

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL UNIT KAMAR OPERASI



Rumah Sakit Permata Gunung Putri

DAFTAR ISI

1. PEMASANGAN WSD
2. VERIFIKASI DAFTAR TILIK KESELAMATAN OPERASI
3. PENANDAAN LOKASI OPERASI
4. PERHITUNGAN KASSA, ALAT /INSTRUMEN
5. PENGENDALIAN INSTRUMEN
6. PENCATATAN MEDICAL SUPPLY
7. PENYIAPAN INSTRUMEN DI MEJA MAYO DAN MEJA INSTRUMEN
8. PENJADWALAN PASIEN UNTUK OPERASI SI ELEKTIF, PENAMBAHAN DAN PENUNDAAN OPERASI
9. TINDAKAN ASEPTIK DAN ANTISEPTIK DAERAH PEMBEDAHAN DAN DRAPPING
10. PERSIAPAN SET LINEN UNTUK OPERASI
11. PEMELIHARAAN KAMAR OPERASI
12. PEMISAHAN JADWAL PASIEN YANG TERINFEKSI DAN NON INFEKSI
13. PENANGANAN PASIEN PERIOPERATIF
14. PENYIAPAN ALAT-ALAT STERIL DI KAMAR OPERASI
15. PEMASANGAN IMPLAN BEDAH
16. PERENCANAAN PEMBEDAHAN
17. LAPORAN OPERASI
18. POSISI PASIEN TELUNGKUP (PRONE)

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMASANGAN WSD (WATER SEALED DRAINAGE)		
	No. Dokumen 001/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   Rumah Sakit Permata Gunung Putri dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	<i>Water Sealed Drainage</i> (WSD) merupakan merupakan suatu sistem drainase yang memungkinkan cairan atau udara keluar dari rongga pleura melalui selang yang diinsersikan ke dalam rongga pleura.
TUJUAN	a. Untuk mengeluarkan cairan dan udara dari rongga pleura. b. Sebagai sistem drainase pasca pembedahan rongga dada dan pada trauma dada. c. Membantu mengembangkan paru-paru kembali dengan sempurna. d. Mencegah udara masuk kembali ke dalam rongga pleura.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	Persiapan - Formulir <i>informed consent</i> - 1 buah set bedah minor steril - Doek steril - Trokar - Scalpel - Bisturi No. 11 - Benang jahit <i>silk</i> no. 2 - Kassa steril - Plester - Alkohol 70% dan povidone iodine 10% - S spuit 10 cc 1 buah - Lidocaine 20% injeksi 5 ampul - Botol WSD (ujung selang dalam botol WSD harus terendam sepanjang 2 cm di bawah level air dan diberi savlon)

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMASANGAN WSD (WATER SEALED DRAINAGE)		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 001/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 4

PROSEDUR	- Handscoon steril - Masker - Apron
	Penatalaksanaan 1. Mengucapkan salam kepada pasien dan memperkenalkan diri. 2. Memberikan penjelasan kepada pasien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan dan meminta persetujuan pasien/keluarga pasien dengan menandatangani lembar <i>informed consent</i>. 3. Mengukur tanda-tanda vital dan status pernapasan pasien. 4. Melakukan foto thorax PA dan lateral paru. 5. Memposisikan pasien dengan sisi yang sakit menghadap ke arah operator dengan disandarkan pada kemiringan 30°-60°, tangan sisi paru yang sakit diangkat ke atas kepala. 6. Operator mencuci tangan dan memakai handscoon. 7. Melakukan tindakan antiseptik menggunakan povidon iodine 10% dilanjutkan dengan menggunakan alkohol 70% dengan gerakan berputar ke arah luar, memasang doek steril dengan lubang tempat dimana akan dilakukan insersi selang. 8. Melakukan anestesi lokal lapis demi lapis dari kulit hingga periosteum costae menggunakan lidocain solusio injeksi, anestesi dilakukan pada daerah yang akan di pasang WSD atau pada intercostalis 4-5 midaxilla anterior. 9. Melakukan aspirasi sebelum mengeluarkan obat pada setiap lapisan. 10. Melakukan pungsi percobaan menggunakan spuit anestesi tersebut. 11. Lakukan sayatan pada kulit memanjang sejajar intercostal lebih kurang 1 cm lalu buka secara tumpul sampai ke pleura. 12. Menyiapkan jahitan matras horizontal mengelilingi selang.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMASANGAN WSD (<i>WATER SEALED DRAINAGE</i>)		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 001/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	3 / 4

PROSEDUR	13. Satu tangan mendorong trokar dan tangan lainnya memfiksasi trokar untuk membatasi masuknya alat ke dalam rongga pleura. Setelah trokar masuk ke dalam rongga pleura, trokar dicabut dan lubang trokar di tutup dengan ibu jari. Selang yang sudah diklem pada ujung distalnya di insersi secara cepat melalui trokar ke dalam rongga pleura sampai batas yang diinginkan. Selang diarahkan ke anteroapikal pada pneumothoraks dan posterobasal pada cairan pleura/empiema. Selang pada bagian proximal di klem, klem pada selang bagian distal dilepas. 14. Setelah selang masuk sampai batas yang diinginkan, selang di klem, trokar dikeluarkan dari selang. 15. Ujung selang dihubungkan dengan selang penghubung yang telah disambung ke botol penampung melalui konektor. 16. Klem dibuka, perhatikan apa yang keluar dari selang, cairan akan mengalir keluar melalui selang ke botol penampung, sedangkan udara akan terlihat seperti kabut didalam selang dan terlihat gelembung udara di dalam botol penampung. 17. Bila timbul rangsangan batuk, selang di klem dulu atau dibuka setengah/ seperempatnya dan di buka kembali secara bertahap/rangsangan batuk berkurang /hilang. 18. Perhatikan adanya undulasi pada selang penghubung. 19. Selang di klem kembali, lakukan fiksasi selang dengan jahitan tabbac sac, bersihkan, disinfeksi, luka ditutup dengan kassa steril yang telah dipotong bagian tengahnya, di plester, kemudian klem di buka. 20. Fiksasi selang ke dinding dada dengan plester. 21. Melepas handscoon dan mencuci tangan.
-----------------	---

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMASANGAN WSD (WATER SEALED DRAINAGE)		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 001/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	4 / 4

UNIT TERKAIT	Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap	
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	VERIFIKASI DAFTAR TILIK KESELAMATAN OPERASI		
	No. Dokumen 002/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	1. Daftar tilik <i>Check list</i> kesematan operasi adalah daftar kegiatan yang harus dilakukan untuk mengurangi angka kesakitan, kematian dan sentinel sehubungan dnegan kegiatan operasi dengan cara pengecekan pasien dan kondisi sebelum, selama dan sesudah operasi, alat kesehatan, obat-obatan, kesiapan perlengkapan operasi sampai serah terima pasien di ruang pemulihan. 2. Daftar tilik <i>Check list</i> kesematan operasi terdiri dari <i>sign in</i>, <i>time out</i> dan <i>sign out</i>.
TUJUAN	1. Mengoptimalkan keadaan pasien, kesiapan alat dan obat-obatan. 2. Untuk mencegah terjadinya kesalahan tindakan akibat komunikasi yang tidak efektif dan adekuat tentang lokasi, prosedur dan pasien operasi. 3. Mencegah terjadinya komplikasi pasca operasi dan pasien aman hingga dilakukan serah terima di ruang pemulihan.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Sign In (Sebelum induksi anestesi) 1) Pasien dikonfirmasi identitas, lokasi operasi, prosedur tindakan operasi dan lembar persetujuan operasi (<i>informed consent</i>). 2) Pengecekan penandaan lokasi operasi. 3) Pengecekan mesin anestesi, obat-obatan, lab, IV line dan kelengkapan alat-alat operasi, termasuk pulse oximetri. 4) Menanyakan riwayat alergi pada pasien. 5) Memastikan apakah pasien ada kesulitan bernapas/risiko aspirasi. 6) Adakah kemungkinan risiko kehilangan darah > 500ml atau

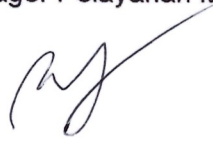
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	VERIFIKASI DAFTAR TILIK KESELAMATAN OPERASI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 002/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 3

PROSEDUR	7cc/kgBB pada pasien anak. 7) Rencana anestesi (umum, spinal, blok, lokal). 8) Mengisi form check list keselamatan operasi dan dilakukan verifikasi oleh dokter anestesi. 2. Time Out (Sebelum insisi kulit) 1) Memperkenalkan diri tim operasi yang terdiri dari dokter anestesi, dokter operator, asisten, perawat instrumen dan perawat sirkuler. 2) Mengkonfirmasi/membacakan nama pasien, prosedur dan lokasi yang akan di operasi. 3) Mengkonfirmasi tentang pemberian obat antibiotik profilaksis 60 menit sebelum dilakukan tindakan 4) Antisipasi kejadian kritis: a) Dokter operator: tindakan darurat atau prosedur di luar standar operasi yang akan dilakukan, lamanya operasi dan antisipasi kehilangan darah. b) Dokter anestesi: hal-hal khusus yang harus diperhatikan pada pasien saat pembiusan. c) Perawat: memastikan alat sudah steril, apakah ada perhatian khusus pada alat-alat tertentu serta adakah alat yang bermasalah. 5) Hasil pemeriksaan radiologi perlu diperhatikan. 3. Sign Out (Setelah penutupan luka operasi dan sebelum pasien meninggalkan ruang operasi) 1) Perawat sirkulasi mengkonfirmasi secara lisan: a) Kelengkapan jumlah kassa, instrumen, jarum instrumen, jarum traumatik, jarum lepas, kassa X-Ray, kassa non-X-Ray, big cause, kassa rol serta kassa kacang sebelum dan sesudah operasi. b) Nama prosedur. c) Label dan spesimen (membacakan identitas pasien jenis
-----------------	---

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	VERIFIKASI DAFTAR TILIK KESELAMATAN OPERASI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 002/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	3 / 3
	spesimen, regiter, ruangan yang tertera pada label). d) Masalah pada alat-alat yang digunakan. 2) Operator/dokter bedah, dokter anestesi dan perawat melakukan <i>review</i> masalah utama yang harus diperhatikan untuk penyembuhan dan manajemen pasien selanjutnya. 6) Operator, dokter anestesi dan perawat menandatangani form <i>check list</i> keselamatan operasi.		
UNIT TERKAIT	Kamar Bedah		
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>		Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENANDAAN LOKASI OPERASI		
	No. Dokumen 003/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	1. Penandaan lokasi operasi adalah proses kegiatan pemberian tanda pada lokasi operasi pasien sebelum dilakukan insisi. 2. Pelaksana adalah operator (dokter yang akan melaksanakan operasi).
TUJUAN	1. Mencegah terjadinya kesalahan lokasi operasi. 2. Mencegah terjadinya kesalahan pasien yang akan di operasi.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Lakukan identifikasi pasien yang akan di operasi. 2. Sebelum melakukan penandaan lokasi operasi, pasien harus diinformasikan terlebih dahulu dan pasien mengerti/mengijinkan penandaan tersebut. 3. Penandaan lokasi harus dilakukan oleh operator, disaksikan perawat kamar bedah. 4. Penandaan lokasi operasi harus dilakukan sebelum pasien masuk kamar operasi/ ruang tindakan. a. Bila terhadap pasien akan langsung dilakukan tindakan segera (cito) atau pada hari yang sama, maka operator langsung menandai lokasi atau tempat yang akan di operasi. b. Bila terhadap pasien akan dilakukan tindakan elektif, maka penandaan lokasi operasi dilakukan pada saat pasien di ruang perawatan. 5. Cara penandaan lokasi operasi: a. Penandaan dilakukan di tempat atau dekat lokasi operasi. b. Tanda di buat bulat (O) dilokasi yang akan dilakukan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENANDAAN LOKASI OPERASI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 003/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2
PROSEDUR	operasi dengan jelas. c. Penandaan dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (<i>laterality</i>), struktur multiple (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multiple level (tulang belakang). d. Penandaan menggunakan spidol hitam permanen. e. Penandaan dilakukan pada saat pasien sadar, sebelum dilakukan pembiusan (jika memungkinkan). f. Penandaan area operasi di sekitar mata menggunakan plester 6. Penandaan lokasi operasi tidak dilakukan pada kasus: a. Sectio Caesaria b. Hysterctomy c. Thyroidectomy d. Bayi prematur atau neonatus e. Pada kasus dimana lokasi operasi tidak dapat ditandai, misalnya operasi gigi, penandaan lokasi dilakukan dengan melakukan peninjauan terhadap catatan radigradi gigi dan penomoran anatomi. f. Operasi THT seperti tonsilektomi 1. Konfirmasi ulang penandaan lokasi operasi dilakukan saat pembacaan <i>time out</i>		
UNIT TERKAIT	Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU)		
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>		Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

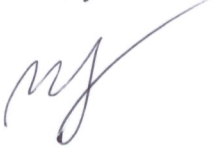
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERHITUNGAN KASSA, ALAT / INSTRUMEN		
	No. Dokumen 004/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan  Direktur Rumah Sakit Permata Gunung Putri <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Suatu kegiatan penghitungan kassa, alat / instrumen yang dilakukan sebelum operasi di mulai dan sebelum luka operasi di tutup oleh instrumentator, petugas keliling dan anggota tim lain
TUJUAN	Untuk menghindari tertinggalnya kasa, alat atau perlengkapan lain didalam tubuh pasien
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Hitung kasa / alat sebelum operasi mulai dan sebelum luka operasi ditutup. 2. Hitung kasa / alat oleh instrumentator dan disaksikan oleh petugas keliling (perawat sirkuler) 3. Buat catatan khusus pada format yang telah disediakan. 4. Lakukan tindakan bila perhitungan akhir tidak sesuai yaitu : • Hitung ulang berkali-kali sampai yakin • Laporkan kepada operator untuk tidak menutup luka operasi • Usaha untuk mencari sekitar luka operasi dilakukan oleh tim bedah (operator, instrumentator dan petugas keliling) • Lakukan pemeriksaan Fluoroscopi.
UNIT TERKAIT	Kamar Bedah
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENGENDALIAN INSTRUMEN		
	No. Dokumen 005/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   Rumah Sakit Permata Gunung Putri <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Selama pembedahan berlangsung instrumentator harus mengetahui langkah-langkah pembedahan/sayatan dan mampu mengendalikan instrumen sesuai kebutuhan.
TUJUAN	1. Memperlancar jalanya operasi. 2. Menumbuhkan kerjasama tim. 3. Melaksanakan perawatan instrumen sesuai prosedur.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Siapkan • Meja instrumen lengkap • Meja mayo lengkap • Instrumen sesuai kebutuhan/susun sesuai urutan pemakaian • Kassa (x-ray, standar,buiq khas,roll khas,deper) 2. Dekatkan meja mayo tepat diatas meja pasien atau sesuai lokasi yang mendekati daerah operasi 3. Berikan instrumen kepada operator sesuai kebutuhan (berikan instrumen tepat ditelapak tangan operator) 4. Siapkan selalu instrumen pada kedua tangan sesuai urutan pemakaian (tangan instrumentator harus selalu siap) 5. Siapkan kassa instrumen dan diatermi setiap operator menyayat luka. 6. Perhatikan urutan sayatan luka operasi atau kode operator sehingga otomatis instrumentator mengetahui kebutuhan operator jangan menunggu instruksi.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENGENDALIAN INSTRUMEN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 005/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	7. Segera bereskan instrumen bekas pakai, bersihkan dengan kassa basah dan susun kembali diatas meja mayo 8. Prosedur ini dilakukan sampai operasi ini selesai.	
UNIT TERKAIT	Kamar Bedah	
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENCATATAN MEDICAL SUPPLY		
	No. Dokumen 006/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Suatu proses pencatatan pemakaian Medical Supply dan obat-obatan pada pasien yang dioperasi dengan jelas dan teliti pada formulir khusus.
TUJUAN	1. Agar dapat dihitung berapa penggunaan Medical Supply dan obat-obatan setiap pasien. 2. Agar dapat merencanakan program secara benar. 3. Dokumentasi
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Siapkan : • Format pemakaian Medical Supply • Alat tulis 1. Isi biodata pasien dengan lengkap, anggota tim bedah dan rencana operasi. 2. Catat seluruh pemakaian Medical Supply secara lengkap meliputi: nama, nomor MR dan jumlah. 3. Tanda tangani dan tulis nama jelas penanggung jawab kamar operasi pada format pemakaian. 4. Dokumentasikan formulir pemakaian yang sudah diisi lengkap dan masukan kedalam bindex.
UNIT TERKAIT	Kamar Bedah

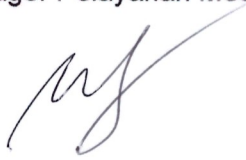
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENCATATAN MEDICAL SUPPLY		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 006/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>
--	--

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENYIAPAN INSTRUMEN DI MEJA MAYO DAN MEJA INSTRUMEN		
	No. Dokumen 007/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  Rumah Sakit Permata Gunung Putri <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Menyiapkan instrumen di meja mayo dan meja instrumen adalah suatu kegiatan dalam menyiapkan instrumen diatas meja mayo dan meja instrumen disesuaikan dengan jenis operasi dan urutan penggunaan.
TUJUAN	a. Membantu kelancaran operasi bila instrumen disusun secara tepat. b. Mempermudah mengendalikan instrumen selama operasi berlangsung. c. Mempermudah pengecekan pada saat perhitungan instrument sebelum dan sesudah operasi
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Siapkan a. Standar mayo : 1 buah b. Standar tray : 1 buah c. Meja mayo : 1 buah d. Meja instrumen : 1 buah e. Sarung mayo : 1 buah f. Doek kecil : 5 – 6 buah g. Instrumen steril : 1 set 2. Pelaksanaan a. Lakukan desinfeksi pada standar tray dan mayo dengan alkohol 70 % dan kassa. b. Meja instrumen Letakan instrumen steril diatas meja instrumen dan buka pembungkusnya secara teknik aseptik

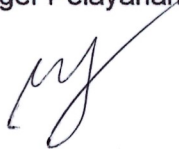
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENYIAPAN INSTRUMEN DI MEJA MAYO DAN MEJA INSTRUMEN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 007/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	c. Meja Mayo 1. Pasang sarung mayo (instrumentator) dengan cara memasukan kedua lengan pada lipatan ujung sarung mayo, perhatikan jangan sampai menyentuh area on steril. 2. Pasang doek kecil sudah dilapisi perlak diatas meja mayo 3. Susun instrumen sesuai urutan penggunaan dan jenis. 4. Perhatikan susunan instrumen, dimana instrumen yang pertama dipakai terletak dekat badan/tubuh intrumentator.
UNIT TERKAIT	Kamar Bedah
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENJADWALAN PASIEN UNTUK OPERASI ELEKTIF, PENAMBAHAN DAN PENUNDAAN OPERASI		
	No. Dokumen 008/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  Rumah Sakit Permata Gunung Putri dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Suatu kegiatan atau pengaturan operasi: 1. Pasien operasi elektif diajukan dan dijadwalkan satu hari sebelum operasi. 2. Penambahan operasi atau diluar jadwal harus sepengetahuan bagian bedah dan anastesi. 3. Penundaan operasi menggunakan formulir khusus penundaan dengan persetujuan pasien/keluarga
TUJUAN	1. Memberikan informasi akurat bagi tim bedah, ruang rawat, pasien dan keluarga. 2. Dokumentasi medis akurat. 3. Panduan persiapan sarana dan prasarana
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. sebelum hari operasi dengan formulir pengajuan operasi diisi secara jelas dan lengkap. 2. Pengajuan akan diseleksi oleh ahli anastesi untuk mengetahui kelayakan pembiusan dan penentuan premedikasi. 3. Susun jadwal oleh perawat bedah sesuai dengan jenis operasi dan kamar operasi (koordinator pembedahan). 4. Untuk pasien yang ditunda operasi, maka akan dibuat penundaan dan akan diinformasi sejelas-jelasnya kepada pasien dan keluarga.
UNIT TERKAIT	Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan, Pendaftaran dan Verlos Kamer (VK)

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENJADWALAN PASIEN UNTUK OPERASI ELEKTIF, PENAMBAHAN DAN PENUNDAAN OPERASI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 008/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>
--	--

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	TINDAKAN ASEPTIK DAN ANTISEPTIK DAERAH PEMBEDAHAN DAN DRAPPING		
	No. Dokumen 009/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  Rumah Sakit Permata Gunung Putri <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Suatu tindakan untuk mensuci hamakan daerah operasi dengan menggunakan antiseptik serta tindakan untuk melokalisir area operasi (drapping) dengan menggunakan linen.
TUJUAN	1. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial 2. Lokalisasi area pembedahan dengan cara menutup bagian lain diluar area pembedahan sehingga tidak terjadi kontak antara 2 area tersebut.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Siapkan a. Set aseptik b. Kassa Steril c. Antiseptik (Bethadine 10 % & Alkohol 70 %) 2. Perlengkapan Drapping a. Doek bawah ukuran 125 x 200 1 buah b. Doek atas ukuran 125 x 125 1 buah c. Doek samping ukuran 60 x 90 2 Buah d. Doek lubang (panenstil/mediana) 1 buah 3. Pelaksanaan a. Jepit kassa dengan penjepit kain kassa. b. Bebaskan area operasi dari penutupnya. c. Cuci/gosok daerah operasi dengan cara : d. Cuci area dari tengah baru keluar. e. Cara/teknik pencucian dengan cara melingkar. f. Luasnya suatu pencucian adalah satu regio (tergantung

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	TINDAKAN ASEPTIK DAN ANTISEPTIK DAERAH PEMBEDAHAN DAN DRAPPING		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 009/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2
PROSEDUR	g. kebijaksanaan ahli bedah masing-masing) 4. Drapping (Lokalisir area Pembedahan) a. Pasang 4 buah doek (atas, bawah, kanan dan kiri) dari area operasi daerah datar. b. Untuk daerah ekstremitas dibuat posisi melingkar dahulu dengan 1 buah doek kecil. c. Pasang 4 buah doek klem (untuk posisi mendatar) dan 1 buah doek klem untuk ekstremitas. d. Pasang laken lubang tepat pada area operasi atau pada daerah ekstremita dimasukkan kedalam lubang laken. e. Pasang laken kecil pada tungkai bawah. f. Khusus operasi ekstremitas bawah (lengan bawah dan tungkai bawah) maka tangan dan kaki dibungkus dengan doek kecil dan sarung tangan.		
UNIT TERKAIT	Kamar Bedah		
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>		Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERSIAPAN SET LINEN UNTUK OPERASI		
	No. Dokumen 010/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Suatu kegiatan untuk menyiapkan linen, untuk satu kali operasi dalam satu set/pack meliputi jenis dan jumlahnya disiapkan disterilkan satu hari sebelum operasi
TUJUAN	Menjamin sterilitas, kelengkapan, efektifitas dan efisiensi kerja
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Cuci tangan 2. Siapkan : a. Jas operasi 3-4 buah b. Doek bawah ukuran 125 x 200 1 buah c. Doek atas ukuran 125 x 125 1 buah d. Doek samping ukuran 60 x 90 2 Buah e. Lap tangan 3-4 buah f. Sarung mayo 1 buah g. Perlak meja mayo 1 buah h. Perlak pasien 1 buah i. Sarung kaki 1 pasang(op daerah rektal) j. Doek lubang (panenstil/mediana) 1 buah k. Laken pembungkus 1 buah 3. Susun linen secara teratur agar dapat dibungkus dengan rapih dan tidak terlalu besar. 4. Lipat keempat ujung laken dengan menyisakan keempat lipatan keluar. 5. Beri label indikator strip dan autoclave tape, cantumkan tanggal, bulan dan tahun, nama yang membuat set linen. 6. Ikat dengan tali pengikat dan sterilkan.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERSIAPAN SET LINEN UNTUK OPERASI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 010/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

UNIT TERKAIT	Kamar Bedah	
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMELIHARAAN KAMAR OPERASI		
	No. Dokumen 011/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   Rumah Sakit Permata Gunung Putri <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Pemeliharaan kamar operasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menjaga kebersihan dan kesiapan kamar operasi yang dilaksanakan setiap selesai digunakan harian, sewaktu-waktu dan pemeliharaan bulanan.
TUJUAN	a. Sebagai panduan bagi personil Kamar Bedah. b. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial baik pasien maupun petugas.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	Persiapan alat - Cairan desinfektan - Kain lap pel - Sarung tangan - Sikat lantai 1. Perawatan Harian A. Kamar operasi dalam keadaan istirahat (tidak diperguna-kan) 1) Matikan lampu kamar operasi 2) Susun semua peralatan kamar operasi dengan baik dan benar. 3) Tutup semua pintu dengan rapat (pintu masuk, pintu keluar dan pintu tempat cuci tangan). 4) AC tetap hidup untuk mencegah pengembunan agar tidak merusak peralatan yang ada dan mencegah timbulnya jamur serta mencegah tumbuhnya kuman. B. Kamar operasi sedang dipakai (operasi sedang berlang-sung) 1) Hidupkan lampu kamar operasi

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMELIHARAAN KAMAR OPERASI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 011/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 4
PROSEDUR	2) Siapkan alat-alat sesuai rencana pembedahan baik alat steril maupun alat non steril. 3) Siapkan alat – alat sesuai rencana pembedahan baik alat steril maupun non steril 4) Pertahankan sterilitas kamar operasi : a. AC tetap hidup dengan udara yang disaring b. Pintu – pintu harus tetap tertutup c. Keluar masuk personil dan pasien sesuai alur yang telah ditetapkan d. Jumlah personil yang ada di kamar operasi harus dibatasi 5) Pakai pakaian sesuai ketentuan yang berlaku C. Kamar operasi selesai digunakan 1) Keluarkan semua alat-alat yang ada di kamar operasi dan dibersihkan dengan desinfektan. 2) Keluarkan instrumen kotor, sarung tangan kotor dan linen kotor melalui pintu pengeluaran alat-alat kotor (belakang kamar operasi). 3) Keluarkan sampah medis dalam kantong plastik yang sudah diikat dengan peraturan yang ada melalui pintu pembuangan. 4) Bersihkan noda-noda yang ada pada dinding, lampu, pintu dll dengan desinfektan. 5) Bersihkan lantai dengan desinfektan. 6) Peralatan dimasukkan kembali, disusun sesuai tempat masing-masing. 2. Perawatan mingguan a. Lakukan secara teratur 1 X seminggu setiap hari sabtu. b. Keluarkan semua alat-alat yang ada dikamar operasi, dan diletakan di koridor kamar operasi.		

PEMELIHARAAN KAMAR OPERASI

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)

No. Dokumen
011/SPO/OK/II/2025

No. Revisi
00

3 / 4

- c. Bersihkan dinding akamar operasi dengan denisfektan
 - d. Bersihkan: pintu-pintu kamar operasi, lampu, lantai dengan desinfektan.
 - e. Bersihkan kaca dengan pembersih kaca
 - f. Bersihkan tempat cuci tangan dengan pembersih/deterjen dibilas dengan air bersih dan dikeringkan
 - g. Masukan kembali alat-alat setelah selesai pembersihan kamar operasi dan alat-alat diletakan sesuai posisinya masing-masing
 - h. Matikan lampu-lampu, tutup pintu dengan rapat
3. Perawatan mendadak atau sewaktu
- a. Lakukan bila kamar operasi terkontaminasi (pus, peces, atau kasus terinfeksi lain)
 - b. Keluarkan linen, instrumen dan sarung tangan melalui pembuangan (belakang kamar operasi), pengelola linen dan instrumen disesuaikan dengan ketentuan yang berlaku
 - c. Keluarkan sampah mellalui pintu belakang kamar operasi, pengelola limbah disesuaikan dengan ketentuan yang berlaku
 - d. Keluarkan semua alat – alat yang ada di kamar operasi dan dibersihkan dengan larutan desinfektan
 - e. Bersihkan kembali alat – alat di kamar operasi
 - f. Masukkan kembali alat – alat di kamar operasi
 - g. Pasang foting sesuai kondisi.
 - h. Tunggu sampai 4 jam setelah desinfeksi asap selesai, baru AC dihidupkan tunggu lagi 2 jam baru kamar operasi boleh dipergunakan.
4. Perawatan khusus untuk infeksi gass gangren.
- a. Lakukan pembersihan kamar operasi selama 3 hari berturut-turut, caranya sama dengan membersihkan kamar operasi mendadak (sewaktu)

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMELIHARAAN KAMAR OPERASI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 011/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	4 / 4

	b. Pasang alat desinfeksi asap (foging) juga selama 3 hari berturut-turut.
UNIT TERKAIT	Cleaning Service, CSSD
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMISAHAN JADWAL PASIEN YANG TERINFEKSI DAN NON INFEKSI		
	No. Dokumen 012/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

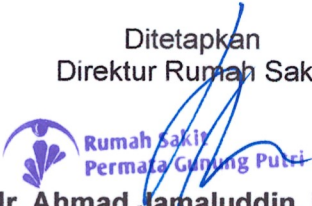
PENGERTIAN	Suatu bentuk upaya kegiatan menyeleksi atau pemisahan pasien terinfeksi dan non infeksi.
TUJUAN	Mengantisipasi terjadinya pencemaran nosokomial infeksi akibat pengaturan jadwal operasi.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Buat jadwal operasi 2. Seleksi pasien yang terinfeksi dan non infeksi 3. Jadwalkan lebih dahulu jenis operasi yang bersih, baru dilanjutkan dengan yang terinfeksi. 4. Informasikan jadwal tersebut ke ruang rawat sesuai urutan masing-masing.
UNIT TERKAIT	Kamar Bedah
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENANGANAN PASIEN PERIOPERATIF		
	No. Dokumen 013/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Proses penanganan pasien yang akan dioperasi baik dari poliklinik, rawat inap, kamar bersalin atau unit gawat darurat harus melalui Ruang persiapan, kamar.Induksi, kamar operasi dan ruang pulih sadar
TUJUAN	Sebagai acuan dalam menangani pasien pra, intra dan pasca bedah dikamar oprasi.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Lakukan timbang terima pasien di ruang persiapan (gunakan cek list penerimaan pasien). 2. Gantikan pakaian dengan pakaian khusus kamar operasi. 3. Dorong pasien ke kamar induksi untuk persiapan operasi (pasang infus, pemberian premedikasi). 4. Dorong pasien ke kamar operasi untuk dilakukan operasi. 5. Lakukan perawatan pasca operasi di ruang pulih sadar. 6. Bawa pasien ke ruang ICU, ruang rawat atau langsung pulang
UNIT TERKAIT	Ruang Rawat Inap, Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU), Poliklinik Rawat Jalan, Verlos Kamer (VK)
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u> Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENYIAPAN ALAT – ALAT STERIL DI KAMAR OPERASI		
	No. Dokumen 014/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Suatu kegiatan dalam menyiapkan alat-alat steril dan meletakkannya setelah terlebih dahulu didesinfeksi dengan alkohol 70 % (meja linen, meja mayo, meja instrumen, meja tromol dll)		
TUJUAN	1. Sebagai pedoman perawat dalam menyiapkan alat-alat steril 2. Mencegah terjadinya infeksi nosocomial		
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi		
PROSEDUR	1. Siapkan alkohol 70 % dan kassa serta alat-alat steril dalam trolley 2. Lap dengan alkohol 70 % dan kain kassa pada semua peralatan di kamar operasi (meja tromol, meja linen, meja operasi, standar mayo, standar tray dan standar waskom) 3. Letakkan semua packing (bungkusan) pada tempat masing-masing. 4. Buka semua bungkusan dengan metode aseptik apabila instrumentator sudah memakai jas dan sarung tangan steril.		
UNIT TERKAIT	CSSD		
Dibuat oleh Manager Keperawatan  Ns. Amami, S.Kep., M.Kep		Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  Dr. Wediat Setiawan	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMASANGAN IMPLAN BEDAH		
	No. Dokumen 015/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Implant adalah suatu alat khusus yang di pasang pada tubuh manusia melalui tindakan operasi dengan tujuan dan maksud tertentu.
TUJUAN	Sebagai acuan untuk : • Penggunaan implant di rumah sakit • Agar implant yang di gunakan terjamin sterilitasnya
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	Persiapan Alat 1. Alat implant 2. Instrumen pemasang Penatalaksanaan 1. Setelah pasien di lakukan insisi pda lokasi pembedahan 2. Perawat instrument menyiapkan alat yang sudah dalam keadaan steril 3. Dokter memasang alat tersebut pada lokasi yang sudah 4. Bila sudah selesai perawat instrumen membereskan alat yang sudah di pakai Catatan 1. Selama pemasangan harus di perhatikan sterilitas alat 2. Mencatat alat yang terpakai pada buku register operasi 3. Mencatat alat yang terpakai pada buku register pasien operasi 4. Implant yang di gunakan di sediakan oleh apotik yang sesuai dengan formularium rumah sakit 5. DPJP meyakinkan implant yangdi gunakan telah tersedia di rumah sakit

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMASANGAN IMPLAN BEDAH		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 015/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

UNIT TERKAIT	Kamar Bedah, Farmasi	
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERENCANAAN PEMBEDAHAN		
	No. Dokumen 016/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  Rumah Sakit Permata Gunung Putri <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Pembedahan membawa resiko dengan tingkatan yang tinggi, maka penggunaannya harus direncanakan secara seksama sebagai dasar untuk memilih prosedur yang tepat
TUJUAN	1. Pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal 2. Melaksanakan prosedur dengan aman 3. Memonitoring temuan dalam memonitoring pasien
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Proses perencanaan pembedahan dilakukan oleh DPJP dan dokter residensi bedah di poliklinik rawat jalan dan untuk kasus kedaruratan dilakukan di IGD / rawat inap. 2. Proses perencanaan pembedahan dibuat bila semua proses penilaian yang mendasari keputusan pembedahan sudah dianggap lengkap, disertai dengan diagnosa pasien. 3. Pembedahan dibagi menjadi pembedahan elektif dan darurat. 4. Pasien diberi informasi oleh DPJP Bedah mengenai informasi penjadwalan pembedahan. 5. Untuk pembedahan elektif : a. Pasien dari poli akan diperiksa secara seksama meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik pemeriksaan penunjang, dan konsultasi dengan unit terkait. b. Hasil yang didapat dari proses (a) akan menentukan keputusan tindakan pembedahan yang akan dilakukan oleh DPJP Bedah atau residen Bedah sesuai tingkat kompetensi. c. Perencanaan pembedahan yang dibuat minimal meliputi rencana teknik bedah, kebutuhan peralatan khusus bedah, persiapan ruang rawat dan serta rencana perawatan pasca bedah selanjutnya.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERENCANAAN PEMBEDAHAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 016/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	2 / 4

PROSEDUR	d. Pada pengkajian awal di poliklinik, dokter bedah/PPDS menentukan <i>urgensi</i> pembedahan (cito/urgent/elektif). e. Pada perencanaan juga dipertimbangkan beberapa hal seperti : pembedahan kasus sulit, perubahan atau perluasan tindakan yang mungkin terjadi karena temuan intra-operatif, apakah pasien harus dirawat inap atau rawat jalan, dan apakah pasien membutuhkan tindakan anestesia. f. Bila pasien membutuhkan tindakan anestesia, maka dikonsultasikan ke poliklinik pra-operatif untuk dilakukan prosedur sesuai dengan SPO Kunjungan Pra-Anestesia . g. Setelah pasien dari poliklinik pra-operatif akan kembali ke DPJP Bedah. h. Semua proses penilaian hingga perencanaan pembedahan dan perencanaan anestesia harus dicatat di dalam rekam medis pasien. i. Seluruh proses perencanaan pembedahan dan perencanaan anestesia termasuk hasil penilaian awal yang mendasari harus dikomunikasikan dan dilakukan pemberian edukasi pembedahan dan anestesia kepada pasien dan keluarga oleh DPJP Bedah dan Anestesi dan sesuai kompetensinya dan mendapat persetujuan dari pasien atau keluarga. j. Bila semua hal diatas sudah diputuskan, maka dokter bedah akan menjadwalkan operasi pasien dan mendaftarkannya ke Instalasi Kamar Operasi minimal 24 jam sebelum tindakan operasi k. Apabila ruang rawat tidak tersedia, maka dilakukan pendaftaran dan penjadwalan ulang baik kamar operasi maupun ruang rawat inap. Pasien diinformasikan bahwa jadwal operasi diundur sampai ruangan tersedia kemudian DPJP dan PPDS Bedah berkoordinasi dengan kepala ruangan atau katim ruang untuk mengupayakan ketersediaan ruang rawat.
------------------------	---



**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL
(SPO)**

No. Dokumen
016/SPO/OK/II/2025

No. Revisi
00

3 / 4

- 1) Bila ruangan tidak tersedia, maka akan dilakukan pendaftaran dan penjadwalan operasi dengan pasien tersebut, sebagai prioritas utama untuk mendapatkan ruang rawat yang tersedia.
- 2) Jadwal operasi kemudian menjadi satu hari setelah pasien mendapatkan ruang rawat inap.
 - l. Pada kasus urgensi, Perawat langsung menghubungi penanggung jawab shift di rawat inap dan penanggung jawab penjadwalan di kamar bedah
 - m. Bagi pasien rawat inap, pemeriksaan dan persiapan pra bedah dan pra anestesia serta toleransi operasi dapat dilakukan di ruang rawat inap oleh dokter bedah, dokter anestesi, dan dokter lain yang bersangkutan (sesuai dengan form Pra-Bedah dan Pra-Anestesia).
 - n. Bagi pasien rawat jalan, pemeriksaan dan persiapan pra bedah dapat dilakukan di poli bedah oleh dokter bedah dan persiapan pra-anestesia dapat dilakukan di poliklinik pra-operatif oleh dokter anestesi dan dokter lainnya yang dibutuhkan.
 - o. Disini dapat ditentukan jenis operasi pada pasien, teknik-teknik khusus yang akan dilakukan, kebutuhan alat-alat operasi atau monitoring khusus dan posisi pasien pada saat operasi
 - p. Penandaan daerah operasi juga dibutuhkan apabila tindakan operasi dilakukan ditempat yang memiliki 2 sisi seperti : daerah anggota gerak atas, payudara, anggota gerak bawah. Penandaan daerah operasi (side marking) dilakukan saat pasien sadar diruang rawat
6. Untuk bedah Gawat Darurat:
 - a) Pasien masuk IGD atau dirujuk dari poli dengan kedaruratan bedah akan diperiksa kembali secara seksama meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, persiapan anestesi dan konsultasi dengan unit/DPJP terkait.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERENCANAAN PEMBEDAHAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 016/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	4 / 4
	b) Hasil yang didapat dari proses (a) akan menentukan keputusan tindakan pembedahan yang akan dilakukan oleh DPJP Konsulen Jaga Bedah sesuai tingkat kompetensi. c) Pada asesment selanjutnya ditentukan apakah pasien harus dirawat inap. d) Seluruh proses penilaian hingga perencanaan pembedahan kedaruratan dilakukan sesuai urgensi pasien. e) Setelah semua hal diatas sudah diputuskan, maka dokter bedah akan menjadwalkan operasi pasien dan mendaftarkannya ke kamar bedah. Pasien ini mendapatkan prioritas f) Setelah operasi terjadwal, maka dilakukanlah pendaftaran rawat inap dan pasien ini mendapatkan prioritas. g) Seluruh proses perencanaan pembedahan harus dikomunikasikan dan dilakukan pemberian edukasi pembedahan kepada pasien dan keluarga oleh DPJP sesuai dengan kompetensinya.		
UNIT TERKAIT	Unit Gawat Darurat (UGD), PONEK, Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan		
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>		Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	LAPORAN OPERASI		
	No. Dokumen 017/SPO/OK/II/2025	No. Revisi 00	1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 22 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Segala tindakan yang dilakukan oleh DPJP bedah atau dokter residen bedah sesuai kompetensi selama pembedahan yang dituangkan dalam catatan yang dimasukkan kedalam status pasien bedah.
TUJUAN	Sebagai bukti otentik terhadap tindakan yang dilakukan selama pembedahan.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 004/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Kamar Operasi
PROSEDUR	1. Siapkan formulir laporan operasi pasien dan status pasien. 2. Dokter menulis laporan operasi pada Format laporan operasi meliputi : - Identitas penderita sesuai kolom. - Diagnosa pasca operasi - Nama dokter bedah dan asisten-asisten - Nama prosedur - Spesimen bedah untuk pemeriksaan - Catatan spesifik komplikasi atau tidak adanya komplikasi selama operasi, termasuk jumlah kehilangan darah - Tanggal, waktu, dan tandatangan dokter yang bertanggung jawab.
UNIT TERKAIT	Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap, Kamar Bedah, Verlos Kamer (VK)
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep., M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>