



PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS  
NOMOR 112/UN.4.24.0/2023

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN BEDAH MATA INSTALASI  
PELAYANAN MATA GEDUNG A

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA PERATURAN  
DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

- Menimbang :
- a. bahwa dalam upaya memberikan pelayanan bedah yang cepat, tepat, bermutu, professional, dan dengan memperhatikan keselamatan pasien serta untuk memberi kepuasan kepada pasien dan keluarga di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Pelayanan Mata yang bermutu tinggi
  - b. bahwa agar pelayanan di Instalasi Pelayanan Mata dapat dilaksanakan dengan baik, maka perlu adanya pedoman pelayanan Instalasi Pelayanan Mata sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan bedah di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b maka perlu ditetapkan pedoman pelayanan Instalasi Pelayanan Mata di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dengan peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
  2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
  3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 /Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis
  6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
  7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT  
UNHAS TENTANG PEDOMAN PELAYANAN BEDAH MATA  
INSTALASI PELAYANAN MATA

BAB I  
Ketentuan Umum  
Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan:

1. Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana.
2. Operasi kecil merupakan pembedahan dimana secara relatif dilakukan secara sederhana, tidak memiliki risiko terhadap nyawa pasien.
3. Operasi sedang merupakan pembedahan dimana secara relatif lebih sulit untuk dilakukan daripada pembedahan minor, membutuhkan waktu, melibatkan risiko terhadap nyawa pasien, dan memerlukan bantuan asisten.
4. Operasi besar merupakan pembedahan dimana secara relatif lebih sulit untuk dilakukan daripada pembedahan minor dan moderate, membutuhkan waktu, melibatkan risiko terhadap nyawa pasien, dan memerlukan bantuan asisten
5. Operasi khusus merupakan pembedahan dimana dilakukan dengan menggunakan mesin dan alat khusus yang bias meringankan komplikasi pada pasien, dan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah tersertifikasi khusus
6. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.
7. Kepala Instalasi Pelayanan Mata adalah seseorang yang diangkat oleh Direktur Utama yang bertanggungjawab terhadap seluruh kegiatan administrasi, pendidikan, penelitian, dan pelayanan yang dilakukan di Instalasi Pelayanan Mata .
8. Koordinator Pelayanan Instalasi Pelayanan Mata adalah seorang tenaga perawat professional yang diberi tanggungjawab untuk mengontrol terselenggaranya proses pelayanan Instalasi Pelayanan Mata yang aman dan bermutu.
9. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disebut DPJP adalah seorang dokter spesialis yang sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi/penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di IPM. Asuhan medis lengkap artinya rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien.
10. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.
11. Fasilitas pelayanan Instalasi Pelayanan Mata adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan bedah di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
12. Unit pelayanan Instalasi Pelayanan Mata adalah fasilitas pelayanan bedah di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
13. Perawat scrub adalah perawat bedah yang berperan sebagai salah satu tim bedah steril yang berkolaborasi dengan dokter spesialis bedah dan bertugas untuk mengelola bahan dan peralatan steril yang dibutuhkan pasien selama fase intra operasi

14. Perawat sirkuler adalah perawat bedah yang berperan untuk melakukan asuhan keperawatan perioperatif pada pasien bedah sejak pasien ditrasfer ke IPM, selama fase intra operasi, sampai pasien tersebut ditransfer ke PACU.
15. Perawat post anesthesia care unit (PACU) adalah perawat bedah yang bertugas melakukan asuhan keperawatan pasca operasi pada pasien selama masa pemulihan di ruang PACU sampai pasien tersebut ditransfer ke ruangan lain.

**BAB II**  
**Maksud dan Tujuan**  
**Pasal 2**

Pedoman pelayanan Instalasi Pelayanan Mata di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin ini dimaksudkan guna memberikan pedoman dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan penyelenggaraan pelayanan bedah di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien sehingga didapatkan suatu pelayanan baku, berkualitas dan komprehensif, bermutu, terjangkau, merata dan dapat dipertanggung jawabkan. Pedoman ini juga menjadi acuan bagi tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan mata

**BAB III**  
**Penyelenggaraan**  
**Bagian Kesatu**  
**Umum**  
**Pasal 3**

- (1) Penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Pelayanan Mata hanya dapat dilakukan oleh Profesi Pemberi Asuhan (PPA) yang terlatih dan kompeten.
- (2) Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan bedah harus memiliki izin dan dinas Kesehatan Kota.

**Bagian Kedua**  
**Persyaratan Penyelenggaraan Pelayanan Bedah**  
**Pasal 4**

- (1) Setiap penyelenggaran pelayanan Instalasi Pelayanan Mata harus memenuhi ketentuan persyaratan yang ditetapkan.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi sarana dan prasarana, peralatan, serta ketenagaan.

**Pasal 5**

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan/ penyelenggaraan pelayanan Instalasi Pelayanan Mata di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

**BAB IV**  
**Ruang Lingkup**  
**Pasal 9**

Ruang lingkup pelayanan unit Instalasi Pelayanan Mata Rumah Sakit Universitas Hasanuddin meliputi pemberian pelayanan bedah pada:

- (1) Pasien operasi elektif
- (2) Pasien emergency
- (3) Pasien layanan sehari (*one day care surgery*)

Pasien bedah yang dilayani dapat berasal dari:

- (1) Rawat Jalan
- (2) Rawat Inap
- (3) Unit Gawat Darurat

BAB V  
Organisasi  
Pasal 10

- (1) Instalasi Pelayanan Mata langsung dibawahahi oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
- (2) Kepala Instalasi Pelayanan Mata bertanggung jawab langsung kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
- (3) Kepala Ruangan Instalasi Pelayanan Mata bertanggung jawab langsung kepada Kepala Instalasi Pelayanan Mata dan berlaku sebagai mitra.
- (4) Perawat Pelaksana dan Administrasi bertanggung jawab kepada Kepala Ruangan OK Mata Instalasi Pelayanan Mata .

Pasal 11

Ketentuan lebih lanjut mengenai struktur organisasi Instalasi Pelayanan Mata di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB VI  
Pembinaan dan Pengawasan  
Pasal 12

- (1) Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik, Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Satuan Penjaminan Mutu melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangannya masing-masing
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud diarahkan untuk:
  - a. Melindungi pasien dalam penyelenggaraan pelayanan Instalasi Pelayanan Mata yang dilakukan tenaga kesehatan;
  - b. mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan Instalasi Pelayanan Mata sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran; dan
  - c. memberikan kepastian hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan.
- (3) Pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal.
- (4) Pengawasan internal Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Pengawasan teknis medis; dan
  - b. Pengawasan teknis perumahsakit.
- (5) Pengawasan teknis medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis melalui Komite Medik Rumah Sakit. Pengawasan teknis perumahsakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b adalah pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan dan kinerja keuangan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.

BAB VII  
Pencatatan dan Pelaporan  
Pasal 13

- (1) Tiap PPA wajib mendokumentasikan asuhan dan pelayanan yang diberikan ke pasien dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi dan form khusus lainnya sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Kepala Instalasi Pelayanan Mata membuat pelaporan pelayanan yang sudah dilakukan tiap bulan.
- (3) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa:
  - a. Rekapitulasi pasien
  - b. Jumlah dan jenis operasi
  - c. Indikator mutu unit

PENUTUP

Pasal 14

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan Rektor dengan penempatannya

Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal 17 April 2023

DIREKTUR UTAMA,



Dr. Andi Muhammad Ihsan Ph.D Sp.M(K)

NIP 197002122008011013

LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR UTAMA  
RUMAH SAKIT UNHAS  
NOMOR 112/UN.4.24.0/2023  
TANGGAL 17 APRIL 2023

TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI PELAYANAN  
MATA DI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penggunaan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah adalah proses yang umum dan kompleks di rumah sakit. Tindakan-tindakan ini membutuhkan asesmen pasien yang lengkap dan komprehensif, perencanaan asuhan yang terintegrasi, monitoring pasien yang berkesinambungan dan kriteria transfer untuk pelayanan berkelanjutan, rehabilitasi, akhirnya transfer maupun pemulangan (*discharge*).

Pelayanan bedah di Instalasi Pelayanan Mata RS UNHAS harus terencana dan terdokumentasikan berdasarkan hasil asesmen. Karena tindakan pembedahan membawa risiko dengan tingkatan tinggi, maka penggunaannya haruslah direncanakan secara seksama. Asesmen pasien adalah dasar untuk memilih prosedur yang tepat. Asesmen memberikan informasi penting terhadap pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal, terlaksananya prosedur secara yang aman, menginterpretasikan temuan dalam monitoring pasien. Pemilihan prosedur tergantung pada riwayat pasien, status fisik, dan data diagnostik termasuk risiko dan manfaat prosedur bagi pasien. Pemilihan prosedur mempertimbangkan informasi dari asesmen saat masuk rawat inap, tes diagnostik, dan sumber lain yang tersedia.

Proses asesmen dapat dijalankan dalam kerangka waktu yang lebih singkat bilamana pasien secara darurat membutuhkan pembedahan. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah edukasi dan diskusi dengan pasien dan keluarganya atau orang yang berwenang membuat keputusan bagi pasien. Pasien dan keluarga atau para pembuat keputusan menerima informasi yang adekuat untuk berpartisipasi dalam keputusan pemberian pelayanan dan memberikan persetujuan (*informed consent*) yang berisi risiko dari prosedur yang direncanakan, manfaat prosedur yang direncanakan, komplikasi yang potensial terjadi, alternatif tindakan pembedahan dan nonbedah yang tersedia untuk merawat.

Oleh karena itu, maka perlu disusun Pedoman Pelayanan Instalasi Pelayanan Mata RS Universitas Hasanuddin sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan pasien yang menjalani pembedahan.

B. Tujuan Pedoman

Pedoman pelayanan Instalasi Pelayanan Mata di rumah sakit ini disusun dengan tujuan sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien pada pasien yang menjalani pembedahan di IPM.

2. Tujuan Khusus

- a) Untuk memberikan gambaran tentang tatalaksana pelayanan bedah yang berlaku di Instalasi Pelayanan Mata .

- b) Untuk memberikan acuan dalam pengelolaan sumber daya manusia yang ada di Instalasi Pelayanan Mata .
- c) Untuk memberikan gambaran tentang fasilitas yang digunakan di Instalasi Pelayanan Mata .
- d) Untuk memberikan acuan tentang program keselamatan pasien, keselamatan kerja, dan pengendalian mutu di Instalasi Pelayanan Mata .

### C. Ruang Lingkup

Pedoman ini mencakup pelayanan pasien dimulai pada saat diterimanya pasien di ruang persiapan sampai penanganan pasien pasca operasi di Post Anesthesia Care Unit (PACU). Pedoman ini diterapkan kepada semua dokter bedah, dokter dan perawat anestesi, dan perawat bedah yang menangani pasien di Instalasi Pelayanan Mata RS Universitas Hasanuddin.

### D. Batasan Operasional

#### 1. Jenis Pelayanan Bedah

Berdasarkan kompleksitas tindakannya, kelompok tindakan pelayanan bedah terdiri atas:

##### a. Operasi Kecil

Operasi kecil merupakan pembedahan dimana secara relatif dilakukan secara sederhana, tidak memiliki risiko terhadap nyawa pasien seperti: Eksisi tumor adneksa kecil, foto koagulasi laser, gonioplasty, goniotomi, laser iridotomi perifer, pterigium, repair rupture palpebra simple, reposisi IOL, reposisi iris, Retcam+ Narcose, Yag Laser.

##### b. Operasi sedang

Operasi Sedang merupakan pembedahan dimana secara relatif lebih sulit untuk dilakukan daripada pembedahan minor, membutuhkan waktu, melibatkan risiko terhadap nyawa pasien, dan memerlukan bantuan asisten, seperti: Biopsi Tumor Orbita, Trabekulektomi, Repair Ruptur Palpebra, dan lain-lain

##### c. Operasi Besar

Operasi Besar merupakan pembedahan dimana secara relatif lebih sulit untuk dilakukan daripada pembedahan minor, membutuhkan waktu, melibatkan risiko terhadap nyawa pasien, dan memerlukan bantuan asisten, seperti: Scleral Bucking, Parasintesa, Koreksi Strabismus.

##### d. Operasi khusus

Operasi khusus merupakan pembedahan dimana dilakukan dengan menggunakan mesin dan alat khusus yang bias meringankan komplikasi pada pasien, dan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah tersertifikasi khusus, seperti: Phacoemulsifikasi, Vitrektomy.

#### 2. Sifat Operasi

Berdasarkan urgensinya, jenis pelayanan operasi di RS Universitas Hasanuddin terdiri atas:

##### a. Operasi Elektif

Operasi elektif merupakan tindakan pembedahan dengan jadwal terencana yang sifatnya tidak ada indikasi untuk dilakukan tindakan segera.

##### b. Operasi Emergensi

Operasi emergency merupakan tindakan pembedahan yang memerlukan tindakan segera untuk menghindari komplikasi lanjut dari proses penyakit untuk kebutuhan life-saving.

## BAB II STANDAR KETENAGAAN

### A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

#### 1. Dokter

Dokter yang bekerja di Instalasi Pelayanan Mata yaitu Dokter Spesialis yang berasal dari Kelompok Staf Medik RS Universitas Hasanuddin.

#### 2. Perawat

Perawat pelaksana yang ditugaskan di Instalasi Pelayanan Mata terdiri atas:

- a. Perawat scrub
- b. Perawat sirkuler
- c. Perawat post anesthesia care unit (PACU)

### B. Distribusi Ketenagaan

SDM Instalasi Pelayanan Mata yang terdistribusi di gedung A pelayanan IPM Mata terdiri dari dua kamar operasi untuk pelayanan operasi mata, dipimpin oleh satu orang Kepala Ruangan yang dibantu oleh admin unit.

Jadwal jaga perawat terdiri atas jadwal jaga elektif dan emergency. Jadwal jaga elektif terdiri dari 1 shift yaitu pagi, sedangkan jadwal jaga emergency dilakukan dengan sistem per telepon (*on-call*).

Sistem penugasan harian perawat di kamar operasi (sebagai perawat scrub dan sirkuler) dan di PACU (sebagai perawat PACU) dilakukan oleh koordinator pelayanan IPM yang disesuaikan dengan jumlah dan jenis operasi setiap harinya.

No.	Tugas	Jml	Status	Pendidikan
1	Kepala Instalasi IPM	1	PNS	S3 Kedokteran
2	Kepala Ruangan OK Mata IPM (Gd A)	1	PNS	S2 Keperawatan
3	Perawat Pelaksana IPM (Scrub, Sirkuler, & PACU)	8	PNS & Kontrak	D3 Keperawatan & S1 Ners
4	Admin Unit	1	Kontrak	S1 Biologi

Tabel 2.1 Jumlah, Status, dan Pendidikan SDM IPM RS Universitas Hasanuddin  
2023

### C. Pengaturan Jam Kerja

- o Pelayanan Operasi Elektif  
Senin - Jumat : 07.30 – 16.00 WITA
- o Pelayanan Operasi Emergency  
Senin – Minggu : 24 Jam

## BAB III

### STANDAR FASILITAS

#### C. Standar Ruang

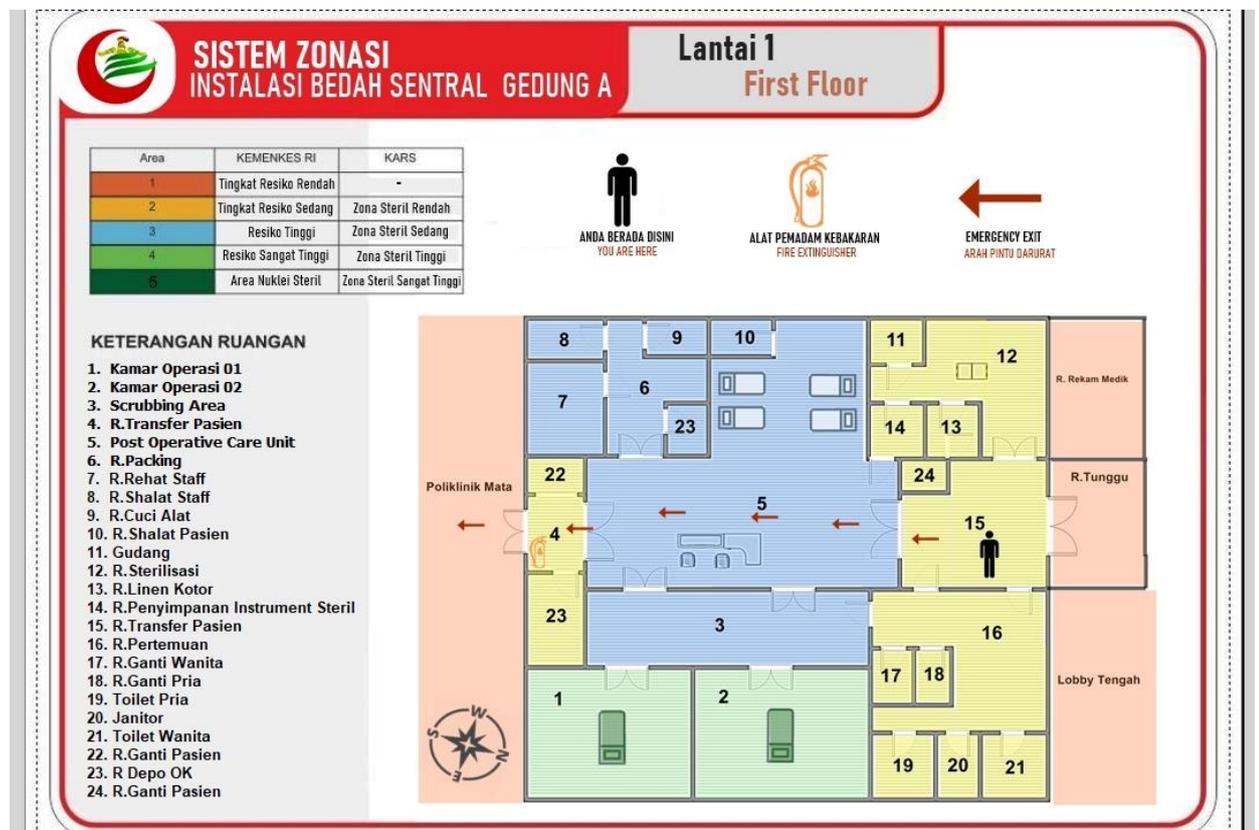
Standar pengaturan ruangan di Instalasi Pelayanan Mata Rumah Sakit Unhas sesuai dengan Pedoman Teknis Ruang Operasi KEMENKES RI sebagai berikut:

1. Jalan masuk barang-barang steril harus terpisah dari jalan keluar barang-barang & pakaian kotor.
2. Koridor steril (*steril corridor*) dipisahkan/ tidak boleh bersilangan alurnya dengan koridor kotor (*dirty corridor*)
3. Pembagian daerah sekitar kamar bedah:
  - a. Zona 1, Tingkat Resiko Rendah (Normal)  
Zona ini terdiri dari area resepsionis (ruang administrasi dan pendaftaran), ruang tunggu keluarga pasien, janitor dan ruang utilitas kotor  
  
Zone ini mempunyai jumlah partikel debu per m<sup>3</sup> > 3.520.000 partikel dengan dia. 0,5 Nm (*ISO 8 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999*).
  - b. Zona 2, Tingkat Resiko Sedang (Normal dengan Pre Filter) Zona ini terdiri dari ruang istirahat dokter dan perawat, ruang plester, pantri petugas. Ruang Tunggu Pasien (*holding*)/ ruang transfer dan ruang loker (ruang ganti pakaian dokter dan perawat) merupakan area transisi antara zona 1 dengan zone 2. Zone ini mempunyai jumlah maksimal partikel debu per m<sup>3</sup> 3.520.000 partikel dengan dia. 0,5 Nm (*ISO 8 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999*).
  - c. Zona 3, Tingkat Resiko Tinggi (Semi Steril dengan Medium Filter)  
Zona ini meliputi kompleks ruang operasi, yang terdiri dari ruang persiapan (*preparation*), peralatan/instrument steril, ruang induksi, area scrub up, ruang pemulihan (*recovery*), ruang resusitasi neonates, ruang linen, ruang pelaporan bedah, ruang penyimpanan perlengkapan bedah, ruang penyimpanan peralatan anastesi, implant orthopedi dan emergensi serta koridor-koridor di dalam kompleks ruang operasi. Zone ini mempunyai jumlah maksimal partikel debu per m<sup>3</sup> adalah 352.000 partikel dengan dia. 0,5 μm (*ISO 8 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999*).
  - d. Zona 4, Tingkat Resiko Sangat Tinggi (Steril dengan Pre Filter, Medium Filter, Hepa Filter)  
Zona ini adalah ruang operasi, dengan tekanan udara positif. Zone ini mempunyai jumlah maksimal partikel debu per m<sup>3</sup> adalah 35.200 partikel dengan dia. 0,5 μm (*ISO 7 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999*).
  - e. Area Nuklei Steril  
Area ini terletak dibawah area aliran udara kebawah (*laminair air flow*) dimana pembedahan dilakukan. Area ini mempunyai jumlah maksimal partikel debu per m<sup>3</sup> adalah 3.520 partikel dengan dia. 0,5 μm (*ISO 5 s/d ISO 6 - ISO 14644-1 cleanroom standards Tahun 1999*).
2. Setiap 2 kamar operasi harus dilayani oleh setidaknya 1 ruang scrub station

3. Harus disediakan pintu ke luar tersendiri untuk jenazah dan bahan kotor yang tidak terlihat oleh pasien dan pengunjung.
4. Harus disediakan pintu ke luar tersendiri untuk jenazah dan bahan kotor yang tidak terlihat oleh pasien dan pengunjung.
  - a. Pintu kamar operasi yang ideal harus selalu tertutup selama operasi
  - b. Pergantian udara yang dianjurkan sekitar 18-25 kali/jam.
  - c. Tekanan udara yang positif di dalam kamar pembedahan, dengan demikian akan mencegah terjadinya infeksi *„airborne‘*.
  - d. Sistem AC Sentral, suhu kamar operasi yang ideal 18 – 22<sup>0</sup>C yang harus terjaga kestabilannya dan harus menggunakan filter absolut untuk menjaring mikroorganisme
  - e. Kelembaban ruang yang dianjurkan 40-60% (jika menggunakan bahan anaestesi yang mudah terbakar, maka kelembaban maksimum 50%)
  - f. Penerangan alam menggunakan jendela mati, yang diletakkan dengan ketinggian diatas 2 m
  - g. Lantai harus kuat dan rata atau ditutup dengan vinyl yang rata atau teras sehingga debu dari kotoran-kotoran tidak tertumpuk, mudah dibersihkan, bahan tidak mudah terbakar.
  - h. Pertemuan dinding dengan lantai dan dinding dengan dinding harus melengkung agar mudah dibersihkan dan tidak menjadi tempat sarang abu dan kotoran
  - i. Plafon harus rapat dan kuat, tidak rontok dan tidak menghasilkan debu/kotoran lain.
  - j. Pintu harus yang mudah dibuka dengan sikut, untuk mencegah terjadinya nosokomial, disarankan menggunakan pintu geser dengan sistem membuka dan menutup otomatis.
  - k. Harus ada kaca tembus pandang di dinding ruang operasi yang menghadap pada sisi dinding tempat ahli bedah mencuci tangan

#### D. Denah dan sistem zonasi Instalasi Pelayanan Mata Gedung A

##### 1. Instalasi Pelayanan Mata Gedung A



Gambar 3.1 Denah dan sistem zonasi Instalasi Pelayanan Mata Gedung A

E. Standar fasilitas

1. Standar fasilitas medis

Area yang ada di Instalasi Pelayanan Mata terdiri atas:

- a. Ruang serah terima pasien
- b. Ruang tunggu pasien (holding room)
- c. Nurse station
- d. Ruang administrasi
- e. Gudang alkes
- f. Kamar operasi
- g. Scrub station
- h. Gudang aksesoris
- i. Soiled
- j. PACU
- k. Ruang rehat
- l. Ruang ganti
- m. Musholla
- n. Kamar kecil
- o. Dirty utility
- p. Area keluar barang kotor

Setiap kamar operasi dilengkapi dengan peralatan dasar sampai advanced untuk kebutuhan anestesi dan bedah minor sampai khusus.

Alat kesehatan dan instrument yang ada di Instalasi Pelayanan Mata terdiri atas:

- a. Gedung A

<i>No</i>	<i>Nama Set Instrument</i>	<i>Merek</i>	<i>Kemasan</i>
1	Phaco Set		Container Box
2	Hand Piece Set		Container Box
3	Vitrektomy set	Precisemed, Appasamy	Container Box
4	Glaukoma set	Precisemed, Appasany	Container Box
5	EED Set	Aesculap	Container Box
6	Strabismus set	Precisemed, Aesculapius	Container Box
7	SubTenon Blok Set	Aesculap	Container Box
8	Fragmantory Set	Aesculap	Container Box
9	Pediatrik set	Precisemed, Rumex, Zabby's	Container Box
10	EED Set	Stephens, Precisemed, Khasanah	Container Box
11	Iris Claw Set	Alkesindo, Precisemed	Container Box
12	Fragmantome Set	Constellation	Container Box
13	Avastin Set	SHM	Container Box
14	Sub Tenon Set	Zepe, Pricesemed	Container Box

Tabel 3.1 Daftar set instrument Instalasi Pelayanan Mata Gedung A

## 2. Standar fasilitas Non Medis

### a. Pintu

Bentuk pintu sliding, pintu harus selalu tertutup dengan menggunakan penutup otomatis. Pintu selalu terawat dan tidak boleh mengeluarkan suara.

### b. Ventilasi

Memakai AC dilengkapi filter dan sistem *ultraclean luminay airflow*. Suhu diatur antara 18-22°C dan kelembaban udara 40-60 %

### c. Sistem Penerangan

Lampu ruangan memakai lampu pijar putih tertanam di dalam langit-langit sehingga tidak menampung debu dan mudah dibersihkan. Pencahayaan ruangan sesuai peraturan pencahayaan pada buku ini. Lampu operasi merupakan lampu khusus yang terdiri dari beberapa lampu yang fokusnya dapat diatur, tidak panas, terang, tidak menyilaukan dan tidak menimbulkan bayangan

### d. Sistem Gas

Sistem gas sebaiknya dibuat sentral memakai sistem pipa. Sistem pipa melalui bawah lantai atau di atas langit-langit, dibedakan sistem pipa O<sub>2</sub> dan Nitrogen Oksida

### e. Sistem Listrik

Ada sistem penerangan darurat dan sistem listrik cadangan

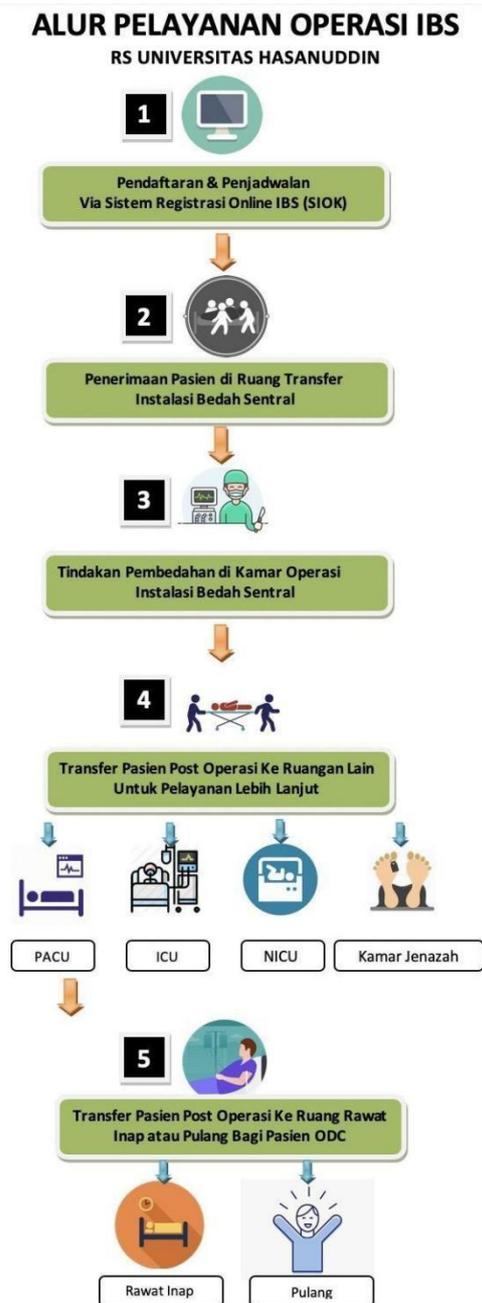
### f. Sistem Komunikasi

Ada sistem komunikasi dengan ruangan lain di dalam rumah sakit dan ke luar Rumah Sakit

## BAB IV

### TATALAKSANA PELAYANAN

#### A. Alur Pelayanan



Gambar 4.1 Alur pelayanan operasi di Instalasi Pelayanan Mata

#### B. Lalu Lintas petugas, pasien, dan barang

Setiap individu yang masuk ke Instalasi Pelayanan Mata harus mengetahui sistem zonasi yang berlaku di setiap area beserta alur petugas, alur barang (alkes, instrumen dan linen steril), dan alur pasien.

##### 1. Lalu lintas petugas

- a. Petugas masuk ke Instalasi Pelayanan Mata melalui pintu masuk khusus petugas.
- b. Petugas melepas alas kaki sebelum masuk ke ruang ganti.
- c. Petugas mengambil pakaian ganti di lemari pakaian sesuai dengan warna yang ditetapkan.
- d. Petugas mengganti pakaian di ruang ganti dan menyimpan barangnya di loker yang sudah disiapkan.

- e. Pasien mengambil dan memakai sepatu atau sandal ganti di zona kuning.
- f. Sebelum masuk ke zona biru, petugas mengambil topi dan masker di nurse station.
- g. Petugas harus menggunakan masker dan topi selama di dalam kamar operasi (zona hijau). Gunakan google, apron, atau jas operasi steril jika dibutuhkan.
- h. Petugas bisa beristirahat di ruang rehat atau musholla selama waktu senggang.
- i. Sebelum keluar dari IPM, petugas kembali ke ruang ganti, mengganti pakaiannya, dan menyimpan pakaian kotor IPM di tempat yang telah disiapkan.
- j. Petugas keluar dari IPM melalui pintu keluar petugas.

## 2. Lalu lintas pasien

- a. Pasien masuk ke Instalasi Pelayanan Mata melalui pintu khusus pasien (UGD, poli dan rawat inap)
- b. Pakaian pasien diganti di ruang ganti pakaian. Pasien lalu dipasangkan topi operasi (jika dibutuhkan).
- c. Setelah pakaian terganti, pasien ditransfer dari bed ke stretcher kamar operasi.
- d. Dilakukan serah terima pasien dari petugas ruangan asal ke petugas kamar operasi.
- e. Pasien menunggu di ruang tunggu pasien (holding room)
- f. Jika kamar operasi telah siap, pasien didorong ke kamar operasi dengan stretcher lalu dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan pembedahan.
- g. Setelah pembedahan selesai, pasien dipindahkan ke bed ruang PACU (jika pasien tidak langsung ke ICU) lalu didorong ke ruang PACU.
- h. Setelah pasien memenuhi kriteria discharge PACU, pasien dipindahkan ke bed ruangan rawat pasien.
- i. Pakaian dan selimut pasien diganti.
- j. Pasien diserahkan oleh perawat PACU ke perawat ruangan.
- k. Pasien keluar dari Instalasi Pelayanan Mata melalui pintu keluar khusus pasien.

## 3. Lalu lintas instrumen dan linen bedah

- a. Instrumen dan linen steril tersimpan di ruang penyimpanan barang steril CSSD.
- b. Instrumen dan linen steril yang akan digunakan diambil melalui loket barang CSSD. Setiap pengambilan barang dicatat di buku administrasi CSSD.
- c. Paket instrumen dan linen steril ditransfer ke kamar operasi dengan troli instrumen.
- d. Di kamar operasi, paket instrumen dan linen steril digunakan dengan sistem pencatatan khusus.
- e. Setelah operasi, instrumen yang telah digunakan dikeluarkan ke pintu khusus barang kotor, dibuatkan listnya, lalu diserahkan dengan staf CSSD.
- f. Linen reusable juga dikeluarkan di pintu khusus barang kotor untuk selanjutnya dijemput oleh staf Laundry.
- g. Jika menggunakan linen disposable, buang linen tersebut di tempat sampah medis lalu keluarkan ke pintu khusus barang kotor untuk selanjutnya dijemput oleh staf cleaning service.
- h. Instrumen akan kembali diolah oleh staf CSSD untuk penggunaan selanjutnya. Begitu pun dengan linen reusable, selanjutnya diolah

oleh staf Laundry untuk penggunaan selanjutnya. Setelah diolah, barang-barang tersebut akan kembali ke ruang penyimpanan barang steril CSSD untuk digunakan di operasi selanjutnya.

4. Lalu lintas alat kesehatan (alkes)
  - a. Standar penyimpanan alat kesehatan yaitu di Gudang alkes IPM.
  - b. Sebelum penggunaan, alat kesehatan diambil di Gudang sesuai dengan kebutuhan. Pastikan alat yang digunakan telah terkalibrasi atau masih berlaku masa kalibrasinya.
  - c. Selama penggunaan, catat jika alat tersebut bermasalah.
  - d. Lakukan desinfeksi sesuai standar pasca penggunaan alat tersebut.
  - e. Kembalikan alat tersebut di Gudang alkes IPM. Jika dibutuhkan perbaikan, kirim barang tersebut ke staf alat kesehatan untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

### C. Tatalaksana pasien bedah

#### 1. Asesmen bedah

Karena prosedur bedah mengandung resiko tinggi, maka pelaksanaannya harus direncanakan dengan seksama. Oleh karena itu, setiap asesmen yang dilakukan pada pasien harus mengikuti kebijakan berikut:

- a. Pendokumentasian asesmen pra bedah berbasis IAR (informasi, analisis, dan rencana) di RS Universitas Hasanuddin harus menggunakan formulir MR 3.2.2
- b. Hasil asesmen pra bedah tersebut harus menjadi acuan untuk menentukan jenis tindakan bedah yang tepat dan temuan pentingnya juga harus tercatat dengan baik.
- c. Hasil asesmen tersebut memberikan informasi tentang:
  - 1) Tindakan bedah yang sesuai dan waktu pelaksanaannya
  - 2) Melakukan tindakan dengan aman
  - 3) Menyimpulkan temuan selama pemantauan.
- d. Pemilihan teknik operasi tergantung dari indikasi, riwayat pasien, status fisik, data diagnostik, manfaat dan risiko dari tindakan yang dipilih.
- e. Pemilihan tindakan juga harus mempertimbangkan asesmen waktu pasien masuk dirawat inap, pemeriksaan diagnostik, dan sumber lainnya.
- f. Proses asesmen harus dikerjakan sesegera mungkin bagi pasien darurat.
- g. Asuhan untuk pasien bedah dicatat di rekam. medis (MR 4 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi atau sistem pendokumentasian elektronik terintegrasi)
- h. Untuk pasien yang langsung dilayani dokter bedah, asesmen pra bedah menggunakan asesmen awal rawat inap.
- i. Pada pasien yang diputuskan dilakukan pembedahan dalam proses perawatan, asesmen dilakukan dan dicatat dalam rekam medis (MR 4 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi sistem pendokumentasian elektronik terintegrasi)).
- j. Pasien yang dikonsultasikan ditengah perawatan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) lain dan diputuskan operasi, maka asesmen pra bedah juga dicatat di rekam medis (MR 4 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi sistem pendokumentasian elektronik terintegrasi)), termasuk diagnosis pra operasi dan pasca operasi dan nama tindakan operasi.

#### 2. Informed consent

Informed Consent yang dilakukan sebelum pembedahan minimal memuat informasi sebagai berikut:

- a. Resiko dari rencana tindakan operasi
- b. Manfaat dari rencana tindakan operasi
- c. Kemungkinan komplikasi dan dampak

- d. Pilihan operasi atau opsi non operasi (alternatif) yang tersedia untuk menangani pasien
  - e. Jika dibutuhkan darah atau produk darah, risiko dan alternatifnya didiskusikan.
3. Pembuatan laporan operasi
- Laporan operasi yang dibuat setelah tindakan pembedahan minimal memuat informasi sebagai berikut:
- a. Diagnosis pasca operasi
  - b. Nama dokter bedah dan asistennya
  - c. Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan
  - d. Ada dan tidak adanya komplikasi
  - e. Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa
  - f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfuse,
  - g. Nomor pendaftaran dari alat yang dipasang (implan)
  - h. Tanggal, waktu, tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.
4. Asuhan pasien pasca operasi
- Asuhan pasien pasca operasi yang dibuat di lembar rekam medis memuat informasi sebagai berikut:
- a. Rencana asuhan pasca bedah oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), bila didelegasikan harus dilakukan verifikasi.
  - b. Rencana asuhan oleh perawat
  - c. Rencana asuhan oleh PPA lainnya sesuai kebutuhan
- D. Penggunaan implan
- Penggunaan implan di RS Universitas Hasanuddin, harus mengikuti kebijakan penggunaan implan berikut:
1. Pemilihan implan berdasarkan peraturan perundang-undangan
  2. Modifikasi *Surgical Safety Checklist* untuk memastikan ketersediaan implan di kamar operasi dan pertimbangan khusus untuk penandaan lokasi operasi.
  3. Kualifikasi dan pelatihan setiap staf dari luar yang dibutuhkan untuk pemasangan implan (staf dari pabrik/perusahaan implan untuk mengkalibrasi).
  4. Adanya proses pelaporan jika ada kejadian yang tidak diharapkan terkait implan.
  5. Adanya proses pelaporan malfungsi implan sesuai dengan standar/aturan pabrik.
  6. Pertimbangan pengendalian infeksi yang khusus.
  7. Instruksi khusus kepada pasien setelah operasi.
  8. Adanya penelusuran (recall) alat jika terjadi penarikan kembali (recall) alat dengan melakukan antara lain menempelkan Barcode alat di rekam medis.
- E. Tata Laksana Pembedahan pada pasien dengan TB, HIV, Hepatitis B dan C, dan TORCH.
1. Setiap pasien dengan penyakit di atas akan dijadwalkan di operasi paling terakhir setiap harinya untuk mencegah adanya kontaminasi dengan pasien lainnya (kecuali untuk kasus operasi emergency).
  2. Aksesoris mesin anestesi harus diganti total setelah digunakan oleh pasien tersebut, seperti patient breathing system dan filternya.
  3. Harus disiapkan:
    - a. Desinfektan yang cukup dan sesuai
    - b. Celemek plastik yang kedap cairan.
    - c. Pelindung mata dan muka.
    - d. Kantong plastik medis yang tebal dan kedap air dengan tanda khusus untuk tempat kotor yang terkontaminasi.

4. Personil kamar operasi harus memakai celemek plastik kedap air di bawah jas operasi memakai pelindung mata (kaca mata) dan pelindung muka, memakai sarung tangan rangkap dua.
5. Personil dalam kamar operasi sesedikit mungkin dan alat-alat yang diperlukan saja, harus ada dua orang perawat sirkuler: 1 orang di dalam dan 1 orang lagi di luar untuk menghindari kontaminasi ke luar ruangan.
6. Perawat sirkuler juga harus menggunakan sarung tangan, pelindung mata dan muka, celemek kedap air di bawah jas operasi yang steril.
7. Harus memakai linen *disposable*, meja operasi tertutup dan kain yang kedap air, kemudian ditutup lagi dengan kain *disposable*.
8. Penderita dibawa ruang pemulihan setelah sadar benar.
9. Instrumen yang telah dipakai harus diolah sesuai standar oleh staf CSSD.
10. Kamar operasi segera harus didesinfeksi sesuai prosedur yang berlaku di kamar operasi dan sesuai dengan pedoman PPI.

F. Tata laksana pasien di PACU

1. Prosedur kewaspadaan universal harus dipatuhi oleh petugas.
2. Sebelum masuk PACU, semua petugas harus mengganti pakaian dengan pakaian khusus IPM.
3. Keluarga pasien secara umum tidak dibolehkan mengunjungi keluarganya selama observasi di PACU, kecuali pasien anak atau setelah diberi izin khusus oleh koordinator pelayanan IPM.
4. Keluarga pasien yang masuk ke PACU harus mengenakan gaun pelindung (di zona biru) dan alas kaki sebelum memasuki ruangan.
5. Pasien keluar dari PACU jika telah memenuhi skor kriteria discharge.

## BAB V LOGISTIK

### A. Peralatan Kantor

1. Furniture (meja, kursi, lemari buku/rak, filing cabinet)
2. Komputer set
3. Alat tulis kantor
4. Telpon
5. Printer

### B. Standar obat dan bahan habis pakai (BHP)

1. Obat dan BHP anestesi

INSTALASI FARMASI  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

DAFTAR PEMAKAIAN OBAT DAN BAHAN HABIS PAKAI (BHP) TINDAKAN ANESTESI

<p>1 Nama Pasien</p> <p>2 Umur/ Tanggal Lahir</p> <p>3 Jenis Kelamin</p> <p>4 No. Rekam Medis (RM)</p> <p>5 Jaminan</p>	<p>6 Tindakan Medis</p> <p>7 Bagian Bedah</p> <p>8 Tanggal Operasi</p> <p>9 Dokter Anestesi</p> <p>BPJS / UMUM / ASURANSI.....</p>
---	--

OBAT ANESTESI				BHP & ALAT ANESTESI					
NO.	NAMA OBAT	AMBIL	PAKAI	SISA	NO.	NAMA ALAT / BHP	AMBIL	PAKAI	SISA
1	Adona* Ampul				1	Connects BD* (Three Way Pjg)	1		
2	Aminophyllin 24 mg/mL Ampul				2	Discofa* (Three Way Pendek)	1		
3	Aquadest 25 mL				3	Elektroda EKG	3		
4	Asam Traneksamat 500 mg				4	Epidural Set (Adult / Ped)			
5	Atracurium 25 mg Ampul				5	ETT ..... clear/cuffed/non-kingking			
6	Atracurium 50 mg Ampul				6	Guedel .....			
7	Atropin Sulfat 0.25 mg/mL	2			7	Haemacel .....			
8	Bupivacaine 0.5% 20 mL (Epidural)				8	Handschoen 6			
9	Bupivacaine 0.5% 4 mL (Spinal)				9	Handschoen 6 1/2 (Gammex*)			
10	Catapres* 150 mcg/mL Ampul				10	Handschoen 7 (Gammex*)			
11	Dexametason 5 mg/mL	2			11	Handschoen 7 1/2 (Gammex*)			
12	Glukosa 40% 25 mL				12	Handschoen 8			
13	Glukosa 5% 500 mL				13	Infus Set (Adult / Ped)			
14	Dicynon* Ampul				14	IV Catheter No. 18	1		
15	Ecron* 10 Vial				15	IV Catheter No. 20	1		
16	Efedrin HCl 50 mg/mL	1			16	IV Dressing			
17	Epinefrin 1 mg/mL	2			17	Nasal Canula (Adult / Ped / Infant)			
18	Furosemid 10 mg/mL				18	NGT No. 14 / 16 / 18 / .....			
19	Fimahe* / Widahe* 500 mL				19	Needle 18 G / 23 G	2/2		
20	Gelofusin* 500 mL				20	Perfussor	1		
21	Kaen 38* 500 mL				21	Spinothane .....			
22	Ketamin* Vial				22	Spoit 1 mL	1		
23	Ketorolac 30 mg/mL Ampul	1			23	Spoit 3 mL	5		
24	Lidocain HCl 2% Ampul	4			24	Spoit 5 mL	3		
25	Mannitol 20% 500 mL				25	Spoit 10 mL	7		
26	Metoclopramide 5 mg/mL Ampul				26	Spoit 20 mL	1		
27	Midazolam 15 mg (Midazol 15) Ampul	1			27	Spoit 50 mL			
28	NaCl 0.9% 500 mL				28	Suction Canula FR No .....			
29	NaCl 0.9% Piggy Bag 100 mL				29	Transfusi Set	1		
30	Metil Ergometrin Ampul				30	NRM (Adult/Ped)			
31	Ondansetron 4 mg / 2 mL Ampul				31	Simple Mask (Adult/Ped)			
32	Ondansetron 8 mg / 4 mL Ampul	1			32	Alkohol Swab*			
33	Oxytocin Ampul				33				
34	Prapreso (Metamizole Na.) Ampul				34				
35	Propofol (Fresofol*) Vial				35				
36	Prostigmine* Ampul				36				
37	Ranitidine 50 mg / 2 mL Ampul	1			37				
38	Ri 500 mL				38				
39	Racuronium Vial				39				
40	Tramadol 10 mg/mL Ampul				40				
41	Vitamin C Inj. Ampul					INHALASI		Pemakaian	
42	Vitamin K Inj. Ampul				1	Oksigen Cair (L)			L
43	Fentanyl 100 mcg / 2 mL Ampul				2	Halotan (.....)			mL
44	Fentanyl 500 mcg / 10 mL Ampul				3	Isolfuran (.....)			mL
45	Pathidin HCl 50 mg/mL Ampul				4	Sevofluran (Sevofluran*) (.....)			mL
46	Morfin 10 mg/mL Ampul				5	Desfluran (.....)			mL
47					6	.....			mL

.....  
Dokter Anestesi

Gambar 5.1 Daftar obat dan bahan habis pakai anestesi

No. OBAT DAN BAHAN HABIS PAKAI IBS GEDUNG A

1. Catachol/carbachol (dtg 35)
  2. Cvs pack 23 yang tidak combine
  3. Eye drape plain d700
  4. Gas c3f8
  5. Miriwash bss 500 ml softbag (dtg 85)
  6. Silicone oil 1300
  7. Next generation phaco dp (dtg 4)
  8. Dk-line heavy fluid
  9. Curved scissors
  10. Ceratome knife
  11. Stab knife
  12. Cauter bovie
  13. Grieshaber back flush
  14. Grieshaber ilm forch
  15. Iris refractor
  16. Ilm blue
  17. Mede blue
  18. Lensa iris claw + pemutar (dtg 2)
  19. Laminar flow phaco tip
  20. Eye dop
  21. Healon 5 (dtg 5)
  22. Directional laser probes
  23. Rohto hyron
  24. Appavisc/catagel (dtg 50)
  25. Vitrektomi cutter kit
  26. Vicryl 6/0 w9552 s-14 45 cm
  27. Nylon 10/0
  28. Vicryl 5/0 rb-1, 70 cm
  29. Benang pair pack
  30. Silicone oil 5000
  31. Cresent knife (10)
  32. Laminar flow phaco tip 15 deg infslv 20 g opor 1520l (dtg 1)
  33. Braunol 100 ml
  34. Lensa iol optima fold aspheric
  35. Silicon band
  36. Vicryl/nylon 8,0 (absorble dan non absorble)
  37. Wida glukosa 5% 1/2 ns 1/2 dad
- 

Gambar 5.3 Daftar obat dan bahan habis pakai bedah di IPM A

C. Alur pemakaian obat dan bahan habis pakai

1. Standar penyimpanan obat dan bahan habis pakai yaitu di Depo Farmasi.
2. Beberapa saat sebelum operasi, petugas mengambil paket operasi di Depo Farmasi. Setiap paket akan dilengkapi dengan form pencatatan pemakaian.
3. Setiap pemakaian obat dan bahan habis pakai di dalam kamar operasi harus dicatat di dalam form tersebut.
4. Setelah operasi selesai, sisa paket dan form yang telah terisi dikembalikan ke Depo Farmasi untuk dilakukan penginputan oleh staf Farmasi.

## BAB VI

### KESELAMATAN PASIEN

Program keselamatan pasien yang berlaku di Instalasi Pelayanan Mata sesuai dengan 7 Standar Keselamatan Pasien di Rumah sakit. Program keselamatan pasien di IPM difokuskan pada proses untuk memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur bedah.

#### A. Maksud dan Tujuan

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat

1. Komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antar anggota tim;
2. Tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi;
3. Asesmen pasien tidak lengkap;
4. Catatan rekam medik tidak lengkap;
5. Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim;
6. Masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap;
7. Penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

Tindakan bedah dan prosedur invasif memuat semua prosedur investigasi dan atau memeriksa penyakit serta kelainan dari tubuh manusia melalui mengiris, mengangkat, memindahkan, mengubah atau memasukkan alat laparaskopi/endoskopi ke dalam tubuh untuk keperluan diagnostik dan terapeutik.

Rumah sakit harus menentukan area-area di dalam rumah sakit yang melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Sebagai contoh, kateterisasi jantung, radiologi intervensi, laparaskopi, endoskopi, pemeriksaan laboratorium, dan lainnya. Ketentuan rumah sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku di semua area rumah sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan.

Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

1. Beri tanda di tempat operasi;
2. Dilakukan verifikasi praoperasi;
3. Melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai.

Pemberian tanda di tempat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang tepat serta dapat dikenali. Tanda yang dipakai harus konsisten digunakan di semua tempat di rumah sakit, harus dilakukan oleh individu yang melakukan prosedur operasi, saat melakukan pasien sadar dan terjaga jika mungkin, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semua kasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk

pada sisi lateral , daerah struktur multipel {multiple structure), jari tangan, jari kaki, lesi, atau tulang belakang.

Tujuan proses verifikasi praoperasi adalah

1. Memastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien;
2. Memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (imajing), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji;
3. Memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan.

Beberapa elemen proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan sebelum pasien tiba di tempat praoperasi, seperti memastikan dokumen, imajing, hasil pemeriksaan, dokumen lain diberi label yang benar, dan memberi tanda di tempat (lokasi) operasi.

*Time-Out* yang dilakukan sebelum dimulainya insisi kulit dengan semua anggota tim hadir dan memberi kesempatan untuk menyelesaikan pertanyaan yang belum terjawab atau ada hal yang meragukan yang perlu diselesaikan. *Time-Out* dilakukan di lokasi tempat dilakukan operasi sesaat sebelum prosedur dimulai dan melibatkan semua anggota tim bedah. Rumah sakit harus menetapkan prosedur bagaimana proses *Time-Out* berlangsung.

Salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu, juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan penulisan di instruksi pengobatan/ resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), serta pemakaian singkatan yang tidak terstandarisasi atau yang dilarang merupakan faktor-faktor-yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur yang efektif di dalam meminimalkan risiko ini. Kebijakan ini termasuk definisi tindakan operasi yang lengkap sesuai dengan cakupan pelayanan rumah sakit. Kebijakan ini berlaku di setiap lokasi rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan

## B. Kegiatan yang dilaksanakan

Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/ pemberi tanda.

1. Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
2. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/ time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.
3. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat

prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/ dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

### C. Ruang Lingkup

#### 1. Sasaran

Semua pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan

#### 2. Tempat

a. Di dalam kamar bedah

b. Diluar kamar bedah (Klinik rawat jalan, klinik gigi, IRD dan Radiologi)

#### 3. Pelaksana

a. Perawat perioperatif (*Scrub* dan sirkuler) dan perawat di luar kamar bedah

b. Dokter operator

c. Dokter anestesi

#### 4. Kewajiban dan Tanggung Jawab

a. Dokter operator

Berkewajiban memberikan tanda pada sisi operasi sebelum pasien dibawa ke kamar operasi. Jika dokter operator berhalangan dan diwakili oleh dokter yang lain, maka saat time out harus hadir di dalam kamar operasi untuk memastikan ketepatan sisi operasi.

b. Dokter anestesi dan perawat perioperatif (*Scrub* dan sirkuler)

Berkewajiban mengikuti prosedur daftar tilik keselamatan pasien operasi dengan dipandu oleh perawat sirkuler. Dokter anestesi harus hadir pada saat prosedur *Sign in*.

c. Perawat di luar kamar bedah

Perawat berkewajiban memimpin jalannya prosedur daftar tilik keselamatan pasien operasi.

d. Kepala Instalasi dan kepala ruangan kamar bedah

- Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur prosedur daftar tilik keselamatan pasien operasi
- Melakukan evaluasi pelaksanaan penandaan sisi operasi dan pelaksanaan prosedur daftar tilik keselamatan pasien operasi.

e. Direktur pelayanan medis dan keperawatan

Menjaga standarisasi dalam penerapan tepat pasien, tepat sisi dan tepat prosedur operasi.

f. Direksi

Menetapkan kebijakan Keselamatan Pasien yang mengatur pelaksanaan tepat pasien, tepat sisi dan tepat prosedur operasin baik di dalam maupun di luar kamar operasi.

### D. Tata Laksana

#### 1. Penandaan Sisi Operasi

a) Prinsip-prinsip penandaan sisi operasi

- Penandaan sisi operasi dilakukan dengan menggunakan spidol kulit permanen yang tidak hilang jika terkena air dengan menggunakan tanda panah lurus  $\pm 5$  cm kearah craniocaudal. Jika dalam dalam perjalanannya penanda

hilang, maka dokter operator harus memberikan penandaan ulang.

- Penandaan sisi operasi dilakukan oleh dokter operator di ruang perawatan sebelum dikirim ke kamar bedah sebelum tindakan operasi.
- Penandaan sisi operasi pada pasien rawat jalan dilakukan segera sebelum tindakan dilakukan.
- Jika penandaan sisi yang dioperasi tidak dilakukan, maka pada saat proses SIGN IN dokter operator harus diberitahukan untuk bersama pasien dan atau keluarga menentukan sisi yang akan dioperasi
- Penandaan sisi/ lokasi operasi (site marking) dilakukan pada semua kasus termasuk sisi lateralisasi( mata kiri/mata kanan)

b) Tata laksana

- Pasien dewasa dengan tingkat kesadaran penuh
  - Dokter operator melakukan identifikasi pasien sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator melakukan asesmen lengkap pada pasien sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang hasil asesmen/ pemeriksaan dan rencana tindakan yang akan diambil sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator harus meminta persetujuan kepada pasien dan atau keluarga untuk melakukan tindakan/ operasi sesuai dengan asesmen yang ditemukan sesuai dengan prosedur
  - Setelah pasien setuju untuk dilakukan tindakan operasi, dokter operator menanyakan kembali sisi mana yang sakit
  - Dokter operator memberikan informasi tindakan dan tujuan kepada pasien bahwa akan dilakukan penandaan sisi yang akan dioperasi dengan menggunakan spidol permanen (Skin marker)
  - Jika kedua belah pihak telah sepakat tentang sisi yang akan dioperasi, dokter operator segera melakukan penandaan dengan menggunakan spidol permanen dengan garis panah ( )  $\pm$  5 cm tepat pada sisi yang akan dioperasi
  - Dokter melakukan dokumentasi penandaan pada catatan terintegrasi pasien di berkas Rekam Medis
- Pasien dewasa dengan tingkat kesadaran apatis sampai dengan koma
  - Dokter operator melakukan identifikasi pasien sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator melakukan asesmen lengkap pada pasien sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator memberikan informasi kepada keluarga tentang hasil asesmen/ pemeriksaan dan rencana tindakan yang akan diambil sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator harus meminta izin kepada keluarga untuk melakukan tindakan/ operasi sesuai dengan asesmen yang ditemukan sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator memberikan informasi tindakan dan tujuan kepada keluarga bahwa akan dilakukan

- penandaan sisi yang akan dioperasi dengan menggunakan spidol permanen (Skin marker)
  - Jika kedua belah pihak telah sepakat tentang sisi yang akan dioperasi, dokter operator segera melakukan penandaan dengan menggunakan spidol permanen dengan tanda garis lurus  $\pm 5$  cm tepat pada sisi yang akan dioperasi
  - Dokter operator melakukan dokumentasi penandaan pada catatan terintegrasi pasien di berkas Rekam Medis
- Pada pasien bayi dan anak balita
  - Dokter operator melakukan identifikasi pasien sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator melakukan asesmen lengkap pada pasien sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator memberikan informasi kepada keluarga tentang hasil asesmen/ pemeriksaan dan rencana tindakan yang akan diambil sesuai dengan prosedur
  - Dokter operator harus meminta izin kepada keluarga untuk melakukan tindakan/ operasi sesuai dengan asesmen yang ditemukan sesuai dengan prosedur
  - Setelah keluarga pasien setuju untuk dilakukan tindakan operasi, dokter operator menanyakan kembali sisi mana yang sakit,
  - Dokter operator memberikan informasi tindakan dan tujuan kepada keluarga bahwa akan dilakukan penandaan sisi yang akan dioperasi dengan menggunakan spidol permanen (Skin marker)
  - Jika kedua belah pihak telah sepakat tentang sisi yang akan dioperasi, dokter operator segera melakukan penandaan dengan menggunakan spidol permanen dengan tanda garis lurus  $\pm 5$  cm tepat pada sisi yang akan dioperasi
  - Dokter operator melakukan dokumentasi penandaan pada catatan terintegrasi pasien di berkas Rekam Medis
- Pada pasien dengan kondisi khusus seperti pada patah tulang dengan terpasang spalk dan luka bakar, penandaan dilakukan dengan memberikan tanda garis anak panah  $\pm 5$  cm pada anggota badan yang lain pada sisi tubuh yang sama
- Pada pasien diruang klinik spesialis bedah  
Penandaan sisi operasi pada pasien klinik dilakukan seragam/ sama dengan pasien yang akan dilakukan operasi di kamar operasi
- Klinik gigi  
Penandaan pada pasien dengan tindakan di klinik gigi selain pada sisi yang akan di operasi, penandaan juga dilakukan pada pada gambar foto panoramic gigi, yaitu pada gigi mana akan dilakukan tindakan
- Pada pasien dengan kondisi emergensi dan tidak ada keluarga  
Dokter operator tetap melakukan penandaan sisi operasi sesuai dengan hasil asesmen

## 2. Serah terima Pasien Operasi

### a) Prinsip - Prinsip

- Semua pasien yang masuk dan keluar kamar operasi harus dilakukan serah terima

- Serah terima pasien kamar operasi harus menggunakan lembar serah terima pasien operasi
- b) Tata laksana
- Perawat ruangan melengkapi lembar serah terima pasien operasi dengan mengisi lembar ceklist sesuai dengan identitas pasien, rencana operasi dan kelengkapan persiapan operasi dari ruang perawatan dengan memberikan tanda (☑) pada kolom ceklist pada item persiapan yang dilakukan dan tanda (-) pada item yang tidak dilakukan
  - Perawat kamar operasi melakukan serah terima dengan melakukan verifikasi ulang terhadap kebenaran identitas sesuai dengan prosedur, rencana dan sisi yang akan dioperasi serta kelengkapan data penunjang dan data administrasi yang disertakan dengan memberikan tanda (☑) pada kolom ceklist dan tanda (-) pada item yang tidak ada/ dilakukan
  - Apabila terjadi ketidaksesuaian persiapan operasi maka perawat ruangan wajib melengkapi dan melakukan persiapan sesuai dengan kebutuhan operasi

### 3. Prosedur daftar tilik keselamatan pasien Operasi

#### a) Prinsip- prinsip:

- Semua tindakan pembedahan harus menjalankan prosedur daftar tilik keselamatan operasi
- Semua tindakan pembedahan yang dilakukan di ruang bersalin, IRD, ICU, klinik rawat jalan dan gigi harus menjalankan prosedur daftar tilik keselamatan operasi
- Dokter anestesi harus ada pada saat *sign in*
- Prosedur daftar tilik keselamatan operasi di dalam kamar operasi di pimpin oleh perawat sirkuler
- Jika tindakan operasi dilakukan di luar kamar operasi, maka prosedur daftar tilik keselamatan operasi di dalam kamar operasi dipimpin oleh perawat klinik yang ditunjuk

#### b) Tata laksana

Daftar keselamatan pasien operasi dilaksanakan pada setiap pasien yang akan dioperasi, dipimpin oleh seorang koordinator yang ditunjuk atau perawat sirkuler. Daftar keselamatan operasi ini dibagi menjadi tiga bagian yang merupakan alur normal prosedur operasi yaitu sebelum dilakukan induksi atau SIGN IN, sebelum dilakukan insisi atau TIME OUT, dan periode segera setelah luka ditutup sebelum meninggalkan ruang operasi atau SIGN OUT. Dalam setiap fase seorang koordinator harus diijinkan untuk melakukan konfirmasi bahwa tim sudah melakukan tugas awalnya sebelum melanjutkan prosedur selanjutnya. Sebagai kesatuan tim operasi harus terbiasa dengan langkah-langkah/prosedur sesuai dengan daftar keselamatan pasien operasi. Tim harus dapat mengintegrasikannya kedalam pola kerja setiap tindakan operasi dan tim secara verbal harus mengatakan bahwa semua langkah sudah dilakukan dan tidak ada intervensi eksplisit dari koordinator ceklist. Setiap tim harus selalu berusaha melaksanakan daftar pemeriksaan keselamatan pasien operasi pada semua tindakan operasi dengan mempertimbangkan efisiensi waktu yang semaksimal mungkin dan meminimalisir terganggunya proses operasi melalui langkah langkah yang efektif. Semua langkah akan diperiksa secara lisan dengan

personil yang tepat untuk memastikan bahwa tindakan- tindakan utama telah dilakukan.

Pada fase sebelum induksi anestesi atau "*Sign In*", perawat sirkuler atau koodinator secara lisan akan melakukan pengecekan pada pasien bahwa identitasnya telah dikonfirmasi, bahwa prosedur dan sisi yang akan dioperasi benar dan bahwa persetujuan untuk operasi telah diberikan. Koordinator secara visual akan mengkonfirmasi bahwa sisi yang akan di operasi telah ditandai (jika sesuai), dan sebuah Pulse oksimeter sudah terpasang pada pasien dan berfungsi. Koordinator juga akan melakukan konfirmasi secara lisan dengan profesi anestesi (Dokter anestesi) apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah, kesulitan bernafas/ gangguan pernafasan dan reaksi alergi dan apakah peralatan anestesi keamanan cek telah selesai. Idealnya dokter bedah hadir untuk fase "*SIGN IN*", sebagai ahli bedah mungkin memiliki ide yang lebih baik untukantisipasi kehilangan darah, adanya alergi, atau faktor penyulit pada pasien. Namun, kehadiran dokter bedah tidak begitu penting untuk dapat menjawab daftar tilik keselamatan pada fase ini.

Untuk fase "*Time Out*", setiap anggota tim harus memperkenalkan dirinya dengan nama dan perannya. Jika sudah bersama-sama melalui hari dengan menjadi satu tim operasi tanpa ada pergantian anggota tim, tim cukup mengkonfirmasi bahwa semua orang di ruangan sudah diketahui satu sama lain atau tim sudah diperkenalkan. Tim akan berhenti segera sebelum sayatan kulit dimulai untuk melakukan konfirmasi verbal dengan keras bahwa mereka melakukan operasi yang benar pada pasien yang benar dan pada sisi yang benar. Tim juga akan mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya dan bahwa pencitraan penting/ hasil radiologi sudah ditampilkan.

Pada fase "*Sign Out*", tim akan bersama-sama melakukan konfirmasi prosedur operasi yang sudah dilakukan, penghitungan jumlah kasa/ spon, jumlah instrumen, dan jarum serta pelabelan dari setiap spesimen bedah yang diperoleh. Pada fase ini juga dilakukan pemeriksaan peralatan/ instrumen apakah ada kerusakan atau masalah yang perlu ditangani segera. Pada akhir fase ini, tim akan menyampaikan rencana pokok dan mendasar untuk manajemen pengelolaan pasca operasi dan pemulihannya sebelum pasien dipindahkan dari ruang operasi.

Keberhasilan proses pelaksanaan daftar tilik keselamatan pasien operasi ini akan tercapai jika ada satu orang pemimpin proses/ koordinator daftar tilik.

#### DAFTAR PERIKSA KESELAMATAN OPERASI SEBELUM INDUKSI ANESTESI (*SIGN IN*)

Pada fase *SIGN IN* ini seorang dokter Anestesi harus hadir, atau jika tidak memungkinkan perawat Anestesi harus ada. Pada fase ini koordinator dapat menjalankan tugasnya sampai selesai proses sebelum induksi atau bertahap sesuai dengan prosedur yang akan

dilakukan. Secara terperinci langkah masing masing point pada lembar daftar periksa fase SIGN IN adalah sebagai berikut:

- 1) Apakah Pasien sudah di konfirmasi tentang identitasnya, sisi yang akan dioperasi, prosedur yang akan dilakukan, dan persetujuan operasi. Koordinator/ perawat sirkulasi melakukan konfirmasi secara lisan tentang identitas pasien sesuai dengan prosedur identifikasi pasien, jenis prosedur yang direncanakan sesuai dengan program operasi yang sudah dibuat, lokasi yang akan dilakukan operasi dan persetujuan tindakan operasi dan persetujuan anestesi sudah diberikan apa belum. Walaupun mungkin terlihat mengulang ulang pertanyaann namun langkah ini merupakan langkah yang paling mendasar untuk mencegah salah pasien, salah sisi operasi dan bahkan salah prosedur operasi. Pada pasien anak-anak, atau pada pasien yang yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik ataupun pasien dengan penurunan kesadaran, konfirmasi dapat dilakukan dengan keluarga terdekat, pada kasus khusus misalnya pada pasien di UGD yang tidak ada anggota keluarga maka langkah ini bisa di lewati.
  
- 2) Sisi yang akan diperasi sudah ditandai atau penandaan tidak dapat diterapkan  
Koordinator/ perawat sirkulasi harus melakukan konfirmasi secara visual apakah dokter operator sudah memberikan tanda pada sisi yang akan dioperasi. Penandaan sisi operasi dilakukan dengan menggunakan spidol marker permanen. penandaan dilakukan hampir pada semua kasus, termasuk sisi lateralisai, multiple struktur (jari kemari tangan/ kaki, lesi kulit, tulang belakang). Langkah penandaan yang dilakukan secara konsisten dapat digunakan sebagai cek dan ricek prosedur dan sisi yang akan dioperasi
  
- 3) Mesin dan obat-obat anestesi sudah di cek dan dan lengkap  
Koordinator/perawat sirkuler melakukan konfirmasi dengan dokter anestesi dan tim apakah seperangkat mesin dan peralatan anestesi sudah dilakukan pengecekan ( safety chek) baik kelengkapan mesin dan aksesorisnya maupun cek fungsi untuk memastikan alat siap dan aman digunakan, termasuk apakah obat obatan anestesi dan bahkan obat resusitasi sudah sudah dipersiapkan dan lengkap.  
Pulse oximeter sudah terpasang pada pasien dan berfungsi  
Koordinator/perawat sirkuler melakukan konfirmasi bahwa pulse oxymetry sudah terpasang pada pasien dan berfungsi dengan baik sebelum induksianestesi dilaksanakan. Pulse oxymetry merupakan peralatan yang harus ada untuk memastikan asuhan anestesi yang aman sesuai dengan rekomedasi WHO, pulse oxymetry harus terlihat oleh semua anggota tim operasi, pulse oxymetri juga harus menggunakan sistem suara untuk memperingatkan pada tim operasi akan nilai frekuensi nadi dan saturasi oksigen pasien
  
- 4) Tanyakan apakah pasien mempunyai riwayat alergi  
Perawat sirkuler secara langsung menanyakan apakah pasien mempunyai atau pernah mengalami alergi baik itu obat, makanan, maupun cuaca, jika diketahuai ada riwayat alergi dan mungkin jika dokter anestesi belum mengetahuinya, maka perawat segera

melaporkan pada dokter anestesi untuk dapat dipersiapkan obat dan alat yang di butuhkan pasien

- 5) Apakah pasien ada resiko kesulitan bernafas/ resiko aspirasi Perawat sirkuler melakukan konfirmasi pada dr anestesi apakah selama asesmen pasien didapati ada resiko kesulitan bernafas , kesulitan bernafas dan atau kegagalan membuka jalan nafas yang menyebabkan kematian merupakan sebuah bencana bagi anesthesiolog, sebagai antisipasi kejadian tidak diinginkan, anesthesiolog dapat menggunakan alat bantu untuk pengkajian dan evaluasi adanya kesulitan bernafas pasien dengan score mallampati, score thyromental distance atau score bellhouse-dore untuk selanjutnya dapat ditentukan jenis anestesiya. Resiko tersedak juga harus dikaji dengan sungguh sungguh. Jika pasien diketahui memiliki riwayat refluk gaster, atau mungkin lambung pasien yang penuh, maka anestetist harus mempersiapkan tindakan untuk kemungkinan aspirasi, atau mungkin anestetist akan mempertimbangkan untuk modifikasi rencana anestesiya sehingga resiko dapat ditekan. Proses induksi dapat dijalankan jika tersedia peralatan emergency yang adekuat dan siap pakai seta asisten anestesi yang siap siaga
- 6) Apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah > 500ml (7ml/kgbb pada anak)  
Koordinator/ Perawat Sirkuler melakukan konfirmasi kepada dokter anestesi apakah pasien memilki resiko kehilangan darah lebih dari 500 cc selama prosedur operasi. Tujuannya adalah untuk mendeteksi dan mempersiapkan tindakan tindakan yang dibutuhkan pada kejadian kritis. Pada pasien yang di operasi, kehilangan darah 500ml atau lebih dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik, sehingga untuk mencegah dan mengatasinya perlu dilakukan persiapan untuk resusitasi cairan. ahli bedah tidak selalu menyampaikan adanya resiko kehilangan darah pada dokter anestesi dan staff perawat, karena itu jika dokter anestesi tadak mengetahui adanya resiko kehilangan darah yang banyak pada pasien maka ia harus bertanya pada dokter bedah tentang adanya resiko kehilangan darah sebelum induksi anestesi dimulai. Jika ada resiko yang besar dari kehilangan darah lebih dari 500 ml, maka sangat disarankan untuk pemasangan infus 2 jalur dengan iv catheter berukuran besar atau perlu dilakukan pemasangan kateter vena sentral sebelum tindakan insisi operasi dimulai.selain itu tim juga harus mengkomfirmasikan ketersediaan darah dan cairan resusitasi (catatan: bahwa adanya kehilangan darah akan di konfirmasikan lagi pada dokter bedah pada saat TIME OUT, sehingga akan dilakukan lagi pengecekan keselamatan yang kedua, baik pada dokter bedah, dokter anestesi maupun perawat

**SETELAH SEMUA DAFTAR PERIKSA DI LAKUKAN KONFIRMASI DAN DILENGKAPI SESUAI KEBUTUHAN PASIEN, PROSES INDUKSI ANESTESI DAPAT SEGERA DILAKUKAN**

## DAFTAR PERIKSA KESELAMATAN OPERASI SEBELUM INSISI (TIME OUT)

Pada fase ini dilakukan sesaat sebelum proses insisi kulit/prosedur dimulai oleh ahli bedah. Seluruh anggota tim ikut terlibat. Secara terperinci berikut adalah langkah langkah TIME OUT:

- 1) Konfirmasi seluruh anggota tim telah memperkenalkan nama dan perannya masing-masing  
Setiap anggota tim operasi akan selalu berubah pada satu pasien ke pasien berikutnya sehingga dibutuhkan suatu manajemen yang baik untuk menghadapi segala situasi pada saat operasi berlangsung. Suatu manajemen yang efektif mensyaratkan bahwa setiap anggota tim harus memahami peran dan fungsi masing masing anggota tim. Sebuah perkenalan sederhana dapat mencapai hal ini. Koordinator/ perawat sirkuler meminta setiap orang yang berada didalam kamar operasi harus memperkenalkan dirinya dengan menyebut nama dan peranya. Satu Team yang sudah familiar dengan satu sama lain dapat mengkonfirmasi bahwa semua anggota sudah memperkenalkan, tetapi jika ada anggota baru sejak operasi terakhir atau yang sedan berjalan, maka anggota baru tersebut harus memperkenalkan dirinya, termasuk mahasiswa, koass dan atau personil yang lain.
- 2) Konfirmasi nama pasien, prosedur,dan dimana lokasi insisi, ukuran lensa/implant (jika memakai implant) akan dibuat  
Koordinator/ perawat sirkuler harus melakukan konfirmasi secara verbal tentang nama pasien, pembedahan/ prosedur yang akan dilakukan, sisi yang akan dioperasi, dan bahkan posisi pasien dengan tujuan untuk mencegah salah pasien, salah tindakan bahkan salah sisi. Sebagai contoh adalah misalnya perawat sirkulasi mengumumkan “sebelum kita melakukan insisi...” kemudian dilanjutkan “apakah semua setuju bahwa nama pasien ini adalah X, akan dilakukan tindakan phaco mata kanan?”. dr bedah mata, dokter anestesi dan perawat harus memberikan konfirmasi ulang bahwa benar pasien, benar tindakan dan benar sisi yang akan dilakukan operasi. Pada pasien yang tidak mendapatkan tindakan sedasi , konfirmasi dapat dilakukan pada pasien secara langsung.
- 3) Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan 60 menit sebelumnya  
Berdasar pada bukti kuat dan adanya konsensus bahwa antibiotik profilaksis dapat mencegah infeksi pada luka akan lebih efektif jika antibiotik pada serum dan atau level pada jaringan dapat di capai. Dokter bedah tidak selalu memberikan antibiotik profilaksis 1jam sebelum tindakan insisi kulit, untk mengurangi resiko infeksi luka operasi, koordinator/ perawat sirkuler harus menanyakan dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan 60 menit sebelumnya. Anggota tim akan menjawab tentang pemberian antibiotik profilaksis ini, biasanya dokter anestesi harus memberikan jawaban konfirmasi. Jika belum/ tidak diberikan, maka mereka harus segera memberikan sebelum insisi kulit dilakukan. Jika sudah diberikan lebih dari 60 menit sebelumnya, maka tim harus memberikannya ulang. Jika antibiotik profilaksis tidak disarankan misalnya pada tindakan tanpa insisi kulit, atau mungkin pada kasus infeksius yang sudah mendapatka antibiotik

untuk perawatan, maka pada pilihan kotak tidak dapat diterapkan dapat di centang.

#### 4) Antisipasi kejadian kritis.

Komunikasi yang efektif di dalam sebuah tim merupakan suatu komponen terpenting dalam keselamatan bedah, tim kerja yang efisien dan merupakan upaya pencegahan komplikasi secara umum. Untuk memastikan terjalinya komunikasi yang efektif dalam tim tentang masalah masalah kritis untuk keselamatan pasien, seorang koordinator/ perawat memimpin diskusi cepat bersama dokter bedah, dokter anestesi dan staff dan staff perawat tentang hal hal kritis dan berbahaya serta rencana operasi yang dilakukan. Diskusi dapat dilakukan hanya dengan pertanyaan sederhana kepada anggota tim dengan pertanyaan spesifik yang dilakukan dengan keras. Urutan pertanyaan tidak menjadi masalah, tetapi setiap disiplin klinis harus memberikan informasi tentang hal hal khusus yang perlu diperhatikan dan dilakukan. Selama prosedur dilakukan sama seperti yang dilakukan setiap harinya atau mungkin jika seluruh tim sudah terbiasa melakukannya, dokter bedah dapat menyatakan:” kasus ini sama seperti biasanya,dengan durasi tindakan X menit. Dan kemudian tanyakan juga kepada dokter anestesi dan perawat apakah mereka memiliki hal yang perlu mendapat perhatian khusus terkait dengan jalanya operasi

##### a) Untuk dr Bedah

- Langkah apa yang dilakukan untuk jika terjadi keadaan kritis (pada prosedur yang tidak biasa dilakukan/ non routine steps)?  
Sebuah diskusi kecil tentang situasi kritis/ situasi yang tak terduga atau prosedur yang tidak biasa dilakukan(*critical or non routine step*) sangat dibutuhkan, minimal dengan memberitahukan pada semua anggota tim tentang beberapa langkah prosedur yang menempatkan pasien pada berisiko tinggi kehilangan darah, cedera/ *injury* atau masalah besar yang lain. Fase ini merupakan kesempatan untuk menjelaskan langkah langkah yang mungkin memerlukan instrumen/ peralatan khusus, implant ataupun persiapan lain yang dibutuhkan, sehingga jika terjadi situasi kritis, semua peralatan dan implan yang dibutuhkan sudah tersedia.
- Berapa lama prosedur ini dilakukan ?  
Koordinator/ perawat sirkuler menanyakan pada dokter operator berapa lama tindakan operasi dilakukan
- Antisipasi kehilangan darah/ *blood loss*?  
Koordinator/ perawat sirkuler menanyakan pada dokter operator tindakan dan persiapan apa yang perlu dilakukan jika terjadi perdarahan

##### b) Untuk Dokter Anestesi

Apakah ada hal khusus yang dikhawatirkan pada pasien ini? Pada pasien yang berisiko kehilangan banyak darah, ketidak stabilan hemodinamik, atau penyakit lain yang berat anggota tim anestesi harus memberikan penjelasan dengan keras tentang langkah-langkah yang diambil jika memerlukan tindakan resusitasi termasuk penggunaan produk darah, penjelasan juga termasuk adanya beberapa penyulit khusus yang ada pada pasien seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah dan lain lain. hal -hal tersebut harus di pahami

bahwa beberapa pasien yang dioperasi yang tidak memiliki resiko kritis dan atau tidak membutuhkan perhatian khusus, juga harus di informasikan kepada anggota tim. Pada beberapa kasus misalnya dokter anestesi dapat mengatakan: “pada kasus ini, tidak ada perhatian/keawatiran khusus yang harus saya lakukan”.

c) Untuk Perawat

- Apakah keseterilan alat sudah di konfirmasi?
- Apakah ada alat yang perlu diperhatikan khusus dan atau dalam masalah?

Seorang perawat instrumen/ *scrub nurse* yang mempersiapkan set alat harus melakukan konfirmasi secara verbal bahwa alat sudah dalam kondisi steril dengan berpedoman pada indikator fisik pada set instrumen untuk yang menggunakan autoclave. Adanya keraguan tentang keseterilan alat harus dilaporkan pada tim sebelum digunakan. Pada fase ini juga dapat digunakan untuk membahas adanya masalah pada instrumen dan perlunya persiapan-persiapan khusus lain yang dibutuhkan untuk pembedahan, atau jika perawat memiliki keawatiran khusus yang dapat berpengaruh pada keselamatan pasien harus disampaikan kepada dokter operator dan dokter anestesi. Jika tidak ada keawatiran khusus perawat dapat mengatakan: “peralatan dalam kondisi steril, dan tidak ada keawatiran khusus pada alat dan persiapan lain”

- Apakah X-Ray, MRI, CT-Scan sudah terpasang  
Hasil imaging radiologi, merupakan salah satu bagian penting yang digunakan untuk memastikan ketepatan rencana beberapa jenis operasi, misalnya pada kasus orthopedi, tulang belakang, ataupun tindakan pada dinding dada dan beberapa pada reseksi tumor. Koordinator atau Perawat Sirkuler harus bertanya pada dokter bedah apakah hasil radiologi dibutuhkan pada kasus ini, jika memang dibutuhkan, koordinator/ Perawat Sirkuler harus mengumumkan bahwa hasil radiologi ada dan sudah terpasang pada bok lampu baca radiologi untuk digunakan selama operasi. Jika hasil radiologi dibutuhkan tetapi pasien tidak memiliki, maka dapat diabaikan, jika pasien memiliki tetapi tertinggal di bangsal, maka hasil radiologi harus ditunggu sampai ada di kamar operasi.

PADA FASE INI TIME OUT SUDAH DI KONFIRMASI DENGAN LENGKAP DAN TIM BOLEH SEGERA MULAI PROSEDUR OPERASI

DAFTAR PERIKSA KESELAMATAN OPERASI SEBELUM MENINGGALKAN KAMAR OPERASI (SIGN OUT)

Daftar periksa ini harus dilakukan pada saat pasien akan meninggalkan ruang operasi. Adapun tujuannya adalah untuk memberikan kemudahan dalam melakukan transfer informasi yang penting kepada seluruh anggota tim yang melakukan asuhan pada pasien post operasi. Proses ini dapat dilakukan oleh koordinator/ perawat sirkuler, dokter operator, atau dokter anestesi dan harus dilakukan sebelum dokter operator meninggalkan kamar operasi, misalnya dapat dilakukan bertepatan proses penutupan luka.

- 1) Perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim:

- a) Nama prosedur tindakan  
Ketika prosedur tindakan selesai, koordinator/perawat sirkuler harus melakukan konfirmasi kepada dokter bedah dan tim tentang prosedur tindakan yang sudah dikerjakan. Langkah ini dapat dilakukan dengan cara menanyakan : “prosedur apa yang sudah dilakukan?” atau sebagai konfirmasi verbal : “kita telah melakukan prosedur X, apakah benar?”
- b) Instrumen, jumlah kassa dan jarum telah di hitung dan lengkap dan benar  
Tertinggalnya instrumen, kassa dan jarum merupakan kejadian yang jarang, tetapi jika terjadi kesalahan berpotensi besar menimbulkan bahaya/ bencana bagi petugas maupun pasien. Perawat instrumen dan atau perawat sirkuler secara verbal harus melakukan konfirmasi kelengkapan jumlah kassa, dan jarum. Pada kasus yang membuka rongga tubuh seperti pada laparatomi, jumlah instrumen juga harus dihitung dan lengkap. jika ada ketidak lengkapan, maka harus diberitahukan kepada tim, sehingga dapat diambil langkah-langkah misalnya masih berada pada duk, terbuang di tempat sampah ataupun masih diatas luka atau jika diperlukan dapat dilakukan tindakan imaging dengan *C-Arm*
- c) Spesimen telah diberi label (termasuk nama pasien dan asal jaringan spesimen)  
Kesalahan dalam penulisan label spesimen patologi dapat menjadi sebuah ancaman bencana bagi pasien dan merupakan sumber kesalahan laboratorium yang paling sering. Perawat sirkulator harus melakukan konfirmasi kebenaran label spesimen patologi dengan membacakan dengan keras nama pasien, diskripsi spesimen dan fiksator spesimen
- d) Adakah masalah pada instrumen/ peralatan selama operasi Instrumen bermasalah merupakan kejadian yang sudah umum pada kamar operasi, tetapi identifikasi yang tepat tentang sumber masalah pada alat/ instrumen adalah sangat penting dalam mencegah alat untuk digunakannya kembali tanpa ada perbaikan/penggantian yang baru. Perawat sirkuler harus memastikan bahwa adanya masalah pada instrumen selama digunakan sudah diidentifikasi oleh tim

- 2) Dokter operator, dokter anestesi dan perawat bersama sama melakukan review singkat tentang apa yang menjadi fokus perhatian utama pada proses pemulihan dan menegemen pasien pasca operasi dan proses pemulihan pasien dari pengaruh anestesi. Target dari langkah ini adalah efisiensi dan ketepatan dalam transfer informasi yang penting untuk semua tim dalam pemberian asuhan yang aman.

#### E. Pelaporan insiden keselamatan pasien

Ada 5 jenis insiden keselamatan pasien yang harus dilaporkan untuk ditindaklanjuti antara lain:

1. Kejadian Sentinel : Insiden yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (cacat permanen).
2. KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) : insiden yang mengakibatkan pasien cedera/ kerugian.

3. KNC (Kejadian Nyaris Cedera) : insiden yang belum sampai terpapar/cedera pada pasien dimana pegawai segera menyadari sebelum insiden terjadi
  4. KTC (Kejadian Tidak Cedera) : telah terjadi insiden dan pasien sudah terpapar, tetapi pasien tidak mengalami cedera atau dampak dari tindakan tersebut.
  5. KPC (Kondisi Potensial Cedera) : kondisi/ situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera.
- F. Alur pelaporan insiden keselamatan pasien

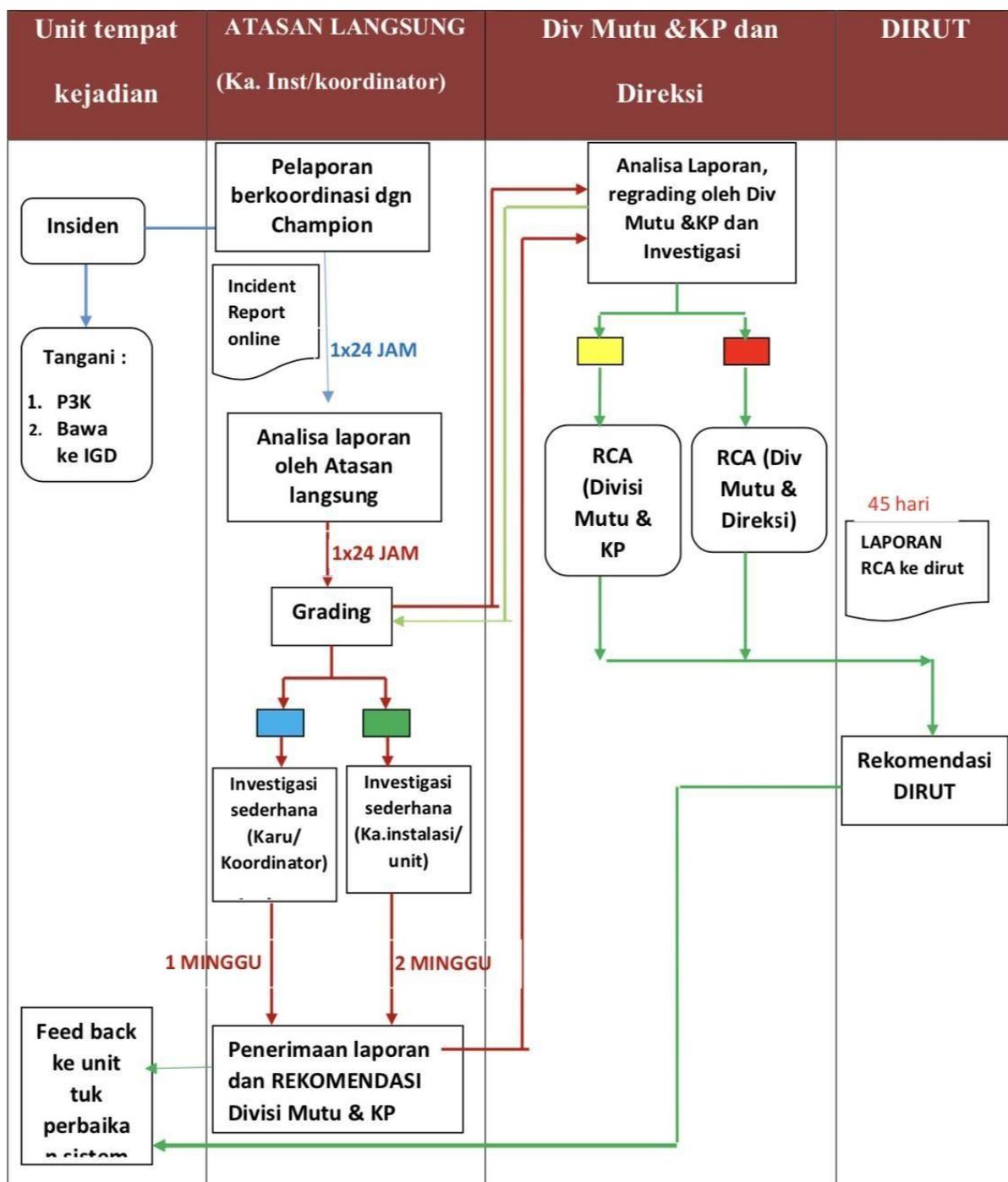


Diagram 6.1 Alur pelaporan insiden keselamatan pasien

## BAB VII

### KESELAMATAN KERJA

Penerapan keselamatan kerja di Instalasi Pelayanan Mata akan tetap berkoordinasi dengan bagian kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit (K3RS).

#### A. Penggunaan Alat Pelindung Diri

1. Menggunakan masker
2. Menggunakan sarung tangan
3. Pada saat merawat pasien infeksius yang menular melalui cairan tubuh, petugas menggunakan APD tambahan seperti apron sekali pakai dan *google* (kacamata)

#### B. Pembinaan dan pengawasan staf tentang sistem keselamatan kerja

1. Melakukan koordinasi dengan bagian K3RS
2. Mengikutsertakan staf untuk mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran (*fire fighting*)
3. Mengikutsertakan staf untuk mengikuti pelatihan kewaspadaan bencana

#### C. Pemilahan Sampah dan linen

1. Sampah medis menggunakan tempat sampah dengan KANTONG KUNING.
2. Sampah nonmedis menggunakan tempat sampah dengan KANTONG HITAM.
3. Ampul obat-obatan, spuit bekas pakai dan *needle* dibuang di *safety box*.
4. Dilakukan pemisahan linen infeksius dan noninfeksius. Untuk linen yang terkena cairan tubuh dan kotoran pasien, dimasukkan dalam kantong plastik dan diberi LABEL.

#### D. Melakukan inventarisasi dan kalibrasi alat-alat kesehatan

1. Inventarisasi dilakukan tiap bulan untuk memastikan alat dalam kondisi siap pakai
2. Kalibrasi alat kesehatan dilakukan oleh bagian IPSRS untuk memastikan keakuratan alat

#### E. Melakukan supervisi secara berkala

1. Supervisi tindakan sesuai SOP
2. Supervisi program-program K3RS
  - a. Penggunaan APAR
  - b. Kode-kode bencana

#### F. Menerapkan alur pelaporan insiden pasien/kecelakaan kerja

Koordinasi dengan bagian Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien, Divisi K3/KL apabila terjadi insiden ataupun kecelakaan kerja.

**ALUR LAPORAN PAPARAN BENDA TAJAM INFEKSIUS (UNTUK PETUGAS)**

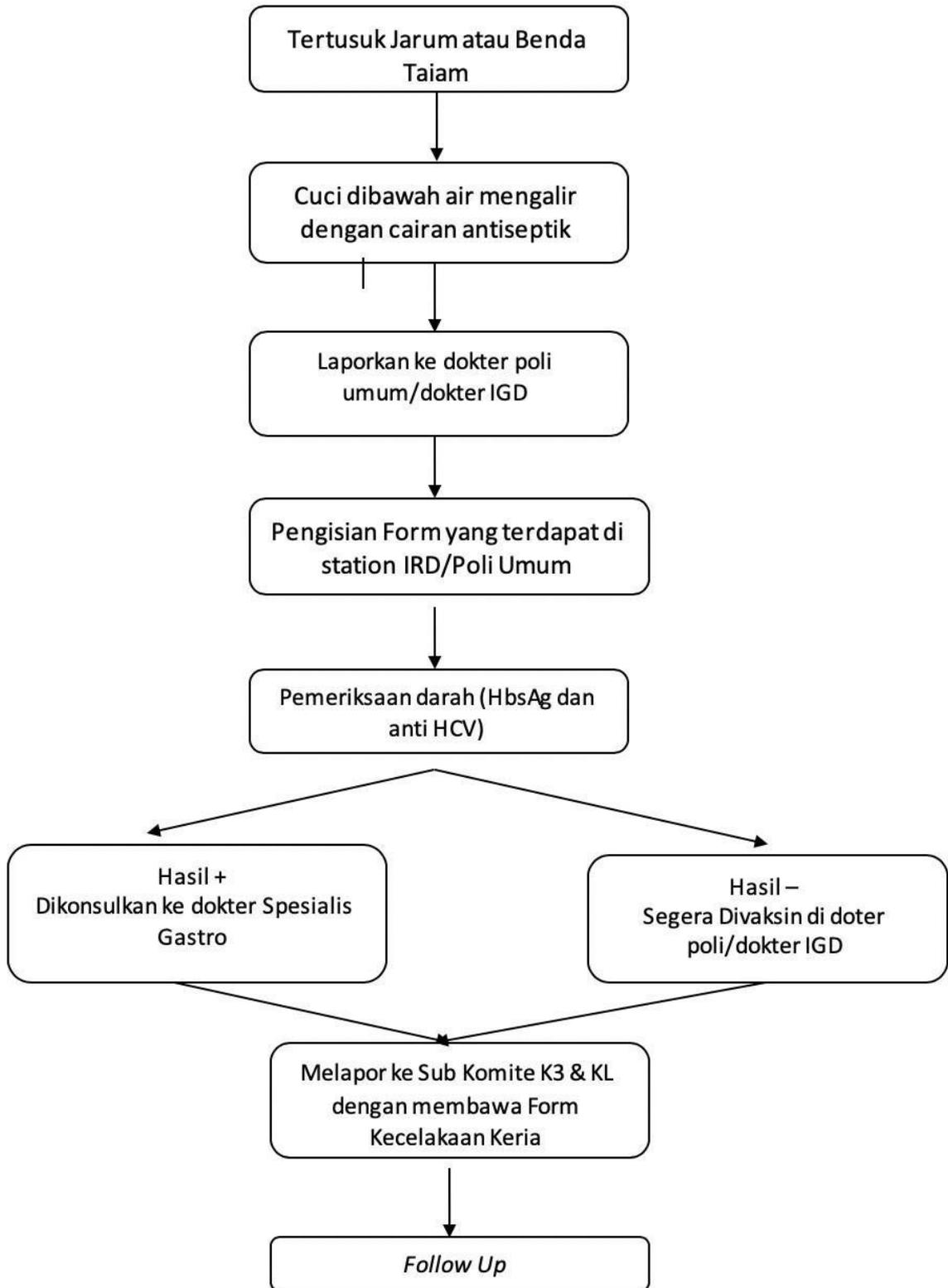


Diagram 7.1 Alur pelaporan paparan benda tajam infeksius

## BAB VIII

### PENGENDALIAN MUTU

Untuk memastikan kualitas layanan bedah yang diberikan, maka diperlukan upaya-upaya pengendalian mutu yang terdiri atas:

1. Upaya penilaian kemampuan dan hasil pelayanan Instalasi Bedah Sentral
  1. IPM melakukan upaya penilaian kemampuan dan hasil pelayanan secara rinci di jabarkan dalam sebuah laporan tahunan IPM
  2. Hasil penilaian pelayanan IPM yang berupa laporan tahunan IPM disampaikan kepada direktur dalam rangka rekomendasi tindak lanjut.
- H. Melakukan koordinasi dengan bagian Satuan Penjaminan Mutu (SPM) rumah sakit untuk mengidentifikasi resiko, *skoring Hazard*, FMEA, *fishbone* dan PDSA yang kemungkinan terjadi di IPM untuk menentukan indikator mutu layanan IPM.
- I. Penilaian indikator mutu layanan yang dievaluasi setiap hari dan dilaporkan secara ONLINE .
  1. Indikator Mutu Wajib
    - a. Kepatuhan Identifikasi pasien
    - b. Penundaan Operasi Elektif
  2. Indikator Mutu Lokal
    - a. Kejadian komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube
    - b. Angka kegagalan Spinal anestesi
    - c. Kegagalan kegiatan anestesi pada epidural
    - d. Ketepatan waktu pembiusan sesuai jadwal operasi elektif
    - e. Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi
    - f. Kejadian Reaksi Transfusi Darah
    - g. Ketidاكلengkapan informed consent
    - h. Keterlambatan waktu mulai operasi > 30 menit
    - i. Angka kelengkapan pengisian surgical checklist di kamar operasi
    - j. Waktu tunggu operasi elektif  $\leq 2$  hari
    - k. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
    - l. Tidak adanya kejadian operasi salah orang
    - m. Tidak adanya kejadian operasi salah tindakan pada orang
    - n. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing setreelah operasi
    - o. Tidak adanya kejadian kematian di meja operasi
    - p. Kepatuhan pelaporan Infeksi Daerah Operasi pada pasien bedah Mata
    - q. Kepatuhan pemberian antibiotic Midiriatil 30 menit sebelum pasien dioperasi
    - r. Kejadian Nyaris Cedera penyiapan lensa sebelum operasi
    - s. Kepatuhan pemeriksaan anestesi sebelum prabedah mata
    - t. Ketidاكلengkapan pelaksanaan monitoring selama anestesi
    - u. Ketidاكلengkapan pengisian formulir monitoring pasca anestesi dan sedasi moderat dan dalam
    - v. Kejadian Konversi tindakan dari local/regional ke general
    - w. Kejadian perbedaan diagnose pre dan post operasi
- J. Pelaporan kejadian sentinel/insiden keselamatan pasien secara ONLINE ke Bagian Satuan Penjamin Mutu.

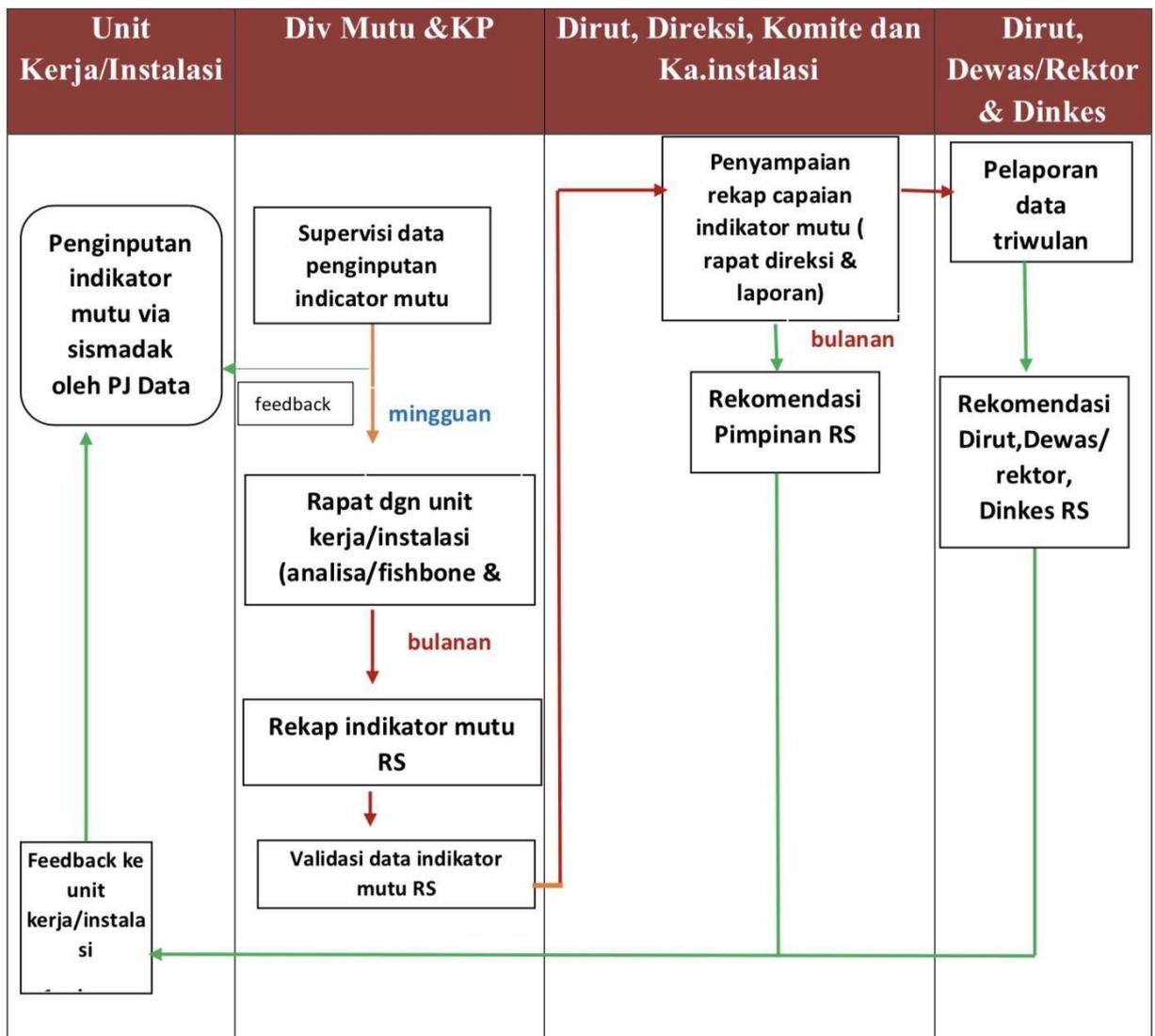


Diagram 8.1 Alur pelaporan indikator mutu

Pedoman Pelayanan Instalasi ICU di Rumah Sakit Unhas ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi menyelenggarakan pelayanan Instalasi ICU Rumah Sakit Unhas. Klasifikasi Pelayanan Instalasi ICU di Rumah Sakit Unhas adalah pelayanan ICU Sekunder disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit meliputi sumber daya, sarana, prasarana dan peralatan.

Oleh karena itu, setiap rumah sakit hendaknya dapat dijadikan acuan dan menjadi tolak ukur evaluasi pengembangan pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit.

Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal : 17 April 2023

DIREKTUR UTAMA,



Dr. Andi Muhammad Ichsan Ph.D Sp.M(K)  
NIP. 197002122008011013

