNG JAWAB KEBERSIHAN LINGKUNGAN



8. Unit Terkait

1. petugas kebersihan lingkungan
2. penanggung jawab kebersihan lingkungan

9. Dokumen Terkait	Cek list kebersihan
-----------------------	---------------------

10. Rekaman Histori Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

TUGAS TAMBAHAN SELAMA MAGANG

1. Infografis



Infografis 1. Menjaga Kesehatan Mental Saat Pandemi COVID-19



APA ITU IMUNISASI?

Imunisasi merupakan hal yang penting dalam pelayanan kesehatan yang melindungi individu yang rentan dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Dengan memberikan imunisasi tepat waktu, individu dan komunitas tetap terjaga and kemungkinan penularan PD3I berkurang. Kunjungan imunisasi juga bisa digunakan sebagai kesempatan untuk menyebarkan pesan untuk mendorong perilaku untuk mengurangi risiko penyebaran virus COVID-19, mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala-gejala penyakit COVID-19, dan memberi panduan mengenai tindakan yang harus dilakukan jika gejala muncul.

swipe

BEBERAPA HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN SEBELUM MELAKUKAN PELAYANAN IMUNISASI DI PUSKESMAS, POSYANDU MAUPUN PUSKESMAS KELILING.

swipe

- Pastikan petugas kesehatan dalam kondisi sehat (tidak demam, batuk pilek dan lain-lain)
 - Vaksin yang akan digunakan untuk pelayanan dapat dibawa dengan menggunakan *vaccine carrier* yang diisi *coolpack*
- Bersihkan *vaccine carrier* sebelum dan sesudah pelayanan imunisasi (sebelum *vaccine carrier* disimpan kembali) dengan cairan disinfektan
 - Membawa vaksin, logistik dan kit anafilaktik imunisasi lainnya seperlunya dengan memperhatikan jumlah sasaran yang telah dilakukan pendataan sebelumnya

swipe

- Menggunakan masker bedah/masker medis dan apabila tersedia juga memakai sarung tangan pada saat penataan vaksin dalam *vaccine carrier*
 - Vaksin sisa pada pelayanan statis (puskesmas, rumah sakit atau praktek swasta) bisa digunakan pada pelayanan hari berikutnya
- Sebelum dan sesudah penataan vaksin dan logistik imunisasi lainnya harus cuci tangan pakai sabun dan air mengalir atau menggunakan *hand sanitizer*

Sumber: Petunjuk Teknis Pelayanan Imunisasi pada Masa Pandemi COVID-19

swipe

Infografis 2. Amankah Imunisasi saat Pandemi COVID-19?

2. VIDEO PENDEK

Video pendek dapat diakses di link berikut.

<https://drive.google.com/drive/folders/1o2dPuV-OihFTZTHaFMMgGtIFbbGdUgL8?usp=sharing>

3. INFORMASI KESEHATAN

DENGUE FEVER

HAVE ✓	AVOID ✗
Papaya Leaf Juice	Oily/Fried Foods
Coconut Water	Spicy Foods
Pomegranate	Caffeine Beverages
Orange	Non-veg Foods

BERITA ACARA PERBAIKAN

SEMINAR MAGANG

Nama Mahasiswa : Amelia Metta Aviariska
NIM : 101811123010
Dosen Pembimbing : Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
Judul Laporan : Telaah Standar Operasional Prosedur (SOP) Di Era *New Normal*
Pandemi *Coronavirus Disease* (COVID-19)

Telah dilangsungkan Seminar Magang pada:

Hari, Tanggal : Rabu, 30 September 2020
Pukul : 08.00 WIB - selesai
Tempat : Google Meet
Dosen Penguji : 1. Yeni Rahmah H, S.KM
2. Nuzulul Kusuma Putri, S.KM., M.Kes
3. Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes

Surabaya, 9 Oktober 2020



Amelia Metta Aviariska
NIM. 101811123010

BERITA ACARA PERBAIKAN

SEMINAR MAGANG

Nama Mahasiswa : Amelia Metta Aviariska
NIM : 101811123010
Dosen Pembimbing : Iham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
Judul Laporan : Telaah Standar Operasional Prosedur (SOP) Di Era *New Normal*
Pandemi *Coronavirus Disease* (COVID-19)

Telah dilangsungkan Seminar Magang pada:

Hari, Tanggal : Rabu, 30 September 2020

Pukul : 08.00 WIB - selesai

Tempat : Google Meet

No.	Masukan dan Pertanyaan	Halaman	Rencana Perbaikan
1.	Ditambahkan BPJS Ketenagakerjaan pada gambaran umum PLK Unair	15	Telah diperbaiki dan ditambahkan
2.	SOP APD ditambahkan pada tabel Jenis SOP yang terdampak COVID-19	31	Telah ditambahkan dan diperbaiki dengan keterangan "telah ditelaah tanpa revisi"
3.	Mengecek kembali terkait penulisan SOP yang seharusnya dijadikan sebagai pedoman	31-35	Telah diperbaiki
4.	Mengganti NIP menjadi NIK	ii	Telah diperbaiki
5.	Menambahkan BPJS Kesehatan dalam pengklaiman dari Bidan	19	Telah ditambahkan
6.	Menghapus SOP PPI karena dokumen tersebut termasuk dalam pedoman bukan SOP	32, 35, 70	Telah diperbaiki
7.	Menambahkan kebijakan pada SOP yang belum terisi sesuai SK Ketua PLK yang berlaku	64, 67, 77	Telah ditambahkan

8.	Melengkapi dokumen terkait dengan SOP	65	Telah ditambahkan
----	---------------------------------------	----	-------------------

Surabaya, 12 Oktober 2020

Penguji



Yeni Rahmah H, S.KM
NIP. 199406252018013201

BERITA ACARA PERBAIKAN

SEMINAR MAGANG

Nama Mahasiswa : Amelia Metta Aviariska
NIM : 101811123010
Dosen Pembimbing : Iham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
Judul Laporan : Telaah Standar Operasional Prosedur (SOP) Di Era *New Normal* Pandemi
Coronavirus Disease (COVID-19)

Telah dilangsungkan Seminar Magang pada:

Hari, Tanggal : Rabu, 30 September 2020

Pukul : 08.00 WIB - selesai

Tempat : Google Meet

No.	Masukan dan Pertanyaan	Halaman	Rencana Perbaikan
1.	Mempertimbangkan kembali judul laporan yang lebih tepat	1	Akan dirubah dari "Pengembangan" menjadi "Telaah"
2.	Tambahkan penjelasan terkait proses perbaikan dan pembuatan SOP yang terjadi di PLK UNAIR	20	Akan ditambahkan proses pembuatan dan perbaikan SOP sesuai literature dan akan dijelaskan sesuai yang terjadi di PLK UNAIR

Surabaya, 8 Oktober 2020

Penguji,


Nuzulul Kusuma Putri, S.KM., M.Kes
NIP. 198805032014042004

BERITA ACARA PERBAIKAN

SEMINAR MAGANG

Nama Mahasiswa : Amelia Metta Aviariska
NIM : 101811123010
Dosen Pembimbing : Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
Judul Laporan : Telaah Standar Operasional Prosedur (SOP) Di Era *New Normal* Pandemi
Coronavirus Disease (COVID-19)

Telah dilangsungkan Seminar Magang pada:

Hari, Tanggal : Rabu, 30 September 2020

Pukul : 08.00 WIB - selesai

Tempat : Google Meet

No.	Masukan dan Pertanyaan	Halaman	Rencana Perbaikan
1.	Diperhatikan pendokumentasian laporan dan alur pembuatan SOP	20	Teah diperbaiki dan ditambahkan

Surabaya, 8 Oktober 2020

Penguji



Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
NIP. 1986323201504100