PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

PANDUAN PELAYANAN ANASTESI, SEDASI MODERAT DAN DALAM YANG SERAGAM DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

KEPUTUSAN KA. RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/72/VI/2026

tentang

PANDUAN PELAYANAN ANASTESI, SEDASI MODERAT DAN DALAM YANG SERAGAM
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 Anastesi yang bermutu tinggi, untuk itu perlu di buat Panduan Pelayanan Anastesi, sedasi moderat dan dalam yang seragam
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 Pelayanan Anastesi, sedasi moderat dan dalam yang seragam 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

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lamp. Kep. Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa
Nomor Kep /72 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

PANDUAN PELAYANAN ANASTESI, SEDASI MODERAT DAN DALAM YANG SERAGAM
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

a. Latar Belakang

Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa merupakan Pelaksana Teknis Puskes AU yang berkedudukan langsung di bawah Kepala Dinas Kesehatan Angkatan Udara dan sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan di bawah Jajaran TNI Angkatan Udara, saat ini RSAU dr. Esnawan Antariksa telah berkembang menjadi sebuah rumah sakit yang mendapatkan penetapan Kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.05/I/523/12 tanggal 17 Maret 2011 dan telah lulus Akreditasi Paripurna pada tahun 2015 oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. RSAU dr. Esnawan Antariksa memiliki sarana pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang medis lainnya. Salah satu sarana pelayanan rawat jalan yang ada, yaitu Unit Hemodialisa, dalam perjalanan pelayanannya unit hemodialisa selalu meningkatkan kualitas pelayananan baik managemennya, sarana prasarananya, maupun sumber daya manusianya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi tuntutan perkembangan ilmu dan teknologi, serta Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi SNARS Edisi 1 Tahun 2018 sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada anggota TNI/TNI Angkatan Udara, PNS beserta keluarga dan Masyarakat umum. Anggota RSAU dr. Esnawan Antariksa ini terdiri dari Dokter, perawat dan Staf. Sebagai sarana pelayanan yang dijadikan sebagai layanan unggulan di RSAU dr. Esnawan Antariksa tentunya masih terdapat hal-hal yang memerlukan pembenahan dan perbaikan. Untuk itu disusunlah buku Pedoman Sumber Daya Manusia ini agar nantinya dapat digunakan sebagai acuan pelaksanaan di RSAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta.

Pelayanan Anestesiologi dan Reanimasi di Rumah Sakit merupakan salah satu bagian dari pelayanan kesehatan yang saat ini peranannya berkembang dengan cepat. Hal ini terjadi seiring perkembangan dan penungkatan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang anestesia.

Pelayanan anestesia di Rumah Sakit antara lain meliputi pelayanan anestesia/analgesia di kamar bedah dan di luar kamar bedah, pelayanan kedokteran perioperatif, penanggulangan nyeri akut dan kronik, resusitasi jantung paru dan otak, pelayanan kegawatdaruratan dan intensif.

b. Pengertian

Anestesiologi adalah suatu ilmu kedokteran yang melibatkan:

A. Evaluasi pasien preoperatif
B. Rencana tindakan anestesi
C. Perawatan intra- dan pasca-operatif
D. Manajemen sistem dan petugas yang termasuk didalamnya
E. Konsultasi perioperatif
F. Pencegahan dan penanganan kondisi perioperatif yang tak diinginkan
G. Tatalaksana nyeri akut dan kronis
H. Perawatan pasien dengan sakit berat / kritis

Kesemua pelayanan ini diberikan atau diinstruksikan oleh anestesiologis.

American Society of Anesthesiologists (ASA) mendukung konsep pelayanan rawat jalan untuk pembedahan dan anestesi. Anestesiologis diharapkan memegang peranan sebagai dokter perioperatif di semua rumah sakit, fasilitas pembedahan rawat jalan, dan berpartisipasi dalam akreditasi rumah sakit sebagai salah satu sarana untuk menstandarisasi dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Pedoman ini diaplikasikan untuk semua layanan, termasuk petugas yang terlibat dalam tata kelola rawat jalan anestesi. Ini adalah pedoman minimal yang dapat dikembangkan kapanpun dengan berdasarkan pada pertimbangan / kebijakan petugas anestesi yang terlibat.

A. **Tim Anestesi**: spesialis anestesi mengawasi residen anestesi yang sedang menjalani pendidikan dan atau mengarahkan petugas anestesi non-dokter dalam melakukan pelayanan anestesi di mana dokter dapat mendelegasikan tugas pemantauan sambil tetap bertanggung jawab kepada pasien secara keseluruhan.

B. **Pengawasan dan pengarahan**: istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan bahwa pekerjaan anestesiologis termasuk mengawasi, mengelola, dan membimbing residen dan petugas anestesi non-dokter yang tergabung dalam Tim Anestesi.

C. **Perawat dan asisten anestesi:** adalah perawat terdaftar dengan SIP, asisten dokter yang terlatih yang sesuai dengan kebijakan, pedoman, dan standar institusi dan nasional dalam memberikan obat anestesi dan analgesic, serta memantau pasien selama pemberian sedasi ringan (ansiolitik) / sedang (anestesi lokal); akan tetapi tidak untuk sedasi berat / anestesi umum. Perawat dan asisten anestesi harus bekerja dengan supervisi langsung oleh dokter yang kompeten dan terlatih baik.

BAB II
RUANG LINGKUP

A. Standar, Pedoman, dan Kebijakan ASA harus diimplementasikan pada semua kondisi dan situasi, kecuali pada situasi di mana hal tersebut tidak sesuai / tidak dapat diaplikasikan pada layanan rawat jalan.
B. Dokter yang berwenang harus dapat dihubungi 24 jam; baik pada kasus-kasus pelayanan rawat inap, siap sedia menerima telepon / konsultasi dari paramedis lainnya, availabilitas sepanjang waktu selama penanganan dan fase pemulihan pasien, hingga pasien diperbolehkan pulang dari rumah sakit.
C. Fasilitas rumah sakit harus diorganisir, dilengkapi, dan dioperasikan sejalan dengan regulasi dan kebijakan pemerintah setempat dan nasional. Seluruh struktur pelayanan, minimalnya, harus memiliki sumber daya oksigen, *suction*, peralatan resusitasi, dan obat-obatan emergensi yang dapat diandalkan.
D. Petugas harus memiliki kompetensi dalam perawatan pasien dan mampu melakukan prosedur-prosedur yang diperlukan dalam suatu rumah sakit, yang terdiri atas:
    1. Petugas profesional
        a. Dokter dan sejawat lainnya yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) / sertifikat yang memenuhi syarat
        b. Perawat yang memiliki surat izin dan memenuhi syarat
    2. Petugas administratif
    3. Petugas Kebersihan dan Pemeliharaan Rumah Sakit
E. Dokter pelayanan medis bertanggung jawab dalam melakukan peninjauan ulang, penyesuaian kewenangan, jaminan mutu, dan evaluasi rekan sejawat.
F. Petugas dan peralatan yang berkualitas dan tersedia setiap saat diperlukan untuk menangani situasi emergensi. Harus dibuat suatu kebijakan dan prosedur untuk menangani situasi emergensi dan transfer pasien yang tidak diantisipasi ke fasilitas pelayanan akut.
G. Layanan pasien minimal meliputi:
    1. Instruksi dan persiapan preoperatif.
    2. Evaluasi dan pemeriksaan pre-anestesi yang memadai oleh anestesiologis, sebelum dilakukan tindakan anestesi dan pembedahan. Pada kondisi di mana tidak terdapat petugas medis, anestesiologis harus memverifikasi informasi yang didapat dan mengulangi serta mencatat elemen-elemen penting dalam evaluasi.
    3. Studi dan konsultasi preoperatif, sesuai indikasi medis.

4. Rencana anestesi dibuat oleh anestesiologis, didiskusikan dengan pasien, kemudian mendapat persetujuan pasien. Kesemuanya ini harus dicatat di rekam medis pasien.
5. Tindakan anestesi dilakukan oleh anestesiologis, dokter lain yang kompeten, atau petugas anestesi non-dokter yang dipandu/dibimbing secara langsung oleh anestesiologis. Dokter non-anestesi yang melakukan / mengawasi tindakan anestesi harus kompeten dalam edukasi, pelatihan, memiliki surat izin praktik, dan dipercaya oleh rumah sakit.
6. Pemulangan pasien merupakan tanggung jawab dokter
7. Pasien yang tidak hanya menjalani anestesi lokal harus didampingi oleh orang dewasa saat pemulangan pasien.
8. Instruksi pasca-operasi dan pemantauan selanjutnya harus dicatat dalam rekam medis
9. Memiliki rekam medis yang akurat, terpercaya, dan terbaru.

BAB III
KEBIJAKAN

A. Kebijakan Umum :

1. Pelayanan anestesi terdiri atas anestesi umum dan anestesi lokal.
2. Pelayanan anestesi umum dan sedasi moderat dan dalam yang seragam di RSAU dr. Esnawan Antariksa dilaksanakan dan diselenggarakan oleh dokter spesialis anestesi
3. Dokter spesialis anestesi bertanggung jawab atas pelaksanaan pelayanan anestesi umum dan sedasi moderat dan dalam yang seragamdi RSAU dr. Esnawan Antariksa (pelayanan anestesi lokal dapat dilihat pada panduan anestesi lokal)
4. Pelayanan anestesi umum dan sedasi diberikan oleh dokter spesialis anestesi yang memiliki Surat Ijin Praktek (SIP),Kewenangan Klinik dan Surat Penugasan dari Karumkit
5. Setiap dokter spesialis anestesi yang melaksanakan tindakan medis dengan anestesi umum dan sedasi, harus bekerja sesuai standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.
6. Dalam melaksanakan tugasnya setiap dokter spesialis anestesi wajib mematuhi ketentuan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), termasuk penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) serta mengacu pada Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
7. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali di Komite Medis RSAU dr. Esnawan Antariksa

B. Kebijakan Khusus :

Staf yang bertanggungjawab memberikan sedasi harus kompeten dan berwenang dalam hal :

a. Teknik dan berbagai macam cara sedasi
b. Farmakologi obat sedasi dan penggunaan zat reversal (antidote-nya)
c. Memonitor pasien dan
d. Bertindak jika adakomplikasi

Staf lain yang kompeten dapat melakukan pelayanan anastesi, sedasi moderat dan dalam berada dibawah penanggungjawab pelayanan anastesi yang memenuhi peraturan peraundang-undangan. Tanggung jawab pelayanan anastesi, sedasi moderat dan dalam meliputi

a) Mengembangkan, menerapkan, dan menjaga regulasi
b) Melakukan pengawasan administrative
c) Menjalankan program pengendalian mutu yang dibutuhkan
d) Memonitor dan evaluasi pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam

Adapun kebijakan lainnya berupa

1. Pelayanan anestesi umum dan sedasi dilakukan oleh dokter spesialis anestesi di instalasi bedah RSAU dr Esnawan Antariksa.
2. Sebelum dilaksanakan tindakan anestesi umum dan sedasi, pada pasien harus dilakukan asesmen oleh dokter spesialis anestesi untuk menentukan kelayakan tindakan anestesi umum dan sedasi yang akan dilakukan.
3. Pasien dengan riwayat penyakit sistemik yang terkontrol dapat memperoleh pelayanan anestesi umum dan sedasi yang dilakukan oleh dokter spesialis anestesi
4. Dokter spesialis anestesi bertanggung jawab atas pelaksanaan pemberian anestesi umum dan sedasi, meliputi monitoring status fisiologis pasien selama dan pasca tindakan medis.
5. Setiap pasien pasca pemberian anestesi umum dan sedasi maka dokter spesialis anestesi harus melakukan pemantauan keadaan pasien dan memberikan edukasi setelah tindakan medis selesai.

BAB IV
TATA LAKSANA

A. KATEGORI / TINGKATAN ANESTESI / SEDASI

1. Sedasi ringan / minimal (*anxiolysis*): kondisi di mana pasien masih dapat merespons dengan normal terhadap stimulus verbal. Meskipun fungsi kognitif dan koordinasi dapat terganggu, ventilasi dan fungsi kardiovaskular tidak terpengaruh.

   Contoh sedasi minimal adalah:

   a. Blok saraf perifer
   b. Anestesi lokal atau topikal
   c. Pemberian 1 jenis obat sedatif / analgesik oral dengan dosis yang sesuai untuk penanganan insomnia, ansietas, atau nyeri
2. Sedasi sedang (pasien sadar): suatu kondisi depresi tingkat kesadaran di mana pasien memberikan respons terhadap stimulus sentuhan. Tidak diperlukan intervensi untuk mempertahankan patensi jalan napas, dan ventilasi spontan masih adekuat. Fungsi kardiovaskular biasanya terjaga dengan baik.
3. Sedasi berat / dalam: suatu kondisi depresi tingkat kesadaran di mana pasien memberikan respons terhadap stimulus berulang / nyeri. Fungsi ventilasi spontan dapat terganggu / tidak adekuat. Pasien mungkin membutuhkan bantuan untuk mempertahankan patensi jalan napas. Fungsi kardiovaskular biasanya terjaga dengan baik.
4. Anestesi umum: hilangnya kesadaran di mana pasien tidak sadar, bahkan dengan pemberian stimulus nyeri. Pasien sering membutuhkan bantuan untuk mempertahankan patensi jalan napas, dan mungkin membutuhkan ventilasi tekanan positif karena tidak adekuatnya ventilasi spontan/ fungsi kardiovaskular dapat terganggu.

   Sedasi adalah suatu proses yang berkelanjutan / kontinu, sehingga tidak selalu mungkin untuk memprediksi bagaimana respons setiap pasien yang mendapat sedasi. Oleh karena itu, petugas anestesi yang memberikan sedasi harus dapat melakukan penanganan segera terhadap pasien yang efek sedasinya lebih dalam / berat daripada efek yang seharusnya terjadi (misalnya: petugas anestesi yang memberikan anestesi sedang harus dapat melakukan penanganan terhadap pasien yang jatuh ke dalam kondisi sedasi berat).

	Sedasi ringan / minimal (*anxiolysis*)	**Sedasi sedang (pasien sadar)**	**Sedasi berat / dalam**	**Anestesi umum**
Respons	Respons normal terhadap stimulus verbal	Merespons terhadap stimulus sentuhan	Merespons setelah diberikan stimulus berulang / stimulus nyeri	Tidak sadar, meskipun dengan stimulus nyeri
Jalan napas	Tidak terpengaruh	Tidak perlu intervensi	Mungkin perlu intervensi	Sering memerlukan intervensi
Ventilasi spontan	Tidak terpengaruh	Adekuat	Dapat tidak adekuat	Sering tidak adekuat
Fungsi kardiovaskular	Tidak terpengaruh	Biasanya dapat dipertahankan dengan baik	Biasanya dapat dipertahankan dengan baik	Dapatterganggu

B. ANGGOTA INTI TIM ANESTESI

1. Tim anestesi melibatkan dokter dan non-dokter.
2. Setiap anggota tim memiliki kewajiban untuk mengidentifikasi mereka sendiri dan anggota tim lainnya secara akurat kepada pasien dan keluarganya.
3. Anestesiologis bertanggungjawab untuk mencegah agar tidak terjadi salah penafsiran / anggapan terhadap petugas non-dokter sebagai dokter residen atau dokter umum.
4. Tindakan / layanan anestesi dilakukan oleh tim anestesi, termasuk pemantauan dan pelaksanaan tindakan anestesi.
5. Instruksi diberikan oleh anestesiologis dan harus sejalan dengan kebijakan dan regulasi pemerintah serta kebijakan rumah sakit.
6. Tanggung jawab keseluruhan terhadap kinerja tim anestesi dan keselamatan pasien terletak pada anestesiologis.
7. Anestesiologis harus mewujudkan keselamatan pasien yang optimal dan memberikan pelayanan yang berkualitas kepada setiap pasien yang menjalani tindakan anestesi. Selain itu, anestesiologis juga diharapkan memberikan pengajaran / edukasi kepada siswa anestesi.

8. Berikut adalah anggota tim anestesi:

a. Dokter

Anestesiologis (spesialis anestesi) – dokter Anestesi

b. Non-dokter

Perawat anestesi

Merupakan perawat dengan SIP yang telah menyelesaikan program studi Perawat Anestesi terakreditasi.

c. Tim Anestesi Tambahan

Tim Anestesi lainnya yang dapat terlibat dalam perawatan peri-anestesi:

1. Perawat pasca-anestesi: adalah perawat yang merawat pasien dalam fase pemulihan dari pengaruh anestesi.
2. Perawat peri-operatif: adalah perawat yang merawat pasien selama di kamar operasi.
3. Perawat untuk layanan intensif: adalah perawat yang merawat pasien di ruang rawat intensif (*Intensive Care Unit-ICU*).
4. Perawat obstetri: adalah perawat yang membantu pasien bersalin / melahirkan.
5. Perawat neonatus: adalah perawat yang merawat neonatus di ruang rawat khusus.
6. Terapis pernapasan: adalah petugas kesehatan professional yang memberikan perawatan / manajemen pernapasan kepada pasien.
7. *Cardiovascular perfusionists*: adalah petugas kesehatan professional yang mengoperasikan mesin *by pass* kardiopulmoner.

Anggota pendukung yang menangani masalah teknis, pengadaan alat, dan pemeliharaan alat:

1. Teknisi anestesi
2. Petugas pembantu anestesi (*anesthesia aides*)
3. Teknisi pemeriksaan gas darah (*blood gas technicians*)
4. Teknisi manajemen pernapasan (*respiratory technicians*)
5. Teknisi mesin monitor (*monitoring technicians*)

C. PUASA SEBELUM MENJALANI PROSEDUR MENURUT AMERICAN SOCIETY OF ANETHESIOLOGIST

Jenis makanan	Periode puasa minimal
Cairan bening / jernih	2 jam
Air Susu Ibu (ASI)	4 jam
Susu formula untuk bayi	6 jam
Susu sapi	6 jam
Makanan ringan	6 jam

Rekomendasi ini diaplikasikan untuk pasien sehat yang akan menjalani prosedur elektif. Tidak ditujukan untuk wanita hamil. Perlu diingat bahwa dengan mengikuti pedoman ini tidak menjamin pengosongan lambung yang sempurna. Periode puasa minimal diaplikasikan untuk semua usia. Contoh cairan bening / jernih adalah: air putih, jus buah tanpa bulir / ampas, minuman berkarbonasi, teh, dan kopi.

Konsistensi susu sapi mirip dengan makanan padat dalam waktu pengosongan lambung, jumlah susu yang diminum harus dipertimbangkan saat menentukan periode waktu puasa yang tepat. Contoh makanan ringan adalah roti dan cairan bening. Makanan yang digoreng atau berlemak atau daging dapat memperlama waktu pengosongan lambung. Jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi harus dipertimbangkan saat menentukan periode waktu puasa yang tepat.

D. MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN OLEH TIM ANESTESI

Untuk mencapai terwujudnya keselamatan pasien yang optimal, anestesiologis bertanggungjawab terhadap hal-hal berikut ini:

1. **Manajemen Kepegawaian**

   Anestesiologis harus memastikan terlaksananya penugasan dokter dan petugas non-dokter yang kompeten dan berkualitas dalam memberikan layanan / prosedur anestesi kepada setiap pasien.

2. **Evaluasi Pre-anestesi Pasien**

   a. Suatu evaluasi pre-anestesi memungkinkan terwujudnya perencanaan anestesi yang baik, di mana perencanaan tersebut juga mempertimbangkan kondisi dan penyakit pasien yang dapat mempengaruhi tindakan anestesi.

b. Meskipun petugas non-dokter dapat berkontribusi dalam pengumpulan dan pencatatan data pre-operatif pasien, anestesiologislah yang memegang tanggung jawab terhadap evaluasi keseluruhan pasien.

3. Perencanaan Tindakan Anestesi

a. Anestesiologis bertanggungjawab dalam menyusun rencana tindakan anestesi yang bertujuan untuk mewujudkan kualitas pelayanan pasien yang terbaik dan tercapainya keselamatan pasien dengan optimal.

b. Anestesiologis sebaiknya melakukan diskusi dengan pasien (jika kondisi pasien memungkinkan) mengenai risiko tindakan anestesi, keuntungan dan alternatif yang ada, dan memperoleh izin persetujuan tindakan (*informed consent*).

c. Ketika terdapat situasi di mana suatu bagian dari layanan anestesi akan dilakukan oleh petugas anestesi kompeten lainnya, spesialis anestesi harus memberitahukan kepada pasien bahwa pendelegasian tugas ini termasuk dalam pelayanan anestesi oleh Tim Anestesi.

4. Manajemen Tindakan Anestesi

a. Manajemen tindakan anestesi bergantung pada banyak faktor, termasuk kondisi medis setiap pasien dan prosedur yang akan dilakukan.

b. Anestesiologis harus menentukan tugas perioperatif mana yang dapat didelegasikan.

c. Anestesiologis dapat mendelegasikan tugas spesifik kepada petugas non-dokter yang tergabung dalam Tim Anestesi, dengan syarat kualitas pelayanan pasien dan keselamatan pasien tetap terjaga dengan baik, tetap berpartisipasi dalam bagian-bagian penting tindakan anestesi, dan tetap siap sedia untuk menangani situasi emergensi dengan cepat

5. Perawatan Pasca-anestesi

a. Perawatan pasca-anestesi rutin didelegasikan kepada perawat pasca-anestesi.

b. Evaluasi dan tatalaksana komplikasi pasca-anestesi merupakan tanggung jawab anestesiologis.

6. Konsultasi Anestesi

Seperti jenis konsultasi medis lainnya, tidak dapat didelegasikan kepada non-dokter.

E. MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN DALAM PENGGUNAAN SEDASI RINGAN DAN SEDANG OLEH PERAWAT DAN ASISTEN ANESTESI

1. Dokter yang mengawasi bertanggungjawab akan semua aspek yang terlibat selama perawatan pasien (pre-, intra-, dan pasca-prosedur).
2. Saat pasien disedasi, dokter yang bertanggungjawab harus hadir / mendampingi di ruang tindakan.
3. Praktisi yang melakukan sedasi harus terlatih dengan baik dalam mengevaluasi pasien sebelum prosedur dilakukan untuk mengenali kapan terdapat peningkatan risiko anestesi.
4. Kebijakan dan prosedur yang terkait harus memperbolehkan praktisi untuk menolak berpartisipasi dalam kasus-kasus tertentu jika mereka merasa tidak kompeten dalam melakukan suatu tindakan anestesi dan terdapat kemungkinan dapat membahayakan pasien / menurunkan kualitas pelayanan pasien.
5. Dokter yang mengawasi bertanggungjawab memimpin timnya dalam situasi emergensi di mana diperlukan tindakan resusitasi, termasuk manajemen jalan napas.
6. Sertifikat ACLS merupakan standar persyaratan minimal yang harus dimiliki oleh praktisi yang melakukan sedasi / anestesi dan dokter non-anestesi yang mengawasinya.

F. PELAYANAN ANESTESI SELAMA PROSEDUR INTERVENSI YANG NYERI UNTUK DEWASA

1. Sebagian besar pelaksanaan prosedur dengan nyeri minor tidak memerlukan pelayanan anestesi selain anestesi lokal.
2. Contoh prosedur ini adalah:
   a. injeksi steroid epidural
   b. *epidural blood patch*
   c. *trigger point injection*
   d. injeksi sendi sakroiliaka
   e. *bursal injection*
   f. blok saraf oksipital (*occipital nerve block*)
   g. *facet injection*
3. Penggunaan anestesi umum untuk prosedur yang menimbulkan nyeri minor hanya dibenarkan dalam kondisi-kondisi khusus, di mana diperlukan perawatan / layanan anestesi yang terampil dan terlatih.

4. Berikut adalah kondisi-kondisi yang memerlukan layanan anestesi khusus:
   a. Komorbiditas mayor
   b. Gangguan mental / psikologis/ umur, yang membuat pasien tidak kooperatif
5. Penggunaan sedasi dan obat anestesi lainnya harus seimbang dengan potensi risiko / bahaya yang diakibatkan dari pelaksanaan prosedur dengan nyeri minor terhadap pasien dengan anestesi umum, terutama pada pasien yang menjalani prosedur tulang belakang servikal.
6. Prosedur yang berkepanjangan (lama) dan atau nyeri sering memerlukan sedasi intravena dan penggunaan monitor anestesi (*Monitored Anesthesia Care-MAC*). Prosedur ini meliputi:
   a. Blok saraf simpatis (ganglion stelata, fleksus seliaka, paravertebral lumbal)
   b. Ablasi *radiofrequency* (R/F)
   c. Diskografi (*discography*)
   d. Disektomi perkutan
   e. Trial spinal cord stimulator lead placement
7. Blok fleksus / saraf utama lebih jarang dilakukan di klinik penanganan nyeri kronis, tetapi diyakini bahwa prosedur blok ini mungkin memerlukan penggunaan anestesi intravena dan MAC (misalnya: blok fleksus brakialis, blok saraf *sciatica*, teknik kateterisasi kontinu tertentu).

G. PEMERIKSAAN PATENSI JALAN NAPAS UNTUK PEMBERIAN SEDASI DAN ANALGESIK

Pemberian ventilasi tekanan positif (VTP), dengan atau tanpa intubasi trakea mungkin diperlukan jika timbul gangguan pernapasan selama proses pemberian sedasi /analgesik.

1. VTP ini dapat lebih sulit dilakukan pada pasien dengan anatomi jalan napas yang atipikal / tidak lazim
2. Abnormalitas jalan napas dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya obstruksi jalan napas saat ventilasi spontan
3. Beberapa faktor yang dapat menimbulkan kesulitan dalam manajemen jalan napas antara lain:
   a. Riwayat pasien
      1) Adanya masalah dengan anestesi / sedasi sebelumnya
      2) Stridor, mengorok (*snoring*), apnea saat tidur (*sleep apnea*)
      3) Artritis rematoid yang lanjut / berat

b. Pemeriksaan fisik

1) Habitus / postur tubuh: obesitas yang signifikan (terutama di struktur wajah dan leher)
2) Kepala dan leher:
   a) Leher pendek
   b) Eksensi leher terbatas
   c) Pendeknya jarak antara mentalis – *hyoid*(< 3 cm pada dewasa)
   d) Massa di leher
   e) Penyakit / trauma pada tulang spinal servikal
   f) Deviasi trakea
   g) Gambaran wajah dismorfik (misalnya: sindrom Pierre-Robin)
3) Mulut
   a) Pembukaan kecil (< 3 cm pada dewasa)
   b) Gigi seri yang menonjol / maju (*protruding*)
   c) Gigi yang goyang
   d) Menggunakan peralatan gigi (misalnya: kawat, gigi palsu)
   e) Lengkung langit-langit yang tinggi
   f) Makroglosia (lidah besar)
   g) Hipertrofi tonsil
   h) Uvula tidak terlihat
4) Rahang
   a) Mikrognatia
   b) Retrognatia
   c) Trismus
   d) Maloklusi yang signifikan

H. PANDUAN PEMBERIAN SEDASI DAN ANESTESI OLEH NON-ANESTESIOLOGIS

Anestesiologis mempunyai keahlian spesifik dalam hal farmakologi, fisiologi, dan manajemen klinis terhadap pasien-pasien yang mendapat sedasi dan analgesik. Oleh karena itu, anestesiologis sering diminta untuk berpartisipasi dalam mengembangkan kebijakan dan prosedur rumah sakit untuk sedasi dan analgesik yang digunakan pada saat melakukan prosedur diagnostik atau terapeutik.

Panduan ini diaplikasikan secara spesifik untuk sedasi sedang (sering disebut sebagai anestesi di mana pasiennya sadar) dan sedasi berat / dalam. Panduan ini juga tidak ditujukan untuk pasien yang menjalani anestesi umum / anestesi induksi (misalnya blok spinal /epidural / kaudal) di mana harus diawasi dan dilakukan oleh dokter spesialis anestesi, dokter bedah, atau dokter lainnya yang telah mengikuti pelatihan khusus mengenai teknik sedasi, anestesi, dan resusitasi.

1. **TUJUAN**
   a. Membantu dokter dan pasien dalam membuat keputusan mengenai pelayanan kesehatan.
   b. Membantu dokter memberikan keuntungan dilakukannya sedasi / analgesik sementara meminimalisasi risiko yang dapat terjadi.
2. **RUANG LINGKUP**
   a. Keuntungan yang didapat dari pemberian sedasi /analgesik:
      1) Pasien dapat menoleransi prosedur yang tidak menyenangkan dengan mengurangi kecemasan, ketidaknyamanan, atau nyeri yang mereka rasakan
      2) Pada anak-anak dan orang dewasa yang tidak kooperatif: sedasi / anelgesik dapat mempercepat dan memperlancar pelaksanaan prosedur yang memerlukan pasien untuk diam / tidak bergerak.
   b. Risiko pemberian sedasi: berpotensi menimbulkan depresi kardiorespirasi, sehingga petugas / personel yang memberikan sedasi harus dapat segera mengenali dan menanganinya untuk mencegah kejadian: kerusakan otak akibat hipoksia, henti jantung, atau kematian.
   c. Pemberian sedasi / analgesik yang tidak adekuat:
      1) Menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien
      2) Meningkatkan risiko cedera karena pasien menjadi kurang / tidak kooperatif
      3) Timbulnya efek fisiologis atau psikologis akibat respons terhadap stress yang dialami pasien.

I. ANASTESI UMUM

a. Pengertian

Anestesia umum adalah suatu prosedur tindakan dalam anestesia untuk memenuhi keadaan amnesia, analgesia dan penekanan refleks pada pasien. Anestesia umum dapat dilakukan secara inhalasi, intravena, atau kombinasi keduanya (anastesia balans).

Langkah-langkah dalam anestesia umum meliputi : premedikasi, induksi, pemeliharaan anestesia, dan pengakhiran anestesia.

Yang dimaksud anestesia umum disini adalah anestesia umum untuk pasien dewasa. Anestesia umum untuk pasien pediatri akan diatur sesuai protokol anestesia untuk pediatri.

b. Tujuan

1) Mempertahankan kondisi dan keselamatan pasien selama tindakan operasi atau tindakan lain yang menyebabkan pasien memerlukan anestesia umum

2) Membantu menciptakan kondisi yang optimal untuk prosedur yang akan Dijalani

c. Penatalaksanaan

1) Premedikasi

Jenis Premedikasi	Obat	Keterangan
Ringan	Diazepam 5-10 mg Lorazepam 1-2 mg	po, 1 hari preop po, 1 hari preop
Sedang	Midazolam 1-2 mg ± Petidin 1-2 mg/kgBB, atau Fentanil 1-2 µg/kgBB, atau Morfin 0,1 mg/kgBB	iv, sebelum induksi (saat pasien berada pada ruang persiapan atau kamar operasi), perlu monitoring tanda-tanda depresi nafas
Berat	Diazepam 10 mg Midazolam 5 mg + Petidin 1-2 mg/kgBB atau Fentanil 1-2 µg/kgBB atau Morfin 0,1 mg/kgBB	po, 2 jam preop iv, sebelum induksi (saat pasien berada pada ruang persiapan atau kamar operasi), perlu monitoring tanda-tanda depresi nafas

2) Induksi

(a) Preinduksi

(1). Berikan O2 100% melalui sungkup muka selama 1-3 menit

(2). Dapat diberikan obat-obatan tambahan untuk sedasi/analgesia jika diperlukan seperti : Fentanil 1-2 µg/kgBB iv atau bisa ditambah midozolam 0,03 – 0,1mg/kgBB.

(b) Induksi

Pemberian obat induksi;

Tiopental/Pentota 3-5 mg/kgBB iv

Propofol 1-2,5 mg/kgBB iv[a]

Etomidat 0,2-0,3 mg/kgBB iv[b]

(c) Pemberian Obat pelumpuh otot untuk intubasi

Obat	**Dosis**	**Awitan**	**Lama kerja**
Suksinil kolin	1-1,5 mg/kgBB iv	30-60 dtk	4-6 mnt
Pankuronium	0,08-0,12 mg/kgBB iv	3-4 mnt	40-65 mnt
Vekuronium	0,1 mg/kgBB iv 0,2 mg/kgBB iv	2-3 mnt < 2 mnt	25-30 mnt 45-90 mnt
Atrakurium	0,5 mg/kgBB iv	1-2 mnt	10-20 mnt
Rokuronium	0,6-1,2 mg/kgBB iv	60-90 dtk	30 mnt

(d) Pemeliharaan Anestesi

Jenis Anestesi	Pemeliharaan
Anestesia Inhalasi	30-100% O2 + 0-70% N2O+ Halotan (MAC = 0,75%) titrasi atau Enfluran (MAC = 1,76%) titrasi atau Isofluran (MAC = 1,1%) ti atau Sevofluran (MAC = 2,0%) titrasi atau Desfluran (MAC = 6,0%)
Anestesia Balans	30-100% O2 + 0-70% N2O + Petidin 0,5-1,5 mg/kgBB/3-4 jam (bolus intermiten) atau Fentanil 1-10 µg/kgBB sesuai kebutuhan + Halotan atau anestetik inhalasi lainnya (titrasi) atau Propofol 50-200 µg/kgBB/mnt

Anestesi Intravena Total	- O2 30 -100% - Pethidine atau fentanyl bolus awal: 1-2 mg/kgBB dilanjutkan pemeliharaan: 0,5-1,5 mg/kgBB/3-4 jam (bolus intermiten. - Ditambah propofol Induksi: 1-2,5 mg/kgBB ,pemeliharaan: 50- 200 µg/kgBB/mnt. (infus dihentikan 5 menit sebelum operasi selesai) - Selain propofol bisa menggunakan ketamin ,Induksi: 1-2 mg/kgBB pemeliharaan: 1-2 mg/kgBB/ bolus intermiten tiap 15-20 mnt atau sesuai kebutuhan

(e) Jika diperlukan dapat digunakan pelumpuh otot

Lama Kerja	Nama Obat	Dosis
Kerja singkat	Mivakurium	Bolus 0,1 mg/kgBB/10-20 mnt atau infus1-15 µg/kgBB/mnt
Kerja menengah	Vekuronium Rokuronium Atrakurium	Bolus 0,01-0,025 mg/kgBB/30 mnt atau infus 1-2 µg/kgBB/mnt Bolus 0,15-0,6 mg/kgBB/30 mnt atau infus 5-12 µg/kgBB/mnt Bolus 0,1 mg/kgBB/10-20 mnt atau
Kerja panjang	Pankuronium	Bolus 0,02 mg/kgBB/60-90 mnt

3) Pengakhiran Anestesi

Pengakhiran Anestesi	Tindakan
Pemulihan dari pelumpuh otot	Jika diperlukan dapat diberikan obat reversal sebagai berikut: Neostigmin 0,05-0,07 (dosis maksimum) mg/kgBB + Sulfas atropin 0,015 mg/kgBB iv
Analgetik pasca Operasi	Jika diperlukan analgetik pasca operasi diberikan sebelum pasien dibangunkan
Profilaksis mual-Muntah	Dapat diberikan metoklopramid (10 mg iv), atau droperidol (0,625mg iv) atau ondansetron (4 mg iv). Dapat dipertimbangkan pemasangan pipa lambung dan irigasi cairan lambung.
Oksigen	Pemberian N2O dan anestetik dihentikan dan diberikan 100% O2

Penghisapan Lender	Rongga orofaring dibersihkan dengan penghisap lender
Ekstubasi	Ekstubasi dilakukan jika refleks proteksi jalan nafas sudah berfungsi kembali, pasien bernafas spontan dan mampu mengikuti perintah.

3. **PENATALAKSANAAN (UNTUK SEDASI SEDANG DAN BERAT / DALAM)**

a. **Evaluasi pre-prosedur**

1) Untuk meningkatkan efikasi klinis (proses pemberian sedasi dan analgesik yang berjalan lancar)
2) Menurunkan risiko kejadian efek samping.
3) Evaluasi ini meliputi:
   a) Riwayat penyakit pasien yang relevan
      (1) abnormalitas sistem organ utama
      (2) riwayat anestesi / sedasi sebelumnya, dan efek samping yang pernah terjadi / dialami
      (3) obat-obatan yang dikonsumsi saat ini, alergi obat, dan interaksi obat yang mungkin terjadi
      (4) asupan makan terakhir
      (5) riwayat merokok, alkohol, atau penyalahgunaan obat-obatan
   b) Pemeriksaan fisik terfokus
      (1) Tanda vital
      (2) Evaluasi jalan napas
      (3) Auskultasi jantung dan paru
   c) Pemeriksaan laboratorium (berdasarkan pada kondisi yang mendasari dan efek yang mungkin terjadi dalam penanganan pasien)
   d) Temuan klinis dikonfirmasi segera sebelum melakukan anestesi / sedasi.
   e) Konsultasi

b. **Konseling pasien**

1) Mengenai risiko, keuntungan, keterbatasan, dan alternatif yang ada

c. **Puasa pre-prosedur** (lihat **lampiran 4**)

1) Prosedur elektif: mempunyai waktu yang cukup untuk pengosongan lambung
2) Situasi emergensi: berpotensi terjadi pneumoniaaspirasi, pertimbangkan dalam menentukan tingkat / kategori sedasi, apakah perlu penundaan prosedur, dan apakah perlu proteksi trakea dengan intubasi.

d. **Pemantauan**

1) Data yang harus dicatat dengan interval yang teratur sebelum, selama, dan setelah prosedur dilakukan:
   a) Tingkat kesadaran pasien (dinilai dari respons pasien terhadap stimulus)
      (1) respons menjawab (verbal): menunjukkan bahwa pasien bernapas
      (2) hanya memberikan respons berupa refleks menarik diri (*withdrawal*): dalam sedasi berat / dalam, mendekati anestesi umum, dan harus segera ditangani.
   b) oksigenasi:
      (1) memastikan konsentrasi oksigen yang adekuat selama proses anestesi
      (2) gunakan oksimetri denyut (*pulse oximetry*)[5]
   c) Respons terhadap perintah verbal (jika memungkinkan)[3]
   d) Ventilasi paru (observasi, auskultasi)
      (1) Semua pasien yang menjalani anestesi umum harus memiliki ventilasi yang adekuat dan dipantau secara terus-menerus
      (2) Lihat tanda klinis: pergerakan dinding dada, pergerakan kantong pernapasan, auskultasi dada
      (3) Pemantauan karbon dioksida yang diekspirasi untuk pasien yang terpisah dari pengasuh / keluarganya
      (4) Jika terpasang ETT / LMA: pastikan posisi terpasang dengan benar
      (5) Kapnografi
   e) Sirkulasi
      (1) Elektrokardiogram (EKG) untuk pasien dengan penyakit kardiovaskular yang signifikan
      (2) Pemeriksaan analisis gas darah (AGD)
      (3) Tekanan darah dan frekuensi denyut jantung setiap 5 menit (kecuali dikontra indikasikan)
      (4) Pasien dengan anestesi umum: semua hal di atas ditambah evaluasi kontinu fungsi sirkulasi dengan: palpasi nadi, auskultasi bunyi jantung, tekanan intra-arteri, oksimetri.

f) Temperatur tubuh

2) Pencatatan data untuk sedasi berat / dalam:
   a) Respons terhadap perintah verbal atau stimulus yang lebih intens (kecuali dikontraindikasikan)
   b) Pemantauan karbondioksida yang diekspirasi untuk semua pasien
   c) EKG untuk semua pasien

e. **Personel / petugas**

1) Sebaiknya terdapat petugas anestesi non-dokter yang ikut hadir dalam proses anestesi, bertugas untuk memantau pasien sepanjang prosedur berlangsung.
2) Memiliki kemampuan untuk mempertahankan patensi jalan napas, melakukan ventilasi tekanan positif, dan resusitasi (bantuan hidup lanjut) selama prosedur berlangsung.
3) Petugas ini boleh membantu dengan melakukan tugas-tugas ringan lainnya saat pasien telah stabil
4) Untuk sedasi berat / dalam: petugas yang melakukan pemantauan tidak boleh diberikan tugas / pekerjaan lain.

f. **Pelatihan**

1) Farmakologi obat-obatan anestesi dan analgesik
2) Farmakologi obat-obatan antagonis yang tersedia
3) Keterampilan bantuan hidup dasar
4) Keterampilan bantuan hidup lanjut
5) Untuk sedasi berat / dalam: keterampilan bantuan hidup lanjut di kamar tindakan / prosedur.

g. **Peralatan emergensi**

1) *Suction*, peralatan patensi jalan napas dengan berbagai ukuran, ventilasi tekanan positif
2) Peralatan intravena, obat-obatan antagonis, dan obat-obatan resusitasi dasar
3) Peralatan intubasi
4) *Defibrillator* yang tersedia setiap saat dan dapat segera dipakai (untuk pasien-pasien dengan penyakit kardiovaskular)
5) Untuk sedasi berat / dalam: *defibrillator* tersedia setiap saat dan dapat segera dipakai (untuk semua pasien)

h. **Oksigen tambahan**
   1) Tersedianya peralatan oksigenasi
   2) Pemberian oksigen tambahan jika terjadi hipoksemia
   3) Untuk sedasi berat / dalam: pemberian oksigen kepada semua pasien (kecuali dikontraindikasikan)

i. **Pilihan obat-obatan anestesi**
   1) Sedatif: untuk mengurangi ansietas / kecemasan, menyebabkan kondisi somnolen
   2) Analgesik: untuk mengurangi nyeri
   3) Kombinasi sedatif dan analgesik: efektif untuk sedasi sedang dibandingkan dengan penggunaan satu jenis obat

j. **Titrasi dosis**
   1) Pengobatan intravena diberikan secara bertahap dengan interval yang cukup antar-pemberian untuk memperoleh efek yang optimal
   2) Pengurangan dosis yang sesuai jika menggunakan sedatif dan analgesik
   3) Pemberian berulang dosis obat-obatan oral untuk menambah edek sedasi / analgesik tidak direkomendasikan

k. **Penggunaan obat anestesi induksi (*methohexital*, propofol, ketamin)**
   1) Biasanya digunakan untuk anestesi umum
   2) Propofol dan ketamin efektif dipakai untuk sedasi sedang
   3) *Methohexital* efektif untuk sedasi dalam / berat
   4) Tanpa memandang rute pemberian dan tingkat sedasi yang diinginkan, pasien dengan sedasi berat harus dipantau secara konsisten, termasuk penanganan jika pasien jatuh dalam keadaan anestesi umum.

l. **Akses intravena**
   1) Pemberian obat sedasi melalui jalur intravena: pertahankan akses intravena dengan baik selama prosedur hingga pasien terbebas dari risiko depresi kardiorespirasi.
   2) Pemberian obat sedasi melalui jalur lain: keputusan diambil berdasarkan kasus per-kasus.
   3) Tersedia personel / petugas yang memiliki keterampilan / keahlian mengakses jalur intravena

m. **Obat antagonis**: tersedia nalokson dan flumazenil jika pasien diberikan obat opioid / benzodiazepin.

n. **Pemulihan**

1) Observasi sampai pasien terbebas dari risiko depresi sistem kardiorespirasi
2) Oksigenasi harus dipantau secara rutin dan teratur sampai pasien terbebas dari risiko hipoksemia
3) Ventilasi dan sirkulasi harus dipantau secara rutin dan teratur sampai pasien diperbolehkan pulang.
4) Gunakan kriteria pemulangan yang sesuai untuk meminimalisir risiko depresi kardiovaskular / pernapasan setelah pasien dipulangkan.

o. **Situasi khusus**

1) Masalah medis berat yang mendasari (usia sangat lanjut, penyakit jantung/ paru/ ginjal hepar yang berat): konsultasikan dengan spesialis yang sesuai
2) Risiko gangguan kardiovaskular / pernapasan yang berat atau diperlukannya ketidaksadaran total pada pasien untuk menciptakan kondisi operasi yang memadai: konsultasikan dengan anestesiologis.

4. KRITERIA PEMULIHAN, PEMINDAHAN DAN PEMULANGAN PASIEN SETELAH PEMBERIAN SEDASI DAN ANALGESIK

Setiap rumah sakit harus mempunyai kriteria pemulihan, pemindahan dan pemulangan yang sesuai dengan pasien dan prosedur yang dilakukan. Jika pasien dipindah langsung dari kamar operasi ke ruang intensif, pemonitoran, dan pendokumentasian diperlakukan sama dengan pemonitoran di ruang pulih. Keluar dari ruang pemulihan pasca anestesi atau menghentikan pemonitoran pada periode pemulihan dilakukan dengan mengacu ke salah satu alternatif di bawah ini :

a. Pasien dipindahkan (atau pemonitoran pemulihan dihentikan) oleh dokter anastesi
b. Pasien dipindahkan (atau pemonitoran pemulihan dihentikan) oleh penata anastesi sesuai kriteria yang ditetapkan rumah sakit, dan rekam medis pasien membuktikan bahwa kriteria yang dipakai dipenuhi
c. Pasien dipindahkan keunit yang mampu memberikan asuhan pasca anestesi atau pasca sedasi pasien tertentu, seperti ICCU, atau ICU. Adapun beberapa prinsip dasar yang harus miliki adalah:

a. Prinsip umum

- Pengawasan medis dalam fase pemulihan dan pemulangan pasien setelah pemberian sedasi sedang / dalam merupakan tanggung jawab dokter yang melakukan sedasi.

- Ruang pemulihan harus dilengkapi dengan monitor dan peralatan resusitasi yang adekuat
- Pasien yang menjalani sedasi sedang atau dalam harus dipantau sampai criteria pemulangan terpenuhi.
  a) Durasi dan frekuensi pemantauan harus disesuaikan dengan masing-masing pasien bergantung pada tingkat sedasi yang diberikan, kondisi umum pasien, dan intervensi / prosedur yang dilakukan
  b) Oksigenasi harus dipantau sampai pasien terbebas dari risiko depresi pernapasan
- Tingkat kesadaran, tanda vital, dan oksigenasi (jika diindikasikan) harus dicatat dengan rutin dan teratur
- Perawat atau petugas terlatih lainnya yang bertugas memantau pasien dan mengidentifikasi adanya komplikasi harus dapat hadir / mendampingi pasien hingga kriteria pemulangan terpenuhi.
- Petugas yang kompeten dalam menangani komplikasi (misalnya mempertahankan patensi jalan napas, memberikan ventilasi tekanan positif) harus dapat segera hadir kapanpun diperlukan hingga kriteria pemulangan terpenuhi.

d. Kriteria Pemulangan Pasien

- Pasien harus sadar dan memiliki orientasi yang baik. Bayi dan pasien dengan gangguan status mental harus kembali ke status semula /awal (sebelum menjalani anestesi / analgesik). Dokter dan keluarga harus menyadari bahwa pasien anak-anak yang memiliki risiko obstruksi jalan napas harus duduk dengan posisi kepala menunduk ke depan.
- Tanda vital harus stabil
- Penggunaan sistem skoring dapat membantu pencatatan untuk kriteria pemulangan
- Telah melewati waktu yang cukup (hingga 2 jam) setelah pemberian terakhir obat antagonis (nalokson, flumazenil) untuk memastikan bahwa pasien tidak masuk ke fase sedasi kembali setelah efek obat antagonis menghilang.
- Pasien rawat jalan boleh dipulangkan dengan didampingi oleh orang dewasa yang dapat mengantarkan pasien sampai ke rumah dan dapat melaporkan jika terjadi komplikasi pasca-prosedur.

- Pasien rawat jalan dan pendampingnya harus diberikan instruksi tertulis mengenai diet pasca-prosedur, obat-obatan, aktivitas, dan nomor telepon yang dapat dihubungi jika terjadi keadaan emergensi.

BAB IV

DOKUMENTASI

Pelaksanaan anestesi didokumentasikan pada format atau catatan yang sudah di standarkan oleh rumah sakit dan disertakan dalam rekam medis pasien

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

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