

PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 010/PER/DIR/RSIH/II/2023

TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN
UNIT KAMAR OPERASI

**LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN UNIT KAMAR OPERASI
NOMOR: 010/PER/DIR/RSIH/II/2023**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Lia Susilawati, S.kep., Ners	Kepala Unit Kamar Operasi		17.03.2023
	:	Yusti Meliana, Amd.Keb	Koordinator Ruang Bersalin		17.03.2023
Verifikator	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Dokter Penanggung Jawab Kamar Operasi		17.03.2023
	:	dr. Rizki Safaat Nurahim, Sp. OG	Dokter Penanggung Jawab Ruang Bersalin		17.03.2023
	:	dr. Hayati Usman, Sp.An	Dokter Penanggung Jawab Anestesi		17.03.2023
	:	Depi Rismayanti, S.kep	Manajer Keperawatan		17.03.2023
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		17.03.2023
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur Rumah Sakit Intan Husada		17.03.2023

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 010/PER/DIR/RSIH/II/2023
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN UNIT KAMAR OPERASI
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. bahwa dalam rangka mendukung peningkatan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, diperlukan acuan dalam pelaksanaan pelayanan yang efektif dan aman di Unit Kamar Operasi
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan huruf b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan di Unit Kamar Operasi

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik KeDokteran;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/MENKES/PER/III/2021 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit;

10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 779/Menkes/SK/VIII/2008 Tentang Standar Pelayanan Anestesiologi dan Renimasi di Rumah sakit;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1541/2022 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan KeDokteran Tata Laksana Anestesiologi Dan Terapi Intensif;
12. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
13. Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
14. Peraturan Direktur Nomor 3523/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN DI UNIT KAMAR OPERASI**
- Kesatu : Mencabut Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3698/A000/XI/2021 Tentang Pedoman Pelayanan Unit Kamar Operasi dan Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3773/A000/XI/2022 Tentang Pedoman Pelayanan Unit Kamar Bersalin
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 010/PER/DIR/RSIH/II/2023 tentang Pedoman Sedasi, Anestesi Dan Pembedahan Unit Kamar Operasi di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Pedoman Pelayanan di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Sedasi, anestesi dan pembedahan di Unit Kamar Operasi di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Pedoman Pelayanan sedasi, anestesi dan pembedahan di Unit Kamar Operasi sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.

Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 17 Februari 2023
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	2
C. Ruang Lingkup Pelayanan	2
D. Batasan Operasional	2
BAB II STANDAR KETENAGAAN	3
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	3
B. Distribusi Ketenagaan	6
C. Pengaturan Jaga	7
BAB III STANDAR FASILITAS	8
A. Denah Ruang	8
B. Standar Fasilitas	10
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN	17
A. Tatalaksana Pelayanan Sedasi	17
B. Tatalaksana Pelayanan Anestesi	21
C. Tatalaksana Pelayanan Pembedahan	28
BAB V LOGISTIK	35
A. Perencanaan Logistik	35
B. Pengendalian Logistik	43
C. Monitoring dan Evaluasi Logistik	43
BAB VI KESELAMATAN PASIEN	44
BAB VII KESELAMATAN KERJA	47
BAB VIII PENGENDALIAN MUTU	50
A. Indikator Mutu	50
B. Monitoring	51
C. Evaluasi	51
D. Pelaporan	51
E. <i>Continuous Improvement</i>	51
BAB IX PENUTUP	53
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan mengharuskan Rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan untuk dapat menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan aman serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi Menjadi Rumah Sakit pilihan untuk masyarakat Garut dan sekitarnya melalui layanan medis yang berkualitas, proses yang mudah dan profesional, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Sehingga untuk menjaga dan meningkatkan mutu, Rumah Sakit Intan Husada harus mempunyai suatu pedoman pelayanan yang dapat dilakukan di semua tingkatan.

Pelayanan Unit Kamar Operasi merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk menunjang upaya peningkatan dan terciptanya kondisi rumah sakit yang sehat, aman, selamat dan nyaman. Sebagai komponen penting dalam terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Selaras dengan hal tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang bermutu, maka diperlukan suatu Pedoman Pelayanan Unit Kamar Operasi yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan pelayanan Pembedahan, Kebidanan Dan Pelayanan Pengelolaan Alat Sterilisasi

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan pelaksanaan pelayanan pengelolaan alat, pelayanan kebidanan, Pembedahan, Anestesi dan sedasi kepada Pasien sampai Pasien mendapatkan Perawatan lanjutan atau pemulangan di Unit Kamar Operasi

2. Tujuan Khusus

- a) Sebagai acuan Kegiatan Penerimaan Pasien di Unit Kamar Operasi
- b) Sebagai acuan Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Kamar Operasi
- c) Sebagai acuan Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Kamar Operasi
- d) Sebagai acuan Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Kamar Operasi
- e) Sebagai acuan Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Kamar Operasi
- f) Sebagai acuan Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Kamar Operasi
- g) Sebagai acuan Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Kamar Operasi
- h) Sebagai acuan Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit kamar Operasi
- i) Sebagai acuan Kegiatan Pelayanan *Binatu* di Unit Kamar Operasi
- j) Sebagai acuan Kegiatan pelayanan CSSD di Unit Kamar Operasi
- k) Sebagai acuan Kegiatan keluarnya Pasien dari Unit Kamar Operasi

C. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Kegiatan Penerimaan Pasien di Unit Kamar Operasi
2. Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Kamar Operasi
3. Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Kamar Operasi
4. Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Kamar Operasi
5. Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Kamar Operasi
6. Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Kamar Operasi
7. Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Kamar Operasi
8. Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit Kamar Operasi
9. Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Kamar Operasi
10. Kegiatan Pelayanan CSSD di Unit kamar Operasi
11. Kegiatan keluarnya Pasien dari Unit Kamar Operasi

D. Batasan Operasional

Batasan operasional pelayanan Unit Kamar Operasi :

1. Kegiatan pelayanan Penerimaan Pasien di Unit Kamar Operasi adalah prosedur yang dilakukan oleh Unit Kamar Operasi dalam menerima pasien dari Ruang Poliklinik, Intensif anak dan dewasa atau IGD yang mau melakukan tindakan Pembedahan. Sedangkan penerimaan pasien di Unit Kamar Bersalin sesuai dengan kriteria masuk persalinan normal
2. Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Kamar Operasi adalah pelayanan yang diberikan oleh Tenaga Medis yang profesional dalam bidangnya yang memiliki SIP-STR di Rumah Sakit Intan Husada sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan baik Dokter umum maupun Dokter Spesialis.
3. Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Kamar Operasi adalah pelayanan yang diberikan oleh Perawat dalam bidangnya yang memiliki SIP-STR di Rumah Sakit Intan Husada sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan.
4. Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Kamar Operasi adalah salah satu pelayanan penunjang medik di bidang radiologi yang dilakukan pada pasien Unit kamar Operasi sebelum tindakan Operasi maupun sesudah dilakukan tindakan Operasi pada Bedah Ortopedi (sesuai kasus)
5. Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Kamar Operasi adalah salah satu pelayanan penunjang medik di Bidang Laboratorium yang dilakukan pada pasien yang memerlukan pemeriksaan HB *Cito* maupun pemeriksaan lainnya pada pasien persiapan pasien persalinan normal maupun pembedahan
6. Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Kamar Operasi adalah salah satu di bidang rekam medis berupa pendokumentasian asuhan pasien di Unit Kamar Operasi
7. Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Kamar Operasi adalah adalah salah satu pelayanan penunjang medik di bidang Farmasi yang diberikan pada pasien Unit Kamar Operasi
8. Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit Kamar Operasi adalah salah satu pelayanan penunjang medik yang diberikan pada pasien di Unit Kamar Bersalin dan pemberian minum atau teh manis hangat kepada pasien pembedahan post SC dengan tindakan anestesi regional
9. Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Kamar Operasi adalah salah satu pelayanan dalam pengelolaan alat tenun yang ada di Ruang Kamar Operasi

10. Kegiatan Pelayanan CSSD di Unit Kamar Operasi adalah salah satu pelayanan dalam pengelolaan Sterilisasi alat instrument, kassa, BMHP Reuse Unit Ruangan maupun Unit Kamar Operasi
11. Kegiatan Keluarnya Pasien dari Unit Kamar Operasi adalah serangkaian berakhirnya masa tindakan Operasi dan dilakukan Observasi di Ruang Pemulihan sebelum pasien keluar dari Unit Kamar Operasi

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1.	Dokter Penanggungjawab Unit Kamar Operasi	S2 keDokteran Bedah Dokter Spesialis	<ul style="list-style-type: none"> - Berprofesi sebagai Dokter Spesialis atau Subspesialis Bedah - Pendidikan profesi spesialis (PPDS-1) - Berpengalaman atau mengikuti pelatihan Manajemen Pelayanan/ Administrasi Pelayanan - Bersedia bekerja secara purna waktu atau paruh waktu sesuai kebutuhan Rumah sakit - Memiliki dedikasi yang tinggi dalam menjalankan tugas - Memiliki nilai keteladanan dan dihormati oleh pegawai rumah sakit - Tidak pernah melanggar etika profesi atau peraturan kepegawaian - Tidak pernah melakukan perbuatan tercela - Memiliki komitmen, konsisten dan objektif
2.	Dokter Penanggungjawab Kamar Bersalin	Pendidikan Dokter Spesialis Obsterti dan Gynekologi	<ul style="list-style-type: none"> - Berprofesi sebagai Dokter Spesialis atau subspesialis Obgyn. - Pendidikan profesi spesialis (PPDS-1) atau subspesialis (PPDS-2) - Berpengalaman atau mengikuti pelatihan Manajemen Pelayanan/ Administrasi Pelayanan - Bersedia bekerja secara purna waktu atau paruh waktu sesuai kebutuhan rumah sakit - Memiliki dedikasi yang tinggi dalam menjalankan tugas - Memiliki nilai keteladanan dan dihormati oleh pegawai rumah sakit - Tidak pernah melanggar etika profesi atau peraturan kepegawaian - Tidak pernah melakukan perbuatan tercela

			<ul style="list-style-type: none"> - Memiliki komitmen, konsisten dan objektif
3	Dokter Penanggung jawab Anestesi	S2 KeDokteran Anestesi	<ul style="list-style-type: none"> - Berprofesi sebagai Dokter Spesialis Anestesi - Dokter yang telah menyelesaikan pendidikan program studi Dokter Spesialis Anestesi di institusi pendidikan yang diakui atau lulusan luar negeri - Mempunyai STR dan SIP - Bersedia bekerja secara purna waktu atau paruh waktu sesuai kebutuhan Rumah sakit - Memiliki dedikasi yang tinggi dalam menjalankan tugas - Tidak pernah melanggar etika profesi atau peraturan kepegawaian - Tidak pernah melakukan perbuatan tercela - Memiliki komitmen, konsisten dan objektif
4	Kepala Unit Kamar Operasi	S1 Profesi	<ul style="list-style-type: none"> - Sehat jasmani dan rohani - Memiliki Kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik. - Mempunyai sertifikat Kamar Bedah Dasar - Mempunyai sertifikat Manajemen Kamar Bedah - Mempunyai sertifikat BTCLS - Diutamakan Ners dengan pengalaman kerja 5 tahun dikamar bedah - D3 Keperawatan dengan pengalaman kerja 10 tahun dikamar bedah - Memiliki minimal PK III
5	Perawat Pj <i>Shift</i> Unit kamar Operasi	DIII Keperawatan/ S1 Profesi	<ul style="list-style-type: none"> - Ners memiliki sertifikat Kamar Bedah dasar, Sertifikat Kamar Bedah lanjutan/Khusus dan pengalaman 5 tahun menjadi Perawat <i>Scrub Nurse</i> di kamar bedah - D3 Keperawatan memiliki sertifikat kamar bedah dasar, sertifikat kamar bedah lanjut/Khusus, BTCLS dan pengalaman menjadi Perawat <i>Scrub Nurse</i> dikamar bedah minimal 3 tahun - Memiliki minimal PK II

			<ul style="list-style-type: none"> - Mempunyai STR dan SIP yang masih berlaku - Mampu melakukan supervisi, memberikan saran dan bimbingan - Memiliki pemimpinan dalam Tim
6	Perawat Pelaksana (Asisten, Instrumen dan Sirkuler)	DIII Keperawatan dan S1 Profesi	<p>1) Perawat Scrub Nurse (Instrumen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ners memiliki sertifikat kamar bedah dasar, BTCLS dengan pengalaman kerja dikamar bedah minimal 2 tahun. - D3 Keperawatan memiliki sertifikat kamar bedah dasar dan BTCLS dengan pengalaman kerja di kamar bedah minimal 2 tahun. - Semua Perawat yang memberikan pelayanan/asuhan Keperawatan di kamar bedah harus mempunyai SIP dan STR yang masih berlaku - Minimal PK II <p>2) Perawat Sirkuler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ners memiliki sertifikat kamar bedah dasar dan sertifikat kamar bedah lanjutan/khusus dengan pengalaman klinis dikamar operasi minimal 3 tahun - D3 Keperawatan pengalaman klinis dikamar bedah minimal 5 tahun - Memiliki kepemimpinan dalam tim - Semua Perawat yang memberikan pelayanan/ asuhan Keperawatan di kamar bedah dan harus mempunyai STR dan SIP yang masih berlaku - Mampu melakukan supervisi, memberikan saran dan bimbingan - Memiliki Minimal PK II <p>3) Perawat Asisten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ners memiliki sertifikat Kamar Bedah dasar, Sertifikat Kamar Bedah lanjutan/Khusus dan pengalaman 5 tahun menjadi

			Perawat <i>Scrub Nurse</i> di kamar bedah - D3 Keperawatan memiliki sertifikat kamar bedah dasar, sertifikat kamar bedah lanjut/Khusus, BTCLS dan pengalaman menjadi Perawat <i>Scrub Nurse</i> dikamar bedah minimal 3 tahun - Memiliki minimal PK II
7	Koordinator Kamar Bersalin	Minimal DIII Kebidanan	- Memiliki sertifikat PPGDON dan MU - Memiliki STR dan SIP - Jujur dan Loyalitas Tinggi - Sehat Jasmani dan Rohani - Bertanggung jawab - Berpengalaman minimal 2 tahun di bidangnya
8	Bidan Penanggung Jawab	Minimal DIII Kebidanan	- Memiliki sertifikat PPGDON dan MU - Memiliki STR dan SIP - Jujur dan Loyalitas Tinggi - Sehat Jasmani dan Rohani - Bertanggung jawab Berpengalaman minimal 2 tahun di bidangnya
9	Bidan pelaksana	Minimal D III Kebidanan	- Memiliki sertifikat PPGDON dan MU - Memiliki STR dan SIP - Jujur dan Loyalitas Tinggi - Sehat Jasmani dan Rohani - Bertanggung jawab Berpengalaman minimal 2 tahun sebagai bidan pelaksana di RSIH
10	Penata Anestesi	D III Anestesi	- Perawat yang telah mendapat pendidikan sekurang-kurangnya selama 6 bulan atau Perawat yang telah bekerja pada pelayanan Anestesi di Rumah Sakit minimal 1 tahun - Perawat yang telah mendapat pendidikan sekurang-kurangnya selama 6 bulan atau Perawat yang telah bekerja pada pelayanan Anestesi di Rumah Sakit minimal 1 tahun - Mempunyai Surat Tanda Registrasi Penata Anestesi (STRPA) - Mempunyai Surat izin Praktik Penata Anestesi (SIPA)

			- Mempunyai kemampuan berupa pengetahuan, keterampilan dan perilaku profesional
11	Petugas Pekarya	SMA/ sederajat	<ul style="list-style-type: none"> - Bisa mengoperasikan komputer minimal <i>word office</i> dan <i>excel</i> - Sehat jasmani dan Rohani - Bersedia bekerja <i>shift/non shift</i> - Bertanggung jawab
12	Petugas CSSD	SMA/DIII kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Berdedikasi tinggi. - Berkepribadian baik/emosi stabil. - Dapat bekerjasama dengan anggota tim. - Cepat tanggap. - Sehat jasmani dan rohani. - Jujur dalam melaksanakan tugas.

B. Distribusi Ketenagaan

Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan

No.	Nama Jabatan	Jumlah (Orang)
Ketenagaan Perawat		
1.	Kepala Unit Kamar Operasi	1
2.	Pelaksana (asisten, instrumen dan sirkuler)	11
3	Penata Anestesi	4
	Total	16
Ketenagaan Bidan		
1	Koordinator Ruang Bersalin	1
2	Bidan Penanggungjawab	4
3	Bidan Pelaksana	3
	Total	8
Ketenagaan Penunjang		
1	Pekarya	2
2	Staf CSSD	2
	Total	4
Ketenagaan Dokter		
1	Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi	2

2	Dokter Subspesialis Fetomaternal	1
3	Dokter Spesialis Bedah Umum	4
4	Dokter Spesialis Bedah Syaraf	1
5	Dokter Spesialis THT	2
6	Dokter Spesialis Urologi	1
7	Dokter Spesialis Mata	1
8	Dokter Spesialis Ortopedi	2
9	Dokter Spesialis pelayanan Gigi	2
10	Dokter Anestesi	2
Total		18

C. Pengaturan jaga

Tabel 2.3 Pengaturan Jaga

No	Nama Jabatan	Waktu Kerja	Jam Kerja
1	Dokter PJ Kamar Operasi	Paruh Waktu	Disesuaikan dengan kebutuhan jam pelayanan di Unit Kamar Operasi
2	Dokter PJ Kamar Bersalin	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Senin - Jumat : Pukul 07.30 sd 16.30 WIB
3	Kepala Unit Kamar Operasi	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Senin - Jumat : Pukul 07.30 sd 16.30 WIB
	Koordinator Ruang Bersalin	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Senin - Jumat : Pukul 07.30 sd 16.30 WIB
4	Perawat Pelaksana	<i>Shift</i>	Pagi : Pukul 07.00 sd 14.00 WIB Siang Perpanjangan : Pukul 14.00 sd 07.00 WIB Malam : Pukul 20.00 sd 07.00 WIB
	Bidan Pelaksana	<i>Shift</i>	- Untuk Dinas Pagi :jam 07.00 sd 14.00 - Untuk Dinas Siang :jam 14.00 sd 20.00 - Untuk Dinas Malam:jam 20.00 sd 07.00
5	Dokter Anestesi	Paruh waktu	Disesuaikan dengan kebutuhan jam pelayanan di Unit Kamar Operasi

6	Penata Anestesi	Paruh waktu	Sesuai kebutuhan adanya tindakan Operasi
7	Pekarya	Purna waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Senin - Jumat : Pukul 07.30 sd 15.30 WIB Sabtu : Pukul 07.30 sd 12.00 WIB
7	Petugas CSSD	<i>Shift</i>	Senin – Minggu Pagi : Pukul 07.00 sd 14.00 WIB Siang :Pukul 14.00 sd 20.00 WIB

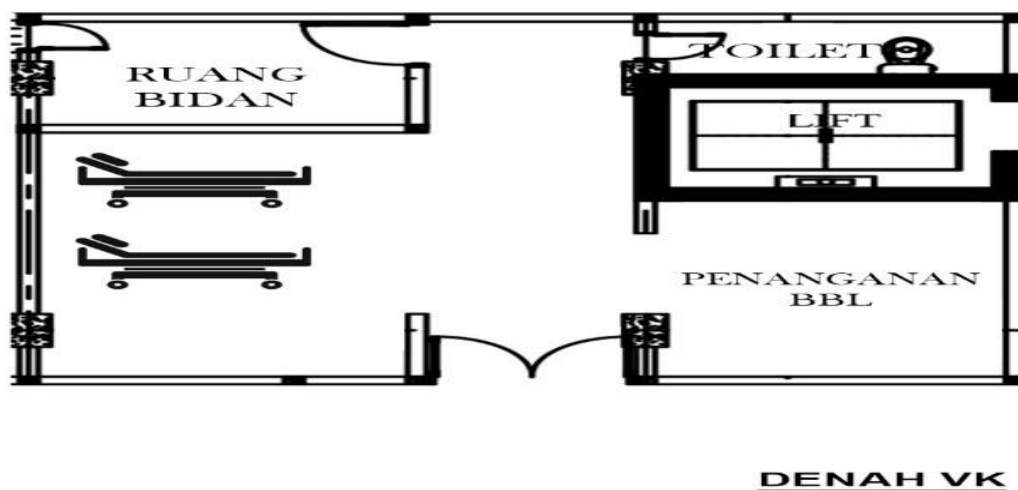
BAB III STANDAR FASILITAS

A. Gambaran Denah

1. Kamar Operasi RS Intan Husada



Gambar 3.1 Denah Unit Kamar Operasi



Gambar 3.1 Denah Ruang VK

B. Standar Fasilitas Unit Kamar Operasi dan Ruang Bersalin

1. Lokasi : Ruang Transit Keluar Perpindahan Pasien

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Rak sepatu plastik	Shinpo	1	Buah

2. Lokasi : Poliklinik Anestesi

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Meja kayu coklat		1	Buah
2	Kursi lipat	Zown	1	Buah
3	Kursi <i>Stainless</i> Coklat		1	Buah

3. Lokasi : Ruang Kepala Unit

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Lemari kayu sedang		1	Buah
2	Meja kayu coklat		1	Buah
3	Kursi putar besar	Chitos	1	Buah
4	Kulkas	Polytron	1	Buah
5	Tong sampah	Shinpo	1	Buah

4. Lokasi : Ruang Dokter Dan Admin

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Kursi Sofa besar		1	Buah
2	Kursi sofa kecil		1	Buah
3	Lemari kayu besar		1	Buah
4	Meja kaca		1	Buah
5	Komputer		1	Buah
6	Kursi	Chitos	1	Buah
7	Meja kayu		1	Buah
8	Dispenser	Arisa	1	Buah
9	Telepon	Panasonic	1	Buah

10	Printer	Epson	1	Buah
11	<i>White board</i>		1	Buah
12	AC Dinding	Midea	1	Buah
13	APAR		1	Buah
14	Tempat solasi		1	Buah

5. Lokasi : Ruang Ganti Baju

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Loker <i>stainless</i> penyimpanan baju Dokter		1	Buah
2	Gorden		2	Buah

6. Lokasi : Ruang Istirahat Dokter

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Loker <i>stainless</i>	Saporo	2	Buah
2	Loker Kayu	Astro Box	1	Buah
3	Lemari kayu besar		1	Buah
4	Lemari kayu kecil		1	Buah
5	<i>sofa bed</i>		1	Buah
6	Cermin		1	Buah
7	<i>Box</i> plastik besar	Shinpo	1	Buah
8	Tong sampah	Shinpo	2	Buah

7. Lokasi : Toilet

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Cermin		1	Buah
2	Ember besar		1	Buah
3	Gayung		1	Buah
4	Rak dinding <i>stainless</i>		1	Buah
5	Tempat <i>sunlight</i>		1	Buah
6	Tempat <i>tissue</i> Gulung		1	Buah

7	Tempat sabun cuci tangan tempel		1	Buah
---	---------------------------------	--	---	------

8. Lokasi : Ruang Pelaporan Kamar Bedah

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Meja Kayu		2	Buah
2	Kursi Hitam	Chitos	2	Buah
3	Rak sepatu kayu		1	Buah
4	Lemari kayu Kecil		1	Buah
5	Jam Dinding	Seiko	1	Buah
6	Tong sampah	Shinpo	1	Buah

9. Lokasi : Recovery Room

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Ac	Panasonic	1	Buah
2	Bed pasien	Paramount	2	Buah
3	Hanger <i>Stainless</i>		1	Buah
4	Jam analog	Seiko	1	Buah
5	Kursi lipat	Zown	2	Buah
6	Monitor	Mindray	2	Buah
	> Kabel <i>electrode</i>		2	Buah
	> Kabel + manset tensi		2	Buah
	> Kabel <i>Oxymetri</i>		2	Buah
	> Kabel <i>Thermometer</i>		2	Buah
7	Sampiran		1	Buah
8	Troli <i>Emergency</i>		1	Buah
	> Ambu <i>bag</i>		1	Buah
	> Laringoskop Dewasa	Riester	1	Buah
	> Papan RJP		1	Buah
	> Regulator oksigen		1	Buah
	> Defibrilator		1	Buah

9	Tabung oksigen		2	Buah
10	Regulator O2		2	Buah
11	Tong Sampah	Shinpo	1	Buah

10. Lokasi : Lorong Kamar Operasi

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Box P.A		1	Buah
2	Easy Move		1	Buah
3	Lemari Kayu Sedang		1	Buah
4	Rak Sepatu Plastik		1	Buah
5	Tempat <i>Tissue</i>	Krisbow	1	Buah
6	Tempat sabun	Krisbow	1	Buah
7	Tempat Sabun Otomatis		2	Buah
8	Water Sensor Otomatis		3	Buah
9	Sepatu boot no 38	Terra	1	Buah
10	Sepatu boot no 39	Terra	1	Buah
11	Sepatu boot no 40	Terra	1	Buah
12	Sepatu boot no 42	Terra	1	Buah
13	<i>Spill Kit</i>		1	Buah

11. Lokasi : Resusitasi Bayi

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Infan warmer		1	Buah
2	Jam Analog	Seiko	1	Buah
3	Kursi Putar	Massage chair	1	Buah
4	Tabung Oksigen		1	Buah
5	Regulator Oksigen		1	Buah
6	Tong Sampah	Shinpo	1	Buah
7	<i>Stetoscope Neonatus</i>		1	Buah

12. Lokasi : Lorong Belakang

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Alat Kebersihan CS		1	Buah
2	Alat UV		1	Buah
3	Box Perendam Alat		2	Buah
4	Box Besar Giganti	Shinpo	1	Buah
5	Baskom Besar	Wingston	1	Buah
6	Ember Besar	Water Cont	1	Buah
7	Ember Kecil		1	Buah
8	Jemuran Handuk		1	Buah
9	Jemuran kawat kecil		1	Buah
10	Hanger		2	Buah
11	Lemari Kayu Kecil		1	Buah
12	Mesin Kompresor		1	Buah
13	Roda Pendorong O2		1	Buah
14	Tabung N2o		2	Buah
15	Tabung Oksigen		5	Buah
16	Tong sampah	Shinpo	2	Buah

13. Lokasi : Kamar Operasi 3 (Ruang Penyimpanan Alat Steril / Ccssu)

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Ac Central	Panasonic	1	Buah
2	Box Sedang	Shinpo	12	Buah
3	Box Besar	Shinpo	1	Buah
4	Magic com	Cosmos	1	Buah
5	Lemari dorong stainless tv		1	Buah
6	Lemari Instrumen Kaca (Putih)		1	Buah
7	Lemari Bmhp Kaca Stainless		1	Buah
8	Lemari dorong stainless		2	Buah
9	Lemari Kayu Panjang		1	Buah
10	Meja kayu coklat		1	Buah

11	Meja Mayo		1	Buah
12	Mesin pouces	Hualian	1	Buah
13	Mesin sterilisator	Memmert	1	Buah
14	Mesin sterilisator	GEA	1	Buah
15	Standar infus <i>Stainlesss</i> (Urologi)		1	Buah
16	Troli <i>Stainless</i>		2	Buah
17	Televisi (Urologi)	Polytron	1	Buah

14. Lokasi : Kamar Operasi 2

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Ac Central	Panasonic	1	Buah
2	Ac Dinding	Samsung	1	Buah
3	Bantal Merah		1	Buah
4	<i>Box Besar Giganti</i>	Shinpo	1	Buah
5	<i>Electro Surgery</i>	ITC	1	Buah
6	Guling Merah		1	Buah
7	Guling Coklat		1	Buah
8	Jam Digital		1	Buah
9	Kursi Hijau	Forma	1	Buah
10	Lampu Rontgen		1	Buah
11	Lampu Operasi	Health	2	Buah
12	Laringoskop Dewasa	Riester	1	Buah
13	Meja Operasi	Paramount	1	Buah
	> Buh		1	Buah
	> <i>Foot Rest</i>		2	Buah
	> <i>Hand Rest</i>		2	Buah
16	Mesin Anastesi	Multiplus	1	Buah
17	Meja Mayo		3	Buah
18	Monitor	Comen	1	Buah
	> Kabel <i>Electrode</i>		1	Buah

	> Kabel Manset Tensi		1	Buah
	> Kabel <i>Oxymetri</i>		1	Buah
	> Kabel <i>Thermometer</i>		1	Buah
19	Nampan Bmhp Plastik		1	Buah
20	Nampan Bmhp <i>Stainless</i>		1	Buah
21	Standar Infus		2	Buah
22	Stetoskop Dewasa	One Med	1	Buah
23	Stetoskop Anak	One Med	1	Buah
24	<i>Suction</i>	Acoma	1	Buah
25	Tabung Oksigen		1	Buah
26	Tabung N20		1	Buah
27	Tangga Kayu		1	Buah
28	Thermo <i>Hygrometer</i>		1	Buah
29	Tong Sampah	Shinpo	2	Buah
30	Troli <i>Stainless</i>		1	Buah

15. Lokasi : Kamar Operasi 1

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Ac Central	Panasonic	1	Buah
2	Ac Dinding	Daikin	1	Buah
3	Bantal Merah		1	Buah
4	<i>Box Besar Giganti</i>	Shinpo	1	Buah
5	<i>Electro Surgery</i>	Conmed	1	Buah
6	Jam Digital		1	Buah
7	Lampu Rontgen		1	Buah
8	Lampu Operasi	Trumpf	2	Buah
9	Laringoskop Dewasa	Riester	1	Buah
10	Laringoskop Anak	Riester	1	Buah
11	Meja Operasi	Trumpf	1	Buah
	> Buh		1	Buah

	> <i>Foot Rest</i>		2	Buah
	> <i>Hand Rest</i>		2	Buah
	> <i>Side Abdoment Rest</i>		2	Buah
12	Mesin Anastesi	Datex Omeda	1	Buah
16	Meja Mayo		1	Buah
17	Monitor	Mindray	1	Buah
	> Kabel <i>Electrode</i>		1	Buah
	> Kabel Manset Tensi Dewasa		1	Buah
	> Kabel Manset Tensi Anak		1	Buah
	> Kabel Oxymetri		1	Buah
	> Kabel Thermometer		1	Buah
18	Nampan Bmhp Plastik		1	Buah
19	Nampan Bmhp <i>Stainless</i>		1	Buah
20	Standar Infus		2	Buah
21	Stetoskop Dewasa	One Med	1	Buah
22	Stetoskop Anak	One Med	1	Buah
23	<i>Suction</i>	GEA	1	Buah
24	Tabung Oksigen		1	Buah
25	Tabung N20		1	Buah
26	Tangga Hijau		1	Buah
27	<i>Thermo Hygrometer</i>		1	Buah
28	Tong Sampah	Shinpo	2	Buah
29	Troli <i>Stainless</i>		1	Buah

16 . Lokasi : Ruang Tindakan VK

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Bed velvos		2	Buah
2	Trolley tindakan		2	Buah
3	Cabinet		2	Buah

4	AC		1	Buah
5	Tempat Sampah injek	Shinpo	2	Buah
6	Standar Infus		2	Buah
7	Dingklik		2	Buah
8	CTG		1	Buah
9	Kursi	Chitos	2	Buah
10	Lemari Alten		1	Buah
11	Ember	Lion Star	1	Buah
12	Lampu Sorot		1	Buah

17. Lokasi : Ruang Bidan

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Meja kerja		2	Buah
2	Lemari Arsip		1	Buah
3	Kursi		1	Buah
4	Komputer		1	Buah
5	Hp		1	Buah
6	Telepon Ruangan		1	Buah

18. Lokasi : Ruang Resusitasi Bayi di Kamar Bersalin

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Lemari Cabinet Nempel		2	Buah
2	Lemari Es		1	Buah
3	Infant Warmer		1	Buah
4	Oksigen Tabung		1	Buah
5	Lemari <i>excel</i>		2	Buah
6	Tempat Sampah Injek		2	Buah
7	Wastapel		1	Buah

19. Lokasi : Toilet di kamar bersalin

No	Nama Barang	Merek	Jumlah	Satuan
1	Cermin		1	Buah
2	Tempat sampah		1	Buah
3	<i>Shower</i>		1	Buah
4	<i>Wastafel</i>		1	Buah
5	Rak sabun		1	Buah

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Tatalaksana Kegiatan Penerimaan Pasien di Unit Kamar Operasi

1. Penerimaan Pasien di Unit Kamar Operasi

- a) Perawat (Rawat Inap, IGD, Poli, Intensif Dewasa) menelpon ke Unit kamar Operasi terkait rencana jadwal Operasi
- b) Petugas Admin/Perawat Unit Kamar Operasi mencatat di buku penjadwalan Operasi dan di papan white board terkait identitas, Jam Operasi, RM, status pasien (Umum, Paket hemat, Ods atau Asuransi) diagnosa, dan Operator dan dokter Anestesi yang menangani
- c) Petugas Unit kamar Operasi menanyakan ke perawat pelapor apakah pasien sudah ACC administrasi, informed consent Anestesi dan bedah sudah ditandatangani, konsul ke dr.spesialis sesuai keadaan pasien dan puasa dari jam berapa
- d) Perawat Unit Kamar Operasi atau Pj shift menelpon dokter Anestesi dan Penata Anestesi terkait jadwal Operasi
- e) Perawat Unit Kamar Operasi mengkonfirmasi ulang kepada dokter Operator 30 menit sebelum pasien berada di Unit Kamar Operasi
- f) Perawat ruangan mengantarkan pasien ke Unit Kamar Operasi 30 menit sebelum jadwal Operasi yang telah ditentukan
- g) Pasien yang masuk ke Kamar Operasi baik dari Rawat Inap, Igd,intensive dewasa dan anak maupun Poli baik yang elektif maupun Cito melakukan serah terima pasien dengan Perawat sirkuler menggunakan Formulir Cheklis pre dan post operasi
- h) Perawat Ruangan menyerahkan catatan medik Pasien, data penunjang maupun labu darah (kalau di perlukan)
- i) Perawat sirkuler bersama penata Anestesi melakukan identifikasi pasien,sign in sebelum pasien di pindahkan ke meja Kamar Operasi dan di dokumentasikan dalam formulir *Surgical Safety Cheklis*

2. Penerimaan Pasien di Ruang Bersalin

- a) Perawat IGD memberitahukan bidan ruang VK bahwa ada pasien kebidanan di IGD
- b) Bidan melakukan pengkajian kebidanan dan mengidentifikasi pasien
- c) Bidan melakukan pemeriksaan yang berhubungan dengan kondisi pasien
- d) Melaporkan hasil pengkajian kepada dokter jaga IGD dan mencatat dalam formulir Unit Gawat darurat
- e) Dokter jaga IGD melakukan konsultasi kepada dokter spesialis kebidanan
- f) Dokter jaga menyampaikan hasil konsultasi kepada bidan dan perawat untuk ditindak lanjuti
- g) Bidan melakukan tindakan sesuai instruksi dokter.
- h) Bidan mencatat tindakan yang telah dilakukan dan menandatangani dalam berkas rekam medis pasien
- i) Bidan kembali ke Ruang VK dan menyiapkan semua kebutuhan yang akan diperlukan
- j) Bidan melakukan hand over pasien beserta instruksi selanjutnya dengan perawat IGD

B. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Kamar Operasi

1. Tatalaksana Pembedahan di Unit Kamar Operasi

- a) Dokter Operator melakukan evaluasi pra bedah untuk menentukan kemungkinan pemeriksaan tambahan dan perlunya kemungkinan konsultasi KSM lain
- b) Konsultasi ke KSM lain harus dilaporkan maksimal 4 jam sebelum jadwal operasi dengan menggunakan via telepon/visite. Saat konsultasi tindakan Operasi tidak boleh menggunakan via whatsapp karena kemungkinan lama terbuka
- c) Penandaan Lokasi operasi oleh operator dilakukan di ruang perawatan atau di ruang persiapan operasi dengan tanda lingkaran menggunakan spidol marking/spidol permanen
- d) Dokter operator melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga dari mulai prosedur, alternatif, resiko sampai penjelasan terburuk di dokumentasikan dalam Rekam medis/ *Informed Consent* Pasien dan ditandatangani sama DPJP
- e) Dokter operator bertanggung jawab atas pelaksanaan prosedur "time out" dan "sign out"
- f) Bila timbul penyulit selama operasi dan dokter operator meminta konsultasi kepada dokter KSM yang diminta maka DPJP boleh meminta perawat sirkuler (onloop) atau Pj shift untuk menelpon
- g) Dokter Operator yang melakukan Operasi Joint di meja Operasi maka tanggungjawab utama terhadap pasien tetap berada pada operator yang menangani kasus tersebut dan di dokumentasikan dalam Rekam medis Pasien yaitu formulir pengkajian perioperatif
- h) Dokter operator harus mendokumentasikan semua tindakan bedah dan kejadian-kejadian yang terjadi selama pembedahan dalam formulir laporan Operasi dan formulir CPPT
- i) Dokter Operator bertanggung jawab pada pasien dengan anestesi lokal dan dicatat dalam laporan operasi dan perawat mendokumentasikan dalam formulir pemantauan anestesi lokal

- j) Dokter operator memberikan instruksi tata laksana pasca bedah sesuai dengan kebutuhan pasien

2. Tatalaksana Anestesi

Pelayanan anestesi di Rumah Sakit Intan Husada meliputi :

Jenis Anestesi	Pelaksanaan	Tempat Pelaksanaan	Pelaksana	Formulir yang Digunakan
Lokal	<i>Hecting</i> , Exterpasi clavus	UGD, Poli Bedah Umum, Poli Umum	Dokter Spesialis Bedah Umum atau Dokter Umum	<ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian Pra bedah - Pemantauan Anestesi Lokal - Formulir Pengkajian awal UGD - Catatan pengkajian pasien rawat jalan terintegrasi
	Ekstraksi gigi	Poli gigi	Dokter gigi	<ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian awal <i>odontodram</i> - Catatan pengkajian pasien rawat jalan terintegrasi (Untuk pasien yang beberapa kali datang ke Rawat jalan) - Formulir catatan keperawatan tindakan invasif klinik gigi - Formulir pemantauan anestesi lokal
	Exterpasi Lipoma, sircumsisi, Vena Sectie, intraosseous	Unit Kamar Operasi	Dokter bedah umum	<ul style="list-style-type: none"> - Formulir Laporan Operasi - CPPT - Formulir pemantauan anestesi lokal
Regional	Operasi Hernia, Sectio Caesaria, Haemoroid, Pemasangan Dj.stent atau Operasi bagian	Unit kamar Operasi	Dokter Anestesi	<ul style="list-style-type: none"> - Formulir Pengkajian pra anestesi/sedasi - Formulir Pengkajian pra induksi dan pemantauan Anestesi - Formulir Laporan Operasi - CPPT

	ekstremitas bawah			- Kriteria pemindahan pasien dari RR ke ruang perawatan
Umum	Semua pasien yang akan menjalani prosedur pembedahan yang memerlukan pengawasan Dokter Spesialis Anestesi seperti pasien yang akan menjalani prosedur diagnostik, terapeutik, maupun pembedahan yang lama	Unit Kamar Operasi	Dokter Anestesi	<ul style="list-style-type: none"> - Formulir Pengkajian pra anestesi/sedasi - Formulir Pengkajian pra induksi dan pemantauan Anestesi - Formulir Laporan Operasi - CPPT - Formulir kriteria pemindahan pasien dari RR ke ruang perawatan

a) Anestesi lokal

1) Pengkajian

- Asisten dokter melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
- DPJP melakukan pengkajian fisik sesuai dengan formulir pengkajian pra bedah
- DPJP melakukan *informed consent* kepada pasien dan mendokumentasikan dalam formulir informasi tindakan medik dan formulir persetujuan tindakan medik
- Pasien melakukan *general consent* di bagian kasir

2) Pelaksanaan

- DPJP melakukan sepsis a sepsis pada area yang akan dilakukan tindakan
- DPJP melakukan tindakan anestesi lokal dengan injeksi lidocain sesuai kebutuhan Pasien
- DPJP melakukan tindakan dibantu oleh asisten dokter
- DPJP mendokumentasikan intruksi pasca tindakan di formulir sebagai berikut

Formulir		
IGD	Rawat Jalan	Unit kamar Operasi
Formulir Unit gawat darurat	Catatan pengkajian pasien rawat jalan terintegrasi	- Laporan Operasi - CPPT

3) Pemantauan

- DPJP beserta asisten dokter melakukan monitoring pasca Operasi lokal selama 60 menit sesuai dengan Formulir pemantauan Anestesi lokal
- Setelah keadaan pasien baik, DPJP memberikan Resep obat pulang

b) Anestesi umum dan Anestesi Regional

1) Tatalaksana Pelayanan Pra Anestesi

- Dokter anestesi melakukan pengkajian pra anestesi di Ruang Rawat Inap sebelum pasien masuk ke unit Kamar Operasi atau ke Poli anestesi sebelum pasien masuk ke Ruang Rawat Inap. Tujuan dilakukan pengkajian pra anestesi adalah

- Mengetahui masalah saluran pernapasan
- sebagai dasar untuk memilih anestesi dan rencana asuhan anestesi
- sebagai pemantauan selama anestesi supaya memberikan anestesi yang aman dari resiko yang mungkin timbul
- sebagai pemantauan diruang pemulihan sampai pasca tindakan obat analgetik apa yang akan diberikan berdasarkan hasil pengkajian tersebut
- Dokter anestesi melakukan *informed consent* kepada pasien atau keluarga terkait resiko, manfaat dan alternatif tindakan anestesi didokumentasikan dalam Formulir pemberian informasi tindakan anestesi dan persetujuan tindakan medik
- Dokter anestesi mengintruksikan puasa pada pasien elektif sesuai pedoman berikut :

Usia	Jenis makanan	Lama puasa
Neonatus	Air putih	2 jam
	ASI	4 jam
	Formula	4 jam
	Makanan padat	4 jam
< 6 bulan	Air putih	2 jam
	ASI	4 jam
	Formula	6 jam
	Makanan padat	4 jam
6-36 bulan	Air putih	3 jam
	ASI	4 jam
	Formula	6 jam
	Makanan padat	6 jam
>36 bulan	Air putih	2 jam
	ASI	-
	Formula	6 jam
	Makanan padat	6 jam
Dewasa	Air putih	2 jam
	Makanan padat	6- 8 jam

- Dokter anestesi menjelaskan rencana pengelolaan pasca bedah seperti
 - Menjelaskan teknik dan obat yang digunakan
 - Penanggulangan nyeri pasca bedah
 - Penjelasan rencana perawatan pasca bedah (ruang rawat biasa atau ruang perawatan khusus)

- Sebelum pasien datang ke Kamar Operasi standar yang harus disiapkan adalah sebagai berikut:
 - Peralatan mesin anestesi
 - Alat penghisap
 - Peralatan anestesi lain seperti LMA, stetoskop, laringoskop, respiratory mask dsb
 - Obat-obatan anestesi (Trias Anestesi)
 - Hipnotik/sedasi : propofol, midazolam, ketamin, natrium tiopental
 - Analgetik
 - ✓ Narkotik: fentanyl, phetidin, morphin dan tramadol
 - ✓ Non Narkotik : NSAID dan parasetamol
 - Musk Relakan/pelumpuh otot: Atracium besilat, rocuronium
 - Obat Premedikasi : Ondansetron, granisetron, SA, midazolam, metoclopramide
 - Obat Emergensi : SA, adrenalin, efedrin, non adrenalin dan amidaron
 - Obat Inhalasi / gas Anestesi : Sevoflurane, isoflurane, N₂O dan O₂

Dokter Anestesi mendokumentasikan hasil pengkajian tersebut dalam Formulir pengkajian pra anestesi/sedasi

c) Tatalaksana Pengkajian Pra Induksi

Setelah pasien datang ke Unit Kamar Operasi maka dokter anestesi melakukan pengkajian pra induksi

Pengkajian pra induksi dilakukan di ruang penerimaan pasien oleh dokter anestesi dan minimal satu perawat. Tujuan pengkajian pra induksi lebih berfokus pada stabilitas fisiologis dan kesiapan pasien yang di kaji status medis saat pasien masuk kamar operasi diantaranya adalah :

- 1) Dokter anestesi melakukan pemantauan standar meliputi EKG, *pulse oximetri*, tekanan darah, dan temperatur, analisis oksigen (O₂)
- 2) Akses intravena sudah terpasang
- 3) Penyakit penyerta
- 4) Formulir Cheklis Keselamatan Pasien (Sign in ,time-out dan sign out).
- 5) Semua hasil pengkajian di dokumentasikan dalam formulir pengkajian pra induksi dan pemantauan anestesi

d) Tatalaksana Pelayanan Intra Anestesi/*Durante* Anestesi

Bertujuan sebagai standar tindakan dan pemantauan untuk menjaga keselamatan, menghilangkan nyeri dan kecemasan pasien serta memudahkan ahli bedah dalam bekerja.

Tatalaksananya sebagai berikut:

- 1) Dokter spesialis anestesi dan penata anestesi berada di kamar operasi selama tindakan baik anestesi umum atau regional
- 2) Selama pemberian anestesi dilakukan pemantauan dan evaluasi secara kontinyu setiap 5 menit dan didokumentasikan pada formulir pengkajian pra induksi dan pemantauan anestesi.

- 3) Apabila terjadi komplikasi anestesi maka dokter anestesi menghentikan sementara operasi dan mengawasi dahulu kondisi pasien apabila kondisi pasien sudah stabil maka operasi dapat dilanjutkan kembali.
 - 4) Tim anestesi melakukan tindakan pemantauan anestesi meliputi pemantauan jalan nafas, ventilasi, oksigenasi, kardiovaskular dan suhu
- e) Tatalaksana Pelayanan Pasca Anestesi
- Bertujuan Menjaga keselamatan pasien pasca anestesi dengan memantau keadaan umum, sistem pernafasan, kardiovaskular, kesadaran, kemampuan motorik. Setelah pengakhiran anestesi dan atau ekstubasi maka dokter anestesi melakukan sebagai berikut dan di dokumentasikan dalam formulir pengkajian pra induksi dan pemantuan anestesi
- Tatalaksananya sebagai berikut:
- 1) Dokter anestesi melakukan pemantauan pasca anestesi dicatat dalam rekam medik, yang memuat antara lain:
 - Tanda-tanda vital
 - Nyeri
 - Penilaian mual dan muntah. Agen antiemetik harus digunakan untuk pencegahan dan pengobatan mual dan muntah bila diindikasikan
 - Status cairan pascabedah harus dinilai di unit perawatan pasca anestesi. Prosedur tertentu yang melibatkan kehilangan darah atau cairan yang signifikan mungkin memerlukan manajemen cairan tambahan sehingga yang menentukan pasien perlu transfusi atau tidak adalah dokter anestesi
 - Penilaian keluaran dan pengosongan urine dilakukan berdasarkan kasus untuk pasien tertentu atau prosedur tertentu
 - Penilaian drainase perdarahan atau kontraksi pada pasien kebidanan
 - Antagonis Benzodiazepin, Opioid, atau pelumpuh neuromuskular dapat digunakan sesuai dengan indikasi.
 - Komplikasi atau penyulit selama jalan nya operasi
 - Intruksi pasca operasi/pasca anestesi
 - 2) Tim anestesi yang mengetahui kondisi pasien mendampingi pasien yang dipindahkan ke ruang RR (Recovery Room)
 - 3) Tim anestesi melakukan pemantauan serta monitoring setiap 15 menit sekali sampai memenuhi kriteria pemindahan pasien.
 - 4) Perawat unit kamar operasi dan Penata anestesi Monitoring pasien di ruang RR
- f) Tatalaksana Kriteria Pemindahan Pasien
- 1) Kriteria *discharge* pasien dikaji secara periodik setiap 15 menit sekali diisi dan ditandatangani oleh Dokter anestesi, penata anestesi dan perawat Unit Kamar Operasi yang bertugas di ruang RR

Kriteria Nilai Discharge Pasien			
<i>Aldrete Score</i>	<i>Bromage Score</i>	<i>Steward Score</i>	<i>post Anaesthetic Discharge Scoring System (PADSS)</i>
>8 pada pasien anestesi umum atau regional boleh pindah ruangan	<2 pada pasien dengan anestesi Regional boleh pindah ruangan	≥ 5 pada pasien anak dengan anestesi umum boleh pindah ruangan	Skor 9-10 untuk pasien ODC atau rawat jalan dengan anestesi umum boleh pulang

- 2) Beritahukan DPJP Anestesi bila skor pasien tidak mencapai kriteria discharge pasien sampai 1 jam.
 - 3) Apabila pasien pasca bedah dengan kondisi kritis, harus langsung di pindahkan ke ruang Unit Intensife Dewasa dengan di damping oleh penata anestesi dan perawat Unit Intensife Dewasa
 - 4) Sedangkan pasien pascabedah dengan kondisi yang memerlukan observasi lebih ketat tapi tidak perlu perawatan Intensife Dewasa, dapat dipantau di RR.
 - 5) Semua kondisi pasien pasca operasi harus di dokumentasikan dalam Formulir Kriteria pemindahan pasien dari Ruang RR ke ruang perawatan dan di informasikan kepada keluarga pasien
 - 6) Perawat Unit Kamar Operasi mengkonfirmasi perawat Rawat Inap untuk menjemput pasien ke Unit Kamar Operasi setelah pasien selesai observasi di ruang RR selama 1 jam
 - 7) Perawat Unit kamar Operasi atau penata anestesi serah terima pasien dengan perawat Rawat Inap dan menandatangani formulir kriteria pemindahan pasien dari RR ke ruang perawatan
 - 8) Dokter anestesi bertanggungjawab atas pengeluaran pasien dari ruang RR berdasarkan hasil pemantauan kriteria nilai *discharge* pasien
2. Tatalaksana Kegiatan Medik di Kamar Bersalin
- a) Dokter spesialis di Unit Kamar Bersalin bertindak sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
 - b) DPJP dalam melakukan asuhan pasien dapat dibantu oleh Dokter jaga/General practicioner (GP) Rawat Inap yang bertugas selama 24 jam.
 - c) DPJP melakukan asesmen awal medis pasien baru dalam waktu maksimal 1 x 24 jam.
 - d) DPJP setiap hari wajib melakukan asesmen ulang medis pada setiap pasien.
 - e) DPJP/Dokter spesialis setiap hari melakukan visite pasien sebelum jam 14.00 WIB.
 - f) GP wajib melakukan pemeriksaan fisik setiap ada pasien baru.
 - g) DPJP/Dokter spesialis memberikan informasi medis kepada pasien dan keluarga tentang asuhan pasien yang akan diberikan termasuk kondisi yang tidak diharapkan.
 - h) DPJP/Dokter spesialis melakukan informed consent kepada pasien dan keluarga yang akan dilakukan tindakan medis.

- i) DPJP wajib melakukan verifikasi asuhan yang oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lain dalam waktu 1 x 24 jam.
- j) DPJP/Dokter spesialis/GP melakukan tindakan resusitasi bila terjadi kegawatan pasien
- k) DPJP/Dokter spesialis/GP melakukan dokumentasi asuhan secara lengkap pasien di formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).
- l) DPJP/Dokter spesialis/GP menulis order obat pasien di dalam form order obat pasien.

C. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Kamar Operasi

1. Tatalaksana Pelayanan Keperawatan di Unit kamar Operasi
 - a) Pelayanan keperawatan kepada pasien di Unit Kamar Operasi diberikan selama 24 jam
 - b) Perawat Unit Kamar Operasi menerima pasien dari unit lain yang sebelumnya sudah terjadwal di papan white board
 - c) Perawat Unit Kamar Operasi menerima serah terima pasien dan melakukan pengkajian awal mencakup: gelang identitas, identifikasi pasien, diagnosa, lokasi Operasi, persiapan pre operasi dan obatan-obatan Pre Operasi
 - d) Perawat unit kamar Operasi memindahkan Pasien dari ruang persiapan ke ruangan Kamar Operasi
 - e) Perawat Unit Kamar Operasi ikut melakukan tindakan pembedahan bersama Operator sesuai dengan indikasi Pasien dengan tehnik septik aseptik
 - f) Perawat unit kamar Operasi melakukan pendokumentasian di lembar perioperatif
 - g) Adapun pelaksanaan Keperawatan Unit Kamar Operasi selama pembedahan adalah sebagai berikut:
 - 1) Perawat Kepala Ruangan
 - Bertanggungjawab untuk menjamin terlaksananya penyelenggaraan pelayanan di Kamar Operasi
 - Sebagai tugas fungsi perencanaan, pengorganisasian, penggerak, pengawasan dan pengendalian serta evaluasi
 - 2) Perawat Pj shift

Bertanggung jawab untuk membuat perencanaan, penugasan, supervisi dan evaluasi, mengenal atau mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien, mengembangkan kemampuan anggota serta menyelenggarakan konferensi di Unit Kamar Operasi
 - 3) Perawat lainnya
 - 1) Perawat Instrumen (Scrube Nurse/pelaksana)
 - Sebelum Pembedahan
 - Menyiapkan Ruang Operasi dalam keadaan siap pakai
 - Menyiapkan set instrumen steril sesuai jenis pembedahan
 - Menyiapkan cairan antiseptik dan bahan-bahan sesuai keperluan pembedahan
 - Saat Pembedahan
 - Memperingati “tim bedah steril” jika terjadi penyimpangan prosedur aseptik
 - Membantu mengenakan jas steril dan sarung tangan untuk ahli bedah dan asisten

- Menata instrumen steril di meja mayo sesuai dengan urutan prosedur pembedahan
 - Memberikan cairan antiseptik kulit ke daerah yang akan diinsisi.
 - Memberikan laken steril untuk proses drapping.
 - Memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai urutan prosedur dan kebutuhan tindakan pembedahan secara tepat dan benar.
 - Memberikan duk steril kepada operator dan mengambil kain kasa yang telah digunakan dengan memakai alat.
 - Menyiapkan benang jahitan sesuai dengan kebutuhan, dalam keadaan siap pakai.
 - Mempertahankan instrumen selama pembedahan dalam keadaan tersusun secara sistematis untuk memudahkan saat bekerja.
 - Membersihkan instrumen dari darah
 - Menghitung kain kassa, jarum dan instrumen.
 - Memberitahukan hasil perhitungan jumlah alat, kain kassa, dan jarum pada ahli bedah sebelum operasi dimulai dan sebelum luka ditutup lapis demi lapis.
 - Menyiapkan cairan untuk mencuci luka
 - Membersihkan kulit sekitar luka setelah luka dijahit
 - Menutup luka dengan kain kasa steril
 - Penyiapan bahan pemeriksaan laboratorium/patologi jika ada
- Setelah Pembedahan
- Memfiksasi drain dan kateter (jika terpasang)
 - Membersihkan dan memeriksa adanya kerusakan kulit pada daerah yang dipasang elektrode (wajib dikerjakan)
 - Mengganti alat tenun, baju pasien dan penutup serta memindahkan pasien dari meja operasi ke blankar
 - Memeriksa dan menghitung semua instrumen sebelum dikeluarkan dari kamar operasi
 - Memeriksa ulang catatan dan dokumentasi pembedahan dalam keadaan lengkap.
 - Serah terima instrumen kepada petugas CSSD
 - Membersihkan kamar operasi setelah tindakan pembedahan selesai agar siap di pakai kembali
- 2) Perawat Sirkuler (*Sirculating Nurse*)
- Sebelum Pembedahan
- Melakukan serah terima pasien dan perlengkapan sesuai isian check list dengan Perawat Ruang Rawat meliputi Kelengkapan dokumen medis antara lain Kelengkapan obat-obatan, cairan, alat kesehatan dan persediaan darah (bila diperlukan)
 - Melakukan pengkajian keperawatan
 - Memeriksa persiapan fisik dengan Menyusun asuhan keperawatan pre operasi

- Saat Pembedahan
 - Mengatur posisi pasien sesuai jenis pembedahan dan bekerjasama dengan petugas anestesi
 - Membuka set steril dengan memperhatikan tehnik aseptik
 - Mengingatkan tim bedah jika mengetahui adanya penyimpangan penerapan tehnik aseptik
 - Mengikat tali jas tim bedah
 - Membantu mengukur dan mencatat kehilangan darah dan cairan dengan cara mengetahui jumlah produksi urine, jumlah pendarahan dan jumlah cairan yang hilang
 - Melaporkan hasil pemantauan hemodinamik kepada ahli anestesi
 - Menghubungi petugas penunjang medis (petugas radiologi, petugas laboratorium) bila diperlukan selama pembedahan
 - Mengumpulkan dan menyiapkan bahan pemeriksaan yang akan dilakukan
 - Menghitung dan mencatat pemakaian kain kassa bekerjasama dengan perawat instrument
 - Mengukur dan mencatat tanda vital
 - Mengambil instrumen yang jatuh dengan menggunakan alat dan memisahkannya dari instrumen yang steril
 - Memeriksa kelengkapan instrumen dan kain kassa, bersama perawat instrumen agar tidak tertinggal di dalam tubuh pasien sebelum luka operasi ditutup
- Setelah Pembedahan
 - Membersihkan dan merapikan pasien yang sudah selesai dilakukan pembedahan
 - Memindahkan pasien dari meja operasi ke blankar atau bed yang telah disediakan
 - Mengatur dan mencatat tanda tanda vital
 - Mengukur tingkat kesadaran, dengan cara memanggil nama pasien memberikan stimulus, memeriksa reaksi pupil
 - Meneliti, menghitung dan mencatat obat-obatan serta cairan yang diberikan pada pasien
 - Memeriksa kelengkapan dokumen medik antara lain laporan pembedahan, laporan Anestesi dan pengisian Formulir Patologi Anatomi (PA)
 - Melakukan asuhan keperawatan dan mendokumentasikan tindakan keperawatan perioperative
 - Melakukan serah terima dengan perawat RR atau Ruangannya tentang asuhan keperawatan di kamar bedah dengan melaporkan keadaan Umum pasien dan Kelengkapan dokumen medik dan instruksi pasca bedah /obat-obatan maupun obat-obatan
 - Membantu perawat instrumen, membersihkan dan menyusun instrumen yang telah digunakan, kemudian alat tersebut di sterilkan

- Membersihkan selang dan botol suction dari sisa jaringan serta cairan pasca operasi
- Mensterilkan slang suction yang dipakai langsung ke pasien
- Membantu membersihkan kamar bedah setelah tindakan pembedahan selesai

3) Perawat Asisten Operator

- Sebelum operasi
 - Berkomunikasi dengan Operator mengenai rencana tindakan operasi dan kemungkinan komplikasi
 - Memastikan identitas pasien dan kelengkapan administrasi
 - Memeriksa pasien yang akan di operasi
 - Memastikan kelengkapan instrumen dan peralatan
 - Memastikan kesiapan kegawatan
 - Memastikan kesiapan Anestesi
 - Memastikan kesiapan fasilitas Ruang Operasi
 - Membantu memposisikan pasien
 - Membantu operator melakukan antiseptic
 - Membantu operator menutupi pasien dengan duk steril
 - Berkomunikasi dengan anestesi tentang kesiapan tindakan operasi dan kondisi pasien
 - Cuci tangan bedah dan mengenakan jas operasi
- Selama Operasi
 - Membantu Operator dalam setiap tindakan yang dilakukan
 - Memberikan lapang pandang yang baik pada area Operasi
 - Memantau dan meminimalisir perdarahan
 - Mengawasi kondisi pasien dan berkomunikasi dengan anestesi
 - Mengawasi kinerja instrumenter dan asisten dua (kalau ada)
 - Mengantisipasi kebutuhan Operator baik kebutuhan personal maupun kebutuhan tindakan Operasi selangkah di depan Operator
- Setelah Operasi
 - Membantu menutup luka dengan teknik steril
 - Membersihkan bagian tubuh pasien yang di Operasi
 - Melengkapi keperluan PA
 - Memberikan penjelasan kepada keluarga pasien
 - Membantu transfer pasien dari Ruang Operasi ke Ruang Pemulihan
 - Memeriksa ulang catatan dan dokumentasi pembedahan

-
2. Tatalaksana Kegiatan Asuhan pelayanan Kebidanan di Ruang Bersalin
 - a. Asisten Dokter Dalam Menolong Pasien Normal
 - 1) Prosedur yang dilakukan Bidan
 - a) Kontrol his, monitor denyut jantung janin dan perhatikan keadaan umum pasien
 - b) Mengkaji adanya faktor resiko pada ibu dan janin sebelum proses persalinan, laporkan pada dokter
 - c) Periksa dalam untuk menentukan diagnosis sudah memasuki kala II Monitor denyut jantung bayi sesuai dengan partograf
 - d) Lakukan perawatan kala III
 - e) Bantu dokter dalam proses penjahitan luka perineum
 - f) Lakukan perawatan kala IV
 - 2) Prosedur yang dilakukan oleh Dokter
 - a) Melakukan pemeriksaan yang berhubungan dengan keadaan pasien sesuai dengan kondisi pasien
 - b) Dokter memberikan informed consent tentang tindakan yang akan dilakukan beserta kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi baik selama tindakan maupun setelah selesai tindakan
 - c) Melakukan tindakan pertolongan persalinan
 - d) Melakukan jahit perineum dengan didampingi oleh bidan
 - e) Membuat resep dan membuat protap perawatan selanjutnya
 - f) Mencatat tindakan yang telah dilakukan dalam berkas rekam medis pasien yang ditandatangani oleh dokter penanggung jawab yang melakukan Tindakan
 - b. Persiapan Pasien Pre Operasi Sectio Casarea
Petugas yang melaksanakan :
 - 1) Prosedur yang dilakukan bidan
 - a) Memastikan bahwa pasien telah mendapatkan penjelasan dari dokter penanggung jawab dan anastesi mengenai tindakan operasi yang akan dilakukan
 - b) Meminta pasien atau keluarga mengisi formulir surat persetujuan tindakan Sectio Casarea dan surat ijin tindakan anastesi
 - c) Melakukan pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya sesuai anjuran dokter (hematologi, masa perdarahan PT/APTT) Siapkan pasien, puasa, cukur daerah operasi, persiapkan darah bila diperlukan, melepas protese dan lain-lain
 - d) Lengkapi formulir check list pre operasi dan pengkajian perioperatif
 - e) Menghubungi ruang bayi bahwa pasien akan melakukan Operasi SC
 - f) Hubungi ruang operasi untuk memastikan bahwa pasien akan diantar
 - g) Antar pasien ke ruang operasi sesuai jadwal, minimal 30 menit sebelum jadwal operasi
 - h) Cek Denyut Jantung Janin (DJJ) dengan disaksikan perawat kamar operasi
 - i) Mencatat tindakan yang telah dilakukan dalam berkas rekam medis pasien yang ditandatangani oleh bidan yang melakukan Tindakan
 - 2) Prosedur yang dilakukan oleh Dokter
 - a) Melakukan pemeriksaan yang berhubungan dengan keadaan pasien sesuai dengan kondisi pasien
-

- b) Dokter memberikan informed consent tentang tindakan yang akan dilakukan beserta kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi baik selama tindakan maupun setelah selesai tindakan
- c) Melakukan tindakan di kamar operasi
- d) Membuat resep dan protap perawatan selanjutnya
- e) Mencatat tindakan yang telah dilakukan dalam berkas rekam medis pasien yang ditandatangani oleh dokter penanggung jawab yang melakukan tindakan

D. Tatalaksana Kegiatan Asuhan Pelayanan Radiologi di Unit Kamar Operasi

1. Dokter Spesialis Ortopedi untuk kasus *Fraktur* menulis advice di Catatan integrasi untuk dilakukan Pemeriksaan Radiologi ulang post Operasi/post pemasangan Implan dan mengisi formulir Radiologi
2. Perawat Ruang Operasi Menelpon ke Instalasi Radiologi terkait akan ada pemeriksaan Radiologi dari Unit Kamar Operasi
3. Unit Radiologi menyatakan siap, Unit kamar Operasi menelpon Ruangan Rawat Inap untuk menjemput pasien ke Unit kamar Operasi setelah keadaan umum pasien di Ruang Pemulihan stabil dan sadar penuh
4. Serah terima/hand over pasien dengan Rawat Inap
5. Rawat Inap Membawa Pasien ke Ruang Radiologi terlebih dahulu sebelum di pindahkan ke Ruangan Rawat Inap

E. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Kamar Operasi

1. Pada saat melakukan tindakan Operasi maupun post persalinan, kasus pendarahan lebih dari 1000 cc, klien tampak pucat maka dilakukan pemeriksaan darah Hemoglobin cito
2. Unit Kamar Operasi mengambil sampel darah dari tangan pasien dan menulis di formulir laboratorium sesuai identitas pasien dan permintaan pemeriksaan sesuai intruksi dokter sedangkan di Kamar Bersalin pengambilan sample darah dilakukan oleh pihak laboratorium
3. Unit kamar Operasi menelpon Pihak laboratorium untuk membawa sampel darah di Unit Kamar Operasi.
4. Kurang lebih 15 menit, hasil klinis lab pasien dikirim oleh pihak laboratorium dan bisa dilihat di sistem Komputer atau berupa hard copy
5. Hasil laboratorium dilaporkan ke dokter dan disimpan di status Rekam medis pasien
6. Apabila membutuhkan transfusi, perawat kamar operasi dan bersalin segera menghubungi bagian laboratorium untuk order darah
7. Perawat sirkuler memanggil keluarga pasien untuk meminta persetujuan bahwa akan dilakukan tindakan tranfusi darah dan menjelaskan segala resiko dan keadaan pasien sekarang
8. Pengambilan darah ke Unit Bank Dara/PMI wajib menggunakan *Cool Box* yang berisi *ice cool pax*.
9. Perawat Unit Kamar Operasi dan Kamar bersalin memeriksa kembali identitas labu darah.
10. Pasien yang mendapatkan terapi transfusi wajib dilakukan monitoring selama transfusi.
11. Dokter menulis laporan di laporan Operasi dan CPPT sedangkan di kamar bersalin menulis di CPPT

F. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Kamar Operasi

1. Semua kegiatan asuhan pasien harus tercatat di rekam medis pasien dengan lengkap
2. Petugas Unit kamar Operasi dan Kamar Bersalin setiap selesai melakukan tindakan wajib mengisi formulir rekam medis
3. Audit kelengkapan rekam medis pasien dilakukan setiap hari atau seelaha selesai tindakan oleh Kepala Unit atau Pj shift

G. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Kamar Operasi

1. Pemenuhan Standar Stok obat dan BMHP Unit kamar operasi sudah di depo Unit khusus penanggungjawab oleh petugas farmasi
2. Pemakaian Obat dan BMHP terhadap pasien di Unit kamar Operasi dicatat menggunakan formulir pemakaian alat dan obat kamar operasi dan Anestesi menggunakan pemakaian BMHP anestesi kemudian di input di Sim RS dan di Input di mutasi, lembar mutasi di serakan ke Farmasi Rawat Inap (bila pasien Ranap) dan Farmasi Rajal (bila Pasien ODS) untuk mengganti barang yang di pakai oleh pasien tersebut sehingga stock BMHP dan obat di depo unit khusus tidak berkurang
3. Permintaan BMHP dari Unit Kamar Operasi ke Logistik Farmasi dengan cara:
 - 1) Menggunakan formulir permintaan barang rutin ke logistik farmasi.
 - 2) Formulir permintaan barang rutin ke logistik farmasi diserahkan ke Logistik Farmasi.
 - 3) Unit Kamar Bersalin mengambil BMHP ke Logistik Farmasi sesuai dengan jadwal.
 - 4) Unit Kamar Bersalin memasukkan BMHP ke dalam lemari BMHP
 - 5) Keluar masuk BMHP dicatat dalam kartu stok
4. Ketentuan layanan farmasi di kamar bersalin masih menggunakan yang lama berhubung petugas depo unit khusus belum ada. Ketentuan pasien observasi adalah sebagai berikut :
 - a. Petugas farmasi menelpon Unit Kamar Bersalin jika permintaan obat sudah beres.
 - b. Perawat Unit Kamar Bersalin mengambil obat pasien di depo farmasi dengan cara mengecek terlebih dahulu jenis obat dan disesuaikan dengan invoice obat pasien.
 - c. Perawat Unit Kamar Bersalin memasukkan obat pasien ke dalam lemari obat masing masing pasien.
 - d. Lemari obat pasien diberikan identitas masing masing pasien sesuai nomor kamar perawatan.
 - e. Obat-obatan pasien Unit Kamar Bersalin disusun rapih dalam lemari obat pasien rawat inap.
 - f. Jam pemberian obat pasien Unit Kamar Bersalin :
 - 1) Obat Injeksi
 - 1 x Pemberian : 09.00
 - 2 x Pemberian : 09.00-21.00 atau 17.00-05.00 atau 13.00-01.00
 - 3 x Pemberian : 09.00-17.00 -01.00 atau 04.00-12.00-20.00
 - 4 x Pemberian : 06.00-12.00-18.00-24.00

-
- 2) Obat Non Injeksi
 - 1 x Pemberian : 06.00 atau 12.00 atau 18.00
 - 2 x Pemberian : 06.00-18.00
 - 3 x Pemberian : 06.00-12.00-18.00
 - 4 x Pemberian : 06.00-12.00-18.00-24.00
 - 5 x Pemberian : 08.00-12.00-16.00-20.00-24.00
 - 6 x Pemberian : 08.00-12.00-16.00-20.00-24.00-04.00
 - 3) Antibiotik Oral/Injeksi
 - 1 x : Tiap 24 jam
 - 2 x : Tiap 12 jam
 - 3 x : Tiap 8 jam
 - 4 x : Tiap 6 jam
 - 4) Obat AC (Ante Caecum)
 - 1/2 jam sebelum makan
- g. Pasien baru yang datang dari IGD/Rawat Jalan , terapi obat-obatan baru yang datang dari farmasi langsung diberikan kepada pasien selanjutnya diberikan sesuai jam pemberian obat
- h. Pemberian obat extra di luar jadwal rutin diberikan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien dengan intruksi dokter
- i. Dokumentasi instruksi dan pemberian obat terdapat dalam formulir catatan pengobatan pasien.
- j. Retur obat, alat kesehatan dan cairan pasien di Unit Kamar Bersalin:
- 1) Unit Kamar Bersalin melakukan retur obat/alat kesehatan/cairan bila sudah tidak digunakan menggunakan form retur obat/alkes pasien rawat inap.
 - 2) Unit Kamar Bersalin melakukan retur obat/alat kesehatan/cairan bila kemasan rusak dengan menggunakan form barang rusak.
 - 3) Unit Kamar Bersalin melakukan retur obat/alat kesehatan/cairan bila mendekati waktu Expired date (ED).
 - 4) Retur obat/alat kesehatan pasien rawat inap dengan menggunakan form retur obat.
 - 5) Retur obat/alat kesehatan pasien rawat inap diserahkan terima di depo farmasi lantai 3
- k. Permintaan alat kesehatan dan cairan buffer stock Unit Kamar Bersalin :
- 1) Pemakaian alat kesehatan di buffer stock oleh pasien rawat inap wajib diganti dengan cara membuat resep/permintaan untuk penggantian alat kesehatan dan cairan buffer stock sesuai pemakaian.
 - 2) Formulir pemakaian alat kesehatan dan resep diserahkan ke depo farmasi.
 - 3) Unit Kamar Bersalin mengambil alat kesehatan ke depo farmasi
 - 4) Penambahan jumlah dan jenis alat kesehatan/cairan dapat dilakukan oleh Unit Kamar Bersalin sesuai dengan kebutuhan
- l. Standar Barang Medis Habis Pakai (BMHP) di Unit Kamar Operasi
- 1) Sarung tangan.
 - 2) Masker.
 - 3) Aqua Bides.
 - 4) OK Plast.
 - 5) Parafilm.

- 6) Alkohol Swab.
 - 7) Plester coklat.
 - 8) Betadine.
 - 9) Alkohol 70%.
 - 10) Kassa gulung.
 - 11) Polifix.
 - 12) Head cup
- m. Permintaan alat kesehatan di cairan *buffer stock* unit kamar bersalin :
- 1) Pemakaian alat kesehatan di buffer stock oleh pasien rawat inap wajib diganti dengan cara membuat resep/permintaan untuk penggantian alat kesehatan dan cairan buffer stock sesuai pemakaian.
 - 2) Formulir pemakaian alat kesehatan dan resep diserahkan ke depo farmasi.
 - 3) Unit Kamar Bersalin mengambil alat kesehatan ke depo farmasi.
 - 4) Penambahan jumlah dan jenis alat kesehatan/cairan dapat dilakukan oleh Unit Kamar Bersalin sesuai dengan kebutuhan
- n. Setiap pasien baru di Unit Kamar Bersalin dilakukan rekonsiliasi obat oleh apoteker ruangan masing masing.
- o. Inspeksi perbekalan farmasi (buffer stok dan troli emergency) di Unit Kamar Operasi dan kamar Bersalin dilakukan setiap 1 bulan sekali oleh Unit Farmasi

H. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit kamar Operasi

1. Unit Kamar Operasi menelpun petugas pentry untuk meminta teh manis hangat buat pasien Post SC atau pasien-pasien yang tindakan Anestesi Regional
2. Petugas pentry mengasihkan teh manis kepada perawat untuk di kasihkan ke pasien dan ontang anting di hecter ke formulir biling untuk di satukan

I. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Kamar Operasi

1. Tatalaksana Pelayanan Binatu di Kamar Operasi
 - a) Alat tenun di Unit kamar Operasi di susun rapi di lemari, mulai dari baju dokter, Anestesi, perawat, laken dan lain sebagainya yang di gunakan untuk tindakan Pembedahan
 - b) Baju dokter, Anestesi dan Perawat habis pakai di unit kamar Operasi di masukan dalam polibag warna putih dan di simpan di loket jalur alat kotor jadwal pengambilan linen kotor oleh binatu adalah sebagi berikut :
 - 1) Pagi (07.00 s/d 10.00).
 - 2) Sore (12.00 s/d 15.00).
 - c) Untuk alat tenun post Operasi yang kontak langsung ke cairan tubuh pasien segera di masukan dalam polibag warna kuning dan di simpan di lorong belakang atau loket jalur alat kotor
 - d) Petugas Binantu segera mendistribusikan alat tenun kamar Operasi yang sudah bersih dan rapi. Dan Unit kamar Operasi segera menyimpan ke lemari sedangkan untuk set jas Operasi segera di bungkus dengan memakai medical doek oleh petugas CSSD
- Penerimaan linen bersih di Unit Kamar Operasi dalah sebagai berikut :
- 1) Pagi (07.00 s/d 10.00).
 - 2) Sore (12.00 s/d 15.00).

2. Tatalaksana Pelayanan Binatu di Ruang Bersalin

- Alat tenun di Kamar bersalin di susun rapi di lemari dipisahkan mana baju petugas, mana linen buat ke pasien
- Setiap ada tidakan linen infeksius atau linen terkontaminasi pasien dimasukkan kedalam polybag warna kuning dan di simpan di loket jalur kotor
- Jadwal pengambilan linen kotor oleh binatu adalah
 - Pagi (07.00 s/d 10.00).
 - Sore (12.00 s/d 15.00).

J. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan CSSD Unit Kamar Operasi

1. Petugas CSSD melakukan kegiatan Sterilisasi alat kesehatan

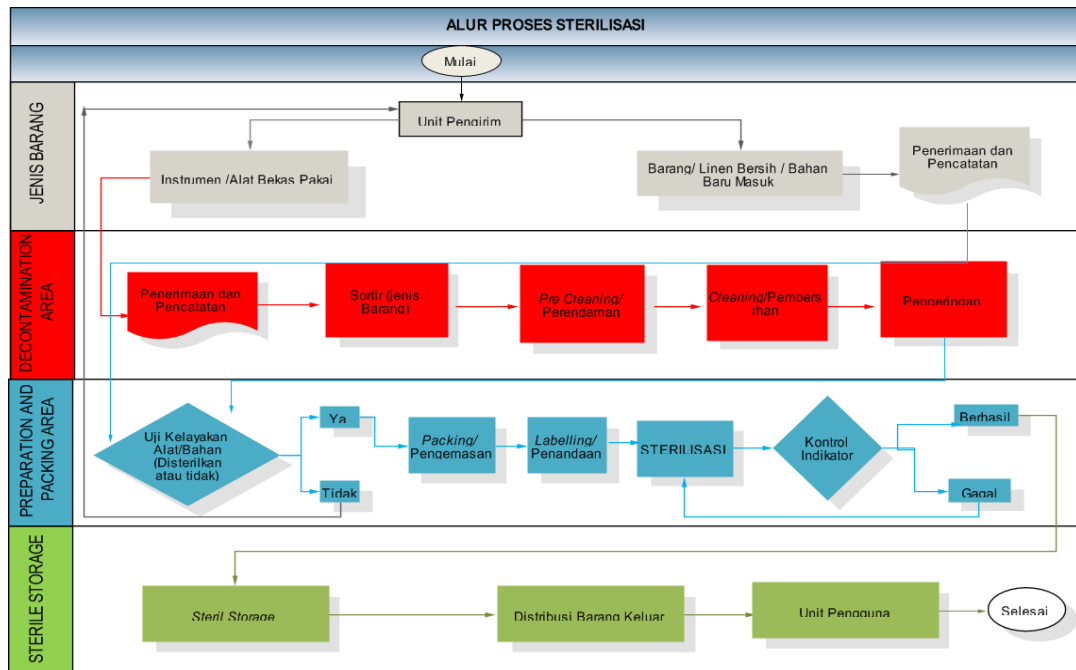
- Klasifikasi alat kesehatan di unit CSSD Rs intan Husada dibagi menjadi 3 kategori yaitu kritikal seperti instrument kamar bedah, semi kritikal seperti peralatan pernapasan atau bahan yang bisa di DTT dan non kritikal seperti Stetoskop dan thermometer
- Jadwal pelayanan di Unit CSSD
 - Jadwal Penerimaan Alat Kotor

NO	NAMA UNIT	JENIS SHIFT	JAM PENERIMAAN
1	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Gawat Darurat 4. Instalasi Kamar Bersalin	Pagi	08 : 00 s/d 10.00
2	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Gawat Darurat 4. Instalasi Kamar Bersalin	Sore	16.00 s/d 18.00
3	Kamar Operasi	24 Jam	

2) Jadwal Pengambilan Alat Steril

NO	NAMA UNIT	JAM PENGAMBILAN
1	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Gawat Darurat 4. Instalasi Kamar Bersalin	12.00 sd 14.00
2	Kamar Operasi	24 Jam

c) Alur Proses sterilisasi



- 1) Unit Pengirim (IGD, Rawat Inap, Unit kamar Bersalin, Rawat jalan, Intensif dewasa dan anak, kamar Operasi) mengirim alat kotor ke Unit CSSD dan dari Binantu mengirim linen bersih di terima oleh petugas CSSD .
- 2) Petugas CSSD melakukan pencatatan alat kotor dan menyortir barang yang sudah tidak layak pakai
- 3) Petugas CSSD melakukan dekontaminasi yaitu tahap pre cleaning, cleaning, pengeringan, uji kelayakan alat bila alat masih layak lanjut packing, tapi bila alat tidak layak di serahkan kembali ke unit pengirim.
- 4) Petugas CSSD melakukan packing alat selanjutnya labeling oleh indicator tape
- 5) Petugas CSSD melakukan sterilisasi. Setelah selesai sterilisasi kontrol indikator berhasil atau tidak, kalau indikator tidak berhasil/ tidak berubah warna lakukan kembali sterilisasi tetapi apabila indikator berubah warna alat simpan di rak untuk pendinginan
- 6) Petugas CSSD mendistribusikan alat ke ruangan sesuai jadwal yang telah di tetapkan
2. Petugas CSSD melakukan monitoring pelayanan sterilisasi terhadap barang *expired*, bila *expired* dilakukan pendokumentasian dan dilakukan Re sterilisasi ulang.
3. Petugas CSSD memonitoring pelabelan alat maupun cara pengemasan ditakutkan robek, kotor dan sebagainya

K. Tatalaksana Kegiatan keluarnya Pasien dari Unit Kamar Operasi

1. Pasien ODS

- a) Pasien-pasien yang setelah melakukan tindakan Operasi segera di observasi di Ruang Pemulihan

- b) Untuk Pasien Ods 4 jam post Operasi segera test feeding, setelah BU positif pasien di sarankan minum sedikit-sedikit bila tidak ada mual muntah boleh makan
 - c) Dokter menulis laporan Operasi, catatan integrasi, resume medis, surat kontrol, lembar PA (jika Ada) dan resep pulang sedangkan perawat mengisi catatan perioperatif
 - d) Biling pasien segera di serahkan ke petugas billing, infut sim Rs selesai, resep pulang segera di serahkan ke farmasi dan obat pulang pasien segera di ambil oleh petugas pekarya atau perawat Kamar Operasi.
 - e) Setelah pasien tidak ada keluhan, KU CM pasien diperbolehkan pulang dari Rung Pemulihan karena belum tersedianya Ruangan ODS, informasikan obat pulang, surat kontrol dan menyerahkan hasil Radiologi pasien dan menandatangani di formulir pemberian informasi
 - f) Bila ada jaringan yang di PA kan di perlihatkan terlebih dahulu kepada keluarga pasien sebelum di periksakan ke laboratorium
 - g) Pasien di off inpus, bekas cairan infus, makroset di masukan dalam keresek kuning dan bekas vena cateter dimasukan dalam safety box
 - h) Petugas Unit kamar Operasi nelpn security untuk meminta bantuan menjemput pasien di Unit Kamar Operasi kalau tidak ada, pekarya atau admin Ok bisa membantu
 - i) Pasien ganti baju dan pulang memakai kursi roda di dorong oleh security
 - j) Ketentuan Ods dilakukan sampai dengan jam 19.00 Wib atau batas pemulangan Pasien sampai dengan pukul 23.00 Wib. Kalau diperkirakan pulang pasien observasi di Ruang Pemulihan lebih dari jam 23.00 Wib menganjurkan Pasien untuk Rawat Inap sehari terkait resiko dalam perjalanan pulang
2. Pasien Rawat Inap
- a) Pasien yang sudah dilakukan tindakan pemebedahan di observasi di Ruang Pemulihan 1 jam
 - b) Dokter mengisi laporan Operasi, CPPT, resume medis, PA dan buku obat
 - c) Perawat mengisi pengkajian perioferatif dan intruksi dokter untuk di overkan kepada perawat Ruangan
 - d) Setelah pasien stabil, perawat Kamar Operasi menelpn ruangan Rawat Inap untuk menjemput pasien
 - e) Perawat Ruangan datang segera memindahkan Pasien dengan bantuan easy Move untuk memindahkan ke bed Ruangan Rawat Inap
 - f) Lakukan hand Over pasien dan menyerahkan obat-obatan pasien dan hasil radiolog bila ada ke perawat Ruangan
3. Pasien ICU
- a) Untuk pasien post tindakan Operasi yang harus segera masuk ICU tanpa harus observasi di ruang Pemulihan
 - b) Perawat sirkuler meminta persetujuan keluarga pasien untuk memdatangani persetujuan Unit Kamar Operasi
 - c) Keluarga pasien di arahkan untuk ke pendaftaran mengisi Jancon Biaya
 - d) Perawat Sirkuler menginformasikan ke pendaftaran terkait pasien rencana masuk ICU, Perawat Sirkuler menelpn Ruangan ICU untuk di persiapkan ruangan atau booking ruangan

- e) Perawat Sirkuler melakukan hand over dengan perawat ICU, pasien di dorong oleh Perawat Anestesi dan Perawat ICU ke Ruang ICU selama perjalanan ke ruangan monitoring pasien dan masih terpasang Intubasi

BAB V LOGISTIK

A. Perencanaan Logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Unit Kamar Operasi sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun kelompok logistik di Unit Kamar Operasi meliputi :

Tabel 5.4 Barang Logistik Umum

No	Jenis Barang Logistik Umum	Jenis			
		Rutin	Tidak Rutin	Qty	Satuan
Unit Kamar Operasi					
1	Tissue	✓		10	Box
2	Balpoint	✓		10	Pcs
3	Sabun Mandi	✓		3	Pcs
4	kertas A4	✓		3	Pcs
5	Kertsas F4	✓		2	Pcs
6	Polybag putih	✓		5	Pcs
7	Polybag hitam	✓		15	Pak
8	Polybag kuning	✓		25	Pak
9	Kresek putih	✓		5	Pak
10	Kendi	✓		40	Pcs
11	Paket SC	✓		40	Pcs
12	Board marker permanen	✓		5	Pcs
13	Board marker	✓		5	Pcs
14	Clipp	✓		2	Pak
15	Staples No 10	✓		2	Pak
16	Staples No 15	✓		2	Pak
17	Pot PA kecil	✓		30	Pcs
18	Pot PA besar	✓		30	Pcs
19	Buku polio	✓		5	Pcs
20	Buku setengah polio	✓		5	Pcs
21	Kamper	✓		2	Pak
22	Solatif kecil	✓		2	Pcs
23	Tinta printer epson		✓	2	Pcs
24	Batu batre AA		✓	5	Pcs
25	Batu batre AAA		✓	5	Pcs
26	Form resep		✓	3	Rim

27	Form pengkajian induksi dan pemantauan Anestesi	✓		3	Rim
28	Form BMHP anestesi	✓		3	Rim
29	Form alat dan bmhp kamar operasi	✓		3	Rim
30	Form perincian kamar operasi	✓		3	Rim
31	Form permintaan pemeriksaan histopalogi	✓		2	Rim
32	Form catatan perawat	✓		2	Rim
33	Form CPPT	✓		2	Rim
34	Form cheklist keselamatan pasien	✓		3	Rim
35	Form sedasi anestesi	✓		3	Rim
36	Form surveilans luka operasi	✓		3	Rim
37	Form laporan operasi	✓		2	Rim
38	Form laporan operasi curetase	✓		2	Rim
39	Form laporan operasi sc	✓		2	Rim
40	Form surat kontrol	✓		2	Rim
41	Form penandaan lokasi operasi	✓		2	Rim
42	Form pemberian informasi pasien pulang	✓		2	Rim
43	Form pemeriksaan radiologi	✓		2	Rim
44	Form pemeriksaan laboratorium	✓		2	Rim
45	Form keterangan lahir	✓		2	Rim
46	Form resume medik	✓		2	Rim
47	Form pemakaian implan	✓		2	Rim
48	Form kontrasepsi	✓		2	Rim
49	Form persetujuan transfusi darah	✓		2	Rim
50	Form penolakan operasi	✓		2	Rim
51	Form pembatalan operasi	✓		2	Rim
52	Form pengkajian perioperatif	✓		2	Rim
53	Form persetujuan tindakan kedokteran anestesi	✓		2	Rim
54	Form persetujuan pemasangan infus	✓		2	Rim
55	Form serah terima pasien sebelum sesudah operasi	✓		2	Rim
56	Form kartu anestesi	✓		3	Rim

57	Form persetujuan tindakan kedokteran	✓		2	Rim
58	Label no 103	✓		2	Pak
59	Pos it (stickii)	✓		2	Pak
60	Face shield	✓		12	Buah
61	Formulir permintaan Sterilisasi	✓		2	Rim
62	Formulir distribusi alat kotor dan bersih	✓		2	Rim
Unit Kamar Bersalin					
1	Pulpen	✓		4	Buah
2	Amlpop RSIH Kecil	✓		1	Pak
3	Amplop RSIH Besar	✓		1	Pak
4	Atom Hecter Besar	✓		1	Pak
5	Atom Hecter Sedang	✓		1	pak
6	Double tip	✓		1	Buah
7	solatip besar	✓		1	Buah
8	kerta A4	✓		1	Rim
9	batre AA	✓		1	Buah
10	Batre 9 VOLT	✓		1	Buah
11	post it	✓		1	Buah
12	cemy permanent	✓		1	Buah
13	klip kecil	✓		1	Pak
14	klip sedang	✓		1	Pak
15	klip hitam	✓		1	Pak
16	Pembolong kertas	✓		0	Buah
17	Penggaris besi	✓		1	Buah
18	Pendil	✓		15	Buah
19	Plastik kuning 60x100	✓		3	Pak
20	Penghapus	✓		1	Buah
21	Label 109/10 sheet	✓		5	Buah
22	Label 121/10 sheet	✓		5	Buah
23	Stabilo	✓		2	Buah
24	Klip Binder 111 (25mm)	✓		1	Pak
25	Tisu Facial	✓		4	Buah
26	Pulpen 4 warna	✓		2	Buah
27	Paket bersaln	✓		15	Buah

Tabel 5.5 Barang Logistik Farmasi

No	Jenis Barang Logistik Farmasi	Jenis		Qty	Satuan
		Rutin	Tidak Rutin		
Depo Unit Khusus					
1	Oxynorm	✓		10	Ampul
2	Petidine	✓		10	Ampul
3	Fentanyl	✓		10	Ampul

4	Etanyl	✓		10	Ampul
5	Morpina	✓		1	Ampul
6	Emegran	✓		5	Ampul
7	Asam Traneksamat 500mg	✓		5	Ampul
8	Ondansetron 4mg	✓		5	Ampul
9	Prostigmin	✓		5	Ampul
10	Epineprin	✓		5	Ampul
11	Dexametason	✓		5	Ampul
12	Granisetron 3 mg	✓		5	Ampul
13	Epedrin	✓		5	Ampul
14	Tramadol	✓		5	Ampul
15	Torasic	✓		5	Ampul
16	Mepro K	✓		5	Ampul
17	Kalnex	✓		5	Ampul
18	Ketorolac	✓		5	Ampul
19	Topedex	✓		5	Ampul
20	Pospargin	✓		5	Ampul
21	Myotonic	✓		5	Ampul
22	Induxin	✓		5	Ampul
23	Purosemid	✓		5	Ampul
24	Efrala	✓		5	Ampul
25	Gentamicin	✓		5	Ampul
26	Ranitidine	✓		5	Ampul
27	Atrofin sulfat	✓		5	Ampul
28	Ketamine	✓		1	Vial
29	Tiofol	✓		1	Vial
30	Posmicin	✓		1	Vial
31	Cefobactam	✓		5	Vial
32	Piralen	✓		5	Ampul
33	Pehacain	✓		5	Ampul
34	Lidocaine	✓		5	Ampul
35	Invitex	✓		10	Tablet
36	Kaltropen supp	✓		5	Supp
37	Bunascan	✓		5	Ampul
38	Recofol	✓		5	Ampul
39	Levica	✓		5	Ampul

40	Tramus 25 mg	✓		5	Ampul
41	Widatra 1000	✓		10	Plabot
42	Widatra 100	✓		10	Plabot
43	Sanbe RL	✓		10	Bag
44	Gelapusal	✓		2	Bag
45	Tensocrap 6'in	✓		2	Buah
46	Tensocrap 4'in	✓		2	Buah
47	Tensocrape 3'in	✓		2	Buah
48	Gypsona 6'in	✓		2	Buah
49	Gypsona 4'in	✓		2	Buah
50	Gypsona 3'in	✓		2	Buah
51	Sofban 6'in	✓		2	Buah
52	Sofban 4'in	✓		2	Buah
53	Sofban 3'in	✓		2	Buah
54	Micropore 1'in	✓		3	Buah
55	Micropore 0,5 'in	✓		3	Buah
56	ETT 3	✓		2	Buah
57	ETT 3,5	✓		2	Buah
58	ETT 4,5	✓		2	Buah
59	ETT 4	✓		2	Buah
60	ETT 5	✓		2	Buah
61	ETT 5,5	✓		2	Buah
62	ETT 6	✓		2	Buah
63	ETT 6,5	✓		2	Buah
64	ETT 7	✓		2	Buah
65	ETT 7,5	✓		2	Buah
66	ETT 8	✓		2	Buah
67	Connecting tube	✓		5	Buah
68	Linapen	✓		5	Buah
69	Volypac	✓		3	Buah
70	Cefoplurane	✓		3	Botol
71	Aeran	✓		3	Botol
72	Paracetamol infus	✓		3	Botol
73	Aquabides	✓		3	Botol
74	Metronidazole	✓		3	Botol
75	Spinocain 26	✓		5	Buah
76	Spinocain 27	✓		5	Buah

77	Collacure	✓		5	Buah
78	Opsite 25	✓		5	Buah
79	Opsite 9,5	✓		5	Buah
80	Opsite 6,5	✓		5	Buah
81	Bonewax	✓		5	Buah
82	Cuticell	✓		5	Buah
83	Colostomy bag	✓		5	Buah
84	Mess hernia	✓		5	Buah
85	NGT 18	✓		5	Buah
86	NGT 16	✓		5	Buah
87	NGT 14	✓		5	Buah
88	NGT 12	✓		5	Buah
89	NGT 10	✓		5	Buah
90	NGT 8	✓		5	Buah
91	NGT 5	✓		5	Buah
92	Bloodset	✓		5	Buah
93	Microset	✓		5	Buah
94	Macroset	✓		5	Buah
95	Urine bag	✓		5	Buah
96	Canul Suction	✓		5	Buah
97	Kateter Urine 8	✓		5	Buah
98	Kateter Urine 10	✓		5	Buah
99	Kateter Urine 12	✓		5	Buah
100	Kateter Urine 14	✓		5	Buah
101	Kateter Urine 16	✓		5	Buah
102	Kateter Urine 18	✓		5	Buah
103	Kateter Urine 22	✓		5	Buah
104	Kateter urine 3 way 20	✓		5	Buah
105	Kateter urine 3 way 22	✓		5	Buah
106	Kateter urine 3 way 24	✓		5	Buah
107	Sarung tangan T-glove no 6,5	✓		15	Pasang
108	Sarung tangan T-glove no 7	✓		15	Pasang
109	Sarung tangan T-glove no 7,5	✓		15	Pasang

110	Sarung tangan T-glove no 8	✓		15	Pasang
111	K.Y jell	✓		5	Buah
112	cate jell	✓		5	Buah
113	Bedliner	✓		10	Buah
114	Underpad	✓		10	Buah
115	Abbocath 18	✓		5	Buah
116	Abbocath 20	✓		5	Buah
117	Abbocath 22	✓		5	Buah
118	Abbocath 14	✓		5	Buah
119	Abbocath 24	✓		5	Buah
120	Abbocath 26	✓		5	Buah
121	Poliprovlyen 6,0 Taper SMI	✓		6	Pcs
122	Poliprovlyen 7,0 Taper SMI	✓		6	Pcs
123	Terumo Spuit 1 cc	✓		10	Buah
124	Terumo Spuit 3 cc	✓		10	Buah
125	Terumo Spuit 5 cc	✓		10	Buah
126	Terumo Spuit 10 cc	✓		10	Buah
127	Terumo Spuit 50 cc	✓		5	Buah
128	Terumo Spuit 60 cc	✓		5	Buah
129	Bisturi 11	✓		5	Buah
130	Bisturi 15	✓		5	Buah
131	Bisturi 20	✓		5	Buah
132	Bisturi 23	✓		5	Buah
133	Nova T	✓		5	Buah
134	Cover T (Andalan)	✓		5	Buah
135	Surgricyl 2-0 cut SMI	✓		5	Pcs
136	Surgricyl 4-0 tap SMI	✓		5	Pcs
137	Surgricyl 3-0 cut SMI	✓		12	Pcs
138	Surgricyl 1 tap SMI	✓		12	Pcs
139	Surgricyl 3-0 tap SMI	✓		5	Pcs

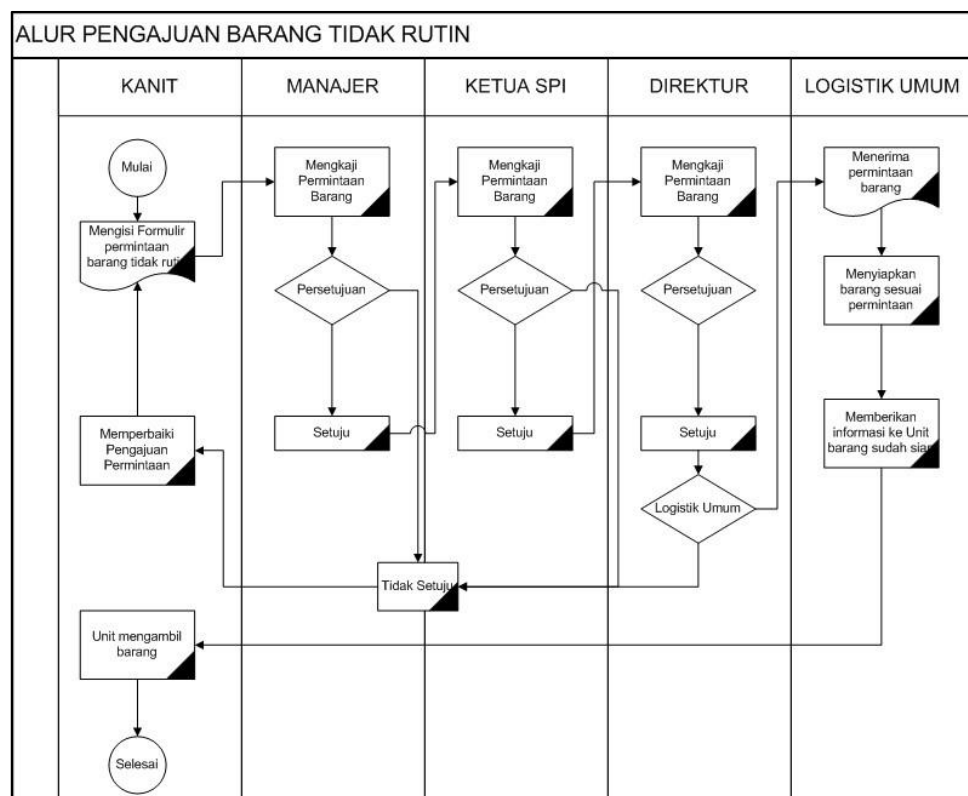
140	Surgricyl 2-0 tap SMI	✓		5	Pcs
141	Surgricyl 0 tap SMI	✓		5	Pcs
142	Surgrion 1 tap Apex	✓		12	Pcs
143	Surgrion 2-0 tap Apex	✓		5	Pcs
144	Surgrion 3-0 tap Apex	✓		5	Pcs
145	Surgrion 3-0 cut Apex	✓		12	Pcs
146	Monolon 2-0 cut Apex	✓		5	Pcs
147	Daclon 2-0 cut SMI	✓		5	Pcs
148	Daclon 3-0 cut SMI	✓		12	Pcs
149	Daclon 4-0 cut SMI	✓		5	Pcs
150	Daclon 5-0 cut SMI	✓		5	Pcs
151	Silk 0 tap SMI	✓		5	Pcs
152	Silk 1 tap SMI	✓		5	Pcs
153	Silk 2 tap SMI	✓		5	Pcs
154	Silk 2-0 tap SMI	✓		12	Pcs
155	Silk 3-0 tap SMI	✓		5	Pcs
156	Silk 3-0 tap Apex	✓		5	Pcs
157	Silk 4-0 tap SMI	✓		5	Pcs
158	Polyester 2-0 tap SMI	✓		5	Pcs
159	Chromic 0 tap Apex	✓		5	Pcs
160	Chromic 0 tap SMI	✓		5	Pcs
161	Chromic 0 cut SMI	✓		5	Pcs
162	Chromic 0 tanpa jarum SMI	✓		1	Pcs
163	Chromic 1 tap SMI	✓		5	Pcs
164	Chromic 1 tap Apex	✓		5	Pcs
165	Chromic 2 tap SMI	✓		5	Pcs
166	Chromic 2 tap Apex	✓		12	Pcs

167	Chromic 2-0 tap SMI	✓		6	Pcs
168	Chromic 2-0 tap Apex	✓		6	Pcs
169	Chromic 2-0 cut SMI	✓		3	Pcs
170	Chromic 2-0 cut Apex	✓		3	Pcs
171	Chromic 3-0 tap SMI	✓		5	Pcs
172	Chromic 3-0 tap Apex	✓		5	Pcs
173	Chromic 3-0 cut SMI	✓		5	Pcs
174	Chromic 4-0 tap Apex	✓		5	Pcs
175	Chromic 4-0 tap SMI	✓		5	Pcs
176	Medical doek	✓		10	Buah
177	Catapres	✓		5	Ampul
178	Water Irigasi	✓		20	Plabot
179	Cateter Silikon no 14	✓		5	Buah
180	Cateter Silikon no 16	✓		5	Buah
181	Cateter Silikon no 18	✓		5	Buah
182	Extenson Tube	✓		5	Buah
183	Kassa sedang		✓	60	Pak
184	Kassa X-Ray		✓	48	Pak
185	Bigauze		✓	5	Pak
186	Hypapik		✓	12	Buah
187	Betadine		✓	4	Botol
188	Alkohol		✓	1	Kompan
189	Pd-srub		✓	1	Kompan
190	Plester		✓	5	Buah
191	Alkohol one swab		✓	6	Box
192	Masker Bedah		✓	32	Box
193	Masker N95		✓	10	Buah
194	Nurse cap		✓	10	Box
195	Handscoon disposable		✓	11	Box

196	Anyosim		✓	1	Botol
197	Xy-Jel		✓	5	Buah
198	Micropore Kecil		✓	10	Buah
199	Micropore Besar		✓	10	Buah
100	Pencukur/Gyllet		✓	5	Buah
101	Apron		✓	9	Box
102	Steranios		✓	1	Kompan
103	Sogeva 10 in		✓	1	Buah
104	Sogeva 20 in		✓	1	Buah
105	Sogeva 30 in		✓	1	Buah
106	Indikator Tape		✓	1	Buah
107	Formalin		✓	1	Kompan

Pengadaan logistik di Unit Kamar Operasi dilakukan melalui Logistik Umum dan/atau Logistik Farmasi, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan.

Adapun pengadaan logistik di Unit Kamar Operasi dilakukan berdasarkan alur sebagai berikut :



Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik

B. Pengendalian Logistik

Pengendalian dilakukan terhadap jenis, jumlah dan penggunaan logistik. Tujuan pengendalian persediaan logistik adalah untuk memastikan persediaan efektif dan efisien

atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan logistik. Adapun cara untuk mengendalikan persediaan logistik di Unit Kamar Operasi adalah :

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
3. *Stock opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

C. Monitoring dan Evaluasi Logistik

Untuk mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan kegiatan dan pengembangan di Unit Kamar Operasi diperlukan adanya manajemen kegiatan berupa monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
2. Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan.
3. Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian.

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien merupakan hal yang paling utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit merupakan tempat yang rentan atau penuh dengan risiko yang dapat mengancam keselamatan pasien. Banyaknya jumlah pasien, jenis obat, jenis pemeriksaan, prosedur, serta staf rumah sakit dapat menjadi sumber risiko yang berpotensi menyebabkan terjadinya kesalahan. Untuk menjamin adanya sistem dalam mengendalikan dan mengurangi risiko, maka Unit Kamar Operasi melakukan manajemen risiko yang merupakan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian kepada pasien.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit Kamar Operasi dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko

Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number (RPN)*.

2. Analisis Risiko

Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*.

3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan pasien di Unit Kamar Operasi antara lain:

Risiko	Salah insisi lokasi operasi, prosedur dan salah Pasien
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak dilakukan penandaan area Operasi (<i>site marking</i>) - Tidak dilakukan pengkajian preoperatif kepada Pasien - Tidak melakukan komunikasi yang baik dan benar
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Mengisi lembar <i>surgical safety cheklis</i> Pasien - Penandaan Area operasi oleh DPJP di ruangan atau di ruang Persiapan - Dilukainya time out sebelum dokter melakukan insisi

Risiko	Luka bakar akibat mesin elektromagnetik /cauter
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Electrosurgical pads</i>/ardeu tidak menempel pada kulit pasien - Tidak amannya peralatan medis yang digunakan
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Pastikan grounding menempel di kulit /tungkai bawah pasien dengan aman dan tambahkan jeli kembali bila kurang menempel - Uji fungsi terhadap alat-alat medis terutama pada sambungan kabel sering terkelupas

Risiko	Resiko jatuh di Ruang Pemulihan akibat efek pembiusan
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak di pasanganya bed rail Pasien - Tidak ada petugas Kamar operasi/Anestesi yang mengobservasi di Ruang Pemulihan
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Pastikan Bed rail pasien terpasang aman, kuat dan berfungsi dengan baik - Adanya perawat yang standby di Ruang pemulihan - Libatkan orangtua pasien untuk menjaga di Ruang Pemulihan khusus buat pasien Anak

Risiko	Tertinggalnya Instrumen atau kassa dalam bagian tubuh pasien pada saat melakukan tindakan Operasi
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kurang telitinya petugas Scrub nurse dalam pengelolaan alat - Operasi terburu-buru karena pendarahan atau stressor karenai Dokter bedahnya galak - Tidak melakukannya <i>Sighn Out</i> ketika Dokter bedah mau melakukan penutupan bagian perineum/Penutupan sayatan
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Pastikan alat maupun kassa di hitung dengan benar sebelum melakukan tindakan Operasi - Lakukan <i>sighn Out</i> - Tidak panik pada saat melakukan tindakan Operasi

Risiko	Listrik padam dan tidak ada air
Penyebab Risiko	Genset yang tidak bisa menyala, dan tidak dilakukakannya monitoring ketersediaan air
Mitigasi Risiko	Melakukan uji pemeriksaan terhadap keamanan sistem penunjang (listrik dan air)

Risiko	Gas medik kosong
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Alarm tidak menyala karena Rusak - Gas medik kosong dari Distributor - Tidak dilakukannya monitoring ketersediaan stock Gas medis
Mitigasi Risiko	Melakukan uji pemeriksaan terhadap keamanan sistem penunjang, stock gas medik

Risiko	Salah pemberian obat Anestesi
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kemasan serta nama obat hampir sama - Tindakan terburu-buru karena Pasien Perburukan - Mengantuk atau kelelahan
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Double chek nama obat pada saat pemberian - Pisahkan obat-obatan yang hampir serupa dan di kotak obatnya di kasih nama yang jelas da mudah terbaca

Risiko	Terjadinya infeksi Nosokomial pada Pasien
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan dan pengelolaan alat instrumen tidak benar dan tidak steril - Alat prasarana yang ada di ruangan Kamar Operasi kotor - Tidak cuci tangan pada saat mau tindakan Operasi
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan cuci tangan bedah dengan baik dan benar pada saat melakukan tindakan pembedahan - Semua petugas harus memahami penggunaan dan pengelolaan alat dengan tepat

A. Keselamatan pasien di Kamar Bersalin

1. Identifikasi Resiko Keselamatan Pasien

Untuk mencegah terjadinya resiko keselamatan pasien dalam di Unit Kamar Bersalin maka semua unit-unit di Rawat Inap wajib melakukan identifikasi resiko keselamatan pasien sesuai dengan Pedoman Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Identifikasi keselamatan pasien antara lain

- a) mengidentifikasi pasien dengan benar;
- b) meningkatkan komunikasi yang efektif;
- c) meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
- d) memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar;
- e) mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
- f) mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

2. Manajemen Keselamatan Pasien di Unit Kamar Bersalin yakni :

- a) Melakukan identifikasi pasien sesuai standar yang berlaku.
- b) Peningkatan komunikasi efektif
 - 1) Melakukan komunikasi efektif SBAR pada saat :
 - Komunikasi antar perawat.
 - Komunikasi perawat dengan dokter.
 - Komunikasi antar staf kesehatan lainnya yang bertugas di rumah sakit
 - 2) Menggunakan komunikasi SBAR pada saat :
 - Pergantian shift jaga.
 - Terjadi perpindahan rawat pasien.
 - Terjadi perubahan situasi atau kondisi pasien.
 - Melaporkan hasil pemeriksaan, efek samping terapi/tindakan, atau perburukkan kondisi pasien melalui telepon kepada dokter yang merawat.
 - 3) Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai
 - Melaksanakan SPO Independent Double Check, Obat kewaspadaan tinggi pada obat-obat yang termasuk dalam daftar obat *High Alert*.
 - Melakukan pengkajian 5 tepat (tepat jenis, tepat pasien, tepat dosis, tepat rute, tepat cairan pelarut) baik obat, darah maupun produk darah lain sebelum diberikan kepada pasien
 - 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien pada operasi
 - 5) Pengurangan Risiko Infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - Melakukan pengisian formulir data pemantauan surveilans :

- Infeksi luka infuse/flebitis
 - Infeksi aliran darah.
 - Infeksi saluran kemih.
 - Infeksi daerah operasi.
 - HAP (*hospital acquired pneumonia*).
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Melakukan pemantauan kegiatan pengendalian infeksi.
 - Melakukan pelaporan dan analisa kejadian infeksi.
 - Melakukan sosialisasi hasil analisa kejadian infeksi.
 - Melakukan evaluasi kegiatan pengendalian infeksi
- 6) Pengurangan Risiko pasien jatuh
- Melakukan pencegahan pasien jatuh dengan *assesment* risiko dan tindak lanjut kepada pasien yang dirawat.
 - Melakukan pengkajian risiko pasien jatuh dan edukasi pasien dan keluarga.
 - Melaporkan kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi.
 - Melakukan analisa sederhana terhadap kejadian KTD yang terjadi di masing-masing unit pelayanan.
 - Melakukan sosialisasi hasil analisa KTD yang terjadi

3. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien

a) Tata Laksana Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien terdapat 7 langkah menuju keselamatan pasien Rumah Sakit. Adapun 7 langkah tersebut adalah :

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- 2) Memimpin dan mendukung karyawan. Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
- 3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan pengkajian hal potensial bermasalah.
- 4) Mengembangkan sistem pelaporan. Memastikan karyawan agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta Rumah Sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit).
- 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Mengembangkan cara-cara yang terbuka dengan pasien.
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa suatu kejadian timbul.
- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan

b) Standar Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien ada beberapa standar yang harus diterapkan, yaitu:

- 1) Hak pasien.
 - 2) Mendidik pasien dan keluarga.
 - 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
 - 4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
 - 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
 - 6) Mendidik karyawan tentang keselamatan pasien.
 - 7) Komunikasi yang merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien.
- c) Sasaran Keselamatan Pasien
- 1) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - 2) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan limbah termasuk limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun).
 - 3) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan sanitasi dan lingkungan.
 - 4) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan linen.
 - 5) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan makanan
- d) Pelaporan insiden keselamatan pasien
- adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

Medication error terjadi akibat pemberian obat ataupun salah mendiagnosis yang berdampak pada kesalahan dalam pemberian obat, yang termasuk kesalahan dalam pengobatan (*Medication Error*) adalah :

- 1) Salah Obat.
- 2) Salah dosis.
- 3) Salah jumlah obat.
- 4) Salah resep/order yang berkaitan dengan penyakit atau kondisi pasien.
- 5) Salah aturan pakai obat/frekuensi pemberian.
- 6) Salah rute pemberian (Misalnya seharusnya diberikan intramuscular tetapi diberikan intravena).
- 7) Salah pasien.
- 8) Salah indikasi.
- 9) Obat Kadalua

BAB VII KESELAMATAN KERJA

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahan, landasan kerja dan lingkungan kerja serta cara-cara melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang berada di rumah sakit termasuk Unit kamar Operasi dan Kamar Bersalin dengan demikian keselamatan kerja adalah dari, oleh dan untuk setiap tenaga kerja dan orang lain yang berada di rumah sakit serta masyarakat di sekitar rumah sakit yang mungkin terkena dampak akibat suatu proses kerja. Dengan demikian jelas bahwa keselamatan kerja adalah merupakan sarana utama untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang dapat menimbulkan kerugian yang berupa luka / cedera, cacat / kematian, kerugian harta benda dan kerusakan peralatan mesin dan lingkungan secara luas.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit kamar Operasi dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko

Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number* (RPN).

2. Analisis Risiko

Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA).

3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan kerja di Unit Kamar Operasi dan Kamar Bersalin antara lain:

a. Keselamatan Kerja di Unit Kamar Operasi

Risiko	Bahaya/insiden kecelakaan fisik
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none">- Peralatan medis jatuh menimpa kaki(sandaran tangan meja Operasi) yang sudah longgar- Jatuh dilantai karena licin pada saat situasi darurat- Tertusuk jarum atau pisau bedah karena keadaan penyimpanan yang tidak benar dan posisi sulit pada saat tindakan Operasi- Luka bakar akibat uap panas dari sterilisator- Nyeri punggung karena berdiri lama dan mengangkat pasien yang gemuk
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none">- Dilakukan maintenance alat-alat medis oleh IPRS atau vendor- Harus ada CS yang standby yang segera mengeringkan lantai atau Pel lantai terutama bekas cuci tangan- Di sediakkannya tempat penyimpanan alat-alat tajam (Pisau bedah) dan pada saat melapangkan area Operasi harus

	menggunakan alat instrumen hak <i>abdomen</i> jangan menggunakan tangan - Mengetahui tatacara pemakaian alat atau gantungkan SOP penggunaan alat di mesin tersebut - Di sediakan nya <i>easy move</i> /alat pemindah pasien, posisi badan sejajar dengan operator bedah menghindari <i>Low back pain</i> (LBP)
--	--

Risiko	Bahaya Kimia
Penyebab Risiko	- Paparan/keracunan dari gas medik N2O atau halotan karena tidak adanya saluran pembuangan gas medik N2O - Iritasi kulit atau tangan akibat pemakaian sabun cuci tangan - Alergi latex atau sarung tangan karena terdapatnya bedak - Iritasi mata dan tenggorokan akibat pemaparan aerosol dan cipratan disinfektan pada saat perendaman atau pengelolaan alat
Mitigasi Risiko	- Harus disediakan nya saluran pembuangan gas medik atau <i>exhaust fan</i> dalam keadaan menyala - Memilih cairan cuci tangan yang ada kandungan <i>chlorhexidine gluconate 4%</i> - Pilih sarung tangan steril <i>non powder</i> - Pemakaian google/kacamata Bedah

Risiko	Bahaya biologi
Penyebab Risiko	- Karena paparan terhadap darah, cairan tubuh atau spesimen jaringan pada pasien HIV, hepatitis B dan hepatitis C. - Peningkatan bahaya keguguran spontan akibat kelelahan berdiri, stressor dan paparan Gas Anestesi
Mitigasi Risiko	- Menggunakan APD lengkap sesuai SPO dan melakukan tindakan Operasi dengan penuh hati-hati - Melakukan MCU karyawan Kamar Operasi secara periodik - Menggunakan jas Operasi disposable - Pemilahan petugas di Kamar Operasi, terutama ibu hamil muda tidak di ikutkan dalam tindakan pembedahan

Risiko	Tersengat Listrik
Mitigasi Risiko	Terdapat kabel yan terkelupas
Mitigasi Risiko	Jika melihat ada kabel yang terkelupas segera melapor ke IPRS untuk di tutup memakai lakban hitam

Risiko	Penurunan Kesehatan Kerja
Mitigasi Risiko	Kelelahan bekerja pada lingkungan yang risiko tinggi atau berdiri lama pada saat melakukan tindakan Operasi
Mitigasi Risiko	- Melakukan peningkatan kesehatan bagi karyawan

	- Memberikan makanan tambahan terhadap karyawan pada unit-unit khusus
--	---

b. Keselamatan Kerja di Kamar Bersalin

1. Risiko Keselamatan Staf (*Staff Safety*)

- Tertusuk jarum suntik.
- Terpapar cairan tubuh pasien (bahan infeksius).
- Terpapar bahan kimia cair.
- Terpapar infeksi terutama air-borne.
- Terpapar bahaya radiasi dari obat kemoterapi.
- Security *hazard* dari pasien/pengunjung

c. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja

1. Manajemen Keselamatan Staf

- Menerapkan universal precaution dalam setiap tindakan.
- Selalu menggunakan Alat Pelindung Diri (sarung tangan, masker, alat pelindung mata/muka) pada saat melakukan prosedur.
- Sputum dan benda tajam lainnya diletakkan dalam wadah tahan tusuk. Jangan menutup, membengkokkan atau mematahkan benda tajam secara manual.
- Permukaan meja, lantai harus didekontaminasi dengan desinfektan kimiawi setelah ada tumpahan bahan infeksius.
- Pengadaan, penyimpanan, pemakaian dan pembuangan B3 sesuai dengan prosedur.
- Monitoring paparan radiasi dengan personal monitor.
- Prosedur penanganan needle stick injury dan cairan tubuh lainnya.
- Pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi RS.
- Penanaman budaya safety.
- Memberikan pendidikan untuk setiap prosedur dan bahan berbahaya yang baru
- Melakukan edukasi bencana :
 - Kode yang diumumkan melalui *paging* :
 - Code Red* : pemberitahuan kebakaran.
 - Code Green* : pemberitahuan gempa.
 - Code Blue* : pemberitahuan henti jantung
 - Kode yang tidak diumumkan melalui *paging* :
 - Code Black* : pemberitahuan ancaman bom.
 - Code Purple* : pemberitahuan pasien IGD melebihi kapasitas pelayanan.
 - Code Pink* : pemberitahuan penculikan bayi/anak..
 - Code Brown* : pemberitahuan adanya wabah
- Melakukan edukasi kebakaran
 - Prosedur bila menemukan api : RACE
 - R / *Rescue* : selamatkan orang dekat api.
 - A / *Alarm* : tekan alarm atau hubungi *security*
 - C / *Confine* : batasi perjalanan api dengan menutup pintu/jendela.
 - E / *Extinguish* : padamkan api dengan APAR

- b) Prosedur penggunaan APAR : PASS
P / Pin pengaman dicabut.
A / Arahkan *spray nozzle* ke dasar api.
S / Semprotkan APAR dengan menekan *handle*.
S / Sapukan ke sisi-sisi api
- c) Prosedur bila mendengar *Code Red* : 4S
Stop pekerjaan.
S / Siapkan pasien-pasien, rekam medis dan peralatan penting lainnya yang akan di evakuasi.
S / Setelah terdengar instruksi lewat *paging* lakukan evakuasi sesuai dengan petunjuk.
S / Selalu menggunakan tangga darurat
- 14. Melakukan edukasi bila terjadi gempa :
J / Jangan tinggalkan ruangan sampai gempa berhenti.
J / Jatuhkan tubuh/berlindung dibawah meja atau *furniture* yang kokoh.
J / Jauhi benda yang mudah jatuh.
J / Jangan panik dan tunggu instruksi selanjutnya.
- d. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja
 - 1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pegawai
 - a) Pemeriksaan kesehatan prakerja.
 - b) Pemeriksaan kesehatan berkala.
 - c) Pencegahan dan penanganan kecelakaan kerja (tertusuk jarum bekas).
 - d) Pencegahan dan penanganan penyakit akibat kerja.
 - e) Penanganan dan pelaporan kontaminasi bahan berbahaya.
 - f) Monitoring ketersediaan dan kepatuhan pemakaian APD bagi staf.
 - g) Monitoring penggunaan bahan desinfeksi
 - 2. Pengelolaan Bahan dan Barang Berbahaya:
 - a) *Monitoring* kerjasama pengendalian hama.
 - b) *Monitoring ketentuan pengadaan jasa dan barang berbahaya*.
 - c) *Memantau* pengadaan, penyimpanan dan pemakaian B3
 - 3. Kesehatan Lingkungan Kerja:
 - a) Penyehatan ruang bangunan dan halaman Rumah Sakit.
 - b) Penyehatan hygiene dan sanitasi makanan dan minuman.
 - c) Penyehatan air.
 - d) Pengelolaan limbah.
 - e) Pengelolaan tempat pencucian.
 - f) Pengendalian serangga, tikus, dan binatang pengganggu.
 - g) Desinfeksi dan sterilisasi.
 - h) Kawasan tanpa rokok
 - 4. Pengelolaan Limbah Medis Padat, Cair dan Gas
Proses pengelolaan limbah dimulai dari identifikasi, pemisahan, labeling, pengangkutan, penyimpanan hingga pembuangan/ pemusnahan. Kategori limbah medis padat terdiri dari benda tajam, limbah infeksius, limbah patologi, limbah sitotoksik, limbah tabung bertekanan, limbah dengan kandungan logam berat, limbah farmasi, limbah kimia. Pemisahan limbah sesuai jenisnya, antara lain limbah infeksius,

non infeksius, limbah benda tajam dan limbah cair. Wadah tempat penampungan sementara diberi label sesuai pemilahannya yaitu kuning infeksius, hitam non infeksius, coklat kimia farmasi, ungu sitotoksik, dan safety box untuk benda tajam. Pengangkutan menggunakan troli khusus yang kuat, tertutup dan mudah dibersihkan, petugas dalam pengangkutan menggunakan APD untuk dibawa ke tempat penampungan sementara (TPS) yang bertempat di area terbuka dan dapat dijangkau oleh kendaraan pihak ke 3

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

A. Indikator Mutu

Pengendalian mutu di Unit Kamar Operasi dan Kamar Bersalin RS Intan Husada dilakukan berdasarkan standar mutu rumah sakit yang meliputi :

1. Unit Kamar Operasi

Tabel 8.9 Profil Indikator Penundaan Operasi Elektif

Kode Indikator	IMN-6
Nama Indikator	Penundaan Operasi Elektif
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif
Target Pencapaian	≤ 5 %
Kriteria Inklusi	Pasien operasi elektif
Kriteria Eksklusi	Penundaan operasi atas indikasi medis
Formula	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi Jumlah pasien operasi elektif dikali 100%

Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengumpulan Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	<ul style="list-style-type: none"> - Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Kamar Operasi Manajer Pelayanan Medik

Tabel 8.10 Profil Indikator Surgical Safety Checklist
Untuk tindakan Pembedahan Sectio Caesaria

Kode Indikator	IMP-RS 4
Judul Indikator	Kepatuhan <i>Surgical Safety Checklist</i> untuk Tindakan pembedahan <i>Sectio Caesaria</i>
Dasar Pemikiran / Literatur	<ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Tercegahnya kejadian salah pasien, salah prosedur, salah lokasi dalam prosedur pembedahan
Definisi Operasional	<i>Surgical safety checklist</i> adalah alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi berupa daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah <i>surgical safety check list</i> yang telah diisi pada tindakan pembedahan <i>Sectio Caesaria</i>
Denominator	Jumlah seluruh tindakan <i>Sectio Caesaria</i> yang diobservasi
Target Pencapaian	100%

Kriteria Inklusi	Seluruh tindakan pembedahan <i>Sectio Caesaria</i>
Kriteria Eksklusi	Tindakan pembedahan selain <i>Sectio Caesaria</i>
Formula	Jumlah <i>surgical safety check list</i> yang telah diisi pada tindakan pembedahan <i>Sectio Caesaria</i> dibagi jumlah seluruh tindakan <i>Sectio Caesaria</i> yang diobservasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Restrospective</i>
Sumber Data	Sensus
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja Formulir <i>Surgical safety check list</i>
Populasi/sampel	Total populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Unit Kamar Operasi

Tabel 8.11 Profil Indikator Kepatuhan Pemasangan Gelang Bayi Baru Lahir Pada Persalinan Normal dan SC

Kode Indikator	IMP-RS 10
Judul Indikator	Kepatuhan pemasangan gelang bayi baru lahir pada persalinan normal dan SC
Dasar Pemikiran / Literatur	<ul style="list-style-type: none"> - Kepmenkes RI No HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit - PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit - PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Tercapainya deskripsi prosedur dengan dilakukannya pemasangan gelang pada bayi baru lahir persalinan normal atau <i>Sectio Caesaria</i> untuk memastikan tidak terjadinya risiko kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi dan kesalahan pemeriksaan diagnostik dan risiko bayi tertukar
Definisi Operasional	Proses menjalankan salah satu prosedur identifikasi pasien dengan menempelkan/memasang gelang identitas pasien bayi baru lahir pada saat persalinan normal di Unit Kamar Bersalin atau <i>Sectio Caesaria</i> di Unit Kamar Operasi
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah seluruh pasien bayi baru lahir yang terpasang gelang identitas pada persalinan normal

	di Unit Kamar Bersalin atau <i>Sectio Caesaria</i> di Unit Kamar Operasi dalam periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien bayi baru lahir persalinan normal atau <i>Sectio Caesaria</i> dalam periode tertentu
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi	Seluruh bayi baru lahir persalinan normal di Unit Kamar Bersalin atau <i>Ssectio Caesaria</i> di Unit Kamar Operasi
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah seluruh pasien bayi baru lahir yang terpasang gelang identitas pada persalinan normal di Unit Kamar Bersalin atau <i>Sectio Caesaria</i> di Unit Kamar Operasi dalam periode tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien bayi baru lahir persalinan normal atau <i>Sectio Caesaria</i> dalam periode tertentu dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Populasi/sampel	Total populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Unit Kamar Operasi

Tabel 8.12 Profil Indikator Tidak dilakukannya Penandaan Luka Operasi

Kode Indikator	IMP-Unit 16a
Nama Indikator	Tidak Dilakukannya Penandaan Luka Operasi
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada Pasien
Tujuan	Sebagai acuan dalam langkah-langkah keselamatan pasien sebagai tanda atau ciri bagi petugas kesehatan yang akan melakukan tindakan pembedahan invasive
Definisi Operasional	Suatu proses penandaan yang dilakukan oleh dokter/operator bedah untuk melakukan proses

	penandaan area Operasi. Penandaan dilakukan dengan simbol atau teknik khusus, sesuai dengan yang berlaku di Rumah Sakit Intan Husada yaitu angka 0
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah pasien akan dilakukan tindakan <i>invasive</i> dan tidak dilakukan <i>site marking</i> pada periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang sudah di jadwalkan untuk tindakan pembedahan pada periode tertentu
Target Pencapaian	0%
Kriteria Inklusi	Penandaan Area Operasi dilakukan pada operasi yang melibatkan: 1) Sisi kanan/kiri tubuh pasien. 2) Struktur tubuh berlevel/multi level antara lain: jari tangan, jari kaki, tulang belakang
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pasien akan dilakukan tindakan <i>invasive</i> dan tidak dilakukan <i>site marking</i> pada periode tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien yang sudah di jadwalkan untuk tindakan pembedahan pada periode tertentu dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Observasi
Instrumen Pengumpulan Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data observasi terhadap pasien
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan dan Tahunan
Besaran Sampel	Total sampling
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Penanggung jawab	Kepala Unit Kamar Operasi Manajer Pelayanan Medik

2. Unit Kamar Bersalin

a) Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir

Tabel 8.6 Profil Indikator Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir

Kode Indikator	IMP-Unit 17a
Nama Indikator	Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir.
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, Jurnal Kesmas Indonesia ,Vol 9 N0 1, Januari 2017 hal 78-90, SISMADAK.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk mengetahui tidak dilakukannya IMD pada bayi baru lahir di kamar bersalin dan kamar operasi.
Definisi Operasional	Inisiasi Menyusu Dini adalah bayi baru lahir diberi kesempatan untuk memulai atau inisiasi menyusui sendiri segera setelah lahir dengan membiarkan kontak kulit bayi dan ibu setidaknya satu jam atau sampai menyusui pertama selesai.
Jenis Indikator	Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah bayi baru lahir yang tidak dilakukan IMD.
Denominator	Jumlah seluruh bayi baru lahir yang dapat dilakukan IMD pada bulan tersebut.
Kriteria Inklusi	Semua bayi baru lahir yang tidak bermasalah.
Kriteria Eksklusi	Bayi baru lahir dengan permasalahan kesehatan seperti BBLR, Asfiksia, Hydrocephalus, Meningokel, Labiopalatoskizis, Omfalokel / tidak ada dinding perut.
Formula	Jumlah bayi baru lahir yang tidak dilakukan IMD dibagi Jumlah seluruh bayi baru lahir yang dapat dilakukan IMD pada bulan tersebut dikali 100%.
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Concurrent
Cakupan Data	Total populasi

Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	IMN; PROGNAS
Nilai Standar	IAK44 – Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi baru lahir.
Wilayah Pengamatan	30 %
Fungsi Objektif	Ruang Bersalin
Satuan Pengukuran	Minimal
Skala Rasio	%

b) Kematian ibu melahirkan karena perdarahan

Tabel 8.7 Profil Indikator Kematian Ibu Melahirkan Karena Perdarahan

Kode Indikator	IMP-Unit 17b
Nama Indikator	Kematian Ibu Melahirkan Karena Perdarahan
Dasar Pemikiran / Literatur	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Sarwono 214, SISMADAK.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk mengetahui dan mengurangi angka kematian karena perdarahan yang terjadi pada semua kala dalam persalinan.
Definisi Operasional	Insiden yang menunjukkan banyaknya ibu yang meninggal karena perdarahan yang dapat terjadi pada semua kala dalam persalinan. Perdarahan post partum adalah: perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir yang melebihi 500 cc dalam 24 jam pertama persalinan.
Jenis Indikator	Outcome
Numerator	Jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena perdarahan.
Denominator	Jumlah ibu melahirkan dengan perdarahan pada bulan tersebut.
Kriteria Inklusi	Disebabkan antara lain APB, ruptur uteri, kegagalan uri (placenta) untuk keluar secara spontan (retentio

	placenta), tidak berkontraksinya rahim ibu (atonia uteri).
Kriteria Eksklusi	Perdarahan karena trauma pada perut atau karena tindakan fisik yang lain yang tidak berhubungan dengan proses persalinan.
Formula	(Jumlah ibu melahirkan yang meninggal karena perdarahan dibagi Jumlah ibu melahirkan dengan perdarahan pada bulan tersebut dikali 100%).
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per tiga bulan
Cara Pengumpulan Data	Concurrent
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Diagram garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu unit
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	IMN; SPM; PROGNAS
Nilai Standar	IAK40 – Kematian Ibu Melahirkan Karena Perdarahan
Wilayah Pengamatan	2 %
Fungsi Objektif	Kamar Bersalin
Satuan Pengukuran	Minimal
Skala Rasio	%

B. Monitoring

Monitoring merupakan salah satu fungsi manajemen yang mengusahakan agar pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana, target, instruksi, pedoman, standar, peraturan dan hasil yang telah ditetapkan sebelumnya agar mencapai tujuan yang diharapkan sesuai indikator mutu.

C. Evaluasi

Evaluasi adalah proses dan langkah - langkah yang dilakukan oleh Unit Kamar Operasi dalam melakukan analisa mendalam terhadap proses dan hasil pengukuran indikator serta proses perbaikan dan peningkatan mutu, serta mencakup standar acuan

dan pengolahan data. Dalam hal ini, evaluasi dilakukan dengan cara melakukan pembinaan untuk meningkatkan kinerja dari Unit Kamar Operasi yang dilakukan pada setiap akhir program yang didalamnya termasuk program manajemen risiko.

D. Pelaporan

Unit Kamar Operasi memberikan laporan data bulanan kepada Direktur. Adapun yang dilaporkan dalam laporan bulanan meliputi :

- 1) Laporan bulanan meliputi jumlah pasien, data inventaris, masalah yang ada di ruangan maupun pengajuan yang perlu di follow up
- 2) Laporan pengajuan yang perlu di follow up berdasarkan Analisa

Laporan dilakukan sebagai bahan untuk peningkatan pelayanan di Unit Kamar Operasi.

Pelaporan indikator mutu dilakukan oleh Unit Kamar Operasi setiap bulan

E. *Continuous Improvement*

Countinuous improvement adalah proses perbaikan dan peningkatan mutu yang dilakukan oleh Unityang merupakan upaya untuk memastikan bahwa setiap proses perbaikan dan peningkatan mutu dapat dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan

BAB IX PENUTUP

Pedoman Pelayanan Unit Kamar Operasi ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah sakit, sehingga dapat meningkatkan derajat keselamatan dan kesehatan pekerja yang setinggi-tinggi nya dan timbul pekerjaan yang efektif dan efisien.

Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja akan terlaksana dengan optimal bila didukung oleh pengambil kebijakan dan seluruh staf kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu staf di rumah sakit diharapkan mampu memahami program keselamatan dan kesehatan kerja, agar tercipta efektifitas kerja

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 24 Tahun 2016 Tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis

Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tentang Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit Tahun 1999

Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992, tentang Kesehatan

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal

Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 6 tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis tentang penyusunan dan penetapan Standar Pelayanan Minimal