



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**

Jl.SimpangRumbio Kota SolokTelp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003  
Website:www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email:rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



**SURAT KEPUTUSAN**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR**  
No. 445/008/PAB/2022

**TENTANG**

**KEBIJAKAN PELAYANAN BEDAH**  
**DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu Pelayanan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan bedah yang bermutu tinggi;
- b. bahwa agar pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir terlaksana dengan baik, perlu adanya Kebijakan Pelayanan Bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir sebagai landasan penyelenggaraan pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir;
- c. bahwa sebagai pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin a dan b tersebut diatas, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir .
- Mengingat : 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX /2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

**MEMUTUSKAN :**

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN BEDAH DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR.**

- KESATU : Kebijakan Pelayanan Bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir sebagaimana tercantum pada Lampiran Keputusan ini.
- KEDUA : Layanan pembedahan yang diberikan harus dapat memenuhi kebutuhan layanan pembedahan dari disiplin yang terkait serta sesuai dengan bentuk layanan bedah yang dimiliki oleh Unit Kamar Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
- KETIGA : Pelayanan pembedahan harus memperhatikan aspek keselamatan pasien.
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Solok  
Pada Tanggal : 02 April 2022  
**DIREKTUR**



**dr. ELVI FITRANETI, Sp.PD. FINASIM**  
**NIP. 19710514 200212 2002**

LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR

TANGGAL : 02 April 2022

NOMOR : 445/008/PAB/2022

**KEBIJAKAN PELAYANAN BEDAH  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR**

**A. Kebijakan Umum**

1. Pelayanan Operasi di Unit Kamar Bedah ini didukung oleh kelompok Dokter Spesialis yang melakukan tindakan operasi atau tindakan invasif; dan juga oleh kelompok perawat khusus yang telah mendapat pendidikan/ pelatihan perawatan Kamar Bedah dan atau perawat yang telah berpengalaman di Kamar Bedah lebih dari 1 (satu) tahun.
2. Pelayanan Bedah dilakukan oleh Dokter Spesialis Bedah dari semua disiplin ilmu yang memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Semua perawat Unit Kamar Bedah harus memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4. Penyediaan tenaga di Unit Kamar Bedah mengacu pada pola ketenagaan.
5. Semua pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien dan setiap petugas harus bekerja sesuai dengan Standar Profesi, Standar Prosedur Operasional yang berlaku, etika profesi dan menghormati hak – hak pasien.
6. Pelayanan Bedah dilaksanakan dalam 24 jam.
7. Tindakan operasi adalah tindakan yang beresiko tinggi, sehingga perlu di design sebaik mungkin untuk meminimalisir resiko infeksi.
8. Kamar operasi di design dengan memperhatikan pembagian area atau zona yang sudah diatur dalam perundang-undangan.
9. Zona kamar operasi dibagi menjadi 4 yaitu
  - a. Zona steril rendah
  - b. Zona steril sedang
  - c. Zona steril tinggi
  - d. Zona steril sangat tinggi
10. Selain zona yang sudah dibagi berdasarkan tingkat kesterilan design kamar operasi juga memperhatikan resiko keselamatan dan keamanan baik untuk pasien dan karyawan.

**B. Kebijakan Khusus**

1. Pelayanan kamar bedah meliputi kegiatan mengidentifikasi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial pasien dan mengimplementasikan asuhan yang bersifat individualistik, mengkoordinasikan semua kegiatan pelayanan dalam rangka memulihkan dan mempertahankan derajat kesehatan pasien sebelum, selama dan sesudah operasi.

2. Asuhan pasien bedah harus direncanakan dengan seksama. Asuhan setiap pasien bedah berdasarkan pada asesmen yang harus dilakukan oleh dokter sebelum menentukan tindakan operasi yang akan dilakukan.
3. Pemilihan tindakan operasi harus memperhatikan riwayat pasien, status fisik, data diagnostik, manfaat dan resiko dari tindakan yang dipilih.
4. Hasil asesment dicatat dalam rekam medis pasien. Asesmen yang dicatat harus menginformasikan tentang:
  - a. Diagnosa pra operasi
  - b. Rencana tindakan dan waktu pelaksanaan tindakan
  - c. Estimasi waktu yang dibutuhkan
  - d. Lokasi dimana akan dilakukan tindakan bedah
  - e. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
5. Proses asesment pra bedah harus dilakukan sesegera mungkin bagi pasien gawat darurat. Untuk pasien yang langsung dilayani oleh dokter bedah, dan pada pasien yang diputuskan dilakukan pembedahan dalam proses perawatan assesmen dilakukan dan dicatat dalam rekam medis, sedangkan pasien yang dikonsultasikan ditengah perawatan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) lain yang diputuskan untuk operasi maka asesmen pra bedah juga dicatat dalam rekam medis.
6. Untuk memenuhi kebutuhan informasi DPJP harus memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga aatau pihak lain yang berwenang memberi keputusan. Informasi yang disampaikan tersebut harus memuat :
  - a. Identitas pasien
  - b. Diagnosa
  - c. Rencana tindakan
  - d. Tujuan tindakan
  - e. Manfaat tindakan
  - f. Tata cara / teknik tindakan
  - g. Dampak dan Alternatif tindakan
  - h. Komplikasi tindakan
  - i. Prognosis
  - j. Rencana pemakaian produk darah bila diperlukan
  - k. Dokter yang akan melakukan tindakan operasi
7. Pemberian informasi dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) didokumentasikan dalam formulir persetujuan tindakan kedokteran.
8. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan operasi diberikan informasi dan edukasi mengenai prosedur yang akan dijalani, komplikasi yang mungkin terjadi serta respon terhadap komplikasi tersebut, prosedur Pre Operasi dan Post Operasi, selanjutnya pasien/ keluarga menandatangani surat pernyataan telah mengerti akan semua penjelasan yang telah diberikan serta menandatangani surat Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*).
9. Pada setiap pasien yang akan dilakukan tindakan operasi prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi selalu dijalankan.

10. Setiap pasien sewaktu dikamar operasi sebelum dilakukan anestesi dilakukan identifikasi meliputi :
  - a. Nama pasien, umur dan diagnose;
  - b. Jenis anestesi dan jenis operasi;
  - c. Lokasi yang akan dioperasi;
  - d. Persetujuan Tindakan Kedokteran (Informed consent).
11. Bila terjadi kecelakaan / kegagalan dari tindak operasi yang dimaksud, hal tersebut dilaporkan kepada Tim *Patient Safety* untuk tindak lanjut.
12. Status fisiologis pasien secara terus menerus dimonitor oleh Tim Anestesi selama pembedahan berlangsung, apabila pasien dioperasi dengan Anestesi Umum atau Regional. Bila pasien dilakukan operasi dengan anestesi lokal maka pemantauan status fisiologis pasien dilakukan oleh Dokter Bedah yang bertanggung jawab. Semua temuan ditulis dan dimasukkan dalam status rekam medis pasien.
13. Penghitungan instrumen dan kasa dilakukan sebelum operasi dan sesudah operasi sebelum penutupan peritoneum, bila terdapat ketidaksesuaian, maka dilakukan penghitungan dan pencarian sebelum luka operasi ditutup.
14. Laporan operasi harus dicatat oleh Dokter Operator segera setelah operasi selesai dan sebelum pasien pindah ke ruang rawatan. Penulisan laporan operasi harus memuat :
  - a. Identitas pasien
  - b. Tanggal dilakukan operasi
  - c. Diagnosa pra operasi dan pasca operasi;
  - d. Nama Dokter operator, asisten dan instrument;
  - e. Nama prosedur dan tehnik pembedahan dari awal insisi sampai dengan jahit luka insisi;
  - f. Jumlah darah yang keluar dan jumlah darah yang masuk jika dilakukan transfusi
  - g. Spesimen bedah untuk pemeriksaan jika ada;
  - h. Catatan komplikasi spesifik tindakan operasi;
  - i. Nomor pendaftaran implan yang dipasang
  - j. Instruksi terapis pasca pembedahan
  - k. Tanggal, waktu dan tandatangan dokter operator yang bertanggung jawab;
  - l. Semua laporan didokumentasikan di dalam form Laporan Operasi
15. Setelah dokter operator menulis laporan operasi, lembar laporan operasi disertakan dalam status pasien;
16. Jika kondisi pasien kritis dan dokter bedah mendampingi pasien dari ruang operasi ke ruangan asuhan intensif lanjutan (misalnya ICU, ICCU dsb), laporan operasi dapat dibuat di daerah asuhan lanjutan
17. Jika pasien dipasang implan maka nomor pendaftaran alat (stiker) ditempel di lembar laporan operasi dalam rekam medis pasien.
18. Sebelum dokter operator meninggalkan kamar operasi laporan operasi harus sudah ditulis dan ditanda tangani.
19. Informasi penjadwalan pasien (baik elektif maupun darurat) didapat dari Unit Rawat Inap, dan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

20. Bila terjadi penemuan diagnosa baru pada pasien selama operasi berlangsung dan membutuhkan konsul cito di meja operasi dengan Dokter Spesialis lain, Dokter Operator dapat menginformasikan kepada Tim Perawat atau Perawat On Loop untuk memanggil Dokter Konsultan yang dimaksud, dan selanjutnya bila keadaan telah memungkinkan, surat konsul dapat dituliskan kemudian dan didokumentasikan di dalam Rekam Medis.
21. Rencana asuhan pascaoperasi ditulis oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), perawat, dan profesional pemberi asuhan lainnya untuk memenuhi kebutuhan segera pasien pasca operasi.
22. Pelaksanaan rencana asuhan pasca bedah didokumentasikan dalam bentuk SOAP dan harus selesai dalam 24 jam.
23. Rencana asuhan pasca operasi diubah berdasarkan atas asesmen ulang pasien.
24. Implant adalah bahan atau materi yang secara buatan di pasang pada tubuh. Banyak tindakan bedah di rumah sakit yang menggunakan implant prostetik antara lain panggul, lutut, clavicula, humerus, radius, ulna, metacarpal, metatarsal, femur, tibia, fibula, dan punggung. Tindakan Operasi seperti ini mengharuskan tindakan yang di modifikasi dengan mempertimbangkan beberapa factor
25. Rumah sakit menerapkan proses untuk menghubungi dan memantau pasien dalam jangka waktu yang ditentukan setelah menerima pemberitahuan adanya penarikan/recall suatu implan medis.
26. Penarikan atau pengembalian alat medik (implant) adalah segala tindakan yang dilakukan oleh manajemen, produsen importir atau distributor alat medik (implant) untuk menarik dari pelayanan atau memperbaiki alat, atau potensial kecacatan setelah menemui hal-hal terkait seperti :
  - a. Adanya potensi bahaya terhadap kesehatan pasien dan pengguna
  - b. Adanya potensi gagal memenuhi kriteria keefektifan, manfaat, kinerja atau keselamatan dari produsen/distributor
  - c. Adanya potensi tidak memenuhi persyaratan peraturan yang ada di RSUD Mohammad Natsir
27. Pelayanan asuhan pasien operasi yang menggunakan implan harus memperhatikan pertimbangan :
  - a. Pemilihan implan berdasarkan peraturan perundang-undangan
  - b. Modifikasi *SURGICAL SAFETY CHECLIST* untuk memastikan ketersediaan implan di kamar operasi dan pertimbangan khusus untuk penandaan lokasi operasi.
  - c. Kualifikasi dan pelatihan setiap staf dari luar yang dibutuhkan untuk pemasangan implan (staf dari pabrik/perusahaan implan untuk mengkalibrasi).
  - d. Proses pelaporan jika ada kejadian yang tidak diharapkan terkait implan
  - e. Proses pelaporan malfungsi implan sesuai dengan standar/aturan pabrik.
  - f. Pertimbangan pengendalian infeksi yang khusus.
  - g. Instruksi khusus kepada pasien setelah operasi.
  - h. Kemampuan penelusuran (*TRACEABILITY*) alat jika terjadi penarikan kembali (*RECALL*) alat dengan melakukan antara lain menempelkan *BARCODE* alat di rekam medis

28. Dikamar operasi juga menetapkan standar mutu unit dan keselamatan pasien yang setiap bulan harus dilaporkan kepada direktur melalui komite peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit.

Ditetapkan di : Solok  
Pada Tanggal : 02 April 2022  
**DIREKTUR**



**dr. ELVI FITRANETI, Sp.PD. FINASIM**  
**NIP. 19710514 200212 2002**