PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

PANDUAN PENETAPAN JENIS PELAYANAN BEDAH DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

KEPUTUSAN KA. RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/74/VI/ 2026

tentang

PANDUAN PENETAPAN JENIS PELAYANAN BEDAH

RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

KEPALA RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang : 1. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan Instalasi Bedah yang bermutu tinggi, untuk itu perlu di buat Panduan Penetapan Jenis Pelayanan Bedah

2. Bahwa agar pelayanan yang bermutudi RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Revisi terhadap Panduan Pelayanan terdahulu yang ditetapkan dalam keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Mengingat : 1. Undang-undang kesehatan Nomor 17 Tahun 2023

2. Peraturan pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana UU Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan.

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 tahun 2026 tentang Rumah Sakit

MEMUTUSKAN

Menetapkan : 1. Panduan Penetapan Jenis Pelayanan Bedah di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

2. Panduan Pelayanan Anastesi ini, merupakan acuan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada pasien Instalasi Bedah Sentral RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Dengan ditetapkannya keputusan ini, maka keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berkaitan dengan keputusan ini, telah diadakan pembetulan dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

4. Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Dengan catatan :

Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, maka diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S
KOLONEL KES NRP 524330

PANDUAN PENETAPAN JENIS PELAYANAN BEDAH
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

Kegiatan pelayanan pembedahan adalah tanggung jawab tim yang tidak dapat di pisahkan antara Operator (Dr bedah), Asisten (Dr bedah / residen atau perawat), Instrumentator (perawat), Perawat sirkuler serta Dr anestesia dan Penata anestesi (perawat anestesia). Dengan demikian diharapkan koordinasi dan kerjasama dapat terlaksana dengan baik sehingga pengelolaan pelayanan pembedahan dapat berjalan sesuai yang direncanakan.

Pelayanan RS dalam hal ini menyangkut keselamatan dan kenyamanan pasien selama tindakan pembedahan harus menjadi perhatian yang utama bagi tim kesehatan. Petugas kesehatan harus menitikberatkan pada pelayanan pasien untuk tidak melakukan suatu tindakan yang merugikan pasien, hal ini sangat tergantung dari kemampuan secara klinik dari tim Bedah pada periode perioperatip

Untuk menunjang hal tersebut di perlukan panduan pelayanan instalasi bedah yang dapat di jadikan acuan bagi petugas kesehatan yang memiliki kapasitas dan kapabilitas dalam meningkatkan mutu system pelayanan yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan (kualitas mutu) Rumah Sakit.

BAB II
RUANG LINGKUP

- Panduan ini diterapkan kepada semua perawat, penata/dokter anestesi, dan dokter bedah yang akan menangani pasien dalam suatu prosedur bedah

- Pada setiap prosedur invasif, terdapat tiga elemen penting yang harus selalu berinteraksi dan bekerjasama secara efektif dan efisien, yaitu:
  1. Kamar operasi atau ruang prosedur
  2. Pasien
  3. Tim bedah

BAB III
KEBIJAKAN

A. Kebijakan Umum :

Pelayanan bedah merupakan suatu tindakan yg berisiko, karena itu perencanaannya dan pelaksanaannya membutuhkan tingkat kehati-hatian dan akurasi tinggi. Sehubungan dgn hal itu RS menetapkan program mutu dan keselamatan pasien

B. Kebijakan Khusus :

Tindakan bedah merupakan tindakan yang beresiko tinggi dan rumit sehingga memerlukan ruang operasi yang mendukung terlaksananya tindakan bedah untuk mengurangi resiko infeksi. Selain itu untuk mengurangi resiko infeksi :

a) Alur masuk barang-barang steril harus terpisah dari alur keluar barang dan pakaian kotor
b) Koridor steril dipisahkan/ tidak boleh bersilangan alurnya dengan koridor kotor
c) Desain tata ruang operasi harus memenuhi harus memenuhi ketentuan zona berdasarkan tingkat sterilitas ruangan yang terdiri dari
   - zona steril rendah
   - Zona steril sedang
   - Zona steril tinggi dan
   - Zona steril sangat tinggi
   - Selain itu desain tata ruang harus memperhatikan risiko keselamatan dan keamanan

BAB IV
TATA LAKSANA

A. Manajemen Preoperatif

Manajemen Kamar Operasi / Tempat Tindakan

1. Tujuan

Manajemen kamar operasi atau tempat tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan layanan penanganan pasien, meningkatkan kepuasan pasien, meningkatkan kepuasan tim bedah yang mencakup di dalamnya dokter bedah, dokter anestesi, dan perawat.

2. Mengatur *Block Time* secara efektif

Pengaturan ini dibuat dalam bentuk penyusunan jadwal setiap harinya bahwa pada periode waktu tertentu telah disiapkan kamar operasi atau ruang tindakan. Dalam periode waktu itu seorang dokter bedah dapat melakukan operasi elektif atau emergensi, operasi singkat maupun prosedur tindakan yang memakan waktu lama. Bila tim bedah tidak memenuhi jadwal tersebut, maka mereka akan kehilangan kesempatan penggunaannya.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun *block time*:

- tetapkan peraturan yang jelas dan adil
- atur penggunaan kamar operasi dalam sebuah *guideline*
- *block time* di*review* secara berkala setiap bulannya
- menambah sebuah kamar operasi yang diperuntukkan untuk kejadian *urgent*
- buat aturan yang jelas mengenai pembatalan sebelum waktu operasi yang sudah dijadwalkan (hal ini dapat berbeda disesuaikan dengan jenis operasi)

Durasi operasi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. emergensi : prosedur yang mengancam nyawa dan harus segera dikerjakan dalam 30 menit
2. prioritas : prosedur yang harus dikerjakan dalam 30 menit sampai 4 jam
3. *urgent* : prosedur yang harus dikerjakan dalam 4 jam sampai 24 jam
4. *non-urgent* : prosedur yang bisa dikerjakan setelah 24 jam

Dalam kaitannya dengan kamar operasi yang diperuntukkan untuk kejadian *urgent*, hanya kasus emergensi, prioritas, dan *urgent* yang diperkenankan menggunakan kamar tersebut. Untuk itu, petugas penjadwalan kamar operasi perlu dibekali pengetahuan khusus / pelatihan mengenai hal ini.

3. Mengatur Penjadwalan secara Efektif

Jadwal sedapat mungkin diatur agar tidak penuh di awal minggu dan kosong di hari-hari berikutnya. Pemulangan pasien-pasien postoperatif dikoordinasikan dengan dokternya agar tidak selalu menunggu waktu visit dokter. Hal ini dimaksudkan untuk mengefisienkan waktu perawatan pasien dan ranjang pasien tersebut dapat segera dialokasikan untuk pasien lain yang membutuhkan.

Dalam hal terjadi banyak kasus *urgent* dalam waktu yang bersamaan, pasien diprioritaskan berdasarkan kegawatdaruratannya dan dipertimbangkan berdasarkan masing-masing keilmuan. Ada empat prinsip dalam menyusun prioritas pasien untuk kamar operasi, yaitu: keselamatan pasien, akses dokter bedah dan pasien ke tempat tindakan, memaksimalkan efisiensi kamar bedah, dan meminimalkan waktu tunggu pasien.

Ada beberapa cara untuk memaksimalkan jadwal kamar operasi, antara lain:

- Menggunakan proses paralel, misalnya induksi anestesi dapat mulai dilakukan di kamar lain sementara menunggu proses pemindahan pasien sebelumnya ke ruang pemulihan
- Menggunakan klinik preoperatif untuk memastikan pasien siap menjalani operasi
- Kerjasama yang baik dalam tim bedah
- Memanfaatkan teknologi untuk menangani proses, misalnya *tracking infrared*, telepon seluler, *whiteboard* elektronik, dan lain-lain
- *On-time* dalam memulai operasi

4. Memonitor performa kamar operasi / ruang tindakan

Sebelum prosedur dimulai, harus dilakukan persiapan ruangan. Hal ini meliputi menciptakan lapangan steril, menyiapkan alat-alat, dan memeriksa kelengkapannya.

a. Penciptaan lapangan steril:

- menempatkan duk steril di sekeliling situs operasi dan pada tempat alat-alat
- semua personel harus mengenakan pakaian steril
- hanya alat steril dan orang-orang yang telah steril yang diperbolehkan memasuki lapangan steril
- jangan menempatkan alat-alat steril di dekat pintu yang terbuka
- jendela harus ditutup
- letakkan alat steril hanya pada lapangan steril
- pastikan tangan telah di*scrub* sebelum menyentuh alat steril
- orang yang telah steril tidak diperkenankan menyentuh alat-alat tidak steril atau pergi ke tempat yang tidak steril
- perlu diingat bahwa ujung kemasan dari alat-alat steril adalah tidak steril
- perlu diingat bahwa sekali batas steril telah dilewati, hal ini telah dianggap terkontaminasi
- jika ada keraguan tentang status sterilitas sesuatu alat atau area, harus dianggap telah terkontaminasi

b. Persiapan alat:

Ada empat tahap proses persiapan alat, yaitu: pencucian dan dekontaminasi, desinfeksi, sterilisasi, dan penyimpanan atau pemindahan ke lapangan steril

Ada beberapa jenis sterilisasi, yaitu menggunakan *steam*, *ethylene oxide*, *ozone*, dan gas plasma

c. Persiapan perlengkapan anestesi

d. Memastikan kualitas udara dan ventilasi:

- Ventilasi kamar operasi harus *positive-pressure*
- Udara harus masuk ke ruangan melalui ventilasi langit-langit yang tinggi dan keluar dari ruangan melalui *exhaust air outlet* dekat lantai yang berseberangan dengan ventilasi masuk
- Mengatur agar sedikitnya terjadi 15 kali pertukaran udara per jamnya, di mana 3 di antaranya harus udara segar
- Penyaringan udara yang diresirkulasi dan udara segar melalui filter yang baik dengan efisiensi minimum 90%
- Ruangan hanya diijinkan dibuka untuk perpindahan alat, personel tim bedah, dan pasien; selebihnya pintu dijaga agar selalu tertutup

e. Mengatur lalu-lintas:

Zona dibagi menjadi 3, yaitu:

- ✓ *Unrestricted zone*: hanya orang-orang yang berkepentingan yang boleh berada di zona ini, tetapi baju luar biasa diperbolehkan
- ✓ *Semirestricted zone*: zona ini adalah area yang terhubung dengan kamar operasi (contohnya: lorong, kantor, kamar alat), orang-orang yang berada di sini harus mengenakan pakaian *scrub* dengan lengan panjang, penutup rambut, dan sepatu bersih atau penutup sepatu
- ✓ *Restricted zone*: zona ini terdiri dari kamar operasi dan area cuci tangan, orang-orang yang memasuki zona ini harus mengenakan kostum bedah lengkap termasuk masker. Mereka yang tidak discrub harus mengenakan jaket berlengan panjang lengkap dengan kancing tertutup. Masker khususnya harus dikenakan di ruangan dengan peralatan steril yang terbuka.
- ✓ Pastikan bahwa semua alat-alat yang diperlukan telah siap tersedia di dalam kamar operasi sebelum prosedur dimulai untuk meminimalkan lalu-lintas yang tidak perlu dari dan ke dalam ruangan

Manajemen Pasien

Beberapa poin penting dalam mengkaji faktor risiko pasien:

- o Alergi
- o Riwayat kesehatan sebelumnya (misalnya tekanan darah tinggi, asma, masalah jantung atau pernapasan)
- o Penggunaan tembakau (karena rokok meningkatkan risiko infeksi)
- o Penggunaan alkohol dan narkotika
- o Pengalaman pribadi pasien dengan sedasi dan anestesi sebelumnya
- o Berat badan
- o Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini
- o Ada tidaknya risiko untuk anestesi dan sedasi
- o Permintaan khusus dari pasien untuk jenis anestesi dan sedasi
- o Kecemasan pasien
- o Delirium
- o Status nutrisi
- o Risiko potensial untuk *deep vein thrombosis*

Obat-obatan yang diberikan pada pasien harus dilabel dengan mencakup informasi seperti di bawah ini:

- ✓ Nama
- ✓ Kekuatan
- ✓ Jumlah/konsentrasi
- ✓ Tanggal kadaluwarsa
- ✓ Pelarut dan volumenya
- ✓ Tanggal diberikan

Manajemen Tim Bedah

Rekomendasi standar:

- Kostum bedah harus terbuat dari bahan yang ringan dan memungkinkan untuk bernapas. Kostum tidak terbuat dari kapas karena kapas mudah terbakar dan memiliki banyak pori yang bisa dilewati mikroorganisme
- Sepatu proteksi harus tertutup bagian depannya, bertumit rendah, bersol anti selip, dan dibersihkan secara berkala
- Sebelum memegang kostum bedah atau memasuki tempat kostum bedah, semua personel harus mencuci tangan dengan sabun dan air, antiseptik dan air, atau *antiseptic hand rub*
- Kostum bedah harus diganti setiap harinya atau setiap kali terkontaminasi atau basah. Bila kostum terdiri dari 2 bagian, atasan harus selalu dimasukkan ke dalam bawahan dan ukuran harus pas
- Semua personel harus menutupi kepala dan rambut muka
- Dalam kasus-kasus tertentu yang berisiko terciprat (misalnya kasus trauma), tim bedah harus mengenakan alat-alat proteksi tambahan
- Masker harus menutupi seluruh bagian mulut dan hidung
- Kostum bedah harus di*laundry* di fasilitas *laundry* yang terakreditasi
- Seluruh personel harus menerima edukasi dan pengarahan perihal kostum bedah ini

Beberapa prinsip penggunaan sarung tangan:

- Sarung tangan harus menjadi *barrier* yang efektif terhadap material infeksius, termasuk darah dan cairan tubuh
- Sarung tangan harus diganti setiap habis kontak dengan pasien atau setiap sarung tangan tersebut rusak
- Sarung tangan tidak boleh dicuci atau di*reuse*

- Untuk prosedur invasif, tenaga kesehatan harus memakai dua lapis sarung tangan, satu di atas yang lain

Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery

Beberapa hal yang berpotensi untuk menimbulkan kekeliruan untuk *wrong surgery*:

- Lebih dari satu dokter bedah terlibat
- Dilakukan lebih dari satu prosedur
- Pasien memiliki beberapa karakteristik khusus, seperti deformitas fisik atau obesitas masif
- Ada beberapa pasien yang memiliki nama yang sama atau prosedur yang sama atau di waktu yang bersamaan

Tiga komponen penting protokol, yaitu:

1. proses verifikasi
2. menandai lokasi yang akan dilakukan operasi
3. *time out*

Beberapa prosedur yang tidak memerlukan penandaan:

- kasus organ tunggal (misalnya operasi jantung, operasi *caesar*)
- kasus intervensi seperti kateter jantung
- kasus yang melibatkan gigi
- prosedur yang melibatkan bayi prematur di mana penandaan akan menyebabkan tato permanen

Dalam kasus-kasus di mana tidak dilakukan penandaan, alasan harus dapat dijelaskan dan dipertanggungjawabkan. Sedapat mungkin penandaan harus melibatkan pasien untuk menghindarkan kekeliruan. Meskipun jarang, pasien boleh menolak penandaan setelah dijelaskan maksud dan tujuannya. Penandaan harus dibuat menggunakan *surgical marking pen* yang tidak hilang bila dicuci saat preparasi lapangan operasi. Untuk pasien dengan warna kulit gelap, boleh digunakan warna selain hitam atau biru gelap (biru tua) agar penandaan jelas terlihat, misalnya warna merah. Pada kasus-kasus seperti operasi spinal, dapat dilakukan proses dua tahap yang meliputi penandaan preoperatif per level spinal (yang akan dioperasi) dan *interspace* spesifik intraoperatif menggunakan *radiographic marking*.

Jika terdapat beberapa prosedur dalam satu operasi, maka *time-out* harus dilakukan sebelum setiap prosedur. Apabila terjadi diskrepansi, prosedur tidak boleh dimulai sebelum tercapai kata sepakat oleh semua anggota tim (dalam *time-out*) atau sebelum semua pertanyaan atau masalah terjawab. *Time-out* ini harus terdokumentasikan, minimal berbentuk suatu pernyataan bahwa *time-out* telah dilakukan dan tercapai kata sepakat.

B. Manajemen Intraoperatif

Monitor Pasien

Monitoring Anestesi dan Sedasi

Hal-hal yang harus diperhatikan oleh tim bedah:

1. mengkomunikasikan risiko sebelum memulai prosedur
2. memastikan kompetensi yang meliputi: memasukkan obat sesuai level anestesi yang diminta, memonitor pasien untuk mempertahankan level anestesinya, memberhentikan anestesi dan menyelamatkan pasien jika mereka masuk 'terlalu dalam'
3. menyiapkan obat-obatan emergensi dan antidotum
4. mempersiapkan efek-efek samping obat (*medication error*)
5. memantau tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi denyut jantung dan ritme, frekuensi pernapasan, saturasi oksigen, akses intravena yang adekuat, nyeri)
6. mempertimbangkan pemanfaatan teknologi untuk teknik anestesi
7. menggunakan mnemonic:
   a. C *irculation, capnograph, color* (saturasi)
   b. O ksigen
   c. V entilasi dan vaporisasi
   d. E *ndotracheal tube*
   e. R *eview* monitor dan peralatan
   f. A *irway*
   g. B *reathing*
   h. C *irculation*
   i. D *rugs*
   j. A *wareness*
   k. S *wift check* (pasien, dokter bedah, proses, dan respons)

8. *awareness* anestesi: kasus-kasus di mana pasien bangun di tengah-tengah anestesi (intraoperatif)
   a. mengidentifikasi pasien-pasien berisiko
   b. perawatan peralatan
   c. *monitoring* pasien

Memasukkan Obat

Hal-hal yang perlu diperhatikan untuk mengurangi risiko:

1. mengidentifikasi pasien dan mengkonfirmasi alergi obat yang dimiliki
2. memverifikasi obat sebelum pemberian obat
3. menggunakan perintah verbal terstruktur
4. mengidentifikasi penggunaan obat-obatan *high-alert*
   a. menstandardisasi preparasi obat-obat yang dilarutkan agar siap digunakan
   b. menghindari pelarutan obat di lapangan operasi, pelarutan obat-obat sebisa mungkin digunakan oleh apoteker terdaftar
   c. menggunakan hanya larutan *premixed*
   d. klinisi di ruang operasi harus mengkomunikasikan semua dosis obat yang akan dimasukkan dan mengklarifikasi dosis maksimal dengan dokter anestesi dan dokter bedah
   e. mengedukasi perawat dan anggota lain yang bekerja di ruang operasi tentang penanganan dan pemberian obat-obat *high alert*
   f. mengkaji dan memvalidasi kompetensi klinis tentang penggunaan dan pemberian obat-obat *high alert*

Hal-hal lain yang perlu dimonitor secara ketat selama operasi:

1. kadar glukosa
2. suhu tubuh
3. penggunaan darah

Menghindari Masalah dalam Ruang Operasi

Hal-hal yang perlu diperhatikan untuk menghindari masalah dalam ruang operasi:

1. meminimalkan *distraction* dan interupsi
2. mencegah trauma benda tajam
   a. keselamatan alat (skalpel yang terlindung, jarum berujung tumpul, dll)

b. keselamatan teknik
   i. menggunakan zona netral di mana benda-benda tajam ditempatkan tanpa kontak tangan
   ii. menggunakan teknik tanpa sentuh
   iii. menggunakan sarung tangan dua rangkap
   iv. mempertimbangkan penggunaan sarung tangan anti-robek
   v. mengganti sarung tangan bedah secara rutin
   vi. menggunakan teknik jahit yang mencegah trauma
   vii. sebisa mungkin menghindari lapangan bedah ketika dokter bedah memotong dan menjahit
   viii. memakai alas kaki yang terlindung
c. program kontrol pajanan
d. program edukasi

3. mencegah tertinggalnya benda-benda di dalam luka operasi dengan metode penghitungan alat-alat
4. menangani spesimen secara benar (meliputi kontainer dan alat pengambilan spesimen, identifikasi spesimen, labeling, tranportasi spesimen, komunikasi, pembuangan spesimen)
5. mencegah kebakaran
   a. persiapan pasien
   b. penggunaan alat-alat secara aman
   c. persiapan alat-alat
   d. membatasi bahan-bahan yang mudah terbakar
   e. mengkontrol oksigen
   f. membagi tugas di antara anggota tim bedah mengenai pencegahan kebakaran
   g. komunikasi efektif dan kerja tim
   h. merespons bila terjadi kebakaran:
      i. bagaimana memadamkan api secepatnya
      ii. bagaimana menangani pasien
      iii. bagaimana memindahkan pasien secara aman
      iv. bagaimana evakuasi ruang operasi secara aman
      v. bagaimana mengaktivasi sistem keamanan kebakaran
      vi. bagaimana mencegah penyebaran asap
      vii. bagaimana menemukan dan menggunakan alat pemadam kebakaran
      viii. bagaimana peran tim pemadam kebakaran dari luar

C. Manajemen Postoperatif

Membersihkan Lingkungan Operasi

Hal-hal yang perlu diperhatikan terkait pembersihkan lingkungan operasi:

1. Pembuangan sisa-sisa bekas operasi
   a. Sisa patologi manusia yang meliputi jaringan, organ, bagian tubuh, dan cairan
   b. Darah manusia dan komponen darah yang meliputi serum, plasma, dan komponen darah
   c. Benda tajam
   d. Sisa-sisa alat atau benda yang terkontaminasi pasien
   e. Benda-benda tajam yang tidak terpakai

   Ketika menangani sisa-sisa bekas operasi, petugas yang bertugas mengumpulkan termasuk petugas kebersihan harus memakai alat pelindung diri untuk mencegah pajanan. Setelah sisa-sisa tersebut terkumpul, harus ditranspor ke area penyimpanan yang sesuai. Selama transpor harus diperhatikan bahwa benda terkontaminasi tidak kontak dengan alat steril. Untuk mencegah penyebaran infeksi, kereta pembawanya harus dibersihkan dan didesinfeksi sesuai jadwal.

2. Transportasi *laundry* terkontaminasi

   Sebelum membersihkan ruangan, linen kotor harus diangkat terlebih dahulu. Tekstil, linen, dan kain terkontaminasi harus dipindahkan dengan kontak seminimal mungkin dengan udara, permukaan, dan personel dalam ruangan. Sebelum memindahkan *laundry* dari permukaan, harus dipastikan benda tajam dan barang *nonlaundry* lainnya telah dipisahkan untuk memastikan keamanan transportasi dan trauma benda tajam. Dalam melipat linen, pastikan bagian terkontaminasi berada di tengah sehingga bagian yang bersih berperan sebagai *barrier* terhadap bagian yang kotor. *Laundry* terkontaminasi ditempatkan di kontainer berwarna merah atau yang bertanda *biohazard*. *Laundry* yang basah harus ditempatkan di kantong-kantong yang anti bocor. Dalam transportasi, personel *laundry* tidak boleh memegang kantong berisi *laundry* terkontaminasi dengan dengan tubuhnya atau meremas kantongnya untuk mencegah tertusuk jarum atau benda tajam lain yang tanpa sengaja tertinggal.

3. Membersihkan area operasi
   a. Kamar operasi minimal harus dibersihkan setiap 24 jam bila tidak ada kegiatan atau ruangan tidak dipakai
   b. Bila area terkontaminasi, maka kontaminasi harus dibersihkan/diangkat terlebih dahulu baru area dibersihkan dengan desinfektan karena banyak kontaminan menginaktivasi desinfektan
   c. Bila kontaminasi basah, luas, dan infeksius, maka harus diletakkan kain yang bisa menyerap cairan dan desinfektan dituang ke atas kain tersebut sampai semuanya basah terendam. Dapat juga digunakan bubuk penyerap yang memadatkan cairan
   d. Bahan desinfektan terhadap darah dan cairan tubuh yang direkomendasikan adalah yang efektif terhadap virus hepatitis B dan HIV, tuberkulosis, dan yang cocok untuk segala jenis permukaan, misalnya berpori maupun non-pori
   e. Debu harus ditangani dengan menggunakan kain khusus debu atau alat pel yang mencegah terbangnya debu. Untuk area yang lebih tinggi dari bahu, petugas kebersihan harus menggunakan alat yang khusus didesain untuk permukaan tinggi. Alat pembersih debu tidak boleh digoyang-goyangkan karena spora jamur bisa beterbangan di udara
   f. Untuk menghindari terpeleset atau tersandung, ada beberapa hal yang harus diperhatikan:
      i. Area yang licin harus ditutup untuk sementara untuk semua karyawan, kecuali petugas kebersihan
      ii. Tutup pintu dan tempatkan tanda dilarang masuk
      iii. Mulai dari area yang paling bersih ke daerah yang paling kotor
      iv. Gunakan wax atau alas bergerigi untuk menciptakan permukaan anti slip
      v. Pindahkan penghalang atau tanda-tanda dilarang masuk hanya setelah lantai kering sempurna
      vi. Tim bedah harus menggunakan alas kaki anti slip
      vii. Keset harus tahan slip dan bila keset tersaturasi oleh cairan, harus segera diganti
      viii. Pastikan kabel-kabel tidak melintang di tengah jalan. Kabel harus dibundel sebaiknya di langit-langit jika memungkinkan
      ix. Alat-alat dan monitor harus ditempatkan sedemikian rupa sehingga akses jalan tidak terhalang dan lantai dapat terlihat

x. Pencahayaan harus diatur dengan baik agar dapat melihat dengan jelas di dalam ruang operasi

Post operative Care

1. Mengkaji status mental pasien, dapat dilakukan dengan menanyakan kepada pasien:
   a. Tanggal hari ini
   b. Hari apa hari ini
   c. Nama tempat ia berada saat ini
   d. Nomor teleponnya
   e. Nama jalan tempat tinggalnya
   f. Berapa umurnya
   g. Kapan ia dilahirkan
   h. Siapa nama gadis ibu kandungnya
   i. Berapa hasil 20 dikurang 3, lalu hasilnya dikurang 3 lagi, dst sampai beberapa kali
2. Mengkaji status fisik pasien, dapat dilakukan dengan memeriksa tanda vital, derajat nyeri, adanya pembengkakan, fungsi respirasi, *drainage* luka, efek samping anestesi, atau *deep vein thrombosis*
3. Mengkaji obat-obatan yang dibutuhkan, hal ini meliputi obat-obatan apa yang harus diteruskan dari operasi, atau mana yang harus distop atau obat-obat baru, termasuk darah dan komponen-komponen darah yang diperlukan. Peresepan dan pemberian obat-obatan tersebut harus dicatat dengan baik sesuai urutannya, semua perintah verbal diulang kembali, dan dilabel secara benar. Dapat dipikirkan pemanfaatan teknologi komputer untuk pendokumentasian maupun pengingat
4. Mencegah infeksi (khususnya dari *surgical site*, kateter urin, dan akses intravena)
   a. Monitor ketat suhu tubuh dan kadar glukosa darah untuk mengurangi risiko infeksi postoperatif dari *surgical site*
   b. Gunakan kateter urin hanya bila diperlukan
   c. Kurangi waktu penggunaan kateter urin, kateter harus sering diganti secara berkala
   d. Gunakan teknik yang benar untuk insersi dan perawatan
   e. Catat semua penggunaan kateter urin
   f. Berikut ini contoh *checklist* untuk insersi akses sentra

BAB IV

DOKUMENTASI

Semua tindakan yang di lakukan di dokumentasikan pada rekam medik pasien dengan mengacu pada prinsip patient safety dengan menggunakan formulir-formulir yang sudah dibakukan oleh Rumah Sakit dengan mengacu pada hal-hal sebagai berikut:

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S
KOLONEL KES NRP 524330