

Pedoman

PENYELENGGARAAN PELAYANAN ANESTESIOLOGI 2022



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428 – 21398, Fax. 0756 - 21398

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penyusun sehingga tersusunnya Buku Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi di RSUD dr M. Zein Painan ini dapat selesai disusun.

Buku Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi Dan ini merupakan pedoman kerja bagi semua pihak terkait dengan unit kamar operasi RSUD Dr. M. Zein Painan dalam tata cara pelaksanaan pelayanan Anestesi.

Dalam pedoman ini diuraikan tentang latar belakang, ruang lingkup dan tata laksanaan pelayanan anestesi di RSUD Dr. M. Zein Painan. Dengan selesainya pedoman ini tidak lupa penyusun menyampaikan terimakasih yang sedalam dalamnya atas bantuan semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi Dan Terapi Intensif RSUD Dr. M. Zein Painan.

Wassalamua'alaikum Wr. Wb

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Tujuan Pedoman	2
C. Ruang Lingkup Pelayanan.....	2
D. Batas Operasional	3
E. Landasan Hukum	3
BAB II STANDAR KETENAGAAN	
A. Kualifikasi SDM	4
B. Distribusi Ketenagaan.....	7
C. Pengaturan Jaga	7
D. Anggota Tim Anestesi Tambahan	7
BAB III STANDAR FASILITAS	
A. Denah Ruangan	8
B. Standar Fasilitas.....	8
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN	
A. Penjadwalan Operasi.....	9
B. Penerimaan Dan Penyerahan Pasien.....	9
C. Persiapan Operasi	9
D. Kerja Sama Antar Disiplin.....	11
E. Peraturan Penagihan dan Definisi Yang Sering Digunakan	11
BAB V KONSEP PELAYANAN ANESTESIOLOGI DAN TERAPI INTENSIF	
A. Pengertian	13
B. Tujuan.....	14
C. Prinsip - Prinsip	14
BAB VI KATEGORI/TINGKATAN ANESTESI/SEDASI	
A. Pengertian	18
B. Jenis	19
BAB VII PENYELENGGARAN PELAYANAN ANESTESIOLOGI	
A. Anggota Tim Inti Anestesi.....	20
B. Manajemen Keselamatan Pasien Oleh Tim Anestesi	21
C. Manajemen Keselamatan pasien Dalam Penggunaan Sedasi Ringan Dan Sedang Oleh Penata Anestesi....	23

D. Pelayanan Anestesi Selama Prosedur Intervensi Dengan Rasa Nyeri Untuk Desawa	24
E. Pelayanan seragam dalam penyelenggaraan pelayanan Anestesi.....	25
 BAB VIII PANDUAN (UNTUK SEDASI SEDANG DAN BERAT/DALAM)	
A. Definisi.....	26
B. Tahap yang harus Diperhatikan.....	26
 BAB IX PERALATAN EMERGENSI UNTUK SEDASI DAN ANALGESIK	
A. Intravena.....	32
B. Peralatan Untuk Managemen Jalan Nafas Dasar	32
C. Peralatan Untuk Managemen Jalan Nafas Lanjut	33
D. Obat Antagonis	33
E. Obat Emergensi	33
 BAB X KRITERIA PEMULIHAN DAN PEMULANGAN PASIEN SETELAH PEMBERIAN SEDASI DAN ANALGESIK	
A. Prinsip Umum	34
B. Kriteria Pemulangan Pasien	35
 BAB XILOGISTIK	
A. Prosedur Penyediaan Alat Kesehatan Dan Obat	36
B. Alat Medis	37
C. Prosedur	38
 BAB XI KESELAMATAN PASIEN	
A. Pengertian	39
B. Tujuan.....	39
C. Tata Laksana Keselamatan pasien.....	39
 BAB XII KESELAMATAN KERJA	
A. Pendahuluan.....	41
B. Tujuan.....	41
C. Resiko Kerja Di Kamar Bedah	42
D. Tindakan Yang Beresiko Terpajan.....	42
E. Pemeriksaan Kesehatan Petugas.....	42
F. Prinsip Keselamatan Kerja.....	43
G. Hal hal Yang Perlu diketahui Petuga Yang terpapar.	43
 BAB XIII PENGENDALIAN MUTU	
PengendalianMutu	44
 BAB XIV PENUTUP	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan anestesiologi dan terapi intensif di rumah sakit merupakan salah satu bagian dari pelayanan kesehatan yang berkembang dengan cepat seiring dengan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang anesthesia. Peningkatan kebutuhan pelayanan anestesiologi dan terapi intensif ini tidak diimbangi dengan jumlah dan distribusi dokter spesialis anestesiologi secara merata. Keadaan tersebut menyebabkan tindakan anestesi di rumah sakit dilakukan oleh perawat anestesi sehingga tanggung jawab terhadap pelayanan ini menjadi tidak jelas khususnya untuk rumah sakit yang tidak memiliki dokter spesialis anestesiologi.

Anestesiologis mempunyai keahlian spesifik dalam hal farmakologi, fisiologi, dan manajemen klinis terhadap pasien-pasien yang mendapat sedasi dan analgesik. Oleh karena itu, anestesiologis sering diminta untuk berpartisipasi dalam mengembangkan kebijakan dan prosedur rumah sakit untuk sedasi dan analgesik yang digunakan pada saat melakukan prosedur diagnostik atau terapeutik. Pedoman ini diaplikasikan secara spesifik untuk sedasi sedang (sering disebut sebagai anestesi di mana pasiennya sadar) dan sedasi berat / dalam. Pedoman ini juga tidak ditujukan untuk pasien yang menjalani anestesi umum / anestesi induksi (misalnya Blok spinal / epidural / kaudal) di mana harus diawasi dan dilakukan oleh dokter spesialis anestesi, dokter bedah, atau dokter lainnya yang telah mengikuti pelatihan khusus mengenai teknik sedasi, anestesi, dan resusitasi.

Keuntungan yang didapat dari pemberian sedasi /analgesic, diantaranya: pasien dapat menoleransi prosedur yang tidak menyenangkan dengan mengurangi kecemasan, ketidaknyamanan, atau nyeri yang mereka rasakan. Pada anak-anak dan orang dewasa yang tidak kooperatif sedasi / analgesik dapat mempercepat dan memperlancar pelaksanaan prosedur yang memerlukan pasien untuk diam / tidak bergerak.

Risiko pemberian sedasi berpotensi menimbulkan depresi kardiorespirasi, sehingga petugas / personel yang memberikan sedasi harus dapat segera mengenali dan menanganinya untuk mencegah kejadian: kerusakan otak akibat hipoksia, henti jantung, atau kematian

Pemberian sedasi / analgesik yang tidak adekuat dapat menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien, meningkatkan risiko cedera karena pasien menjadi kurang / tidak kooperatif, timbulnya efek fisiologis atau psikologis akibat respons terhadap stress yang dialami pasien. Anestesiologi diharapkan memegang peranan penting sebagai dokter perioperatif di semua rumah sakit, fasilitas pembedahan rawat jalan dan berpartisipasi dalam akreditasi rumah sakit sebagai salah satu sarana untuk menstandarisasi dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Pelayanan anesthesia di RSUD Dr. M. Zein Painan meliputi pelayanan anesthesia/ analgesia di kamar bedah dan di luar kamar bedah, pelayanan jantung paru, pelayanan kegawatdaruratan dan terapi intensif .

B. Tujuan

1. Membantu dokter dan pasien dalam membuat keputusan mengenai pelayanan kesehatan.
2. Membantu dokter memberikan keuntungan dilakukannya sedasi / analgesik sementara meminimalisasi risiko yang dapat terjadi.
3. Memberikan panduan kerja bagi petugas anestesi agar dapat memberikan pelayanan yang baik pada pasien.
4. Memberikan acuan kerja bagi instalasi di RSUD dr. M. Zein Painan, khususnya instalasi Anestesi dan perawatan intensif dalam menjalankan pelayanan yang baik kepada penderita.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Ruang lingkup pelayanan anestesi meliputi pemberian Sedasi moderat dan dalam, Pelayanan Pre, Intra dan post anestesi termasuk diantaranya adalah manajemen nyeri dan terapi intensif.

D. Batasan Operasional

1. Pelayanan Pre Anastesi adalah Pelayanan yang diberikan oleh petugas anastesi baik itu dokter spesialis anastesi, penata anastesi yang dimulai sejak pasien ditetapkan akan dilakukan tindakan anastesi sampai pasien tiba di ruang persiapan.
2. Pelayanan Intra Anastesi adalah Pelayanan yang diberikan oleh petugas anastesi mulai dari ruang persiapan sampai dengan pengakhiran anastesi.
3. Pelayanan Post Anastesi adalah pelayanan yang diberikan setelah pengakhiran anastesi sampai pasien terbebas dari pengaruh anastesi dan manajemen nyeri Post Operasi.
4. Pelayanan Sedasi adalah pemberian obat sedasi mulai dari sedasi ringan dimana kondisi pasien masih mampu merespon secara normal terhadap stimulus verbal sampai dengan sedasi berat/dalam dimana hanya mampu memberikan respon terhadap stimulus berulang/ nyeri.
5. Penatalaksanaan pasca anastesi pada rawatan intensif.

E. Landasan Hukum

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republic Indonesia nomor 519 tahun 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anesthesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit.
2. Peraturan Menteri Kesehatan 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang standar pelayanan kedokteran
3. Undang-Undang Republik Indonesia N0.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Standard dan Pedoman Pelayanan Anesthesiologi Indonesia, Perhimpunan Dokter Spesialis Anesthesiologi dan Reanimasi Indonesia, 2008.
5. Standar pelayanan minimal Rumah Sakit Departemen Kesehatan 2008

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

1. Kepala Instalasi Anestesi

Spesifikasi	
a. Pendidikan	Spesialis Anestesi
b. Pengalaman Kerja	1 tahun mengelola pelayanan
c. Sertifikasi	ATLS ACLS Komunikasi Efektif Patient Safety
d. Jumlah	1

2. Dokter Spesialis Anestesi

Spesifikasi	
a. Pendidikan	Spesialis Anestesi
b. Pengalaman kerja (minimum)	3 tahun memberi pelayanan Anestesi
c. Kompetensi	ATLS ACLS Patient Safety
Jumlah	1

3. Kepala ruangan Anestesi

Spesifikasi	
a. Pendidikan (minimum)	DIII Keperawatan Anestesi
b. Pengalaman kerja (minimum)	3 tahun menjadi kepala ruangan
c. Kompetensi	Anestesi BTCLS

	APAR PPI Pasien safety BHD Komunikasi Efektif
Jumlah kebutuhan	1

4. Penata Anestesi

Spesifikasi

a. Pendidikan (minimum)	DIV Keperawatan Anestesi DIII Keperawatan sertifikat pelatihan anestesi
b. Pengalaman kerja	3 tahun bekerja di pelayanan anestesi
c. Kompetensi	BHD BCTLS Patient Safety PPI APAR Pelatihan mutu
Jumlah	2

5. Perawat Recovery Room

Spesifikasi

a. Pendidikan (minimum))	SI Keperawatan (Ners) D III Keperawatan DIII Kebidanan
b. Pengalaman Kerja (minimum)	1 tahun di pelayanan RR
c. Kompetensi	BCTLS BHD Patient Safety

	PPI APAR Pelatihan Mutu
Jumlah Kebutuhan	10

B. Distribusi Ketenagaan

RSUD dr. M. Zein Painan memiliki kapasitas 4 kamar operasi OK Central . Jumlah tenaga penata anastesi sebanyak 3 orang, Pelatihan Anesthesi 13 orang dan 2 orang dokter spesialis anastesi, sekaligus perawat RR (recovery room). Untuk penata anastesi didistribusikan dua orang di masing-masing kamar operasi, 1 orang penata dan 5 orang perawat di ruang Recovery Room. Semua tenaga baik penata anastesi dan perawat RR tetap 3 shif. Sedangkan untuk pendistribusian dokter spesialis adalah satu orang sebagai Kepala Instalasi Anastesi dan terapi Intensive dan SMF anastesi

C. Pengaturan Jaga

Pengaturan jaga atau jadwal dinas adalah pengaturan tugas pelayanan bagi dokter spesialis anastesi, penata dan perawat RR untuk melaksanakan tugas pelayanan di kamar bedah sehingga semua kegiatan pelayanan kamar bedah dapat terkoordinir dengan baik. Pengaturan dinas dibuat 3 shift dalam 24 jam yaitu:

1. Penata dan perawat RR:
 - Dinas pagi : 07.30 – 14.00
 - Dinas siang : 14.00 – 21.00
 - Dinas malam : 21.00 – 07.30
2. Untuk DPJP anastesi jaga dinas setiap hari kerja,namun untuk jaga dinas malam on call.
 - DPJP bertanggung jawab 24 jam

D. Anggota Tim Anestesi Tambahan

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

1. Perawat pasca-anestesi: adalah perawat yang merawat pasien dalam fase pemulihan dari pengaruh anestesi.
2. Perawat peri-operatif: adalah perawat yang merawat pasien selama di kamar operasi.
3. Perawat untuk layanan intensif: adalah perawat yang merawat pasien di ruang rawat intensif (*Intensive Care Unit-ICU*).
4. Perawat obstetri: adalah perawat yang membantu pasien bersalin / melahirkan.
5. Perawat neonatus: adalah perawat yang merawat neonatus di ruang rawat khusus.

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

Denah ruang (lampiran 1)

B. Fasilitas

1. Ruang persiapan
 - a. Oksigen
 - b. Brankar
 - c. Tempat tidur
 - d. Bedside monitor
 - e. Termometer Suhu Tubuh
 - f. Baju dan topi operasi untuk pasien
2. Ruang operasi
 - a. Satu unit mesin anestesi
 - b. Bed side monitor
 - c. Gas anestesi (siap pakai)
 - d. Intubasi set
 - e. Obat anestesi yang berisikan Obat- obat premedikasi, induksi, maintenance anestesi (sesuai kasus)
 - f. Cairan infuse
 - g. Tiang infus
3. Ruang pemulihan
 - a. Bed side monitor
 - b. Suction unit
 - c. Brankar
 - d. Oksigen
 - e. Blanket warmer
 - f. Trolley emergensi
 - g. Tiang infuse

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Penjadwalan Operasi

Penjadwalan operasi disesuaikan dengan admisi.

B. Penerimaan Dan Penyerahan Pasien

Petugas anastesi menerima pasien dari ruang rawat inap, mengisi ceklist serah terima pasien (lampiran 2) dan menandatangani serta dibutuhkan nama terang. Demikian pula saat penyerahan pasien ke ruang rawat inap apabila score discharge telah tercapai. (Aldrete Score, Bromage Score, Steward score)

C. Persiapan Operasi

Persiapan operasi meliputi persiapan fisik dan mental pasien sejak ditetapkan akan dilakukan tindakan anastesi dan pembedahan. Persiapan dilakukan 1-2 hari sebelum operasi dan pada hari/sesaat sebelum operasi. Untuk mencapai terwujudnya keselamatan pasien yang optimal, anesthesiologis bertanggung jawab terhadap hal-hal sebagai berikut:

1. Manajemen Kepegawaian

Anesteiologis harus memastikan terlaksananya penugasan kepada penata dan perawat yang kompeten dan berkualitas dalam memberikan pelayanan/prosedur anastesi kepada setiap pasien.

2. Evaluasi Pre-Anastesi Pasien

- a. Suatu evaluasi pre-anastesi memungkinkan terwujudnya perencanaan anastesi yang baik, dimana perencanaan tersebut juga mempertimbangkan kondisi dan penyakit pasien yang dapat mempengaruhi tindakan anastesi.
- b. Meskipun penata anastesi dapat berkontribusi dalam pengumpulan dan pencatatan data pre-operatif pasien, anesthesiologilah yang memegang tanggung jawab terhadap evaluasi keseluruhan pasien (lampiran 3)

3. Perencanaan Tindakan Anastesi

- a. Anestesiologis bertanggung jawab dalam menyusun rencana tindakan anastesi yang bertujuan untuk mewujudkan kualitas pelayanan pasien yang terbaik dan tercapainya keselamatan pasien yang optimal (lampiran 4)
- b. Anestesiologis sebaiknya melakukan diskusi dengan pasien, jika kondisi pasien memungkinkan mengenai resiko tindakan anastesi, keuntungan dan alternative yang ada, dan memperoleh izin persetujuan tindakan (*Edukasi dan informed consent*) terdapat dalam lampiran 5.
- c. Ketika terdapat situasi dimana suatu bagian dari layanan anastesi akan dilakukan oleh petugas anastesi kompeten lainnya, spesialis anastesi harus memberitahukan kepada pasien bahwa pendelegasian tugas ini termasuk dalam pelayanan anastesi oleh tim anastesi

4. Manajemen Tindakan Anastesi (Lampiran 6)

- a. Manajemen tindakan anastesi bergantung pada banyak factor, termasuk kondisi medis setiap pasien dan prosedur yang akan dilakukan.
- b. Anestesiologis harus menentukan tugas perioperatif mana yang dapat didelegasikan.
- c. Anestesiologis dapat mendelegasikan tugas spesifik kepada piñata dan perawat yang tergabung dalam Tim Anastesi, dengan syarat kualitas pelayanan pasien dan keselamatan pasien tetap terjaga dengan baik, tetap berpartisipasi dalam bagian-bagian penting tindakan anastesi, dan tetap siap sedia untuk menangani situasi emergensi dengan cepat.

5. Perawatan Pasca-Anastesi

- a. Perawatan pasca anastesi rutin didelegasikan kepada penata dan perawat RR.
- b. Evaluasi dan tatalaksana komplikasi pasca anastesi merupakan tanggung jawab anestesiologis (lampiran 7)

6. Konsultasi Anastesi

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

D. Kerjasama Antar Disiplin

Kerjasama antar disiplin ilmu pada periode pre anastesi, intra anastesi dan post anastesi dapat berupa konsultasi, rawat bersama, alih rawat, dan pendampingan dengan dokter lain.

E. Peraturan Penagihan dan Definisi yang sering digunakan

ASA mengetahui adanya peraturan pembayaran komersial dan pemerintahan yang berlaku untuk penagihan layanan anastesi dan memotivasi para anggotanya untuk mematuhiya sebisa mungkin.

Beberapa tugas umum yang dilakukan meliputi:

1. Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang cermat terhadap pasien sebelum menjalani anastesi
2. Menyusun rencana anastesi
3. Ikut serta dalam sebagian besar proses anastesi, termasuk induksi anastesi (pasien dibius dan menjadi tidak sadar) dan '*emergence*' (pemberian anastesi dihentikan dan pasien sadar kembali).
4. Pendelegasian perawatan anastesi hanya kepada personel anastesi yang kompeten dan berkualitas.
5. Siap sedia / hadir setiap kali diperlukan untuk memberikan diagnosis dan tatalaksana segera dan bertanggungjawab secara medis.
6. Menyediakan pelayanan / perawatan pasca-anastesi, sesuai indikasi
7. Melakukan dan mencatat evaluasi pasca-anastesi

ASA juga mengetahui akan kurangnya kepastian / prediksi dalam perawatan anastesi dan banyaknya variabilitas akan kebutuhan pasien yang dapat, dalam keadaan tertentu dan jarang, membuatnya kurang sesuai dari sudut pandang keselamatan pasien dan kualitas pelayanan pasien untuk mematuhi peraturan / ketentuan pembayaran yang berlaku.

Pelaporan pembayaran atas layanan anastesi harus secara akurat mencerminkan layanan yang diberikan. Kemampuan untuk memprioritaskan tugas dan kebutuhan perawatan pasien dari waktu ke waktu merupakan

keahlian yang penting yang harus dimiliki oleh Tim Anestesi. Anestesiologis harus berusaha untuk memberikan pelayanan dengan kualitas tertinggi dan menerapkan keselamatan pasien dengan optimal kepada semua pasien peri-operatif.

‘Pengarahan’ Medis (oleh anestesiologis)

Merupakan suatu istilah pembayaran yang mendeskripsikan pekerjaan / tugas spesifik seorang anestesiologis dan keterbatasan yang terlibat dalam pembayar tagihan untuk manajemen dan pengawasan petugas anestesi non-dokter. Hal ini berkaitan dengan kondisi di mana anestesiologis terlibat dalam ≤ 4 tindakan anestesi yang bersamaan.

‘Supervisi’ Medis (oleh anestesiologis)

Kebijakan pembayaran jasa medis berisi rumusan pembayaran khusus untuk ‘supervisi medis’ yang berlaku untuk kondisi “ketika anestesiologis terlibat dalam > 4 prosedur tindakan secara bersamaan atau melakukan pelayanan lain sambil mengarahkan prosedur / tindakan anestesi lainnya.” [Catatan: kata ‘supervisi’ juga dapat digunakan di luar Tim Anestesi untuk mendeskripsikan pengawasan medis peri-operatif oleh dokter bedah terhadap petugas anestesi non-dokter.]

BAB V

KONSEP PELAYANAN ANESTESIOLOGI DAN TERAPI INTENSIF

A. Pengertian

Anestesiologi adalah suatu ilmu kedokteran yang melibatkan:

1. Evaluasi pasien preoperatif
2. Rencana tindakan anestesi
3. Perawatan intra- dan pasca-operatif
4. Manajemen sistem dan petugas yang termasuk didalamnya
5. Konsultasi perioperatif
6. Pencegahan dan penanganan kondisi perioperatif yang tak diinginkan
7. Tatalaksana nyeri akut dan kronis
8. Perawatan pasien dengan sakit berat / kritis

Kesemua pelayanan ini diberikan atau diinstruksikan oleh anesthesiologis.

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

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

1. **Tim Anestesi:** spesialis anestesi mengawasi penata anestesi dalam melakukan pelayanan anestesi di mana dokter dapat mendelegasikan tugas pemantauan sambil tetap bertanggung jawab kepada pasien secara keseluruhan.
2. **Personel anestesi yang kompeten dan memenuhi syarat:** anesthesiologis, penata anestesi, perawat recovery room.

3. **Penata anestesi:** adalah tenaga dengan mempunyai SIPPA yang sesuai dengan kebijakan, pedoman, dan standar institusi dan nasional dalam memberikan obat anestesi dan analgesic, serta memantau pasien selama pemberian sedasi ringan (ansiolitik), sedasi sedang, dan sedasi berat/anestesi umum. Penata anestesi dan asisten penata anestesi harus bekerja dengan supervisi langsung oleh dokter yang kompeten dan terlatih baik.

B. Tujuan

1. Meningkatkan kualitas pelayanan pasien
2. Menerapkan budaya keselamatan pasien
3. Menstandarisasi layanan kesehatan di rumah sakit yang sesuai dengan akreditasi

C. Prinsip-Prinsip

1. Dokter yang berwenang harus dapat dihubungi 24 jam; baik pada kasus-kasus pelayanan rawat inap, siap sedia menerima telepon / konsultasi dari paramedis lainnya, availabilitas sepanjang waktu selama penanganan dan fase pemulihan pasien, hingga pasien diperbolehkan pulang dari rumah sakit.
2. Fasilitas rumah sakit harus diorganisir, dilengkapi, dan dioperasikan sejalan dengan regulasi dan kebijakan pemerintah setempat dan nasional. Seluruh struktur pelayanan, minimalnya, harus memiliki sumber daya oksigen, *suction*, peralatan resusitasi, dan obat-obatan emergensi yang dapat diandalkan.
3. Petugas harus memiliki kompetensi dalam perawatan pasien dan mampu melakukan prosedur-prosedur yang diperlukan dalam suatu rumah sakit, yang terdiri atas:
 - a. Petugas profesional
 - 1) Dokter dan sejawat lainnya yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) / sertifikat yang memenuhi syarat
 - 2) Penata dan perawat yang memiliki surat izin dan memenuhi syarat

- b. Petugas administratif
- c. Petugas Kebersihan dan Pemeliharaan Rumah Sakit
- 4. Dokter pelayanan medis bertanggungjawab dalam melakukan peninjauan ulang, penyesuaian kewenangan, jaminan mutu, dan evaluasi rekan sejawat.
- 5. Petugas dan peralatan yang berkualitas dan tersedia setiap saat diperlukan untuk menangani situasi emergensi. Harus dibuat suatu kebijakan dan prosedur untuk menangani situasi emergensi dan transfer pasien yang tidak diantisipasi ke fasilitas pelayanan akut.
- 6. Layanan pasien minimal meliputi:
 - a. Instruksi dan persiapan preoperatif.
 - b. Evaluasi dan pemeriksaan pre-anestesi yang memadai oleh anesthesiologis, sebelum dilakukan tindakan anestesi dan pembedahan. Pada kondisi di mana tidak terdapat petugas medis, anesthesiologis harus memverifikasi informasi yang didapat dan mengulangi serta mencatat elemen-elemen penting dalam evaluasi.
 - c. Studi dan konsultasi preoperatif, sesuai indikasi medis.
 - d. Rencana anestesi dibuat oleh anesthesiologis, didiskusikan dengan pasien, kemudian mendapat persetujuan pasien. Kesemuanya ini harus dicatat di rekam medis pasien.
 - e. Tindakan anestesi dilakukan oleh anesthesiologis, dokter lain yang kompeten, atau petugas anestesi non-dokter yang dipandu/dibimbing secara langsung oleh anesthesiologis. Dokter non-anestesi yang melakukan /mengawasi tindakan anestesi harus kompeten dalam edukasi, pelatihan, memiliki surat izin praktik, dan dipercaya oleh rumah sakit.
 - f. Pemulangan pasien merupakan tanggung jawab dokter
 - g. Pasien yang tidak hanya menjalani anestesi lokal harus didampingi oleh orang dewasa saat pemulangan pasien.
 - h. Instruksi pasca-operasi dan pemantauan selanjutnya harus dicatat dalam rekam medis
 - i. Memiliki rekam medis yang akurat, terpercaya, dan terbaru.

7. Prosedur pemeriksaan patensi jalan napas untuk pemberian sedasi dan analgesik

- a. Pemberian ventilasi tekanan positif (VTP), dengan atau tanpa intubasi trakea mungkin diperlukan jika timbul gangguan pernapasan selama proses pemberian sedasi /analgesik.
- b. VTP ini dapat lebih sulit dilakukan pada pasien dengan anatomi jalan napas yang atipikal / tidak lazim
- c. Abnormalitas jalan napas dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya obstruksi jalan napas saat ventilasi spontan

Beberapa faktor yang dapat menimbulkan kesulitan dalam manajemen jalan napas antara lain:

a. Riwayat pasien

- 1) Adanya masalah dengan anestesi / sedasi sebelumnya
- 2) Stridor, mengorok (*snoring*), apnea saat tidur (*sleep apnea*)
- 3) Arthritis rematoid yang lanjut / berat

b. Pemeriksaan fisik

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

- f) Makroglosia (lidah besar)
- g) Hipertrofi tonsil
- h) Uvula tidak terlihat
- 4) Rahang
 - a) Mikrognatia
 - b) Retrognatia
 - c) Trismus
 - d) Maloklusi yang signifikan

8. Pedoman puasa sebelum menjalani prosedur menurut American society of anesthesiologist

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

Rekomendasi ini diaplikasikan untuk pasien sehat yang akan menjalani prosedur elektif. Tidak ditujukan untuk wanita hamil. Perlu diingat bahwa dengan mengikuti pedoman ini tidak menjamin pengosongan lambung yang sempurna. Periode puasa minimal diaplikasikan untuk semua usia.

Contoh cairan bening / jernih adalah: air putih, jus buah tanpa bulir / ampas, minuman berkarbonasi, teh, dan kopi. Konsistensi susu sapi mirip dengan makanan padat dalam waktu pengosongan lambung, jumlah susu yang diminum harus dipertimbangkan saat menentukan periode waktu puasa yang tepat.

Contoh makanan ringan adalah roti dan cairan bening. Makanan yang digoreng atau berlemak atau daging dapat memperlama waktu pengosongan lambung. Jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi harus dipertimbangkan saat menentukan periode waktu puasa yang tepat

BAB VI

KATEGORI / TINGKATAN ANESTESI / SEDASI

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

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

membutuhkan ventilasi tekanan positif karena tidak adekuatnya ventilasi spontan/ fungsi kardiovaskular dapat terganggu

Jenis Sedasi

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

BAB VII
PENYELENGGARAAN PELAYANAN ANESTESIOLOGI DAN TERAPI
INTENSIF DI RSUD dr. M. ZEIN PAINAN

A. Anggota Inti Tim Anestesi

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

Anggota tim anestesi terdiri dari:

1. Dokter

Anestesiologis (spesialis anestesi) – Pimpinan Tim Anestesi yang merupakan seorang dokter yang memiliki SIP dan telah menyelesaikan

2. Non-Dokter

a. Penata anestesi

Merupakan petugas dengan SIPPA yang telah menyelesaikan program studi D IV Keperawatan Anestesi terakreditasi

b. Asisten penata anestesi

Merupakan professional kesehatan yang telah menyelesaikan program studi D III Keperawatan Anestesi terakreditasi dan D III Keperawatan dengan sertifikat pelatihan anestesi yang di akui organisasi.

c. Perawat dan Bidan di Recovery ROOM/RR

Merupakan perawat dan bidan dengan SIP yang telah menyelesaikan pendidikan formal yang terakreditasi.

B. Manajemen Keselamatan Pasien Oleh Tim Anestesi

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

1. Manajemen Kepegawaian

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

2. Evaluasi Pre-anestesi Pasien

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

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

3. Perencanaan Tindakan Anestesi

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

b. Anesthesiologis sebaiknya melakukan diskusi dengan pasien (jika kondisi pasien memungkinkan) mengenai risiko tindakan

anestesi, keuntungan dan alternatif yang ada, dan memperoleh izin persetujuan tindakan (*informed consent*).

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

4. Manajemen Tindakan Anestesi

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

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

5. Perawatan Pasca-anestesi

- a. Perawatan pasca-anestesi rutin didelegasikan kepada perawat pasca-anestesi.
- b. Evaluasi dan tatalaksana komplikasi pasca-anestesi merupakan tanggung jawab anestesiologis.

6. Konsultasi Anestesi

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

7. Surat Persetujuan Tindakan

- a. Dokter spesialis anestesi bertanggungjawab untuk memastikan bahwa setiap pasien (atau keluarganya) memahami bahwa selama proses anestesi berlangsung di kamar operasi / tindakan,

terdapat kemungkinan hanya ada penata/perawat anastesi, meskipun tetap di bawah pengarahannya oleh anesthesiologis yang bertanggungjawab terhadap pasien.

- b. Pasien/wali/keluarga harus membaca formulir tindakan anastesi secara lengkap dan memahami semua resiko atau komplikasi dan menandatangani di formulir yang ada disaksikan oleh petugas yang kompeten. Berikutnya petugas tersebut juga menandatangani formulir yang ada.
- c. Jika pasien atau keluarganya telah paham dan setuju tentang hal ini, tahap selanjutnya adalah menandatangani surat persetujuan tindakan anastesi. Formulir tersebut juga ditandatangani oleh saksi lain dari pihak keluarga, saksi pihak rumah sakit dan dokter penanggung jawab anastesi

C. Manajemen Keselamatan Pasien Dalam Penggunaan Sedasi Ringan Dan Sedang Oleh Penata Anastesi

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

6. Sertifikat ACLS merupakan standar persyaratan minimal yang harus dimiliki oleh praktisi yang melakukan sedasi / anestesi dan dokter non-anestesi yang mengawasinya.

D. Pelayanan Anestesi Selama Prosedur Intervensi Dengan Rasa Nyeri Untuk Dewasa

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

Berikut adalah kondisi-kondisi yang memerlukan layanan anestesi khusus:

 - a. Komorbiditas mayor
 - b. Gangguan mental / psikologis yang membuat pasien tidak kooperatif
3. Penggunaan sedasi dan obat anestesi lainnya harus seimbang dengan potensi risiko / bahaya yang di akibatkan dari pelaksanaan prosedur dengan nyeri minor terhadap pasien dengan anestesi umum, terutama pada pasien yang menjalani prosedur tulang belakang servikal.
4. Prosedur yang berkepanjangan (lama) dan atau nyeri sering memerlukan sedasi intravena dan penggunaan monitor anestesi (*Monitored Anesthesia Care-MAC*).

Prosedur ini meliputi:

- a. Blok saraf simpatis (ganglion stelata, fleksus seliaka, paravertebral lumbal)
 - b. Ablasi *radiofrequency* (R/F)
 - c. Diskografi (*discography*)
 - d. Disektomi perkutan
 - e. *Trial spinal cord stimulator lead placement*
5. Blok fleksus / saraf utama lebih jarang dilakukan di klinik penanganan nyeri kronis, tetapi diyakini bahwa prosedur ini mungkin memerlukan penggunaan anestesi intravena dan MAC (misalnya: blok fleksus brakialis, blok saraf *sciatica*, teknik kateterisasi kontinu tertentu).

BAB VIII

PANDUAN (UNTUK SEDASI SEDANG DAN BERAT / DALAM)

A. Definisi

Sedasi Minimal: adalah suatu keadaan dimana selama terinduksi obat, pasien berespon normal terhadap perintah verbal. Walaupun fungsi kognitif dan koordinasi terganggu, tetapi fungsi kardiovaskuler dan ventilasi tidak dipengaruhi

Sedasi Sedang: adalah suatu keadaan depresi kesadaran setelah terinduksi obat dimana pasien dapat berespon terhadap perintah verbal secara spontan atau setelah diikuti oleh rangsangan taktil cahaya. Tidak diperlukan intervensi untuk menjaga jalan nafas pasien dan ventilasi spontan masih adekuat serta fungsi kardiovaskuler biasanya dijaga.

Sedasi Dalam: adalah suatu keadaan dimana selama terjadi depresi kesadaran setelah terinduksi obat, pasien sulit dibangunkan tetapi berespon terhadap rangsangan berulang atau rangsangan sakit. Kemampuan untuk mempertahankan fungsi ventilasi dapat terganggu dan pasien memerlukan bantuan untuk menjaga jalan nafas paten, serta fungsi kardiovaskuler biasanya dijaga.

Adapun tahap yang harus diperhatikan, diantaranya:

1. Evaluasi pre-prosedur
 - a. Untuk meningkatkan efikasi klinis (proses pemberian sedasi dan analgesik yang berjalan lancar)
 - b. Menurunkan risiko kejadian efek samping.
 - c. Evaluasi ini meliputi:
 - 1) Riwayat penyakit pasien yang relevan
 - abnormalitas sistem organ utama
 - riwayat anestesi / sedasi sebelumnya, dan efek samping yang pernah terjadi / dialami
 - obat-obatan yang dikonsumsi saat ini, alergi obat, dan interaksi obat yang mungkin terjadi asupan makan terakhir riwayat merokok, alkohol, atau penyalahgunaan obat-obatan
 - 2) Pemeriksaan fisik terfokus

- Tanda vital
 - Evaluasi jalan napas
 - Auskultasi jantung dan paru
- d. Pemeriksaan laboratorium (berdasarkan pada kondisi yang mendasari dan efek yang mungkin terjadi dalam penanganan pasien)
 - e. Temuan klinis dikonfirmasi segera sebelum melakukan anestesi / sedasi.
 - f. Konsultasi
2. Konseling pasien
Mengenai risiko, keuntungan, keterbatasan, dan alternatif yang ada
 3. Puasa pre-prosedur
 - a. tingkat / kategori sedasi, apakah perlu penundaan prosedur, dan apakah Prosedur elektif: mempunyai waktu yang cukup untuk pengosongan lambung
 - b. Situasi emergensi: berpotensi terjadi pneumonia aspirasi, pertimbangkan dalam menentukan perlu proteksi trakea dengan intubasi.
 4. Pemantauan
 - a. Data yang harus dicatat dengan interval yang teratur sebelum, selama, dan setelah prosedur dilakukan:
 - 1) Tingkat kesadaran pasien (dinilai dari respons pasien terhadap stimulus)
 - respons menjawab (verbal): menunjukkan bahwa pasien bernapas
 - hanya memberikan respons berupa refleks menarik diri (*withdrawal*): dalam sedasi berat / dalam, mendekati anestesi umum, dan harus segera ditangani.
 - 2) oksigenasi:
 - memastikan konsentrasi oksigen yang adekuat selama proses anestesi
 - gunakan oksimetri denyut (*pulse oximetry*)
 - 3) Respons terhadap perintah verbal (jika memungkinkan)
 - 4) Ventilasi paru (observasi, auskultasi)

- Semua pasien yang menjalani anestesi umum harus memiliki ventilasi yang adekuat dan dipantau secara terus-menerus
- Lihat tanda klinis: pergerakan dinding dada, pergerakan kantong pernapasan, auskultasi dada
- Pemantauan karbon dioksida yang diekspirasi untuk pasien yang terpisah dari pengasuh / keluarganya
- Jika terpasang ETT / LMA: pastikan posisi terpasang dengan benar
- Kapnografi

5) Sirkulasi

- Elektrokardiogram (EKG) untuk pasien dengan penyakit kardiovaskular yang signifikan
- Pemeriksaan analisis gas darah (AGD)
- Tekanan darah dan frekuensi denyut jantung setiap 5 menit (kecuali dikontraindikasikan)
- Pasien dengan anestesi umum: semua hal di atas ditambah evaluasi kontinu fungsi sirkulasi dengan: palpasi nadi, auskultasi bunyi jantung, tekanan intra-arteri, oksimetri.
- Temperatur tubuh

b. Pencatatan data untuk sedasi berat / dalam:

- 1) Respons terhadap perintah verbal atau stimulus yang lebih intens (kecuali dikontraindikasikan)
- 2) Pemantauan karbondioksida yang diekspirasi untuk semua pasien
- 3) EKG untuk semua pasien

5. Personel / petugas

- a. Sebaiknya terdapat petugas anestesi non-dokter yang ikut hadir dalam proses anestesi, bertugas untuk memantau pasien sepanjang prosedur berlangsung.
- b. Memiliki kemampuan untuk mempertahankan patensi jalan napas, melakukan

- c. Ventilasi tekanan positif, dan resusitasi (bantuan hidup lanjut) selama prosedur berlangsung.
 - d. Petugas ini boleh membantu dengan melakukan tugas-tugas ringan lainnya saat pasien telah stabil
 - e. Untuk sedasi berat / dalam: petugas yang melakukan pemantauan tidak boleh diberikan tugas / pekerjaan lain.
6. Pelatihan
- a. Farmakologi obat-obatan anestesi dan analgesik
 - b. Farmakologi obat-obatan antagonis yang tersedia
 - c. Keterampilan bantuan hidup dasar
 - d. Keterampilan bantuan hidup lanjut
 - e. Untuk sedasi berat / dalam: keterampilan bantuan hidup lanjut di kamar tindakan / prosedur.
7. Peralatan emergensi.
- a. *Suction*, peralatan patensi jalan napas dengan berbagai ukuran, ventilasi tekanan positif
 - b. Peralatan intravena, obat-obatan antagonis, dan obat-obatan resusitasi dasar
 - c. Peralatan intubasi
 - d. *Defibrillator* yang tersedia setiap saat dan dapat segera dipakai (untuk pasien-pasien dengan penyakit kardiovaskular)
 - e. Untuk sedasi berat / dalam: *defibrillator* tersedia setiap saat dan dapat segera dipakai (untuk semua pasien)
8. Oksigen tambahan
- a. Tersedianya peralatan oksigenasi
 - b. Pemberian oksigen tambahan jika terjadi hipoksemia
 - c. Untuk sedasi berat / dalam: pemberian oksigen kepada semua pasien (kecuali dikontraindikasikan)
9. Pilihan obat-obatan anestesi
- a. Sedatif: untuk mengurangi ansietas / kecemasan, menyebabkan kondisi somnolen
 - b. Analgesik: untuk mengurangi nyeri
 - c. Kombinasi sedatif dan analgesik: efektif untuk sedasi sedang dibandingkan dengan penggunaan satu jenis obat

10. Titrasi dosis

- a. Pengobatan intravena diberikan secara bertahap dengan interval yang cukup antar pemberian
- b. untuk memperoleh efek yang optimal
- c. Pengurangan dosis yang sesuai jika menggunakan sedatif dan analgesik
- d. Pemberian berulang dosis obat-obatan oral untuk menambah efek sedasi / analgesik tidak direkomendasikan

11. Penggunaan obat anestesi induksi (propofol, ketamin)

- a. Biasanya digunakan untuk anestesi umum
- b. Propofol dan ketamin efektif dipakai untuk sedasi sedang
- c. Tanpa memandang rute pemberian dan tingkat sedasi yang diinginkan, pasien dengan sedasi berat harus dipantau secara konsisten, termasuk penanganan jika pasien jatuh dalam keadaan anestesi umum.

12. Akses intravena

- a. Pemberian obat sedasi melalui jalur intravena: pertahankan akses intravena dengan baik selama prosedur hingga pasien terbebas dari risiko depresi kardiorespirasi.
- b. Pemberian obat sedasi melalui jalur lain: keputusan diambil berdasarkan kasus perkasus.
- c. Tersedia personel / petugas yang memiliki keterampilan / keahlian mengakses jalur intravena

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

14. Pemulihan

- d. Observasi sampai pasien terbebas dari risiko depresi sistem kardiorespirasi (stabil)
- e. Oksigenasi harus dipantau secara rutin dan teratur sampai pasien terbebas dari risiko hipoksemia
- f. Ventilasi dan sirkulasi harus dipantau secara rutin dan teratur sampai pasien diperbolehkan untuk pindah ke ruang rawatan.

15. Gunakan kriteria pemulangan yang sesuai untuk meminimalisir risiko depresi kardiovaskular / pernapasan setelah pasien dipulangkan.

16. Situasi khusus

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

BAB IX

PERALATAN EMERGENSI UNTUK SEDASI DAN ANALGESIK

Dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan anestesi harus tersedia peralatan Emergensi, diantaranya:

1. Peralatan emergensi yang sesuai harus tersedia saat melakukan pemberian sedasi / analgesik yang berpotensi untuk menyebabkan depresi kardiorespirasi.
2. Berikut adalah pedoman mengenai peralatan yang harus tersedia, dapat dimodifikasi sesuai dengan kondisi tempat praktik / institusi.

a. Peralatan intravena

- 1) Sarung tangan
- 2) *Tourniquet*
- 3) *Swab* alkohol
- 4) Kassa steril
- 5) Kateter intravena / kanula infus (ukuran 24, 22)
- 6) Selang infus (untuk anak-anak menggunakan tetesan mikro: 60 tetes/ml)
- 7) Cairan intravena / cairan infuse
- 8) Jarum suntik untuk aspirasi obat, injeksi *intramuscular* (pada anak dan bayi:
- 9) Jarum untuk injeksi *intraosseous* sumsum tulang)
- 10) S spuit dengan beragam ukuran
- 11) Perekat/plestes

b. Peralatan untuk manajemen jalan napas dasar

- 1) Sumber oksigen yang bertekanan
- 2) Mesin *suction*
- 3) Kateter untuk *suction*
- 4) *Suction* tipe-Yankauer
- 5) Sungkup wajah (berbagai ukuran dari bayi – dewasa)
- 6) Satu set *self-inflating breathing bag-valve*
- 7) *Oropharyngeal airways* dan *nasopharyngeal airways*
- 8) Lubrikan / gel pelumas

c. Peralatan untuk manajemen jalan napas lanjut (untuk petugas dengan keahlian intubasi)

- 1) *Laryngeal mask airways* (LMA)
- 2) Pegangan laringoskop
- 3) Bilah laringoskop

Tabung endotrakeal (*endotracheal tube-ETT*): ukuran dengan balon berdiameter 6.0, 7.0, 8.0 mm.

- 4) Stilet / mandarin (ukuran disesuaikan dengan diameter ETT)

d. Obat-obatan antagonis

- 1) Nalokson
- 2) Flumazenil

e. Obat-obatan emergensi

- 1) Epinefrin
- 2) Efedrin
- 3) Vasopressin
- 4) Atropine
- 5) Nitrogliserin (tablet atau semprot)
- 6) Amiodaron
- 7) Lidokain
- 8) Dekstrose 10%, 25%, 50%
- 9) Difenhidramin
- 10) Hidrokortison, metilprednisolon, atau deksametason
- 11) Diazepam atau midazolam

BAB X

KRITERIA PEMULIHAN DAN PEMULANGAN PASIEN SETELAH PEMBERIAN SEDASI DAN ANALGESIK

Setiap rumah sakit harus mempunyai kriteria pemulihan dan pemulangan yang sesuai dengan pasien dan prosedur yang dilakukan. Beberapa prinsip dasar yang harus miliki adalah:

A. Prinsip umum

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

B. Kriteria Pemulangan Pasien

1. Pasien harus sadar dan memiliki orientasi yang baik. Bayi dan pasien dengan gangguan status mental harus kembali ke status semula /awal (sebelum menjalani anestesi / analgesik). Dokter dan keluarga harus menyadari bahwa pasien anak-anak yang memiliki risiko obstruksi jalan napas harus duduk dengan posisi kepala menunduk ke depan.
2. Tanda vital harus stabil
3. Penggunaan sistem skoring dapat membantu pencatatan untuk kriteria pemulangan
4. Telah melewati waktu yang cukup (hingga 2 jam) setelah pemberian terakhir obat antagonis (nalokson, flumazenil) untuk memastikan bahwa pasien tidak masuk ke fase sedasi kembali setelah efek obat antagonis menghilang.

BAB XI LOGISTIK

A. Prosedur Penyediaan Alat Kesehatan Dan Obat (Per Tahun)

Spesifikasi			
NO	NAMA OBAT	SATUAN	JUMLAH
1	Sevoflurane	Botol	40
2	Aminofluid	Bag	20
3	Asam tranexamat	Ampul	200
4	Aminophilin	Ampul	10
5	Atropine sulfat	Ampul	100
6	Adona	Ampul	10
7	Amiodaron	Ampul	10
8	Braunoderm	Botol	25
9	Catapres	Ampul	50
10	Dexametason	Ampul	200
11	Dopamin	Ampul	15
12	RL	Botol	500
13	Efedrine	Ampul	200
14	Ephineprine	Ampul	50
15	Fentanyl	Ampul	50
16	Furosemid	Ampul	25
17	Gelafusal	Bag	100
18	Ketamin	Vial	10
19	Ketorolac 30 mg	Ampul	100
20	Calcium glukonas	Ampul	10
21	Lidocain	Ampul	250
22	Miloz/sedcum	Ampul	200
23	Morphin	Ampul	10
24	Ky jelly	Tube	10
25	N2O	Tabung	17
26	Nalokson	Ampul	20
27	Ondansetron	Ampul	250

28	O2	Tabung	70
29	Methergyn	Ampul	450
30	Pronalges Supp	Pcs	350
31	Pethidin	Ampul	350
32	Ranitidin	Ampul	450
33	Regivel	Ampul	400
34	Sevodex	Botol	40
35	Sofnolime	Botol	2
36	Spica spinal	Pcs	200
37	Tramadol	Ampul	400
38	Vopicain 0,5%	Ampul	50
39	Vascon non epherineprine	Ampul	10
40	Vik K	Ampul	100
41	Vit C	Ampul	100
42	Kalsium glukonas	Ampul	10
43	Granon	Ampul	450
49	Asering	Kolf	100
52	NaCl 500cc	Kolf	10

Alat Medis

No	Nama Barang	Satuan
1	Mesin anestesi	4 Unit
2	Brankar pasien	6 Unit
4	Trolly Obat	4 Unit
5	IV Stand	9 Unit
6	Laringoscope Dewasa	2 Unit
7	Laringoscope pediatrik	1 Unit
8	Monitor Pasien	4 Unit
9	Blanket warmer	1 Unit
11	Timbangan Badan	1 Unit
12	Regulator O2	7 Unit
13	Regulator N2O	4 Unit

B. Prosedur Permintaan Obat Dan Alat Kesehatan Ke Logistik Farmasi

1. Pengertian :

Prosedur permintaan obat dan alat kesehatan ke logistic farmasi adalah suatu permintaan obat dan alat kesehatan yang sudah digunakan oleh pasien.

2. Tujuan

Agar stok obat di Depo farmasi dan alat kesehatan yang ada dikamar bedah tetap terpenuhi

3. Prosedur :

Perawat mencatat obat dan alat kesehatan yang sudah digunakan oleh pasien pada rekam medik pasien

BAB XII

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Keselamatan pasien (Patient safety) adalah suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman.

System tersebut meliputi:

1. Asement resiko
2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien
3. Pelaporan dan analisis insiden
4. Upaya tindak lanjut dari insiden
5. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko

Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh:

1. Kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan
2. Tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil

B. Tujuan

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

C. Tata Laksana Keselamatan pasien

1. Pre operasi
 - a. Serah terima dengan perawat ruangan yang mengirim pasien antara lain; status medis, hasil pemeriksaan penunjang, obat-obatan (bila perlu) dengan menggunakan formulir yang tersedia.
 - b. Perawat kamar- bedah melakukan identifikasi dengan memeriksa gelang identitas pasien yang dikenakan dan menanyakan nama pasien serta tindakan operasi yang akan dilakukan dengan mencocokkan status medis pasien

- c. Mencek ulang penandaan area operasi
 - d. Mencek ulang informed consen anastesi
 - e. Data didalam status medis dan hasil pemeriksaan penunjang dicatat dalam buku register operasi
 - f. Dokter anastesi melakukan komunikasi dengan pasien sebelum dilakukan tindakan pembiusan
 - g. Pemeriksaan ulang tanda-tanda vital pasien
2. Intra operasi
- a. Melakukan pemasangan bedside monitor pasien dan mencek ulang tanda-tanda vital pasien.
 - b. Melakukan monitoring fisiologis pasien selama pembiusan.
 - c. Melakukan monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca anastesi dan sedasi.
 - d. Dokumentasi di rekam medic pasien
3. Pasca operasi (recovery room)
- a. Melakukan serah terima pasien dari penata anastesi dengan perawat RR disertai dengan status medis pasien
 - b. Mencatat waktu masuk ruang pemulihan
 - c. Monitoring fisiologis pasien setiap 5 menit dalam 15 menit pertama pasca operasi, selanjutnya setiap 15 menit
 - d. Melakukan safety pasien terhadap resiko jatuh.
 - e. Melaporkan kejadian atau keadaan pasien kepada dokter anastesi bila ditemui masalah pada pasien (Komunikasi SBAR)
 - f. Mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan kedalam rekam medis pasien.

BAB XIII

KESELAMATAN KERJA

A. Pendahuluan

Keselamatan kerja adalah kondisi terbebas dari risiko kecelakaan dan kerusakan di saat kita bekerja, yang mencakup tentang kondisi bangunan, kondisi mesin, peralatan keselamatan dan kondisi pekerja. Keselamatan merujuk kepada perlindungan terhadap kesejahteraan fisik seseorang terhadap cedera terkait dengan pekerjaan.

Kemajuan ilmu dan teknologi disatu pihak akan memberikan kemudahan dalam operasional tetapi dilain pihak cenderung menimbulkan resiko kecelakaan akibat kerja yang dapat ditimbulkan oleh alat-alat yang berteknologi tinggi tsb, terutama bila petugas yang bekerja di kamar bedah.

Pendidikan pelatihan dan keterampilan, khususnya pelatihan yang berhubungan dengan penggunaan alat-alat serta penanganan bahaya infeksi nosokomial yang dapat ditimbulkan di kamar bedah. Salah satu caranya dengan tersedianya APD dan cara pemakaiannya, kedisiplinan K3 terutama lingkungan kamar bedah di rumah sakit.

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

B. Tujuan

1. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya dapat melindungi diri sendiri, pasien dan masyarakat dari penyebaran infeksi.
2. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya mempunyai resiko tinggi terinfeksi penyakit menular di lingkungan

tempat kerjanya, untuk menghindari paparan tersebut, setiap petugas harus menerapkan prinsip “ *universal precaution* “

C. Resiko kerja di kamar bedah

1. Bahaya/insiden kecelakaan
 - Cidera kaki dan jari kaki karena benda yang jatuh misalnya : peralatan medis
 - Slip, perjalanan dan jatuh dilantai basah karena situasi darurat
 - Tertusuk benda tajam
2. Bahaya kimia (chemical hazards)
 - Paparan berbagai obat bius
 - Irigasi kulit dan penyakit kulit
 - Alergi latek yang disebabkan oleh paparan pada sarung tangan
3. Bahaya biologi (biological hazards)
 - Paparan terhadap darah dan cairan tubuh
 - Resiko tertular penyakit nosokomial akibat tusukan dari jarum suntik
 - Peningkatan bahaya keguguran spontan
4. Faktor ergonomis, psikososial dan organizational
 - Kelelahan dan nyeri punggung bawah akibat penanganan pasien berat
 - Stres psikologis yang disebabkan oleh perasaan tanggung jawab yang berat terhadap pasien.

D. Tindakan yang beresiko terpajan

1. Cuci tangan yang kurang benar
2. Penggunaan sarung tangan yang kurang tepat
3. Penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman
4. Pembuangan peralatan tajam secara tidak aman
5. Teknik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan kurang tepat
6. Praktek kebersihan ruangan yang belum memadai

E. Pemeriksaan kesehatan petugas

1. Melakukan pemeriksaan secara periodik sesuai ketentuan
2. Beban kerja harus sesuai dengan kemampuan dan kondisi kesehatan petugas
3. Perlu adanya keseimbangan antara kesejahteraan, penghargaan dan pendidikan berkelanjutan
4. Melakukan pembinaan secara terus menerus dalam rangka mempertahankan hasil kerja

F. Prinsip keselamatan kerja

Prinsip utama prosedur Universal precaution dalam kaitan keselamatan kerja dikamar operasi adalah menjaga higien sanitasi individu, higien sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan. Ketiga prinsip tersebut dapat dijabarkan dalam kegiatan yaitu:

1. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang
2. Pemakaian alat pelindung diri yaitu pelindung kaki, apron/ gaun pelindung, topi, masker, kaca mata (pelindung wajah) dan sarung tangan
3. Pengelolaan instrument bekas pakai dan alat kesehatan lainnya
4. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan
6. Pengelolaan alat tenun bekas pakai
7. Pemeriksaan kesehatan berkala dan pemberian imunisasi/ profilaksis (imunisasi hepatitis B)

G. Hal hal yang perlu diketahui petugas yang terpapar

1. Tindakan sesuai dengan jenis paparan
2. Status kesehatan petugas terpapar
3. Status kesehatan sumber paparan
4. Kebijakan yang ada
5. Tindakan pertama pada pajanan bahan kimia atau cairan tubuh
6. Tindakan pasca tertusuk jarum bekas pakai

BAB XIII

PENGENDALIAN MUTU

Mutu pelayanan rumah sakit adalah derajat kesempurnaan pelayanan. Rumah sakit berupaya memenuhi kebutuhan masyarakat sebagai pelanggan. Upaya pelayanan kesehatan harus sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang ada di rumah sakit secara wajar, efisiensi dan efektif.

Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan. Maka unit anestesi berupaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan memberdayakan sumber daya yang ada sehingga berdaya guna dan berhasil guna.

Indikator mutu yang digunakan di unit anestesi RSUD dr. M. ZEIN PAINAN di antaranya:

1. Pelaksanaan Monitoring dan evaluasi asesmen pra sedasi dan pra anestesi
2. Ketidaklengkapan Monitoring dan evaluasi status fisiologis selama anestesi dan sedasi
3. Ketidaklengkapan Monitoring dan evaluasi status fisiologis selama pasca anestesi
4. Monitoring dan evaluasi konversi ulang bila terjadi tindakan anestesi lokal (regional) ke general anestesi
5. Komplikasi karena salah dosis (over dosis) dan salah penempatan ETT.

Indikator tersebut dilaporkan setiap bulannya pada bidang pelayanan dan dilaporkan setiap akhir tahun.

BAB XIV

PENUTUP

Pelayanan bedah dan anestesi di rumah sakit merupakan salah satu bagian dari pelayanan kesehatan yang berkembang dengan cepat, seiring dengan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.

Pelayanan anestesi bedah mengalami resiko yang sangat berat, dan membutuhkan perhatian khusus, baik terhadap pasien maupun terhadap petugas. Yang kesemua itu diperlukan beberapa tahapan yang harus dilakukan untuk lebih meningkatkan keselamatan dan mutu pelayanan.

Oleh karena itu di perlukan panduan pelayanan anestesi sebagai acuan dalam pengelolaan dan pelayanan anestesi di rumah sakit.

REFERENSI :

1. Anesthesia Care Team. Statement on The Anesthesia Care Team. Disetujui oleh ASA House Of Delegates; 2009
2. Ambulatory surgical Care, Guidelines For Ambulatory anesthesia and Surgery, Disetujui oleh ASA House Of delegates; 2008
3. American Society Of Anesthesiologist. Practice Guidelines For Sedation and Analgesia non Anesthesiologist; An update report by the American Society of Anesthesiologist. 2002; 96:1004 – 17
4. Pain medicine. Statement On Anesthesia Care During interventional Pain Procedures For Adult. Disetujui Oleh ASA house Of Delegates; 2010
5. Standards And practice Parameters. Standards for basic anesthetic Monitoring. Disetujui Oleh ASA House Of delegates; 2010

Ditetapkan Di : **PAINAN.**
Pada Tanggal : **03 OKTOBER 2022**

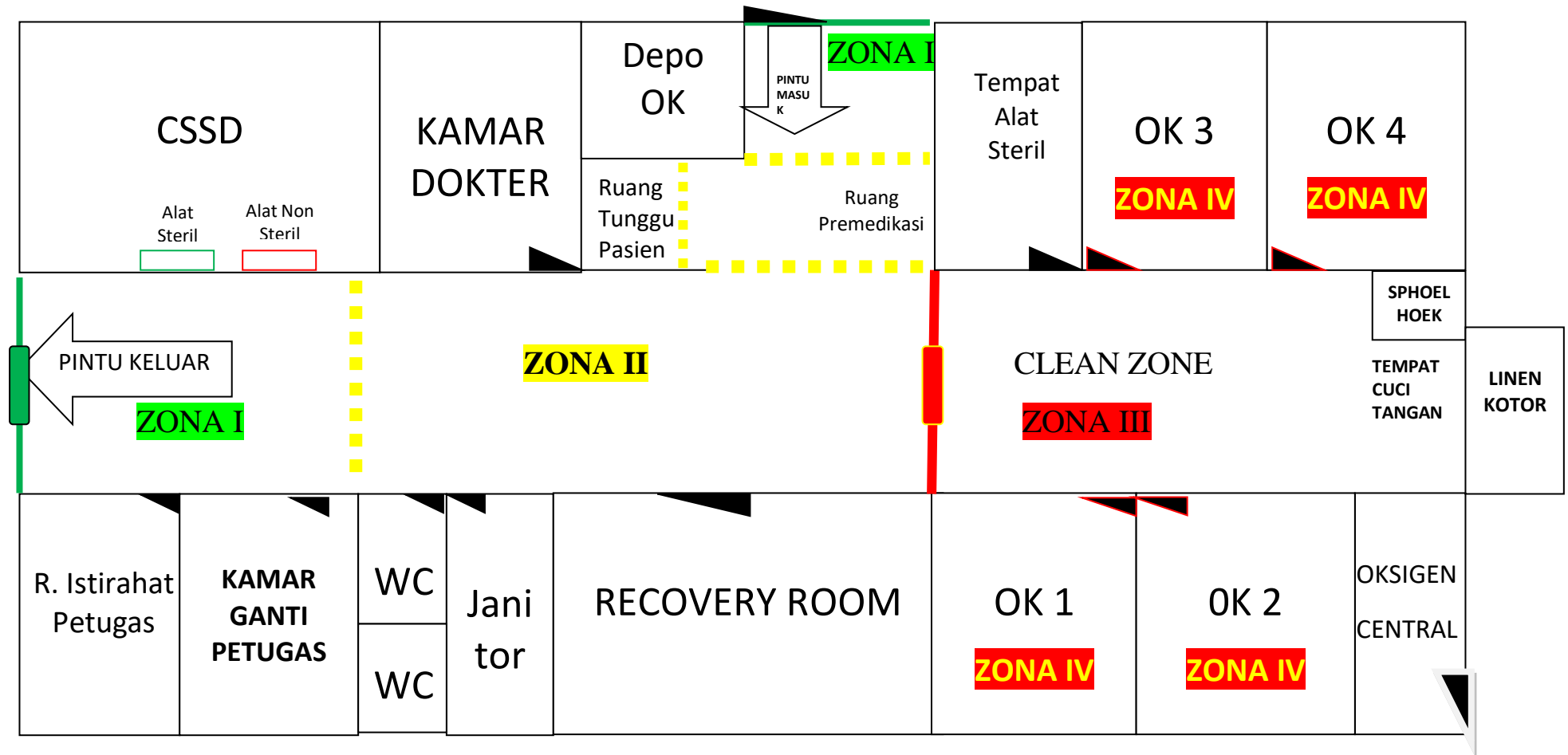
DIREKTUR,



Dr. HAREFA, Sp.PD.KKV.FINASIM

LAMPIRAN 1

A. DENAH RUANGAN KAMAR OPERASI RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN :

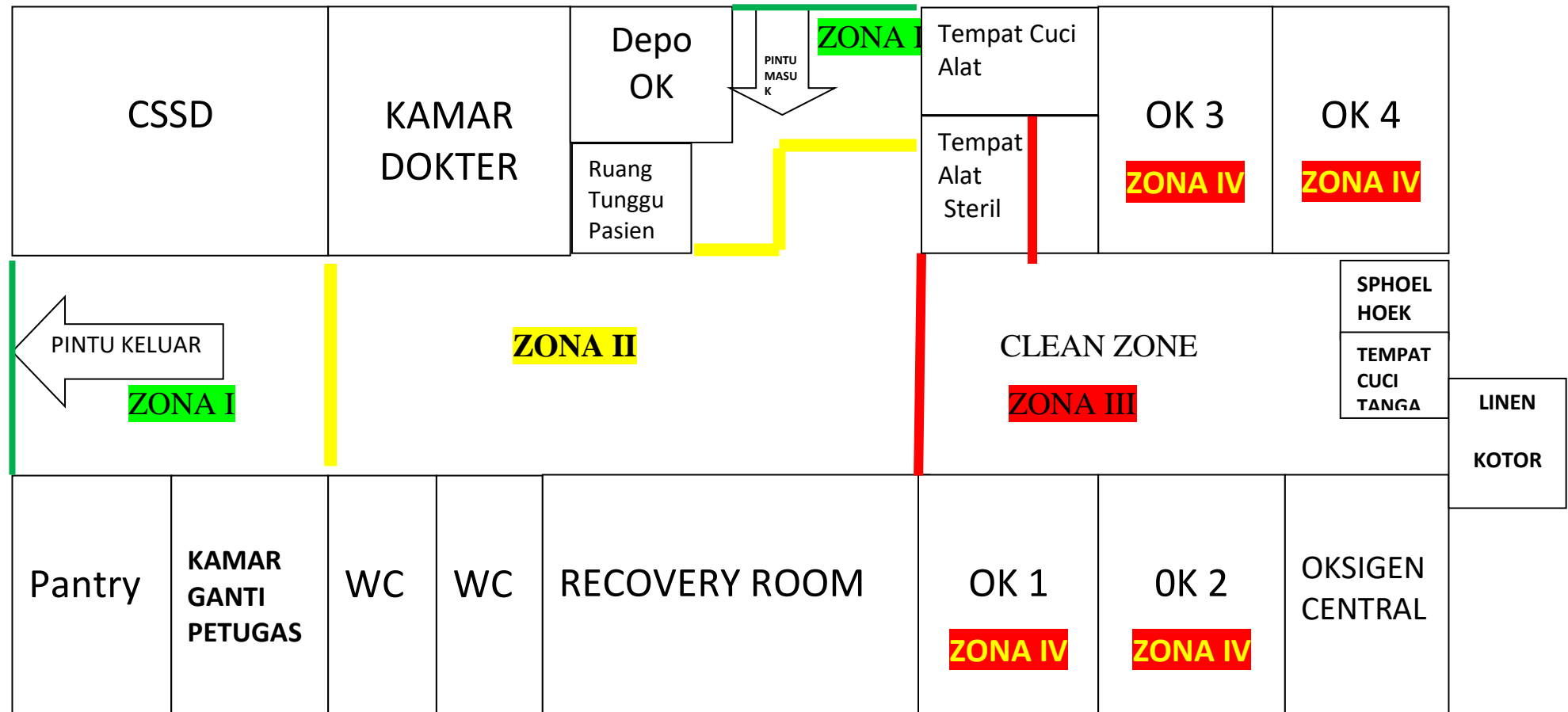


Ket :

1. Zona I : Zona steril rendah
2. Zona II : Zona steril sedang
3. Zona III : Zona steril tinggi
4. Zona IV : Zona steril sangat tinggi

LAMPIRAN 1

B. DENAH RUANGAN KAMAR OPERASI RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN :



Ket :

5. Zona I : Zona steril rendah
6. Zona II : Zona steril sedang
7. Zona III : Zona steril tinggi
8. Zona IV : Zona steril sangat tinggi

LAMPIRAN 1