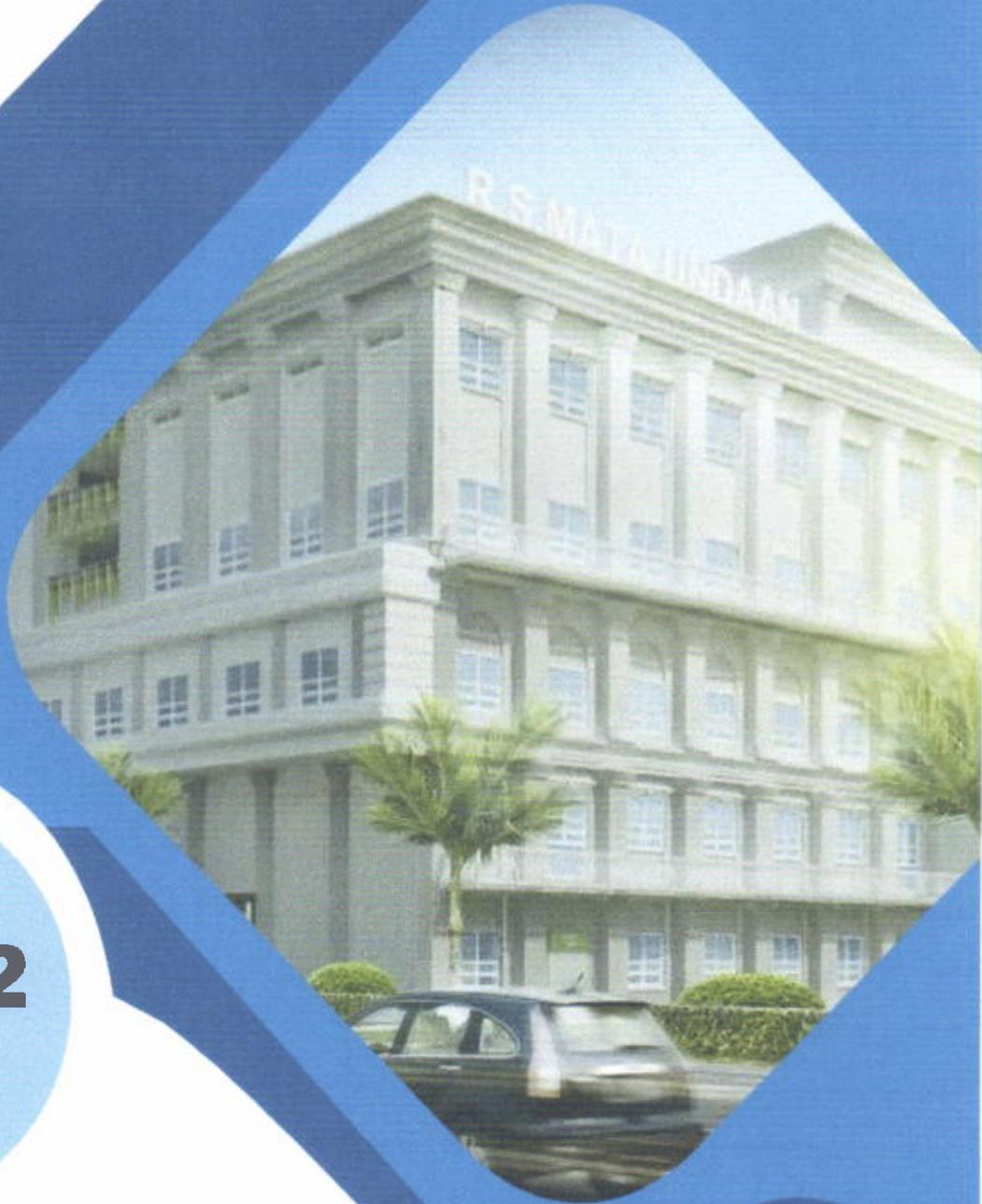




RS Mata Undaan
Care and Smile



Edisi 2

Tahun 2019

**PANDUAN
ASUHAN BEDAH**
RS. Mata Undaan Surabaya

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343 806, 5319 619
Fax. 031 - 5317 503

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 549/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL 04 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN ASUHAN BEDAH RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	ii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 549/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL 04 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN ASUHAN BEDAH RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	1
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	1
1.3 Definisi Operasional	1
BAB II RUANG LINGKUP	2
2.1 Kebijakan Rumah Sakit	2
2.2 Asuhan Bedah	2
BAB III TATA LAKSANA	3
3.1 Asuhan Pra Bedah	3
3.2 Asuhan Peri Operatif	4
3.3 Asuhan Intra Operatif	4
3.4 Asuhan Pasca Pembedahan	6
BAB IV DOKUMENTASI	8



RS Mata Undaan
Care and Smile

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 549/PER/DIR/RSMU/IV/2019
TANGGAL : 04 APRIL 2019
TENTANG
PANDUAN ASUHAN BEDAH
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka melaksanakan pelayanan dan meningkatkan mutu pelayanan bedah di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu dibuat Panduan Asuhan Bedah;
b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
4. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 014/P4M/SK/II/2019 Tentang Berlakunya Struktur Organisasi, *Job Description* dan *Job Spesification* Rumah Sakit Mata Undaan.

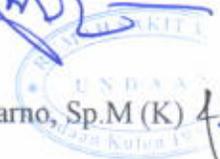
MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Panduan Asuhan Bedah di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Kedua : Panduan Asuhan Bedah ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan asuhan bedah di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Ketiga : Panduan Asuhan Bedah di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.
- Keempat : Mencabut Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 617L/RSMU/SK/XII/2015 Tanggal 3 Desember 2015 Tentang Panduan Pelayanan Bedah.
- Kelima : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Keenam

- Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 04 April 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K) 

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 549/PER/DIR/RSMU/IV/2019
TANGGAL : 04 APRIL 2019
TENTANG
PANDUAN ASUHAN BEDAH
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penggunaan anestesi, sedasi dan intervensi bedah adalah proses yang umum dan kompleks di rumah sakit. Tindakan-tindakan ini membutuhkan asesmen pasien yang lengkap dan komprehensif, perencanaan asuhan yang terintegrasi, monitoring pasien yang berkesinambungan dan kriteria transfer untuk pelayanan berkelanjutan, rehabilitasi, akhirnya transfer maupun pemulangan (*discharge*). Anestesi dan sedasi umumnya dipandang sebagai suatu rangkaian kegiatan (*continuum*) dari sedasi minimal sampai anestesi penuh. Karena respon pasien dapat berada pada sepanjang continuum, maka penggunaan anestesi dan sedasi dikelola secara terintegrasi.

1.2 Tujuan

Tujuan panduan ini adalah sebagai acuan dalam pemberian asuhan dalam pelayanan pembedahan di RS. Mata Undaan Surabaya.

1.3 Definisi Operasional

1. Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara infasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
2. Preoperatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi pembedahan dibuat dan diakhiri ketika pasien dipindahkan ke meja operasi. dalam tahapan ini persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat penting dilakukan, karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan pasien berasal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap preoperasi.
3. Persiapan fisik adalah persiapan fisik yang dilakukan sebelum operasi biasanya mencakup status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, pencukuran daerah operasi, personal hygiene, dll
4. *Inform consent* adalah sebuah istilah yang sering dipakai untuk terjemahan dari persetujuan tindakan medis yang diberikan oleh pasien kepada dokter untuk berbuat sesuatu setelah mendapatkan penjelasan atau informasi.

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup dalam panduan ini meliputi:

1.1 Kebijakan Rumah Sakit

1. Pelayanan dan asuhan bedah direncanakan berdasarkan hasil asesmen berbasis IAR (Informasi, Analisis, Rencana) untuk setiap pasien dan dicatat dalam rekam medis pasien oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang kompeten
2. Diagnosis pra operasi dan rencana operasi dicatat di rekam medis sebelum operasi dimulai
3. Informasi dan edukasi tentang risiko, komplikasi, dampak, manfaat dan alternatif yang berhubungan dengan tindakan bedah, kemungkinan jika dibutuhkan darah/produk darah serta risikonya didiskusikan dengan pasien dan keluarga atau mereka yang membuat keputusan/mewakili pasien.
4. Informasi dan edukasi dilakukan oleh dokter bedah yang kompeten, Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terkait serta didokumentasikan dalam rekam medis.
5. Informasi yang terkait operasi dicatat dalam laporan operasi dan digunakan untuk menyusun rencana asuhan lanjutan.
6. Laporan operasi dibuat dalam bentuk format dilakukan oleh operator segera setelah operasi selesai, sebelum pasien dipindahkan ke ruang pemulihan paska operasi.
7. Laporan operasi memuat:
 - a) Diagnosis paska operasi;
 - b) Nama dokter bedah dan asistennya;
 - c) Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan;
 - d) Komplikasi yang terjadi;
 - e) Spesimen operasi;
 - f) Jumlah darah yang hilang dan yang masuk lewat transfusi;
 - g) Nomor register alat yang dipasang (implan);
 - h) Tanggal, waktu, tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.
8. Pelayanan asuhan pasca operasi direncanakan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), perawat dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lain untuk memenuhi kebutuhan pasien segera setelah operasi dicatat dalam rekam medis dalam waktu 24 jam.
9. Rencana asuhan pasca operasi medis bila didelegasikan harus dilakukan verifikasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

1.2 Asuhan Bedah

Asuhan bedah dibedakan menjadi:

1. Asuhan pra bedah
2. Asuhan peri operatif
3. Asuhan intra operatif
4. Asuhan paska pembedahan

BAB III TATA LAKSANA

Tata laksana pelayanan bedah haruslah direncanakan secara seksama, mulai dari ditegakkan diagnosa yang memerlukan tindakan / pembedahan sampai dengan pemulangan. Langkah –langkah pelayanan bedah di RS Mata Undaan Surabaya adalah sebagai berikut :

3.1 Asuhan Pra Bedah

1. Pengkajian Awal Medis dan Keperawatan
Asesmen pasien adalah dasar memilih prosedur pembedahan yang tepat. Asesmen dilakukan sebelum masuk rumah sakit atau saat masuk rumah sakit meliputi riwayat pasien, status fisik, data diagnostik penunjang, termasuk diagnosa praoperatif. Asesmen akan memberikan informasi penting terhadap rencana pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal, cara melakukan prosedur secara aman dan interpretasi asesmen dalam monitoring pasien. Asesmen dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) / operator dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Dalam keadaan mendesak / *emergency* asesmen dapat dilakukan lebih singkat.
2. Perencanaan Tindakan Pembedahan
Dokter yang bertanggung jawab mendokumentasikan asesmen digunakan untuk mengembangkan dan mendukung tindakan invasif yang direncanakan. Setiap asuhan bedah pasien direncanakan berdasarkan informasi asesmen yang didokumentasikan dalam rekam medis oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
3. Pemberian dan Persetujuan
Pasien dan keluarga atau para pembuat keputusan menerima informasi yang adekuat untuk berpartisipasi dalam pemberian asuhan dan memberikan persetujuan yang diperlukan. Informasi minimal didalamnya risiko dari prosedur yang direncanakan, manfaat prosedur yang direncanakan, komplikasi yang potensial terjadi, dan alternatif tindakan bedah dan nonbedah yang tersedia untuk mengobati. Termasuk bila dibutuhkan darah atau produk darah, edukasi dan informasi tentang risiko dan alternatif didiskusikan oleh dokter bedah yang bersangkutan atau petugas kompeten pemberi informasi.
4. Penandaan Lokasi Pembedahan (*Surgical Marking*)
 - a. Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien
 - b. Penandaan lokasi operasi harus melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang cepat dapat dikenali dan konsisten. Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya menggunakan *surgical skin marker* 2 cm diatas alis sisi mata yang akan dilakukan tindakan / pembedahan dan harus tetap terlihat sampai pasien kembali ke ruang rawat inap atau saat persiapan pulang. Dibuat saat pasien sadar / terjaga, penandaan dilakukan oleh dokter yang akan melakukan tindakan/pembedahan.
5. Asuhan keperawatan pra bedah
Setelah dilakukan pengkajian awal maka disusun/ditetapkan diagnosa keperawatan dan rencana tindakan keperawatan pra bedah oleh perawat yang bertanggung jawab dari pasien yang akan menjalani tindakan/pembedahan. Selanjutnya menentukan prioritas dari asuhan keperawatan pra bedah.

3.2 Asuhan Peri Operatif

1. Serah Terima Pasien di Ruang Premedikasi/Persiapan

- a. Pasien Rawat Jalan dengan membawa surat pengantar dan bukti pembayaran diserahkan kepada petugas penerimaan pasien pembedahan dengan rawat jalan , selanjutnya disiapkan oleh perawat premedikasi / persiapan.
- b. Pasien rawat inap diantar dan diserahkan terimakan oleh perawat rawat inap kepada perawat premedikasi / persiapan.
- c. Pasien Emergensi diserahkan terimakan oleh perawat darimana dirawat/berasal Kepada perawat premedikasi/ persiapan.

Isi dari serah terima berisi tentang data dan diagnosa keperawatan antara lain :

Keadaan umum pasien

- a. Status kesadaran
 - b. ID pasien sudah terpasang atau tidak
 - c. Penandaan lokasi yang akan dilakukan tindakan/pembedahan
 - d. Hasil observasi tanda – tanda vital
 - e. Skala nyeri
 - f. Cukur bula mata
 - g. Desinfeksi/sweep betadin area tindakan/pembedahan
 - h. Pupil mata sudah lebar atau belum
 - i. Obat preop sudah diberikan atau belum
 - j. Adakah alergi atau tidak
 - k. Riwayat penyakit terdahulu
 - l. Untuk pasien dengan general anestesi
 - 1) Status puasa
 - 2) IV Line terpasang atau tidak
 - 3) Apakah memakai gigi palsu
 - 4) Kosmetik / perhiasan / cat kuku sudah dibersihkan atau tidak
 - 5) Sudah melepas pakaian dalam atau belum
 - 6) Pempers sudah terpasang atau belum
2. Transportasi pasien
- Pasien diantar ke kamar bedah dengan menggunakan bukti serah terima pasien, perawat yang menyerahkan dan perawat yang menerima menandatangani form serah terima pada lembar rekam medis pasien.

3.3 Asuhan Intra Operatif

1. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan Tepat lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat Pasien dengan prosedur pasien safety (*Surgical Safety Checklist*) yang mengacu pada WHO Pasien Safety.
 - a. **Sign In** dilakukan sebelum induksi anestesi yang melakukan verifikasi
 - 1) Identitas pasien : nama, alamat, dan tanggal lahir
 - 2) Prosedur pembedahan yang akan dilakukan
 - 3) Persetujuan pembedahan, persetujuan anestesi sudah dijelaskan dan ditandatangani.
 - 4) Apakah sisi operasi sudah ditandai.
 - 5) Evaluasi pre operasi anestesi sudah lengkap
 - 6) Adakah riwayat alergi
 - 7) Apakah pasien sudah dipuasakan
 - 8) Mesin anestesi, peralatan intubasi dan obat-obatan tersedia dan berfungsi dengan baik.

- 9) Puls oxymetri terpasang dan berfungsi dengan baik
 - 10) Mempunyai resiko aspirasi / kesulitan jalan nafas.
- b. **Time Out** dilakukan sebelum pembedahan dimulai oleh seluruh anggota time bedah
 - 1) Memperkenalkan diri dan peran dari masing-masing anggota time
 - 2) Pastikan secara verbal identitas pasien nama, alamat dan tanggal lahir.
 - 3) Prosedur operasi yang akan dilakukan
 - 4) Sisi mata yang akan di operasi
 - 5) Operator memastikan tentang prosedur operasi yang akan dilakukan.
 - 6) Perawat instrument memastikan tentang persiapan alat dalam kondisi lengkap, steril dan berfungsi dengan baik.
 - c. **Sign Out** dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi
 - 1) Seluruh anggota time memastikan tindakan sudah sesuai rencana.
 - 2) Pastikan jumlah instrument sudah lengkap
 - 3) Spesimen sudah diberi label
 - 4) Adakah problem pada peralatan
 - 5) Pindahan pasien ke RR, Rawat Inap, ODC atau pulang
 - 6) Adakah intruksi khusus dari dokter operator / anastesi
 - d. Semua yang bertanggung jawab menandatangani pada rekam medis pasien antara lain: verifikator, anastesi, perawat sirkuler dan operator.
2. Monitoring selama pembedahan status fisiologis pasien dilakukan terus menerus dan segera setelah pembedahan ditulis dalam rekam medis pasien. Monitoring yang tepat mengenai kondisi pasien dan prosedur yang dijalankan sebagai kunci keputusan intraoperatif termasuk keputusan paska pembedahan, pindahan ketinggian asuhan yang lain, atau dipulangkan. Informasi monitoring juga menjadi pedoman medis dan keperawatan serta mengidentifikasi kebutuhan pelayanan diagnostik maupun pelayanan yang lain. Temuan monitoring dituliskan dalam status rekam medis pasien :
 - a. Pembedahan dengan general anastesi dipantau tiap 5 menit atau lebih sering sesuai kebutuhan pasien.
 - b. Pembedahan dengan lokal anastesi setiap 15 menit atau lebih sering sesuai kebutuhan pasien.
3. Laporan Pembedahan

Sebelum pasien meninggalkan lokasi pemulihan paska anastesi laporan pembedahan harus sudah terisi lengkap. Suatu catatan tindakan bedah biasa digunakan sebagai kelengkapan laporan tertulis tindakan bedah, seperti beberapa catatan ditempatkan di lembar lain dalam rekam medis. Contoh catatan tentang implant dapat ditunjukkan dengan stiker dan jumlah darah yang hilang / transfusi darah dicatat di laporan anastesi. Laporan tertulis tindakan bedah ditulis oleh operator dalam rekam medis pasien yang berisi :

 - a. Diagnosa pra dan paska operasi
 - b. Waktu dimulai dan berakhirnya operasi
 - c. Nama dokter bedah dan asistennya
 - d. Prosedur pembedahan yang dilakukan dan rincian temuan
 - e. Spesimen bedah untuk pemeriksaan, bila diperlukan
 - f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi
 - g. Nomor pendaftaran alat yang dipasang (implant)/stiker
 - h. Catatan spesifik komplikasi atau tidak adanya komplikasi selama pembedahan.
 - i. Tanggal, waktu, dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.

4. Asuhan Keperawatan Bedah

Informasi monitoring pembedahan yang dilakukan terus menerus menjadi pedoman dalam menentukan pelayanan asuhan keperawatan. Data temuan kondisi pasien didokumentasikan dalam rekam medis pasien antara lain :

- a. Kondisi umum pasien (Tanda-Tanda Vital/TTV, saturasi oksigen (SPO₂), tingkat nyeri dan kesadaran)
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Intervensi / implementasi
- d. Evaluasi
- e. Nama dan paraf perawat

3.4 Asuhan Pasca Pembedahan

Asuhan medis dan keperawatan pasca pembedahan setiap pasien harus dibedakan dan sesuai dengan kebutuhan. Oleh karenanya, penting untuk merencanakan asuhan tersebut, termasuk tingkatan asuhan serta tempat asuhan, pemantauan tindak lanjut atau pengobatan dan kebutuhan obat.

Perencanaan asuhan pasca bedah dapat dimulai sebelum pembedahan berdasarkan asesmen kondisi dan kebutuhan pasien. Asuhan yang direncanakan didokumentasikan dalam rekam medis pasien untuk memastikan kesinambungan / kelanjutan pelayanan selama periode pemulihan.

1. Perencanaan asuhan medis pasca bedah dilakukan oleh ahli bedah / Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau seseorang yang mewakili Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan didokumentasikan / ditulis dalam laporan pembedahan dalam status rekam medis pasien.
2. Perencanaan asuhan keperawatan dan implementasi pasca bedah dilakukan oleh perawat kamar bedah dan didokumentasikan dalam status rekam medis pasien.
3. Monitoring / observasi pasca pembedahan dilakukan di Ruang Recovery (RR) dicatat dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien antara lain :
 - a. Untuk pembedahan dengan anestesi lokal yang diobservasi
 - 1) Kesadaran
 - 2) Tanda- tanda vital
 - 3) Tingkat nyeri
 - b. Untuk pembedahan general anestesi yang diobservasi
 - 1) *Vital sign* (Tanda Tanda Vital/TTV, saturasi oksigen/SPO₂) tiap 5-15 menit sesuai kebutuhan pasien;
 - 2) Kriteria pemindahan menggunakan *Alderet Score* di evaluasi tiap 5,15,30 menit sampai dengan 2 jam.
4. Serah terima pasien didokumentasikan dalam rekam medis pasien berisi tentang kondisi fisiologis dan perencanaan / intruksi dokter pasca operasi tentang :
 - a. Tanggal dan asal tempat perawatan
 - b. Nama dokter operator
 - c. Nama operasi / tindakan
 - d. Jenis anestesi
 - e. Skala nyeri
 - f. Barang yang ikut diserahkan
 - g. Pindah dengan menggunakan
 - h. Keadaan umum pasien
 - i. Intruksi pasca operasi
 - 1) Jenis aktifitas yang dibatasi atau dilarang

- 2) Edukasi tentang pengobatan dan perawatan luka
- 3) Kontrol dengan dokter, tanggal, jam dan tempatnya
- 4) Perawatan selanjutnya boleh pulang, rawat inap atau dirujuk ketempat faskes lain.

BAB IV DOKUMENTASI

Rekam Medis semua asuhan bedah yang diberikan baik medis, keperawatan dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang lain didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Dokumen rekam medis pasien bedah berisikan antara lain :

- a. Asuhan Medis
- b. Asuhan keperawatan bedah
- c. Informasi dan edukasi
- d. Persetujuan Tindakan
- e. *Surgical safety checklit*
- f. Laporan operasi
- g. Monitoring pembedahan
- h. Monitoring anestesi
- i. Monitoring pulih sadar

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 04 April 2019
Direktur,



/ dr. Sudjarno, Sp.M (K) 4