



**RS MATA
UNDAAN**

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI

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: 1682/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL 15 JULI 2022 TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	1
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1682/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL 15 JULI 2022 TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	3
BAB I PENGERTIAN DAN BATASAN	3
1.1 Latar Belakang	3
1.2 Pengertian Pedoman	4
1.3 Tujuan Pedoman	4
1.4 Ruang Lingkup	4
1.5 Batasan Operasional	4
1.6 Landasan Hukum	5
BAB II STANDAR KETENAGAAN	6
2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia	6
2.2 Distribusi Ketenagaan	7
2.3 Pengaturan Ketenagaan	7
BAB III STANDAR FASILITAS	9
3.1 Standar Fasilitas	9
3.2 Denah Ruangan	11
BAB IV KEMAMPUAN PELAYANAN	13
4.1 Jenis dan Cakupan Pelayanan	13
4.2 Pelayanan Saat ini	13
4.3 Pengembangan Pelayanan	13
BAB V KEBIJAKAN	17
5.1 Kebijakan Rumah Sakit	17
5.2 Kebijakan Pelayanan	18
BAB VI TATA LAKSANA	20
6.1 Alur Pelayanan	20
6.2 Pengembangan Pelayanan	21
6.3 Pendidikan dan Pelatihan SDM	22
6.4 Pencatatan dan Pelaporan	22
6.5 Monitoring dan Evaluasi	22
BAB VII PENUTUP	24

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 1682/PER/DIR/RSMU/VII/2022
TANGGAL : 15 JULI 2022
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Menimbang : a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, maka diperlukan upaya penyelenggaraan pelayanan Penunjang Diagnostik dan Terapi yang bermutu dan aman;
b. Bahwa agar pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dapat dilaksanakan dengan baik, maka perlu adanya Pedoman Pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b 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. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik;
7. 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;
8. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.

Pasal 1

Menetapkan dan memberlakukan Pedoman Pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 2

Pedoman Pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan penunjang diagnostik dan terapi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 3

Pedoman Pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.

Pasal 4

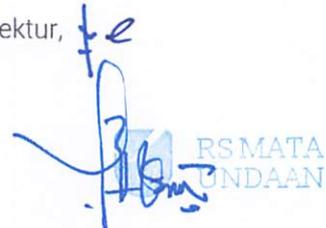
Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Pasal 5

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: 1682/PER/DIR/RSMU/VII/2022
TANGGAL: 15 JULI 2022
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI PENUNJANG
DIAGNOSTIK DAN TERAPI
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I PENGERTIAN DAN BATASAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sebagai Rumah Sakit Spesialis harus mampu mengantisipasi pergeseran paradigma pelayanan kesehatan dari murni fungsi sosial menjadi industri jasa. Paradigma pembangunan kesehatan saat ini adalah paradigma sehat, dimana pembangunan kesehatan diprioritaskan pada upaya kesehatan promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif. Kebijakan dan berbagai upaya ini dilaksanakan secara serasi, terarah dan terpadu dengan bidang-bidang pembangunan lainnya melalui program-program upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan dengan menyinergikan kegiatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (UU Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009). Seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi, tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan Rumah sakit juga semakin meningkat. Diperkuat dengan adanya UU Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009, Keputusan Menteri Kesehatan no.129/MenKes/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Dengan adanya tuntutan ini maka seluruh unsur Penunjang Diagnostik dan Terapi harus selalu memperbaiki diri dalam meningkatkan mutu Pelayanan Medik. Dalam hal ini rumah sakit turut bertanggung jawab untuk meningkatkan terus menerus kemampuan sumber daya manusia tenaga kesehatan serta sarana dan prasarana yang memadai, sesuai dengan pasal 5 ayat c UU Rumah Sakit (2009) yaitu salah satu fungsi rumah sakit adalah penyelenggaraan pendidikan dan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut maka diperlukan sebuah perencanaan yang mencakup lima hal yaitu *man, money, machine, methode, material*, karena dengan pengelolaan yang seimbang dari kelima faktor diatas akan menghasilkan kepuasan terhadap konsumen baik eksternal maupun internal.

Atas dasar hal di atas, maka perlu disusun Pedoman Pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan di Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi.

1.2 Pengertian Pedoman

Pedoman adalah hal atau pokok yang menjadi dasar, pegangan, acuan, atau petunjuk untuk menentukan atau melaksanakan sesuatu. Pedoman pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi adalah pedoman yang menjadi acuan dalam menyelenggarakan pelayanan penunjang diagnostik dan terapi.

1.3 Tujuan Pedoman

Sebagai acuan dalam memberikan pelayanan pemeriksaan diagnostik mata, laboratorium, prothesa, dan optik sesuai dengan kebutuhan pasien.

1.4 Ruang Lingkup

Pedoman pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi mencakup pelayanan diagnostik mata, laboratorium dalam, pelayanan radiologi, pelayanan laboratorium dan radiologi kerjasama, pelayanan prothesa mata, dan pelayanan optik.

1.5 Batasan Operasional

1. Penunjang diagnostik dan terapi adalah salah satu unit khusus di Rumah Sakit Mata Undaan, dimana dilakukan tindakan lanjutan untuk diagnostik dan terapi dengan menggunakan alat-alat khusus.
2. Laboratorium klinik/laboratorium medis adalah laboratorium dimana tes dilakukan pada spesimen biologis untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan pasien. Di dalam laboratorium ini terdiri dari berbagai jenis pemeriksaan, untuk memudahkan dokter untuk mendiagnosa penyakit.
3. Protesa mata dengan nama populer mata palsu adalah peralatan protesis dan estetika untuk orang yang cacat mata sejak lahir, kehilangan satu mata setelah mengalami cedera atau patologi, untuk orang buta dengan mata kisut atau jelek.
4. Pelayanan optik meliputi :
 - a. Penjualan lensa kacamata, kacamata menjadi alat bantu yang penting bagi seseorang yang memiliki mata minus, silinder ataupun plus. Pembuatan kacamata harus sesuai dengan resep dari dokter.
 - b. Penjualan lensa kontak (*soft lens*).
5. Radiologi
Radiologi merupakan salah satu cabang ilmu kedokteran untuk mengetahui atau mendiagnosis bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan teknologi pencitraan, baik gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.

1.6 Landasan Hukum

1. Kode Etik Kedokteran Indonesia.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MenKes/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan.
6. Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan Yang Benar, Depkes 2008.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 432/ Menkes/SK//IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit.
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087/Menkes SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit.
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 370 tahun 2007 tentang Standar Profesi Ahli Tehnologi Laboratorium Kesehatan.
10. Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Dirjen BATAN Nomor 525/Menkes/VIII/1989-No.01.01/94/DJ/89 tentang Pendelegasian Wewenang Pemeriksaan terhadap Pemakaian Zat Radioaktif dan atau Sumber Radiasi lainnya di bidang Kesehatan dari BATAN kepada Departemen kesehatan R.I.
11. Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2007 tentang Keselamatan Radiasi Pengion dan Keamanan Sumber Radioaktif.
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 375/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Radiografer.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/ MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik.
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/Menkes/Per/III/ 2012 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi
RS Mata Undaan Tahun 2022

No	Jabatan	Kualifikasi	Kebutuhan	Jumlah	Masa Kerja	Sertifikasi
1	Manager Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi	S1 Ners	1	1	≥10 Tahun	Manajemen Keperawatan Pelatihan operator alat medis
2	Perawat Pelaksana	S1 Ners	7	6	≥ 2 Tahun	Pelatihan Operator alat medis
3	Administrasi	S1	2	1	-	-
4	Analisis Kesehatan (Laboratorium)	D III Analisis Kesehatan	4	4	≥ 2 Tahun	Pelatihan Plebotomy
5	Okularis Prothesa mata	SMA	1	1	≥5 Tahun	Pelatihan mahir Prothesa
6	Refraksionist Optik	D III Refraksi Optisi (R.O)	1	1	≥5 Tahun	-
7	Okularis Facet	SMA	1	1	≥ 10 Tahun	-
8	Radiografer	D III Radiologi	1	1	-	-
9	Dokter Patologi Klinis	S2 Dokter Spesialis Patologi Klinis	1	1	-	-
10	Dokter Radiologi	S2 Dokter Spesialis Radiologi	1	1	-	-

2.2 Distribusi Ketenagaan

Pembagian ketenagaan di penunjang diagnostik dan terapi :

1. Ruang Diagnostik mata (USG, OCT, FFA) dan Laser, terdiri dari 6 orang perawat pelaksana dan 2 orang tenaga administrasi, dokter operator 3 orang (sudah fellowship vitreoretina).
2. Ruang Laboratorium, terdiri dari 4 orang analis kesehatan.
3. Ruang Optik, terdiri dari 1 orang refraksionist dan 1 orang okularis pemotong lensa/*facet* (*outsourcing*).
4. Ruang Prothesa mata, terdiri dari 1 orang okularis prothesa mata.
5. Ruang Radiologi terdiri dari Dokter Radiologi dan Radiografer yang merangkap sebagai Petugas Proteksi Radiasi (PPR).

2.3 Pengaturan Ketenagaan

Adapun pengaturan hari kerja

1. Penunjang Diagnostik dibagi menjadi 3 yaitu:
 - a. Pagi
 - 1) Senin s/d Jum'at : 07.00 - 14.00 WIB;
 - 2) Sabtu : 07.00 - 12.00 WIB.
 - b. Siang (Middle)
 - 1) Senin s/d Jum'at : 08.00 - 15.00 WIB;
 - 2) Sabtu : 10.30 - 15.30 WIB.
 - c. Sore
 - 1) Senin s/d Jum'at : 14.00 - 21.00 WIB;
 - d. Sabtu : 15.30 - 20.30 WIB.
 - e. Hari Libur
 - 1) Hari Minggu on call pk. 08.00 - 13.00 WIB;
 - 2) Hari besar libur.
2. Laboratorium dibagi menjadi 3 yaitu:
 - a. Pagi
 - 1) Senin s/d Jum'at : 06.00 - 13.00 WIB;
 - 2) Sabtu : 07.00 - 12.00 WIB.
 - b. Siang (Middle)
 - 1) Senin s/d Jum'at : 08.00 - 15.00 WIB;
 - 2) Sabtu : 10.00 - 15.00 WIB.
 - c. Sore
 - 1) Senin s/d Jum'at : 14.00 - 21.00 WIB;
 - 2) Sabtu : 15.00 - 20.00 WIB.
 - d. Hari Libur

Hari Minggu dan hari besar libur.

3. Optik, jam pelayanan optik yaitu:
 - a. Pagi
 - 1) Senin s/d Jum'at : 09.00 - 16.00 WIB;
 - 2) Sabtu : 08.00 - 15.00 WIB.
 - b. Hari Libur
Hari Minggu dan hari besar libur
4. Prothese, pelayanan Prothese, yaitu:
 - a. Pagi
 - 1) Senin s/d Jum'at : 07.00 - 14.00 WIB;
 - 2) Sabtu : 07.00 - 12.00 WIB.
 - b. Hari Libur
Hari Minggu dan hari besar libur.
5. Radiologi
 - a. Pagi :
 - 1) Senin s/d Jum'at : 08.00 - 15.00 WIB;
 - 2) Sabtu : 08.00 - 13.00 WIB;
 - 3) *On Call* :
Bila ada pemeriksaan CITO (*Emergency*) yang mengancam jiwa atau mengancam penglihatan.
 - b. Hari Libur
Hari Minggu dan hari besar libur.

BAB III STANDAR FASILITAS

3.1 Standar Fasilitas

1. Letak Gedung dan Fasilitas
 - a. Cukup strategis (mudah dijangkau);
 - b. Ruang Pelayanan *Diagnostic Imaging*;
 - c. Ruang Pelayanan *Teraphy Laser*;
 - d. Ruang Radiologi;
 - e. Ruang Prothesa;
 - f. Optik;
 - g. Ruang Kerja;
 - h. Ruang Laboratorium.
2. Syarat Bangunan Pelayanan *Diagnostic Imaging*
 - a. Gedung permanen;
 - b. Letak bangunan berdekatan antara ruang pemeriksaan;
 - c. Terdapat ruang tunggu;
 - d. Ada jalan / pintu yang menghubungkan antara ruangan penunjang diagnostic;
 - e. Pencahayaan yang cukup;
 - f. Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah alat medis yang ada;
 - g. Lantai datar dan tidak licin;
 - h. Tinggi dinding dari lantai ke atap + 3.5 m.
3. Sarana dan Prasarana
 - a. Pelayanan *Diagnostic Imaging*
 - 1) Terdapat A.C, agar peralatan tidak mudah rusak;
 - 2) Terdapat UPS;
 - 3) Terdapat wastafel;
 - 4) Tempat tidur tempat pemeriksaan pasien;
 - 5) Tempat tidur untuk *treatment anaphylactic shock*;
 - 6) Terdapat blower (ruang *Prothesa*);
 - 7) Tempat sampah medis dan non medis;
 - 8) Tersedia listrik dan air bersih;
 - 9) Terdapat kamar mandi/toilet;
 - 10) Terdapat ruang tunggu pasien.

b. Pelayanan Radiologi

- 1) Terdapat A.C, agar peralatan tidak mudah rusak;
- 2) Terdapat UPS;
- 3) Dinding ruangan dilapisi PB (Plat Timbal);
- 4) Terdapat wastafel;
- 5) Tempat tidur tempat pemeriksaan pasien;
- 6) Tempat tidur untuk treatment anaphylactic shock;
- 7) Terdapat blower (ruang Prothesa);
- 8) Tempat sampah medis dan non medis;
- 9) Tersedia listrik dan air bersih;
- 10) Terdapat kamar mandi / toilet;
- 11) Terdapat ruang tunggu pasien.

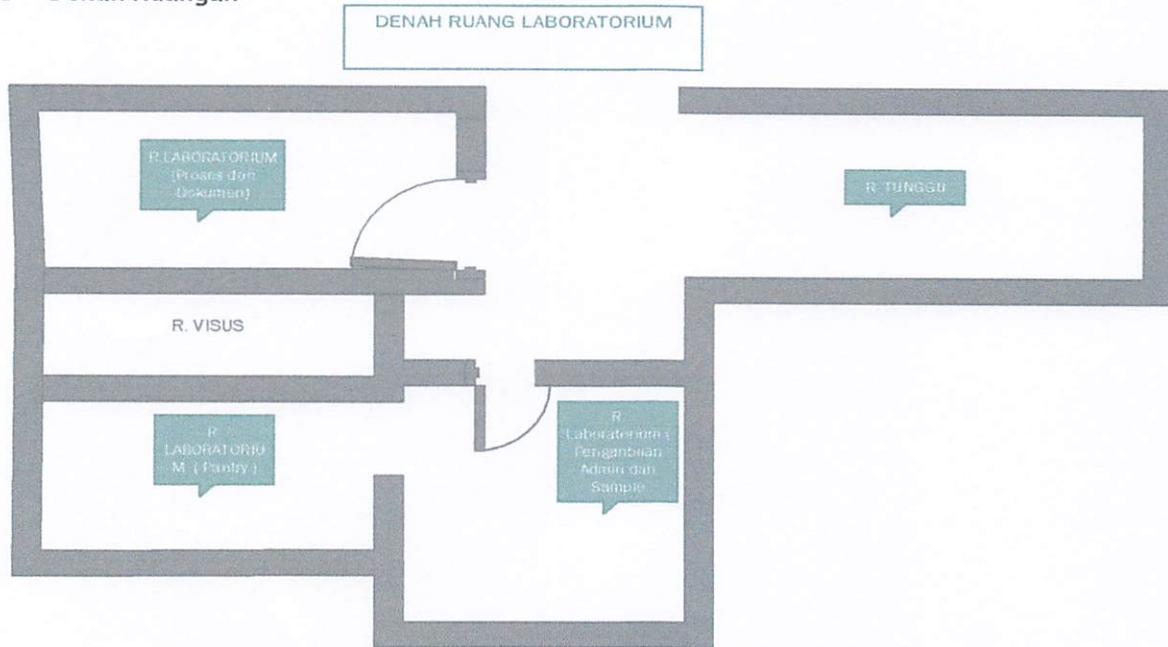
c. Prothesa

- 1) Terdapat exhaust fan (*blower*);
- 2) Terdapat wastafel yang dilengkapi *shower*;
- 3) Tempat sampah medis dan non medis;
- 4) Tersedia listrik dan air bersih;
- 5) Terdapat kamar mandi / toilet.

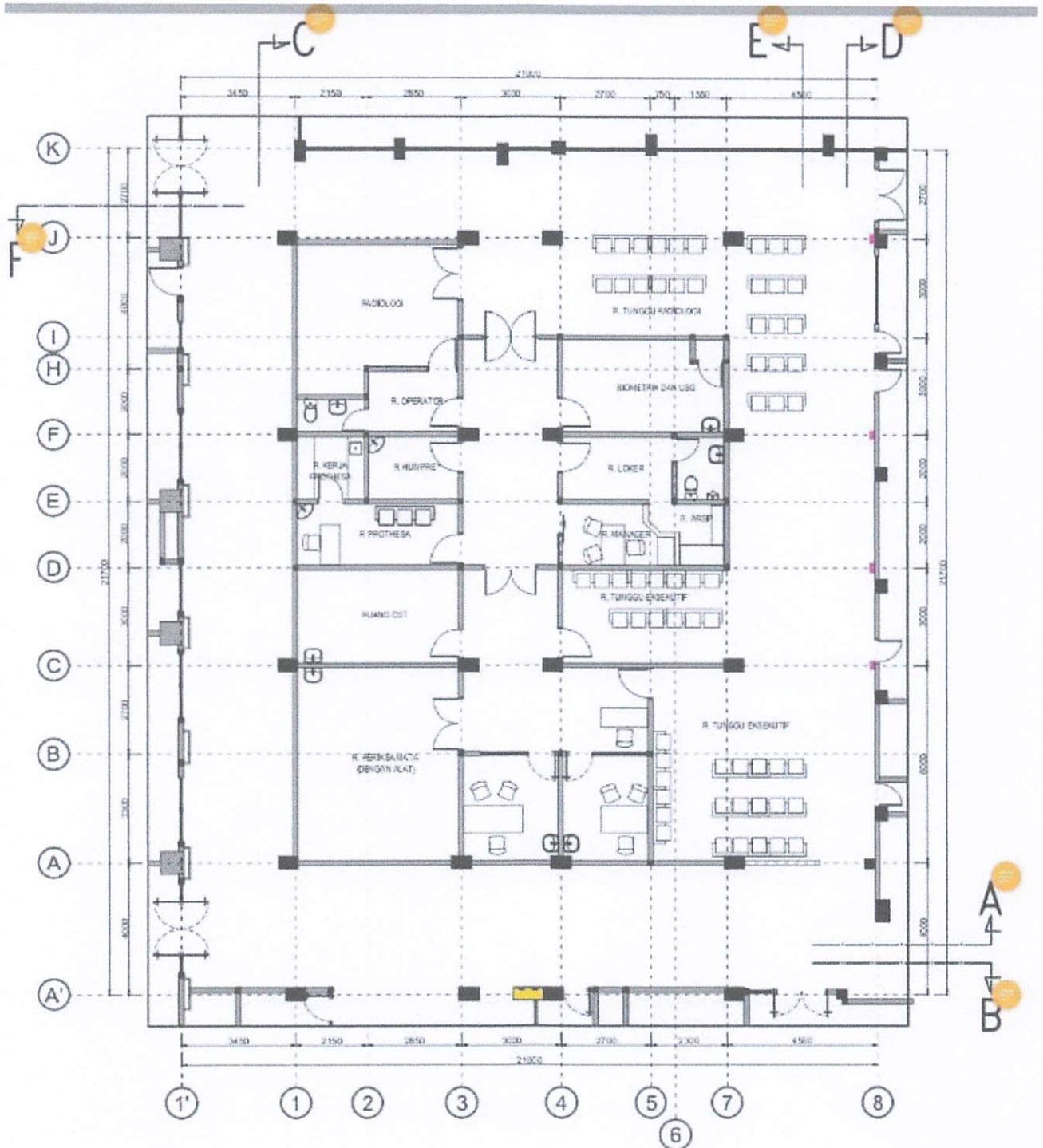
d. Laboratorium

- 1) Terdapat ruang admin, ruang pengambilan sampel, ruang proses, dan ruang dokumen;
- 2) Terdapat AC, agar peralatan tidak mudah rusak;
- 3) Terdapat UPS;
- 4) Terdapat wastafel;
- 5) Tempat tidur tempat pemeriksaan pasien;
- 6) Tempat tidur untuk *treatment anaphylactic shock*;
- 7) Terdapat *blower* (ruang *Prothesa*);
- 8) Tempat sampah medis dan non medis;
- 9) Tersedia listrik dan air bersih;
- 10) Terdapat kamar mandi / toilet;
- 11) Terdapat ruang tunggu pasien.

3.2 Denah Ruangan



Gambar 3.1 Denah Ruang Laboratorium Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya



Gambar 3.2 Denah Ruang Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi

BAB IV KEMAMPUAN PELAYANAN

4.1 Jenis dan Cakupan Pelayanan

1. Pelayanan Diagnostik dan Teraphy Laser
 - a. Laser Photocoagulasi
 - b. Yag Laser
 - c. Laser Perifer Iridotomy
 - d. Foto Fundus
 - e. FFA
 - f. Konsultasi Retina
 - g. Specular Microscope
 - h. Biometri
 - i. USG Mata
 - j. Humphrey
 - k. Optical Coherence Tomography (OCT)
2. Pelayanan Radiologi Konvensional
3. Prothesa
4. Laboratorium

4.2 Pelayanan Saat Ini

1. Pelayanan Diagnostik dan Teraphy Laser
 - a. Laser Photocoagulasi

Adalah suatu prosedur tindakan dengan menggunakan alat laser yang khusus (577). Tindakan laser photocoagulasi dilakukan oleh dokter konsultan retina. Paska laser sementara penglihatan akan silau dan kabur sekitar 3 – 4 jam akibat reaksi obat mydriatikum.
 - b. Yag Laser

Adalah suatu prosedur tindakan memotong kapsul lensa dengan menggunakan laser khusus merusak jaringan dengan tujuan merusak kapsul lensa dan membuat lubang dengan harapan penglihatan dapat lebih jelas. Tindakan Yag Laser dilakukan oleh dokter spesialis mata umum.
 - c. Laser Perifer Iridotomy

Adalah prosedur laser penyakit glukoma pada keadaan glaukoma sudut tertutup dengan blok pupil dan pada serangan glaukoma akut dan pada mata kontra-lateral dengan potensial glaukoma akut. Tindakan Laser Perifer Iridotomy dilakukan oleh dokter konsultan glaucoma.
 - d. Foto Fundus

Adalah suatu prosedur pemeriksaan segmen posterior bola mata kanan kiri dengan menggunakan alat fundus kamera tanpa menggunakan kontras. Pemeriksaan foto fundus dilakukan oleh perawat mata yang terlatih.
 - e. FFA

Adalah suatu prosedur pemeriksaan segmen posterior bola mata kanan kiri dengan menggunakan alat fundus kamera dengan filter khusus dan penggunaan zat floresinat (kontras) secara injeksi intravena.

Pasien dilakukan Pemeriksaan FFA bilamana ada indikasi kelainanan di retina mata yang ditandai dengan adanya kebocoran retina, degenerasi makula

- 1) Pasien tidak ada riwayat sakit ginjal yang ditunjang pemeriksaan laboratorium : BUN, Serum Creatinine
- 2) Pasien diberi informasi, akan diinjeksikan kontras yang menimbulkan efek sementara (1 – 2 hari) kencingnya berwarna kuning

Pemeriksaan FFA dilakukan oleh dokter konsultan retina.

f. Konsultasi Retina

Adalah suatu proses pemeriksaan lanjutan retina (saraf mata) oleh dokter sub spesialis retina untuk menegakkan diagnosa.

g. Specular Microscope

Adalah teknik fotografi noninvasif yang memfasilitasi diagnosis endotheliopati kornea yang cepat dan akurat dengan tujuan untuk menghitung jumlah sel endotel pada kornea dan ketebalan kornea. Pemeriksaan Specular Microscope dilakukan oleh perawat mata yang terlatih

h. Biometri

Adalah suatu prosedur pemeriksaan dengan menggunakan alat khusus (A scan) untuk menentukan axial length dan menentukan ukuran power lensa (IOL) Pemeriksaan Biometri dilakukan oleh perawat mata yang terlatih. Pasien dilakukan Biometri bila telah terdiagnosa katarak yang akan dipasang Intra Ocular Lens (IOL).

i. USG Mata

Adalah suatu prosedur pemeriksaan segmen posterior bola mata dengan menggunakan alat khusus (B scan) yang menggunakan gelombang ultrasound. Pasien dilakukan USG bila pada segmen posterior terdapat kekeruhan lensa, vitreus, atau massa. Pemeriksaan USG dilakukan oleh dokter spesialis mata umum.

j. Humphrey

Adalah suatu prosedur pemeriksaan luas lapang pandang dengan menggunakan alat khusus *Humphrey Visual Analyzer (HFA)*. Pemeriksaan Humphrey dilakukan oleh perawat mata yang terlatih.

k. *Optical Coherence Tomography (OCT)*

Adalah suatu prosedur pemeriksaan dengan menggunakan alat khusus untuk melihat anatomi lapisan retina dan saraf optik lapis demi lapis, dengan tujuan :

- 1) Mengetahui kelainan anatomis di daerah makula
- 2) Mengetahui ketebalan kornea
- 3) Mengetahui pelebaran saraf optik (CD Ratio)
- 4) Mengetahui penipisan retinal nerve fiber layer (RNFL)

Pemeriksaan OCT terdiri dari scan macula, glaucoma (Optic disk, Ganglion cell), cornea, dan anterior. Pemeriksaan OCT dilakukan oleh perawat mata terlatih. Apabila pasien memerlukan pemeriksaan atau tindakan lanjutan yang tidak dimiliki Penunjang Diagnostik dan Terapi Rumah Sakit Mata Undaan, maka DPJP dapat merujuk ke Rumah Sakit lain yang bekerja sama dengan Rumah Sakit Mata Undaan. Pastikan pasien diberitahu bilamana akan dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan penunjang di Rumah Sakit yang ditunjuk.

2. Pelayanan Radiologi Konvensional

Pelayanan Radiologi yang dapat dilakukan adalah radiologi konvensional, yang meliputi : X-Ray Kepala, X-Ray Tulang Belakang, X-Ray Thorax dan Abdomen, serta X-Ray Extremitas. Pemeriksaan Radiologi dilakukan oleh radiografer, dan hasil pemeriksaan diexpertise oleh dokter Radologi.

3. Prothesa

Adalah pemasangan bola mata buatan sebagai pengganti bola mata yang dibuang pasca operasi. Pembuatan prothesa mata memerlukan waktu \pm 1 minggu. Sebelum prothesa dibuat harus dipastikan kondisi rongga bola mata pasien dalam kondisi baik, dalam arti tidak sedang bengkak, radang/infeksi. Pasien harus diukur rongga bola mata, sehingga menghasilkan prothesa mata yang berkualitas. Apabila prothesa mata belum sesuai dengan ukuran rongga bola mata pasien, maka pembuatan prothesa dapat diulang/diperbaiki lagi sampai benar-benar sesuai.

Indikasi untuk memakai protesa mata dalam medis dan kosmetik:

- a. Mencegah kolaps kelopak mata dan menahan bentuk rongga mata.
- b. Mencegah akumulasi cairan dalam rongga mata sehingga dapat mempermudah keluarnya air mata dan sekret.
- c. Mengembalikan pandangan lurus dan keindahan wajah.
- d. Menghentikan sakit psikologi, mengembalikan kepercayaan diri sehingga memudahkan bermasyarakat.

Sebutan internasional untuk kualifikasi orang yang membuat protesa mata adalah ocularist.

4. Laboratorium

Pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan adalah pelayanan laboratorium sederhana. Beberapa pemeriksaan yang dapat diperiksa di Laboratorium Rumah Sakit Mata Undaan, antara lain :

- a. Pengecatan gram /Secret
- b. Hematologi
- c. Kimia Klinik
- d. Anti HIV
- e. HbA1c
- f. Swab Antigen

Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh analis kesehatan, sedangkan hasil pemeriksaan laboratorium diexpertise oleh dokter Patologi Klinik. Apabila memerlukan pemeriksaan laboratorium yang lain dapat dilakukan di Laboratorium kerjasama yang telah bekerja sama dengan Rumah Sakit Mata Undaan. Pasien yang akan dilakukan pemeriksaan di laboratorium kerjasama telah mendapatkan penjelasan, bahwa laboratorium kerjasama ditunjuk karena telah memiliki mutu yang baik.

5. Pelayanan Optik

Pelayanan optik meliputi :

- a. Pembuatan kacamata, kacamata menjadi alat bantu yang penting bagi seseorang yang memiliki mata minus, silinder ataupun plus. Pembuatan kacamata harus sesuai dengan resep dari dokter.
- b. Penyediaan lensa kontak

Petugas optik terdiri dari petugas pembelian dan ocularis facet (pemotong lensa).

4.3 Pengembangan Pelayanan

Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi akan melakukan pengembangan pelayanan, sebagai berikut:

1. Pelayanan radiologi yang saat ini pemeriksaan radiologi dirujuk ke rumah sakit kerjasama
2. Pelayanan MCU (*Medical Check Up*) laboratorium dan radiologi

BAB V KEBIJAKAN

5.1 Kebijakan Rumah Sakit

1. Rumah sakit menetapkan sistem untuk menyelenggarakan Pelayanan Radiodiagnostik yang dibutuhkan pasien, asuhan klinik dan PPA diselenggarakan oleh pihak ketiga. Pelayanan RIR yang diselenggarakan memenuhi peraturan per Undang-Undangan.
2. Pelayanan Radiodiagnostik termasuk kebutuhan darurat dilakukan pada jam kerja dapat diberikan di dalam RS, dan pelayanan rujukan pelayanan penunjang diagnostik imaging dan radiodiagnostik tersedia 24 jam bekerjasama dengan pihak ketiga yang memiliki mutu yang baik dan telah terakreditasi.
3. Semua pelayanan yang dirujuk ke pelayanan penunjang diagnostik imaging dan radiodiagnostik kerjasama harus melalui/diregistrasikan di rumah sakit.
4. Rumah sakit dapat mempunyai daftar konsultan yang dapat dihubungi, seperti radiasi fisik, radionuklir bekerjasama dengan pihak ketiga.
5. Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa seorang (atau lebih) yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab mengelola pelayanan penunjang diagnostik imaging dan radiodiagnostik yang bekerjasama dengan pihak ketiga.
6. Rumah Sakit memilih pelayanan rujukan berdasarkan rekomendasi dari pimpinan di Rumah Sakit. Pelayanan rujukan tersebut dipilih oleh Rumah Sakit karena memenuhi peraturan perUUan, mempunyai sertifikat mutu, mempunyai ketepatan waktu dan akurasi layanan yang dapat dipertangg-jawabkan.
7. Pelayanan penunjang diagnostik imaging dan radiodiagnostik dikelola oleh seorang penanggungjawab yang kompeten dan memenuhi peraturan perundangan yang berlaku. Tanggungjawab penanggungjawab/koordinator pelayanan penunjang diagnostik imaging dan radiodiagnostik, meliputi :
 - a. Menyusun dan evaluasi regulasi;
 - b. Terlaksananya pelayanan sesuai regulasi;
 - c. Pengawasan pelaksanaan administrasi;
 - d. Melaksanakan program kendali mutu;
 - e. Monitor dan evaluasi semua jenis pelayanan.
8. Rumah sakit menetapkan prosedur pelaporan hasil yang kritis termasuk tindak lanjutnya yang disusun secara kolaboratif yang dicatat dalam rekam medis pasien.

5.2 Kebijakan Pelayanan

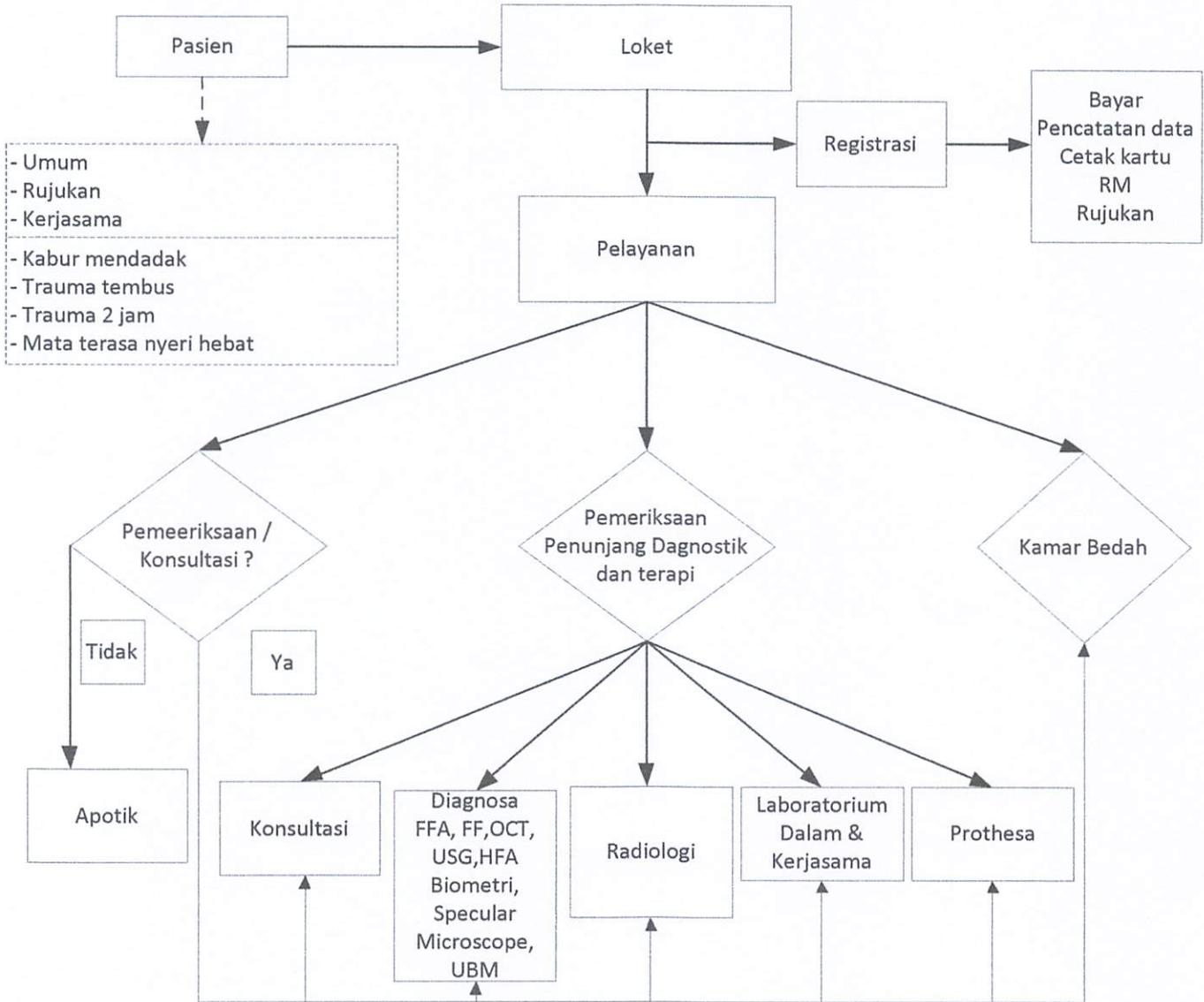
1. Identifikasi pasien dan jenis pemeriksaan/tindakan dilakukan sebagai upaya menghindari terjadinya faktor risiko.
2. Semua staf Diagnostik Imajing dan Radiologi pihak ketiga mempunyai pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk mengerjakan pemeriksaan.
3. Staf yang kompeten dan berwenang melakukan pemeriksaan, pembacaan diagnostik imajing dan radiodiagnostik, membuat interpretasi dan memverifikasi serta melaporkan hasilnya, serta mereka yang mengawasi prosesnya.
4. Program manajemen risiko di pelayanan dilaksanakan, dilakukan evaluasi, didokumentasikan dan program sejalan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi
5. Program manajemen risiko sebagai bagian dari manajemen risiko rumah sakit dilaporkan kepada pimpinan rumah sakit paling sedikit satu tahun sekali dan bila ada kejadian
6. Sebelum dilakukan pemeriksaan ataupun dirujuk, pasien dan keluarga diberikan penjelasan dan memberikan persetujuan tentang pemeriksaan yang akan dilakukan terhadap pasien
7. Permintaan pemeriksaan dilengkapi dengan permintaan tertulis dan disertai dengan ringkasan klinis
8. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiodiagnostik, imajing dan radiologi konvensional < 120 menit
9. Rumah Sakit menetapkan regulasi yang mengatur tentang uji fungsi, inspeksi, pemeliharaan, kalibrasi secara tetap (regular) terhadap semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan di bagian Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional dan hasil pemeriksaan didokumentasikan
10. Program pengelolaan peralatan termasuk peralatan yang merupakan kerjasama dengan pihak ketiga yang meliputi:
 - a. Uji fungsi
 - b. Inspeksi berkala
 - c. Pemeliharaan berkala
 - d. Kaliberasi berkala
 - e. Identifikasi dan inventarisasi peralatan
 - f. Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
 - g. Proses penarikan (recall)
 - h. Pendokumentasian
11. Kebutuhan bahan logistik dan bahan lain yang dibutuhkan untuk pemeriksaan diagnostik, meliputi:
 - a. Pengadaan dan pendistribusian untuk sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dilakukan satu pintu melalui Instalasi Farmasi.
 - b. Pengadaan harus berdasarkan surat pesanan manajer Instalasi Farmasi
 - c. Pengadaan harus berdasarkan perbekalan farmasi yang sudah distandarisasi atau termasuk dalam formularium RS melalui rapat Tim Farmasi dan Terapi.
 - d. Pengadaan instrument medis harus berdasarkan RKA yang telah disetujui, permintaan diluar RKA harus disertai Form Permintaan Alat medis non rutin yang telah ditanda tangani oleh

kepala unit yang bersangkutan, beserta tanda tangan Wadir Pelayanan Medis yang kemudian diserahkan kepada manajer Instalasi Farmasi.

- e. Pengadaan Bahan Berbahaya harus disertai MSDS (*Material Safety Data Sheet*) untuk setiap produknya.
12. Melaksanakan program kendali mutu, dilaksanakan, divalidasi dan didokumentasikan
13. Bekerja sama dengan pelayanan RIR rujukan yang sudah terakreditasi
14. Program manajemen risiko sebagai bagian dari manajemen risiko RS dilaporkan kepada pimpinan Rumah Sakit paling sedikit satu tahun sekali dan bila ada kejadian
15. Pelaporan hasil RIR dan laboratprium yang kritis termasuk tindak lanjutnya yang disusun secara kolaboratif
16. Permintaan pemeriksaan pelayanan penunjang diagnostik imaging dan radiodiagnostik dilengkapi dengan permintaan tertulis dan disertai dengan ringkasan klinis
17. Informasi dan edukasi tentang jenis Pemeriksaan, risiko dan manfaatnya dijelaskan oleh dokter dan perawat
18. Informasi dan edukasi dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) serta didokumentasikan dalam rekam medis.
19. Semua pemeriksaan/tindakan dilaksanakan atas persetujuan pasien/keluarga sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BAB VI
TATA LAKSANA

6.1 Alur Pelayanan



Gambar 6.1 Alur Pelayanan

Tata cara pelayanan pasien yang memerlukan pemeriksaan lanjutan adalah sebagian dari sistem prosedur pelayanan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya. Pemeriksaan lanjutan merupakan suatu upaya untuk menegakkan diagnosa pasien. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik bilamana dilaksanakan oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan penuh tanggung jawab.

Dilihat dari segi pelayanan di rumah sakit, pasien yang datang dapat dibedakan menjadi :

1. Pasien yang dapat menunggu
 - a. Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian.
 - b. Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat.
2. Pasien yang harus segera ditolong (pasien gawat darurat).

Sedang menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi :

Pasien baru : adalah pasien yang baru pertama kali datang ke RS untuk keperluan berobat.

Pasien lama : adalah pasien yang pernah datang sebelumnya ke RS untuk keperluan berobat.

Kedatangan pasien ke RS dapat terjadi karena :

1. Dikirim oleh dokter praktek di luar Rumah Sakit Mata Undaan.
2. Dikirim oleh Rumah Sakit lain, Puskesmas, atau jenis pelayanan kesehatan lainnya.
3. Datang atas kemauan sendiri.

Kebijakan sistem administrasi pelayanan *diagnostic imaging*, yaitu :

1. Unsur administrasi diselenggarakan oleh admin /tata usaha.
2. Pelayanan *diagnostic imaging* dilaksanakan atas indikasi sesuai SPO dan atas permintaan dari dokter, dokter spesialis.
3. Admin / Tata usaha mencatat semua data tentang jumlah, jenis dan bentuk pelayanan *diagnostic imaging*.
4. Setiap pasien didaftar dan dibuatkan catatan medis/status tersendiri.
5. Kegiatan pelayanan *diagnostic imaging* sesuai jadwal tertentu pada jam kerja.
6. Setiap tindakan yang dapat menimbulkan risiko (sesuai dengan ketentuan umum pelayanan medis) terhadap pasien disertai surat persetujuan (*informed consent*).
7. Setiap tindakan dilakukan oleh petugas yang kompeten.
8. Penanggung jawab hasil pembacaan dan atau pemeriksaan *diagnostic imaging* adalah dokter spesialis *diagnostic imaging*.
9. Hasil pembacaan telah diterima oleh pelanggan / klien dalam waktu paling lambat 3 jam.
10. Hasil pembacaan / diagnosa pasien dicatat dalam rekam medis pasien.

6.2 Pengembangan Pelayanan

Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi akan melakukan pengembangan pelayanan, sebagai berikut:

1. Pelayanan radiologi yang saat ini pemeriksaan radiologi dirujuk ke rumah sakit kerjasama
2. Pelayanan MCU (*Medical Check Up*) laboratorium dan radiologi

6.3 Pendidikan dan Pelatihan SDM

Sesuai regulasi dari PPNI, bahwa Pendidikan S1 Keperawatan menjadi prioritas utama untuk tenaga perawat dalam meningkatkan pengetahuan dan kompetensinya.

1. Pelatihan terkait akreditasi dilakukan setiap tahunnya meliputi pelatihan : PPI, K3RS, BHD, Mutu dan Keselamatan Pasien.
2. Pelatihan Plebotomy diperuntukkan tenaga laboratorium.
3. Pelatihan PPR diperuntukkan tenaga radiografer.
4. Pelatihan peralatan medis diperuntukkan unit yang memerlukan pengoperasian alat medis.

6.4 Pencatatan dan Pelaporan

1. Harian :
Laporan data kunjungan pasien.
2. Bulanan :
 - a. Laporan inventaris alat, obat dan bahan habis pakai;
 - b. Laporan jumlah pasien pemeriksaan diagnostik dan terapi laser;
 - c. Laporan jumlah pasien laboratorium RSMU;
 - d. Laporan jumlah pasien laboratorium luar;
 - e. Laporan jumlah pasien *prothesa*;
 - f. Laporan jumlah pasien rujukan dari dalam dan rujukan dari luar;
 - g. Laporan Insiden Keselamatan Pasien.
3. Tahunan :
 - a. Laporan jumlah keseluruhan kunjungan pasien baik dari dalam maupun rujukan dari luar;
 - b. Laporan Inventaris alat, obat dan bahan habis pakai;
 - c. Laporan anggaran (permintaan alat, obat dan bahan habis pakai) untuk tahun berikutnya.

Pencatatan dan pelaporan kegiatan dicatat sesuai jenis kegiatan masing-masing pemeriksaan/tindakan dan prosedurnya. Pelaporan evaluasi program dilakukan setiap bulan, triwulan, dan tahunan. Evaluasi kegiatan dilakukan melalui rapat koordinasi unit, hasil kegiatan monitoring dan evaluasi disampaikan kepada direktur.

6.5 Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan Evaluasi Kegiatan, meliputi :

Tabel 6.1 Monitoring dan Evaluasi

Area Pelayanan	Target	Realisasi	Capaian	Keterangan

Jaminan	Jumlah Pasien	Prosentase	Data Bulan Sebelumnya	Keterangan
Umum				
BPJS				
Asuransi				
TOTAL				

Jenis Pasien	Jumlah Pasien	Prosentase	Data Bulan Sebelumnya	Keterangan
Lama				
Baru				
TOTAL				

**BAB VII
PENUTUP**

Demikian Pedoman Pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi disusun sebagai dasar acuan pelaksanaan pelayanan penunjang diagnostik dan terapi. Pedoman ini akan dilakukan evaluasi secara berkala untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Juli 2022

Direktur,



RSMATA
UNDAAN

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

