



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 229/MENKES/SK/II/2007**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMUM
RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa untuk memenuhi ketentuan Pasal 3 huruf e dan Pasal 8 Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/PMK.02/2006, sebagai Satuan Kerja Instansi Pemerintah Menerapkan PPK-BLU, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dengan Keputusan Menteri Kesehatan;

- Mengingat :**
1. Undang – Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembar Negara Nomor 3495);
 2. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembar Negara Nomor 4431);
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembar Negara Nomor 3637);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembar Negara Nomor 4502);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembar Negara Nomor 4585);
 6. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/pmk.02/2006 tentang Persyaratan Administrasi Dalam Rangka Pengusulan dan Penetapan Satuan Kerja Instansi Pemerintah Untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- Kesatu :** **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMUM RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG .**
- Kedua :** Standar Pelayanan Minimum dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga :** Standar Pelayanan Minimum dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan oleh Rumah Sakit dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- Keempat :** Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan keputusan ini dengan mengikutsertakan organisasi profesi terkait sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
- Kelima :** Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

**Ditetapkan di Jakarta
Pada Tanggal 26 Februari 2007**



MENTERI KESEHATAN,

[Handwritten Signature]
Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 229/MENKES/SK/II/2007
Tanggal : 26 Februari 2007**

B A B I PENDAHULUAN

A LATAR BELAKANG

Upaya peningkatan pelayanan rumah sakit dengan mengembangkan semua sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan, baik konstruksi fisik bangunan, peralatan, sumber daya manusia maupun pengelolaannya agar menghasilkan kualitas pelayanan yang bermutu, efektif dan efisien yang berorientasi kepada kepentingan pasien.

Berdasarkan PP No. 65 tahun 2005 tentang pedoman penyusunan dan penerapan standar pelayanan minimal serta SK Menkes RI No. 57/MenKes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan di Kabupaten atau Kota dinyatakan bahwa standar pelayanan minimal berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target tahun 2010. Untuk itu Tim Penyusun Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Medis RS Mata Cicendo melibatkan semua unit terkait dalam penyusunannya.

Rumah Sakit Mata Cicendo selain berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan juga merupakan pusat pendidikan sehingga harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis maupun administrasi kesehatan. Untuk tercapainya tujuan tersebut diperlukan sarana dan prasarana yang mampu menunjang tingkat keberhasilan tujuan tersebut.

B TUJUAN

B.1 Umum

Petunjuk teknis standar pelayanan minimal pelayanan medis ini disusun untuk memberikan panduan dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan, pengendalian serta pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan medis di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.

B.2 Khusus

Mengupayakan kesembuhan dan pemulihan pasien secara optimal melalui prosedur dan tindakan pelayanan yang dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan standar pelayanan medis profesi.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

2.1 PELAYANAN MEDIS

Standar pelayanan minimal adalah pelayanan minimal yang harus ada di suatu unit pelayanan rumah sakit yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat luas sesuai dengan indikator mutu pelayanan.

Untuk tercapainya standar pelayanan minimal pelayanan medis di Rumah Sakit Mata Cicendo perlu mempertimbangkan analisa SMART yaitu:

1. Standar pelayanan minimal pelayanan medis bersifat spesifik (Specific).
Setiap unit pelayanan melakukan suatu pelayanan yang bersifat spesifik.
Contoh:
Pelayanan poli spesialisik dikhususkan untuk melayani pemeriksaan visus dasar (kamar 106).
2. Standar pelayanan minimal pelayanan medis dapat diukur (Measurable).
Contoh:
Pelayanan pemeriksaan tekanan bola mata diukur dengan alat tonometri.
3. Standar pelayanan minimal pelayanan medis dapat dicapai (Achievable).
Contoh:
Rata-rata kunjungan pasien poli rawat jalan adalah 300 pasien/ hari.
Lama pasien menunggu adalah selama 4 jam.
4. Standar pelayanan minimal pelayanan medis relevan dan dapat diandalkan (Reliable).
Contoh:
Pelayanan di rumah sakit Mata Cicendo disesuaikan dengan protap/prosedur yang berlaku.
5. Standar pelayanan minimal pelayanan medis dicapai sesuai kurun waktu yang ditetapkan (Timeline).
Contoh : Target kunjungan pasien rawat jalan 93.562 pasien/ tahun
Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, meliputi :
 - Jenis Pelayanan berdasarkan indikator kinerja.
 - Target pencapaian sampai dengan tahun 2010

Faktor pendukung pelayanan, adalah :

- a. Standar pelayanan minimal medis, meliputi :
 - Pelayanan Medis sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan oleh RS. Mata Cicendo.
 - Pelayanan Penunjang Medis
 - Pelayanan Penunjang Non Medis
- b. Standar Pelayanan Minimal Manajemen
Kegiatan administrasi yang berkaitan dengan pendukung terhadap kualitas pelayanan prima RS. Mata Cicendo yang perhitungan biayanya dihitung menurut unit cost.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2.1.1. STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RAWAT JALAN

A. INSTALASI RAWAT JALAN SPESIALISTIK

Meliputi :

1. VISUS DASAR (kamar 106)

Pemeriksaan :

- Pemeriksaan Visus
- Semua pasien baru atau lama yang diperiksa, terlebih dahulu diperiksa di kamar 106.
- Pemeriksaan Refraktometer
- Pemeriksaan Streak Retinoskopi
- Pemeriksaan Jacson Cross Cylinder

Sarana Penunjang :

- Snellen Chart
- Trial Lens Set
- Baterai
- Refrakto Meter
- Streak Retinoskopi
- Jacson Cross Cylinder

Tenaga :

- Perawat 3 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan 5 menit/ pasien

Target : Jumlah rata-rata kunjungan pasien 300/ hari

2. PEMERIKSAAN KETAJAMAN PENGLIHATAN DAN KOREKSI (kamar 104)

Pemeriksaan :

- Memeriksa kaca mata pasien untuk pasien yang sudah memakai kaca mata.
- Mengoreksi mata pasien
- Streak retinoskopi.
- Teknik Jackson cross cylinder.

Sarana Penunjang :

- Snellen Chart
- Trial Lens Set
- Lenso Meter
- Baterai
- Proyektor
- Penggaris PD
- Amstar
- Streak retinoskopi.
- Jackson cross cylinder.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Tenaga :

- Refraksionist Optisien 3 orang
- Perawat 2 orang

Indikator kinerja : Lama pemeriksaan pasien 10 -30 menit/pasien

Target : Jumlah rata-rata kunjungan 150 pasien/hari

**3. PEMERIKSAAN OLEH DOKTER SPESIALIS MATA DAN PEMBERIAN RESEP OBAT
ATAU RESEP KACA MATA DIKONSULKAN KE BAGIAN LAIN (Kamar 103 dan
105)**

Pemeriksaan :

- Tekanan bola mata (*tono*)
- Tensimeter
- Melebarkan Pupil (bila perlu)
- Fluoresein Test (bila perlu)
- Pemberian Obat (bila perlu)
- Perban, Plester (bila perlu)

Sarana Penunjang :

- Slit Lamp
- Tonometri
- Loupe
- Fundus Copy
- Stetoscope
- Indirect
- Lensa SP + 20 D
- Buku Ishihara
- Meja periksa

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 2 orang
- Perawat 2 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama tunggu pasien 10 menit/ pasien

B. INSTALASI RAWAT JALAN SUB SPESIALISTIK

Meliputi:

1. PELAYANAN UNIT REFRAKSI

Diagnosis : Semua pasien yang berkaitan dengan refraksi :

- Anomali refraksi
- Myopia
- Hypermetropia
- Astigmat



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Pemeriksaan dengan :

- Visus dasar
- Visus dengan koreksi kaca mata
- Refraktometer
- Uji Elder
- Keratometer
- Pencatatan power terendah dan tertinggi.
- Koreksi refraksi subyektif berdasarkan hasil refraktometer

Sarana Penunjang :

- Snellen Chart
- Trial Lens Set
- Refraktometer

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 4 orang
- Perawat 1 orang
- Refraksionist 1 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan pasien 10 menit/pasien

Target : Rata-rata kunjungan pasien 60 pasien/hari.

2. PELAYANAN UNIT INFEKSI DAN IMMUNOLOGI

Diagnosis : Semua pasien yang berkaitan dengan infeksi dan imunologi.

Pemeriksaan :

- Visus
- Fluorescein Test

Sarana Penunjang :

- Slit Lamp
- Loupe
- Funduscopy
- Baterai
- Trial Lens Set
- Snellen Chart

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 4 orang
- Perawat 2 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan 5-10 menit

Target : Rata-rata kunjungan pasien 40 pasien/hari
Atau 7347 tahun



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Jenis penyakit yang diperiksa, diantaranya adalah :

a. Pterygium

- Pemeriksaan dengan slit lamp, diperiksa segment anterior serta ditentukan derajat pertumbuhan pterygium
- Tajam penglihatan diperiksa dengan kartu snellen, lalu dikoreksi dengan menggunakan trial frame
- Astigmatisme kornea diperiksa dengan keratometer baik secara manual maupun menggunakan alat auto-refrakto-keratometer
- Tekanan intraokuler (TIO) diukur dengan cara applanasi ataupun menggunakan tonometer non kontak

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada fasilitas tersier bersifat bedah dengan memperhatikan tujuan utama dari pengangkatan dari pterygium, yaitu :

1. memberikan hasil yang baik secara kosmetik
2. mengupayakan komplikasi yang semin

Teknik operasi yang dianjurkan adalah dengan avulasi pterygium disertai cangkok konjungtiva (*conjunctival limbal graft*). Penggunaan Mitomycin-C sebaiknya hanya pada untuk penanganan kasus pterygium yang rekuren, mengingat komplikasi dari mitomycin-C yang cukup berat

Sebagai perbandingan angka kekambuhan pasca pengangkatan pterygium dapat dilihat dari berbagai laporan sbagai berikut :

Technique	Recurrence rate
Bare Sclera	61% (Tan et al) 40% (Figuiredo et al)
Conjunctival Graft	18% (Wong et al) 25.9% (Mabar et al)
Conjunctival Limbal Graft	14.6% (Mutlu et al)
Intra-operative Mitomycin C	5.8% (Helal et al)
Amniotic Membrane Transplantation	10.9% (Prabhasawat et al) 3% (Solomon et al)

b. Keratitis dan Ulkus Kornea

- Riwayat trauma (kelilipan, benda asing di kornea, khusus riwayat trauma tumbuh-tumbuhan atau penggunaan obat tetes mata tradisional yang berasal dari tumbuh-tumbuhan dapat dicurigai disebabkan oleh jamur, penggunaan lensa kontak), pemakaian kortikosteroid topikal.
- Pemeriksaan tajam penglihatan dengan kartu Snellen dan koreksi terbaik menggunakan pin-hole.
- Tekanan intraokoral (TIO) diukur dengan cara palpasi.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Pemeriksaan dengan slit lamp untuk menilai keadaan kornea dan segmen anterior lainnya :
 - Melihat gambaran sekret (serosa, mukopurulen, purulen).
 - Bentuk ulkus (pungtata, filament, dendritik, geografik, oval, intersisial, dll)
 - Kedalaman ulkus (superficial, dalam, apakah ada kecenderungan untuk perforasi (*impending perforation*) dan perforasi.
 - Hipopion dapat atau tidak ada.

Penatalaksanaan

- Pasien sebaiknya dirawat apabila :
 - Lesi ulkus kornea mengancam penglihatan, mengancam perforasi.
 - Pasien dianggap kurang patuh untuk pemberian obat tiap jam.
 - Diperlukan *follow up* untuk menilai keberhasilan terapi.
- Apabila ditemukan gambaran ulkus kornea dendritik, geografik atau stroma, dapat diberikan salep mata asiklovir 5 kali sehari atau tetes mata idoksuridin tiap jam.
- Bila pada pemeriksaan kerokan kornea didapatkan hasil Gram positif atau negatif diberikan antibiotik tetes mata golongan aminoglikosida (gentamisin, dibekasin, tobramisin) dengan konsentrasi yang ditingkatkan (*fortified*) tiap jam atau golongan quinolone (siprofloksasin, ofloksasin, levofloksasin) tiap 5 jam pada 1 jam pertama dan dilanjutkan tiap jam. Keadaan kornea diperiksa tiap hari hingga didapatkan adanya kemajuan pengobatan, yang kemudian frekuensi pemberian dapat dikurangi hingga 2 minggu.
- Bila kerokan kornea didapatkan hifa jamur, berikan tetes mata Natamisin 5% tiap jam dan salep mata Natamisin 5% tiga kali sehari atau bila pasien mampu berikan tetes mata amfoterisin B 0,15% tiap jam (tetes mata amfoterisin B 0,15% dapat dibuat dengan modifikasi sediaan bubuk untuk pemberian intravena). Keadaan kornea diperiksa tiap hari hingga didapatkan adanya kemajuan pengobatan, yang kemudian frekuensi pemberian dapat dikurangi hingga 3-5 minggu.
- Terapi tambahan yang dapat diberikan adalah tetes mata sikloplegik dan anti-glaukoma apabila didapatkan peningkatan TIO. Pemberian analgenik apabila diperlukan.
- Lakukan pemeriksaan gula darah puasa dan 2 jam setelah makan sebagai salah satu faktor risiko ulkus kornea.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Tindakan bedah :
 - Keratektomi superfisial tanpa membuat perlukaan pada membran Bowman, dengan indikasi :
 - Keratitis virus epithelial.
 - Erosi kornea rekuren.

3. PELAYANAN UNIT KATARAK DAN BEDAH REFRAKTIF

Diagnosis : Semua pasien katarak pra dan post operasi.

Pemeriksaan :

- Visus
- Funduscopy
- Indirect
- Slit Lamp
- Tonometri (bila perlu)
- Tensimeter

Sarana Penunjang :

- Slit Lamp
- Loupe
- Indirect Ophthalmoscope
- Trial Lens Set
- Projector
- Snellen Chart
- Tensimeter
- Stetoscoupe
- Tonometri
- Yag laser
- Interferometer
- USG
- Biometri
- Keratometer

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 4 orang
- Perawat 2 orang
- Administrasi 2 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan pasien 15 menit/pasien

Target : Rata-rata kunjungan pasien 30 pasien/hari

Jenis penyakit yang diperiksa diantaranya adalah:

Katarak Pada Penderita Dewasa

Pemeriksaan

- Pemeriksaan dengan kartu snellen atau chart projector dengan koreksi terbaik serta menggunakan pin-hole.
- Pemeriksaan dengan slit lamp untuk melihat segmen anterior.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Tekanan intraokular (TIO) diukur dengan tonometer non contact, aplanasi atau schiotz
- Jika (TIO) dalam batas normal (kurang dari 21 mmHg) dilakukan dilatasi pupil dengan tajam penglihatan pasien. Derajat katarak ditentukan sebagai berikut:
 - a. Derajat 1 : Nukleus lunak, biasanya visus masih lebih baik dari 6/12, tampak sedikit keruh dengan warna agak keputihan. Refleks fundus juga masih dengan mudah diperoleh dan usia penderita juga biasanya kurang dari 50 tahun.
 - b. Derajat 2 : Nukleus dengan kekerasan ringan, tampak nucleus mulai sedikit berwarna kuning, visus biasanya antara 6/12 SAMPAI 6/30. Reflek fundus juga masih mudah diperoleh dan katarak jenis ini paling sering memberikan gambaran seperti katarak subkapsularis posterior.
 - c. Derajat 3 : Nukleus dengan kekerasan medium, dimana nucleus tampak berwarna kuning diertai dengan kekeruhan kortek yang berwarna keabu-abuan. Visus biasanya antara 3/60 sampai 6/30.
 - d. Derajat 4 : Nukleus keras, dimana nucleus sudah berwarna kuning kecoklatan dan visus biasanya 3/60 sampai 1/60, dimana refleks fundus maupun keadaan fundus sudah sulit dinilai.
 - e. Derajat 5 : Nukleus sangat keras, nucleus sudah berwarna kecoklatan bahkan ada yang sampai berwarna agak kehitaman. Visus biasanya hanya 1/60 atau lebih jelek dan usia penderita sudah diatas 65 tahun. Katarak ini sangat keras dan disebut juga **brunescent cataract** atau **black cataract**.
- Dilakukan pemeriksaan fundus dengan oftalmoskopi dier ataupun indirek.

Penatalaksanaan

- penatalaksanaan bersifat bedah, dimana jika visus sudah mengganggu untuk melakukan kegiatan sehari-hari berkaitan dengan pekerjaan pasien atau ada indikas lain untuk operasi
- Operasi katarak dilakukan menggunakan microscope operasi dan peralatann bedah miro, dimana pasien dipersiapkan untuk implantasi lensa tanam (IOL)
- Ukuran lensa tanam dihitung berdasarkan data keratometri serta menggunakan biometri A Scan
- Teknik bedah katarak menggunakan teknik manual ECCE ataupun fakoemulsifikasi dengan mempertimbangkan derajat katarak serta tingkat kemampuan ahli bedah
- Operasi katarak hanya dilakukan jika visus sudah mengganggu kegiatan sehari-hari pasien dimana pasien berkesempatan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA**

melakukan diskusi dengan dokter mengenai alternatif lain selain operasi, risiko operasi, serta perawatan pasca operasi

- Pasien mengisi surat izin tindakan medis (Informed consent)
Setiap kali melakukan pemeriksaan preoperasi harus mencakup hal – hal berikut:
 - a. Anamnesis riwayat penyakit mata, penyakit lain ataupun alergi.
 - b. Visus tanpa koreksi dengan snellen serta refraksi terbaik
 - c. Pengukuran tekanan intra okuler
 - d. Penilai fungsi pupil atau reflek pupil
 - e. Pemeriksaan mata luar (external examination) dengan senter dan loupe atau slit lamp bergantung fasilitas
 - f. Pemeriksaan fundus dengan dilatasi pupil

- Dokter spesialis mata yang akan melakukan operasi katarak harus memperhatikan persiapan preoperasi sebagai berikut:
 - a. Memeriksa pasien sebelum operasi
 - b. Memberikan informasi kepada pasien mengenai risiko, keuntungan dan kerugian operasi serta harapan yang sewajarnya dari hasil operasi
 - c. Memperoleh surat izin tindakan medis (Informed consent)
 - d. Memastikan bahwa hasil keratometri dan biometri A Scan sesuai dengan mata yang mau dioperasi, jika pasien direncanakan implantasi lensa tanam
 - e. Menentukan kekuatan lensa tanam yang sesuai jika pasien tersebut direncanakan untuk implantasi lensa tanam.
 - f. Membuat rencana pembedahan (jenis Anestesia, penempatan sayatan dan kontruksi luka, refraksi pasca operasi yang direncanakan serta jadwal pemeriksaan pasca bedah)
 - g. Melakukan evaluasi preoperasi diatas termasuk pemeriksaan laboratorium serta berdiskusi dengan pasien ataupun keluarga pasien yang dianggap lebih mengerti dan dapat bertindak atas nama pasien

- Operasi katarak bilateral (operasi dilakukan pada kedua mata sekaligus secara berurutan) sangat tidak dianjurkan berkaitan dengan risiko pasca operasi (endofthalmitis) yang bisa berdampak kebutaan. Tetapi ada beberapa keadaan khusus yang bisa dijadikan alasan pembenaran dan keputusan tindakan operasi katarak bilateral ini harus dipikirkan sebaik-baiknya.

- Operasi tidak boleh dilakukan pada keadaan sebagaiberikut:
 - a. Pasien menolak tindakan operasi
 - b. Pemberian kacamata ataupun alat Bantu penglihatan lainnya masih cukup memuaskan bagi pasien
 - c. Ada dugaan bahawa operasi tidak dapat meningkatkan penglihatan pasien pasca operasi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- d. Kualitas hidup pasien belum terganggu dengan gangguan penglihatan yang dialaminya
 - e. Pasien tidak dapat menjalani operasi katarak berkaitan dengan penyakit lainya ataupun keadaan kesehatan akibat penyakit lainya
 - f. Pasien tidak dapat memberikan surat izin tindakan medis yang syah secara hukum karena kurang pengertian ataupun kurang informasi.
 - g. Pasien tidak dapat mengikuti petunjuk pengobatan pasca operasi
- Dokter spesialis mata yang melakukan operasi ataupun staf dokter tersebut berkewajiban mendidik, menjelaskan dan memberi instruksi kepada pasien mengenai gejala ataupun tanda-tanda mengenai kemungkinan terjadinya komplikasi pascaoperasi, gangguan proteksi mata adanya pembatasan, pengobatan, jadwal kunjungan lanjutan (follow up) dan petunjuk dimana harus mendapatkan perawatan darurat jika diperlukan. Dokter spesialis mata juga harus menerangkan mengenai tanggung jawab pasien untuk mengikuti petunjuk yang harus dilakukan selama perawatan pasca operasi dan pasien harus segera menghubungi dokter tersebut jika mengalami masalah.
 - Pemeriksaan lanjutan pasca operasi (Follow up)
 - a. Frekwensi pemeriksaan pasca bedah ditentukan berdasarkan tingkat pencapaian visus optimal yang diharapkan.
 - b. Pada pasien yang risiko tinggi, seperti pada pasien dengan satu mata, mengalami komplikasi Intra operasi atau ada riwayat penyakit mata lain sebelumnya seperti uveitis, glaucoma dll, maka pemeriksaan harus dilakukan satu hari setelah operasi.
 - c. Pada pasien yang dianggap tidak bermasalah baik keadaan preoperasi maupun intra operasi serta diduga tidak akan mengalami komplikasi lainya maka dapat mengikuti petunjuk pemeriksaan lanjutan atau follow up sbb:
 - Kunjungan pertama: dijadwalkan dalam waktu 48 jam setelah operasi (untuk mendeteksi dan mengatasi komplikasi dini seperti kebocoran luka yang menyebabkan bilik mata dangkal, hipotonus, peningkatan tekanan intraokuler, edema kornea ataupun tanda-tanda peradangan)
 - Kunjungan kedua : dijadwalkan pada hari ke 4 – 7 setelah operasi jika tidak dijumpai masalah pada kunjungan pertama yaitu untuk mendeteksi dan mengatasi kemungkinan endofthalmitis yang sering terjadi pada minggu pertama pasca operasi
 - Kunjungan ketiga: dijadwalkan sesuai dengan kebutuhan pasien dimana bertujuan untuk memberikan kacamata sesuai dengan refraksi terbaik yang diharapkan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- d. obat – obat yang digunakan pasien pasca operasi tergantung dari keadaan mata serta disesuaikan dengan kebutuhan masing – masing pasien (misalnya analgetika, antibiotika oral, anti glaucoma atau edema kornea dll.) tetapi penggunaan tetes mata kombinasi antibiotika dan steroid harus diberikan pada pasien untuk digunakan setiap hari selama minimal dua minggu pasca operasi.

4. PELAYANAN UNIT PEDRIATIK MATA

Diagnosis : Semua pasien di bawah umur 14 tahun

Pemeriksaan :

- Visus
- Unduscopy
- Indirect
- Refraksi
- Tonometri
- Fluoresin (bila perlu)
- Melebarkan pupil (bila perlu)

Sarana Penunjang :

- Loupe
- Snellen Chart (anak dan dewasa)
- Trial Lens Set
- Tonometri
- Pendirect Funduscopy
- Indirect
- Streak Retinoskopy
- Obat midriatika, analgetika dan miotika.

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 4 orang
- Perawat 2 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan pasien 10-20 menit

Target : Rata-rata kunjungan pasien 15 pasien/hari.

Jenis penyakit yang diperiksa, diantaranya adalah :

a. Katarak Kongenital

Pemeriksaan posisi dan gerak bola mata.

- Pemeriksaan visus yang disesuaikan dengan umur.
- Pemeriksaan segmen anterior dengan senter dan loupe, dengan slit lamp sebelum dan sesudah dilakukan dilatasi pupil dengan tropicamide 0,5%.
- Pemeriksaan biometri bila direncanakan pemasangan lensa tanam.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Penatalaksanaan

- Penderita segera rujuk ke fasilitas tertier untuk pemeriksaan dan penanganan selanjutnya.
- Bila kekeruhan total sentral harus segera operasi. Bila kekeruhan dangkal minim atau hanya sebagian, baik bilateral atau unilatera, operasi mungkin tidak perlu atau dapat ditunda. Rehabilitasi tajam penglihatan dapat dilakukan dengan pemberian kaca mata atau lensa kontak atau pemasangan lensa tanam.

b. Kelainan Refraksi pada Anak

- Mengenali gejala dan tanda pada masing-masing kelainan refraksi sesuai dengan usia. Usia biasanya dibagi menjadi 3 kelompok yaitu usia <2 thn, usia prasekolah (2-5 Tahun), dan usia sekolah.
- Pemeriksaan posisi dan gerak bola mata.
- Pemeriksaan status refraksi dengan pemeriksaan objektif *streak* retinoskopi pada pupil lebar untuk kelompok usia >2 thn dan kelompok usia prasekolah.
- Pemeriksaan refraksi subjektif pada kelompok usia prasekolah dan kelompok usia sekolah.
- Pemeriksaan segmen anterior dengan lup, senter dan slit lamp.
- Pemeriksaan segmen anterior dengan oftalmoskop direk.
- Mendeteksi adanya faktor-faktor ambliopia.

Penatalaksanaan

- Koreksi kelainan refraksi pada semua kelompok umum harus berdasarkan pertimbangan :
 - Apakah besarnya kelainan refraksi cukup mengganggu aktivitas.
 - Kemampuan akomodasi pasien.
 - Kebutuhan tajam penglihatan sesuai umur.
 - Resiko yang timbul akibat adanya kelainan refraksi.
- Penatalaksanaan ambliopia dan akomodatif esotropia.
- Koreksi (tindakan) sisa esotropia pada kasus akomodatif esotropia setelah koreksi kaca mata diberikan.

c. Blefaroptosis Kongenital

Dilakukan pemeriksaan Hirshberg, Alternat Cover Test (ACT), duction/version, dan pengukuran *margin reflex distance* (MRD).

Penatalaksanaan

- Bila ptosis pada 1 mata dengan MRD negatif, LA buruk (4 mm atau kurang), lakukan koreksi ptosis segera dengan suspensi frontalis dengan bahan sintetik atau autograff.
- Bila LA baik, lakukan koreksi ptosis dengan reaksi levator.
- Bila MRD positif atau ptosis pada 2 mata, lakukan koreksi ptosis kapan saja tergantung perminta-an pasien atau orang tuanya, dianjurkan sekitar umur 5-6 tahun.

Rekomendasi Pasca Operasi

Sesudah operasi ptosis dengan suspensi frontalis selalu terjadi lagofthalmus, pasien atau orang tuanya harus diberi penjelasan untuk mencegah terjadinya komplikasi keratitis etlagofthalmus.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

5. PELAYANAN UNIT GLAUKOMA

Diagnosis : Semua pasien kelainan tekanan bola mata

Pemeriksaan :

- Visus
- Tonometri Schiottz, Non kontak, Goldman
- Indirect
- Slit Lamp
- Funduscopy
- Fluoresin Test (bila perlu)
- Gonioskopi

Sarana Penunjang :

- Snellen Chart
- Trial Lens Set
- Tonometri
- Indirect ophthalmoscope
- Loupe
- Kampimeter Octopus/Humphrey
- Yag laser
- Double yag laser 532
- OCT
- Meja periksa

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 4 orang
- Perawat 1 orang
- Administral 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan pasien 15 menit/pasien

Target : Rata-rata kunjungan pasien 15 orang/hari

Jenis penyakit yang diperiksa, diantaranya adalah :

a. Glaukoma

- Pemeriksaan visus dengan kartu snellen atau projector dengan koreksi terbuik serta menggunakan pin-hole
- Pemeriksaan dengan slit lamp untuk melihat segmen anterior
- Tekanan intraocular (TIO) diukur dengan tonometer non contact, aplanasi atau schiottz
- Jika TIO dalam batas normal (kurang dari 21 mmHg) dilakukan dilatasi pupil dengan tetes mata tropicamide 0.5%, setelah pupil cukup lebar dilakukan pemeriksaan dengan slit lamp melihat derajat kekeruhan lensa apakah sesuai dengan tajam penglihatan pasien. Derajat katarak ditentukan sebagai berikut :
 - Derajat 1:
Nukleus lunak, biasanya visus masih lebih baik dari 6/12, tampak sedikit keruh dengan wama agak keputihan. Refleks fundus juga masih dengan mudah diperoleh dan usia penderita juga biasanya kuran dari 50 tahun.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Derajat 2 :
Nukleus dengan kekerasan ringan, tampak nukleus mulai sedikit berwarna kekuningan, visus biasanya antara 6/12 sampai 6/30. Refleks fundus juga masih mudah diperoleh dan katarak jenis ini paling sering memberikan gambaran seperti katarak subkapsularis posterior.
 - Derajat 3 :
Nukleus dengan kekerasan medium, dimana nucleus tampak berwarna kuning disertai dengan kekeruhan korteks yang berwarna keabu-abuan. Visus biasanya antara 3/60 samapai 6/60.
 - Derajat 4 :
Nukleus keras, dimana nucleus sudah berwarna kuning kecoklatan dan visus biasanya antara 3/60 samapai 1/60, dimana refleks fundus maupun keadaan fundus sudah sulit dinilai.
 - Derajat 5 :
Nukleus sangat keras, nucleus sudah berwarna kecoklatan bahkan ada yang sampai berwarna agak kehitaman. Visus biasanya hanya 1/60 atau lebih jelek dan usia penderita sudah diatas 65 tahun. Katarak ini sangat keras dan disebut juga *brunescent cataract* atau *black cataract*.
- Dilakukan pemeriksaan fundus dengan oftalmoskopi direk ataupun indirek

Penatalaksanaan

- Penatalaksanaan bersifat bedah, diman jika visus sudah mengganggu untuk melakukan kegiatan sehari-hari berkaitan dengan pekerjaan pasien atau ada indikasi lain untuk operasi
- Operasi katarak dilakukan menggunakan mikroskop operasi dan peralatan bedah mikro, dimana pasien dipersiapkan untuk implantasi lensa tanam (IOL : *intraocular lens*)
- Ukuran lensa tanam dihitung berdasarkan data keratometri serta menggunakan biometri A Scan
- Teknik bedah katarak menggunakan teknik manual ECCE ataupun fakoemulsifikasi dengan mempertimbangkan aerajat katarak serta tingkat kemampuan ahli bedah
- Operasi katarak hanya dilakukan jika visus sudah mengganggu kegiatan sehari-hari pasien, dimana si pasien berkesempatan melakukan diskusi dengan dokter mengenai alternative lain selain operasi, risiko operasi, serta perawatan pasca operasi
- Pasien mengisi surat izin tindakan medis (*informed consent*)
- Setiap kali melakukan pemeriksaan pre-operasi harus mencakup hal-hal berikut :
 - a. Anamnesis riwayat penyakit mata, penyakit lain ataupun alergi
 - b. Visus tanpa koreksi dengan snellen serta refraksi terbaik
 - c. Pengukuran tekanan intraocular



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- d. Penilaian fungsi pupil (refleks pupil)
 - e. Pemeriksaan mata luar (external examination) dengan senter dan lup atau lip lamp bergantung fasilitas
 - f. Pemeriksaan fundus dengan dilatasi pupil
- Dokter spesialis mata yang akan melakukan operasi katarak harus memperhatikan persiapan pre-operasi sebagai berikut :
 - a. memeriksa pasien sebelum operasi
 - b. memberikan informasi kepada pasien mengenai risiko, keuntungan dan kerugian operasi serta harapan yang sewajarnya dari hasil operasi.
 - c. Memperoleh surat izin tindakan medis (*informed consent*).
 - d. Memastikan bahwa hasil keratometri dan biometri dan A Scan sesuai dengan mata yang akan dioperasi, jika pasien direncanakan implantasi lensa tanam.
 - e. Menentukan kekuatan lensa tanam yang sesuai, jika pasien tersebut direncanakan untuk implantasi lensa tanam.
 - f. Membuat rencana pembedahan (jenis anesthesia, penempatan sayatan dan konstruksi luka, reflaksi pasca operasi yang direncanakan serta jadwal pemeriksaan pasca bedah).
 - g. Melakukan evaluasi pre-operasi diatas termasuk pemeriksaan laboratorium serta berdiskusi dengan pasien ataupun keluarga pasien yang dianggap lebih mengerti dan dapat bertindak atas nama pasien.
 - Operasi katarak bilateral (operasi dilakukan pada kedua mata sekaligus secara berurutan) sangat tidak dianjurkan berkaitan dengan risiko pasca operasi (endoftalmitis) yang bias berdampak kebutaan. Tetapi ada beberapa keadaan khusus yang bias dijadikan alasan pembenaran dan keputusan tindakan operasi katarak bilateral ini harus dipikirkan sebaik-baiknya.
 - Operasi tidak boleh dilakukan pada keadaan sebagai berikut :
 - a. Pasien menolak tindakan operasi
 - b. Pemberian kacamata ataupun alat Bantu penglihatan lainnya masih cukup memuaskan bagi pasien.
 - c. Ada dugaan bahwa operasi tidak dapat meningkatkan penglihatan pasien pasca operasi.
 - d. Kualitas hidup pasien belum terganggu dengan gangguan penglihatan yang dialaminya.
 - e. Pasien tidak dapat menjalani operasi katarak berkaitan dengan penyakit mata lain ataupun keadaan kesehatan akibat penyakit lainnya.
 - f. Pasien tidak dapat memberikan surat izin tindakan medis yang sah secara hukum karena kurang pengertian ataupun kurang informasi.
 - g. Pasien tidak dapat mengikuti petunjuk pengobatan pasca operasi.
 - Dokter spesialis mata yang melakukan operasi ataupun staf dokter tersebut, berkewajiban mendidik, menjelaskan dan memberi instruksi kepada pasien mengenai gejala ataupun tanda-tanda mengenai kemungkinan terjadinya komplikasi pasca operasi, penggunaan proteksi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

mata, adanya pembatasan kegiatan, pengobatan, jadwal kunjungan lanjutan (*follow up*) dan petunjuk dimana harus mendapatkan perawatan darurat jika diperlukan. Dokter spesialis mata juga harus menerangkan mengenai tanggung jawab pasien untuk mengikuti petunjuk yang harus dilakukan selama perawatan pasca operasi dan pasien harus segera menghubungi dokter tersebut jika mengalami masalah.

- Pemeriksaan lanjutan pasca operasi (*follow up*)
 - Frekuensi pemeriksaan pasca bedah ditentukan berdasarkan tingkat pencapaian visus optimal yang diharapkan.
 - Pada pasien dengan risiko tinggi, seperti pada pasien dengan satu mata, mengalami komplikasi intra-operasi atau ada riwayat penyakit mata lain sebelumnya seperti uveitis, glaucoma dan lain-lain, maka pemeriksaan harus dilakukan satu hari setelah operasi.
 - Pada pasien yang dianggap tidak bermasalah baik keadaan pre-operasi maupun intra-operasi serta diduga tidak akan mengalami komplikasi lainnya maka dapat mengikuti petunjuk pemeriksaan lanjutan (*follow up*) sebagai berikut :
 - i. Kunjungan pertama :
dijadwalkan dalam waktu 48 jam setelah operasi (untuk mendeteksi dan mengatasi komplikasi dini seperti kebocoran luka yang menyebabkan bilik mata dangkal, hipotonus, peningkatan tingkat intraocular, edema kornea ataupun tanda-tanda peradatan).
 - ii. Kunjungan kedua :
dijadwalkan pada hari ke-4-7 setelah operasi jika tidak dijumpai masalah pada kunjungan pertama, yaitu untuk mendeteksi dan mengatasi kemungkinan endoftalmitis yang paling sering terjadi pada minggu pertama pasca operasi.
 - iii. Kunjungan ketiga :
dijadwalkan sesuai dengan kebutuhan pasien dimana bertujuan untuk memberikan kacamata sesuai dengan refraksi terbaik yang diharapkan.
 - Obat-obatan yang digunakan pasien pasca operasi bergantung dari keadaan mata serta disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pasien (misalnya analgetika, antibiotika oral, anti glaucoma atau edema kornea, dan lain-lain). Tetapi penggunaan tetes mata kombinasi antibiotika dan steroid harus diberikan kepada pasien untuk digunakan setiap hari selama minimal 2 minggu pasca operasi.
- **b. Chronic Progressive Visual Loss**
 - Pemeriksaan tajam penglihatan dengan koreksi terbaik. Pemeriksaan refraksi hendaknya dilakukan secara subjektif maupun objektif menggunakan *streak* retinoskop serta autorefraktometer.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Pemeriksaan lapang pandangan dengan menggunakan perimetri Glodman atau *automatic perimetry* (Humphrey atau Octopus).
- Pemeriksaan oftamologi untuk segmen anterior maupun segmen posterior. Untuk segmen anterior harus menggunakan slitlamp, sedang untuk segmen posterior menggunakan oftalmoskop direk/indirek atau lensa +90D.
- Pemeriksaan elektrofisiologi untuk elektroretinografi maupun *visual evoked potential* (VEP).
- Pemeriksaan CT scan atau MRI orbita atau kepala.

Penatalaksanaan

Sama dengan pelayanan kesehatan mata sekunder.

- Bila ditemukan penyebab, segera dirujuk sesuai dengan penyebab.
- Bila penyebab adalah proses degeneratif/herediter, dapat dilakukan konseling.
- *Low vision aid* yang sesuai.

6. PELAYANAN UNIT RETINA

Diagnosis : Semua pasien dengan kelainan yang berkaitan dengan retina

Pemeriksaan :

- Visus
- Kedudukan, pergerakan bola mata, nistagmus atau tidak
- Segmen anterior dan posterior.

Sarana penunjang :

- Oftalmoscope direct
- Oftalmoscope Indirect
- Tonometri
- FFA
- USG
- Multifokal ERG

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 4 orang
- Perawat 2 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja :

- Lama pelayanan pasien 15 menit/pasien
- Terjadinya complain pasien minimal 1%

Jenis penyakit yang diperiksa, diantaranya adalah :

a. Age-Related Macular Degeneration (Armd)

Melakukan tindakan seperti di SEC. pemeriksaan FA, kampimetri, elektrofisiologi. Angiografi ICG dan OCT hanya bila ada harapan untuk pengobatan/tindakan lebih lanjut.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Penatalaksanaan

Melakukan tindakan seperti pada PEC dan SEC. Apabila ditemukan lesi CNVM maka tindakan laser harus dilakukan dalam waktu selambat-lambatnya 72 jam setelah FA. Laser argon hijau/hijau-biru, diode hijau/merah diberikan pada daerah diluar fovea avascular zone (FAZ). FAZ adalah daerah 500 mikron di fovea. Lesi CNVM yang mengenai daerah FAZ memerlukan evaluasi seksama tentang tipe lesi, tipe klasik, tersembunyi (occult) atau campuran, dan jenis lainnya seperti pigment ephitelial detachmet, subretinal hemorrhage dsb. Photodynamic therapy (PDT) hanya diidentifikasi pada lesi di yang mengenai FAZ dan lesi klasiknya minimal mencapai 50%. Pada lesi tersembunyi, campuran; pigment ephitelial detachment, subretinalhemorrhage; saat ini tindakan yang sudah dilaporkan bermanfaat adalah transpupillary thermotherapy (TTT) dan macular translocation surgery.

Pada pusat pelayanan dimana tersedia laser argon/diode dan pasien mempunyai lesi CNVM yang mengenai fovea dengan ukuran lesi <3,5 disc area, pengobatan laser thermal dapat dilakukan jika pasien menolak untuk tindakan TTT/PDT/Macular translocation.

b. Diabetik Retinopati

Selain pemeriksaan mata dasar dilakukan pemeriksaan penunjang antara lain :

- Fundus Fluorocence angiography (FFA), dilakukan apabila ada indikasi.
- USG, bila terdapat kekeruhan media dan fundus tidak tembus.
- ERG.

Penatalaksanaan

- Seperti tindakan pada SEC
- Pasien dengan NPDR berat dengan/tanpa CSME, dilakukan terapi foto koagulasi laser.
- Operasi vitrektomi dilakukan apabila terdapat pendarahan vitreus, pertumbuhan jaringan fibrovaskuler di retina, *persistent macular edema* dan ablasio retina traksi.

c. Retinal Detachment (RD)

Melakukan tindakan seperti di SEC dan memutuskan jenis retina lepas. Pemeriksaan, kampimetri, elektrofisiologi atau ultrasonografi dilakukan bila diperlukan untuk menunjang diagnosis.

Penatalaksanaan

Melakukan tindakan sesuai dengan jenis retina lepas. Pada rhegmatogen akut dan traksional yang tidak mengancam macula, operasi dilakukan secepatnya, sedangkan yang kronis dapat dioperasi dalam waktu 1 minggu, jenis operasi (scleral bucking atau vitrektomi) tergantung kondisi yang ditemukan, dan jenis vitreus tamponade ditentukan oleh keadaan yang ditemukan pre-operative dan durante operasi, kondisi mata sebelumnya dan mobilitas penderita.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tipe exudative memerlukan pengobatan sesuai dengan penyakit yang mendasari.

Keberhasilan pengobatan penyakit yang mendasari akan memperbaiki retina lepas.

d. Retinopati Prematuritas (ROP)

- Pemeriksaan dilakukan pada bayi neonatus dengan resiko ROP yang memerlukan *screening* (seperti tertera pada butir A), atau balita/anak dengan kecurigaan riwayat ROP.
- Pemeriksaan seperti pada SEC.
- Pemeriksaan pada anak/balita dengan regresi ROP meliputi pemeriksaan oftalmologis lengkap. Pemeriksaan tajam penglihatan subjektif pada balita/anak dapat dilakukan sesuai dengan tingkatan usia dan kemampuan balita/anak.
- Teknik pemeriksaan fundus seperti pada SEC
- Menentukan gambaran fundus neonatus yang merupakan indikasi untuk terapi laser/krio/bedah.

Penatalaksanaan

- Setiap bayi neonatus premature atau dengan resiko ROP sebaliknya menjalani pemeriksaan mata selama perawatan.
- Bila tidak ditemukan ROP atau ditemukan ROP ringan, sebaiknya bayi diperiksa ulang setiap 2-3 minggu, dan 1-2 hari apabila ditemukan *threshold disease* atau *plus disease* hingga vaskularisasi retina lengkap, atau terjadi regresi.
- Bila ditemukan *threshold disease* disertai *plus disease* dan dalam pemantauan 1-2 hari bertambah berat, segera dilakukan terapi dalam kurun waktu 24-72 jam.
Terapi bersifat ablative, yang pada prinsipnya bertujuan mematikan daerah perifer yang avaskular.
- Modalitas terapi meliputi :
 - krioterapi :
sebaiknya dilakukan dalam anestesi umum karena menyebabkan rasa sakit yang hebat serta bahaya lainnya seperti bradikardia dan apnea. Krioterapi menyebabkan kerusakan jaringan yang luas (seluruh ketebalan dinding bola mata)
 - fotokoagulasi laser :
dengan *indirect ophthalmoscope delivery*, dapat menggunakan laser argon atau diode. Prosedur ini tidak menimbulkan kerusakan seluas krioterapi (lebih terfokus pada jaringan dan tidak melibatkan seluruh ketebalan dinding bola mata). Selain itu, rasa sakit dan efek sistemik yang terjadi lebih rendah sehingga laser merupakan pilihan terapi utama. Tindakan ini dilakukan di ruangan neonatal ICU dengan pengawasan neonatologist/anesthetist mengingat kemungkinan bradikardia apnea tetap ada, dan kemungkinan terapi tambahan laser/krio/bedah.
- Bila menemukan ROP stadium 4 dan 5, dapat dilakukan prosedur *scleral buckling* atau vitrektomi. *Scleral buckling* dilakukan pada ablasi retina yang diangkat akibat *traction* jaringan fibrovaskular yang mengalami



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

sikatrissas, terutama bila macula belum terangkat. Vitrektomi dapat dilakukan dengan atau tanpa pemasangan *Scleral buckle*, juga dengan atau tanpa lensektomi. Teknik viterktomi *open-sky* dilakukan bila terdapat kekeruhan kornea. Umumnya, prognosis ROP tetap buruk walaupun telah menjalani tindakan bedah.

- Bila ditemukan balita/anak dengan regresi ROP, dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kelainan mata yang ada.

e. Sumbatan Vena Retina

Melakukan evaluasi seperti pada SEC dan pemeriksaan lebih lanjut. Pemeriksaan lanjutan seperti fluoresens angiografi sudah dapat menentukan jenis iskemik atau noniskemik dan luasnya kerusakan serta edema macula. Pemeriksaan seperti elektoretinografi dapat membantu penggolongan lebih tepat, untuk menentukan sikap selanjutnya. Pemeriksaan kampimetri dapat dilakukan untuk menilai luasnya kerusakan.

Penatalaksanaan

Melakukan seperti pada tingkat primer dan sekunder, ditambah dengan terapi berupa fotokoagulasi laser/krio. Pada sumbatan vena retina sentral, fotokoagulasi laser diindikasikan pada tipe iskemik untuk mencegah komplikasi glaucoma neovaskularisasi, diindikasikan juga pada edema macula. Laser/krio dapat juga diindikasikan untuk mengatasi glaucoma neovaskular yang timbul.

7. PELAYANAN UNIT STRABISMUS

Diagnosis : Semua pasien baru yang berkaitan dengan kelainan pergerakan bola mata.

Pemeriksaan : Pemeriksaan khusus strabismus

Sarana Penunjang :

- WFD
- Prisma
- Titmus test untuk stereoskopis
- MTH untuk Hess Screen

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 4 orang
- Perawat 1 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator kinerja : Lama pemeriksaan 15 menit/pasien

Target : Rata-rata kunjungan 1 pasien/hari



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Jenis penyakit yang diperiksa, diantaranya adalah :
Strabismus

- Pemeriksaan visus dilakukan sesuai keadaan. Bila penderita bayi, pemeriksaan visus subyektif dengan cara Central, Steady, Maintain (CSM), bila penderita anak yang sudah lebih besar pemeriksaan dilakukan sesuai tingkatan usia dan kemampuan masing-masing anak, demikian pula yang dewasa.
- Dilakukan refraksi objektif dengan streak retinoskopi dalam sikloplegi.
- Pemeriksaan dengan slit lamp untuk melihat segmen anterior, dinilai keadaan kornea, iris pupil dan lensa.
- Dilakukan funduskopi dengan oftalmoskop direk/indiek untuk melihat segmen posterior.
- Dilakukan penilaian pergerakan bola mata.
- Penentuan kedudukan bola mata dengan cara Hirschberg, Krimsky, Alternate Cover Test (ACT) / Prism Cover Test (PCT).
- Ukur deviasi jauh dan dekat serta dinilai ada tidaknya A&V pattern. Demikian pula harus dilakukan pemeriksaan deviasi dengan dan tanpa koreksi kaca mata kalau terdapat kelainan refraksi. Bila dicurigai ada simulated divergence excee perlu dilakukan pemeriksaan sudut deviasi setelah okulasi paling sedikit 1 jam pada salah satu mata.
- Penilaian atatus sensoris.

Penatalaksanaan

- Bila terdapat kelainan refraksi, berikan koreksi terbaik.
- Bila ada ambliopia, lakukan terapi ambliopia dengan patching mata yang dominant.
- Bila dengan koreksi kelainan refraksi, tetap eksotropia, lakukan operasi.
- Jenis operasi yang dilakukan disesuaikan dengan diagnosis dan pola deviasi yang ada dan keadaan visus masing-masing mata.
- Bila tipe *Divergence Excees* dapat dilakukan reseks rektus lateral pada kedua mata.
- Bila tipe Basic dan bila visus salah satu mata tidak baik, dapat dilakukan reseks-reseks pada mata yang tidak dominan atau visusnya lebih buruk.
- Bila tipe *convergence Insufficiency* dapat dilakukan reseks rektus medius

Evaluasi

- Pemeriksaan visus dilakukan sesuai keadaan. Bila penderita adalah bayi, pemeriksaan visus subyektif CSM, bila penderita anak yang sudah lebih besar pemeriksaan dilakukan sesuai tingkatan usia dan kemampuan masing-masing anak, demikian pula yang dewasa.
- Dilakukan refraksi objektif dengan streak retinoskopi dalam sikloplegi.
- Pemeriksaan dengan lampu celah untuk melihat segmen anterior, dinilai keadaan kornea, iris pupil dan lensa.
- Dilakukan funduskopi dengan oftalmoskop direk/indirek untuk melihat segmen posterior.
- Silakukan penilaian pergerakan bola mata.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Penentuan kedudukan bola mata dengan cara Hirschberg, Krimsky, ACT/PCT.
- Penilaian status sensoris.

Penatalaksanaan

- Bila termasuk jenis refractive accommodative ET : berikan kaca mata sph (+)
- Bila termasuk jenis non refractive accommodative ET : berikan kaca mata sph (+) bifokus.
- Bila ada ambliopia, lakukan terapi ambliopia dengan patching mata yang dominant.
- Bila termasuk jenis non akomodatif, operasi strabismus sesuai dengan jenisnya.
- Pada jenis *Convergence Excees* lakukan resek rektus medial pada kedua mata.
- Bila pada jenis *Basic* lakukan resek-resek pada mata yang dominant.
- Bila *Divergence insufficiency* lakukan resek rektus lateral pada kedua mata.
- Pada tipe campuran berikan kaca mata yang sesuai dan operasi strabismus untuk deviasi sisany

8. PELAYANAN UNIT REKONSTRUSI DAN TUMOR

Diagnosis : semua pasien yang berkaitan dengan tumor orbita

Pemeriksaan:

- Slit Lamp
- Funduscopy
- Hertel
- Pemasangan protesa

Sarana Penunjang :

- Slit Lamp
- Funduscopy
- Hertel
- Alat pembuat protesa

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 4 orang
- Perawat 2 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan 5 menit/pasien

Target : Rata-rata kunjungan 20 pasien/hari

Jenis penyakit yang diperiksa, diantaranya adalah :

a. Tumor Orbita

- Identitas: umur (anak, dewasa muda, dan tua).



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Anamnesis (mata menonjol/benjolan atau ulkus di kelopak mata dan putih mata, lama gejala, penglihatan ganda, rasa nyeri, dan penurunan visus).
- Pemeriksaan mata dengan/tanpa slitlamp, sama dengan pelayanan kesehatan sekunder atau pun primer.
- Pemeriksaan orbita :
 - Pengukuran besarnya proptosis dengan alat Hertel.
 - Arah terdorongnya bola mata : bola mata ke nasal bawah : massa temporal atas (kelenjar lakrimal) usia muda, pertumbuhan lambat : benign mixed tumor usia muda/tua, pertumbuhan cepat : adenoid kistik karsinoma atau keganasan lain bola mata ke inferior : massa berada di superior – umumnya neurilemmoma atau kista dermoid bola mata terdorong infero-tempora : massa berada di nasal tumor berasal dari sinus frontal, dapat mukokel atau keganasan dari epitel sinus (karsinoma sel skuamosa) bola mata terdorong aksial : massa berada di konus – umumnya tumor dari saraf optik terutama pada penderita berusia muda, antara lain glioma, meningioma, dan dapat hemangioma kavernosa bola mata terdorong ke superior : massa berasal dari inferior kebanyakan tumor ganas berasal dari sinus maksila atau jaringan penunjang.
 - Kuadran lokasi massa berada berlawanan dengan arah terdorongnya bola mata tumor sesuai dengan jaringan/organ yang berada di kuadran tersebut.
 - Gangguan gerak bola partial, tempat hambatan menunjukkan lokasi tumor (kuadran lokasi).
 - Pemeriksaan pulsasi : bila positif – tumor dapat berupa neurefibroma atau jika diketahui didahului trauma/hipertensi
 - pada orang tua dapat diferensiasi dengan arteri-vena fistula.
 - Jika tumor dapat diraba, dinilai kekenyalannya. Jika teraba lunak, dapat diduga tumor bersifat jinak, tetapi jika keras kenyal dapat dicurigai tumor bersifat ganas.
- **Pemeriksaan penunjang radiology :**
 - Ultrasonografi : pemeriksaan tidak invasive, penilaian lebih dititik beratkan pada ada tidaknya tumor dan refleksi tumor. Pemeriksaan USG sukar untuk mendiferensiasikan jenis tumor.
 - CT-scan : pemeriksaan ini cukup untuk mendiagnosis tumor orbita serta membantu untuk penentuan penatalaksanaan selanjutnya. Untuk membedakan sifat tumor, jinak atau ganas dengan menilai batas tumor.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Pemeriksaan MRI dan arteriografi pada kasus khusus yang mencurigai fistula atau ingin mengetahui tumor berasal dari saraf optik.
- Pemeriksaan laboratorium :
Pemeriksaan ini sangat membantu dalam membedakan sifat ganas tumor. Akan tetapi pemeriksaan penanda ganas tidak ada yang spesifik untuk tumor orbita, tetapi dengan penanda ganas asam sialat menunjukkan nilai kadar berbeda bermakna.
- Pemeriksaan fisik : untuk mencari adanya keganasan atau metastasis.
- Pemeriksaan patologi anatomi :
 - Benjolan/ulkus di palpebra-berkonjuktiva yang meragukan keganasan dapat dilakukan biopsi eksisi untuk spesimen pemeriksaan patologi anatomi.
 - Massa orbita yang mudah teraba dapat dilakukan tindakan biopsi insisi sebagai bahan spesimen pemeriksaan patologi anatomi, kecuali bila lokasi di daerah kelemjar lakrimal.

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan tumor orbita dapat terbagi menjadi tiga, yaitu :

- Nonbedah : pengobatan dengan steroid.
- Pembedahan :
 - Biopsi eksisi/insisi
 - Eksisi luas dan rekonstruksi
 - Enukleasi dengan/tanpa demofat graft.
 - Eksentrisasi orbita partial/total
 - Orbitonomi lateral.
 - Osteoplasti orbitonomi transkranial.
- Pengobatan tambahan (adjuvant therapy) : radiasi dan sitostatika.
- Jika dicurigai tumor jinak dan diagnosis dibuat pseudotumor dapat diberikan pengobatan steroid oral, seperti prednison dosis tinggi 12-16 tablet (2mg perKgBB) setiap hari selama dua minggu, kemudian diturunkan secara bertahap. Jika tidak berhasil dapat diberikan sitostatika *single agent* seperti chlorambucil dengan pengawasan ahli Hematologi.
- Pada tumor epitel adneksa, jika berukuran kecil dan diduga jinak, dapat dilakukan ekstirpasi dengan meninggalkan jaringan sehat. Pada tumor epitel yang dicurigai ganas dapat dilakukan eksisi dengan memperhatikan jaringan sehat yang ditinggalkan. Pada tumor yang lebih luas, eksisi dengan rekonstruksi. Pada tumor yang lanjut dan telah berinvasi ke orbita dilakukan pembedahan radikal eksentrisasi orbita. Pengobatan tambahan radiasi atau sitostatika dapat diberikan. Pada tumor konjungtiva, karsinoma sel skuamosa stadium 1 setelah ekstirpasi tumor dapat dilanjutkan dengan pemberian sitostatika local seperti



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

tetes mata mitomycin. Pemeriksaan patologi jaringan tumor harus dilakukan.

- Pada tumor orbita, baik jinak, ganas, ataupun metastasis/invasi sebaiknya dulakukan tindakan biopsi insisi untuk pemeriksaan patologi. Penatalaksanaan sebelum dengan melakukan pemeriksaan penunjang, terutama CT-scan untuk mengetahui dengan tempat lokasi tumor.
- Selanjutnya dapat dilakukan pembedahan, jenis pembedahan sesuai dengan lokasi dan jenis tumor. Pemberian terapi tambahan radiasi dan sitostika dapat diberikan sesuai kebutuhan dan sesuai dengan patogenesis jenis tumor, dengan kerjasama antar disiplin.

b. Fraktur Blow Out

- Seperti pada SEC
- Dengan Hertel dilakukan pengukuran besarnya enoftalmus.
- Pemeriksaan Hirsberg mungkin otho atau hipotrofi, duction dan version, terdapat hambatan gerak bola mata, pemeriksaan *forced duction test* positif.
- CT-scan menunjukkan adanya fraktur pada dasar orbita/dinding medial orbita dengan inkarserasi jaringan lunak pada daerah fraktur.

Penatalaksanaan

- Lakukan rekonstruksi fraktur dengan membebaskan jaringan lunak yang terjepit dan memasang implant sintetik atau tulang autograff pada daerah fraktur.
- Sebaiknya dilakukan sebelum 2 minggu setelah trauma.

c. Lagofthalmus Karena Parese Facialis

- Dengan slit lamp, periksa keadaan kornea, apakah masih jernih, atau terdapat infiltrat, atau ulkus kornea.
- Periksa juga apakah ada kekenduran pada tepi kelopak bawah (*laxity*)
- Lakukan pemasangan beban emas pada kelopak atas, jahitkan pada tarsus, berat beban disesuaikan agar kelopak atas dapat menutup.
- Pada kelopak bawah, bila sudah terdapat *laxity* atau ektropion, lakukan pemendekan tepi kelopak bawah dengan atau tanpa penguat fascia lata atau bahan sintetik atau tulang rawan telinga.

9. PELAYANAN UNIT NEURO OFTALMOLOGI

Diagnosis : Semua pasien yang berkaitan dengan neuro oftalmologi

Pemeriksaan :

- Visus dasar
- Tensimeter
- Funduscopy
- Melebarkan pupil



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Sarana Penunjang :

- Indirect
- Slit Lamp
- Funduscopi
- Snellen Chart
- Trial Lens Set
- Baterai
- Tensimeter
- Stetoscope
- Obat-obatan: Mydriatika, analgetika dan miotika.

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 2 orang
- Perawat 2 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan pasien 30 menit/pasien

Target : Rata-rata kunjungan pasien 10 orang/hari.

Jenis penyakit yang diperiksa, diantaranya adalah :

a. Acute Blindness

- Anamnesis lengkap.
- Pemeriksaan oftamologi lengkap, ditambah dengan *automatic computerized perymetry* serta elektrofisiologi penglihatan (VEP).
- Pemeriksaan CT scan kepala/orbita bila diketahui adanya riwayat trauma kapitis/okuli.
- Pemeriksaan laboratorium lengkap.
- Pemeriksaan oftamologi tambahan untuk mencari kemungkinan *functional blindness*.

Penatalaksanaan

- Pada dasarnya sama dengan penatalaksanaan di fasilitas SEC, akan tetapi bila pemeriksaan laboratorium untuk system hemorheologi dijumpai adanya kelainan, sebaiknya segera dirujuk ke bagian Hematologi.
- Bila penyebabnya adalah Intoksikasi (methanol), dapat diberikan injeksi etanol secara intravena.
- Bila pada CT scan kepala/orbita tidak ditemukan tanda-tanda fraktur orbita, dapat diberikan steroid intravena.
- Bila ditemukan adanya *interval lucide*, pasien dapat segera dirujuk ke Bedah Saraf.

b. Amaurosis Fugax

- Pemeriksaan oftamologi lengkap.
- Pemeriksaan laboratorium lengkap.
- Pemeriksaan hemorheologi
- Pemeriksaan CT scan kepala untuk mencari kemungkinan adanya SOL/peningkatan tekanan intrakranial.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Penatalaksanaan

- Bila terdapat SOL, segera dirujuk ke Bedah Saraf.
- Bila terdapat kelainan pada system pembekuan darah/hemorheologi, segera dirujuk ke Bagian Hematologi.

10. PELAYANAN UNIT LOW VISION

Diagnosis : Semua pasien yang tidak bias dilakukan tindakan operasi maupun terapi dengan obat, anak maupun dewasa.

Pemeriksaan :

- Visus
- Refraksi
- Kontras sensitivitas
- Tes buta warna
- Pemeriksaan dengan alat teleskop ataupun kaca pembesar.
- Tes lapang pandang

Sarana penunjang :

- Slit Lamp
- Buku Istihara
- Teleskop
- Kaca pembesar
- Baterai
- Snellen Chart
- Trial Lens Set
- Aquabidest
- Fluoresent
- Keratometer
- Vacum Applicator
- Lenso meter
- Hard + Soft contact lens trial
- Multipurpose

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 2 orang
- Perawat 1 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan 1 jam/pasien

Target : Rata-rata kunjungan 5 pasien/hari

Jenis penyakit yang diperiksa, diantaranya adalah :

Lensa Kontak

Dengan menggunakan lampu senter, lup, slit lamp, strip fluoresin, kalau perlu sediaan apus dan biakan dari ulkus kornea, dari lensa kontaknya atau dari tempat lensa kontaknya.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Penatalaksanaan

- Bila Ada Infeksi.
 - Lensa kontak segera dilepas.
 - Berikan terapi seperti pada ulkus/keratitis pada umumnya.

- Bila ada spesifik problema lensa kontak :
 1. **Giant papillary conjunctivis**
 - Lensa kontak segera dilepas.
 - Berikan topical mast cell stabilizer, chromolyn chromoglycate tetes mata.
 - Perbaiki hygiene, bila perlu ganti 'cleaning sistem'.
 - Bila keadaan sudah membaik (biasanya 1 - 4 bulan) ganti lensa kontak dengan design dan bahan baru yang berbeda dengan sebelumnya.

 2. **Hipersensitivitas / reaksi toksis :**
 - Lensa kontak segera dilepas.
 - Pakai *artificial tears* tanpa bahan pengawet 4 - 6 X sehari.
 - Ganti lensa kontak dengan design dan bahan baru yang berbeda dengan bahan sebelumnya, bila keadaan sudah membaik.

 3. **Contact lens deposit**
 - Lensa kontak segera dilepas.
 - Ganti lensa kontak lunak baru bila keadaan membaik, disarankan memakai lensa kontak yang sekali pakai. Pada lensa RGP deposit umumnya mudah dapat dihilangkan. Selanjutnya perlu memakai *enzyme treatment* juga.
 - Diberi pelatihan tentang perawatan lensa kontak, juga tentang perawatan dengan *enzyme* tiap 1 minggu sekali.

 4. **Tigh lens syndrome :**
 - Lensa kontak segera dilepas.
 - Setelah gejala hilang, di fit ulang dengan lensa kontak yang lebih flat. Kalau lensa RGP dapat dicoba dengan pengecilan diameter lebih dahulu atau tindakan lain yang akan membuat fitting lensa lebih 'loose' (longgar).

 5. **Abrasi cornea**
 - Lensa kontak segera dilepas, dan diberikan terapi.
 - Setelah keadaan membaik dan stabil (refraksi dan keratometri telah membaik dan menetap setelah tiga kali pemeriksaan) kemudian dilakukan fitting ulang.

 6. **Neovaskularisasi pada cornea.**
 - Lensa kontak segera dilepas.
 - Berikan topical steroid.
 - Di fit ulang dengan lensa kontak dengan DK yang lebih tinggi dan pemakaian 'daily-wear'.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

7. Perubahan epitel kornea.

- Lensa kontak segera di lepas.
- Bila epitel kornea sudah membaik berikan lensa kontak baru. Pada lensa RGP, dicoba dulu dengan lensa yang diperbaiki (modified), misalnya dengan memperkecil diameter lensa kontak.
- Gunakan cairan yang tidak ada bahan pengawet

a. Kedipan yang tidak sempurna :

- Berikan artificial tears yang tidak mengandung bahan pengawet.
- Penting untuk mengajarkan cara mengedip yang benar pada pemakai lensa kontak.

b. Dislokasi lensa :

- Lensa kontak diperiksa, apakah ada kerusakan atau tidak bila tidak ada, *clean & disinfect* lensa, diperiksa kembali fittingnya. Periksa segmen depan mata dengan seksama.

Bila ada infeksi kornea, *follow up* pada hari berikutnya dan diteruskan sampai sembuh. Bila pada kondisi non infeksi, *follow up* 1 – 4 minggu berikutnya tergantung kondisi klinisnya. Penderita yang diberi steroid topikal harus di *follow up* lebih kuat.

REKOMENDASI

Pada semua problema lensa kontak :

1. Lensa kontak pada umumnya lebih aman kalau dilepas.
2. Setelah pemeriksaan, baru tindakan selanjutnya dirujuk.

Penanganan lensa kontak pada pelayanan kesehatan mata primer, perlu dapat membedakan *soft contact lens* dan lensa RGP (rigid gas permeable) dan dapat mengeluarkan/melepaskan lensa kontak bila didapatkan problema lensa kontak pada penderita yang datang. Cara melepaskan lensa kontak pada kedua jenis lensa kontak itu berbeda (lihat pada penatalaksanaan pada pelayanan kesehatan mata primer).

Pada pelayanan kesehatan mata sekunder dapat dilakukan usaha pertolongan dan pengobatan, bila menemui kesulitan dapat dirujuk ke pelayanan kesehatan mata tertier.

11. PELAYANAN UNIT OFTALMOLOGI KOMUNITAS

Suatu unit pelayanan kesehatan mata yang memberikan pelayanan bagi masyarakat di luar rumah sakit (Out Reach Service)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Jenis pelayanan :

- Penyuluhan kesehatan mata masyarakat
- Pelatihan kader deteksi dini katarak
- Pelatihan guru SD/MI
- Skrining buta katarak dan murid SD/MI di luar rumah sakit
- Operasi buta katarak

Sarana Penunjang :

- Material Promosi
- Material Training
- Snellen Chart
- Trial Lens
- Loupe
- Baterai
- Tonometer
- Penggaris PD
- Katarak Set
- Mikroskop
- Barang Habis Pakai

Tenaga :

- Dokter SpM 2 orang
- Dokter residen 2 orang
- Asisten operasi 2 orang
- Perawat 2 orang
- Administrator 1 orang

Indikator Kinerja :

- Adanya perubahan sikap dan perilaku masyarakat mengenai pentingnya kesehatan mata.
- Kader dapat membedakan antara pasien buta katarak dengan yang bukan buta katarak (tingkat kesalahan kader dalam membedakan buta katarak dengan yang bukan katarak maksimal 20%).
- Lama tindakan operasi untuk satu pasien 30-60 menit.

Target :

- Untuk promosi ditarget 1000 orang.
- Untuk kader katarak 1000 orang (satu kali pelatihan 50 orang untuk 8 kabupaten, setiap kabupaten 125 orang).
- Untuk kader guru 1000 orang (satu kali pelatihan 50 orang untuk 8 kabupaten, untuk setiap kabupaten 125 orang)
- Untuk Skrining buta katarak oleh team medis minimal untuk sekali kunjungan 25-50 orang (1000-5000) pasien.
- Untuk Skrining murid SD/MI oleh tim Medis minimal untuk sekali kunjungan 25-50 murid SD/MI.
- Untuk tindakan operasi pasien buta katarak per sekali kunjungan operasi (1000 pasien)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2.1.2. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RAWAT INAP

1. Pengertian

Memberikan pelayanan rawat inap kepada masyarakat yang menderita penyakit mata dan memerlukan perawatan serta observasi dokter di rumah sakit, meliputi:

- a. Pelayanan rawat inap pasien kelas I
- b. Pelayanan rawat inap pasien kelas II
- c. Pelayanan rawat inap pasien kelas III
- d. Pelayanan rawat inap pasien pavilion

2. Pelayanan yang diberikan adalah:

- a. Visite dokter sehari dua kali.
- b. Perawatan bagi pasien non bedah
 - Pemeriksaan
 - Visus

Pemberian obat-obatan sesuai instruksi dokter.

- Mengukur suhu pasien
 - Mengukur tekanan darah pasien
 - Mengukur denyut nadi.
 - Pemberian suntikan (bila perlu).
 - Spooling untuk penyakit tertentu.
 - Ganti verban
 - Pemeriksaan laboratorium.
 - Konsultasi dengan bagian lain.
- c. Perawatan pasien pra bedah
 - Pemeriksaan laboratorium rutin
 - Untuk pasien yang mendapatkan narcose umum, dilakukan screening lab.
 - Cukur bulu mata.
 - Keramas pasien
 - Mengukur suhu tubuh.
 - Mengukur tekanan darah pasien
 - Mengukur denyut nadi.
 - Pemasangan infuse (sesuai instruksi dokter)
 - d. Perawatan pasien pasca bedah
 - Visite dokter.
 - Ganti verban
 - Pemberian obat-obatan sesuai instruksi dokter.
 - Konsultasi ke bagian lain (bila perlu).
 - Visus control
 - Pemeriksaan lab gula darah post operasi untuk penyakit tertentu.

Tenaga :

- Dokter Spesialis Mata 2 orang
- Perawat 4 orang
- Administrasi 1 orang/ruang rawat inap.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Indikator Kinerja : Rata-rata lama perawatan pasien 4 hari

Target : Rata-rata pasien rawat inap 405 orang/bulan.

2.1.3. STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI BEDAH

Pengertian :

Pelayanan di kamar bedah hendaknya memiliki falsafah dan tujuan yang mencerminkan pelayanan medis dan pelayanan perawatan agar dapat tercipta koordinasi dan kesinambungan pelayanan sesuai dengan protap dan prosedur pelayanan instalasi kamar bedah yang berlaku.

Jenis kegiatan :

Lima besar jenis kegiatan tindakan di kamar bedah, meliputi:

1. Tindakan Operasi Katarak.
2. Tindakan Operasi Glaukoma
3. Tindakan Operasi Retina
4. Tindakan Operasi pterigium
5. Tindakan Operasi Rekonstruksi dan Oculoplastic

Sarana Penunjang :

1. Katarak : - Katarak set
- Meja mayo
- Lampu Operasi
- Mikroskop
- Standar infuse
- 1 Unit Cauter
- Kursi
- BHP sesuai kebutuhan
2. Glaukoma : - Glaukoma set
- Mikroskop
- Meja Operasi
- Kursi
- Standard Infus
- Meja Mayo
- Cauter
- Lampu operasi
- BHP sesuai kebutuhan
3. Retina : - Lampu operasi
- 1 set instrument retina
- Mokroscope
- Meson Vitrectomy
- Meja Mayo
- Standar infuse
- Satu unit laser
- Kursi
- BHP sesuai kebutuha



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Rekonstruksi dan Oculoplastic :
- 1 set instrumen bedah rekonstruksi
 - Lampu operasi
 - Meja Mayo
 - Cauter
 - Suction
 - Meja operasi
 - Standar infuse
 - Kursi
 - BHP sesuai kebutuhan

5. Pterygium :
- 1 set instrument pterygium
 - Mikroskope
 - Cauter
 - Meja Operasi
 - Kursi
 - BHP sesuai kebutuhan

Tenaga :

- Dokter mata 1 orang
- Perawat 2 orang
- Administrasi 2 orang

Indikator Kinerja :

Angka infeksi luka operasi 0,1 %

Target : -Rata-rata tindakan operasi 15 pasien/ hari

2.1.4. STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI UNIT GAWAT DARURAT

Pengertian :

Memberikan pelayanan gawat darurat mata kepada masyarakat selama 24 jam sesuai protap dan prosedur serta standar pelayanan instalasi gawat darurat yang berlaku di RS. Mata Cicendo.

Jenis Pelayanan :

Pelayanan one day surgery atau pelayanan yang disesuaikan dengan keadaan kondisi ketika pasien datang serta pelaksanaan tindakan dilaksanakan sesuai standar pelayanan profesi dan prosedur yang berlaku.

Sarana Penunjang :

- Meja operasi
- Lampu
- Instrumen untuk jahit, hordeolum set, pterygium set
- Obat-obatan analgetika
- BHP sesuai kebutuhan



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Tenaga :

- Dokter spesialis mata 1 org
- Perawat 3 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Waktu pelayanan pasien 30 menit/ pasien

Target : Rata-rata kunjungan pasien 20 orang/ hari Complain pasien 1 %

2.1.5. STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIO DIAGNOSTIK

Jenis Pelayanan :

- Semua pemeriksaan diagnostic, laser terapi dan radiology
- Pelayanan diberikan sesuai permintaan dokter

Sarana Penunjang :

- Refraktometer
- Keratometer
- Tono non kontak
- Geometri
- USG
- Perimetri Octopus
- Synoptophore
- Stereo Disk Cauter
- Vundus copy
- Portable VEP dan ERG
- Pachi metri
- Laser MIDEX
- Argon laser

Tenaga :

- Dokter spesialis Mata 1 orang
- Perawat 4 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator kerja : Lama pemeriksaan pasien 10 menit/ pasien

Target : Rata-rata kunjungan pasien 50 org/ hari

2.1.6. STANDARD PELAYANAN MINIMAL PENUNJANG MEDIS

A. STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI LABORATORIUM

Pengertian :

Pelayanan laboratorium rumah sakit mengacu pada pelayanan rumah sakit di bidang diagnostic serta melakukan interpretasi hasil laboratorium klinik yang bermanfaat untuk pengelolaan pasien.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Pengembangan metode pemeriksaan laboratorium klinik disesuaikan dengan pengembangan ilmu dan teknologi berdasarkan dengan penelitian.

Jenis-jenis pelayanan laboratorium :

- Lab Rutin
- HB
- Leuco
- Urine
- Preparat

Sarana Penunjang :

- Foto meter
- Pipet
- Tabung reaksi
- Mikroscope
- Obyek glass
- Oase

Tenaga :

- Dokter ahli patologi 1 orang
- Analis 7 orang
- Administrasi - orang

Indikator Kinerja : lama pemeriksaan 60 menit/pasien

Target : rata-rata kunjungan pasien 40 pasien/hari

B. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RADIOLOGI

Pengertian :

Suatu unit yang memberikan pelayanan pemeriksaan radiology yang disesuaikan dengan permintaan dokter yang mengirim, baik dari rawat jalan spesialisistik, sub spesialisistik maupun kiriman pasien rawat inap.

Sarana Penunjang :

Perlengkapan alat roentgen

Tenaga :

- Dokter ahli radiology 1 orang
- Perawat radiology 2 orang
- Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja : Lama pemeriksaan pasien 3-10 menit/pasien

Target : Rata-rata kunjungan pasien 6 orang/hari.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

C. STANDAR PELAYANAN INSTALASI FARMASI

Pengertian :

Suatu unit pelayanan kefarmasian yang tidak terpisahkan dari system pelayanan rumah sakit dan berorientasi kepada pelayanan pasien, baik rawat inap maupun rawat jalan. Bertujuan menyediakan dan mendistribusikan alat kefarmasian yang bermutu dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.

Jenis Pelayanan :

- Pelayanan resep obat dan alkes untuk :
 - b. Umum
 - c. Askes
 - d. Askeskin
 - e. Kontraktor
 - f. Kebutuhan di ruang operasi
- Pelayanan farmasi klinik

Sarana Penunjang :

- Rak penyimpanan obat
- Ruang konseling pasien
- Sarana dan prasarana administrasi

Tenaga :

- Apoteker 3 orang
- Asisten apoteker 7 orang
- Administrasi 4 orang

Indikator Kinerja : Rata-rata pelayanan resep 6 menit/resep

Target : Telayannya obat-obatan dan alker habis pakai 95% dari jumlah resep yang dirulis.

D. STANDAR PELAYANAN INSTALASI GIZI

Pengertian :

uatu unit pelayanan yang diselenggarakan secara terintegrasi dengan unit layanan lain di rumah sakit untuk mencapai pelayanan gizi yang optimal dan bermutu.

Jenis Pelayanan :

- Memenuhi kebutuhan makanan untuk pasien rawat inap yang disesuaikan dengan diagnosa penyakit dan kelas perawatan.
- Memenuhi kebutuhan makanan pegawai rumah sakit.
- Memberikan pelayanan konsultasi gizi bagi pasien rawat inap dan rawat jalan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Tenaga :

- Ahli gizi 3 orang
- Pembantu Ahli gizi 1 orang
- SMKK 6 orang
- Pengolah makanan non SMKK 4 orang
- Perhotelan 2 orang
- Pekarya ruangan 4 orang
- Tenaga Administrasi 1 orang

Indikator Kinerja :

- Terlayannya kebutuhan makanan pasien dan pegawai
- Terlayannya konsultasi gizi bagi pasien rawat inap dan rawat jalan

Target : 100%

E. STANDAR PELAYANAN INSTALASI OPTIK

Pengertian :

Suatu unit pelayanan yang diselenggarakan secara terintegrasi dengan unit pelayanan lainnya di rumah sakit yang khusus melayani resep kaca mata pasien, terutama bagi pasien kunjungan rawat jalan, pasien umum, pasien askes, maupun pasien askeskin.

Jenis Pelayanan :

Pembelian kaca mata sesuai dengan resep dokter.

Sarana Penunjang :

- Frame berbagai ukuran.
- Lensa berbagai ukuran.
- Lensometer
- Alat faset.
- Etalase
- Alat-alat stel kaca mata

Tenaga :

- Refraksionis oftisien 1 orang
- Administrasi dan pelayanan 5 orang

Indikator Kinerja :

Lama pembuatan kaca mata 2 jam s/d 12 hari/kaca mata.

Target : Rata-rata pelayanan resep kaca mata 10-20 resep/hari.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**2.2 STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) MANAJEMEN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) KEUANGAN RUMAH SAKIT MATA
CICENDO BANDUNG**

NO	JENIS PELAYANAN/KEGIATAN MINIMAL	INDIKATOR	TARGET
1	Penyelenggaraan audit keuangan	Frekuensi audit keuangan meningkatnya keuntungan rumah sakit	4 kali/tahun 10% dari tahun sebelumnya
2	Pembuatan SPPD sesuai instruksi	Waktu pembuatan SPPD	1 hari selesai
3	Kegiatan monitoring pencatatan pendapatan fungsional	Frekuensi monitoring	360 kali setahun
4	Penagihan piutang kepada pihak ketiga	Tertagihnya piutang tepat waktu	100% tepat waktu
5	Ketepatan penyediaan anggaran	Tidak ada pengeluaran yang melebihi anggaran	100% tepat
6	Pengajuan dokumentasi bagian keuangan	Tidak Ada kesalahan	100% tepat
7	Pertemuan bagian keuangan	Jumlah pertemuan	12 kali setahun
8	Ketepatan pembayaran gaji, jasa pelayanan dan honor	Waktu pembayaran	Gaji tanggal 1 s/d 3 Jasa pelayanan 15 s/d 17 Honor tanggal 30 pd bln ybs.
9	Memeriksa kebenaran laporan keuangan	Kesalahan dan laporan	0%
10	Melakukan penjumlahan seluruh transaksi	Seluruh transaksi masuk dalam jumlah	100%
11	Menyusun dan membuat laporan keuangan bulanan secara periodik	Tersusunnya laporan keuangan tepat waktu	12 kali pertahun
12	Menyusun dan membuat laporan keuangan tahunan berupa neraca, laporan rugi laba dan analisa keuangan	Tersusunnya laporan keuangan tepat waktu	Setiap tahun max bln juni tahun berikutnya
13	Melakukan dialog berkala dalam rangka informasi keuangan/ rekonsiliasi dengan KPPN	Fekuensi dialog yang dilaksanakan setiap bulan	12 kali setahun
14	Menyusun berkas tagihan kontraktor tahunan	Tersusunnya berkas tagihan kontraktor	Pada ahir bulan Desember tahun berjalan
15	Mengerjakan semua tagihan kontraktor	Waktu mengerjakan	12 kali pertahun
16	Memeliti dan memeriksa kebenaran berkas tagihan kontraktor	Tidak ada kesalahan	Setip bulan minggu ke 2



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NO	JENIS PELAYANAN/KEGIATAN MINIMAL	INDIKATOR	TARGET
17	Mengirimkan berkas lagihan yang sudah selesai tepat waktu	Semua berkas kontraktor dikirim tepat waktu	100%
18	Meneliti semua penerimaan fungsional	Tercatatnya semua jenis penerimaan	Setiap hari
19	Meneliti semua pengeluaran biaya operasional	Pengeluaran sesuai dengan anggaran yang tersedia	100% tepat
20	Monitoring pembagian jasa pelayanan	Pembagian jasa pelayanan tepat waktu	Sesuai jadwal
21	Penyusunan laporan bulanan dan tahunan	Terwujudnya dan terdokumentasinya laporan keuangan	Berkas laboran
22	Pembayaran utang kepada penyedia barang/jasa	Terbayarnya utang sesuai dengan jatuh tempo	Minimal 30 hari Maksimal 45 hari
23	Pembayaran biaya operasional untuk sumber daya manusia	Terlayannya biaya SDM sesuai kebutuhan	100% terlayani tepat waktu
24	Pembuatan surat pertanggungjawaban	Pembukuan bendaharawan pengeluaran rapi, benar dan dapat dipertanggung jawabkan	Sesuai protap
25	Pelaporan SPJ	Tercapainya laporan SPJ tepat waktu	Setiap tanggal 5 bulan berikutnya
26	Pelayanan penerimaan pembayaran pasien rawat jalan	Waktu pelayanan	15 menit
27	Pelayanan penerimaan pembayaran pasien rawat inap	Waktu pelayanan	30 menit
28	Perhitungan biaya pengobatan/perawatan yang akuntabel	Kesalahan perhitungan	0%
29	Pelayanan dokumen pembayaran	Waktu pelayanan	15 menit
30	Penutupan Kas	Waktu maksimal penutupan kas	Jam 13.00
31	Pelaporan data jasa medis untuk jasa pelayanan	Waktu pelaporan	Tanggal 5 setiap bulan
32	Laporan Penyetoran pendapatan rumah sakit ke bank	Waktu penyetoran	Setiap hari
33	Pembuatan laporan intern dan pembuatan bahan evaluasi pendapatan	Batas waktu pelaporan	Tanggal 10 setiap bulan
34	Pengiriman laboran bulanan	Batas waktu pelaporan	Tanggal 14 setiap bulan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2.3. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) SARANA DAN PRASARANA

NO	JENIS PELAYANAN/KEGIATAN MINIMAL	INDIKATOR	TARGET
1	Monitoring audit barang inventaris non medis	Frekuensi monitoring menurunnya keluhan provider	1 tahun sekali 20% dari tahun sebelumnya
2	Penyelenggaraan kerumahtanggaan	Terpenuhinya permintaan dan pendistribusian barang	100% terpenuhi sesuai kebutuhan
3	Membuat standar umur pemakaian alat medis dan penunjang medis	Tersusunya standar umur pemakaian alat medis dan penunjang medis.	1 berkas standar
4	Menyusun standar kebutuhan alat medis dan penunjang medis	Tersusunya daftar alat medis dan penunjang medis	1 berkas standar
5	Menyusun standar kebutuhan alat medis dan penunjang medis	Tersusunya standar kebutuhan alat	1 berkas
6	Menyusun rencana kebutuhan alat medis dan penunjang medis	Tersusunya rencana kebutuhan alat	1 berkas
7	Meyeleksi permintaan alat medis dan unit kerja	Waktu yang dibutuhkan untuk meyeleksi permintaan alat	1 berkas
8	Meneliti jumlah kebutuhan obat dan alat habis pakai	Terseleksinya permintaan obat dan alat habis pakai	100%
9	Menyusun standar kebutuhan obat dan alat habis pakai	Tersusunya standar kebutuhan obat dan alat habis pakai	1 berkas
10	Penerimaan barang	<ul style="list-style-type: none">Jumlah barang yang diterimaSpesifikasi barang sesuai SPK	<ul style="list-style-type: none">100%100%
11	Penyimpanan barang	<ul style="list-style-type: none">Barang tersimpan baik dan amanPengecekan barangJumlah stoc barang	<ul style="list-style-type: none">100%setiap bulan100% sesuai protap
12	Penyaluran barang	<ul style="list-style-type: none">Penyaluran dan pendistribusian barangTepat waktuKomplain	<ul style="list-style-type: none">100% sesuai protapmaximal 7 hari0%
13	Pencucian tenun	<ul style="list-style-type: none">menurunnya keluhan pelanggankebersihan hasil cucian	<ul style="list-style-type: none">70% pelanggan merasa puas100% bersih
14	Menggantikan kartu inventaris barang yang rusak	Mengisi daftar kartu inventaris barang di unit	100% sesuai



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

		kerja sesuai dengan barang yang ada	
15	Penyusunan rencana kegiatan tahunan sarana dan prasarana berdasarkan masterplan	tersedanya dokumen perencanaan tahunan sarana dan prasarana	Berkas dan realisasi
16	Sterilisasi peralatan	<ul style="list-style-type: none">• menurunnya keluhan pemakaian• keberhasilan hasil sterilisasi	80% sesuai
17	Monitoring fungsi peralatan medis dan penunjang medis	frekuensi sterilisasi menurunnya keluhan	1 minggu sekali 20% dari setahun



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2.4. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) SUMBER DAYA MANUSIA

NO	JENIS PELAYANAN/KEGIATAN MINIMAL	INDIKATOR	TARGET
1	Sosialisasi peraturan kepegawaian	Menueunkan ketidakpuasan pegawai	Keluhan pegawai < 5% pertahun
2	Pembinaan Etika Pegawai	Adanya pelatihan customer service yang konsisten	Keluhan pelanggan < 5% pertahun
3	Pengaturan distribusi pegawai	Tersedianya jadwal dinas dan penempatan pegawai	12 kali dalam setahun
4	Orientasi/ sosialisasi pegawai baru	Adanya pengetahuan yang memadai tentang situasi wilayah kerja rumah sakit	100% pertahun
5	Pengembangan karier pegawai	Tersusunnya skenario pengembangan karier pegawai	100% pegawai sesuai kompetensi
6	Pembinaan managerial pegawai	Terlaksananya pelatihan managerial bagi para pejabat struktural dan fungsional	3 Manajemen error < 5% kali setiap tahun
7	Pembinaan kemampuan teknis pegawai	Terlaksananya pelatihan teknis pegawai	6 kali setiap tahun
8	Pengadministrasian kenaikan pangkat, gaji berkala, usulan pensiunan, cuti pegawai, dll	Terlaksananya pengurus hak-hak pegawai secara tepat waktu	100% tepat waktu
9	Pengembangan diklat pegawai	Terlaksanya kegiatan diklat pegawai	20% meningkat pendidikannya setiap tahun
10	Melaksanakan pemantauan disiplin pegawai (kehadiran, kerapihan pakaian, keramahan, prilaku pelayanan, dll)	Terlaksanya reward & punishment, terlaksananya penilaian DP3 yang objektif.	



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2.5. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) ADMINISTRASI/ KESEKRETARIATAN

NO	JENIS PELAYANAN/KEGIATAN MINIMAL	INDIKATOR	TARGET
1	Menyusun, mensosialisasikan dan mengevaluasi protap	Tersedianya protap	100%
2	Penyelenggaraan ketatausahaan	Terlaksananya kegiatan ketatausahaan	2 -3 Hari selesai
3	Penyelenggaraan keprotokolan	Terlaksananya kegiatan keprotokolan	100%
4	Pengendalian surat masuk dan surat keluar	Tertib administrasi Pengarsipan surat masuk/ keluar	1 hari
5	Survey kepuasan konsumen dan <i>customer internal</i>	Dilakukan minimal 6 bulan sekali	2 kali setahun
6	Pemberian formulir kendali dan formulir disposisi untuk surat masuk dan surat keluar	Waktu penyusunan nomor formulir dan disposisi surat pada file kendali	1 hari
7	Pengarsipan surat masuk dan surat keluar	Waktu pengarsipan surat	1 hari
8	Penyampaian surat ke unit kerja sesuai dengan disposisi	Penyampaian surat cepat, tepat dan akurat	1 hari
9	Penyelesaian dan pendistribusian surat- surat dinas	Waktu penyelesaian	2-3 hari
10	Penggandaan surat	Waktu penggandaan surat	1 hari
11	Penyusunan laporan hasil kegiatan pelatihan	Laporan	1 Berkas
12	Evaluasi dokumen dan revisi protap	Keberhasilan manajemen kesekretariatan	Minimal 90 %
13	Penyusunan dan penyelesaian dokumen lelang	Waktu sesuai jadwal yang ditetapkan	90%



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**BAB III
PENUTUP**

Dengan semakin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi di era globalisasi ini serta dengan menjamurnya rumah sakit-rumah sakit swasta di kota-kota besar saat ini, maka persaingan antara rumah sakit pun semakin sengit. Oleh karena itu, implementasi suatu standard pelayanan minimal dan indikator kinerja rumah sakit akan menjadi suatu kebutuhan.

Indikator kinerja untuk mengukur mutu pelayanan di rumah sakit akan bermanfaat sekali dalam pengelolaan suatu rumah sakit. Manfaat tersebut merupakan alat kontrol dan dapat dijadikan sebagai alat pendukung untuk mengambil keputusan dalam menentukan perencanaan kegiatan di masa mendatang.

Berbagai sarana dan prasarana yang menunjang standard pelayanan minimal rumah sakit merupakan langkah kinerja dalam upaya pengelolaan rumah sakit agar tetap berada di depan dalam menghadapi persaingan pelayanan rumah sakit di era globalisasi.



MENTERI KESEHATAN,

[Handwritten Signature]
SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)