PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

# PEDOMAN PELAYANAN BEDAH
# DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/67/VI/2026

tentang

PEDOMAN PELAYANAN BEDAH
DI RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka melaksanakan fungsi Rumah Sakit di bidang Pelayanan Kesehatan, maka perlu disusun pedoman pelayanan instalasi bedah RSAU dr. Esnawan Antariksa

b. Bahwa mempertimbangkan sebagaiman dimaksud pada huruf a. diatas perlu ditetapkan dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang pedoman pelayanan Instalasi bedah 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 : KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA TENTANG PEMBERLAKUAN PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI BEDAH

KESATU : Pedoman pelayanan Instalasi Bedah RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana dimaksud dalam keputusan ini adalah tercantum dalam lampiran yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan.

KEDUA : Pedoman yang dimaksud pada diktum ke satu keputusan ini merupakan acuan dalam pemberian pelayanan pembedahan yang harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh seluruh satuan kerja dilingkungan Instalasi Bedah RSAU dr.Esnawan Antariksa

KETIGA : Dalam rangka melaksanakan Pedoman ini, disusun SPO (Standar Prosedur Operasional).

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapannya, akan dilakukan 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

**DAFTAR ISI**


SURAT KEPUTUSAN DAFTAR ISI…… …… … 1

DAFTAR ISI…….. …….. 2

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang……..... 5

B. Tujuan Pedoman……..... 5

C. Ruang Lingkup……..... 5

D. Batasan Operasional……..... 8

E. Landasan Hukum……..... 8

BAB II STANDAR KETENAGAAN……..... 10

BAB III STANDAR FASILITAS……..... 15

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN…… ……. 23

BAB V LOGISTIK……..... 32

BAB VI KESELAMATAN PASIEN……..... 34

BAB VII KESELAMATAN KERJA……..... . 42

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU……... 44

BAB IX PENUTUP……... 46

LAMPIRAN JENIS OPERASI YANG BISA DILAKUKAN DI

RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA


.

# BAB I
# PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa merupakan Pelaksana Teknis Diskesau 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 Instalasi Hemodialisa, dalam perjalanan pelayanannya Instalasi 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.

RSAU dr. Esnawan Antariksa mempunyai Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Visi, Misi, Landasan Nilai dan Tujuan
   - **a.** Visi RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berwawasan ilmu pengetahuan. Berteknologi modern, berkarakter profesional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan kesehatan bagi TNI AU/TNI dan keluarganya serta masyarakat umum.

**b.** Misi RSAU dr. Esnawan Antariksa

1. Menyelenggarakan dukungan dalam kegiatan operasi dan latihan TNI AU/TNI.

2. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional dan berkarakter baik promotif, preventif dan kuratif terhadap anggota TNI AU/TNI dan keluarganya serta masyarakat umum.

3. Meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan teknologi modern dan penerapan ilmu pengetahuan terkini serta mengembangkan profesionalitas yang berkarakter.

4. Sebagai subsistem kesehatan nasional turut serta aktif dalam pengabdian kepada vmasyarakat serta penanggulangan darurat dan bencana.

**c.** Motto

"Melayani Dengan Ikhlas Tanpa Batas"

**d.** Tujuan (GOAL)

1) Terselenggaranya dukungan kesehatan terhadap operasi dan latihan TNI/TNI AU
2) Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu bagi anggota TNI, PNS beserta keluarganya serta masyarakat umum.

**e.** Falsafah

Jiwa dan semangat pengabdian TNI adalah landasan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.

a. Logo RSAU dr. Esnawan Antariksa :

Arti dari Logo RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah sebagai berikut :

- Lingkaran : Lingkaran disini mengartikan suatu KomInstalasias, Integritas dan Kesempurnaan dalam pelayanan.

- Tanda Cross : Keinginan untuk memberikan pertolongan tanpa membedakan seseorang yang akan ditolong, dan menumbuhkan saling pengertian, kerjasama dan perdamaian.
- Tongkat dan Ular : Disebut juga sebagai tongkat, Asclepius, yang merupakan seorang ilmuwan atau dokter dari Yunani yang hidup 1200 Ular merupakan hewan yang memiliki kemampuan untuk berganti kulit, yang akan dikaitkan dengan " Kehidupan atau kesembuhan yang baru
- Sayap : Melambangkan pengembangan intelektual dan Pelayanan yang terbaik serta akan terus bergerak mengikuti jaman,
- Warna Emas : Melambangkan kesan optimis, berfikir positif, aktif dan modern dalam setiap pelayanan.
- Warna Biru : Menunjukkan Sifat profesional dan percaya diri didalam bekerja.
- Warna Putih : Mempunyai arti suci, bersih dan ikhlas dalam setiap pelayanan.

  Arti dari lambang tersebut adalah " RSAU dr.Esnawan Antariksa merupakan Rumah Sakit yang secara Profesional, Integritas dan Ikhlas dalam setiap memberikan pertolongan terhadap pasien, tanpa membedakan status pasien serta memberikan pelayanan yang terbaik, dengan mengikuti perkembangan teknologi kesehatan modern saat ini ".

Dalam undang-undang RI no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit di jelaskan bahwa penyelenggaraan rumah sakit bertujuan member perlindungan terhadap keselamatan pasien (patient safety), masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit, serta meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Oleh sebab itu rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Pelayanan bedah merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di seluruh dunia dengan perkiraan sebesar 234 juta operasi setiap tahunnya. Kejadian yang membahayakan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan diantaranya adalah prosedur operasi.

Risiko komplikasi setelah operasi dikarakteristikkan di berbagai belahan dunia dan sebuah penelitian menunjukkan bahwa Negara industry memiliki angka kematian 0,4-0,8 % yang diakibatkan karena operasi dan komplikasi setelah operasi sebesar 3 – 17,5 % dan angka ini jauh lebih tinggi pada Negara berkembang termasuk Indonesia (Haynes et al, 2009).

Meningkatkan keselamatan dan hasil/outcome yang optimal pada pasien yang menjalani operasi dapat di lakukan dengan memberikan dukungan dan kesempatan dalam pengembangan petugas kamar bedah secara professional dengan melakukan tindakan yang nyata.

**B. Tujuan**

- Meningkatkan mutu pelayanan di Instalasi Bedah
- Meningkatkan keamanan tindakan bedah dengan menciptakan standarisasi prosedur yang aman
- Mengurangi tingkat mortalitas, morbiditas, dan disabilitas/kecacatan akibat komplikasi prosedur bedah
- Me-*recall memory*, terutama pada hal-hal kecil yang gampang terabaikan pada keadaan pasien yang kompleks
- Adanya pembinaan pelayanan keperawatan
- Adanya pengendalian mutu pelayanan di instalasi bedah

**C. Ruang Lingkup**

Pedoman ini diterapkan kepada semua perawat bedah, perawat anestesi, penata/dokter anestesi, dan dokter bedah yang akan menangani pasien dalam suatu prosedur bedah, dimana ruang lingkupnya meliputi antara lain:

1. Perencanaan pelayanan Instalasi Bedah Sentral yang meliputi ketenagaan , sarana dan prasarana meliputi pemeliharaan peralatan dan logistik secara periodik atau berkala.
2. Pengorganisasian pelayanan di instalasi bedah sentral yang meliputi struktur organisasi, tata hubungan kerja, uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan perawat pengelola dan pelaksana secara jelas.
3. Pelaksanaan pelayanan di instalasi bedah sentral meliputi standar asuhan keperawatan dan standar prosedur operasional baik klinis maupun manajerial,

4. Pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, penyusunan rencana , pelaksanaan tindakan dan evaluasi baik sebelum/pre, selama/intra dan setelah/post operasi
5. Pembinaan pelayanan keperawatan instalasi bedah yang meliputi bimbingan tehnik terhadap pelayanan keperawatan kamar bedah dan sistem peningkatan jenjang karir perawat kamar bedah.
6. Pengendalian mutu pelayanan instalasi bedah yang meliputi program keselamatan pasien dan program pengendalian mutu pelayanan

**D. Batasan operasional**

Pada setiap prosedur invasif, terdapat tiga elemen penting yang harus selalu berinteraksi dan bekerjasama secara efektif dan efisien, yaitu:

1. Instalasi bedah sentral atau ruang prosedur
2. Pasien
3. Tim bedah

**E. Landasan Hukum**

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

**F. Gambaran Umum**

Tindakan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dilaksanakan di RS, hal tersebut memerlukan

a. Pengkajian pasien yang lengkap dan menyeluruh
b. Perencanaan asuhan yang terlintegrasi
c. Pemantauan yang terus menerus
d. Transfer ke ruang perawatan berdasar atas kriteria tertentu
e. Rehabilitasi
f. Transfer ke ruang perawatan dan pemulangan

**BAB II**

**STANDAR KETENAGAAN**

## A. Kualifikasi SDM

a. Pola ketenagaan dan kualifikasi SDM Instalasi Bedah adalah
Perencanaan tenaga perawat instalasi mengacu pada fungi dan peran serta kompetensi dengan ketentuan yang di persyaratkan

| Nomor | Nama Jabatan | Kualifikasi Formal | Keterangan |
|---|---|---|---|
| 1 | Ka Instalasi Bedah | Dokter Spesialis Anestesi/ Bedah | Bersertifikat ACLS/ATLS |
| 2 | Ka Ru Instalasi Bedah | SI Keperawatan | Sertifikasi kamar Bedah, PPGD/BLS, Manajemen Kamar Bedah BLS/BTCLS/PPGD |
| 3 | Perawat Anestesi | D III Anestesi | Bersertifikat ACLS/BLS/BTCLS/PPGD |
| 4 | Perawat Pelaksana | D III Keperawatan | Bersertifikat, Basic kamar bedah BLS/BTCLS/PPGD |
| 5 | Administrasi | SMU | |
| 6 | POS | SMU | - |

b. Perencanaan keperawatan di Instalasi Bedah Sentral
Tenaga perawat yang sesuai kualifikasi yang mendukung terwujudnya fungsi pelayanan keperawatan Instalasi bedah yang berkualitas, efisien dan efektif

Kriteria struktur:

1. Ada kebijakan pimpinan sarana kesehatan yang mengatur kualifikasi perawat yang bertugas di instalasi bedah sentral :
   a. Kalifikasi scrub nurse:
      1. Ners memiliki sertifikat kamar bedah dasar dan basic life support/BLS dengan pengalaman kerja di kamar bedah minimal pengalaman 6 bulan
      2. D3 keperawatan, memiliki sertifikat kamar bedah dasar dan BLS dengan pengalaman di kamar bedah minimal satu tyahun
      3. Semua perawat yang memberikan pelayanan/asuhan keperawatan di instalasi bedah harus mempunyai SIP dan SIK,
   b. Kualifikasi perawat sirkuler:
      1. Ners memiliki sertifikat kamar bedah dasar dan sertifikat kamar bedah lanjut/khusus dan BLS dan pengalaman klinis di kamar bedsh minimal 3 tahun.
      2. D3 keperawatan dengan pengalaman klinis di kamar bedah minimal 5 tahun
      3. Memiliki kemampuan kepemimpinan dalam tim
      4. Mempunyai SIP dan SIK
      5. Mampu melakukan supervise memberikan saran dan bimbingan
   c. Kualifikasi perawat Asisten II
      1. Ners memiliki sertifikat kamar bedah dasar, sertifikat kamar bedah lanjut/khusus BLS dan pengalaman 5 tahun menjadi perawat scrub
      2. D3 keperawatan memiliki sertifikat bedah dasar/bedah lanjutan/khusus, BLS dan pengalaman 5 tahun menjadi perawat scrub di instalasi bedah
   d. Kualifikasi perawat Kepala Ruangan
      1. Diutamakan Ners dengan pengalaman kerja 5 tahun di Instalasi bedah
      2. D3 keperawatan dengan pengalaman kerja 10 tahun di instalasi bedah
      3. Memiliki sertifikat kamar bedah dasar, sertifikat manajemen kamar bedah, BLS
      4. Memiliki sertifikat manajemen keperawatan

2. Adanya kebijakan pimpinan tentang kebutuhan perawat di instalasi bedah dengan dasar perhitungan kebutuhan tenaga dengan memperhatikan jumlah dan jenis operasi, jumlah kamar bedah, pemakaian kamar bedah, tugas perawat di kamar bedah dan ketergantungan pasien
3. Adanya kebijakan pimpinan rumah sakit tentang keselamatan kerja perawat dengan memperhatikan waktu istirahat setiap tindakan operasi.

Kriteria proses :

1. Menyusun rencana kebutuhan tenaga perawat berdasarkan kualifikasi pendidikan, kompetensi dan pengalaman kerja yang di persyaratkan pada pelayanan keperawatan kamar bedah,
2. Menyusun rebncana program pengembangan SDM melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, program pengembangan profesi
3. Menjadi anggota Tim rekruitmen tenaga perawat yang memberikan pelayanan pembedahan
4. Melakukan monitoring keselamatan kerja perawat
5. Menyusun program orientasi pegawai baru
6. Melakukan monitoring keselamatan pasien

**B. Distribusi Ketenagaan**

Pola pengaturan ketenagaan Instalasi Bedah yaitu :

a. Dokter Spesialis

Jumlah 24 (dua puluh sembilan) orang

1) Bedah Umum 7 orang
2) Bedah Plastik 1 orang
3) Bedah Vaskuler 1 orang
4) Bedah Urologi 2 orang
5) Bedah Orthopedi 3 orang
6) Bedah Gigi dan mulut 2 orang
7) Bedah Obgyn 5 orang
8) THT 3 orang
9) Mata 5 orang

b. Perawat Bedah:

Jumlah 11 (sebelas) orang dengan latar belakang pendidikan D.III Kategori :

1) 1 orang Kepala Ruangan
2) 1 orang Ka Tim
3) 1 orang CI
4) 9 orang perawat pelaksana

c. Penata Anestesi :

Jumlah 1 (satu) orang dengan latar belakang D.III Anestesi

d. Perawat Anestesi :

Jumlah 4 orang dengan latar belakang D III Keperawatan yang memiliki sertifikat pelatihan Anestesi

e. Petugas pendudukung pelayanan 1 (satu) orang dengan latar belakang SMA sebagai tenaga administrasi

**Pengaturan jaga**

a. Pengaturan jadwal Jaga di Instalasi Bedah Sentral

1) Bedah

Pengaturan jadwal dinas spesialis instalasi bedah dibuat dan dipertanggung jawabkan oleh Ka Instalasi

a) Pengaturan jadwal jaga emergency diatur setiap akhir bulan, jaga dilaksanakan setiap 1(satu) minggu sekali secara bergiliran,
b) Pengaturan jaga obsgyn diatur setiap satu bulan secara bergiliran

2) Pengaturan jadwal jaga perawat Instalasi Bedah Sentral

Pengaturan jadwal dinas perawat instalasi bedah dibuat dan dipertanggung jawabkan oleh Koordinator Perawat Bedah.

a) Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu minggu dan direalisasikan keperawat pelaksana dep Bedah Umum setiap satu minggu.
b) Setiap tugas jaga harus ada perawat penanggung jawab dengan syarat pendidikan minimal D III Keperawatan .
c) Jadwal dinas terbagi atas dinas pagi, piket, lepas piket, libur, cuti dan jaga on call untuk cito operasi. sedangkan hari libur jaga dilaksanakan selama 24 jam

d) Apabila ada tenaga perawat kamar operasi jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (terencana), maka perawat yang bersangkutan harus memberitahu Koordinator.

**Pengaturan Jadwal Dokter Konsulen**

a. Pengaturan jadwal jaga dokter konsulen menjadi tanggung jawab kepala Instalasi Bedah.

b. Jadwal jaga dokter konsulen dibuat untuk jangka waktu 1 bulan serta sudah diedarkan ke Instalasi terkait dan dokter konsulen yang bersangkutan 1 minggu sebelum jaga di mulai.

c. Apabila dokter konsulen jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan maka dokter penangungjawab menunjuk dokter pengganti

d. Untuk yang terencana, dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke dokter penggungjawab atau ke petugas sekretariat paling lambat 3 hari sebelum tanggal jaga, serta dokter tersebut wajib menunjuk dokter jaga konsulen pengganti.

e. Untuk yang tidak terencana, dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke Manager Pelayanan atau ke petugas sekretariat dan di harapkan dokter tersebut sudah menunjuk dokter jaga konsulen pengganti, apabila dokter jaga pengganti tidak didapatkan, maka dokter penanggungjawab wajib untuk mencarikan dokter jaga konsulen pengganti.( prosedur pengaturan jadwal jaga dokter konsulen sesuai SOP terlampir).

**BAB III**

**STANDAR FASILITAS**

Pengelolaan sarana dan prasaran, peralatan dan logistic Instalasi Bedah yang tepat untuk mendukung terwujudnya pelayanan keperawatan kamar bedah yang berkualitas dan aman.

1. Denah
   1.1. Pembagian area di Instalasi Bedah
      a. Area bebas/public area/unrestricted area
         - Ruang Konsultasi
         - Ruang Ka. Instalasi/Ka. Keperawatan Bedah
         - Ruang Ganti
         - Ruang Makan
      b. Area semi ketat/semi restricted area
         - Koridor dan tempat cuci tangan
         - Ruang Transfer
         - Ruang Induksi/Persiapan
         - Ruang Penyimpanan Alat Medik
         - Ruang Penyimpanan Instrument Steril
         - Ruang Pulih Sadar
      c. Area Ketat/Restricted area
         - Ruang Bedah/OK
         - Tangga Darurat Kanan

2. Kapasitas Instalasi Bedah
   2.1. Jumlah Kamar Bedah : 6 OK
   2.2. Operasional : 6 OK
   2.3. Ruang Persiapan : 4 TT
   2.4. Ruang Induksi : 4 TT
   2.5. Ruang pulih sadar : 5 TT
3. Alat Medik

| NO | NAMA ALAT | JML | KONDISI | KETERANGAN |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Meja operasi | 6 | 100 % | 2berfungsi, |
| 2. | Meja Instrumen | 7 | 100% | Berfungsi |
| 3. | Meja Mayo | 6 | 100% | Berfungsi |

**ELECTRO SURGICAL**

| NO | NAMA ALAT | JML | KETERANGAN |
|---|---|---|---|
| 1. | Olliquence, martin, gimmi | 6 | Berfungsi |

**MICROSCOPE**

| NO | NAMA ALAT | JML | KONDISI | KETERANGAN |
|---|---|---|---|---|
| 1. | microscope | 2 | 100% | Berfungsi |

**ELEKTRO MEDIK**

| NO | NAMA ALAT | JML | KONDISI | KETERANGAN |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Kabel Cahaya Storz | 2 | 100%<br>80% | Berfungsi<br>Berfungsi |
| 2. | Kabel Kamera Storz | 1 | 100% | Berfungsi |
| 3. | Monitor TV Sony 14” | 1 | 100% | Berfungsi |
| 4. | Xenon Light Source Storz | 1 | 100% | Berfungsi |
| 5. | Telecampal Storz | 1 | 100% | Berfungsi |
| 6. | Cystoscopy Storz | 1 | 70% | Berfungsi |
| 7. | Colour Video Printer Sony | 1 | 100% | Berfungsi |
| 8. | Electronic Laparovlator Storz | 1 | 100% | Berfungsi |
| 9. | Sterilisator Tuttnaver | 1 | 70% | Berfungsi |
| 10. | Steriliator Matachana | 1 | 100% | Berfungsi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11. | Laparascopy Set Storz | 1 | 100% | Berfungsi |
| 12. | Lensa Fess Set | 1 | 100% | Berfungsi |
| 13. | Suction Model 305 | 1 | 90% | Berfungsi |
| 14. | Suction Atmos | 1 | 100% | Berfungsi |
| 15. | Mesin Anestesi Set Ohmeda | 1 | 100% | Berfungsi |
| 16. | Ventilator Anestesi Ohmeda | 3 | 100% | Berfungsi |
| 17. | Monitor EKG Kenz | 5 | 100% | Berfungsi |
| 18. | Monitor Schiller | 3<br>1 | 100%<br>0 % | Berfungsi<br>Rusak dan sudah di turunkan ke alkes |

**INSTRUMEN BEDAH**

| NO | NAMA ALAT | JML | KONDISI | KETERANGAN |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Fess set | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 2. | Bedah mulut set | 2 | Cukup | Berfungsi |
| 3. | Hemoroid set | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 4. | Laparascopy | 2 | Cukup | Berfungsi |
| 5. | Set Dasar | 5 | Cukup | Berfungsi |
| 6. | Set Minor | 3 | Cukup | Berfungsi |
| 7. | Set struma | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 8. | Laparotomi Lengkap | 4 | Cukup | Berfungsi |
| 9. | Sinus set | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 10. | Catarak set | 1 | Cukup | Berfungsi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11. | Kuret set | 3 | Cukup | Berfungsi |
| 12. | Set Sirkum | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 13. | Set Craniotomi | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 14. | Set desinfektan urologi | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 15. | Sectio Casarea set | 4 | Cukup | Berfungsi |
| 16. | cimino set | 3 | Cukup | Berfungsi |
| 17. | Tonsilektomi set | 2<br>1 | Cukup | Berfungsi<br>Kurang lengkap |
| 18. | Laparotomi anak tambahan | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 19 | Set Orthopedi | 2 | Cukup | Berfungsi |

**INSTRUMEN BEDAH LAIN-LAIN**

| NO | NAMA ALAT | JML | KONDISI | KETERANGAN |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Tambahan TUR | 1 | Cukup | Berfungsi |
| 2. | Buginasi | 2 | Cukup | Berfungsi |
| 3. | Forcep kebidanan | 2 | Cukup | Berfungsi |
| 4. | Set SC tambahan | 1 | | Berfungsi |
| 5. | Set endo urologi | 1 | | Berfungsi |
| 6. | Set PCNL | 1 | | Berfungsi |
| 7. | Set BESS | 1 | | Berfungsi |
| 8. | Set HDLO & HO | 1/1 | | Berfungsi |

A. FASILITAS

1. Fasilitas Kamar Persiapan

1.1. Perlengkapan Ruangan

1.1.1. Penerangan yang cukup ditambah dengan penerangan darurat

1.1.2. Titik keluar listrik yang dibumikan (*grounded*)

1.1.3. Jam dinding

1.1.4. Brandkard (kereta pasien) dilengkapi dengan pagar disisi kanan kiri, kedudukan kepala dapat diubah

1.1.5. Alat komunikasi

1.2. Perlengkapan Medis

1.2.1. Sumber oksigen

1.2.2. Alat pelembab oksigen dilengkapi dengan kanula nasal

1.2.3. Alat resusitasi : air viva / ambu bag

1.2.4. Laryngoscope dengan berbagai ukuran

1.2.5. Pipa jalan nafas oro / nasofaring

1.2.6. Pipa tracheal berbagai ukuran

1.2.7. Cunam megill, stilet

1.2.8. Alat penghisap lendir portable atau sentral

1.2.9. Stateskop, tensimeter, thermometer dan alat timbang

1.2.10. Alat infuse terdiri dari : set infuse, kateter berbagai ukuran, kapas anti septic, plester dan gunting

1.2.11. Cairan untuk rumatan dan resusitasi

1.2.12. Obat-obat standar resusitasi

1.2.13. *Patient monitor*, dengan saturasi oksigen

2. Fasilitas Kamar Bedah

Perlengkapan Ruangan

2.1.1. Penerangan yang cukup dilengkapi dengan penerangan darurat

2.1.2. Suhu 19° – 22° C, kelembaban > 5,50 %

2.1.3. Titik keluar listrik yang dibumikan (*grounded*)

2.1.4. Peralatan yang mengeluarkan sisa gas / uap anestetik dari ruangan (*scavenger / exhaust*)

2.1.5. Jam dinding

2.1.6. Tempat cuci tangan dan kelengkapannya

2.1.7. Alat pengatur suhu dan kelembaban

Perlengkapan Medis

2.2.1. Sumber oksigen

2.2.2. Meja Operasi

2.2.3. Lampu Operasi

2.2.4. Elektro surgical Instalasi

2.2.5. Alat pelembab oksigen, dengan kanula nasal dan sungkup muka

2.2.6. Sumber gas gelak (N2)

2.2.7. Alat penghisap lendir portable / sentral dengan kateter hisap

2.2.8. Stetoskop, tensimeter, thermometer

2.2.9. Pasien monitor, pulse oksimetri

2.2.10. Mesin anestesi dilengkapi minimal dengan :

- Alat pengatur otomotis pengaman sehingga kadar oksigen dalam campuran gas minimal 20 %
- Mesin anestesi dengan meter aliran O2 /N2O, dilengkapi dengan vaporizer (alat penguap), sirkuit pernafasan dengan penyerap CO2 (CO2 absorber) untuk ukuran bayi, pedriatik, dewasa dan system Jackson rees, sebaiknya mesin anestesi dilengkapi dengan ventilator

2.2.11. Laringoskop dengan berbagai ukuran

2.2.12. Pipa jalan nafas oro / nasofaring dan pipa tracheal berbagai ukuran dengan penghubung pipa

2.2.13. Sungkup muka berbagai ukuran

2.2.14. Peralatan analgesia regional berupa jarum spinal, jarum epidural berbagai ukuran dalam keadaan steril

2.2.15. Defribilator

2.2.16. Monitor EKG dan pulse Oxymetri

- Respirometer
- Obat-obatan anestetik

3. Fasilitas Ruang Pulih

3.1. Perlengkapan Ruangan

3.1.1. Penerangan yang cukup dilengkapi dengan penerangan darurat

3.1.2. Suhu 20° – 28° C, kelembaban > 5,50 %

3.1.3. Titik keluar listrik yang dibumikan (*grounded*)

3.1.4. Jam dinding

3.1.5. Alat pengatur suhu dan kelembaban ruangan

3.1.6. Posisi bed dapat diubah menjadi posisi trendelenburg atau anti trendelenburg

3.2. Perlengkapan Medis

3.2.1. Sumber oksigen yang dilengkapi dengan katup dan flow meter

3.2.2. Alat penghisap lender portable / sentral dengan kateter hisap

3.2.3. Alat resusitasi terdiri dari kantong sungkup muka (misalnya ambu bag / air viva)

3.2.4. Laryngoscope berbagai ukuran

3.2.5. Pipa jalan nafas oro / nasofaring

3.2.6. Pipa tracheal berbagai ukuran

3.2.7. Cunam megill, stilet

3.2.8. Obat-obatan standar untuk resusitasi

3.2.9. Stetoskop, tensimeter, thermometer, monitor EKG

3.2.10. Alat infuse : set infuse, kateter vena, jarum suntik berbagai ukuran, kapas, anti septic, plester, gunting, cairan untukrumatan dan resusitasi

3.2.11. Kereta dorong untuk alat-alat resusitasi dan lain-lain

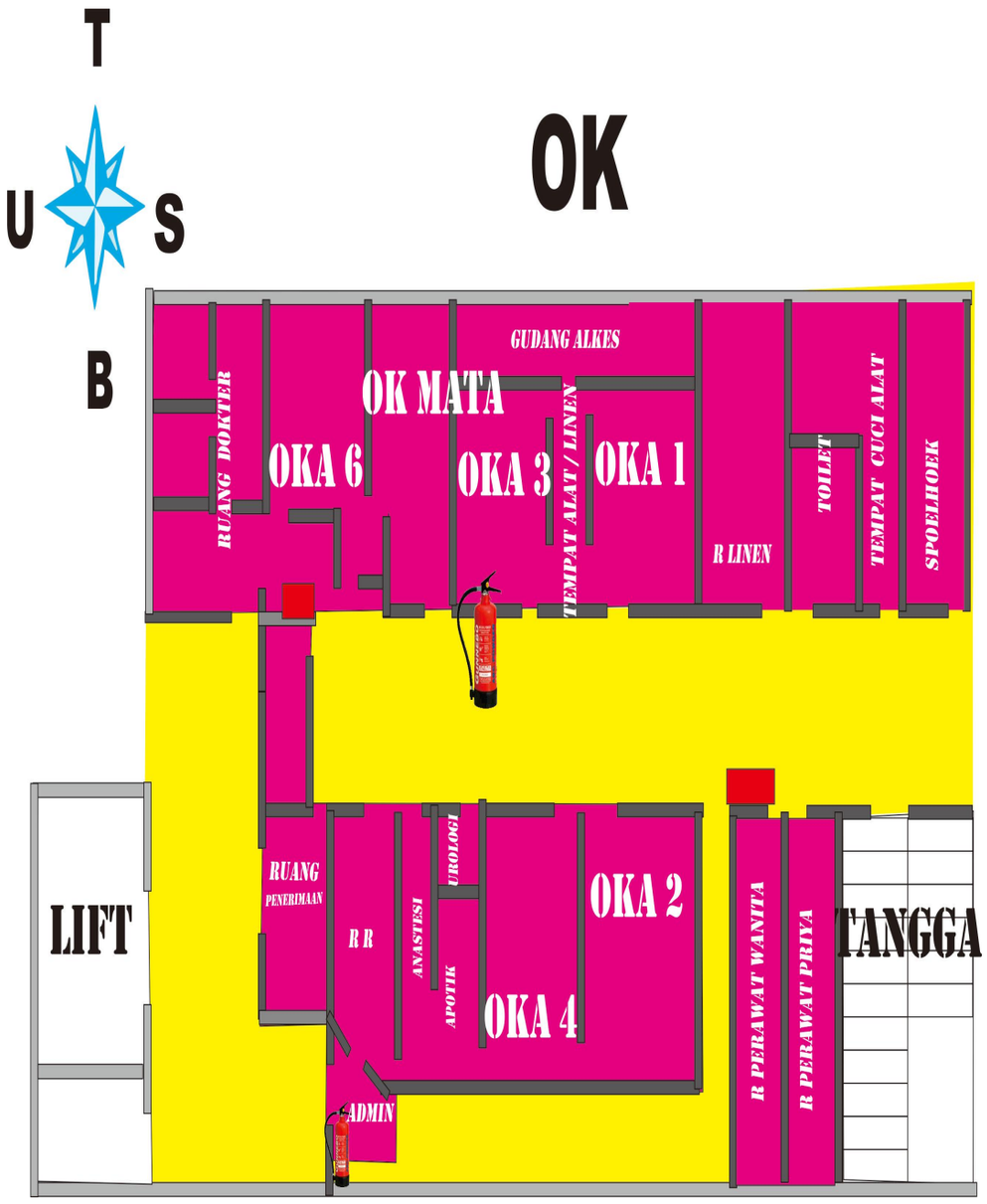
**B. PEMELIHARAAN**

Pemeliharaan meliputi gedung dan sarana, alat medik dan sterilitas yang bertujuan untuk mencegah kerusakan , selalu siap pakai dan aman. Kalibrasi dilakukan oleh petugas khusus atau teknisi dari luar yang ditunjuk oleh rumah sakit dan penjadwalan disesuaikan dengan program kerja rumah sakit.

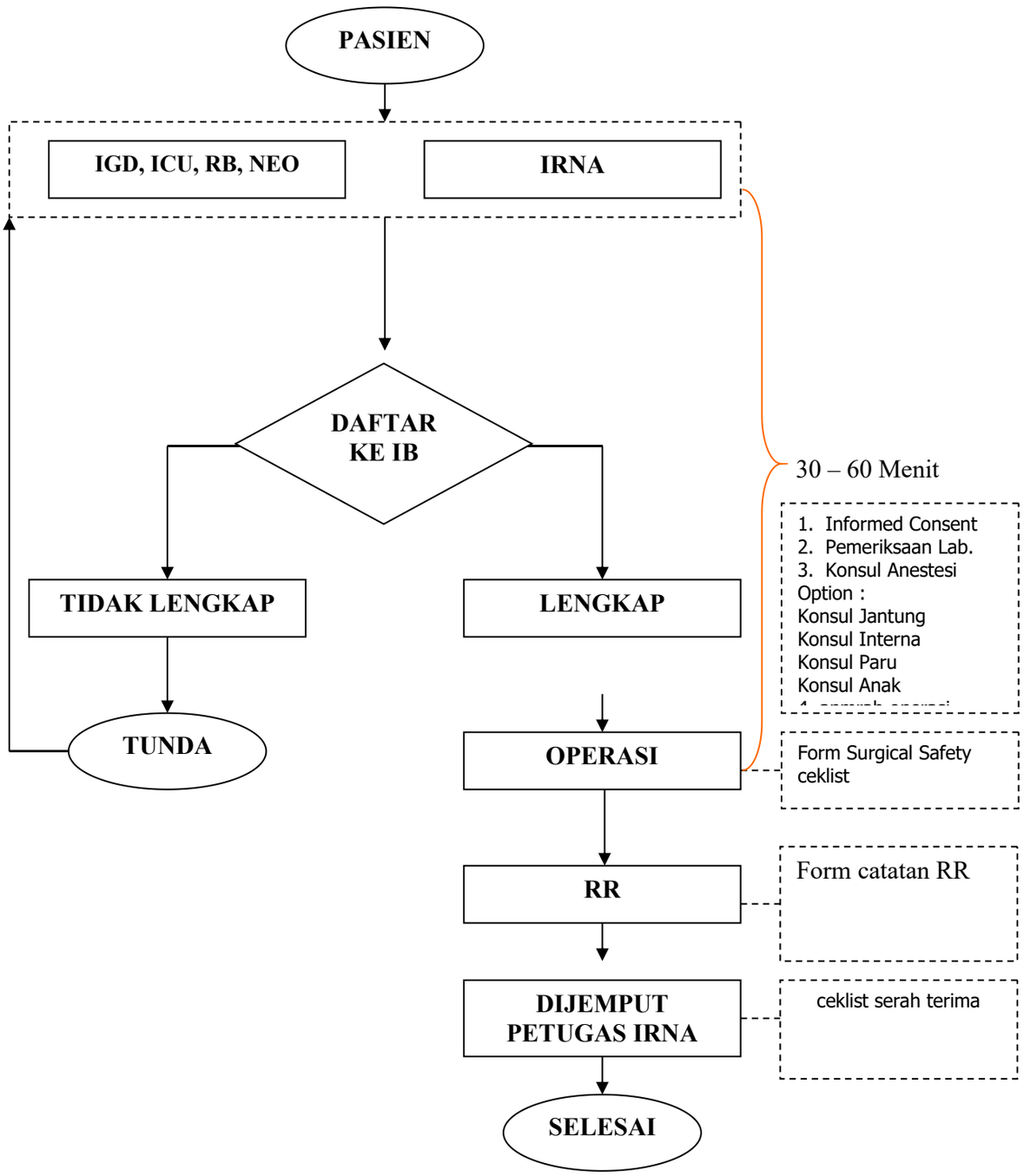
**BAB IV**

**TATA LAKSANA PELAYANAN**

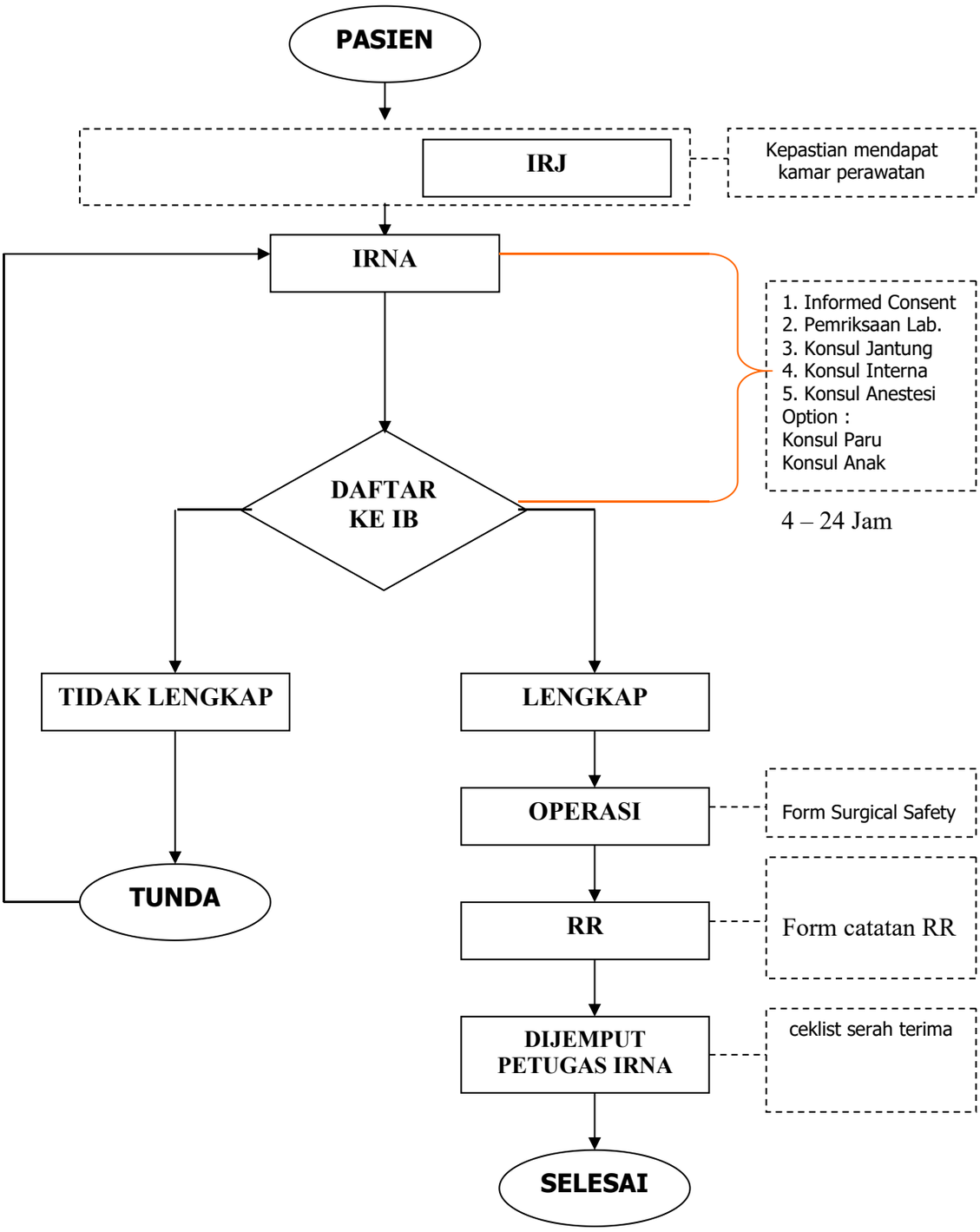
**DENAH INSTALASI BEDAH SENTRAL**



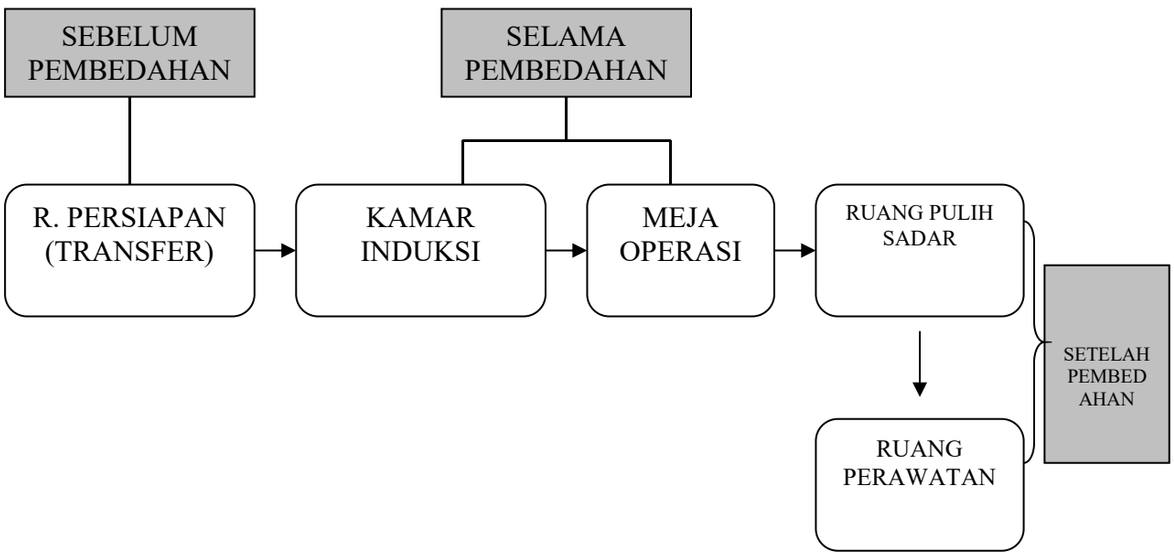
- **ALUR PELAYANAN BEDAH CITO**



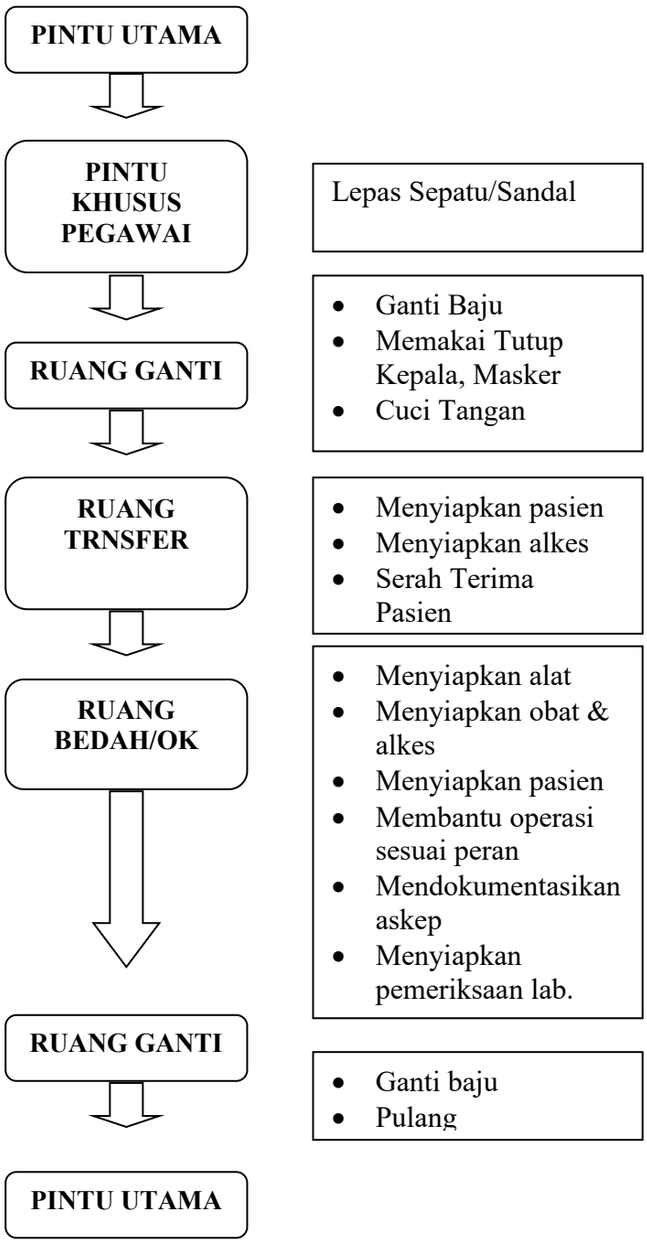
- **ALUR PELAYANAN BEDAH ELEKTIF**



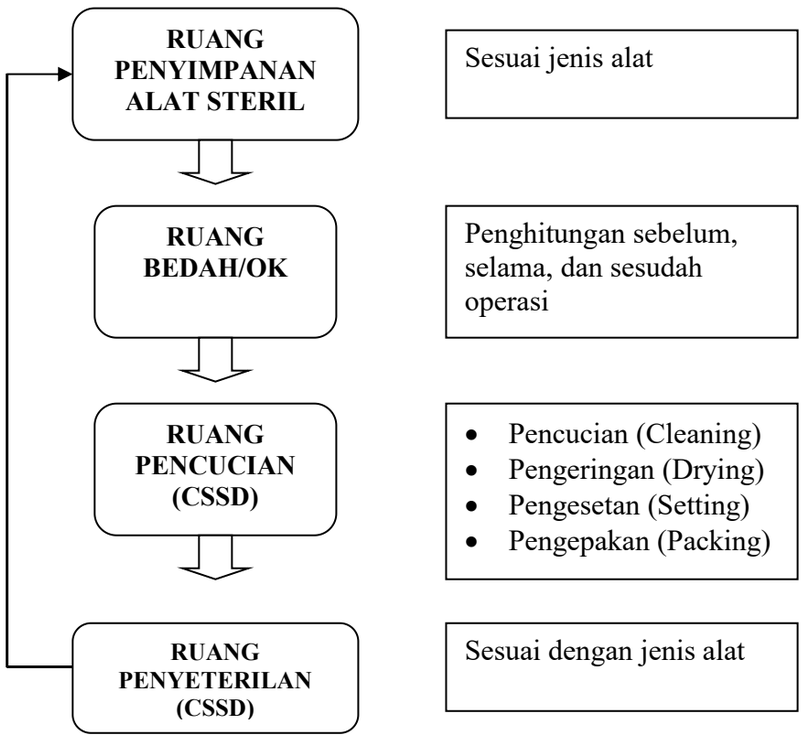
- **ALUR PASIEN PERIOPERATIF**



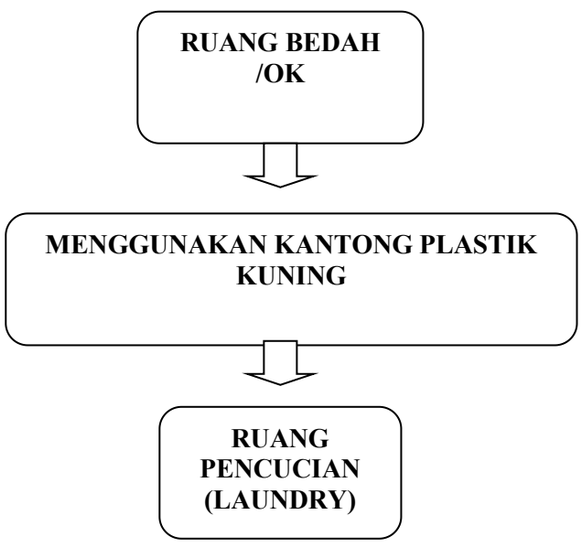

- **ALUR PETUGAS**



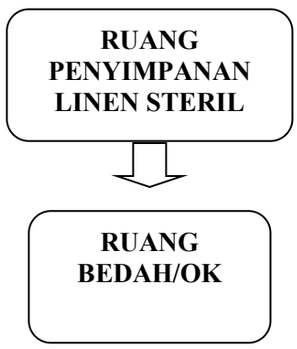
- **ALUR INSTRUMEN STERIL**



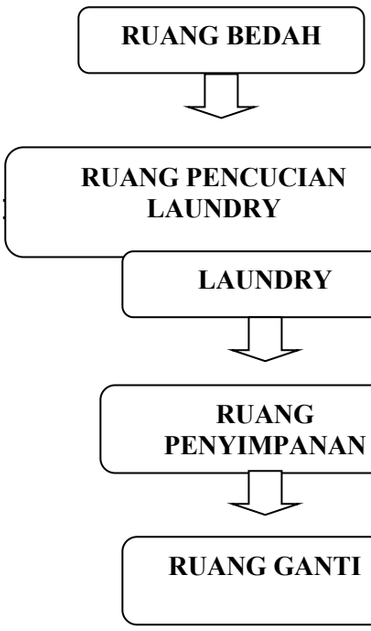

- **ALUR INSTRUMEN KOTOR**




- **ALUR LINEN STERIL**

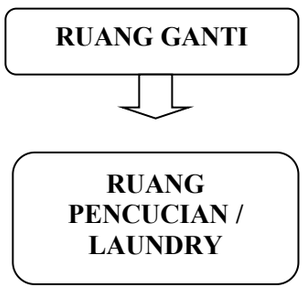


- **ALUR LINEN KOTOR**

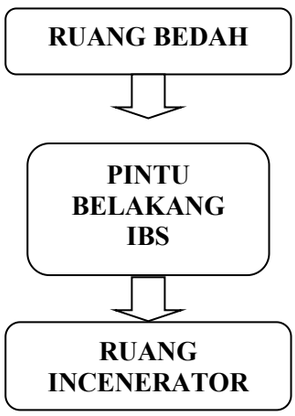



- **ALUR BAJU**

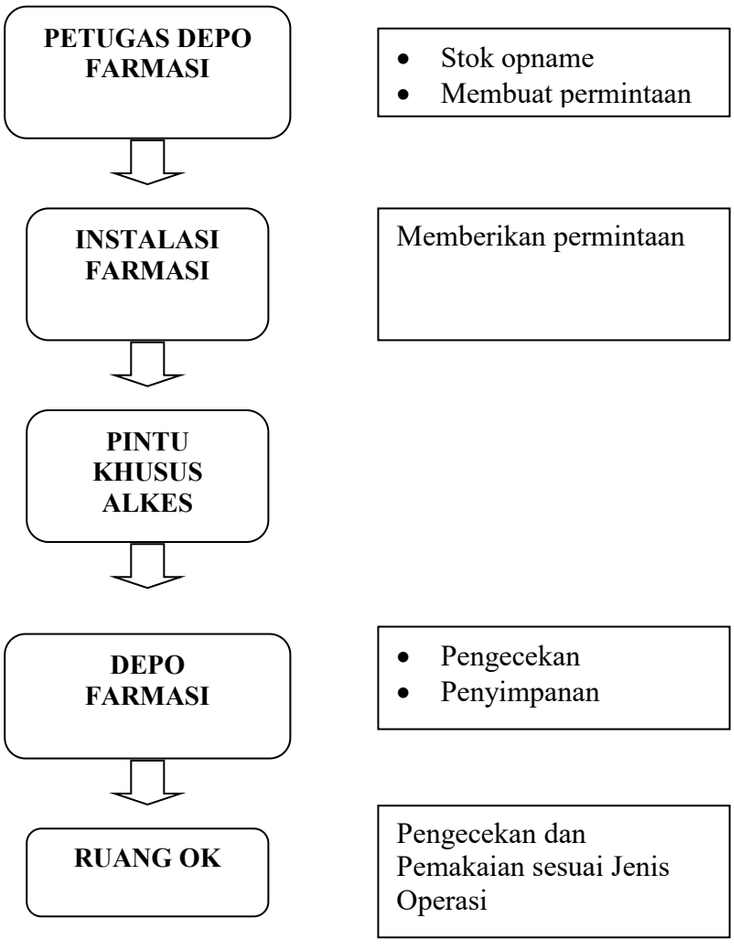
- **ALUR BAJU PETUGAS KOTOR**




- **ALUR SAMPAH**



- **ALUR OBAT DAN ALKES**



# BAB V
# LOGISTIK

Kesesuaian kebutuhan peralatan dan logistic mendukung pelayanan pembedahan yang berkualitas, efisien dan efektif

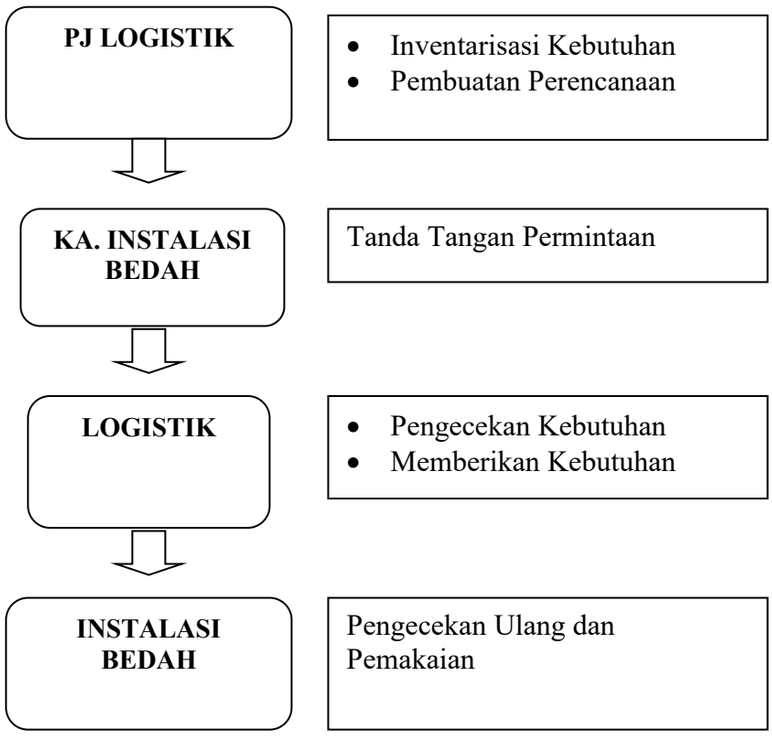
Kriteria Struktur :

1. Adanya kebijakan pimpinan yang mengatur sarana, mprasarana dan peralatan serta logistic dalam pelayanan pembedahan
2. Adanya standar sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dan logistic
3. Adanya mekanisme /alur permintaan penggunaan dan pemeliharaan peralatan logistic
4. Adanya perencanaan sarana dan prasarana yang melibatkan tenaga perawat
5. Adanya tempat dekontaminasi dan penyimpanan sarana kesehatan dan logistic
6. Adanya tenaga yang bertanggungjawab dalam pemeliharaan dan tersedianya jadwal pemeliharaan secara berkala

Kriteria Proses:

1. Menyusun rencana kebutuhan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dan logistic berdasarkan spesifikasi yang di persyaratkan di IB
2. Sebagai tim dalam pengadaan sarana, prasarana peralatan dan logistic
3. Melaksanakan pemantauan terhadap pemeliharaan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dan uji fungsi

**ALUR BARANG KE LOGISTIK**



# BAB VI
# KESELAMATAN PASIEN

## A. Dengan menerapkan sepuluh prinsip pelayanan Bedah

Sepuluh Prinsip Pelayanan Bedah

1) Tim bedah mengoperasi pasien yang benar pada lokasi tubuh (situs) yang tepat
2) Tim bedah menggunakan cara-cara yang tepat untuk mencegah hal-hal yang membahayakan yang diakibatkan penggunaan anestesi dalam melindungi pasien dari nyeri
3) Tim bedah mengenali dan siap secara efektif menangani terhadap keadaan-keadaan jalan napas atau fungsi respirasi yang mengancam nyawa
4) Tim bedah mengenali dan siap secara efektif menangani risiko pasien kehilangan darah masif
5) Tim bedah menghindari mencetuskan reaksi alergi atau efek samping obat di mana pasien telah diketahui memiliki risiko
6) Tim bedah secara konsisten menggunakan cara-cara yang tepat untuk meminimalisasi risiko infeksi di lokasi/lapangan operasi
7) Tim bedah mencegah ketidaksengajaan meninggalkan kassa atau instrumen bedah di dalam luka operasi
8) Tim bedah mengamankan dan mengidentifikasi secara akurat semua spesimen bedah
9) Tim bedah mengkomunikasikan secara efektif segala informasi penting yang diperlukan demi keamanan penanganan operasi
10) Tim bedah melakukan tindakan bedah yang sesuai dan waktu pelaksanaanya
11) Tim bedah melakukan tindakan dengan aman
12) Tim bedah menyimpulkan temuan selama pemonitoran
13) Rumah sakit dan sistem kesehatan menetapkan surveilans rutin tentang *surgical capacity, volume*, dan *results*

**Prinsip pertama**

- Mengidentifikasi pasien dengan pasien sendiri (atau keluarga), label dan *informed consent* (tidak hanya nama, tetapi juga tanggal lahir, alamat, dan Rekam Medik pasien), bagian (sisi) tubuh yang akan dioperasi, dan mencek rekam medis pasien dan hasil radiologi

- Identifikasi dilakukan ketika prosedur akan dijadwalkan, ketika perawatan pasien dipindahtangankan/ditransfer, sebelum pasien memasuki kamar operasi/tindakan, dan sebelum dilakukan induksi anestesi

- Menandai bagian tubuh (sisi) yang akan dioperasi
  - Penandaan harus dilakukan oleh dokter bedah atau diwakilkan oleh orang yang pasti hadir dalam ruang operasi saat insisi
  - Penandaan harus dilakukan saat pasien sadar agar pasien bisa dilibatkan untuk konfirmasi atau jika tidak memungkinkan dapat diwakilkan oleh keluarga
  - Penandaan harus jelas dengan spidol/penanda permanen, bisa dengan anak panah dengan ujung mengarah pada titik yang akan dioperasi atau dengan memberikan inisial/tanda tangan dokter bedahnya
- Melakukan *time-out* atau *surgical pause* sesaat sebelum insisi
  - Dokter bedah menyatakan dengan jelas nama pasien, jenis operasi yang akan dilakukan, dan sisi lokasi yang akan dioperasi. Perawat dan penata/dokter anestesi harus mengkonfirmasi bahwa informasi yang dinyatakan benar

**Prinsip Kedua**

- Penata/dokter anestesi mengecek kelengkapan peralatan anestesi yang meliputi:
  - mesin atau apparatus yang mensuplai gas, uap, anestesi lokal, atau intravena untuk menginduksi maupun mempertahankan anestesi
  - alat-alat yang diperlukan untuk patensi jalan napas
  - mesin monitor yang diperlukan untuk evaluasi kontinyu pasien
- Pengecekan ini dilakukan setiap harinya di awal hari operasi, sebelum melakukan setiap tindakan anestesi, dan setelah setiap adanya perbaikan atau pemeliharaan, atau setiap pembelian alat baru
- Penata/dokter anestesi memastikan oksimeter denyut sudah terpasang dengan baik pada pasien

- Penyediaan suplai dan pemeliharaan mesin, perlengkapan anestesi, dan obat-obatan anestesi adalah tanggung jawab pihak manajemen rumah sakit
- Penata/dokter anestesi dipastikan sudah mengisi *checklist* di bawah ini

**Prinsip Ketiga**

- Semua pasien harus dievaluasi jalan napasnya sebelum induksi anestesi, untuk menilai potensial bahaya
- Penata/dokter anestesi harus memiliki strategi penanganan jalan napas dan siap melakukannya pada saat-saat yang diperlukan
- Apabila ditemukan kasus sulit jalan napas, harus tersedia asisten (atau orang kedua) untuk segera membantu dan harus selalu ada rencana *back up,* seperti anestesi regional atau intubasi sadar di bawah pengaruh anestesi lokal
- Seluruh penata/dokter anestesi harus terus mempertahankan dan meningkatkan kemampuannya dalam hal tata laksana jalan napas, terutama untuk kasus-kasus sulit
- Setelah intubasi, penata/dokter anestesi harus selalu mencek penempatan ETT dengan mendengarkan suara napas yang simetris dan ventilasi lambung, serta memantau oksigenasi pasien dengan oksimeter denyut
- Pasien yang akan menjalani operasi elektif harus dipuasakan dan untuk pasien yang berisiko aspirasi harus diberikan obat untuk mengurangi sekresi lambung dan meningkatkan pH

**Prinsip Keempat**

- Sebelum induksi anestesi, penata/dokter anestesi harus mempertimbangkan kemungkinan kehilangan darah masif dan bila hal itu termasuk berisiko, harus dipersiapkan secara matang. Bila risiko tidak diketahui, penata/dokter anestesi harus mengkomunikasikan hal ini dengan dokter bedah sehubungan dengan kemungkinan terjadinya
- Sebelum insisi kulit, tim bedah harus mendiskusikan tentang risiko kehilangan darah masif ini dan memastikan akses intravena yang adekuat untuk mengatasinya
- Seorang anggota dari tim bedah sebaiknya mengkonfirmasi ketersediaan darah jika sewaktu-waktu diperlukan selama operasi berlangsung

**Prinsip Kelima**

- Penata/dokter anestesi harus sepenuhnya memahami farmakologi obat-obatan yang ia berikan, termasuk toksisitasnya
- Setiap pasien yang akan diberikan obat, sebelumnya harus diidentifikasi secara jelas dan eksplisit oleh orang yang akan memberikan obat
- Identifikasi meliputi riwayat penggunaan obat yang jelas, informasi mengenai alergi dan reaksi hipersensitivitas lainnya
- Obat-obatan harus berlabel (mencakup nama obat, konsentrasi, tanggal kadaluwarsa) dan harus diperiksa kesesuaiannya dengan dicek ulang sebelum pemberian, terlebih yang akan dimasukkan ke dalam jarum suntik
- Sebelum setiap pemberian obat, harus dikomunikasikan agar terjadi kesesuaian pemahaman mengenai indikasi, kontraindikasi, dan informasi lainnya yang relevan
- Harus dipastikan tidak ada kesalahan pemberian obat baik karena tertukar atau nama yang mirip atau kemasan yang serupa. Obat-obatan yang berbahaya sebaiknya dipisahkan tempat penyimpanannya dan disusun secara sistematik
- Setiap kesalahan pemberian obat yang terjadi selama anestesi harus dilaporkan dan dibahas

**Prinsip Keenam**

- Antibiotik profilaksis harus diberikan secara rutin pada kasus bedah yang memiliki kemungkinan terkontaminasi dan dipertimbangkan pada kasus bedah tanpa kontaminasi
- Pemberian antibiotik profilaksis dalam kurun waktu 1 jam sebelum insisi dilakukan dan diberikan dalam dosis yang sesuai untuk patogen yang biasa mengkontaminasi prosedur tersebut
- Sebelum insisi kulit, tim bedah harus mengkonfirmasi pemberian antibiotik profilaksis tersebut sudah dilakukan pada 1 jam sebelumnya. Untuk pemberian vancomycin, infus harus sudah selesai/rampung sekurang-kurangnya 1 jam sebelum insisi dilakukan
- Harus ada sistem sterilisasi rutin untuk semua peralatan bedah dengan indikator yang dapat diperiksa sebelum alat-alat diletakkan pada tempat-tempat steril

- Sebelum dilakukan induksi anestesi, perawat yang bertanggung jawab untuk menyiapkan tempat alat-alat bedah harus mengkonfirmasi sterilitas alat-alat dengan mengevaluasi indikator dan harus memberitahukan kepada dokter bedah dan penata/dokter anestesi bila terjadi masalah
- Pemberian dosis ulang antibiotik profilaksis harus dipertimbangkan bila prosedur bedah memerlukan waktu lebih dari 4 jam atau jika ada bukti perdarahan masif intraoperatif. Bila digunakan vancomycin, tidak diperlukan pemberian dosis ulang kecuali prosedur bedah memerlukan waktu lebih dari 10 jam
- Antibiotik profilaksis harus distop dalam 24 jam setelah operasi
- Rambut tidak harus dipotong kecuali akan mengganggu tindakan operasi. Bila diperlukan, pemotongan harus dilakukan dalam waktu 2 jam sebelum operasi. Pencukuran tidak dianjurkan karena meningkatkan risiko infeksi
- Pasien bedah harus mendapatkan oksigen perioperasi sesuai kebutuhan masing-masing
- Suhu inti tubuh harus dipantau dan dipertahankan normotermia selama perioperatif
- Seluruh kulit pasien yang akan dioperasi harus dipersiapkan dengan antiseptik yang sesuai sebelum operasi. Agen antimikroba harus dipilih berdasarkan kemampuannya menurunkan jumlah mikroba pada kulit dengan cepat dan kemanjurannya selama operasi
- Antiseptik tangan pembedah harus menggunakan sabun antiseptik. Tangan dan lengan harus digosok 2-5 menit. Bila tangan sudah bersih, dapat menggunakan alkohol untuk antiseptik
- Tim bedah harus menutup rambut dan memakai gaun steril dan sarung tangan steril impermeabel, dan masker selama operasi
- Rokok sebaiknya distop setidak-tidaknya 30 hari sebelum operasi elektif bila memungkinkan
- Penutup steril setelah pembedahan harus dipertahankan di atas luka operasi 24-48 jam
- Harus dilakukan surveilans aktif untuk infeksi oleh tenaga kontrol infeksi terlatih informasi yang diperoleh harus dilaporkan kepada dokter bedah dan administrasi yang bersangkutan
- Perlu dipertahankan aliran udara bertekanan positif di dalam kamar operasi
- Kamar operasi harus dibersihkan dengan seksama setelah kasus-kasus infeksi atau operasi yang kotor dan setiap akhir hari operasi
- Perlu dilakukan penyuluhan mengenai kontrol dan pencegahan infeksi setidaknya setahun sekali

**Prinsip Ketujuh**

- Untuk mendukung kesinambungan asuhan pasien pasca operasi, laporan operasi dicatat segera setelah operasi selesai, sebelum pasien dipindah dari daerah operasi atau dari area pemulihan pasca anastesi.

  Laporan yang tercatat tentang operasi memuat paling sedikit :

  a. Diagnosis pasca operasi
  b. Nama dokter bedah dan asistennya
  c. Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan
  d. Ada dan tidak adanya komplikasi
  e. Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa
  f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi
  g. Nomor pendaftaran dari alat yang dipasang (implan)
  h. Tanggal, waktu, tanda tangan dokter yang bertanggung jawab
- Setelah operasi selesai, dokter bedah harus melakukan eksplorasi alat secara berurutan sebelum menutup kavitas atau lapang operasi
- Pada awal dan akhir operasi dilakukan penghitungan lengkap (*full count*) kassa, alat-alat tajam, instrumen (plester, klip, dan lain-lain), terutama bila operasi melibatkan kavitas peritoneal, retroperitoneal, pelvis, dan toraks
- Penghitungan dilakukan oleh sekurang-kurangnya 2 orang perawat yang sama, atau dengan alat penghitung otomatis (jika ada)
- Sebelum penghitungan selesai, tidak boleh mengeluarkan alat dari dalam kamar operasi, meskipun ada alat yang terjatuh ke lantai
- Bila karena satu dan lain hal penghitungan terputus, mulai lagi penghitungan dari awal
- Idealnya hasil penghitungan dicatat dan disertakan dalam status pasien, dapat juga dilakukan penghitungan menggunakan whiteboard, tetapi hasilnya tetap harus dicantumkan di dalam status pasien
- Kassa dipak per 5 atau 10. Pak yang ternyata ditemukan tidak sesuai harus ditandai, dipak ulang, dipindahkan dari lapang steril, dan dipisahkan dari kassa lain
- Jarum jahit dihitung berdasarkan jumlah yang tertera pada kemasan dan harus diverifikasi. Tidak boleh meletakkan jarum dalam keadaan bebas di atas meja, jarum harus selalu berada pada alat pemegang jarum (*needle holder*) atau di dalam kemasannya, atau di tempat jarum/kontainer
- Semua alat harus dihitung per jenis itemnya. Demikian pula bila ada alat yang rusak

- Bila terjadi miskalkulasi, alat yang hilang harus dicari (misalnya di lantai, tong sampah, kain, tubuh pasien, sekitar pasien, meja operasi, dan lain-lain)
- Bila alat yang hilang masih tidak dapat ditemukan, lakukan *X-ray*. Demikian pula bila terjadi kelupaan menghitung, harus dilakukan *X-ray*
- Alasan tidak dilakukan penghitungan dan hasil *X-ray* harus disertakan di status pasien
- Dipertimbangkan penggunaan alat-alat operasi yang bisa terdeteksi *X-ray* (misalnya dengan barcode atau radio-label)

**Prinsip Kedelapan**

- Tim bedah harus mengkonfirmasi bahwa semua spesimen bedah dilabel dengan benar dengan mencantumkan identitas pasien, nama spesimen, dan lokasi asal diambilnya
- Hal tersebut harus dibacakan dengan jelas oleh salah seorang anggota tim bedah dan satu orang lainnya mengkonfirmasi/menyetujui

**Prinsip Kesembilan**

- Sebelum insisi kulit, dokter bedah, perawat, dan penata/dokter anestesi harus menginformasikan hal-hal khusus atau penting yang berbeda dari operasi biasa, seperti risiko kehilangan darah masif, alat-alat khusus yang akan digunakan, dan komorbiditas lainnya
- Untuk kasus-kasus tertentu di mana pencitraan radiologi dibutuhkan, tim bedah harus memastikan peralatan siap sedia
- Sebelum pasien meninggalkan ruang bedah, dokter bedah harus menginformasikan anggota tim lainnya mengenai alterasi yang dilakukan, masalah yang mungkin terjadi pada periode postoperatif dan rencana penatalaksanaannya
- Penata/dokter anestesi harus menyimpulkan keadaan klinis pasien selama operasi dan memberitahukan instruksi untuk tata laksana pasien selanjutnya

- Harus dibuat laporan pembedahan dengan sekurang-kurangnya dokter bedah mencantumkan nama prosedur (utama dan tambahan), nama asisten, detail prosedur, dan kehilangan darah intraoperatif; dokter anestesi mencantumkan tanda-tanda vital intraoperatif, obat dan cairan yang dimasukkan, dan kejadian instabilitas (bila ada); perawat mencantumkan penghitungan alat/instrumen, nama penghitung, alat-alat/kassa yang sengaja ditinggalkan di dalam tubuh pasien, dan alasan bila tidak dilakukan penghitungan
- Rencana asuhan pasca bedah oleh dokter DPJP , bila di delegasikan harus dilakukan verifikasi, rencana asuhan oleh perawat, dan rencana asuhan oleh PPA lainnya yang sesuai.
- Rekam medis pasien harus jelas mencantumkan nama dan nomer pasien di setiap halamannya, ditulis atau diketik lengkap dengan tanggal dan waktu, objektif atau sesuai dengan fakta, kontemporer atau dicatat sesegera mungkin tanpa ditunda, mudah dilacak, asli dan jika ada yang salah segera dikoreksi, setiap perubahan harus mencantumkan tanggal dan ditandatangani dan menyertakan catatan yang menjelaskan mengapa perubahan itu terjadi
- Sebaiknya dicantumkan pula seluruh nama anggota tim bedah

**Prinsip Kesepuluh**

- Untuk surveilans tingkat rumah sakit, harus mengumpulkan data secara sistematik mengenai angka mortalitas *day-of-surgery*, angka mortalitas *in-hospital* postoperatif, angka infeksi di situs operasi (*surgical site*), dan *surgical Apgar score*

**B. Mencegah kebakaran**

1. persiapan pasien
    - 1.1. penggunaan alat-alat secara aman
    - 1.2. persiapan alat-alat
    - 1.3. membatasi bahan-bahan yang mudah terbakar
    - 1.4. mengkontrol oksigen
    - 1.5. membagi tugas di antara anggota tim bedah mengenai pencegahan kebakaran

1.6. komunikasi efektif dan kerja tim

1.7. merespons bila terjadi kebakaran:

1.7.1. bagaimana memadamkan api secepatnya

1.7.2. bagaimana menangani pasien

1.7.3. bagaimana memindahkan pasien secara aman

1.7.4. bagaimana evakuasi ruang operasi secara aman

1.7.5. bagaimana mengaktivasi sistem keamanan kebakaran

1.7.6. bagaimana mencegah penyebaran asap

1.7.7. bagaimana menemukan dan menggunakan alat pemadam kebakaran

1.7.8. bagaimana peran tim pemadam kebakaran dari luar

# BAB VII
# KESELAMATAN KERJA

## I. Pendahuluan

HIV / AIDS telah menjadi ancaman global. Ancaman penyebaran HIV menjadi lebih tinggi karena pengidap HIV tidak menampakkan gejal. Setiap hari ribuan anak berusia kurang dari 15 tahun dan 14.000 penduduk berusia 15 - 49 tahun terinfeksi HIV. Dari keseluruhan kasus baru 25% terjadi di Negara - negara berkembang yang belum mampu menyelenggarakan kegiatan penanggulangan yang memadai.

Angka pengidap HIV di Indonesia terus meningkat, dengan peningkatan kasus yang sangat bermakna. Ledakan kasus HIV / AIDS terjadi akibat masuknya kasus secara langsung ke masyarakat melalui penduduk migran, sementara potensi penularan dimasyarakat cukup tinggi (misalnya melalui perilaku seks bebas tanpa pelingdung, pelayanan kesehatan yang belum aman karena belum ditetapkannya kewaspadaan umum dengan baik, penggunaan bersama peralatan menembus kulit : tato, tindik, dll).

Penyakit Hepatitis B dan C, yang keduanya potensial untuk menular melalui tindakan pada pelayanan kesehatan. Sebagai ilustrasi dikemukakan bahwa menurut data PMI angka kesakitan hepatitis B di Indonesia pada pendonor sebesar 2,08% pada tahun 1998 dan angka kesakitan hepatitis C dimasyarakat menurut perkiraan WHO adalah 2,10%. Kedua penyakit ini sering tidak dapat dikenali secara klinis karena tidak memberikan gejala.

Dengan munculnya penyebaran penyakit tersebut diatas memperkuat keinginan untuk mengembangkan dan menjalankan prosedur yang bisa melindungi semua pihak dari penyebaran infeksi. Upaya pencegahan penyebaran infeksi dikenal melalui " Kewaspadaan Umum " atau "Universal Precaution" yaitu dimulai sejak dikenalnya infeksi nosokomial yang terus menjadi ancaman bagi "Petugas Kesehatan".

Tenaga kesehatan sebagai ujung tombak yang melayani dan melakukan kontak langsung dengan pasien dalam waktu 24 jam secara terus menerus tentunya mempunyai resiko terpajan infeksi, oleh sebab itu tenaga kesehatan wajib menjaga kesehatan dan keselamatan darinya dari resiko tertular penyakit agar dapat bekerja maksimal.

**II. Tujuan**

a. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya dapat melindungi diri sendiri, pasien dan masyarakat dari penyebaran infeksi.

b. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya mempunyai resiko tinggi terinfeksi penyakit menular dilingkungan tempat kerjanya, untuk menghindarkan paparan tersebut, setiap petugas harus menerapkan prinsip “Universal Precaution”.

**III. Tindakan yang beresiko terpajan**

a. Cuci tangan yang kurang benar.
b. Penggunaan sarung tangan yang kurang tepat.
c. Penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman.
d. Pembuangan peralatan tajam secara tidak aman.
e. Tehnik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan kurang tepat.
f. Praktek kebersihan ruangan yang belum memadai.

**IV. Prinsip Keselamatan Kerja**

Prinsip utama prosedur Universal Precaution dalam kaitan keselamatan kerja adalah menjaga higiene sanitasi individu, higiene sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan. Ketiga prinsip tesebut dijabarkan menjadi 5 (lima) kegiatan pokok yaitu :

a. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang
b. Pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksi yang lain.
c. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
d. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan
e. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.
f. Untuk alat-alat yang menggunakan listrik harus memakai arde dan stabilisator
g. Penataan ruang, aksesibilitas, penerangan dan pemilihan material harus sesuai dengan ketentuan yang mengacu pada patient safety.

# BAB VIII
# PENGENDALIAN MUTU

Pemantauan penilaian pelayanan pembedahan yang dilakukan secara terus menerus yntuk meningkatkan mutu pelayanan. Pengendalian mutu pelayanan menjamin keselamatan dan keamanan pasien pada pre, intra dan post operasi untuk menghindari terjadinya Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan atau Kejadian Tidak Diharapkan dan sentinel.

Kriteria struktur :

1. Adanya kebijakan pimpinan Rumah sakit tentang program keselamatan pasien (patient safety).
2. Adanya kebijakan pimpinan rumah sakit tentang program pengendalian mutu pelayanan keperawatan kamar bedah,
3. Adanya indicator pelayanan kamar bedah meliputi: angka kematian pasien di instalasi bedah, angka komplikasi post operasi, angka kejadian operasi salah sisi, angka kejadian operasi salah pasien, angka kejadian salah tindakan pada operasi, angka kejadian tertinggal benda asing pada tubuh pasien post operasi, waktu tunggu operasi elektif dan angka infeksi luka operasi.
4. Keterlibatan semua pihak dalam program pengembangan mutu instalasi bedah.

Kriteria proses :

1. Membuat rencana program pengendalian mutu pelayanan instalasi bedah
2. Membuat instrument pemantauan dan penilaian indicator pelayanan instalasi bedah
3. Melaksanakan upaya keselamatan pasien dengan menggunakan checklist:pre,intra dan post operasi
4. Menganalisis dan menginterpretasikan data untuk peningkatan mutu pelayanan pembedahan sebagai bukti baru (evidence)
5. Menyusun program perbaikan dan tindak lanjut pelayanan pembedahan

Kriteria Hasil:

1. Tidak ada kejadian:
    a. Operasi salah sisi
    b. Operasi salah pasien
    c. Salah tindakan operasi
    d. Tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien post operasi

2. Meminimalkan insiden keselamatan pasien meliputi dan situasi yang mengancam kehidupan, kejadian tidak di harapkan dan atau kejadian Nyaris Cedera (KNC), sentinel
   a. Persentase angka kulit terbakar karena diatermi, pasien jatuh,
   b. Persentase angka kematian pasien di meja operasi
3. Meminimalkan waktu tunggu di kamar bedah

**BAB IX**

**PENUTUP**

Dengan meningkatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta tingkat ekonomi masyarakat, maka rumah sakit di tuntut untuk memberikan pelayanan dengan mutu optimal. Pedoman pelayanan Instalasi Bedah ini di harapkan sebagai acuan dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, asuhan keperawatan dan pembinaan pelayanan di instalasi bedah dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit baik klinis maupun manajerial yang diikuti dengan pemantauan dan evaluasi dan dilakukan secara berkesinambungan.

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

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

# LAMPIRAN

JENIS OPERASI YANG BISA DILAKUKAN DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

**A. BEDAH UMUM**

1. Operasi minor : Lipoma, ganglion, sirkumsisi, kista, aterm,clavus, rozerplasty
2. Opersi sedang : Apendiktomi, FAM, haemoroid, herniatomy, strumactomy, mamae abrans, fistula ani, varicocele, gynecomsti, Galactocel, HO
3. Operasi besar : PP perforasi, laparatomi cholesistectomi, reseksiusus, iliustomy, peritonitis, simple mastectomy, SNNT, mastectomy radical, laparatomi APP, Cholesistektomi, HDLO, BESS, Laminectomi

**B. UROLOGI**

1. Sectio Alta
2. Palomo
3. Orchidektomy
4. Sistoscopy
5. RPG
6. Hipospadia
7. Dj steint
8. TUR Prostat
9. Nephrectomy
10. Lithotripsy
11. Sacshe
12. Uretroscopy
13. PCNL

**C. OBSGYN**

1. SC
2. Laparatomy (kista ovarium, mioma uteri, KET, hysterectomy)
3. Kuret
4. Kista bartholini
5. MOW
6. HDLO
7. HO

**D. BEDAH SYARAF**

1. Laminectomy
2. Kraniotomy (tumor removal, stroke hemoragic)
3. VP shunt
4. CTS (Carpal Tunel Syndrome)
5. BESS
6. Pedical Screw
7. RF
8. Pain Management

**E. ORTHOPEDI**

1. Fraktur ( femur, radius ulna, tibia fibula, clavicula, metacarpal, metatarsal, humerus)
2. Removal implant
3. TKR (Total Knee Replacement)
4. Artroscopy
5. Bipolar/ THR ( Total HIP Replacement)
6. Ganglion poplitea
7. CTS (Dekompresi Syaraf Perifer)
8. Pinning K-wire
9. BESS
10. ACL
11. Laminektomi

**F. THT**

1. TE (Tonsilectomy)
2. TA (Tonsilo Adenoidectomy)
3. Adenoid
4. Tracheostomy
5. FESS (Fungsional Endoscopy Sinus Surgery)
6. Maxylectomi
7. AWO dan DAWO
8. Fistule Auricular

**G. MATA**

1. ECCE-IOL
2. Phaco
3. Pterigyum
4. Repair kornea
5. Reposisi IOL
6. Vitrec

**H. VASKULER**

1. Cimino
2. Striping varises/ Ligasi
3. CVI (Microwife)
4. CDL

**I. GILUT**

1. Odontectomy
2. Enucleasi
3. Exisi dan biopsy amiloblastuma
4. Fraktur Mandibula