PERATURAN DIREKTUR RSUD dr.MURJANI SAMPIT

NOMOR :001/PER/DIR/RSUD-DM/I/2018

Tentang

KEBIJAKAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN KAMAR

BEDAH SENTRALDI RSUD dr.MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tindakan** | **Nama** | **Jabatan** | **Tandatangan** | **Tanggal** |
| Disiapkan |  |  |  | Januari 2018 |
| Diperiksa |  |  |  | Januari 2018 |
| Disetujui |  |  |  | Januari 2018 |

PERATURAN DIREKTUR RSUD Dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : 001/PER/DIR/RSUD-DM/I/2018

T E N T A N G

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM Dr. MURJANI SAMPIT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MENIMBANG | : | 1. bahwaInstalasi Bedah merupakansuatu unit khusus di rumah sakit yang berfungsi sebagai tempat untuk melakukan tindakan pembedahan/operasi secara elektif maupun akut, yang membutuhkan kondisi steril dan kondisi khusus lainnya. ;. 2. bahwa untuk memberi acuan bagi pelaksanaandan pengembangan serta meningkatkan mutu pelayanan Instalasi Bedah Sentral di rumah sakit, maka diperlukan Pedoman Pelayanan Bedah Sentral. 3. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b) diatas maka diperlukan Pedoman Pelayanan Bedah Sentral di Rumah Sakit Umum Dr.Murjani Sampit. |
| MENGINGAT | : | 1. [Undang-undang Nomor 36 tahun 2009](http://ngada.org/uu36-2009bt.htm) tentang Kesehatan 2. [Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit](http://ngada.org/uu44-2009.htm) 3. Undang-undang Nomor 29 tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/MENKES/PER/III/2011 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi Dan Terapi Intensif Di Rumah Sakit 5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor :.........................tentang Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Dr.Murjani Sampit. 6. Surat Keputusan Nomor :............................ tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Umum Dr.Murjani Sampit. 7. Surat KeputusanNomor : ................................. tentang Pengesahan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umun Dr.Murjani Sampit. |
| **MEMUTUSKAN** | | |
| MENETAPKAN | : |  |
| KESATU | : | Pedoman Pelayanan Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Dr.Murjani Sampit sebagaimana terlampir dalam keputusan ini. |
| KEDUA | : | Surat Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan, dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya |
| KETIGA | : | Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya |

Ditetapkan di : Sampit

Tanggal : Januari 2018

Direktur

**Dr. DENNY MUDA PERDANA,SP.Rad**

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001

TEMBUSAN Yth :

1. Kepala Instalasi Bedah Sentral
2. Penjab Kamar Bedah
3. Arsip

LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DR.MURJANI SAMPIT

NOMOR :

TANGGAL : .....Januari 2018

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **LATAR BELAKANG**

Dalam Undang Undang RI No 44 th 2009 tentang Rumah Sakit dijelaskan bahwa penyelenggaraan rumah sakit bertujuan memberi perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit, serta meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Perawatan kamar bedah merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di seluruh dunia dengan perkiraan sebesar 234 juta operasi setiap tahunnya. Operasi dilakukan setiap komunitas masyarakat dari yang kaya sampai yang miskin dari yang desa sampai yang kota.

Perkembangan peralatan dan teknologi di rumah sakit juga memiliki dampak dalam meningkatkan resiko terhadap pasien dan petugas di kamar bedah yang merupakan unit khusus di rumah sakit. Teknologi canggih meningkatkan kebutuhan pasien untuk mengukur keselamatan sebagai peralatan dan instrumen yang dapat berdampak negatif pada outcome pasien apabila tidak digunakan secara tepat dan benar. Bahaya yang dapat dihadapi perawat kamar bedah dan tim bedah antara lain

1. **TUJUAN PEDOMAN**
2. Tujuan umum :

Untuk meningkatkan pelayanan pembedahan terhadap penanganan pasien, meningkatkan kepuasan pasien, meningkatkan kepuasan tim bedah.

1. Tujuan khusus :
2. Untuk memenuhi standar keamanan bagi pasien dan petugas.
3. Untuk mempermudah atau petunjuk bagi petugas dalam melaksanakan kegiatan pelayanan pembedahan.
4. Meningkatkan keamanan tindakan bedah dengan menciptakan standardisasi prosedur yang aman
5. Mengurangi tingkat mortalitas, morbiditas, dan disabilitas/kecacatan akibat komplikasi prosedur bedah
6. Memudahkan untuk mengingat terutama pada hal-hal kecil dalam memberikan pelayanan yang gampang terabaikan pada keadaan pasien yang kompleks
7. **RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup pelayanan kamar bedah adalah :

1. Pelayanan jenis tindakan operasi berdasarkan spesialisasi yaitu :
2. Operasi bedah umum
3. Operasi bedah obstetri dan genikologi
4. Operasi bedah THT
5. Pelayanan penjadwalan operasi elektif
6. Pelayanan penjadwalan operasi emergensi
7. Pelayanan Cyto
8. Pelayanan perioperatif
9. **BATASAN OPERASIONAL**
10. Pelayanan jenis tindakan operasi berdasarkan spesialisasi

Pelayanan pembedahan yang dilakukan oleh dokter bedah spesialis, spesialis obgyn maupun subspesialis.

1. Pelayanan penjadwalan operasi elektif

Suatu pelayanan penerimaan penjadwalan operasi yang terencana, dimana perawat/bidan unit terkait ( ICU, PONEK, VK/ Kebidanan, Keperawatan) mendaftarkan ke bagian kamar operasi, minimal 1 hari sebelum operasi via telpon, serta menyerahkan formulir pendaftaran pada hari penjadwalan operasi .

1. Pelayanan penjadwalan operasi emergensi/CYTO

Suatu pelayanan penerimaan penjadwalan operasi emergency yang memerlukan tindakan pelayanan segera/darurat karena dapat mengancam kesalamatan pasien maupun dapat menyebabkan kecacatan pasien, dengan ketentuan waktu dari penjadwalan yang diterima dari perawat/bidan unit terkait ( IGD, ICU,PONEK, VK/ Kebidanan, Keperawatan) dalam 30 menit.

1. Pelayanan perioperatif

Pelayanan kamar operasi mulai dari persiapan pasien sebelum operasi, selama operasi dan sesudah operasi.

Pelayan perioperatif meliputi :

1. Pelayanan Pre Operatif
   * 1. Cek ulang persiapan administratif yang meliputi :

* Surat ijin operasi
* Hasil Pemeriksaan penunjang ( laboratorium, Imaging )
* Hasil pemeriksaan ahli anestesi ( visite pra bedah )
* Hasil konsultasi ahli lain
* Identitas pasien ( nama lengkap, tanggal lahir, alamat pasien )
  + 1. Lokasi operasi ( penandaan area operasi )
    2. Prosedur yang akan dilakukan
    3. Persiapan puasa pasien, cukur, huknah dan pelepasan aksesoris
    4. Kelengkapan obat-obatan dan alkes
    5. Persediaan darah bila diperlukan

1. Pelayanan Intra Operatif

Yang meliputi proses

* + 1. Sign In
* Komunikasi secara verbal dengan pasien mengenai ( identitas, lokasi operasi, prosedur operasi dan informed consent )
* Penandaan lokasi operasi
* Standar keamanan anestesi ( Ten Golden Rules )
* Monitor vital sign
* Riwayat alergi dan penyakit lain
* Risiko kehilangan darah
  + 1. Time Out
* Kelengakapan Tim operasi
* Cek ulang ketepatan pasien, lokasi, prosedur operasi
* Antisipasi risiko kehilangan darah, lama operasi dan kemungkinan penyulit baik karena pembedahan maupun anestesi
* Tersedianya kebutuhan dan kesterilan alat
* Kebutuhan pemberian antibiotik selama operasi
* Kebutuhan imaging yang diperlukan.
  + 1. Sign Out
* Prosedur pembedahan telah dicatat
* Instrumen, kassa dan jarum lengkap
* Pemberian label pada specimen bedah
* Apakah dilakukan PA atau tidak
* Kebutuhan transportasi dan perawatan pasca operasi

1. Pasca Operatif

Suatu pelayanan yang diberikan pada pasien di ruang pulih setelah tindakan pembedahan, yang meliputi :

* + 1. Observasi K/U pasien oleh perawat ruang pulih berupa Tekanan darah maximal 5 menit, Nyeri, Suhu, Respirasi, Nadi dan SpO2 secara terus menerus.
    2. Lakukan pelaporan dan serah terima pasien kepada perawat RR dengan menggunakan lembar serah terima pasien pasca bedah ke RR dan daftar tilik penghitungan instrument dan Alkes sesuai SPO Penghitungan Instrumen dan Alkes.
    3. Serahkan jaringan atau spesiment yang ada dan beritahukan di PA atau tidak oleh perawat bedah serta RM pasien yang meliputi , Daftar Tilik Penghitungan,Laporan Perawat, Daftar Tilik Keselamatan Perioperatif, Lembar catatan anestesi dan pemantauan Ruang Pulih, Lembar laporan pemakaian obat dan alat kesehatan yang dipakai.
    4. Lakukan pengecekan gelang identitas pasien,kelengkapan formulir, dan pengecekan lembar daftar tilik keselamatan perioperatif sesudah pembedahan (Sign Out) oleh perawat ruang pulih.
    5. Perawat kamar bedah yang melaporkan dan perawat ruang pulih yang menerima serah terima pasien melakukan tanda tangan pada kolom yang tersedia.
    6. Lakukan pendokumentasian pada lembar pesanan pasien sesudah operasi,lembar pemantauan ruang pulih dan asuhan keperawatan sesuai apa yang dilakukan oleh perawat ruang pulih serta hasil monitoring tekanan darah,nadi,suhu,SpO2,nyeri setiap 15 menit sekali.
    7. Perawat ruang pulih melaporkan hasil observasi mulai dari 15 menit pertama dan sterusnya kepada dokter anestesi untuk perawatan selanjutnya apakah pasien boleh pindah keruangan/ICU.
    8. Lakukan penilaian kelayakan oleh dokter anestesi untuk perawatan pasien selanjutnya dengan kriteria sesuai dengan kriteria pemulangan pasien dari kamar bedah.

1. **LANDASAN HUKUM**
2. [Undang-undang Nomor 36 tahun 2009](http://ngada.org/uu36-2009bt.htm) tentang Kesehatan
3. [Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit](http://ngada.org/uu44-2009.htm)
4. Undang-undang Nomor 29 tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor :..................................... tentang Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Dr.Murjani Sampit.
6. Surat Keputusan Nomor : .................................. tentang Pengangkatan Direksi Rumah Sakit Umum Dr.Murjani Sampit.
7. Surat Keputusan Nomor : ........................... tentang Pengesahan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Dr.Murjani Sampit.

**BAB II**

**STANDAR KETENAGAAN**

1. **JENIS KETENAGAAN**
2. **Tim bedah :**
3. Dokter spesialis Bedah (ahli bedah)
4. Dokter spesialis obgyn (ahli Obgyn)
5. Asisten ahli bedah/perawat asisten
6. Perawat instrumentator (scrub nurse)
7. Perawat sirkuler (circulating nurse)
8. Dokter Anestesi (ahli anestesi)
9. Perawat Anestesi ( perawat kamar bedah terlatih anestesi )
10. **Staf Instalasi Bedah Sentral**
11. Kepala instalasi bedah Sentral
12. Perawat penanggung jawab bedah sentral
13. Penanggung jawab CSSD
14. Perawat pelaksana
15. Tenaga penunjang :
16. Administrasi

* Logistik
* Sanitasi

1. Farmasi
2. **KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA**
3. **Kepala Instalasi Bedah sentral**
4. Pendidikan minmal S1 kedokteran/spesialis bedah/ spesialis obgyn/subspesialis bedah/subspesialis obgyn.
5. Pengalaman minimal 2 tahun di bidang yang sama.
6. Mempunyai sertifikat SIP Depkes, ACLSdan ATLS, PPGD,
7. Pengetahuan kerja : memahami perencanaan jumlah, jenis dan mutu tenaga kerja, perencanaan jumlah dan jenis peralatan dan kegiatan
8. Ketrampilan kerja :perencanaan danpelaksanaan bagian bedah.
9. Kemampuan : merencanakan, melaksanakan, mengontrol dan mengkoordinasi bagian kamar bedah
10. Minat : kemampuan dalam proses pembedahan sampai pasca pembedahan
11. Kondisi kerja : sikap mental agar bisa menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas-tugas yang mengandung resiko yang berhadapan dengan situasi luar biasa, darurat, kritis, bahaya atau kecepatan tinggi, procedural
12. Kondisi fisik : sehat jasmani dan rohani, terutama yang terkait dengan moral
13. **Dokter Spesialis Bedah**
14. Pendidikan minimal S1 kedokteran spesialis/subspesialis bedah
15. Pengalaman minimal 1 tahun dibidang yang sama
16. Mempunyai SIP depkes, penugasan depkes
17. Pengetahuan kerja : bertanggungjawab melakukan pembedahan sesuai keahlian, pengelolaan pasien, pemantauan pembedahan hingga bangsal, pemberian keterangan tentang bedah,
18. Minat kerja : kemampuan pembedahan sampai pasca pembedahan
19. Kondisi kerja : sikap mental agar bisa menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas-tugas yang mengandung resiko yang berhadapan dengan situasi luar biasa, darurat, kritis, bahaya atau kecepatan tinggi, dan procedural
20. Kondisi fisik : sehat jasmani dan rohani, memiliki moral yang baik
21. **Dokter spesialis obstetric dan ginekologi**
    1. Pendidikan minimal S1 kedokteran spesialis/subspesialis obgyn
    2. Pengalaman minimal 1 tahun dibidang yang sama
    3. Mempunyai SIP depkes, penugasan depkes
    4. Pengetahuan kerja : bertanggungjawab melakukan pembedahan sesuai keahlian, pengelolaan pasien, pemantauan pembedahan hingga bangsal, pemberian keterangan tentang bedah,
    5. Minat kerja : kemampuan pembedahan sampai pasca pembedahan
    6. Kondisi kerja : sikap mental agar bisa menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas-tugas yang mengandung resiko yang berhadapan dengan situasi luar biasa, darurat, kritis, bahaya atau kecepatan tinggi, dan procedural
    7. Kondisi fisik : sehat jasmani dan rohani, memiliki moral yang baik
22. **Dokter Spesialis Anestesi**
23. Pendidikan min. S1 kedokteran/spesialis anestesi
24. Pengalaman min. 1 tahun dibidang yang sama
25. Mempunyai SIP depkes, penugasan depkes
26. Pengetahuan kerja : bertanggung jawab melakukan pembiusan suatu pembedahan/diagnostic, memahami prosedur pembiusan pra, intra, pasca bedah
27. Minat kerja : kemampuan melakukan pembiusan pra-pasca bedah
28. Kondisi kerja : sikap mental agar bisa menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas-tugas yang mengandung resiko yang berhadapan dengan situasi luar biasa, darurat, kritis, bahaya atau kecepatan tinggi, dan procedural
29. Kondisi fisik : sehat jasmani dan rohani, memiliki moral yang baik
30. **Penanggung Jawab Pelayanan Bedah Sentral :**
31. Pendidikan min. D3/S1 keperawatan
32. Pengalaman minimal 5 tahun dibidang pelayanan keperawatan kamar bedah
33. Memiliki SIP serifikat BTLS/BCLS
34. Memiliki sertifikat Pelatihan Bedah Dasar Kamar bedah
35. Pengetahuan kerja : bertanggung jawab dalam kegiatan pelayanan bedah,
36. Ketrampilan : pelaksanaan kerja praktis dan tambahan-tambahan pengetahuan dapat diperoleh melalui pelatihan/pertemuan ilmiah
37. Minat kerja : menyukai pekerjaan yang berhubungan dengan ketelitian, serta pekerjaan yang bersifat rutin, konkrit dan teratur/tidak terduga
38. Kondisi kerja : menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas-tugas yang mengandung resiko yang berhadapan dengan situasi darurat, kritis, bahaya atau kecepatan tinggi.
39. Kondisi fisik : sehat jasmani dan rohani, memiliki moral yang baik.
40. **Penanggung jawab CSSD**
41. Pendidikan min. D3/S1 keperawatan
42. Pengalaman minimal 2tahun dibidang pelayanan keperawatan kamar bedah dan sterilisasi
43. Memiliki SIP serifikat BTLS/BCLS
44. Memiliki sertifikat Pelatihan sterilisasi
45. Bertanggung jawab langsung pada ka.Instalasi bedah sentral
46. Pengetahuan kerja : bertanggung jawab dalam kegiatan sterilisasi
47. Ketrampilan : pelaksanaan kerja praktis dan tambahan-tambahan pengetahuan dapat diperoleh melalui pelatihan/pertemuan ilmiah
48. Minat kerja : menyukai pekerjaan yang berhubungan dengan ketelitian, serta pekerjaan yang bersifat rutin, konkrit dan teratur/tidak terduga
49. Kondisi kerja : menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas-tugas yang mengandung resiko yang berhadapan dengan situasi darurat, kritis, bahaya atau kecepatan tinggi.
50. **Ka Shif perawat**
51. Pendidikan min. D3 keperawatan
52. Pengalaman min. 4 tahun dibidang bedah
53. memiliki serifikat SIP, BTLS/BCLS
54. Memiliki sertifikat Pelatihan Bedah Dasar Kamar bedah
55. Pengetahuan kerja : bertanggungjawab kelancaran pelaksanaan operasi (pembagian kamar menurut jenis operasi, membagi SDM menurut kemahiran)
56. Minat kerja : menyukai pekerjaan yang berhubungan dengan ketelitian, serta pekerjaan yang bersifat rutin, konkrit dan teratur, pekerjaan yang procedural
57. Kondisi kerja : bisa menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas-tugas yang mengandung resiko yang berhadapan dengan situasi darurat, kritis, bahaya atau kecepatan tinggi.
58. Kondisi fisik : sehat jasmani dan rohani, terutama yang terkait dengan moral
59. Mempunyai SIP yang berlaku, memiliki kemampuan supervise
60. **Perawat Bagian Kamar Bedah**
61. Pendidikan min. D3 keperawatan/kebidanan
62. Pengalaman min. 1 tahun dibidang yang sama
63. memiliki serifikat SIP, BTLS/BCLS
64. Memiliki sertifikat Pelatihan Bedah Dasar Kamar bedah
65. Bertanggung jawab melaksanakan keperawatan kamar bedah, persiapan fasilitas dan lingkungan KB, mengkaji kebutuhan pasien, melakukan tindakan darurat (panas tinggi, kolaps, pendarahan, keracunan, henti nafas dan jantung), menyusun laporan, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
66. **Perawat Asisten Operator Bagian Kamar Bedah**
67. Pendidikan min. D3 keperawatan/kebidanan
68. Pengalaman min. 3 tahun dibidang yang sama
69. memiliki serifikat STR, BTLS/BCLS
70. Memiliki sertifikat Pelatihan Bedah Dasar Kamar bedah
71. Bertanggung jawab dalam kelancaran dokter pra-pasca operasi, menyusun laporan, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
72. **Perawat Instrumen Bagian Kamar Bedah**
73. Pendidikan min. D1/D3 keperawatan/kebidanan
74. Pengalaman min. 2 tahun dibidang yang sama
75. memiliki serifikat STR, BTLS/BCLS
76. Memiliki sertifikat Pelatihan Bedah Dasar Kamar bedah
77. Bertanggung jawab dalam kelancaran dokter pra-pasca operasi, menyusun laporan, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
78. **Perawat Sirkulasi**
79. Pendidikan min. D3 keperawatan/kebidanan
80. Pengalaman min. 2 tahun dibidang yang sama
81. memiliki serifikat STR, BTLS/BCLS
82. Bertanggung jawab atas kelancaran pembedahan dan menjadi penyambung tim operasi dengan daerah luar operasi, persiapan instrument operasi-pasca operasi, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
83. **Perawat Ruang Pulih**
84. Pendidikan min. D3 keperawatan
85. Pengalaman min. 2 tahun dibidang yang sama
86. memiliki serifikat STR, BTLS/BCLS
87. Bertanggung jawab atas kelancaran pembedahan dan menjadi penyambung tim operasi dengan daerah luar operasi, persiapan instrument operasi-pasca operasi, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
88. **Perawat Anestesi( perawat kamar bedah terlatih anestesi )**
89. Pendidikan min. D III Keperawatan
90. Pengalaman min. 1 tahun dibidang yang sama, mengikuti pelatihan anestesi dan bersertifikat .
91. memiliki serifikat STR, BTLS/BCLS
92. Bertanggung jawab dalam pelaksanaan anestesi, persiapan instrument operasi-pasca operasi, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
93. **Petugas Administrasi dan Logistik**
94. Pendidikan min. SMU/D1 administrasi
95. Pengalaman min. 1 tahun dibidang yang sama, mengikuti pelatihan SIM RS
96. Bertanggung jawab dalam pengelolaan administrasi (pelayanan alkes, surat jaminan perusahaan), pelayanan computer, rincian biaya administrasi, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
97. Bertanggung jawab dalam pengelolaan penyediaan, penyimpanan, inventaris obat, dan alkes, memahami faktur, distribusi obat dan alat, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
98. **Petugas Farmasi**
99. Pendidikan min. D III Farmasi
100. Pengalaman min. 1 tahun dibidang yang sama, mengikuti pelatihan SIM RS
101. Bertanggung jawab dalam pengelolaan penyediaan, penyimpanan, inventaris obat, dan alkes, memahami faktur, distribusi obat dan alat, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif, memasukan entri obat
102. **Petugas Pekarya Kesehatan**
103. Pendidikan min. SMU/D1 semua jurusan
104. Pengalaman min. 1 tahun dibidang yang sama, mengikuti kursus dasar keperawatan, pelatihan pekarya kesehatan
105. Bertanggung jawab dalam laporan kepada perawat, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
106. **Petugas sanitasi( cleaning servis )**
107. Pendidikan min. SMU/D1 semua jurusan
108. Pengalaman min. 1 tahun dibidang yang sama, mengikuti, pelatihan pekarya kesehatan
109. Bertanggung jawab dalam laporan kepada perawat, bertanggung jawab, jujur, teliti, komunikatif
110. **DISTRIBUSI KETENAGAAN**

Ketenagaan staf kamar bedah dalam melaksanankan tugasnya berdasarkan kebutuhan yang ada dalam kamar bedah, pembagiannya adalah sebagai berikut :

1. Kepala Instalasi : 1 orang
2. Kepala Keperawatan : 1 orang
3. Kepala shif : 4 orang
4. Perawat Anestesi : 4 orang
5. Perawat pelaksana OK
6. OK I : 3 orang
7. OK II : 3 orang
8. OK III : 3 orang
9. OK IV : 3 orang
10. RR : 1 orang
11. Adm / Logistik : 1 orang
12. Farmasi : 1 orang
13. Sanitasi : 1 orang
14. Jumlah : 25 orang
15. **PENGATURAN JAGA**

Pengaturan jadwal dinas dibagi dalam empat shif pagi, sore,malam, dan oncall (standby), dan pelaksanaannya dibagi dalam dua tim, yaitu :

* Tim elektif**,** khusus pada shif pagi ( pukul 07.00-14.00 WIB, pada hari kerja).Tim ini terdiri dari :
  + - Kepala perawatan : 1 orang
    - Perawat pelaksana OK : 8 orang
    - Perawat anestesi : 4 orang
    - Administrasi/Logistik : 1 orang
    - Sanitasi ( cleaning servis ) : 1 orang (khusus sanitasi bertugas sampai pukul 15.00 WIB)

Jumlah : 15 orang

* Tim cyto,melaksanakan shif sore : (14.00-20.00 WIB)

Malam : (20.00-07.00 WIB)

On call : (standby sejak pukul 14.00-07.00 WIB)

Tim ini terdiri dari 8 orang perawat/ bidan pelaksana OK. Termasuk cyto pada hari libur.

Kedua tim ini bersifat menetap ( tidak ada roling).

**BAB III**

**STANDAR FASILITAS**

1. **DENAH RUANG**

****

1. **STANDAR RUANGAN**

Ruangan yang ada di dalam kamar bedah sentral Rumah Sakit Umum Dr.Murjani Sampit terdiri dari beberapa ruang yang mengacu pada buku “ Pedoman Teknis Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B “,Ruangan bedah dibedakan menjadi 2 jenis kategori pembedahan yaitu :

1. Ruang Bedah

Ruangan yang berfungsi untuk melakukan kegiatan pembedahan. Ruangan bedah yang ada dibedakan menjadi 2 jenis kategori pembedahan yaitu :

1. Ruang bedah operasi bersih

* OK I
* OK II

1. Ruang bedah operasi kotor

* OK III sekaligus sebagai OK Ponek
* OK IV

Dalam pelaksanaannya ruangan bedah ini digunakan untuk Pelayanan operasi yang sifatnya elektif dan cito / emergensi

1. Ruang untuk cuci tangan ( scrub)

Ruang untuk cuci tangan digunakan bagi dokter ahli bedah, assisten dan semua petugas yang akan mengikuti kegiatan pembedahan di dalam ruangan bedah.

Scrub up harus berada di samping atau di depan ruang bedah dan dipasang kaca tembus pandang sehingga dokter maupun petugas yang sedang cuci tangan dapat melihat situasi di dalam ruang bedah.

Beberapa persyaratan dari Scrub up yaitu :

1. Terdapat kran sentuh kaki/sensor untuk minimal 2 orang
2. Debit air cukup
3. Dilengkapi dengan ultra violet (UV) water sterilizer.
4. Terdapat tempat cairan desinfektan

Untuk mengalirkan air yang telah melewati UV Water Sterilizer dapat digunakan kran saklar sentuh dengan menggunakan bentuk sensor.

1. Ruang Persiapan

Ruangan yang digunakan untuk persiapan anestesi / pembiusan. Kegiatan yang dilakukan di ruang ini adalah sebagai berikut :

1. Mengukur tekanan darah penderita.
2. Pemasangan vacum.
3. Memberikan kesempatan kepada penderita untuk beristirahat/ menenangkan diri.
4. Memberikan penjelasan kepada penderita mengenai tindakan yang akan dilaksanakan.

Pada beberapa rumah sakit, fungsi ruang ini digabung dengan ruang induksi, dan inilah yang diberlakukan di Kamar Bedah Sentral RSUD Dr.Murjani Sampit.

1. Ruang Pemulihan (Recovery Room/ RR)

Ruang yang digunakan untuk pemulihan pasien post operasi setelah menjalani operasi sampai sadar dari pengaruh pembiusan dan sesuai dengan criteria penilaian anestesi pasien boleh kembali ke ruangan, atau ICU.

Jumlah tempat tidur yang tersedia di ruangan ini harus sama dengan jumlah ruang bedah.

Pada ruang pemulihan ini dilengkapi dengan beberapa alat yang diperlukan untuk melakukan perawatan/ tindakan terhadap pasien post operasi.

1. Ruang Penerimaan Pasien (ruang serah terima)

Ruangan yang digunakan untuk menerima pasien dari ruang keperawatan / ruang serah terima pasien.

Di dalam ruang penerimaan pasien ini dilakukan beberapa kegiatan yaitu :

1. Menerima serah terima pasien dari perawat ruangan
2. Melepas semua perhiasan maupun protease dan diserahkan kepada keluarga penderita.
3. Mencukur bagian tubuh yang perlu dicukur.
4. Mengganti pakain khusus pasien ruang bedah.
5. Ruang Penyimpanan Instrument

Ruangan ini merupakan tempat penyimpanan *acuument* yang telah disterilkan. Instrumen berada dalam paket-paket sesuai dengan jenisnya dan disimpan di dalam lemari.

Bahan-bahan lain seperti linen, kasa steril dan kapas yang telah disterilkan juga dapat disimpan diruangan ini.

1. Ruang Dekontaminasi

Ruang yang digunakan untuk dekontaminasi instrumen, dan semua alat yang telah digunakan untuk pembedahan.

1. Ruang untuk ganti pakaian

Kamar untuk ganti pakaian, sebelum petugas masuk ke lingkungan kamar bedah.

Pada kamar ganti disediakan lemari pakaian/ locker dengan kunci dipegang oleh masing-masing petugas kamar ganti.

1. Ruang istirahat (makan minum) dokter, perawat, dan penunjang

Ruang yang digunakan untuk para petugas beristirahat setelah melakukan kegiatan pembedahan.

1. Ruang Administrasi

Ruang untuk menyelenggarakan kegiatan adminstrasi khususnya pelayanan bedah. Ruang ini berada pada bagian depan instalasi kamar bedah dengan dilengkapi loket, meja keja, lemari berkas/ arsip dan telepon/ intercom.

Kegiatan administrasi meliputi :

1. Pendataan pasien
2. Penandatanganan surat pernyataan keluarga pasien jika diperlukan.
3. Pengentrian biaya pasien yang menjalani operasi
4. Gudang

Tempat menyimpan barang-barang keperluan instalasi kamar bedah yang masih berfungsi akan tetapi sedang tidak diperlukan.

Di dalam gudang harus ada buku/ catatan inventarisasi barang/ peralatan yang dikelola oleh instalasi kamar bedah.

1. Ruang tunggu

Tempat keluarga atau pengantar pasien menunggu. Tempat ini perlu disediakan tempat duduk dengan jumlah sesuai dengan aktivitas pelayanan bedah yang dilaksanakan di rumah sakit.

1. Spoelhok/slopsink

Fasilitas untuk membuang kotoran bekas operasi khususnya yang berupa cairan. Spoelhok dalam bentuk bak atau kloset tanpa leher angsa ( water seal ).

Pada ruang spoelhok juga harus disediakan kran air bersih untuk mencuci tempat cairan atau cuci tangan. Ruang tempat spoelhok ini harus menghadap keluar / kearah koridir kotor.

1. Kamar mandi/WC/Toilet

Fasilitas diatur sesuai dengan kebutuhan, dan harus dijaga kebersihannya karena dengan kamar mandi/WC/Toilet yang bersih maka citra rumah sakit khususnya instalasi kamar bedah akan baik.

1. Selasar bersih

Selasar untuk lalu lintas petugas, penderita dan barang-barang yang telah steril.

1. Selasar kotor

Selasar untuk lalu lintas barang kotor/jenazah. Yang dimaksud degan barang kotor adalah:

1. Pakaian kotor untuk dibawa ke laundry dengan linen trolly.
2. Sampah/limbah padat dari kamar bedah untuk dibawa ke Incinerator.
3. Instrumen kotor dalam tromol untuk dibawa ke ruang sterilisasi/TSU/CSSD.
4. **STANDAR PERALATAN**
5. Peralatan di kamar bedah:
6. Peralatan Medis Umum

* Lampu Operasi
* Meja Operasi
* Mesin Anastesi
* Section
* Mesin Kauter

1. Peralatan medis khusus

* Tidak Ada
* Tidak Ada
* Tidak Ada
* Tidak Ada
* Tidak Ada
* Tidak Ada

1. Peralatan Non Medis

* Computer
* Printer
* Sofa
* Tv Led
* Meja
* Loker
* Lemari
* Peralatan Rmh Tangga

1. Peralatan di Ruang Anesthesi/Induksi
2. Suction unit : buah
3. Oksigen sentral : fort
4. Hospital bed (brankar) : buah
5. Trolley instrument : buah
6. Infusion stand : buah
7. Peralatan di ruang pemulihan
8. Hospital bed (brankar) : buah
9. Suction unit : buah
10. Defibrilator : buah
11. Patient monitor : buah
12. Infusion stand : buah
13. Alat rumah tangga

Yang termasuk alat rumah tangga adalah :

1. Alat kebersihan : sapu, sikat lantai, lap kerja, mesin penghisap debu (vacuum cleaner), alat penyemprot (fogger), alat penyikat lantai dan ember
2. Alat makan dan minum
3. Meubel
4. Alat ukur

Untuk dapat memonitor kondisi pada kamar bedah diperlukan beberapa alat ukur, yaitu :

Thermometer suhu ruangan

1. **FASILITAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | Jenis Kelengkapan | Keterangan |
| 1 | Gedung |  |
| 2 | Ventilasi |  |
| 3 | Penerangan |  |
| 4 | Air Mengalir, Bersih |  |
| 5 | Daya Listrik |  |
| 6 | Tata Ruang :   1. Ruang Tunggu 2. Ruang Administrasi / Arsip 3. Runag Pembuatan Sediaan 4. Ruang Diagnostik dan Perpustakaan 5. Ruang Rehat 6. WC 7. Ruang Penyimpanan Jaringan Makroskopik |  |
| 7 | Tempat Penampungan Jaringan Makrodkopik Sederhana Limbah Cair |  |
| 8 | Tepat Penampungan / Pembuangan Jaringan Sisa |  |

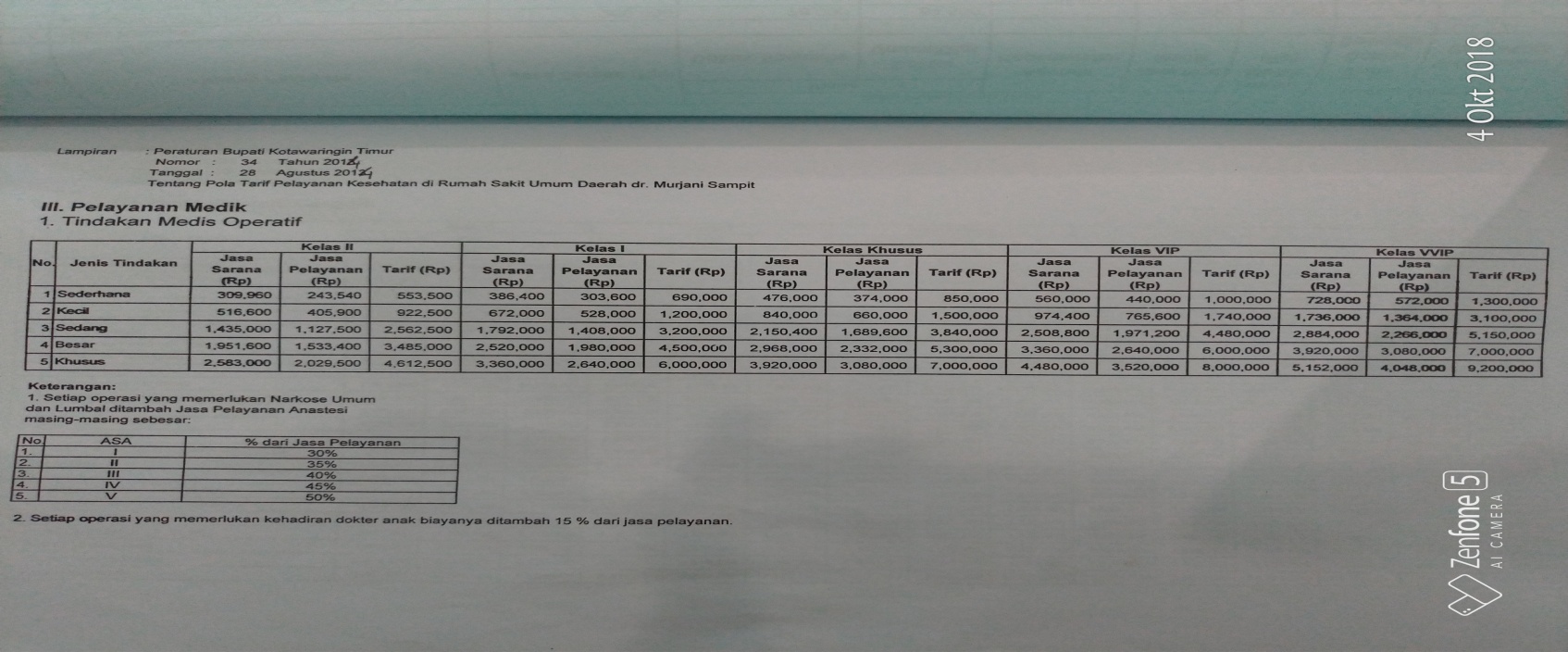
**BAB IV**

**TATA LAKSANA PELAYANAN**

1. **JENIS PELAYANAN**

Jenis pelayanan yang ada berdasarkan jenis tindakan pembedahan menurut spesialisasinya yaitu :

1. **OBSTETRI & GINEKOLOGI**
2. Bedah Caesar Sectio
3. Hystrektomi Total Abdominal
4. Hystrektomi Radikal
5. Hystrektomi Radikal Vagina (Prolap Uteri)
6. Hystrektomi Supravagina
7. Myomektoni
8. Kystektomi
9. KET SOS / SOD
10. KET Bilateral
11. Curet
12. Colvorafi
13. Penireorafi / Ruptur Perineum & Vistula Vagina
14. Serviksitis ( Couterisasi )
15. Evakuasi Placenta Akreta
16. **BEDAH THT**
17. TA tanpa Adenoidtektom
18. TA dengan Adenoidtektomi
19. SMR & Concotom
20. Epistaksis
21. Fr Hidung
22. Polip Nasi
23. Sinusistis / Antrostomi
24. C.A THT
25. Trachestomi Sementara
26. Tracheostomi Tetap
27. Ranulla Lidah
28. Jaringan Granulasi Telinga
29. Aff Canule Tracheostomi
30. Tu. Nasopharing
31. FEES
32. Septo Plasty
33. Ovula Plasty
34. Timpano Plasti
35. Mastoidektomi
36. **BEDAH UMUM**
37. Hernia Inguinalis
38. Hernia Scrotalis
39. Hernia Pasang Mesh Unilateral
40. Hernia Femoralis
41. Hernia Umbilikus
42. Hernia Insisial, Ventralis, Gastroscisis
43. App
44. Laparatomi & Relaparatomi
45. Struma
46. Lipoma, Kyste Dermoid, Haemangioma, Atroma
47. FAM & Ginecomast
48. Mastektomi Radikal ( Ca Mamae)
49. Rekostruksi Rahang Bawah ( Tu. Rahang )
50. Haemorhoid
51. Thyroidektomi
52. Hydrocele
53. V Lac & V Amputatum
54. Visura Ani
55. Abses Perianal , Perianal Fistel
56. Reposis Haemorhoid Psg Tampon
57. Luka Tusuk, Luka Tembak
58. Reheacthing
59. Aff Heacthing
60. C.A
61. Marsupialisasi Sublingual
62. Tu. Paroti
63. WSD
64. **TARIF KAMAR BEDAH**

Tarif pelayanan kamar bedah berdasarkan jenis pembedahan :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kelas** | **Operasi Khusus** | **Operasi Besar** | **Operasi Sedang** | **Operasi Kecil** | **Rawat Jalan** |
| VVIP | 9.200.000 | 7.000.000 | 5.150.000 | 3.100.000 |  |
| VIP | 8.000.000 | 6.000.000 | 4.480.000 | 1.740.000 |  |
| I | 6.000.000 | 4.5000.000 | 3.200.000 | 1.200.000 |  |
| II | 4.612500 | 3.485.000 | 2.562.500 | 922.500 |  |
| III | - | - | - | - |  |

1. **PENJADWALAN OPERASI**

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun penjadwalan operasi adalah sebagai berikut:

1. Pengaturan ruang atau kamar operasidibuat merata untuk setiap kamar operasi.
2. Peraturan mengenai pembatalan sebelum waktu operasi yang sudah dijadwalkan.
3. Penundaan serta penambahan operasi sewaktu-waktu (hal ini dapat berbeda disesuaikan dengan jenis operasi)

Pengaturan penjadwalan operasi dibuat dalam bentuk penyusunan jadwal setiap harinya yaitu bahwa :

1. Penjadwalan Elektif

Adalah merupakan penjadwalan operasi yang direncanakan, sehingga jadwal sedapat mungkin diatur agar tidak terjadi tumpang tindih, diatur secara merata untuk setiap kamar operasinya.

1. Penjadwalan emergensi

Adalah prosedur yang mengancam nyawa atau dapat mengakibatkan kecacatan jika tidak segera dilakukan tindakan.

Untuk penjdwalan emergensi akan mendapatkan prioritas, jika memungkinkan akan memundurkan jadwal operasi elektif sebelumnya dengan berkolaborasi dengan dokter bedah yang bersangkutan.

1. **Pre Operasi**

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

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

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

Durasi operasi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

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

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

1. **Mengatur Penjadwalan secara Efektif**

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

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

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

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

1. **LAPORAN DAN PENCATATAN**

Dalam melaksanakan kegiatannya, kamar bedah sentral mencatat / melaporkan kegiatan pelayanan berupa pelaporan internal yaitu :

1. Laporan Harian

Laporan yang dibuat setiap hari yaitu data kunjungan pasien operasi rawat inap berdasarkan:

1. Jenis operasi (khusus, besar, sedang dan kecil).
2. Sifat operasi (operasi elektif, operasi cito).
3. Klasifikasi atau spesialisasi operasi dan dokter yang melakukan operasi
4. Jenis anestesi dan dokter anestesi
5. Laporan Bulanan

Laporan harian yang direkap setiap bulan.

Laporan tersebut adalah data kunjungan pasien operasi rawat inap berdasarkan:

1. Jenis operasi (khusus, besar, sedang dan kecil).
2. Sifat operasi (operasi elektif, operasi cito).
3. Klasifikasi atau spesialisasi operasi dan dokter yang melakukan operasi
4. Jenis anestesi dan dokter anestesi
5. Laporan Tahuan

Laporan harian yang direkap dalam satu tahun dan laporan seluruh kegiatan dalam satu tahun.

Laporan tersebut adalah data kunjungan pasien operasi rawat inap berdasarkan:

1. Jenis operasi (khusus, besar, sedang dan kecil).
2. Sifat operasi (operasi elektif, operasi cito).
3. Klasifikasi atau spesialisasi operasi dan dokter yang melakukan operasi
4. Jenis anestesi dan dokter anestesi
5. Operasi 10 besar terbanyak
6. Evaluasi hasil sasaran mutu
7. Realisasi Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tahun
8. Realisasi Kejadian Tidak Diharapkan Kamar Bedah Sentral
9. Hasil Evaluasi Rencana Kebutuhan Tenaga
10. Hasil Evaluasi Rencana Pengembangan Staf
11. Pelaksanaan Peserta Perawat Magang /Jobtraining
12. Hasil Survei Kepuasan dari Unit Lain (QUISIONER)
13. Hasil Survei Kepuasan Pasien
14. Hasil Pengembangan Fisik Sarana & Prasarana
15. Pengadaan Sarana & Prasarana (Alat Kesehatan)
16. Perbaikan/servis Sarana& Prasarana (Bengkel & Sanitasi RS)
17. Analisa hasil kegiatan
18. Permasalahan atau hambatan dan alternative pemecahan masalah.
19. **MEMONITOR PERFORMA KAMAR OPERASI / RUANG TINDAKAN**

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

1. **Penciptaan lapangan steril:**

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

1. **Persiapan alat:**

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

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

1. **Persiapan perlengkapan anestesi**
2. **Memastikan kualitas udara dan ventilasi:**

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

1. **Mengatur lalu-lintas:**

Zona dibagi menjadi 3, yaitu:

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

\*Pastikan bahwa semua alat-alat yang diperlukan telah siap tersedia di dalam kamar operasi sebelum prosedur dimulai untuk meminimalkan lalu-lintas yang tidak perlu dari dan ke dalam ruangan

1. **Manajemen Pasien**

Beberapa poin penting dalam mengkaji faktor risiko pasien:

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

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

* Nama
* Kekuatan
* Jumlah/konsentrasi
* Tanggal kadaluwarsa
* Pelarut dan volumenya
* Tanggal diberikan

1. **Syarat-Syarat Bekerja Dikamar Bedah Sentral**
2. Disilpin yang tinggi dalam menjalankan peraturan sepsis jangan banyak mondar-mandir dan usahakan jangan terlalu banyak orang dalam kamar operasi.
3. Kesehatan dan kebersihan

Petugas OK harus bebas dari kuman-kuman yang mudah ditularkan (carier sangat susah untuk ditentukan).

1. Perlengkapan petugas
   1. Perlengkapan petugas yang ikut pembedahan :
      * Penutup kepala
      * Masker
      * Baju kamar operasi
      * Alas kaki
      * Jas operasi steril
      * Sarung tangan steril
   2. Perlengkapan petugas yang lain :
      1. Penutup kepala
      2. Masker
      3. Baju kamar operasi
      4. Alas kaki
2. **Lalu Lintas Di Lingkungan Kamar Bedah Sentral**

Pada lalu lintas ini perlu diingat adanya daerah-daerah :

* Bebas
* Daerah bersih
* Semirestriktik area
* Restriktik area

Lalu lintas meliputi :

* Lalu lintas petugas
* Lalu lintas penderita

**BAB V**

**LOGISTIK**

Logistik adalah segala sesuatu yang berhubungan untuk pemenuhan sarana dan prasarana baik kebutuhan yang bersifat medik maupun non medik yang diperlukan untuk kebutuhan kamar bedah dalam pemenuhan kebutuhan layanan.

Tujuannya adalah :

1. Tersedianya peralatan sesuai kebutuhan.
2. Memenuhi peralatan di Kamar Bedah Sentral yang memadai untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan pembedahan secara efektif dan efisien.
3. Melaksanakan koordinasi dengan unit kerja terkait dalam menyusun perencanaan alat.

Proses pengelolaan logistik diantaranya adalah proses untuk merencanakan, melaksanakan dan mengendalikan secara efektif dan efisien.

Pelayanan logistik di dalam kamar bedah dalam pelaksanaan kegiatan untuk pengadaan sarana dan prasarana baik obat, alat kesehatan, alat medis ataupun alat non medis bekerja sama dengan logistik sentral rumah sakit dan juga bagian gudang farmasi.

Sistemnya atau prosedurnya di atur dalam SPO.

**BAB VI**

**KESELAMATAN PASIEN**

1. **PENGERTIAN**
2. Sasaran Keselamatan Pasien 🡪 sebagai syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh KARS
3. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI), dan dari Joint Commission International (JCI)
4. Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien
5. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini
6. Desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum, difokuskan pada solusi-solusi sistem yang menyeluruh.
7. **TUJUAN**
8. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.
9. Terwujudnya sistem keselamatan pasien yang kokoh
10. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
11. **TATA LAKSANA**

Dalam rangka mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan, maka RSUD dr. Murjani Sampit menyusun kegiatan melalui Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit :

1. **Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien**
2. Rumah sakit membangun komitmen keselamatan pasien yang dimulai dari Direksi dan Komite Medis.
3. Rumah sakit menetapkan visi dan misi yang berhubungan dengan program keselamatan pasien
4. Rumah sakit membuat kebijakan dan pedoman program keselamatan pasien
5. Pimpinan rumah sakit mensosialisasikan visi dan misi
6. Keselamatan pasien menjadi agenda pembahasan setiap pertemuan baik tingkat Direksi maupun unit pelayanan
7. Rumah sakit membentuk dan melatih agen perubahan
8. Rumah sakit melalui manajemen tingkat atas dan menengah dibantu dengan tim keselamatan pasien secara bertahap dapat menghilangkan *blaming culture* dan membangun *safety culture.*
9. Unit kerja pendidikan dan pelatihan (Diklat) menyelenggarakan pelatihan berkala dengan topik khusus ”keselamatan pasien rumah sakit dan pelatihan khusus bagi karyawan baru pada masa pekan orientasi karyawan.
10. Menerapkan Standar akreditasi rumah sakit 2012 ( sasaran keselamatan pasien dan standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien)
11. **MENCEGAH CEDERA MELALUI IMPLEMENTASI SISTEM KESELAMATAN PASIEN**

Penerapan program keselamatan pasien perlu dilakukan secara fokus diutamakan pada pelayanan yang berisiko tinggi terjadi KTD. Pada saat ini RSUD dr. Murjani Sampit secara bertahap menetapkan mencegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien melalui program :

* + 1. **Identifikasi pasien**

Kesalahan karena keliru pasien terjadi di hampir semua aspek / tahapandiagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada:

1. Pasien yang dalam keadaan terbius / tersedasi
2. Mengalami disorientasi
3. Tidak sadar
4. Bertukar tempat tidur / kamar / lokasi di rumah sakit
5. Adanya kelainan sensori
6. Akibat situasi lain.

Maksud sasaranini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan :

1. Identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan
2. Kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut

Setiap petugas kamar bedah wajib memverifikasi mengenai identitas pasien yang akan dilakukan tindakan melalui upaya :

1. Menayakan secara langsung kepada pasien / keluarga pasien mengenai nama dan tanggal lahirnya.
2. Mencocokan gelang identitas pasien dengan jawaban verbal pasien / keluarga mengenai nama dan tangaal lahir.
3. Mencocokan gelang identitas pasien dengan rekam medis pasien.
4. Verifikasi perioperatif dengan pelaksanaan daftar tilik keselamatan perioperatif (sign in, time out, dan sign out).
   * 1. **Komunikasi efektif**

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan pada saat melakukan hand over/serah terima pasien, yang meliputi :

1. Serah terima pasien sebelum operasi di ruang persiapan

* Observasi keadaan umum pasien.
* Melakukan identifikasi pasien sesuai dengan SPO Identifikasi Pasien
* Melakukan cek ulang RM pasien dan hasil pemeriksaan penunjang.
* Melakukan anamnese kepada pasien mengenai riwayat alergi,penyakit penyerta dan penggunaan protese pada pasien.

1. Serah terima pasien pasca operasi diruang pulih
2. Observasi keadaan umum pasien
3. Melakukan pengukuran monitor pasien (Tekanan darah,Nadi, Respirasi,Suhu dan SpO2).
4. Melakukan identifikasi pasien sesuai dengan SPO Identifikasi Pasien
5. Perawat kamar bedah melaporakan kepada perawat RR mengenai
   * prosedur pembedahan yang telah dilakukan
   * hasil specimen bedah di PA atau tidak
   * Alkes yang terpasang (jika pasien dilakukan pemasangan alkes)
   * kelengakapan format paska bedah ( Catatan anestesi,format pemakaian alkes, daftar tilik keselamatan perioperatif dan format cek list penghitungan)
6. Serah terima pasien pasca operasi diruang penjemputan antara perawat ruang pulih dengan perawat ruangan.
7. Observasi keadaan umum pasien.
8. Melakukan identifikasi pasien sesuai dengan SPO Identifikasi Pasien
9. Perawat RR melaporakan kepada perawat bangsal secara SBAR mengenai :
   * prosedur pembedahan yang telah dilakukan
   * hasil specimen bedah di PA atau tidak
   * Alkes yang terpasang (jika pasien dilakukan pemasangan alkes)
   * melaporkan instruksi dokter pasca bedah dan paska anestesi serta melakukan cek ulang RM pasien dan hasil pemeriksaan penunjang
10. Perawat RR dan perawat ruangan melakukan ceklist serah terima pasien.

Komunikasi efektif adalah:

1. Tepat waktu
2. Akurat
3. Jelas
4. Mudah dipahami oleh penerima, sehingga dapat mengurangi tingkat kesalahan (kesalahpahaman).

Prosesnya adalah:

1. Pemberi pesan secara lisan memberikan pesan, setelah itu dituliskan secara lengkap isi pesan tersebut oleh si penerima pesan.
2. Isi pesan dibacakan kembali (Read Back) secara lengkap oleh penerima pesan.
3. Penerima pesan mengkonfirmasi isi pesan kepada pemberi pesan.
   * 1. **Peningkatan keamanan obat**

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai *(high-alert)*

1. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) adalah :

obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan / kesalahan serius (sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Sound Alike / LASA).

1. Obat-obatan yang sering disebutkan dalam issue keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat-).

Pelaksanaanya di kamar bedah dengan mengupayakan :

1. Doble cek setiap obat-obatan yang akan diberikan kepada pasien
2. Meletakkan obat yang bersifat LASA berjauhan
3. Pemberian label pada obat-obat yang perlu di waspadai.
4. Penyediaan dan penyimpanan obat-obat anestesi baik yang intravena dan inhalasi ditempatkan diruang tersendiri dan dikelola oleh depo farmasi yang ada dikamar bedah sentralagar tidak terjadi kesalahan dalam proses pengambilan.
5. Proses pengambilan obat anestesi intravena dan inhalasi melalui depo farmasi kamar bedah sentral dan dilakukan independent doble cek oleh petugas depo farmasi dan dokter anestesi/perawat anestesi yang mengambil.
   * 1. **Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan operasi**

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit.

Kesalahan ini adalah akibat dari

1. komunikasi yang tidak efektif/tidak adekuat antara anggota tim bedah
2. kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking)
3. tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi
4. asesmen pasien yang tidak adekuat
5. penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat
6. budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah
7. Resep yang tidak terbaca (illegible handwriting)
8. pemakaian singkatan

Dalam mengupayakan hal tersebut kamar bedah sentral secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini melalui :

1. Pemberian tanda atau marking untuk pasien yang akan menjalani pembedahan yang bertujuan untuk : memastikan tepat lokasi operasi, memastikan tepat prosedur,operasi, memastikan tepat pasien operasi.
2. Pelaksanaan prosedur verifikasi operasi dengan menggunakan daftar tilik keselamatan perioperatif meliputi :

* Sebelum pasien di lakukan anestesi (sign in)
* Sebelum pasien di insisi (time out)
* Sebelum luka operasi ditutup (sign out)
  + 1. **Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan rumah sakit**

Tujuan dari sasaran ini adalah :

1. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan.
2. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilator)
3. Pokok eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat sesuai dengan pedoman hand hygiene dari WHO.
4. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk hand hygiene yang sudah diterima secara umum untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

Pelaksanaan yang dilakukan di kamar bedah adalah :

1. Surgical hand hygiene yang digunakan adalah Chloorhexydine 4% dengan cara 7 langkah hand hygiene sebelum melakukan tindakan anestesi regional.
2. Hand hygiene dengan menggunakan alkohol based handrub dengan cara 7 langkah dapat digunakan untuk tindakan invasif /anestesi umum/sedasi. Hand hygiene dilakukan dengan cara 7 langkah dan sesuai 5 moment.
3. Melakukan prinsip-prinsip steril sebelum, selama dan sesudah melakukan tindakan pembedahan
4. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan benar
5. Penanganan limbah sesuai dengan SPO

**Pencegahan Pasien Jatuh**

1. Rumah sakit menetapkan tim pencegahan pasien jatuh
2. Tim bertanggungjawab untuk mengembangkan sistem asesmen dan melakukan mitigasi terhadap pasien yang jatuh
3. Tim pencegahan pasien jatuh perlu berkoordinasi dengan tim-tim lain di lingkungan RSUD dr. Murjani dalam rangka menjamin terselenggaranya pencegahan pasien jatuh
4. Tim bertanggungjawab menyusun pedoman pencegahan pasien jatuh.

Pelaksanaan yang dilakukan di kamar bedah adalah :

1. Melengkapi dan memberikan pengaman semua brankar yang digunakan pasien.
2. Memberikan edukasi kepada pasien mengenai resiko jatuh saat serah terima pasien
3. Saat operasi berlangsung di meja operasi perlengkapan self bed yakinkan sudah terpasang dengan benar.
4. Sebelum pasien dipindahkan kemeja operasi pastikan bed pasien /meja operasi terkunci dan posisikan bed pasien/meja operasi dalam keadaan horizontal.
5. Untuk pasien yang tidak bisa mobilisasi proses pemindahan dibantu dengan mengunakan transfer bed dan pastikan bed pasien serta meja opasi dalam keadaan terkunci.

**BAB VII**

**KESELAMATAN KERJA**

1. **PENDAHULUAN**

Kesehatan kerja merupakan bagian dari kesehatan masyarakat atau aplikasi kesehatan masyarakat dalam suatu masyarakat pekerja dan lingkungannya, yang tujuannya untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, baik fisik, mental dan sosial bagi masyarakat pekerja dan masyarakat lingkungan sekitarnya, melalui usaha preventif, promotif, terhadap penyakit-penyakit atau gangguan kesehatan akibat kerja atau lingkungan kerja.

Menurut Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. 03/MEN/1982 tentang Pelayanan Kesehatan Kerja, maksud penyelenggaraan pelayanan kesehatan kerja adalah memberikan bantuan kepada tenaga kerja dalam penyesuaian pekerjaan dan karakteristik fisik, melindungi tenaga kerja dari setiap gangguan kesehatan yang timbul dari pekerjaan dan lingkungan kerja, meningkatkan kesehatan badan, kondisi mental dan kemampuan fisik tenaga kerja. Disamping itu perlu diberikan pula pengobatan dan perawatan bagi tenaga kerja yang menderita sakit, disertai rehabilitasinya. Dengan tujuan mendapatkan pegawai yang sehat dan produktif

Salah satu bentuk pelayanan kesehatan kerja adalah dengan melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Dalam pelaksanaannya pemeriksaan kesehatan dibagi menjadi :

1. Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja

Adalah pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh dokter sebelum tenaga kerja diterima untuk melakukan pekerjaan.

Meliputi : pemeriksaan fisik lengkap, rontgen paru – paru (bila mana mungkin) dan laboratorium rutin serta pemeriksaan lain yang dianggap perlu.

1. Pemeriksaan kesehatan berkala

Adalah pemeriksaan kesehatan pada waktu – waktu tertentu terhadap tenaga kerja yang dilakukan oleh dokter secara khusus terhadap tenaga kerja tertentu.

Meliputi : pemeriksaan fisik lengkap, rontgen paru – paru (bila mana mungkin) dan laboratorium rutin serta pemeriksaan lain yang dianggap perlu.

1. Pemeriksaan kesehatan khusus

Adalah pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh dokter secara khusus terhadap tenaga kerja tertentu.

Meliputi pemeriksaan yang dianggap perlu.

**LATAR BELAKANG**

Pelaksanaan pemeriksaan kesehatan karyawan memiliki landasan hukum yang mengatur, yaitu :

1. UU No. 14 Tahun 1969 Tentang Ketentuan Pokok Mengenai Tenaga Kerja.
2. UU No. 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja.
3. UU No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan Kerja.
4. Keputusan Presiden RI nomor 22 Tahun 1993 Tentang Penyakit Yang Timbul Karena Hubungan Kerja.
5. Peraturan Menteri Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Koperasi Nomor Per 01/Men/1976 Tentang Kewajiban Latihan Hyperkes Bagi Dokter Perusahaan.
6. Peraturan Menteri Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Koperasi Nomor Per 02/Men/1980 Tentang Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja Dalam Penyelenggaraan Keselamatan Kerja.
7. Peraturan Menteri Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Koperasi Nomor Per 01/Men/1981 Tentang Kewajiban Melapor Penyakit Akibat Kerja.
8. Peraturan Menteri Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Koperasi Nomor Per 03/Men/1982 Tentang Pelayanan Kesehatan Kerja.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Per 715/Men/2003 Tentang Pemeriksaan Kesehatan Untuk Penjamah Makanan.
10. Keputusan Menteri Tenaga Kerja No. KEPTS. 333/MEN/1989 Tentang Diagnosis dan Pelaporan Penyakit Akibat KErja.
11. Surat Edaran Dirjen Binawas No. SE.07/BW/1997 Tentang Pengujian Hepatitis B
12. **Frekuensi Pemeriksaan Kesehatan**

Ada beberapa acuan yang menjelaskan tentang frekuensi pemeriksaan kesehatan bagi karyawan, khususnya adalah pemriksaan kesehatan berkala dan pemeriksaan kesehatan berkala khusus.

Beberapa acuan yang berlaku tersebut adalah sebagai berikut :

1. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. Per 02/Men/1980 Pasal menjelaskan bahwa pemeriksaan kesehatan berkala bagi tenaga kerja sekurang – kurangnya 1 tahun sekali.
2. Departemen RI menentukan bahwa setiap penjamah makanan wajib dilakukan pemeriksaan kesehatan khusus setiap 6 bulan.
3. **Tujuan**

Tujuan Umum

1. Deteksi dini terhadap penyakit akibat kerja
2. Menerapkan kecakapan kerja
3. Mematuhi peraturan perundangan
4. Data dasar pembanding di masa yang akan datang

Tujuan khusus

1. Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja
2. Mengetahui riwayat kesehatan calon karyawan tersebut sehingga yang memiliki penyakit menular dapat diobati terlebih dahulu sebelum bekerja agar tidak menularkan pada karyawan yang lain.
3. Karyawan yang diterima cocok untuk pekerjaan yang akan dilakukan sehingga keselamatan dan kesehatan karyawan yang bersangkutan dan karyawan lainnya juga dapat dijamin.
4. Menghindari tuntutan karyawan di kemudian hari mengenai penyakit yang didapatkan setelah tidak bekerja lagi di perusahaan tersebut.
5. Pemeriksaan kesehatan berkala
6. Mengetahui record kesehatan para karyawan per tahun.
7. Mempertahankan derajat kesehatan karyawan sesudah berada dalam pekerjaannya.
8. Meningkatkan kualitas kerja karyawan sehingga didapatkan kinerja yang lebih maksimal.
9. Menemukan penyakit – penyakit akibat kerja agar seawal mungkin dapat direncanakan usaha – usaha pencegahan dan penngendalian penyakit akibat kerja dalam rangka melindungi karyawan terhadap setiap gangguan kesehatan yang timbul ndari pekerjaan tertentu.
10. Mendeteksi adanya penyakit akibat kerja.
11. Sebagai salah satu usaha untuk menekan anggaran biaya pengobatan karyawan dengan ditemukannya penyakit lebih dini.
12. Pemeriksaan kesehatan khusus
13. Mendeteksi adanya penyakit akibat kerja.
14. Melindungi karyawan terhadap setiap gangguan kesehatan yang timbul dari pekerjaan tertentu.
15. Menilai adanya pengaruh – pengaruh dari pekerjaan tertentu terhadap karyawan atau golongan – golongan karyawan tertentu.
16. Menindaklanjuti keluhan – keluhan kesehatan diantara karyawan.

**Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenis Pemeriksaan** | | **Bagian** | **Jumlah** | **Rencana Pemeriksaan** |
| Pemeriksaan  Sebelum Bekerja | | Sesuai dengan Penerimaan karyawan Baru | Diatur oleh Bagian Personalia | |
| Pemeriksaan Berkala   * Pemeriksaan Fisik * Pemeriksaan Lab darah & urin rutin * Pemeriksaan Ro Thorax | | Seluruh Karyawan | 1095 | April s/d Nov |
| Pemeriksaan Khusus | Hbs Ag & Anti Hbs | * Medis * Paramedis * Pekarya & Sanitasi Bagian perawatan * Sanitasi Umum * Fisioterapis | 34  359  139  12  9 | Mei s/d Nov |
| Anti Hbs (sebagai tindak lanjut program vaksinasi karyawan tahun 2011) |  | 145 | Mei |
| Rectal Swab | * Dapur Sentral * Penyaji Makanan Bangsal | 133 | April & Okt |
| Blood Film | * Radiologi * Bedah Sentral | 13  43 | April |
| Pap Smear | Karyawan wanita usia > 40 Tahun | 312 | Mei s/d okt |
| EKG | Karyawan usia > 50 Tahun | 120 | Mei s/d Nov |
| Audiometri | Bagian Bengkel Listrik | 28 | Mei – Juni |

1. **Cara Melaksanakan Kegiatan**

Kegiatan dilakukan dengan berpedoman pada pedoman kerja dan prosedur tetap yang telah ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

1. Pemeriksaan Sebelum Bekerja
2. Bagian Personalia merencanakan pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja bagi seluruh karyawan yang akan diterima di RSUD dr. Murjani Sampit.
3. Bagian Personalia menyampaikan rencana pemeriksaan kesehatan tersebut kepada Bagian Medical Cek Up RSUD dr. Murjani Sampit.
4. Pemeriksaan kesehatan dilaksanakan oleh Dokter umum di Bagian Medical Cek Up RSUD dr. Murjani Sampit bekerja sama dengan Laboratorium dan Radiologi.
5. Dokter umum Bagian Medical Cek Up menyampaikan hasil Pemeriksaan kesehatan tersebut ke Bagian Personalia.
6. Bagian Personalia menyampaikan hasil pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja bagi karyawan yang sudah diterima bekerja ke Ketua seksi K3RS.
7. Pemeriksaan Kesehatan Berkala & Berkala Khusus
8. Ketua seksi K3RS merencanakan jadwal pemeriksaan kesehatan.
9. Ketua seksi K3RS menyampaikan rancangan pemeriksaan kesehatan ke Direksi RSUD dr. Murjani Sampit.
10. Setelah mendapatkan persetujuan dari Direksi RSUD dr. Murjani Sampit, Ketua seksi K3RS menyampaikan jadwal pemeriksaan kesehatan karyawan tersebut kepada Bagian Personalia.
11. Bagian Personalia menyampaikan jadwal pemeriksaan kesehatan karyawan kepada bagian terkait (MCU, Radiologi, Laboratorium, Kepala ruang dan karyawan yang terlampir).
12. Pemeriksaan kesehatan berkala dilaksanakan sesuai dengan SPO yang telah ditetapkan.
13. Ketua seksi K3RS menerima hasil pemeriksaan dari Bagian MCU.
14. Ketua seksi K3RS membuat laporan pemeriksaan kesehatan karyawan dan tindak lanjutnya.
15. Ketua seksi K3RS menyampaikan laporan tersebut kepada Direktur Medis RSUD dr. Murjani Sampit& Bagian Personalia dengan tembusan kepada Ketua P2K3.

Pemeriksaan kesehatan karyawan dilaksanakan oleh Dokter Bagian Medical Cek Up Dan Fungsional test telah mendapatkan pelatihan HIPERKES, bekerja sama dengan bagian terkait (Laboratorium dan Radiologi).

1. **Sasaran**
2. Pemeriksaan kesehatan sebelum kerja

Setiap orang yang hendak diterima sebagai karyawan baru

1. Pemeriksaan kesehatan berkala

Semua karayawan RSUD dr. Murjani Sampit.

1. Pemeriksaan kesehatan khusus

* Karyawan yang telah mengalami kecelakaan atau penyakit yang memerlukan perawatan yang lebih dari 2 (dua) minggu
* Karyawan yang berusia diatas 40 (empat puluh) tahun atau tenaga kerja cacat, serta tenaga kerja muda yang melakukan pekerjaan tertentu.
* Karyawan yang terdapat dugaan – dugaan tertentu mengenai gangguan – gangguan kesehtannya perlu dilakukan pemeriksaan khusus sesuai dengan kebutuhan.

1. **Jadwal Pelaksanaan Kegiatan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenis Pemeriksaan** | **Jadwal Pemeriksaan** | | | | | | | | | | | |
|  | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Agt | Sept | Okt | Nov | Des |
| **Pemeriksaan**  **Sebelum Bekerja** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pemeriksaan Berkala** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pemeriksaan Fisik |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pemeriksaan Lab darah & urin rutin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pemeriksaan Ro Thorax |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pemeriksaan Khusus** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hbs Ag & Anti Hbs |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anti Hbs |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rectal Swab |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Blood Film |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EKG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pap smear |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Audiometri |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan**

Evaluasi program akan dilakukan per tahun oleh koordinator pemeriksan kesehatan karyawan. Laporan evaluasi diserahkan kepada Direktur Utama dengan tembusan ke Bagian Personalia dan Ketua P2K3 pada akhir tahun program.

**BAB VII**

**PROGRAM IMUNISASI BAGI KARYAWAN RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

1. **PENDAHULUAN**

Petugas kesehatan beresiko tinggi untuk terpapar dan tertular penyakit - penyakit yang dapat dicegah dengan vaksinasi. Maka sebaiknya dilakukan upaya pencegahan penularan yaitu dengan memberikan vaksinasi kepada karyawan sebelum mereka ditempatkan pada bagian yang beresiko tinggi terpapar penyakit tersebut. Tindakan vaksinasi bagi karyawan ini selain berfungsi mencegah penularan dari pasien ke karyawan juga merupakan salah satu usaha untuk mencegah penularan kepada pasien.

Tindakan vaksinasi diberikan kepada seluruh karyawan yang beresiko terpapar darah, cairan tubuh pasien atau udara yang terpapar dengan penyakit yang dapat dicegah dengan vaksinasi, termasuk karyawan yang bertugas sebagai tenaga administratif.

Petugas kesehatan yang wajib mendapatkan vaksinasi sebelum bekerja dikategorikan sebagai berikut :

1. Kategori A

Yaitu semua petugas kesehatan yang kontak langsung dengan pasien atau berpotensial terpapar darah atau cairan tubuj pasien.

Yang termasuk dalam kategori ini adalah dokter, dokter gigi, mahasiswa kedokteran dan mahasiswa keperawatan, petugas ambulans, staf yang menangani limbah biomedis, petugas sterilisasi, petugas kamar mayat, petugas sanitasi.

1. Kategori B

Yaitu petugas kesehatan yang secara tidak langsung kontak dengan darah atau cairan tubuh pasien. Termasuk juga didalamnya petugas kesehatan yang beresiko terpapar penyakit yang ditularkan melalui udara. Contohnya adalah petugas penyaji makanan ruangan.

1. Kategori C

Yaitu petugas laboratorium yang beresiko terpapar penyakit saat sedang memproses darah atau jaringan dari tubuh pasien.

1. Kategori D

Yaitu petugas kesehatan dengan minimal resiko terpapar penyakit infeksius. Termasuk didalamnya adalah petugas penyaji makanan dan petugas kebersihan lapangan.

Untuk memudahkan semua proses yang berhubungan dengan tindakan vaksinasi bagi karyawan, maka sebaiknya setiap karyawan tersebut mempunyai buku catatan yang mencantumkan hasil pemeriksaan laboratorium sebelum vaksinasi, tanggal pemberian vaksinsi, nama dan nomor batch vaksin yang diberikan, dan hasil pemeriksaan laboratorium lanjutan setelah tindakan vaksinasi. Buku catatan ini sebaiknya selalu diperbaharui setiap kali ada tindakan yang yang berhubungan dengan kesehatan karyawan dan sebaiknya bersifat pribadi, aman dan dapat diakses setiap waktu (24 jam/7 hari seminggu).

Untuk memudahkan semua proses kegiatan vaksinasi bagi karyawan maka perlu dibuat suatu kerangka acuan program vaksinasi bagi karyawan RS RK Charitas, yang akan digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan dan mengevaluasi program vaksinasi tersebut..

1. **Latar Belakang**

Pelaksanaan program vaksinasi bagi karyawan memiliki landasan hukum yang mengatur, yaitu :

* 1. UU No. 1 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja.
  2. UU No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan Kerja.
  3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1087/MENKES/SK/VII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit.

1. **Tujuan**
2. Tujuan Umum

Mencegah penularan penyakit infeksi yang dapat dicegah dengan vaksinasi baik dari pasein ke karyawan maupun dari karyawan ke pasien RS RK Charitas.

1. Tujuan Khusus
2. Memberikan kekebalan bagi karyawan sebelum ditempatkan pada bagian yang beresiko terpapar penyakit yang dapat dicegah dengan vaksinasi.
3. Sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit akibat kerja.
4. Sebagai salah satu upaya mempertahankan kesehatan karyawan.
5. **Kegiatan pokok dan rincian kegiatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Vaksin** | **Sasaran** | | **Jumlah** | **Rencana Pemberian** |
| **Bagian** | **Ketenagaan** |
| 1 | Hepatitis B | Keperawatan | Medis |  | 3 kali pemberian interval 0,1 dan 6 bulan 🡪 April, Mei, November 2014 |
| Paramedis |  |
| Pekarya |  |
| Sanitasi |  |
| 2 | Typhoid | Penyaji Makan | Dapur | 54 | 1 kali pemberian 🡪 Juni |
| Ruangan | 83 |
| Laboratorium | Analis | 25 |
| 3 | Influenza | General ICU | Medis | 1 | 1 kali pemberian 🡪 Juli s/d Agustus 2014 |
| Paramedis | 36 |
| Pekarya | 7 |
| **No** | **Nama Vaksin** | **Sasaran** | | **Jumlah** | **Rencana Pemberian** |
| **Bagian** | **Ketenagaan** |
|  |  | Hemodialisa | Medis | 1 |  |
| Paramedis | 5 |
| Pekarya | 1 |
| Petugas kamar Bayi (MP) | Paramedis | 59 |
| Petugas kamar Bayi (Th 2) | Paramedis | 16 |
| Pekarya | 4 |
| Petugas Kemoterapi | Paramedis | 13 |
| 4 | Hepatitis A | General ICU | Medis | 1 | 2 kali pemberian, interval 6 bulan 🡪 Juni – Desember 2013 |
|  | Paramedis | 36 |
| Bagian Gawat Darurat | Medis | 13 |
| Paramedis | 32 |
| Petugas kamar Bayi | Paramedis | 75 |
| Pekarya | 26 |
| 5 | MMR | Kebidanan | Paramedis | 59 | 1 kali pemberian 🡪 September 2013 |
| Pekarya | 19 |
| Petugas kamar Bayi (MP) | Paramedis | 59 |
| Petugas kamar Bayi (Th 2) | Paramedis | 16 |
| Pekarya | 4 |

1. **Cara melaksanakan kegiatan**

Kegiatan dilakukan dengan berpedoman pada pedoman kerja dan prosedur tetap yang telah ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

1. **Penentuan Status Imunitas**
2. Penambahan lembar vaksinasi pada buku berobat karyawan bagi semua karyawan yang akan diberikan vaksin.
3. Tentukan status imunitas terhadap vaksin yang akan diberikan. Dalam program ini yang akan diperiksakan adalah status imunitas terhadap Hepatitis B, dengan melakukan pemeriksaan Hbs Ag RPHA dan Anti Hbs Elisa. Untuk pemberian vaksin yang lain tidak perlu di periksa status imunitasnya.
4. Hasil pemeriksaan status imunitas dituliskan didalam lembar vaksinasi buku berobat karyawan.
5. Apabila karyawan tersebut belum memiliki imunitas terhadap vaksin yang akan diberikan maka karyawan tersebut akan diberikan vaksinasi sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
6. **Perencanaan Vaksinasi Bagi Karyawan**
7. Bagi Karyawan Magang
8. Bagian personalia mengirimkan hasil pemeriksaan laboratorium darah karyawan yang baru saja diterima dan lokasi penempatan kerja karyawan tersebtu kepada ketua seksi K3 untuk diikut sertaka pada program vaksinasi bagi karyawan.
9. Ketua seksi K3 memasukkan karyawan tersebut dalam program vaksinasi bagi karyawan.
10. Ketua seksi K3 mengirimkan jadwal vaksinasi bagi karyawan tersebut kepada petugas Poliklinik Imuniasi dan karyawan yang bersangkutan.
11. Karyawan yang bersangkutan datang ke Poliklinik Imunisasi untuk vaksinasi sesuai jadwal yang telah ditentukan.
12. Petugas Poliklinik imunisasi memberikan vaksin yang telah ditentukan kepada karyawan yang bersangkutan.
13. Petugas Poliklinik imunisasi menuliskan tanggal pemberian vaksin, jenis vaksin, no batch vaksin di :

* Lembar vaksinasi buku berobat milik karyawan tersebut
* Buku laporan pemberian vaksin bagi karyawan.

1. Untuk vaksin serial, pemberian vaksin dilanjutkan sesuai jadwal pemberian.
2. Bagi Karyawan Tetap
3. Ketua seksi K3 membuat jadwal vaksinasi bagi karyawan.
4. Ketua seksi K3 menyampaikan jadwal vaksinasi kepada Bagian Personalia.
5. Bagian Personalia meneruskan jadwal vaksinasi kepada karyawan yang tercantum dalam jadwal vaksinasi dengan tembusan kepada kepala bagian masing – masing dan Poliklinik Imunisasi.
6. Vaksinasi dilakukan di Poliklinik Imunisasi.
7. Karyawan yang tercantum dalam jadwal vaksin, mendatangi Poliklinik Imunisasi sesuai jadwal yang telah ditentukan.
8. Petugas Poliklinik imunisasi memberikan vaksin yang telah ditentukan kepada karyawan yang bersangkutan.
9. Petugas Poliklinik imunisasi menuliskan tanggal pemberian vaksin, jenis vaksin, no batch vaksin di :

* Lembar vaksinasi buku berobat milik karyawan tersebut
* Buku laporan pemberian vaksin bagi karyawan.

1. Untuk vaksin serial, pemberian vaksin dilanjutkan sesuai jadwal pemberian.
2. Bagi Karyawan yang hendak dimutasi
3. Karyawan yang hendak dimutasikan kebagian tertentu melapor ke Ketua Seksi K3 untuk diikut sertaka pada program vaksinasi bagi karyawan.
4. Ketua seksi K3 memasukkan karyawan tersebut dalam program vaksinasi bagi karyawan.
5. Ketua seksi K3 mengirimkan jadwal vaksinasi bagi karyawan tersebut kepada petugas Poliklinik Imuniasi dan karyawan yang bersangkutan.
6. Karyawan yang bersangkutan datang ke Poliklinik Imunisasi untuk vaksinasi sesuai jadwal yang telah ditentukan.
7. Petugas Poliklinik imunisasi menuliskan tanggal pemberian vaksin, jenis vaksin, no batch vaksin di :
8. Lembar vaksinasi buku berobat milik karyawan tersebut
9. Buku laporan pemberian vaksin bagi karyawan.
10. Untuk vaksin serial, pemberian vaksin dilanjutkan sesuai jadwal pemberian.
11. **Sasaran**
12. **Hepatitis B**

Imunisasi Hepatitis B diberikan pada karyawan yang akan ditempatkan sebagai tenaga:

1. Medis
2. Paramedis (perawat)
3. Laboratorium
4. Pekarya Ruang Perawatan, Laboratorium & Hemodialisa.
5. Sanitasi Umum
6. Sanitasi Ruang Perawatan, Laboratorium & Hemodialisa.
7. **Influenza**

Imunisasi influenza diberikan kepada petugas kesehatan yang beresiko tertular atau menularkan penyakit influenza kepada pasien – pasien dengan kondisi imunitas yang rendah. Imunisasi tersebut diberikan kepada :

1. Petugas kamar bayi
2. Petugas critical care
3. Petugas Hemodialisa
4. Petugas Kemoterapi
5. **Hepatitis A**

Imunisasi diberikan kepada petugas kesehatan yang beresiko tinggi terpapar Hepatitis A, yaitu petugas kamar bayi, petugas gawat darurat, petugas intensive care.

1. **Tuberculosis**

Vaksinasi terhadap penyakit TBC diberikan kepada semua petugas kesehatan. Prioritas pemberian vaksin ditentukan oleh presentasi seorang petugas kesehatan terpapar TBC. Pengelompokan tersebut adalah sebagai berikut :

* + 1. Resiko tinggi

Yaitu semua petugas kesehatan yang kontak langsung dengan pasien, petugas laboratorium, petugas ruang intensive, petugas gawat darurat, petugas yang melalukan Bronchoscopy, petugas yang berhubungan dengan pasien HIV dan TBC, petugas kamar jenasah.

* + 1. Resiko sedang

Yaitu petugas medis dan paramedis, petugas fisoterapi, petugas radiologi, petugas ambulans, mahasiswa kedokteran dan keperawatan.

**Resiko rendah**

Yaitu petugas yang tidak kontak langsung dengan pasien, contohnya petugas dapur sentral dan petugas administrasi.

1. **Typhoid**

Vaksinasi typhoid diberikan kepada petugas laboratorium dan penyaji makanan.

1. **MMR**

Diberikan kepada petugas bagian :

1. Kamar bayi
2. Kebidanan
3. **Jadwal pelaksanaan kegiatan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Vaksin** | **Sasaran** | **Jadwal Pemeriksaan** | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Hepatitis B | Medis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paramedis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pekarya |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sanitasi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Typhoid | Dapur Sentral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Penyaji Makan Ruang |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Laboratorium |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Influenza | General ICU |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hemodialisa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Petugas kamar Bayi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Petugas Kemoterapi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Hepatitis A | Petugas Kamar Bayi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| General ICU |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bagian Gawat Darurat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | MMR | Petugas kamar Bayi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kebidanan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan**

Evaluasi program akan dilakukan per tahun oleh kepala seksi K3. Laporan evaluasi diserahkan kepada Direktur Utama dengan tembusan ke Bagian Personalia dan Ketua P2K3 pada akhir tahun program.

1. **Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan**

Kegiatan imunisasi bagi karyawan akan segera didokumentasikan oleh petugas di Poliklinik imunisasi dalam buku kegiatan imunisasi. Pada akhir bulan petugas Polikllinik Imunisasi akan menyerahkan data kegiatan imunisasi karyawan perbulan kepada petugas K3.

Laporan kegiatasn vaksinasi bagi karyawan akan dibuat oleh kepala seksi K3 setiap 6 bulan dan akan diserahkan kepada Direktur Utama dengan tembusan Bagian Personalia dan Ketua P2K3. Evaluasi program vaksinasi bagi karyawan akan dilakukan per tahun oleh kepala seksi K3 dengan melihat kesenjangan antara kegiatan dengan hasil pelaksanaan program.evaluasi tersebut akan diserahkan kepada Direktur Utama dengan tembusan ke Bagian Personalia dan Ketua P2K3.