



PEDOMAN PELAYANAN KAMAR BEDAH TAHUN 2022



**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
RSUD MOHAMMAD NATSIR**

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

KOTA SOLOK



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. 445/009/PAB/2022

TENTANG

**PEDOMAN PELAYANAN KAMAR BEDAH
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir maka diperlukan penyelenggaraan Pelayanan Kamar Bedah yang bermutu tinggi;
- b. bahwa agar pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir terlaksana dengan baik, perlu adanya Pedoman Pelayanan Kamar Bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir sebagai landasan penyelenggaraan Pelayanan Kamar Bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir;
- c. bahwa sebagai pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a dan b tersebut diatas, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
- Mengingat : 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2009 Keperawatan;
4. Peraturan Menteri Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;

6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
7. Pedoman Tekhnis Ruang Operasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan

MEMUTUSKAN

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

KESATU : Pedoman Pelayanan Kamar Bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Solok
Pada Tanggal : 02 Desember 2022
DIREKTUR



dr. Elvi Fitraneti.Sp.PD.FINASIM

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan kuasa-Nya sehingga kami selaku penyusun mampu menyelesaikan “Pedoman Pelayanan Kamar Bedah” ini sebagai pedoman bagi petugas rumah sakit di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dan memenuhi persyaratan akreditasi.

Tak lupa penyusun mengucapkan terima kasih kepada banyak pihak yang membantu dalam penyusunan “Pedoman Pelayanan Kamar Bedah” ini sehingga panduan ini dapat selesai dan diaplikasikan dalam kegiatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

Semoga panduan ini dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir. Penyusun sadar bahwa panduan ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Untuk itu, kami mengharapkan kritik dan saran dari pembaca demi perbaikan pembuatan panduan ini.`

Solok, 02 Desember 2022

Penyusun

DAFTAR ISI

KEPUTUSAN DIREKTUR	
KEPUTUSAN DIREKTUR	i
KATAPENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II STANDAR KETENAGAAN	6
BAB III STANDAR FASILITAS	17
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN	27
BAB V ASSESMENT PRA BEDAH	36
BAB VI PERENCANAAN PASCA BEDAH	43
BAB VII LAPORAN OPERASI.....	46
BAB VIII PENGELOLAAN IMPLANT	50
BAB IX ALUR LINEN DAN INSTRUMEN	60
BAB X KERJA SAMA ANTAR DISIPLIN	63
BAB XI ALUR SIRKULASI KEGIATAN RUANGAN OPERASI	65
BAB XII LOGISTIK	67
BAB XIII KESELAMATAN PASIEN	73
BAB XIV KESELAMATAN KERJA	78
BAB XV PENGENDALIAN MUTU	80
BAB XVI PENUTUP	81

Lampiran : SK Direktur RSUD Mohammad Natsir
tentang Pedoman Pelayanan Kamar
Bedah di Lingkungan Rumah Sakit
Umum Daerah Mohammad Natsir

Nomor : 445/009/PAB/2022
Tanggal : 02 Desember 2022

PEDOMAN PELAYANAN KAMAR BEDAH

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Untuk optimalisasi hasil serta kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya upaya kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan nasional. Dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 10 ayat (2) menyebutkan, bangunan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bahwa persyaratan minimal bangunan rumah sakit diantaranya adalah harus memiliki ruang operasi. Dalam Bagian Ketiga tentang Bangunan, pasal 9 butir (b) menyebutkan bahwa Persyaratan teknis bangunan Rumah Sakit, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut.

Dalam rangka mendukung Undang-Undang No. 44 tersebut, maka perlu disusun pedoman teknis bangunan rumah sakit ruang operasi yang memenuhi standar pelayanan, keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan. Disamping itu pula, ruang operasi merupakan tempat diselenggarakannya

tindakan pembedahan secara elektif maupun akut, hal mana membutuhkan kondisi steril dan kondisi khusus lainnya yang harus dicapai

B. Tujuan

1. Memberikan Pelayanan Pembedahan demi meningkatkan derajat kesehatan secara optimal kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan keperawatan.
2. Memberikan Pelayanan Keperawatan khususnya Pelayanan Pembedahan yang bermutu sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
3. Meningkatkan keamanan tindakan bedah dengan menciptakan standarisasi prosedur yang aman.
4. Mengurangi tingkat mortalitas, morbiditas dan disabilitas/kecacatan akibat komplikasi prosedur bedah.

Fungsi Pelayanan Bedah :

1. Melakukan pengkajian kepada pasien yang akan melakukan pembedahan.
2. Merencanakan tindakan pembedahan dengan menyiapkan sarana dan prasarana termasuk alat kesehatan, instrumen dan Sumber Daya Manusia (SDM) yang terlibat.
3. Melakukan tindakan pembedahan dengan prinsip *Patient Safety*.
4. Melakukan asuhan keperawatan pasca bedah.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Pelayanan Bedah adalah memberikan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan pembedahan yang melibatkan Dokter Bedah, Dokter Anestesi, Perawat Bedah dan Perawat Anestesi.

Ruang lingkup pelayanan Unit Kamar Bedah, meliputi memberikan Pelayanan untuk menunjang Pelayanan Bedah dan memberikan pelayanan untuk menunjang Pelayanan Pembedahan Spesialistik Dan Subspesialistik.

1. Cakupan Pelayanan Kamar Bedah

Pelayanan Bedah yang dapat dilakukan di Kamar Bedah meliputi Pelayanan Bedah Kebidanan, Bedah Umum, orthopedi, Mata, THT.

Pelayanan Bedah dapat dilakukan selama jam kerja untuk operasi terjadwal dan setiap saat untuk operasi *emergency*.

2. Jenis Operasi Menurut Waktunya
 - a. Operasi elektif dilakukan dengan perencanaan dan penjadwalan yang sudah disetujui Dokter Anestesi dan Dokter Bedah.
 - b. Operasi emergensi dilakukan pada semua pasien yang harus segera diambil tindakan pembedahan dalam waktu golden periode.

D. Batasan Operasional

Untuk membantu mengarahkan pemahaman tentang pedoman pelayanan ini perlu diketahui batasan operasional yang terkait dan kerangka Pelayanan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir. Batasan operasional dibawah ini merupakan batasan istilah, baik dari sumber buku Pedoman Standar Pelayanan Bedah Rumah Sakit maupun dari sumber – sumber lain yang dipandang sesuai dengan kerangka konsep pelayanan yang terurai dalam pedoman ini.

1. Pembedahan merupakan cabang dari ilmu medis yang ikut berperan terhadap kesembuhan dari luka atau penyakit melalui prosedur manual atau melalui operasi dengan tangan. Hal ini memiliki sinonim yang sama dengan kata “*Chirurgia*” (dibaca; KI-RUR-JIA). Dalam bahasa Yunani “*Cheir*” artinya tangan; dan “*Ergon*” artinya kerja. Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat – obatan sederhana (Potter, 2006). Perkembangan baru juga terjadi pada pengaturan tempat untuk dilaksanakan prosedur operasi. Bedah sehari (*ambulatory surgery*), kadangkala disebut pembedahan tanpa rawat inap (*outpatient surgery*) atau pembedahan sehari (*one-day surgery*).
2. Bedah Minor merupakan pembedahan dimana secara relatif dilakukan secara sederhana, tidak memiliki risiko terhadap nyawa pasien dan tidak memerlukan bantuan asisten untuk melakukannya, seperti: membuka abses superficial, pembersihan luka, inokulasi, dan sirkumsisi..
3. Bedah Mayor merupakan pembedahan dimana secara relatif lebih sulit

untuk dilakukan daripada pembedahan minor, membutuhkan waktu, melibatkan risiko terhadap nyawa pasien, dan memerlukan bantuan asisten, seperti: bedah sesar, mammektomi, histerktomi, dan herniatomi.

4. Bedah Elektif merupakan pembedahan dimana dapat dilakukan penundaan tanpa membahayakan nyawa pasien.
5. Bedah Emergensi merupakan pembedahan yang dilakukan dalam keadaan sangat mendadak untuk menghindari komplikasi lanjut dari proses penyakit atau untuk menyelamatkan jiwa pasien.
6. ODCS (*One Day Care Surgery*) adalah layanan tindakan pembedahan dengan rawat singkat di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

E. Landasan Hukum

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 920/MENKES/PER/II/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Kesehatan.
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan.
3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Departemen Kesehatan 2008.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan.
6. Undang – Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 36 Ayat 2 “Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pendengalian, pengobatan dan atau perawatan”. Pasal 36 ayat 3 “Pengendalian, pengobatan dan atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan”. Pasal 24 bahwa “Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi, standar pelayanan dan Standar Prosedur Operasional”.
7. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang

Rumah Sakit Pasal 1 Ayat 1 “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”. Pasal 43 Ayat 1 dan 2 “Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien, dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menerapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan”.

8. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 63 Ayat 2 “Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengendalian, pengobatan dan atau perawatan”. Pasal 63 Ayat 3 “Pengendalian, Pengobatan dan atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu Kedokteran dan ilmu Keperawatan”. Pasal 24 “Bahwa tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi, standar pelayanan dan Standar Prosedur Operasional”

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (SDM) yang bekerja di Instalasi Kamar Bedah harus memiliki kompetensi sesuai dengan bidang kerjanya :

1. Setiap tenaga medis yang berpraktik di Instalasi Kamar Bedah harus mempunyai Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik (SIP) dan kewenangan klinis sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Operator Bedah adalah Dokter Spesialis Bedah atau Spesialis Bedah lainnya.

Dokter Spesialis Bedah yaitu dokter yang telah Menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis dengan kompetensi melakukan tindakan bedah (Bedah Kebidanan, Bedah Mata, Bedah Umum, Bedah THT, Bedah Ortopedi, Bedah Digestif);

3. Setiap tenaga keperawatan yang bekerja di Instalasi Kamar Bedah harus mempunyai Surat Izin sebagai tanda registrasi/Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Kerja (SIK), pelatihan kamar operasi, bantuan hidup dasar atau sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Perawat Kamar Bedah

Perawat Kamar Bedah adalah perawat yang telah menyelesaikan pendidikan maupun pelatihan – pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan pembedahan, baik di luar atau di dalam rumah sakit. Perawat Kamar Bedah terdiri dari :

a. Perawat Kepala Kamar Bedah

1) Definisi

Perawat Kepala Kamar Bedah adalah seorang tenaga perawat profesional yang bertanggung jawab dan berwenang dalam mengelola pelayanan keperawatan di Kamar Bedah.

2) Kualifikasi

- a) S1 Keperawatan yang memiliki pengalaman kerja 5 tahun di Kamar Bedah;

- b) Memiliki sertifikat teknik Kamar Bedah; dan manajemen kamar operasi.
 - c) Memiliki kemampuan kepemimpinan.
- 3) Fungsi dan Peran
- a) Menerima *input* kegiatan pembedahan dari Rawat Inap/ Rawat Jalan/ IGD;
 - b) Menyusun rencana kegiatan pembedahan berdasarkan jenis, jumlah dan kemampuan Kamar Bedah;
 - c) Menentukan macam dan jumlah alat yang dipergunakan serta kegunaanya dalam pelayanan pembedahan;
 - d) Menyusun program pengembangan alat;
 - e) Membuat pola ketenagaan di Kamar Bedah;
 - f) Mengelola ketenagaan di Unit Kamar Bedah sesuai dengan jenis pelayanan pembedahan yang direncanakan;
 - g) Memantau pelaksanaan tugas yang dibebankan;
 - h) Mengawasi pelaksanaan tugas masing masing pegawai;
 - i) Mengawasi pelaksanaan inventaris secara periodik;
 - j) Mempertahankan kelengkapan bahan dan alat.

b. Perawat Instrument (*Scrub Nurse*)

1) Definisi

Perawat Instrumen (*Scrub Nurse*) adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan paket alat pembedahan, selama tindakan pembedahan berlangsung.

2) Kualifikasi

- a) Berijazah pendidikan formal Keperawatan dari semua jenjang yang diakui oleh pemerintah atau yang berwenang;
- b) D3Keperawatan memiliki Sertifikat Kamar Bedah Dasar dan *Basic Life Support* (BLS) dengan pengalaman kerja di Kamar Bedah minimal 1 tahun.

- c) Semua perawat yang memberikan pelayanan/ asuhan keperawatan di Kamar Bedah harus mempunyai Sistem Informasi Kesehatan (SIK).

3) Fungsi dan Peran

a) Pre Operasi

- (1) Melakukan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta dokumentasi keperawatan pasien selama pre operasi;
- (2) Menyiapkan lingkungan Kamar Bedah dalam keadaan siap pakai meliputi ruangan pembedahan dan perlengkapan dasar Kamar Bedah (*basic equipment*);
- (3) Menyiapkan instrument steril sesuai dengan jenis pembedahan;
- (4) Menyiapkan linen dan sarung tangan steril sesuai dengan kebutuhan pembedahan;
- (5) Menyiapkan berbagai perlengkapan persediaan bahan habis pakai antara lain : kasa, benang, pisau operasi, jarum suntik dan desinfektan;
- (6) Menyiapkan perlengkapan penunjang operasi dengan tepat dan benar.

b) Intra operasi

- (1) Melakukan pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasi perawatan pasien selama intra operasi;
- (2) Melakukan cuci tangan bedah dengan baik dan benar;
- (3) Menggunakan jas operasi dan sarung tangan steril sesuai dengan jenis pembedahan baik di meja mayo maupun di meja *tray*;
- (4) Bersama sama dengan perawat sirkulasi menghitung berbagai perlengkapan : kasa, instrumen, jarum, depper dan lain lain;

- (5) Mengatur posisi pasien;
- (6) Melaksanakan prinsip antiseptik;
- (7) Melakukan prosedur *drapping*;
- (8) Mengendalikan instrumen dan alat alat secara baik dan benar sesuai dengan kebutuhan;
- (9) Melakukan penghitungan jumlah instrumen dan bahan habis pakai (kasa, depper tampon dll) yang digunakan sebelum penutupan luka;
- (10) Menyiapkan bahan pemeriksaan laboratorium patology jika ada.

c) Post Operasi

- (1) Melakukan pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasi keperawatan selama pasien post operasi;
- (2) Memeriksa dan menghitung kembali semua instrumen yang digunakan sebelum pasien dipindahkan ke ruang pemulihan;
- (3) Melakukan fiksasi drain yang digunakan;
- (4) Mengganti alat tenun dan memindahkan pasien ke Ruang Pemulihan.

c. Perawat Sirkuler

1) Definisi

Perawat Sirkuler adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan ditugaskan untuk membantu persiapan kebutuhan operasi dan memonitoring pasien serta perlengkapan kebutuhan operasi.

2) Kualifikasi

- a) Berijazah pendidikan formal keperawatan minimal D3 Keperawatan yang diakui oleh pemerintah atau yang berwenang;

- b) D3 keperawatan pengalaman klinis di Kamar Bedah minimal 5 tahun;
 - c) Memiliki kepemimpinan dalam tim;
 - d) Semua perawat atau bidan yang memberikan pelayanan/ asuhan keperawatan di kamar bedah dan harus mempunyai SIK;
 - e) Mampu melakukan supervisi, memberikan saran dan bimbingan.
- 3) Fungsi dan Peran
- a) Pre Operasi
 - (1) Menerima pasien yang akan dilakukan pembedahan di Ruang Penerimaan;
 - (2) Memeriksa kesiapan fisik dan emosional;
 - (3) Melakukan serah terima pasien dan perlengkapan khusus dari Perawat Ruangan;
 - (4) Memberikan penjelasan kepada pasien tentang prosedur persiapan pembedahan.
 - b) Intra Operasi
 - (1) Memantau dan mengkoordinir semua aktivitas selama tindakan pembedahan;
 - (2) Mengontrol suasana fisik dan emosi tim kamar bedah;
 - (3) Mengendalikan keamanan dan kenyamanan kamar bedah;
 - (4) Mengaplikasikan asuhan keperawatan;
 - (5) Mengidentifikasi kemungkinan lingkungan yang berbahaya;
 - (6) Menghubungi petugas penunjang medis bila diperlukan selama pembedahan.;
 - (7) Memeriksa kelengkapan instrumen, kassa bersama perawat instrumen agar tidak tertinggal dalam tubuh pasien sebelum luka operasi ditutup.

c) Post Operasi

- (1) Memastikan kembali kelengkapan semua instrumen yang digunakan sebelum pasien dipindahkan ke ruang pemulihan;
- (2) Mengganti alat tenun dan memindahkan pasien;
- (3) Memastikan fungsi drain yang digunakan berjalan dengan baik;
- (4) Mendokumentasikan semua tindakan yang dilakukan selama proses pembedahan;
- (5) Melakukan monitoring ABC, hemodinamika, kesadaran dll;
- (6) Memeriksa kelengkapan dokumen medik : Laporan Pembedahan, Pengisian Formulir Patology.

d. Tenaga Lain

Cleaning service adalah seorang yang diberi tugas dan tanggung jawab terhadap kebersihan Unit Kamar Bedah.

1) Kualifikasi

- a) Lulusan SLTA/ Sederajat;
- b) Sehat jasmani dan rohani;
- c) Berdedikasi tinggi.

2) Fungsi dan Peran

- a) Membersihkan seluruh area Unit Kamar Bedah
- b) Membersihkan Kamar Bedah apabila selesai operasi.
- c) Melakukan bonkar besar seminggu sekali.

B. Distribusi Ketenagaan

Kepala Instalasi kamar bedah membawahi Instalasi Kamar Bedah serta pelayanannya perlu menyediakan Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten, cekatan dan mempunyai kemampuan sesuai dengan perkembangan teknologi sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal, efektif, dan efisien. Atas dasar tersebut di atas, maka perlu kiranya menyediakan, mempersiapkan dan mendayagunakan sumber – sumber yang ada. Untuk

menunjang Pelayanan Bedah di Instalasi Kamar Bedah, maka dibutuhkan tenaga dokter, perawat yang mempunyai pengalaman, keterampilan dan pengetahuan yang sesuai.

Nama Jabatan	Kualifikasi		Yang Ada
	Formal	Non Formal	
Ka. Ruang kamar Bedah	S1 Keperawatan, minimal pengalaman 3 tahun	Sertifikat pelatihan	1
Penanggung Jawab Shift	S1 Keperawatan, minimal pengalaman 3 tahun	Sertifikat pelatihan	3
Pelaksana	S1 Keperawatan dan D3 Keperawan	Sertifikat pelatihan	14

1. Tenaga Dokter

Dokter operator berjumlah 15 Dokter Spesialis dari berbagai macam disiplin ilmu kedokteran yang ikut terjun dalam pelayanan bedah. Adapun rincian Dokter Operator adalah sebagai berikut :

- a. Dokter Obgyn : 2 orang
 - 1) dr. Helwi Novira, Sp.OG
 - 2) dr. Angga Trifianda Prima, Sp.OG
- b. Dokter Bedah Umum : 4 orang
 - 1) dr. Abdul Raziq, Sp.B
 - 2) dr. John Hadi Sp. B
 - 3) dr. Irsal Munandar Sp. B
- c. Dokter Anestesi : 3 orang
 - 1) dr. Adji Mustiadji Sp.An
 - 2) dr. Ade Ariadi Sp.An
 - 3) dr. Ririn Triyani. Sp.An
- d. Dokter Mata : 2 orang
 - 1) dr. Hondrizal. Sp.M
 - 2) dr. Maya Sari Nasrul. Sp.M
- e. Dokter Bedah Mulut : 1 orang
 - 1) drg. Bufendri Doni. Sp.BMM
- f. Dokter orthopedi : 2 orang
 - 1) dr. Noverial. Sp.OT

- 2) dr. Pramana. Sp.OT
- g. Dokter THT : 2 orang
 - 1) dr. Jenny Tri Yuspita. Sp. THT
 - 2) dr. Nadya Dwi Raksa. Sp. THT
- h. Dokter Bedah Digestif : 1 orang
 - 1) dr.Vandra Bina Ryanda. SP.B(K)BD

2. Tenaga Perawat

a. Distribusi Tenaga Perawat

Pendistribusian ketenagaan diatur oleh kepala ruangan di bawah tanggung jawab Kepala Bidang Keperawatan.

b. Perawat Kamar Bedah

Jumlah tenaga perawat Unit Kamar Bedah 18.

c. Tenaga *Cleaning Service*

Tenaga pekarya di Unit Kamar Bedah berjumlah 2 orang dengan distribusi pekerjaan di linen (mengangkut linen kotor dari Kamar Bedah) dan pembersihan Kamar Bedah.

C. Pengaturan Jaga

Unit Kamar Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir memberikan pelayanan selama 24 jam, 7 hari dalam seminggu. Maka sistem jaga dibagi dalam 3 shift yaitu pagi, sore dan malam.

1. Shift sore terdiri dari 4 orang: 1 Penanggung Jawab Shift dan 3 Pelaksana Bedah . Shift pagi terdiri dari 6 orang: 1 Kepala Ruang, 5 Pelaksana Bedah. Shift pagi berdinis dari jam 07.30 WIB s/d 14.00 WIB.
2. Shift sore berdinis dari jam 14.00 WIB s/d 21.00 WIB.
3. Shift malam terdiri dari 3 orang: 1 penanggung jawab shift dan 2 pelaksana bedah. Shift malam berdinis dari jam 21.00 WIB s/d 07.30 WIB.

D. Cakupan Pelayanan Bedah

Pelayanan bedah yang dapat dilakukan di Kamar Bedah meliputi Pelayanan Tindakan Operasi Bedah Kebidanan, Bedah Mulut, Bedah Mata, Bedah THT, Bedah Umum dan Bedah Ortopedi. Pelayanan Kamar Bedah dapat dilakukan selama jam kerja untuk operasi terjadwal (elektif) dan setiap saat untuk operasi emergensi. Adapun jenis jenis tindakan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir adalah :

a. Operasi Bedah Kandungan :

- 1) *Sectio Caesaria*;
- 2) *Kistektomy*;
- 3) *Miomektomy*;
- 4) *Histerektomy*;
- 5) KET;
- 6) MOW;
- 7) Curet;
- 8) Rehecting

b. Operasi Bedah Umum :

- 1) *Herniatomy*;
- 2) *Apendiktomy*;
- 3) *Eksterpasi*;
- 4) *Incisi*;
- 5) *Sirkumsisi*;
- 6) *Laparatomy APP*.
- 7) *Debridement*
- 8) *Herniaraphy*
- 9) *Colostomy*
- 10) *Hidrocel*
- 11) *Mastektomy*

c. Tindakan Bedah Ortopedi

- 1) *Total Knee Replacement*

- 2) Total Hip Replacement
- 3) Protese Hip Replacement
- 4) Remove of implant
- 5) Open reduction intra fiksasi
- 6) Amputasi
- 7) Debridement
- 8) Fasiotomy
- 9) Exterfasi ganglion
- 10) Laminektomy
- 11) Ektrafiksasi

d. Tindakan Bedah Mulut

- 1) Odontektomy
- 2) Open reduction Intra Fiksasi
- 3) Ekterfasi tumor

e. Tindakan Bedah Mata

- 1) Phaco
- 2) Eksterfasi
- 3) Insisi
- 4) E nukleasi

f. Tindakan Bedah THT

- a) Tonsilektomy, adenoidektomy
- b) Irigasi sinus
- c) Timpanomastoidektomy
- d) Septoplasty
- e) Konkaplasty
- f) Biopsy tumor nasofaring, tumor telinga
- g) Parendoskopi
- h) Eksplorasi abses submandibula/parafaring

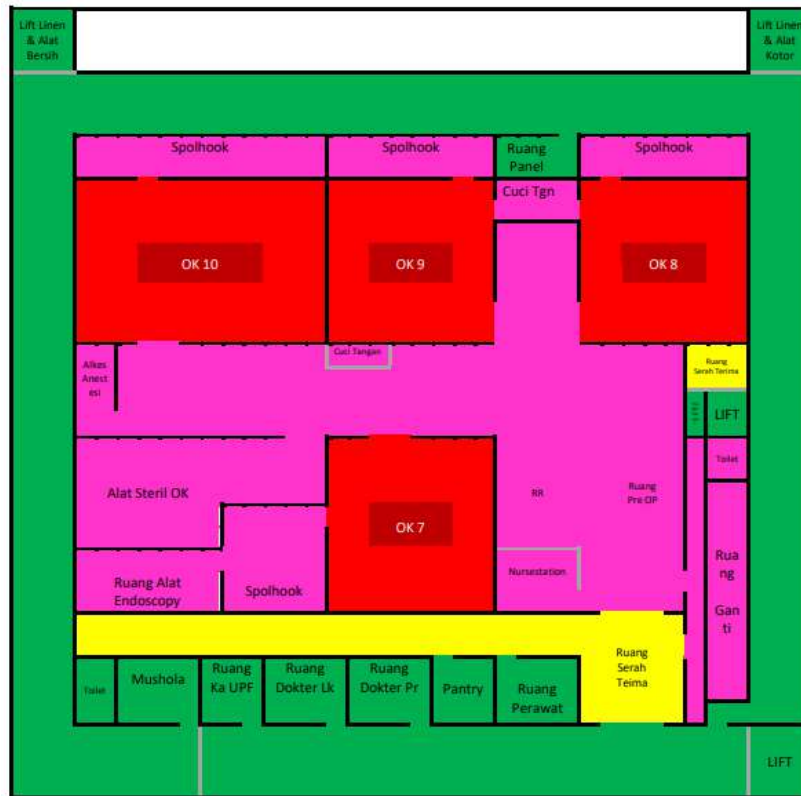
- g. Tindakan Bedah Digestif
 - a) Gastric Surgery
 - b) Laparoscopy procedures
 - c) Endoscopy
 - d) Haemorrhidectomy
 - e) Anal abcess/Fistula
 - f) Other proctological procedures
 - g) Transanal procedures
 - h) Surgical procedures for incontinence
 - i) Prolapse procedures
 - j) Colonoscopy segmental colonic or ileo-colic resection
 - k) Anterior resection
 - l) Perineal rectal resection
 - m) Total colectomy
 - n) Rectal resection
 - o) Stoma procedures
 - p) Liver procedures
 - q) Gallbladder surgery
 - r) Pancreas and duodenum

E. Jenis Operasi Berdasarkan Waktunya

- a. Operasi terjadwal (elektif) dilakukan dengan perencanaan dan penjadwalan yang sudah disetujui Dokter Bedah.
- b. Operasi *One Day Care* (ODC) dilakukan dengan perencanaan dan penjadwalan yang sudah disetujui Dokter Bedah.
- c. Operasi emergensi (*cito*) dilakukan pada semua pasien yang harus segera diambil tindakan pembedah.

BAB III STANDAR FASILITAS

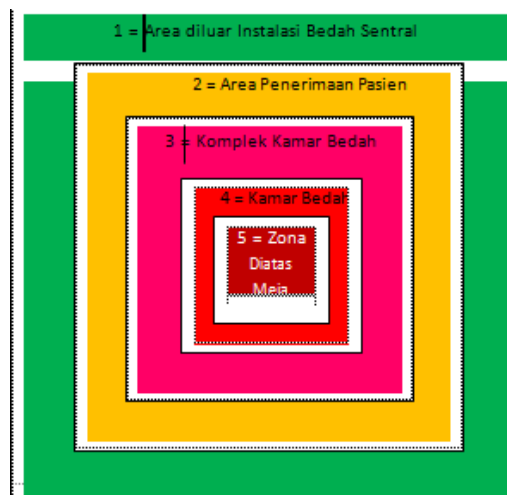
A. Denah Ruang Kamar Bedah



B. Standar Fasilitas

Pembagian Zona Pada Ruang Operasi

- a. Ruangan-ruangan pada bangunan Ruang Operasi Rumah Sakit dapat dibagi kedalam 5 (lima) zona :



1. Zona 1, Tingkat Resiko Rendah (Normal). Zona ini terdiri dari area resepsionis (ruang administrasi dan pendaftaran), ruang tunggu keluarga pasien, janitor dan ruang utilitas kotor. Pakaian dari luar Instalasi Kamar Operasi boleh dipakai.
Zona ini mempunyai jumlah partikel debu per m³ > 3.520.000 partikel dengan diameter 0,5 µm (ISO 8 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999).
2. Zona 2, Tingkat Resiko Sedang (Normal dengan Pre Filter) Zona ini terdiri dari ruang istirahat dokter dan perawat, ruang plester, pantri petugas, ruang tunggu pasien (holding), ruang transfer dan ruang loker (ruang ganti pakaian dokter dan perawat) merupakan area transisi antara zona 1 dengan zone 2. Dizona ini pakaian dari luar kamar operasi masih bisa masuk. Zone ini mempunyai jumlah maksimal partikel debu per m³ 3.520.000 partikel dengan dia. 0,5 µm (ISO 8 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999).
3. Zona 3, Tingkat Resiko Tinggi (Semi Steril dengan Medium Filter) Zona ini meliputi kompleks ruang operasi, yang terdiri dari ruang persiapan (preparation), peralatan/instrument steril, ruang induksi, area scrub up, ruang pemulihan (recovery), ruang linen, ruang pelaporan bedah, ruang penyimpanan perlengkapan bedah, ruang penyimpanan peralatan anastesi, implant orthopedi dan emergensi serta koridor-koridor di dalam kompleks ruang operasi. Dizona ini semua perugas sudah memakai pakaian khusus kamar operasi. Zone ini mempunyai jumlah maksimal partikel debu per m³ adalah 352.000 partikel dengan dia. 0,5 µm (ISO 8 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999).
4. Zona 4, Tingkat Resiko Sangat Tinggi (Steril dengan Pre Filter, Medium Filter, Hepa Filter) Zona ini adalah ruang operasi, dengan tekanan udara positif. Tim Instalasi Kamar Operasi wajib memakai jas operasi. Zone ini mempunyai jumlah maksimal partikel debu per m³ adalah 35.200 partikel dengan dia. 0,5 µm (ISO 7 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999).
5. Area Nuklei Steril Area ini terletak dibawah area aliran udara

kebawah (;laminair air flow) dimana bedah dilakukan. Area ini mempunyai jumlah maksimal partikel debu per m³ adalah 3.520 partikel dengan dia. 0,5 µm (ISO 5 s/d ISO 6 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999).

- b. Alasan mempunyai sistem zona pada bangunan ruang operasi rumah sakit adalah untuk :
 1. meminimalisir risiko penyebaran infeksi (infection control) oleh micro- organisme dari rumah sakit (area kotor) sampai pada kompleks ruang operasi.
 2. dapat menimbulkan perbedaan solusi sistem air conditioning pada setiap zona, Ini berarti bahwa staf dan pengunjung datang dari koridor kotor mengikuti ketentuan pakaian dan ketentuan tingkah laku yang diterapkan pada zona.
 3. Aliran bahan-bahan yang masuk dan keluar Ruang Operasi Rumah Sakit juga harus memenuhi ketentuan yang spesifik.
- c. Aspek esensial/ penting dari zoning ini dan layuot/denah bangunan Ruang Operasi Rumah Sakit adalah mengatur arah dari tim bedah, tim anestesi, pasien dan setiap pengunjung dan aliran bahan steril dan kotor.
- d. Dengan sistem zoning ini menunjukkan diterapkannya minimal risiko infeksi pada paska bedah. Kontaminasi mikrobiologi dapat disebabkan oleh :
 1. Phenomena yang tidak terkait komponen bangunan, seperti :
 - a) mikroorganisme (pada kulit) dari pasien atau infeksi yang mana pasien mempunyai kelainan dari apa yang akan dibedah.
 - b) staf ruang operasi, terkontaminasi pada sarung tangan dan pakaian.
 - c) kontaminasi dari instrumen, kontaminasi cairan.
 2. Persyaratan teknis bangunan, seperti :
 - a) Denah (layout) sarana Ruang Operasi Rumah Sakit. Jalur yang salah dari aliran barang “bersih” dan “kotor” dan lalu lintas orang dapat dengan mudah terjadi infeksi silang.

- b) Sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi silang yang disebabkan oleh alur sirkulasi barang “bersih” dan “kotor” dan alur sirkulasi orang, maka harus dilengkapi dengan standar-standar prosedur operasional.
- c) Area-area dimana pelapis struktural dan peralatan yang terkontaminasi.
- d) Aliran udara. Udara dapat langsung (melalui partikel debu pathogenic) dan tidak langsung (melalui kontaminasi pakaian, sarung tangan dan instrumen) dapat menyebabkan kontaminasi. Oleh karena itu, sistem pengkondisian udara mempunyai peranan yang sangat penting untuk mencegah kondisi potensial dari kontaminasi.

Sebagai suatu pusat pelayanan bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Instalasi Kamar Bedah menyediakan fasilitas dan peralatan yang menunjang kegiatan pelayanan pembedahan. Fasilitas dan peralatan yang tersedia adalah sebagai berikut:

1. Ruang bebas terbatas
 - a. Ruang Ganti Baju
 - b. Ruang Dokter
 - c. *Pantry*
 - d. Mushola
 - e. Toilet
2. Ruang semi ketat
 - a. Ruang Penerimaan
 - b. Ruang RR
 - c. Ruang tengah :
 - 1) Ruang Resusitasi
 - 2) Ruang cuci tangan
 - 3) Gudang alat steril
3. Ruang Ketat
 - a. Kamar Operasi 7
 - b. Kamar Operasi 8

- c. Kamar Operasi 9
- d. Kamar Operasi 10

Keterangan :

1. Ruang Kamar Bedah Untuk Melakukan Pelayanan:

a. Ruang Pemulihan/ *Recovery Room* (RR)

Ruangan post operasi menampung 4 tempat tidur dilengkapi dengan 4 unit monitor pasien, 1 *set trolley emergency*, 1 O2 transport dan *easy move* 1 buah.

b. Ruang Penerimaan/ Persiapan

Ruang Penerimaan menampung 2 tempat tidur yang dilengkapi dengan, 1 tensi meter.

c. Kamar Operasi 1

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------|
| 1) Mesin Anestesi 1 Unit | 15) Tempat Sampah Non Infeksius 1 Buah |
| 2) Monitor Anestesi 1 Unit | 16) <i>Safety Box</i> 1 Buah |
| 3) Trolley Obat – Obatan Anestesi | 17) Jam Dinding 1 Buah |
| 4) Mesin <i>Couter</i> 1 Unit | 18) Stetoskop 1 Buah |
| 5) Kursi Bulat 1 Buah | 19) <i>Easy Move</i> 1 Buah |
| 6) Mesin Suction 1 Unit | 20) Meja Mayo Kecil Untuk Epidural 1buah |
| 7) Lampu Operasi 1 Unit | 21) Laryngoscop 1 Buah |
| 8) Papan Tulis 1 Buah | 22) <i>Pressure Bag</i> 1 Buah |
| 9) Standar Infus 1 Unit | 23) Rol Kabel 1buah |
| 10) Meja Operasi 1 Unit | 24) Tempat Linen Kotor 1 Buah |
| 11) Meja Mayo 1 Unit | |
| 12) Meja Instrumen 2 Unit | |
| 13) Dingklik Kecil 1 Buah | |
| 14) Tempat Sampah Infeksius 1 Buah | |

d. Kamar Operasi 2

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 1) Mesin Anestesi 1 Unit | 15) Tempat Sampah Non Infeksius 1 Buah |
| 2) Monitor Anestesi 1 Unit | 16) <i>Safety Box</i> 1 Buah |
| 3) Trolley Obat – Obatan Anestesi | 17) Jam Dinding 1 Buah |
| 4) Mesin <i>Couter</i> 1 Unit | 18) Stetoskop 1 Buah |

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------|
| 5) Kursi Bulat 1 Buah | 19) <i>Easy Move</i> 1 Buah |
| 6) Mesin Suction 1 Unit | 20) Meja Mayo Kecil Untuk Epidural 1buah |
| 7) Lampu Operasi 1 Unit | 21) Laryngoscop 1 Buah |
| 8) Papan Tulis 1 Buah | 22) <i>Pressure Bag</i> 1 Buah |
| 9) Standar Infus 1 Unit | 23) Rol Kabel 1buah |
| 10) Meja Operasi 1 Unit | 24) Tempat Linen Kotor 1 Buah |
| 11) Meja Mayo 1 Unit | |
| 12) Meja Instrumen 2 Unit | |
| 13) Dingklik Kecil 1 Buah | |
| 14) Tempat Sampah Infeksius 1 Buah | |

e. Ruang Operasi 3

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------|
| 1) Mesin Anestesi 1 Unit | 15) Tempat Sampah Non Infeksius 1 Buah |
| 2) Monitor Anestesi 1 Unit | 16) <i>Safety Box</i> 1 Buah |
| 3) Troly Obat – Obatan Anestesi | 17) Jam Dinding 1 Buah |
| 4) Mesin <i>Couter</i> 1 Unit | 18) Stetoskop 1 Buah |
| 5) Kursi Bulat 1 Buah | 19) <i>Easy Move</i> 1 Buah |
| 6) Mesin Suction 1 Unit | 20) Meja Mayo Kecil Untuk Epidural 1buah |
| 7) Lampu Operasi 1 Unit | 21) Laryngoscop 1 Buah |
| 8) Papan Tulis 1 Buah | 22) <i>Pressure Bag</i> 1 Buah |
| 9) Standar Infus 1 Unit | 23) Rol Kabel 1buah |
| 10) Meja Operasi 1 Unit | 24) Tempat Linen Kotor 1 Buah |
| 11) Meja Mayo 1 Unit | |
| 12) Meja Instrumen 2 Unit | |
| 13) Dingklik Kecil 1 Buah | |
| 14) Tempat Sampah Infeksius 1 Buah | |

f. Ruang Operasi 4

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------------|
| 1) Mesin Anestesi 1 Unit | 15) Tempat Sampah Non Infeksius 1 Buah |
| 2) Monitor Anestesi 1 Unit | 16) <i>Safety Box</i> 1 Buah |
| 3) Troly Obat – Obatan Anestesi | 17) Jam Dinding 1 Buah |
| 4) Mesin <i>Couter</i> 1 Unit | 18) Stetoskop 1 Buah |
| 5) Kursi Bulat 1 Buah | 19) <i>Easy Move</i> 1 Buah |
| 6) Mesin Suction 1 Unit | 20) Meja Mayo Kecil Untuk Epidural 1buah |
| 7) Lampu Operasi 1 Unit | 21) Laryngoscop 1 Buah |
| 8) Papan Tulis 1 Buah | 22) <i>Pressure Bag</i> 1 Buah |

- 9) Standar Infus 1 Unit
- 10) Meja Operasi 1 Unit
- 11) Meja Mayo 1 Unit
- 12) Meja Instrumen 2 Unit
- 13) Dingklik Kecil 1 Buah
- 14) Tempat Sampah Infeksius 1 Buah
- 23) Rol Kabel 1buah
- 24) Tempat Linen Kotor 1 Buah

- g. *Spoel hoek*.
- h. *Pantry*.
- i. Ruang istirahat dokter.
- j. Ruang otoklaf.
- k. Ruang CSSD.
- l. Ruang Kepala Kamar Bedah.
- m. Kamar Mandi.
- n. Toilet.
- o. Kamar Ganti Laki – Laki.
- p. Kamar Ganti Perempuan.
- q. Ruang Konsultasi Anestesi.
- r. Depo Farmasi Kamar Bedah
- s. Ruang Makan Dokter

2. Fasilitas Instrument Bedah

No.	Nama Alat	Jumlah
1.	SC	5
2.	Set Curet	2
3.	Klem banyak	1
4.	Set Kontap	1
5.	Set Laparatomi bedah	4
6.	Set bedah	3
7.	Set laparotomi anak	1
8.	Set soft tissue	2
9.	Set haemoroid	1
10.	Set Bedah Mulut	2
11.	Set Ortopedi	2

12.	Set Sinus	1
13.	Set Tonsil	2
14.	Set Phaco	1
15.	Set Mata	1
16.	Set Digestif	1
17.	Set Laparoscopi	1

a. Tabel Daftar Set Instrumen SC

No.	Nama Alat	Jumlah
1.	Nadle Holder Besar	2
2.	Duk Klem	1
3.	Scapel No. 4	1
4.	Pinset Anatomis Sedang	2
5.	Pinset Chirurgis Sedang	2
6.	Gunting Benang	1
7.	Gunting Jaringan	1
8.	Koher	2
9.	Penster Klem	4
10.	Klem Lurus	3
11.	Blash Hak	1
12.	Kom	2
13.	Nearbaken	1

b. Tabel Daftar Set Instrumen soft tissue

No.	Nama Alat	Jumlah
1.	Skapel No. 3	1
2.	Klem Lurus Kecil	2
3.	Arteri klem	4
4.	Nadle Holder Kecil	2
5.	Pinset Anatomis	2
6.	Pinset Sirurgis	2
7.	Gunting Jaringan	1
8.	Gunting Benang	1
9.	Kom	2
10.	Nearbeken	1
11.	Duk Klem	4

c. Tabel Daftar Set Instrumen Kuret

No.	Nama Alat	Jumlah
1.	Spekulum Sim Bawah	1
2.	Sendok Kuret	1

3.	Penster Klem	1
4.	Tenakulum	1
5.	Boogie 13-15	1
6.	Boogie 17-19	1
7.	Boogie 21-23	1
8.	Boogie 25-27	1
9.	Metal kateter	1

d. Tabel Daftar Set Instrumen Bedah

No.	Nama Alat	Jumlah
1.	Duk Klem	6
2.	Skapel No. 3	1
3.	Skapel No. 4	1
4.	Hak besar	2
5.	Hak kecil	2
6.	Nadle Holder	2
7.	Curet	1
8.	Kom	1
9.	Nearbeken	1
10.	P. Anatomis Sedang	1
11.	P. Anatomis Besar	1
12.	P. Chirurgis Sedang	1
13.	P. Chirurgis Besar	1
14.	Gunting Jaringan	1
15.	Klem lurus	2
16.	Gunting Benang	1
17.	Elis	2
18.	Arteri klem	4
19.	Klem sedang	4
20.	Koher	2
21.	Klem desinfektan	1

e. Tabel Daftar Set Instrumen Bayi Baru Lahir

No.	Nama Alat	Jumlah
1.	Gunting	1
2.	Klem	1
3.	Kom	1

f. Tabel Daftar Set Instrumen Laparotomi bedah

No.	Nama Alat	Jumlah
1.	Duk Klem	6
2.	Skapel No. 3	1
3.	Skapel No. 4	1
4.	Hak besar	2
5.	Hak kecil	2
6.	Nadle Holder	2
7.	Curet	1
8.	Kom	1
9.	Nearbeken	1
10.	P. Anatomis Sedang	1
11.	P. Anatomis Besar	1
12.	P. Chirurgis Sedang	1
13.	P. Chirurgis Besar	1
14.	Gunting Jaringan	1
15.	Klem lurus	2
16.	Gunting Benang	1
17.	Elis	2
18.	Arteri klem	4
19.	Klem sedang	4
20.	Koher	2
21.	Klem desinfektan	1
22.	Canule suction	1
23.	Tounge forcep	1

BAB IV

TATA LAKSANAN PELAYANAN

Tata laksana pelayanan Unit Kamar Bedah meliputi :

A. Penjadwalan Operasi

Penjadwalan operasi di Kamar Bedah dapat dilakukan secara elektif dan *cito*. Untuk penjadwalan secara elektif dilakukan satu hari sebelum tindakan (pasien dari IGD Kamar Bersalin, Perawatan Intensif dan Rawat Inap) sedangkan untuk penjadwalan operasi *cito* dapat dilakukan sewaktu – waktu.

1. Mekanisme Penjadwalan Pasien Calon Operasi Darurat

- a. Pasien didiagnosa oleh dokter ahli yang merawat (Operator)
- b. Dokter yang merawat mengkonsultasikan kepada dokter ahli anestesi
- c. Jadwal operasi ditentukan oleh dokter ahli atau operator setelah mendapat persetujuan dari dokter ahli anestesi
- d. Ka ruangan yang merawat pasien melaporkan kepada ka ruangan kamar operasi tentang penjadwalan pasien dengan melampirkan :
 - a. Nama, Diagnosa, Operator, seta tindakan yang akan dilakukan.
- e. Ka ruangan kamar operasi atau yang mewakili membuatkan jadwal operasi pasien cito tersebut dalam buku laporan penerimaan pasien calon operasi
- f. Operasi emergency dicalonkan satu jam sebelum dilakukan tindakan operasi.

2. Mekanisme Penjadwalan Pasien Calon Operasi Elektif

- a. DPJP bedah/operator beserta perawat rawat inap meakukan verifikasi pra operasi sebelum dicalonkan untuk pelayanan bedah sesuai standar :
 1. Kelengkapan dokumen rekam medik (asesemen, analisis rencana bedah, perawatan pasca bedah dan inform consent dll) terdokumentasi dalam rekam medik.
 2. Pemeriksaan penunjang yang relevan : radiologi dan

laboratorium.

3. Informasi tentang implant jika diperlukan terdokumentasi
 4. Instruksi khusus : ketersediaan darah (jika diperlukan) dan ketersediaan ICU jika diperlukan.
 5. Penandaan oleh DPJP bedah atau operator jika diperlukan dan terdokumentasi dalam rekam medik.
- b. Pasien didiagnosa oleh dokter ahli bedah dipoliklinik atau diunit terkait lainnya
 - c. Pasien elektif dijadwalkan oleh dokter ahli bedah
 - d. Jadwal pasien yang akan dilakukan operasi di berikan kepada ruangan bedah atau unit terkait lainnya
 - e. Bangsal tempat pasien dirawat atau unit perawatan lainnya melaporkan satu hari sebelum pasien dioperasi ke kamar operasi
 - f. Bagian kamar operasi membuat kan jadwal jam operasi yang bersangkutan yang akan dilaksanakan dengan melampirkan nama pasien, diagnosa dan tindakan medis serta operator dan asisten seta instrument yang akan melakukan tindakan dalam buku calon operasi
 - g. Operasi elektif dicalonkan satu hari sebelum hari H operasi
 - h. Dokter anestesi melakukan penilaian akhir terhadap status fisik pasien

3. Penambahan Calon Operasi

- a. Perawat ruangan melaporkan kekamar operasi tentang tambahan calon operasi dengan datang langsung atau melalui telpon
- b. Kepala ruangan operasi bersama dengan penanggung jawab anastesi menghitung kembali jadwal yang sudah ada, kalau operasi yang sedang dipakai, waktu, alat dan tenaga yang tersedia.
- c. Kalau memungkinkan (calon operasi elektif dari SMF bersangkutan telah selesai/ sedikit jumlahnya) calon tambahan dapat diterima dan hal ini disampaikan kembali keruangan rawat terkait
- d. Perawat ruangan menyiapkan pasien dan mengantarnya kekamar operasi serta menghubungi dokter operatornya.

- e. Apabila waktu, tenaga, dan peralatan (anastesi, instrumen, ruang operasi dll) tidak memungkinkan, pasien ditunda keesokan harinya.
- f. Apabila operasi dapat terlaksana, perlakuan pasien tambahan sama seperti calon operasi elektif lainnya

4. Penundaan Operasi

Keterangan ; Operasi dapat tertunda oleh beberapa keadaan seperti kondisi pasien yang berubah, operasi sebelumnya membutuhkan waktu lebih lama dari perkiraan, operator mendapat tugas yang sifatnya segera dan sebab-sebab lain yang diluar dugaan.

B. Penerimaan Pasien

Menerima pasien yang akan dilakukan tindakan operasi yang diantar oleh perawat dari IGD, Rawat Inap, Kamar Bersalin, Perawatan Intensif. Agar tidak terjadi kesalahan pasien dan kesalahan diagnosa/ tindakan, maka perawat pre operasi memeriksa kelengkapan pasien :

1. Nama pasien (bila pasien dibawah umur bisa ditanyakan keluarga pasien);
2. Daerah lokasi operasi yang akan dilakukan tindakan operasi yang telah ditandai;
3. Riwayat penyakit (asma, alergi obat, dan riwayat penggunaan obat steroid dalam tiga bulan terakhir);
3. Terpasang gigi palsu atau tidak apabila “Iya” Perawat Anestesi membantu untuk melepaskannya;
4. Menanggalkan semua perhiasan pasien dan menyerahkannya ke keluarga pasien;
5. Pastikan kuku dan bibir pasien bebas dari zat pewarna (cutek dan lipstik) bila masih ada Perawat Anestesi membantu untuk membersihkannya;
6. Dokumen pasien: (Persetujuan Tindakan, Hasil Pemeriksaan Laboratorium, Hasil Pemeriksaan Radiologi, Hasil Pemeriksaan Fisik).

C. Persiapan Pasien

1. Prosedur Sebelum Operasi

a. Petugas

Petugas Masuk ke kamar operasi

1. Mengganti baju dengan baju khusus di kamar ganti pakaian.
2. Memakai alas/sarung kaki/sepatu khusus dipintu masuk antara area bebas terbatas dengan area semi ketat.
3. Memakai tutup kepala dan rambut tertutup semua.
4. Memakai masker yang menutup hidung dan mulut.

b. Pasien

1. Diagnosa penyakit pasien yang benar dan tepat dilakukan oleh dokter yang merawat (yang ahli dalam bidangnya) untuk mempersiapkan dan pengaturan jadwal operasi.
2. Keadaan umum pasien diusahakan dalam keadaan seoptimal mungkin.
3. Pasien dan keluarganya telah menandatangani surat persetujuan operasi.
4. Untuk pasien dengan operasi elektif direncanakan/diprogramkan satu hari sebelumnya selambat-lambatnya jam 09.00 sesuai prosedur pendaftaran program operasi .
5. Pasien mempersiapkan di ruangan sesuai prosedur pasien Pre op.
 - o Mencukur
 - o Membersihkan daerah operasi
 - o Lavemen
 - o Dan lain-lain sesuai format timbang terima pasien di OK.
6. Pasien diberitahu oleh perawat ruangan untuk dibawa ke OK.
7. Status pasien diregistrasi di loket administrasi oleh petugas administrasi dan akan dicek oleh perawat kamar operasi tentang persyaratan administrasi dan obat-obat serta alat keperluan operasi.

8. Pakaian pasien dari ruangan diganti dengan pakaian operasi ditempat timbang terima.
9. Persiapan fisik pasien dicek oleh perawat penerima sesuai prosedur timbang terima pasien. Format terlampir (Chek list).
10. Pasien dibawa ke kamar induksi dan diperiksa tensi, nadi, suhu, dan ditulis dalam catatan perawatan.
11. Pasang infus sesuai program dikamar induksi.
12. Pasien dibawa masuk ke kamar operasi oleh perawat dan dokter Anestesi.

2. Prosedur tentang Ruang dan Alat-alat

- a. Ruang harus selalu dalam keadaan bersih dan siap pakai.
- b. Alat-alat yang akan dibutuhkan diatur/disiapkan sedemikian rupa sesuai dengan kebutuhan dan sudah dalam keadaan sterile.

3. Prosedur Selama Operasi

- a. Semua petugas yang akan melakukan operasi mencuci tangan sesuai dengan prosedur cuci tangan.
- b. Memakai jas operasi sterile menurut metode yang berlaku.
- c. Memakai sarung tangan sterile sesuai ukuran.
- d. Asisten instrument menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan operasi diatas meja instrument yang sebelumnya dialas dua lapis kain sterile.
- e. Instrument menghitung jumlah kassa dan alat-alat sebelum operasi.
- f. Asisten operasi mengadakan desinfeksi di daerah operasi dengan solution 10%.
- g. Asisten operasi menutup tubuh pasien dengan doek sterile dan terbuka hanya pada daerah operasi.
- h. Petugas yang tidak cuci tangan memasang alat-alat yang dibutuhkan dan memonitor keadaan pasien kemudian melaporkan pada operator bahwa operasi dapat dimulai.
- i. Operator dan asisten melakukan operasi.

- j. Petugas yang lain yang tidak ikut serta dalam operasi siap ditempat untuk keperluan mendadak dan :
 - Menghitung serta menimbang kassa basah pasca pakai
 - Memberikan Askep dan memonitor keadaan pasien bersama-sama dokter anestesi.

4. Prosedur Sesudah Operasi

- a. Operator / asisten operator membuka doek penutup pasien setelah operasi selesai dan luka tertutup dengan kasa sterile terfiksasi dengan plester.
- b. Asistent instrumen mengumpulkan kembali alat-alat yang dipakai dan menghitung dibantu oleh petugas lain (onlop) apabila sudah sesuai dimasukkan dalam Waskom/loyang dan direndam dalam larutan chlorine 2% selama 10 menit untuk dicuci.
- c. Pasien dibersihkan oleh petugas kamar operasi dan memasang pakaian pasien.
- d. Petugas kamar operasi lainnya membersihkan alat-alat kamar operasi.
- e. Pasien diawasi oleh pelaksana anestesi, dikirim ke ruang pulih sadar.
- f. Diruang pulih sadar diawasi oleh petugas pulih sadar dan diawasi oleh dokter anestesi.
- g. Petugas pulih sadar memonitor aldret skor :
 - Aktifitas motorik
 - Respirasi
 - Circulasi
 - Kesadaran
 - Warna kulit
- h. Petugas pulih sadar menghubungi ruangan dimana pasien dirawat setelah aldret skor minimal 8 yang sebelumnya dicatat di buku registrasi.
- i. Baju operasi pasien diganti dengan baju perawatan ruangan ditempat timbang terima pasien selesai operasi.

- j. Perawat ruang menilai aldret skor. Apabila sesuai dengan nilai dari petugas ruang pulih sadar perawat menerima pasien menanda tangani format anestesi dan buku timbang terima antara ruang pulih sadar dengan penerima.
- k. Pasien dipindahkan ke ruang perawatan dengan brankard bersamasama status pasien.

5. Prosedur Pencatatan

- a. Data Pasien :
 - 1. Dicatat dalam buku register kamar operasi antara lain : nama, umur, no register, diagnosa, jenis operasi, no kamar operasi, jam operasi, dokter operasi, dokter anestesi.
 - 2. Pencatatan dilakukan oleh petugas administrasi.
- b. Petugas anestesi mencatat tindakan dan medikasi yang dilakukan selama operasi diformat Laporan anestesi.
- c. Operator /asisten operator mencatat laporan operasi pada format (CM) beserta tindakan yang dilakukan oleh operator maupun anestesi.
- d. Operator/asisten operator menanda tangani format permintaan PA apabila diperlukan.
- e. Permintaan PA dicatat dalam buku catatan permintaan PA setiap kamar operasi, diserahkan ke petugas laboratorium dan menanda tangani bila spesement telah diterima.
- f. Petugas kamar operasi mencatat dalam buku catatan :
 - 1. Pemakaian obat-obat, alat-alat habis pakai dan melapor ke petugas farmasi.
 - 2. Keluhan kegagalan operasi, kecelakaan/kematian di meja operasi pada buku catatan masalah dan akan dimasukkan ke dalam buku Analisa Masalah.
- g. Buku Catatan Analisa Masalah :

Buku Catatan Analisa Masalah adalah untuk mencatat, menganalisa masalah – masalah yang timbul di OK dan akan dibahas pemecahannya dalam rapat tiap bulan pada hari Jum'at minggu pertama.

- h. Petugas Kamar Operasi (Komandan Kamar) membuat laporan inventaris kepada Supervisor logistik mengenai :
1. Perawatan alat-alat
 2. Kerusakan alat-alat yang ada dikamar operasi
 3. Perluasan/penambahan alat-alat

6. Prosedur Komunikasi / Informasi

a. Petugas Administrasi :

1. Petugas administrasi bertanggung jawab menyampaikan informasi kepada keluarga pasien tentang hal-hal yang berhubungan dengan keadministrasian: resep obat-obat yang diperlukan mendadak dll.
2. Keperawat ruangan tentang pengiriman dan pengambilan pasien dari / ke ruang rawat inap.
3. Menerima hal-hal mengenai informasi yang diinginkan keluarga pasien yang sedang dioperasi dan menyampaikan ke :
 - Operator / asisten operator apabila informasi tersebut berkaitan dengan medis.
 - Perawat kamar operasi apabila informasi tersebut berkaitan dengan keperawatan.
4. Menginformasikan / mengingatkan dokter / operator melalui HP/pager / telepon apabila operator 15 menit sebelum operasi dimulai belum datang.

b. Perawat Kamar Operasi

1. Perawat kamar operasi akan memberikan informasi kepada keluarga pasien yang bersifat menentramkan dan memberikan ketenangan apabila operasi 1 jam lebih waktu yang diperkirakan, atau belum selesai apabila alasan-alasan kemunduran selesainya operasi bersifat teknis.
2. Perawat kamar operasi akan memberikan informasi yang berkaitan dengan medis apabila ada pendelegasian dari operator / dokter dalam batas-batas tertentu.

3. Perawat kamar operasi akan menginformasikan ke petugas administrasi apabila ada resep obat / alat yang diperlukan mendadak untuk operasi.
4. Perawat kamar operasi akan menginformasikan kepada operator secepat mungkin apabila ada gangguan kerusakan alat-alat yang berkaitan dengan operasi.

c. Dokter Operator / Dokter Anestesi

1. Operator menginformasikan tentang hal-hal yang penting yang harus diinformasikan ke keluarga yang berkaitan dengan tim dalam operasi/ anestesi.
2. Operator menginformasikan tentang informasi yang diminta keluarga pasien mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan kondisi pasien sehingga dapat dimengerti dan jelas.
3. Operator / dokter anestesi menginformasikan kepada pasien dan keluarga pasien apabila ada kegagalan / penundaan operasi yang disebabkan oleh pertimbangan medis (operasi/anestesi).

7. **Prosedur Penanganan Pasien yang Meninggal selama Operasi**

- a. Dokter operator / anestesi berdasarkan penyebab kematian menjelaskan kepada keluarga sehingga dapat dimengerti dan jelas.
- b. Jenasah dikirim ke ruang dimana pasien dirawat dan disemayamkan selama 2 jam diruang khusus dilingkungan ruangan tersebut.
- c. Perawat kamar operasi melakukan timbang terima dengan perawat ruangan melalui pintu belakang.

BAB V

ASSESSMENT PRA BEDAH

A. Pelayanan Bedah

1. Pemeriksaan Pra Bedah Dan Perencanaan Asuhan Pra Bedah yang Terdokumentasi.
 1. Pengkajian prabedah pada pasien yang akan dioperasi dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebelum operasi dimulai.
 2. Asuhan setiap pasien bedah direncanakan berdasar atas hasil asesmen dan dicatat dalam rekam medis pasien.
 3. Asesmen awal pasien rawat jalan dan gawat darurat meliputi : pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.
 4. Asesmen prabedah berbasis IAR (Informasi Analisi dan Rencana) menjadi acuan untuk menentukan jenis tindakan bedah yang tepat,segera, dan berkelanjutan yang dibutuhkan pasien untuk tindakan darurat, asuhan terencana, berkelanjutan dan dinamis ,bahkan jika kondisi pasien berubah dan mencatat temuan penting.
 5. Asesmen pasien merupakan tiga proses utama dengan metode IAR:
 - a. Mengumpulkan data dan informasi awal (huruf I) sebagai berikut :
 - 1) status fisik,
 - 2) psiko-sosio-spiritual,
 - 3) ekonomi
 - 4) riwayat kesehatan pasien.
 - 5) riwayat alergi,
 - 6) asesmen nyeri,
 - 7) risiko jatuh,
 - 8) asesmen fungsional,
 - 9) risiko nutrisiional,
 - 10) kebutuhan edukasi ,
 - 11) Perencanaan Pemulangan Pasien (Discharge Planning)

- b. Analisis data dan informasi (huruf A) , yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pada SOAP adalah A-Asesmen
 - c. Membuat Rencana (huruf R), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir b . Pelaksanaan R adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.Pada SOAP adalah P– Plan.
4. Asesmen pra bedah dikerjakan diinstalasi / unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, dan unit pelayanan lainnya.
 5. Hasil asesmen adalah informasi tentang :
 - a. Diagnosis pra operasi
 - b. Rencana prosedur tata laksana/tindakan bedah
 6. Pemilihan teknik operasi harus berdasarkan riwayat pasien, status fisik, data diagnostik, serta manfaat dan risiko tindakan yang dipilih.
 7. Pemilihan tindakan mempertimbangkan asesmen waktu pasien masuk rawat inap, pemeriksaan diagnostik, dan sumber lainnya.
 8. Proses asesmen dikerjakan segera pada pasien darurat.
 9. Asuhan untuk pasien bedah dicatat di rekam medis.
 10. Untuk pasien yang langsung dilayani oleh dokter bedah, asesmen prabedah menggunakan asesmen awal rawat inap, pada pasien yang diputuskan dilakukan pembedahan dalam proses perawatan.
 11. Pasien yang dikonsultasikan di tengah perawatan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) lain dan diputuskan operasi maka asesmen prabedah dicatat di rekam medis (dengan isi berbasis IAR), termasuk diagnosis praoperasi dan pascaoperasi serta nama tindakan operasi.
 12. Jika terjadi penundaan dan kelambatan dan penundaan pelaksanaan tindakan/pengobatan dan atau pemeriksaan penunjang diagnostik pasien dan atau keluarga diinformasikan : alasan dan alternatif tindakan lainnya

Dokter Operator wajib melakukan evaluasi pra bedah untuk menentukan kemungkinan pemeriksaan tambahan dan konsultasi Kelompok Staf Medis (KSM) lain untuk membuat suatu Asesmen Pra Bedah. Semua informasi yang diberikan pada pasien mengenai kondisi pasien, diagnosa penyakit, (indikasi operasi/ tindakan), alasan mengapa harus dioperasi/ tindakan, hal yang akan terjadi bila tidak dilakukan operasi atau tindakan, apa yang dilakukan saat operasi atau tindakan, rencana tindakan, alternatif tindakan, komplikasi operasi atau tindakan yang mungkin terjadi, alternatif terapi atau tindakan (bila ada), prognosis atau kemungkinan gambaran ke depan yang terjadi dan rencana pengelolaan pasca bedah, perkiraan biaya (hanya biaya operasi) harus didokumentasikan dengan lengkap dan disertakan dalam rekam medis pasien dan di tanda tangani oleh pasien atau keluarga dan dokter yang bersangkutan/ DPJP, saksi pihak pasien atau keluarga dan saksi dari pihak Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir Informasi yang diberikan dicatat dalam lembar Persetujuan Tindakan yang disertakan dalam rekam medis pasien.

B. Penandaan Lokasi Operasi

- a. Tindakan bedah dan prosedur invasif adalah semua prosedur untuk memeriksa penyakit serta kelainan tubuh dengan manusia dengan mengiris, mengangkat, memindahkan, mengubah atau memasukkan alat laparaskopi/ endoskopi ke dalam tubuh untuk keperluan diagnostik dan terapeutik
- b. Prosedur bedah merupakan suatu prosedur yang beresiko terhadap terjadi salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit
- c. Untuk menghindari terjadi kesalahan dalam prosedur bedah lakukan :
 - 1) komunikasi yang Efektif dan adekuat antar anggota tim bedah
 - 2) libatkan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan lakukan prosedur verifikasi;
 - 3) Lengkapi asesmen pasien

- 4) Lengkapi catatan rekam medik
 - 5) Kembangkan budaya yang mendukung dengan komunikasi terbuka antar tim.
 - 6) Tulisan harus jelas, lengkap dan terbaca.
 - 7) Gunakan singkatan yang terstandar.
 - 8) Telaah ulang catatan medik
- d. Lokasi prosedur bedah dirumah sakit selain kamar operasi adalah ruangan kateterisasi jantung, ruang laparaskopi, ruang endoskopi, pemeriksaan laboratorium, IGD dan poliklinik gigi.
- e. Lakukan prosedur tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien untuk semua prosedur bedah dengan cara :
- 1) beri tanda di tempat akan dilakukan operasi
 - 2) lakukan verifikasi praoperasi;
 - 3) lakukan time out sebelum insisi kulit dimulai.
- f. Penandaan dilakukan sebelum pasien dimasukkan ke ruang an dilakukan prosedur bedah.
- g. Penandaan dilakukan oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dan atau operator bedah yang akan melakukan prosedur bedah.
- h. Libatkan pasien dan atau keluarga dalam penandaan .
- i. Penandaan berupa tanda lingkaran mengarah ke lokasi yang akan dilakukan prosedur bedah.
- j. Penandaan dibuat dengan spidol permanen yang susah terhapus.
- k. Penandaan dilakukan untuk prosedur bedah :
- 1) Organ tubuh yang memiliki dua sisi kiri/kanan;
 - 2) Organ tubuh yang memiliki banyak struktur misalnya jari jari tangan dan kaki;
 - 3) Organ yang memiliki tingkatan seperti tulang belakang;
 - 4) Kerusakan kulit yang samar.
 - 5) Mata dan wajah.
 - 6) Prosedur yang melibatkan tusukan atau sayatan pada kulit ,

termasuk pemasangan alat atau bahan asing ke dalam tubuh diantaranya : aspirasi perkutan , biopsy, kateterisasi jantung dan pembuluh darah harus ditandai sebelum operasi.

7) Instruksi Khusus :Anestesi lokal / blok Prosedur

I. Prosedur bedah yang tidak memerlukan penandaan :

- 1) Semua prosedur endoskopi, prosedur invasif / yang direncanakan dianggap dibebaskan dari situs penandaan bedah seperti kateterisasi jantung dan prosedur invasif minimal.
- 2) Operasi caesar,histerektomi atau Thyroidectomy.
- 3) Penandaan pada kasus mukosa ,kasus gigi yang direncanakan untuk ekstraksi.harus ada catatan gigi dan radiografi gigi. Penandaan dilakukan pada nomor anatomi gigi untuk ditandai dengan jelas pada format pengkajian format pengkajian rawat jalan pasien gigi dan mulut serta cecklist keselamatan pasien gigi dan mulut.
- 4) Untuk pasien bayi, neonatus atau prematur penandaan lokasi dengan menuliskandi stiker label dan ditempelkan di ujung gelang identitas bayi dibagian tangan.

C. Edukasi Pasien dan Keluarga

1. Penuhi kebutuhan pasien dengan memberikan penjelasan secara terintegrasi oleh para profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten terkait dengan prosedur pembedahan dan boleh dibantu dibantu oleh manajer pelayanan pasien (MPP).
2. Libatkan dan diskusikan risiko, manfaat dan alternatif prosedur bedah dengan pasien dan atau keluarga atau pihak lain yang berwenang yang memberikan keputusan.
3. Edukasi dilakukan oleh dokter pennggung jawab pelayanan (DPJP) dan dicatat pada bagian pemberi informasi dalam form

persetujuan tindakan kedokteran.

4. Dokter Operator melakukan edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai :
 - a. Prosedur yang akan dijalani baik prosedur bedah atau alternatif tindakan lain;
 - b. Diagnosa, risiko, alternatif, komplikasi dan manfaat tindakan yang akan dilakukan
 - c. Kemungkinan kebutuhan tranfusi darah maupun komponen lainnya beserta risiko dan manfaatnya;
 - d. Kemungkinan perawatan di ruang Perawatan Intensif HCU.

D. Surgical

- a. Prosedur bedah merupakan suatu prosedur yang beresiko terhadap terjadi salah- lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit.
- b. Untuk menghindari terjadi kesalahan dalam prosedur bedah lakukan proses verifikasi pra operasi yaitu :
 - i. pastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien;
 - ii. pastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (imajing), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji;
 - iii. pastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan
- c. Untuk keselamatan pasien dalam fase pembedahan lakukan komunikasi antar professional diruang operasi dengan Surgical Safety Checklist
- d. Fase pembedahan :
 - a) Fase Sign in yaitu fase sebelum dilakukan induksi.dilakukan diruang terima pasien kamar operasi
 - b) Fase Time-Out yaitu fase sebelum dilakukan insisi.dilakukan ditempat prosedur bedah dilakukan dan

melibatkan semua tim bedah.

- c) Fase Sign Out yaitu fase sebelum pasien keluar dari kamar operasi, dilakukan pengecekan kelengkapan spon, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani
- e. Surgical Safety Checklist adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien.
- f. Tim profesional adalah perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya.
- g. Catat komunikasi antar profesional pada tiga fase pembedahan di Surgical Safety Checklist dan dokumentasikan pada catatan medic pasien.

E. Laporan Keselamatan Pasien

- a. Petugas yang pertama kali menemukan insiden keselamatan pasien mengisi form pelaporan insiden keselamatan pasien internal dengan lengkap.
- b. Petugas menyerahkan form yang sudah diisi kepada kepala unit kerja
- c. Kepala unit kerja mengisi grading risiko
- d. Kepala unit kerja mengirimkan laporan ke komite mutu dan manajemen risik

BAB VI

PERENCANAAN PASCA BEDAH

A. DEFINISI

Asuhan pasca bedah adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi.

Perawatan post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre dan intra operatif yang dimulai saat klien diterima di ruang pemulihan / pasca anestesi dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya.

Pasien post operasi atau post anestesi sebaiknya pada tempat tidurnya dipasang pengaman sampai pasien sadar betul. Posisi pasien sering diubah untuk mencegah kerusakan saraf akibat tekanan kepada saraf otot dan persendian.

Obat analgesik dapat diberikan pada pasien yang kesakitan dan gelisah sesuai dengan program dokter.

Pada pasien yang mulai sadar, memerlukan orientasi dan merupakan tunjangan agar tidak merasa sendirian. Pasien harus diberi penjelasan bahwa operasi sudah selesai dan diberitahu apa yang sedang dilakukan.

B. RUANG LINGKUP

Setiap pasien yang sudah dioperasi harus dilakukan perencanaan pasca bedah oleh petugas yang berwenang dan kompeten untuk melakukan perawatan selanjutnya, mengenai kebutuhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien segera setelah operasi. Ruang lingkup penilaian tiap disiplin ditentukan oleh kebijakan setiap bagian Bedah. Ruang lingkup dan intensitas penilaian ditentukan oleh kondisi pasien sebagai berikut :

1. Perencanaan perawatan selanjutnya
2. Mempertahankan jalan nafas
3. Mempertahankan ventilasi/oksigenasi
4. Mempertahankan sirkulasi darah
5. Observasi keadaan umum, observasi vomitus dan drainase
6. Balance cairan
7. Mempertahankan kenyamanan dan mencegah resiko injury.

A. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Dokter Spesialis Bedah Umum;
2. Dokter Spesialis Bedah Obstetri dan Ginekologi;
3. Dokter Spesialis Bedah Mulut

4. Dokter Spesialis THT
5. Dokter Spesialis Mata
6. Dokter Spesialis Orthopedi
7. Dokter Spesialis anastesi
8. Perawat
9. Ahli gizi

C. TATA LAKSANA

1. Mempertahankan respirasi yang sempurna dengan latihan napas, tarik napas yang dalam dengan mulut terbuka, lalu tahan napas selama 3 detik dan hembuskan. Atau, dapat pula dilakukan dengan menarik napas melalui hidung dan menggunakan diafragma, kemudian napas dikeluarkan secara perlahan-lahan melalui mulut yang dikuncupkan.
2. Oksigen sering diberikan pada pasca operasi, karena obat anastesi dapat menyebabkan hipoksia. Selain pemberian oksigen harus diberikan latihan nafas dalam setelah pasien sadar
3. Mempertahankan sirkulasi, dengan stoking pada pasien yang berisiko tromboflebitis atau pasien dilatih agar tidak duduk terlalu lama dan harus meninggikan kaki pada tempat duduk guna untuk memperlancar vena.
4. Beberapa petunjuk tentang keadaan yang memungkinkan terjadinya situasi krisis:
 - a. Tekanan sistolik $< 90 - 100$ mmHg atau $> 150 - 160$ mmH, diastolik < 50 mmHg atau $>$ dari 90 mmHg.
 - b. HR kurang dari 60 x menit > 10 x/menit
 - c. Suhu $> 38,3$ C atau kurang dari 35 C.
 - d. Meningkatnya kegelisahan pasien
 - e. Tidak BAK + 8 jam post operasi.
5. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, dengan memberikan cairan sesuai kebutuhan pasien, monitor input dan output, serta mempertahankan nutrisi yang cukup.
6. Mengurangi kecemasan dengan melakukan komunikasi secara terapeutik

D. DOKUMENTASI

Seluruh perencanaan asuhan pasca bedah harus ditulis di dalam rekam medis pasien (form catatan pasca bedah, asuhan keperawatan pasca bedah, CPPT), minimal mencakup data utama yang wajib yang dilengkapi, yaitu :

1. Data dasar, berupa identitas pasien (nama, umur, tanggal lahir, jenis kelamin, dan nomer register pasien) dan nama pihak yang terlibat (dokter operator, dokter anestesi)
2. Evaluasi pasca bedah, meliputi S-O-A-P (subyektif, obyektif, assesment, planning), meliputi tingkat kesadaran, pemeriksaan vital sign, rencana asuhan medikasi dan terapi fisik yang diperlukan.
3. Perencanaan pemeriksaan penunjang laboratorium sesuai kebutuhan pasien.

Selain pendokumentasian asuhan paska bedah, juga perlu dilakukan edukasi terhadap pasien dan keluarga. Dokter operator menjelaskan terkait rencana tindakan, komplikasi yang mungkin terjadi, hasil yang diharapkan.

Tata Laksana Rencana Asuhan Pasca Bedah

- a. Asuhan pasien pasca bedah harus segera direncanakan dan didokumentasikan dalam 24 jam sebelum pasien meninggalkan kamar operasi, pada form CPPT dalam rekam medis pasien, termasuk asuhan medis, keperawatan dan PPA lain segera sesuai kebutuhan pasien.
- b. Dokter Operator dan PPA lainnya memberikan instruksi tata laksana pasca bedah sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Rencana asuhan pascaoperasi diubah berdasarkan pengkajian ulang pasien.

BAB VII

LAPORAN OPERASI

A. DEFINISI

Laporan operasi adalah tindakan penulisan pada lembar Rekam Medis pasien yang wajib dilakukan oleh Dokter Operator Bedah setelah melakukan tindakan operasi yang berupa rincian spesifik tindakan pembedahan yang dilakukan sampai dari temuan yang didapatkan selama tindakan pembedahan, komplikasi atau tidak adanya komplikasi, perdarahan dan alat kesehatan yang dipakai (*implant, drain* dll).

Laporan operasi ini harus dibuat dan ditandatangani oleh Dokter Operator Bedah yang melakukan tindakan pembedahan serta diberi waktu dan tanggal tindakan pembedahan yang dilakukan.

Dokter Operator harus mendokumentasi semua tindakan bedah dan kejadian – kejadian yang terjadi selama pembedahan. Dokter Bedah mencatat laporan operasi yang harus memuat minimal:

1. Tanggal dan jam waktu operasi dimulai dan selesai;
2. Diagnosa pre dan pasca bedah;
3. Dokter Operator dan Asisten;
4. Nama prosedur bedah;
5. Spesimen bedah dan pemeriksaan;
6. Catatan spesifik yang terjadi selama pembedahan termasuk ada tidaknya komplikasi yang terjadi, dan jumlah darah yang hilang dan masuk lewat Transfusi;
7. Nomor pendaftaran dari alat yang dipasang jika ada
8. Instruksi Pasca Bedah;
9. Tanggal, waktu dan Tanda tangan Dokter yang bertanggung jawab.

B. RUANG LINGKUP

Tenaga yang berkompentensi membuat atau menulis laporan operasi :

1. Dokter Spesialis Bedah Umum;
2. Dokter Spesialis Bedah Obstetri dan Ginekologi;

3. Dokter Spesialis Bedah Mulut
4. Dokter Spesialis THT
5. Dokter Spesialis Mata
6. Dokter Spesialis Orthopedi
7. Dokter Spesialis Bedah Digestif

C. TATA LAKSANA

Tata cara pembuatan laporan operasi oleh Dokter Spesialis atau Dokter Spesialis Bedah Umum

1. Suatu tindakan penulisan pada lembar status rekam medik pasien yang wajib dilakukan oleh dokter yang melakukan tindakan pembedahan berupa rincian spesifik tindakan pembedahan sampai dari temuan yang didapatkan selama tindakan pembedahan, komplikasi atau tidak adanya komplikasi, perdarahan dan alat kesehatan yang dipakai (*implant, drain* dll).
2. Prosedur :
 - a. Kamar operasi menyediakan lembar laporan operasi sesuai dengan penomoran dari kamar operasi;
 - b. Perawat instalasi kamar operasi menyediakan lembar laporan operasi;
 - c. Setelah Dokter melakukan tindakan pembedahan, Dokter menulis rincian spesifik tindakan pembedahan yang dilakukan pada lembar laporan operasi yang telah disediakan oleh perawat;
 - d. Lembar laporan operasi berisi sebagai berikut :
 - 1) Identitas pasien : nama pasien, umur, ruang, lantai, no register dan no rekam medik, tanggal operasi;
 - 2) Nama dokter operator, Asisten 1, Asisten 2, instrumentator, dokter anestesi.
 - 3) Diagnosa pra bedah;
 - 4) Diagnosa pasca bedah;
 - 5) Jaringan/cairan yang diambil, jaringan dikirim untuk PA atau tidak, tindakan operasi;
 - 6) Jam mulai dan selesai operasi, lama operasi, jam mulai dan seles pembiusan, lama pembiusan;

7) Macam operasi : bersih, bersih terkontaminasi, terkontaminasi, kotor.

Urgensi : darurat, elektif.

8) Ringkasan laporan operasi : persiapan operasi, posisi pasien, desinfeksi, insisi kulit dan pembukaan lapangan operasi, pendapatan lapangan operasi dan kulit, apa yang dikerjakan, penutupan lapangan operasi, komplikasi operasi, hasil operasi, diskripsi jaringan/organ yang di eksisi dan apakah jaringan/organ itu, lain – lain yang perlu, kesimpulan;

9) Nomor pendaftaran dari alat yang dipasang

10) Tanda tangan dan nama terang dokter operator bedah.

e. Perawat/perawat anestesi mengecek kembali apakah laporan sudah lengkap dan terisi.

D. DOKUMENTASI

Dalam pembuatan laporan operasi di dokumentasikan dalam :

1. Setelah dokter operator menulis laporan operasi, lembar laporan operasi disertakan dalam status pasien;
2. Jika dokter bedah mendampingi pasien dari ruang operasi ke ruangan asuhan intensif lanjutan (misalnya ICU, ICCU dsb), laporan operasi dapat dibuat di daerah asuhan lanjutan
3. Segera setelah operasi selesai dan sebelum pasien pindah ke ruangan rawatan selanjutnya, laporan operasi harus sudah ditulis dan ditandatangani.

Unit Kamar Bedah merupakan bagian internal dari pelayanan rumah sakit khususnya dalam hal pembedahan, oleh karena itu penulisan laporan operasi wajib dilakukan oleh Dokter Spesialis Bedah dalam melakukan perawatan dan pengobatan lanjutan untuk pasien.

Dalam perkembangan pelayanan kesehatan yang dari hari ke hari semakin maju, maka pelayanan pembedahan harus juga mengikuti perkembangan tersebut, pendokumentasian setiap pelayanan yang dilakukan pada pasien

harus tersusun dengan baik untuk mempermudah perawatan dan pengobatan lanjutan dari pasien tersebut.

Dalam pelaksanaan pembuatan laporan operasi didokumentasikan dalam proses sebagai berikut :

1. Setelah Dokter Operator menulis laporan operasi yang di dokumentasikan dalam Lembar Laporan Operasi, Lembar Laporan Operasi disertakan dalam status pasien;
2. Sebelum Dokter Spesialis Bedah meninggalkan Kamar Bedah;
3. Laporan operasi harus ditulis.

Pemantauan Keadaan Pasien Selama Tindakan Pembedahan.

Pada tindakan bedah dengan anestesi baik umum atau regional kebijakan pencatatan keadaan tanda – tanda vital dan status fisiologis pasien diserahkan kepada Perawat Anestesi yang bertugas.

BAB VIII

PENGELOLAAN IMPLANT

A. DEFINISI

Dalam panduan ini yang di maksud dengan :

1. Alat Kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, dan/atau implant yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
2. Implant adalah bahan atau materi yang secara buatan di pasang pada tubuh. Banyak tindakan bedah di rumah sakit yang menggunakan implant prostetik atara lain panggul, lutut, clavicula, humerus, radius, ulna, metacarpal, metatarsal, femur, tibia, fibula, san punggung. **Tindakan Operasi seperti ini mengharuskan tindakan yang di modifikasi dengan mempertimbangkan beberapa factor:**
 - a. Pemilihan implan berdasarkan peraturan perundang-undangan
 - b. Modifikasi *Surgical Safety Checklist* 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 implant
 - 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

3. Alur pemesanan implant adalah rangkaian tahapan jalan pemesanan implant dari analisa kebutuhan sampai datangnya implant
4. Alur pendistribusian implant adalah rangkaian tahapan jalan pendistribusian implant dari implant datang sampai di gunakan pasien
5. Farmasi adalah unit rumah sakit yang bertugas untuk menyediakan dan mengadakan segala kebutuhan obat maupun bahan habis pakai
6. Pejabat pengadaan alat kesehatan adalah bagian yang memverifikasi pengajuan permintaan dari implant
7. Kamar operasi adalah suatu unit khusus di rumah sakit, tempat untuk melakukan tindakan pembedahan, baik elektif maupun akut, yang membutuhkan keadaan steril. Banyak tindakan bedah yang menggunakan implant prostetik antara lain panggul, lutut, clavicula, humerus, radius, ulna, metacarpal, metatarsal, femur, tibia, fibula, dan punggung. Tindakan pembedahan seperti ini mengharuskan tindakan operasi rutin yang dimodifikasi dengan mempertimbangkan factor-faktor tertentu.
8. Instalasi sterilisasi Sentral adalah unit di rumah sakit yang bertanggung jawab melakukan sterilisasi alat pembedahan termasuk implant.
9. RS adalah singkatan dari Rumah Sakit, dalam hal ini yang di maksud adalah Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir

Peralatan kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, baik di rumah sakit maupun di Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Guna mencapai kondisi maupun fungsi Peralatan kesehatan yang baik serta dapat mendukung pelayanan kesehatan maka Perlu adanya pengelolaan peralatan kesehatan yang terpadu

Agar peralatan kesehatan dapat dikelola dengan baik diperlukan Adanya kebijakan pemerintah dalam pengelolaan peralatan kesehatan di rumah Sakit Dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

B. RUANG LINGKUP

1. Ruang Lingkup Pengelolaan Implant

Panduan ini di gunakan untuk mengelola dan mengendalikan semua pengelolaan implant di RS yang meliputi:

- a) Analisa kebutuhan barang
- b) Pengajuan kebutuhan barang
- c) Verifikasi kebutuhan dengan dana pengadaan
- d) Pemesanan barang
- e) Pendistribusian barang
- f) Pemeliharaan barang

2. Kamar operasi

Kamar operasi menunjuk salah seorang petugas dalam melakukan pengelolaan, penyimpanan dan pelaporan implant kepada UPS Farmasi Kamar operasi

3. Form pengajuan kebutuhan barang

Pengajuan kebutuhan barang di lakukan oleh petugas kamar operasi sesuai need assessment yang dilakukan dan di berikan kepada petugas UPS Farmasi untuk di teruskan kepada bagian pengadaan

4. Form pemesanan barang oleh pejabat pengadaan

Bagian pengadaan mengisi SP (surat pemesanan) yang kemudian di tujukan ke bagian sales implant

5. Jenis alat kesehatan / implant

Implant yang digunakan di RSUD Mohammad Natsir antara lain :

1. Intra Ocular Lens (IOL)
2. Plate screw
3. Wire
4. Hernia Kit

C. TATA LAKSANA

Untuk menjamin keselamatan pasien, manajemen dituntut dalam Proses perencanaan dan pengadaan peralatan medis / Implant yang komprehensif dan berkesinambungan, untuk mendapatkan perencanaan dan pengadaan Yang berkesinambungan dibutuhkan komitmen dalam menerapkan perencanaan.

1. Perencanaan

Perencanaan adalah suatu proses untuk menentukan kebutuhan terkait jenis, Spesifikasi dan jumlah implan sesuai dengan kemampuan pelayanan/klasifikasi rumah sakit, beban pelayanan, perkembangan teknologi kesehatan, sumber daya manusia yang mengoperasikan dan memelihara sarana dan prasarana. Perencanaan kebutuhan peralatan sangat bermanfaat untuk penyediaan anggaran, pelaksanaan pengadaan implan secara efektif, efisien dan prosesnya dapat di pertanggung jawabkan

2. Penilaian Kebutuhan

Penilaian kebutuhan (*need assessment*) adalah proses untuk menentukan dan mengatasi kesenjangan antara situasi atau kondisi saat ini dengan situasi atau kondisi yang diinginkan, Penilaian kebutuhan adalah kegiatan strategis dan merupakan bagian dari proses perencanaan peralatan medis yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan atau memperbaiki kekurangan pelayanan kesehatan.

Penilaian kebutuhan implant pada dasarnya dimaksudkan untuk pemenuhan implant sesuai kemampuan rumah sakit, kebutuhan implant dan pengembangan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat atau perkembangan teknologi

Perencanaan kebutuhan implant dilakukan karena faktor:

1. Perkembangan teknologi
2. Kesesuaian terhadap standard keselamatan/regulasi
3. Ketersediaan jumlah dan jenis implant
4. Kesesuaian dengan ilmu kedokteran
5. Anggaran Pembelian Barang

Pelaksanaan penilaian kebutuhan implan diatur dalam standar prosedur operasional memuat

- a) Peran para pihak terkait pengguna (dokter, perawat, keteknisian medik dan keterampilan fisik), tenaga teknis pemelihara dan manajemen rumah sakit
- b) Mekanisme pengajuan kebutuhan dari kamar operasi kepada pihak farmasi yang bertanggung jawab terhadap ketersediaan implan di rumah sakit
- c) Proses pengkajian oleh tim perencanaan kebutuhan peralatan medis dan selanjutnya.
- d) Rekomendasi pemenuhan implan.

Dalam melakukan penilaian kebutuhan implan, tim Perencanaan kebutuhan membutuhkan data dan informasi sebagai berikut

- a. Inventori implan meliputi jenis, spesifikasi, jumlah, dan kondisi implan.
- b. Kualitas barang: data pemeliharaan meliputi frekuensi kerusakan, lama perbaikan, biaya pemeliharaan.
- c. Kinerja barang: data pemanfaatan dan kapasitas alat sesuai spesifikasi.
- d. Keamanan barang : data vigilance meliputi frekuensi insiden, akibat yang ditimbulkan, publikasi vigilance.
- e. Sumber daya manusia meliputi ketersediaan tenaga pengguna dan pemelihara serta kompetensinya pengguna yang akan menggunakan.
- f. Data dan informasi penunjang lainnya seperti kesiapan ruangan penyimpanan.

3. Pedoman Pengelolaan implan

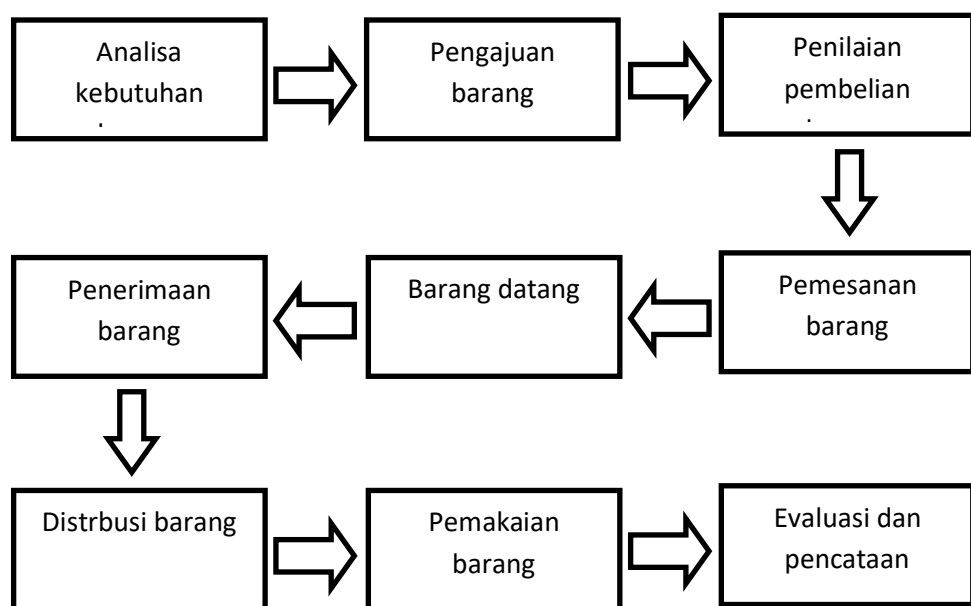
Perhitungan implan untuk pemenuhan sesuai standar, jenis dan jumlah peralatan medis harus memperhatikan kemampuan layanan berdasarkan klasifikasi rumah sakit dan ketersediaan jumlah dan kompetensi SDM yang dipersyaratkan untuk penyelenggaraan jenis dan volume pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Pada rumah sakit yang telah operasional, perhitungan implant untuk pemenuhan standar dibutuhkan data inventarisasi peralatan tiap unit pelayanan seperti kamar operasi

Jenis, jumlah yang ada, kapasitas alat, pemanfaatan, estimasi peningkatan pelayanan, kebutuhan.

- a) Menilai dengan melihat data utilisasi / penggunaan peralatan medis setiap harinya baik dari catatan rekam medik atau melalui penelitian, bilamana utilisasi / penggunaan peralatan medis cukup tinggi, maka diperlukan tambahan peralatan medis baru.
- b) Perencanaan dengan adanya pengembangan pelayanan kesehatan, artinya diperlukan penambahan implant dengan teknologi generasi terbaru untuk mendukung pengembangan pelayanan kesehatan.
- c) Menelaah ketersediaan implant tersebut apakah sudah tersedia di fasilitas kesehatan atau rumah sakit lain yang dekat dengan rumah sakit.
- d) Penilaian kebutuhan untuk pengembangan pelayanan kesehatan. Health Technology Management, jumlah pasien, perhitungan ekonomi, SDM.

4. Alur Pengadaan Implant



5. Kebijakan dan praktik penggunaan implant

Penatalaksanaan pemakaian implan dalam pelayanan medis harus memenuhi hal sebagai berikut:

1. Rumah sakit menentukan layanan operasi yang dapat dilakukan, menentukan alat-alat implan yang dipakai di rumah sakit.
2. Bahwa dalam pelaksanaannya, rumah sakit harus memastikan :
 - a. Proses seleksi berdasarkan *evidence base* (riset), yaitu mengikuti prosedur *supply chain management*.
 - b. Implan yang tersimpan dalam rumah sakit terdata (*inventory*), tersimpan sesuai dengan petunjuk manufaktur dan dilakukan inspeksi secara teratur terkait dengan standar penyimpanan (cara, suhu), layak pakai atau tidak, dan dilakukan pengecekan kadaluarsanya.
3. Rumah sakit menggunakan implan yang diterima sudah dalam keadaan steril.
4. Tindakan pemasangan implan harus terencana (*plan of care*) dan sudah diedukasikan kepada pasien/keluarga.
5. Implan yang akan dipakai harus telah tersedia di kamar operasi saat pre operasi, telah dicek dan tercatat dalam formulir keamanan operasi saat *sign in*, dan dilakukan *marker surgical site* pada tempat pemasangan implan.
6. Pemasangan implan dilakukan oleh professional yang telah memenuhi kualifikasi dan terlatih, termasuk diantaranya jika dibutuhkan tenaga dari luar rumah sakit.
7. Setiap implan yang telah terpasang harus dicatat di rekam medis (dalam formulir laporan pembedahan)
8. Setiap kejadian terkait keselamatan pasien dalam hal pemasangan implan, baik berupa kejadian tidak diharapkan, kejadian tidak cedera, maupun kejadian nyaris celaka harus dilaporkan kepada komite keselamatan pasien rumah sakit.
9. Dalam pelaksanaannya memenuhi kaidah PPI.

10. Setiap pasien yang telah terpasang implan harus diberikan instruksi khusus saat pulang (*discharge*).

11. Setiap implan yang terpasang mudah ditelusuri terutama saat diperlukan penarikan dikarenakan laporan insiden, *recall*, kegagalan (patah, bengkok), ataupun masalah-masalah lain.

6. Penyimpanan

Kamar operasi melakukan penyimpanan implant berdasarkan pada :

- 1) Implant yang digunakan untuk operasi disimpan dalam trolley implant.
- 2) Petugas pengelolaan Implant di kamar operasi bertanggung jawab dalam penyimpanan implant untuk dilakukan sterilisasi di ISS dan kemudian dipisahkan sesuai jenis nya.
- 3) Penyimpanan implant dikendalikan depo farmasi kamar operasi

7. Pemasangan Implan

Dalam pelaksanaan pemasangan implan perlu didokumentasikan :

- 1) Edukasi
- 2) *Informed consent* Tindakan Medis
- 3) Formulir Keamanan Operasi
- 4) Laporan Pembedahan

8. Pendistribusian

Petugas kamar operasi bertanggung jawab dalam hal pencatatan pemakaian yang telah dipakai operasi di setiap kamar operasi kemudian diberikan ke petugas farmasi yang bertugas.

9. Proses pelacakan implant medis yang telah digunakan pasien

Implant yang digunakan oleh pasien dapat dilakukan pelacakan sesuai dengan data pada buku registrer implant.

Yang harus dicatat pada buku register implan adalah :

- 1) Nama Pasien

- 2) Tanggal tindakan dan pemasangan implan
- 3) Jenis Implan
- 4) Tanggal kontrol / rencana pelepasan implant
- 5) Nomor telpon pasien/keluarga yang dapat dihubungi

10. Laporan Insiden

Jika terjadi laporan insiden terkait pemasangan implan, maka dapat dilaporkan dengan mengikuti prosedur dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

11. Penarikan Implan

Penarikan implan dilakukan jika :

- a) Terjadi insident terhadap implan di rumah sakit terkait kualitas (patah, bengkok, dan lain-lain) yang dikarenakan bukan “*miss used*” baik oleh operator maupun pasien, setelah dilakukan analisa yang mendalam.
- b) Dilakukan penarikan oleh perusahaan produsen implan karena suatu hal.
- c) Penarikan implan yang merupakan stok rumah sakit dilakukan unit perbekalan farmasi berkoordinasi dengan dokter penanggung jawab pasien.
- d) Penarikan implan yang telah terlanjur ditanam dalam tubuh pasien, harus dikoordinasikan dengan perusahaan produsen implan, dengan menyertakan pasien sebagai pengambil keputusan, apakah bersedia dilakukan pengambilan implan jika memungkinkan.

12. Penghapusan

Penghapusan barang dan alat -alat di kamar operasi dilakukan apabila terjadi :

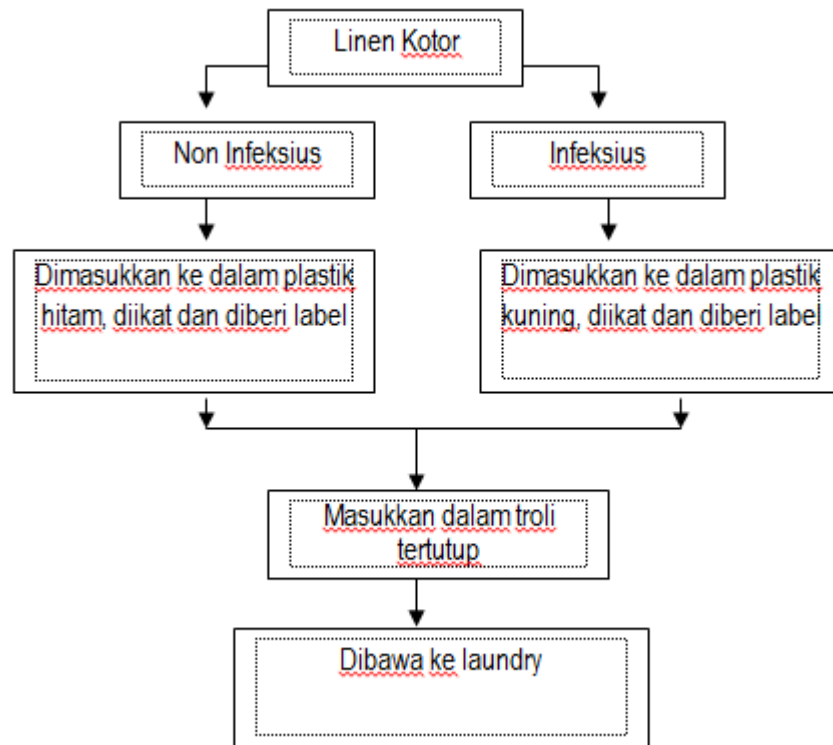
- 1) Bahan/barang rusak tidak dapat dipakai kembali
- 2) Bahan/barang tidak dapat didaur ulang atau tidak ekonomis untuk diatur ulang
- 3) Bahan/barang sudah melewati masa kadaluarsa (expire date)
- 4) Bahan/ barang hilang karena pencurian atau sebab lain

D. DOKUMENTASI

- a) Panduan ini akan di review jika ada perubahan kebijakan regulasi
- b) Dokumen yang terkait dengan pengelolaan implant maupun penggunaannya antara lain:
 - 1. Surat permintaan implant
 - 2. Daftar implant
 - 3. Laporan operasi

BAB IX ALUR LINEN DAN INSTRUMEN

a. Alur Linen



b. Alur masuk linen bersih

- 1) Petugas Kamar Operasi menerima linen bersih (baju, *scrub* petugas, sprei dan selimut) yang berasal dari Bagian *Laundry* masuk ke Kamar Operasi melalui lift alat dan barang yang berada di lantai 4 menuju lantai 5 OK Central.
- 2) Cleaning Service Kamar Operasi mengambil linen bersih dari lift barang bersih dan menata linen bersih ke lemari linen.
- 3) Petugas dan Dokter Kamar Operasi mengambil linen bersih yang telah tersimpan di almari linen sesuai kebutuhan.

c. Alur masuk linen steril dan alat steril

1. Petugas Kamar Operasi menerima linen steril (duk operasi steril, jas operasi) atau alat-alat operasi steril yang berasal dari CSSD (*Central Steril Supply Department*) masuk ke Kamar Operasi yang diantarkan petugas CSSD dengan trolis tertutup, pada jam 08.00 melalui lift barang dan alat steril di lantai 4 menuju ke lantai 5 OK Central.

2. Petugas Kamar Operasi membawa linen dan alat steril langsung ke Ruang Operasi atau transit di Ruang Penyimpanan Barang Steril.

d. Alur keluar linen kotor

1. Baju *scrub* petugas yang telah dipergunakan, dimasukkan dalam plastik kuning khusus di Ruang Ganti (Loker) dan diikat rapat.
2. Duk, jas operasi, dan linen steril yang telah dipergunakan, dimasukkan dalam plastik kuning khusus di Ruang Operasi kemudian diikat rapat dan dimasukkan ke dalam wadah penyimpanan tertutup .
3. Cleaning service kamar operasi membawa wadah tertutup berisi plastik kuning yang berisi linen kotor 2 kali sehari ke lift alat dan Barang Kotor pada jam 08.30 WIB dan 14.00 WIB.
4. Petugas *laundry* RS mengambil linen kotor untuk dilakukan pencucian 2 kali sehari, diambil dilantai 4 tempat lift alat dan barang kotor pada jam 08.30 WIB dan 14.00 WIB untuk selanjutnya dibawa ke Instalasi Laundry.

e. Alur keluar Alat dan instrument kotor

1. Alat-alat steril yang telah dipergunakan, dimasukkan dan direndam wadah/kontainer khusus berisi desinfektan yang tersedia di setiap Ruang spoolhook. Kemudian dibawa oleh Perawat kamar operasi atau Cleaning Service kamar operasi ke lift alat dan Barang Kotor di bagian belakang kamar operasi.
2. Pada jam 08.30 WIB dan 14.00 WIB Petugas CSSD mengambil alat-alat kotor untuk dilakukan pencucian dan sterilisasi di lantai 4 tempat lift alat dan barang kotor untuk selanjutnya dibawa ke CSSD

f. Penangan Limbah

Pembuangan dan penangan limbah tergantung dari jenis limbah dengan prinsip limbah padat dan cair harus ditangani dengan cara terpisah.

Cara penanganan limbah:

- a. Limbah cair dibuang kedalam spoolhook, yang selanjutnya mengalir ke tempat pengelolaan limbah cair Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir;
- b. Limbah padat atau anggota tubuh, ditempatkan pada kantong yang tertutup;
- c. Limbah yang non infeksi yang kering dan basah ditempatkan pada tempat

yang tertutup serta tidak mudah bertebaran dan selanjutnya dibuang ke tempat pembuangan Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir;

- d. Limbah infeksi ditempatkan pada plastik warna kuning dan tidak mudah bocor serta diberikan label infeksius;
- e. Seluruh limbah yang dihasilkan di kamar bedah digolongkan menjadi limbah berbahaya atau B3.

BAB X

KERJASAMA ANTAR DISIPLIN

A. Pre Operasi

Penatalaksanaan Perawatan

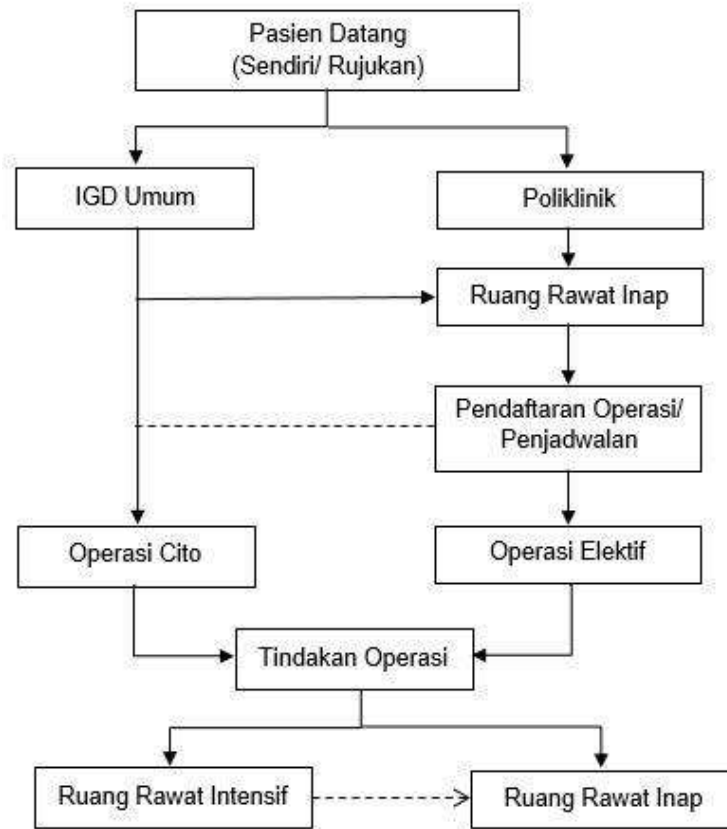
- 1) Pengkajian meliputi obyektif dan subyektif.
 - Data subyektif meliputi; Nyeri yang sangat pada daerah perut.
 - Data obyektif meliputi : Napas dangkal, Tensi turun, Nadi lebih cepat, Abdomen tegang, Defense muskuler positif, Berkeringat, Bunyi usus hilang, Pekak hati hilang
- 2) Diagnosa Keperawatan
 - 1) Gangguan rasa nyaman, abdomen tegang sehubungan dengan adanya rasa nyeri di abdomen.
 - 2) Potensial terjadinya infeksi sehubungan dengan adanya sayatan / luka operasi laparatomi.
 - 3) Potensial kekurangan cairan sehubungan dengan adanya demam, pemasukkan sedikit dan pengeluaran cairan yang banyak.
- 3) Hasil yang diharapkan
 - 1) Pasien akan tetap merasa nyaman.
 - 2) Pasien akan tetap mempertahankan kesterilan luka operasinya.
 - 3) Pasien akan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 4) Tindakan keperawatan (intevensi keperawatan) pre operatif :
 - 1) Pertahankan pasien untuk bedrest sampai diagnosa benar-benar sudah ditegakkan.
 - 2) Tidak memberikan apapun melalui mulut dan beritahukan pasien untuk tidak makan dan minum.
 - 3) Monitoring cairan intra vena bila diberikan.
 - 4) Mencatat intake dan output.
 - 5) Posisi pasien seenak mungkin.
 - 6) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan.
 - 7) Ajarkan pasien hal-hal yang perlu dilakukan setelah operasi selesai.
 - 8) Monitoring tanda-tanda vital.
- 5) Diagnosis
 - 1) Foto polos abdomen
 - 2) USG abdomen

Adapun prosedur daripada laparotomi adalah seperti layaknya operasi konvensional, laparoscopi tetap memerlukan pembiusan dan dilakukan di kamar operasi. Setelah pembiusan, dinding perut disayat pada daerah pusat/umbilikus sekitar 1 cm. Kemudian dimasukkan kamera kecil untuk melihat organ-organ didalam rongga perut. Setelah itu dibuat sayatan kedua dan ketiga pada dinding perut bagian bawah, sedikit diatas tulang pinggul, diameter 0,5 cm, untuk memasukkan alat-alat berupa 'stik' sebagai pengganti tangan dokter.

B. Durante Operasi

Konsultasi antar disiplin ilmu di kamar bedah melibatkan dua belah pihak atau lebih dari profesi operator, anesthesiology dan spesialis pendukung dan tenaga professional lainnya di kamar operasi. Indicator kerjasama mekanisme konsultasi di kamar operasi adalah sesegera mungkin diberikan jawaban kepada yang mengkonsulkan, ada beberapa kejadian di kamar operasi yang merupakan kasus kasus diluar kemampuan operator dan dikonsulkan ke operator atau profesi lainnya.

BAB XI
ALUR SIRKULASI KEGIATAN RUANGAN OPERASI.



A. Keterangan alur kamar operasi

a. Pasien.

- 1) Pasien umumnya dibawa dari ruang rawat inap/IGD menuju ruang operasi menggunakan transfer bed/brancard melalui Lift depan OK Central menuju lantai 5 Ok central.
- 2) Perawat ruang rawat inap atau perawat ruang operasi, sesuai jadwal operasi, membawa pasien ke ruang penerimaan untuk dicocokkan identitasnya, apakah sudah sesuai dengan data yang sebelumnya dikirim ke ruang administrasi ruang operasi dan sudah dipelajari oleh dokter bedah bersangkutan. Pengantar pasien dipersilahkan untuk menunggu di ruang tunggu pengantar di lantai 1 gedung OK central.
- 3) Dari ruang penerimaan, pasien dipindahkan dari brancard ruangan ke brancard ruang operasi
- 4) Setelah tiba waktunya, pasien dibawa masuk ke ruang operasi, yang mana, pasien diperiksa kembali kondisi tubuhnya, menyangkut tekanan darah, detak jantung, temperatur tubuh, dan sebagainya. Apabila kondisi tubuh pasien cukup layak untuk

dioperasi, pasien selanjutnya dipersiapkan untuk dilakukan tindakan pembedahan.

- 5) Dokter, staf yang membantu operasi selanjutnya masuk ke ruang operasi untuk melakukan pembedahan. Sebelum melakukan operasi, Dokter biasanya melakukan penyesuaian posisi meja operasi dan lampu operasi yang lebih nyaman, demikian pula dengan posisi troli peralatan operasi.
- 6) Selesai dilakukan pembedahan, pasien yang masih dipengaruhi oleh bius dari zat anestesi, selanjutnya dibawa ke ruang pemulihan (recovery room). Bila dianggap perlu, pasien bedah dapat juga langsung dibawa ke ruang perawatan intensif (ICU) melalui Lift yang ada di dalam kamar operasi menuju lantai 3 gedung OK Central.
- 7) Apabila bayi yang dioperasi, setelah dioperasi bayi tersebut selanjutnya langsung dibawa ke ruang perawatan intensif bayi (NICU) melalui Lift yang ada di dalam kamar operasi di lantai 5 menuju ruangan di lantai 4 dan keluar melalui lift depan ke lantai 1 menuju ruang rawatan. .
- 8) Apabila pasien bedah kondisinya cukup sadar, pasien dibawa ke ruang rawat inap melalui Lift yang ada di dalam kamar operasi di lantai 5 menuju ruangan di lantai 4 dan keluar melalui lift depan ke lantai 1 menuju ruang rawatan.

b. Alur Material/bahan.

1. Material/bahan bersih/steril. Material/bahan bersih untuk kebutuhan kamar bedah diambil dari :
 - a) Ruang penyimpanan bersih/steril, seperti linen, peralatan kebutuhan bedah, dan sebagainya.
 - b) Untuk kebutuhan farmasi (obat-obatan), diambil dari ruang penyimpanan farmasi, termasuk bahan/material yang sekali pakai..
 - c) Zat anestesi, umumnya disimpan di ruang penyimpanan anestesi.
2. Material kotor/bekas.
 - a) Material kotor/bekas yang digunakan dan sifatnya habis pakai, di masukkan ke dalam tempat sampah berupa kontainer kotor, selanjutnya ditutup rapat, dan dibawa ke area kotor untuk selanjutnya dibawa ke tempat pembuangan yang khusus digunakan untuk ini.
 - b) Material kotor/bekas yang masih dapat digunakan kembali, seperti linen, peralatan kedokteran dan sebagainya dibawa ke ruang spool hook, setelah dibersihkan dan dikemas dikirim ke ruang laundry atau CSSD.

BAB XII

LOGISTIK

Program pengendalian logistik disusun untuk mengatur kegiatan pengadaan dan pemeliharaan barang, alat, obat dan alkes Unit Kamar Bedah yang disusun setiap tahun mengacu pada kebutuhan tahunan dan dilaporkan dalam laporan bulanan dan tahunan. Kelompok barang logistik adalah alat medik dan keperawatan, alat elektromedik, alat kantor, alat rumah tangga, dan alat habis pakai.

Tujuan pengadaan logistik adalah agar pengadaan kebutuhan akan barang terencana dan terpantau dengan baik, sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Unit Kamar Bedah dalam memberikan pelayanan membutuhkan alat/ instrumen bedah, obat-obatan dan alat tulis kantor, yang berguna dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan mendukung pekerjaan yang bersifat administrasi di Unit Kamar Bedah. Kebutuhan tersebut dipenuhi oleh bagian logistik yang meliputi :

1. Logistik Farmasi

a. Perencanaan

- 1) Barang habis pakai farmasi ditentukan sesuai dengan permintaan dari Perawat Kamar Bedah, pengajuannya dilakukan satu hari sebelum tindakan dengan menyerahkan formulir yang sudah diisi oleh Perawat Kamar Bedah yang disesuaikan dengan kebutuhan.
- 2) Barang habis pakai dilakukan dengan pengajuan ke Gudang Farmasi setiap seminggu sekali.
- 3) Apabila Unit Kamar Bedah membutuhkan barang habis pakai di luar perencanaan dapat melakukan permintaan *cito* ke Gudang Farmasi atau ke Depo Kamar Bedah.

b. Pengadaan

Unit Kamar Bedah melakukan kegiatan untuk mengadakan barang dan obat – obatan logistik farmasi baik yang terencana atau pun yang bersifat *cito*.

c. Penyimpanan

Unit Kamar Bedah melakukan penyimpanan barang – barang ataupun obat – obatan berdasarkan pada :

- 1) Obat – obatan narkotika disimpan dalam lemari dalam lemari yang khusus *double lock* dengan kunci di pegang oleh Perawat Anestesi.

- 2) Obat – obatan yang perlu disimpan.
- d. Pendistribusian

Setiap petugas kamar bedah bertanggung jawab dalam hal pencatatan pemakaian yang telah dipakai operasi di setiap Kamar Bedah kemudian diberikan ke Petugas Depo Farmasi Unit Kamar Bedah yang bertugas.
- e. Penghapusan

Penghapusan barang dan alat –alat di Kamar Bedah dilakukan apabila terjadi :

 - 1) Bahan/ barang rusak tidak dapat dipakai kembali;
 - 2) Bahan/ barang sudah melewati masa kadaluarsa (*expire date*)

2. Logistik Umum

- a. Perencanaan

Kamar Bedah merencanakan kebutuhan rumah tangga, alat tulis kantor, dan dilakukan setiap semester pertama dan kedua, selanjutnya perencanaan kebutuhan disesuaikan dengan jadwal Logistik Umum dimana permintaan barang kebutuhan rumah tangga, alat tulis kantor dan biomedic dilakukan seminggu sekali.
- b. Pengadaan

Kamar Bedah melakukan kegiatan untuk mengadakan barang Logistik Umum yang telah direncanakan.
- c. Penyimpanan

Barang – barang logistik disimpan dalam lemari sesuai dengan jenis barang, mudah terjangkau.
- d. Pendistribusian

Semua barang yang ada dilakukan inventaris dan pencatatan barang yang terpakai.

Jenis – Jenis Barang Logistik Farmasi dan Logistik Umum

No.	Nama Barang	Jumlah
1.	Amplop Pth No.90pjpg(No Logo)	5
2.	Ballpoint 4 Warna	10
3.	Buku Tulis Baxter Isi 100 Lembar	6
4.	Buku Tulis Kecil Isi 60 Lembar	12
5.	Buku Tulis Folio Isi 100 Lembar	8

6.	Double Tape 1 Inc	2
7.	Isi Stapler Besar	1
8.	Isi Stapler Kecil	12
9.	Kertas A4 70 Gram	36
10.	Pensil 2b	5
11.	<i>Pen Standart Action Hitam</i>	12
12.	<i>Pen Standart Action Merah</i>	12
13.	Penggaris Besi 30 cm Joyco	2
14.	Penghapus Pensil	2
15.	Post It 656	3
16.	Selotif 1inc	1
17.	Spidol Marker Hitam	24
18.	Spidol <i>White Board</i> Hitam	24
19.	Spidol <i>White Board</i> Merah	24
20.	Stepler Kecil	2
21.	Stiker Tom & Jerry No.109	15
22.	Tinta <i>Refile White Board</i>	12
23.	<i>Tipp Ex Joyco</i>	12
24.	<i>Tioner Lasser Jet P1102 Black 85A</i>	7

a. House Keeping

No.	Nama Barang	Jumlah
1	Sikat Baju	6
2	Starawbru.Sh Pigeon (Sikat Sedotan)	3
3	<i>Sunlight Refil 800ml</i>	48
4	<i>Tissue Roll</i>	300
5	<i>Tissue Towel</i>	624
6	Wipol / SOS	36
7	Bayclin 4lt	12
8	Cift Pembersih	2
9	Clink Pembersih Kaca	4
10	<i>Jhonson Baby Bath Refil 400ml</i>	144

11	Kanebo	4
12	Kantong Plastik Hitam 40	144
13	Kantong Plastik Hitam 24	60
14	Kantong Plastik HDPE kuning uk.40	192
15	Kantong Plastik Kuning uk.60x100	48
16	Plastik Sampah Hitam 60x100	192
17	Plastik Sampah Hitam 90x120	192
18	Rinso	24
19	Sabun Cream 690gr	36
20	Sarung Tangan Panjang Karet	4

b. Cetakan

No.	Nama Barang	Jumlah
1.	Laporan Anestesi	36
2.	Laporan operasi	5
3.	Catatan Tindakan di Ruang Pemulihan	5
4.	Ceklist Keselamatan Di Kamar Bedah	5
5.	Asuhan keperawatan perioperatif	3
6.	Informed concent	300
9.	Laporan Konsultasi	2
10.	Pemakaian Obat Alkes Kamar Bedah	32
11.	Permintaan/Retur Barang Umum	30
12.	Permintaan/Retur Farmasi	48
13.	Persetujuan Tindakan Pembiusan	2
14.	Resep Dokter	40
15.	Tanda Terima Barang	10

c. Kitchen Equipment

No.	Nama Barang	Jumlah
1.	Gula Pasir	24
2.	Plastik Bening 1kg	3
3.	Plastik Bening 1/2kg	2
4.	Sedotan	6

d. Barang Umum

No.	Nama Barang	Jumlah
1.	Batubatre A3	24
2.	Batubatre AA	48
3.	Botol Spray 225ml	5
4.	Karet Gelang/Jepang	48

e. BHP (Barang Habis Pakai) Gudang Farmasi

No.	Nama Barang	Jumlah
1.	<i>Ace Blade Electrode Megadyne</i>	120
2.	<i>Valleylab Adult Rem Polyhesive</i>	144
3.	<i>Valleylab Neonatal Rem Polyhesive</i>	60
4.	<i>Apron Film White Surgilab</i>	12
5.	<i>Aquadest 1000ml</i>	300
6.	Betadine Sol 1lt	192
7.	Emla 5% Cream	240
8.	Kassa Hidrofil 80cmx4 Yds Roll	24
9.	<i>Masker Tali Tea On</i>	192
10.	<i>Micropore 1inc</i>	480
11.	<i>Microsshield Handrub 500ml</i>	144
12.	<i>Perfektan Endo</i>	12
13.	<i>Stabimed 1lt</i>	48
14.	Topi Suster <i>Blue Hospilab</i>	120
15.	Topi Dokter <i>Blue Hospilab</i>	48
16.	<i>Valleylab Rocker Switch</i>	144
17.	Xylocain Jelly 2%	288
18.	Descosept AF 5lt	12
19.	<i>Handscoen Superlife (s)</i>	12
20.	Indikator Tape 3M	12
21.	Hyfamik 15cmx5m	12
22.	Autoclave Tape	24
23.	Kapas 1kg	12

24.	Bactoschild CHG 4%	12
25.	Formalin 10% 1lt	60
26.	<i>Pouches Steril Flat (7,5x200m)</i>	6
27.	<i>Trombophop Gel 20gr</i>	4
28.	Tali Verban Putih OK	24
29.	Alkohol 1lt	192
30.	Pouches Steril Flat (15x200m)	12

BAB XIII

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian *Patient Safety*

Patient Safety atau Keselamatan Pasien adalah suatu system yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya tidak diambil.

B. Tujuan *Patient Safety*

1. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
2. Menurunkan kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit.
3. Terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.
4. Terciptanya keselamatan pasien di rumah sakit.

C. Tata Laksana *Patient Safety*

Tata laksana *patient safety* meliputi ;

1. Sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit (WHO *Collaborating Center For Patient Safety* 2 Mei 2007), yaitu :
 - a. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan;
 - b. Perhatikan identifikasi pasien;
 - c. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien;
 - d. Pastikan tindakan yang benar ada sisi tubuh yang benar;
 - e. Kendalikan cairan, elektrolit pekat;
 - f. Pastikan akurasi pemberian obat pada saat serah terima pasien;
 - g. Hindari salah cateter dan salah sambung selang;
 - h. Gunakan alat injeksi sekali pakai;
 - i. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.
2. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, yaitu :
 - a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil;
 - b. Memimpin dan mendukung karyawan, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien;
 - c. Mengintegrasikan aktifitas pengelolaan risiko. mengembangkan sistem dan

- proses dan pengelolaan resiko, serta melakukan identifikasi dan asesmen hal potensial yang bermasalah;
- d. Mengembangkan sistem pelaporan. memastikan karyawan agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPS – RS);
 - e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. mengembangkan cara – cara komunikasi yang terbuka dengan pasien;
 - f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul;
 - g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.
3. Dalam melaksanakan keselamatan pasien, standar keselamatan pasien harus diterapkan standar tersebut adalah :
- a. Hak pasien;
 - b. Mendidik pasien dan keluarga;
 - c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan;
 - d. Penggunaan metode – metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
 - e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan pasien;
 - f. Mendidik karyawan tentang keselamatan pasien;
 - g. Komunikasi yang merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien.
4. Langkah – langkah penerapan keselamatan pasien rumah sakit :
- a. Menetapkan unit kerja yang bertanggung jawab, mengelolah program keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. Menyusun program keselamatan pasien rumah sakit jangka pendek 1 – 2 tahun;
 - c. Mensosialisasikan konsep dan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - d. Mengadakan pelatihan keselamatan pasien rumah sakit bagi jajaran manajemen dan karyawan;
 - e. Menetapkan sistem pelaporan insiden (peristiwa keselamatan pasien);
 - f. Menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, seperti

- tersebut diatas;
- g. Menerapkan standar keselamatan pasien (seperti tersebut diatas) dan melakukan *self assessment* dengan instrumen akreditasi pelayanan kesehatan pasien rumah sakit;
 - h. Program khusus keselamatan pasien di rumah sakit;
 - i. Mengevaluasi secara periodic pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit dan kejadian tidak diharapkan.
5. Beberapa potensi kesalahan yang terjadi di kamar bedah :
- a. Kesalahan pada pasien yang dioperasi;
 - b. Kesalahan prosedur operasi;
 - c. Kesalahan lokasi operasi;
 - d. Kesalahan memberikan tranfusi darah;
 - e. Kesalahan memberikan obat;
 - f. Terjadinya infeksi dan atau sepsis akibat pembedahan.
6. Cara memastikan prosedur operasi yang benar
- a. Persetujuan Tindakan;
 - b. *Marking The Site*;
 - c. *Patient Identification*;
 - d. *Time-Out Briefing*;
 - e. Imaging Data.
7. Komponen – komponen dalam *Surgical Safety Checklist* :
- a. ***Sign In***
 - 1) *Sign in*, merupakan verifikasi pertama sesaat pasien tiba di Ruang Terima atau Ruang Persiapan;
 - 2) Evaluasi kembali rekam medis pasien yang bersangkutan berkaitan dengan identitas, hasil pengukuran vital sign terakhir, kelengkapan dokumen termasuk Surat Persetujuan Pembedahan atau Formulir Persetujuan Operasi;
 - 3) Riwayat alergi;
 - 4) Risiko kehilangan darah saat pembedahan;
 - 5) Risiko gangguan pada jalan nafas;
 - 6) Konfirmasi lokasi pada tubuh yang akan dimanipulasi oleh pembedahan;
 - 7) Konfirmasi kesiapan peralatan serta jenis anasthesi yang akan digunakan.

b. Time Out

- 1) Verifikasi dilaksanakan ketika pasien sudah siap di atas meja operasi, sudah dalam keadaan terbius, dimana Tim Anestesi dalam keadaan siaga dan Tim Bedah telah dalam posisi steril;
- 2) *Scrub Nurse* yg memberikan kode untuk dilakukan *time out*. Sirkulator membacakan dan melakukan dokumentasi;
- 3) Tim Bedah kembali mengkonfirmasi tentang pasien, lokasi insisi pada tubuh pasien, prosedur yang akan dijalankan dan kemungkinan kesulitan teknik pembedahan yang dihadapi selama proses berlangsungnya operasi;
- 4) Di sisi lain perawat bedah diwajibkan untuk menyatakan kesiapan alat/ instrumen, keadaan sterilitas alat dan termasuk perhitungan jumlah kasa;
- 5) Pada kesempatan ini diungkapkan juga mengenai obat antibiotika profilaksis yang telah diberikan beserta hasil pemeriksaan penunjang seperti x-ray dan lain – lain yang sewaktu waktu mungkin diperlukan operator ketika menjalankan operasinya;
- 6) Kemungkinan risiko pembiusan selama berlangsungnya operasi menjadi kewajiban team anasthesi untuk menyampaikannya.

c. Sign Out

- 1) *Scrub Nurse* yang akan memberikan kode untuk dilakukan *sign out*;
- 2) Dilakukan sebelum penutupan rongga tubuh pasien yang dioperasi;
- 3) Hitungan jumlah instrumen, jarum dan kasa secara benar, disaksikan oleh Perawat Sirkulator dan didokumentasikan;
- 4) Pemberian label sesuai identitas pasien pada jaringan yang telah diangkat dari tubuh pasien;
- 5) Peran Perawat Sirkulator;
- 6) Dokter Bedah sebagai operator beserta Dokter Anestesi menyampaikan hal – hal yang perlu diperhatikan pada masa pemulihan pasien dan perawatan pasca operasi selanjutnya.

8. Tujuan dari *Surgical Safety Checklist* :

- a. Sebagai elemen penting *Patient Safety*;
- b. Benar pasien, operasi, dan lokasi insisi;
- c. Safe Anaesthesia dan Resusitasi;
- d. Meminimalkan risiko infeksi;
- e. *Team Work* yang efektif;

- f. Sebagai antisipasi hal –hal yang tak terduga;
 - g. Sebagai media setiap anggota tim untuk dapat bicara jika keamanan pasien terancam.
9. Kriteria *Safety Surgery* :
- a. Benar pasien/ benar lokasi insisi;
 - b. Cegah bahaya obat – obat anestetik;
 - c. Siap bila terjadi kegawatan jalan nafas;
 - d. Siap bila terjadi kehilangan darah yang banyak;
 - e. Cegah terjadinya alergi;
 - f. Minimalkan infeksi luka operasi;
 - g. Cegah terjadinya tertinggal instrumen/ kassa;
 - h. Pelabelan spesimen yang akurat;
 - i. Berkomunikasi efektif mengenai hal – hal yang kritikal;
 - j. Mengadakan surveilance tentang kapasitas/ volume/ hasil.
10. Instrumen data dan sistem monitoring yang diimplementasikan di Kamar Bedah :
- a. Gelang Identitas Pasien;
 - b. Stiker Identitas Pasien;
 - c. Pertemuan Pra Bedah (*Briefing*);
 - d. Formulir Kelengkapan Data Pra Bedah;
 - e. Formulir Serah Terima Pasien Dari Kamar Bedah;
 - f. Checklist Keselamatan Bedah (*Surgical Safety Checklist*)
 - g. Papan Informasi (*Imaging Data*);
 - h. Formulir Perjalanan Klinis (*Clinical Pathway*)
 - i. Formulir Catatan Keperawatan Perioperatif.

BAB XIV

KESELAMATAN KERJA

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 164 Ayat (1) menyatakan bahwa upaya kesehatan kerja ditunjukkan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Rumah sakit adalah tempat kerja yang termasuk dalam kategori seperti tersebut diatas, berarti wajib menerapkan upaya keselamatan dan kesehatan kerja. Program keselamatan dan kesehatan kerja di tim pendidikan pasien dan keluarga bertujuan melindungi karyawan dari kemungkinan terjadinya kecelakaan didalam dan diluar rumah sakit.

Dalam Undang – Undang Dasar 1945 Pasal 27 Ayat (2) disebutkan bahwa “Setiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”. Dalam hal ini yang dimaksud pekerjaan adalah pekerjaan yang bersifat manusiawi, yang memungkinkan pekerja berada dalam kondisi sehat dan selamat, bebas dari kecelakaan dan penyakit akibat kerja, sehingga dapat hidup layak sesuai dengan martabat manusia.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan bagian integral dari perlindungan terhadap pekerja dalam hal ini instalasi farmasi dan perlindungan terhadap rumah sakit. Pegawai adalah bagian dari integral rumah sakit. Jaminan keselamatan dan kesehatan kerja akan meningkatkan produktivitas pegawai dan meningkatkan produktivitas rumah sakit. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja dimaksudkan untuk menjamin:

- a. Agar pegawai dan setiap orang yang berada ditempat kerja selalu dalam keadaan sehat dan selamat ditempat kerja.
- b. Agar faktor – faktor produksi dapat dipakai dan digunakan secara efisien.
- c. Agar proses produksi dapat berjalan lancar tanpa hambatan.

Faktor – faktor yang menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat digolongkan dalam 3 (tiga) kelompok, yaitu:

- a. Kondisi dan lingkungan kerja;
- b. Kesadaran dan kualitas bekerja, dan;
- c. Peranan dan kualitas manajemen.

Dalam kaitannya dengan kondisi dan lingkungan kerja, kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat terjadi apabila:

- a. Peralatan tidak memenuhi standar kualitas atau bila sudah aus;
- b. Alat – alat produksi tidak disusun secara teratur menurut tahapan proses produksi;
- c. Ruang kerja terlalu sempit, ventilasi udara kurang memadai, ruangan terlalu panas atau terlalu dingin;
- d. Tidak tersedia alat – alat pengaman;
- e. Kurang memperhatikan persyaratan penanggulangan bahaya kebakaran dan lain – lain.

A. Perlindungan Keselamatan Kerja dan Kesehatan Petugas Kesehatan

1. Petugas kesehatan yang merawat pasien menular harus mendapatkan pelatihan mengenai cara penularan dan penyebaran penyakit, tindakan pencegahan dan pengembalian infeksi yang sesuai dengan protokol jika terpajan.
2. Petugas yang tidak terlibat langsung dengan pasien harus diberikan penjelasan umum mengenai penyakit tersebut.
3. Petugas kesehatan yang kontak dengan pasien penyakit menular melalui udara harus menjaga fungsi saluran pernapasan (tidak merokok, tidak minum dingin) dengan baik dan menjaga kebersihan tangan.

B. Petunjuk Pencegahan Infeksi untuk Petugas Kesehatan

1. Untuk mencegah transmisi penyakit menular dalam tatanan pelayanan kesehatan, petugas harus menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) yang sesuai untuk kewaspadaan standard dan kewaspadaan isolasi (berdasarkan penularan secara kontak, droplet atau udara) sesuai dengan penyebaran penyakit;
2. Semua petugas kesehatan harus mendapatkan pelatihan tentang gejala penyakit menular yang sedang dihadapi;
3. Semua petugas kesehatan dengan penyakit seperti flu harus dievaluasi untuk memastikan agen penyebab dan ditentukan apakah perlu dipindahkan tugas dari kontak langsung dengan pasien, terutama mereka yang bertugas di unit Perawatan Intensif, Rawat Inap Anak dan Kamar Bayi.

BAB XV

PENGENDALIAN MUTU

Dengan semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan maka saat ini masyarakat semakin memperhatikan mutu pelayanan kesehatan yang diterimanya. Pengendalian mutu di unit Kamar Bedah harus dilakukan demi kepentingan dan kepuasan pasien sehingga nantinya mendapat kepercayaan masyarakat, adapun indikator mutu pelayanan unit kamar bedah adalah sebagai berikut :

1. Kepatuhan pelaksanaan prosedur sitemarking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi : 100%
2. Kelengkapan pengisian Surgical Checklist di Kamar Operasi : 100%
3. Penerapan Keselamatan Operasi : 100%

BAB XVI

PENUTUP

Sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, pelayanan Unit Kamar Bedah harus dapat meningkatkan kualitas pelayanan sehingga dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap pelayanan Unit Kamar Bedah khususnya dan pelayanan rumah sakit pada umumnya.

Ruang lingkup kegiatan pelayanan Unit Kamar Bedah adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat selama 24 jam, terpisah dari unit pelayanan lain di rumah sakit.

Pelayanan Unit Kamar Bedah selalu berusaha memberikan pelayanan yang baik dan optimal dengan memperhatikan kualitas, keselamatan pasien, dan keselamatan kerja.

Dengan disusunnya buku standar pelayanan kamar bedah ini, diharapkan dapat membarikan acuan yang jelas dalam mengelola dan melaksanakan pelayanan instalasi kamar bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

Ditetapkan di : Solok
Pada Tanggal : 2 Desember 2022
DIREKTUR



dr. Elvi Fitraneti.Sp.PD.FINASIM