



**RS MATA
UNDAAN**

PANDUAN ASUHAN BEDAH

RS MATA UNDAAN SURABAYA



**TAHUN
2022**

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya

Telp. 031- 5343 806, 5319 619

Fax. 031-5317 503

www.rsmataundaan.co.id

DAFTAR ISI

| | |
|---|----|
| DAFTAR ISI | i |
| PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1580/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL: 15 JULI 2022 TENTANG PANDUAN ASUHAN BEDAH RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA | 1 |
| LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1580/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL: 15 JULI 2022 TENTANG PANDUAN ASUHAN BEDAH RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.. | 3 |
| BAB I PENDAHULUAN | 3 |
| 1.1 Latar Belakang | 3 |
| 1.2 Tujuan Panduan..... | 3 |
| 1.2.1 Tujuan Umum | 3 |
| 1.2.2 Tujuan Khusus..... | 3 |
| 1.3 Definisi Operasional | 3 |
| BAB II RUANG LINGKUP..... | 5 |
| 2.1 Sasaran | 5 |
| 2.2 Landasan Hukum..... | 5 |
| 2.3 Kebijakan Rumah Sakit | 5 |
| BAB III TATA LAKSANA..... | 7 |
| 3.1 Asuhan Pra Bedah..... | 7 |
| 3.2 Asuhan Peri Operatif..... | 8 |
| 3.3 Asuhan Intra Operatif..... | 8 |
| 3.4 Asuhan Pasca Pembedahan..... | 10 |
| BAB IV DOKUMENTASI | 12 |
| 4.1 Pencatatan..... | 12 |
| 4.2 Pelaporan..... | 12 |
| 4.3 Monitoring dan Evaluasi..... | 12 |
| BAB V PENUTUP | 13 |



**RS MATA
UNDAAN**

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 1580/PER/DIR/RSMU/VII/2022
TANGGAL : 15 JULI 2022
TENTANG
PANDUAN ASUHAN BEDAH
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

- 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. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
4. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Nomor : 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
6. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 017/P4MU/SK/VI/2022 tentang Penetapan Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
7. Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 1579/PER/DIR/RSMU/VII/2022 Tanggal 15 Juli 2022 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Kamar Bedah dan Sentra Sterilisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PANDUAN ASUHAN BEDAH RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Pasal 1

Menetapkan dan memberlakukan Panduan Asuhan Bedah di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia

T +6231 5343 806, 5319 619
F +6231 531 7503
E info@rsmataundaan.co.id

f Rumah Sakit Mata
Undaan Surabaya

@ [rs.mataundaan](https://www.instagram.com/rs.mataundaan)

rsmataundaan.co.id

Pasal 2

Panduan Asuhan Bedah ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan asuhan bedah di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 3

Panduan Asuhan Bedah di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.

Pasal 4

Mencabut Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 549/PER/DIR/RSMU/IV/2019 Tanggal 04 April 2019 Tentang Panduan Asuhan Bedah.

Pasal 5

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Pasal 6

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

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Juli 2022

Direktur,



dr. Sahata P.H Napitupulu, Sp.M(K)

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA
UNDAAN
NOMOR: 1580/PER/DIR/RSMU/VII/2022
TANGGAL: 15 JULI 2022
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 Panduan

1.2.1 Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam pemberian asuhan dalam pelayanan pembedahan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Sebagai panduan asuhan pra bedah.
2. Sebagai panduan asuhan peri operatif.
3. Sebagai panduan asuhan intra operatif.
4. Sebagai panduan asuhan pasca pembedahan.

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

2.1 Sasaran

Panduan ini meliputi:

1. Panduan asuhan pra bedah.
2. Panduan asuhan peri operatif.
3. Panduan asuhan intra operatif.
4. Panduan asuhan pasca pembedahan.

Panduan ini dilaksanakan oleh staf pelayan bedah RS Mata Undaan Surabaya.

2.2 Landasan Hukum

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

2.3 Kebijakan Rumah Sakit

1. Pelayanan dan asuhan bedah direncanakan berdasarkan hasil asesmen atau pengkajian 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 jenis, risiko, manfaat, komplikasi dan dampak serta alternatif prosedur/teknik 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 penanggung jawab pelayanan (DPJP) 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. Ada dan tidak ada komplikasi;
 - e. Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa ;
 - f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi;
 - g. Nomor register alat yang dipasang (implan);
 - h. Tanggal, waktu, tanda tangan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).

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).

BAB III TATALAKSANA

Tata laksana pelayanan bedah harus 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 asuhan pra bedah, asuhan peri operatif, asuhan intra operatif, dan asuhan pasca pembedahan.

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 intepretasi 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*)

- Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien.
- 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 di atas 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

Serah Terima Pasien di Ruang Premedikasi/Persiapan

1. 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.
2. Pasien rawat inap diantar dan diserahkan terimakan oleh perawat rawat inap kepada perawat premedikasi/persiapan.
3. Pasien *emergency* diserahkan terimakan oleh perawat darimana dirawat/berasal kepada perawat premedikasi/persiapan.

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

1. 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 risiko aspirasi/kesulitan jalan napas.
- b. **Time Out** dilakukan sebelum pembedahan dimulai oleh seluruh anggota tim bedah
- 1) Memperkenalkan diri dan peran dari masing-masing anggota tim
 - 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 tim 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/anestesi
- d. Semua yang bertanggung jawab menandatangani pada rekam medis pasien antara lain: verifikator, anestesi, 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, pemindahan 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* anestesi dipantau tiap 5 menit atau lebih sering sesuai kebutuhan pasien.
 - b. Pembedahan dengan lokal anestesi setiap 15 menit atau lebih sering sesuai kebutuhan pasien.
3. Laporan Pembedahan
- Sebelum pasien meninggalkan lokasi pemulihan paska anestesi 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 anestesi. Laporan tertulis tindakan bedah ditulis oleh operator dalam rekam medis pasien yang berisi :

- a. Diagnosis paska operasi;
 - b. Nama dokter bedah dan asistennya;
 - c. Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan;
 - d. Ada dan tidak ada komplikasi;
 - e. Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa ;
 - f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi;
 - g. Nomor register alat yang dipasang (implan);
 - h. Tanggal, waktu, tanda tangan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).
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 di rekam medis pasien dalam waktu 24 jam.
2. Perencanaan asuhan keperawatan dan implementasi pasca bedah dilakukan oleh perawat kamar bedah dan atau PPA lainnya berdasar atas kebutuhan pasien dan didokumentasikan/ditulis di rekam medis pasien.
3. Perencanaan asuhan paska bedah diubah berdasakan pengkajian ulang pasien dan didokumentasikan/ditulis di catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT).
4. 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.
5. 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 paska 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

4.1 Pencatatan

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:

1. Asuhan Medis
2. Asuhan keperawatan bedah
3. Informasi dan edukasi
4. Persetujuan Tindakan
5. *Surgical safety checklit*
6. Laporan operasi
7. Monitoring pembedahan
8. Monitoring anestesi
9. Monitoring pulih sadar

4.2 Pelaporan

Pelaporan tentang penyelenggaraan operasional Instalasi Kamar Bedah dan Sentra Sterilisasi ke *General Manager* Medis dan Keperawatan setiap bulan, triwulan dan semester.

4.3 Monitoring dan Evaluasi

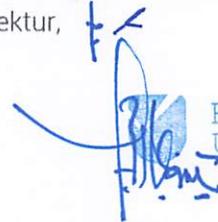
Monitoring dan evaluasi bedah melalui sensus harian yang setiap hari dikumpulkan antara lain:

1. Kejadian Infeksi Daerah Operasi.
2. Kejadian Operasi Salah Sisi/Lokasi, Salah Orang dan Salah Tindakan/Prosedur.
3. Kesalahan Pemberian Obat.
4. Penundaan Operasi Elektif.
5. Operasi ulang.
6. Tertusuk/tersayat benda tajam.
7. Tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien.
8. Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi.
9. Ketidaklengkapan laporan operasi.
10. Ketidaklengkapan pengisian *surgical checklist*.
11. Kejadian endophthalmitis paska bedah *glaucoma*.
12. Kejadian endophthalmitis paska bedah katarak.

**BAB V
PENUTUP**

Demikian Panduan Asuhan Bedah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya disusun digunakan sebagai acuan dalam pemberian asuhan dalam pelayanan pembedahan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya. Panduan ini dapat disesuaikan dengan kebutuhan kerja di masing-masing unit. Panduan ini akan dilakukan perubahan yang disesuaikan dengan perkembangan dan situasi terkini.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Juli 2022
Direktur,



RSMATA
UNDAAN

dr. Sahata P.H Napitupulu, Sp.M(K)