



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 111/UN4.24.0/2023

TENTANG

PEDOMAN PENGORGANISASIAN INSTALASI LAYANAN MATA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka penyelenggaraan dan pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit Unhas, diperlukan penataan organisasi di setiap unit kerja Rumah Sakit Unhas
- b. Bahwa berdasarkan huruf a di atas maka perlu disusun Peraturan Direktur Utama Tentang Pedoman Pengorganisasian dan Pelayanan Instalasi Layanan Mata di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 158);
4. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014, Tanggal 15 Januari 2014, tentang Aparatur Sipil Negara, Lembaran Negara R.I. Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 5494;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2015 tentang Statuta Universitas Hasanuddin (Tambahan LN.Tahun 2015 Nomor 5722)
7. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
8. Peraturan Presiden Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan;

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1045 Tahun 2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1069 Tahun 2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2017 tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2018
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
14. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor : 24/UN4.1/2022 Tanggal 17 Oktober 2022 tentang Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
15. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7071/UN4.1/KEP/2022 Tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN INSTALASI
LAYANAN MATA**

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Rektor ini yang dimaksud dengan:

1. Universitas Hasanuddin yang selanjutnya disebut Unhas adalah Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum.
2. Rektor adalah organ Unhas yang memimpin penyelenggaraan dan pengelolaan Unhas
3. Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin yang selanjutnya disingkat dengan RS Unhas, merupakan unit kerja di dalam lingkungan Universitas Hasanuddin yang berfungsi sebagai unit penunjang akademik yang bertugas untuk mengkoordinasikan dan/atau menyelenggarakan kegiatan pendidikan, pelayanan kesehatan, penelitian dan pengembangan dalam sejumlah disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran dan kesehatan atau yang terkait yang mengedepankan efisiensi dan produktivitas.
4. Dewan Pengawas adalah organ non struktural rumah sakit yang mewakili rektor untuk melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
5. Direktur Utama adalah organ RS Unhas yang memimpin penyelenggaraan dan pengelolaan Rumah Sakit.
6. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah organ yang bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam memimpin dan menyelenggarakan audit kinerja non medis internal rumah sakit.
7. Komite adalah organ non struktural di bawah Direktur Utama yang bertanggung jawab atas pemberian rekomendasi kepada Direktur Utama dalam penerapan tata kelola klinik dan tata kelola organisasi yang baik.
8. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah unit yang bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan untuk mengorganisir staf medik fungsional dalam menyelaraskan kebijakan RS Unhas dalam pelaksanaan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di rumah sakit.
9. Manajer adalah organ di bawah Direktur yang membantu Direktur dalam penyelenggaraan operasional Direktur.
10. Instalasi adalah unit pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di rumah sakit.
11. Pusat adalah organ di bawah direktur utama yang menyelenggarakan dan mengelola administrasi terpadu penatausahaan kegiatan operasional.
12. Seksi adalah organ di bawah manajer yang menyelenggarakan dan mengelola administrasi penatausahaan kegiatan operasional bidang.
13. Unit adalah organ di bawah Direktur/Manajer Bidang yang melaksanakan tugas teknis operasional dan administratif yang diperlukan untuk penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di rumah sakit.

14. Good corporate governance adalah sistem yang mengatur hubungan peran direktur utama, peran direktorat, peran dewan pengawas, dan pemangku kepentingan lainnya di rumah sakit.
15. Good clinical governance adalah suatu sistem dalam peningkatan mutu layanan dan jaminan kualitas layanan dengan membangun pelayanan klinis yang baik di rumah sakit.
16. Good university governance adalah suatu sistem yang mengatur tata kelola perguruan tinggi secara konsisten dan berkesinambungan untuk dapat meningkatkan budaya mutu serta pelayanan akademik dan non akademik yang bereputasi unggul di universitas hasanuddin.
17. Pegawai RS Unhas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.
18. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
19. Tenaga non Kesehatan adalah sumber daya manusia yang bekerja di RS Unhas untuk menunjang pengoordinasian, penyelenggaraan dan/atau pengelolaan kegiatan pendidikan, pelayanan dan penelitian di RS Unhas dengan menggunakan disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi non kesehatan.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman pengorganisasian dan pelayanan Instalasi layanan mata ini dimaksudkan guna memberikan pedoman kerja dalam pelaksanaan pelayanan mata di Rumah Sakit Unhas yang berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien sehingga didapatkan suatu pelayanan baku, berkualitas dan komprehensif. Adapun tujuan dari pedoman ini tercantum dalam lampiran Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas yang merupakan bagian tidak terpisahkan.

BAB III

PENYELENGGARAAN

Pasal 3

Penyelenggaraan pelayanan di Instalasi layanan mata Rumah Sakit Unhas hanya dapat dilakukan oleh Profesi Pemberi Asuhan (PPA) yang terlatih dan berkompeten.

Pasal 4

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan/penyelenggaraan Instalasi layanan mata sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB IV
RUANG LINGKUP
Pasal 5

Ruang lingkup layanan mata Rumah Sakit Unhas meliputi:

- a. Rawat Jalan
- b. Rawat Inap
- c. Kamar Bedah

Pemberian pelayanan bedah mata pada:

- (1) Pasien operasi elektif;
- (2) Pasien emergency

Pasien bedah mata yang dilayani dapat berasal dari:

- (1) Rawat Jalan
- (2) Rawat Inap
- (3) Unit Gawat Darurat

BAB V
ORGANISASI
Pasal 6

1. Instalasi layanan mata dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
2. Kepala ruangan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Instalasi dan berlaku sebagai mitra.
3. Kepala ruangan bertanggungjawab terhadap pelayanan keperawatan di tingkat unit kepada Manajer Keperawatan.
4. Perawat Primer, dan perawat pelaksana bertanggung jawab kepada kepala ruangan.
5. Admin ruangan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Instalasi dan berkoordinasi dengan kepala ruangan.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Pasal 7

1. Direktur Utama, Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik, Komite Keperawatan, Komite PPI, Komite Mutu & Keselamatan Pasien, Komite Etik & Hukum, serta Satuan Pemeriksa Internal (SPI) melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewajibannya masing-masing.
2. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud diarahkan untuk :
 - a. Melindungi pasien dalam penyelenggaraan pelayanan Instalasi layanan mata yang dilakukan tenaga kesehatan;

- b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan Instalasi layanan mata sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran; dan
 - c. Memberikan kepastian hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan.
3. Pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal.
 4. Pengawasan internal Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Pengawasan teknis medis; dan
 - b. Pengawasan teknis perumahsakititan.
 5. Pengawasan teknis medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis melalui Komite Medik Rumah Sakit.
 6. Pengawasan teknis perumahsakititan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b adalah pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan dan kinerja keuangan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.

BAB VII
PENCATATAN DAN PELAPORAN
Pasal 8

1. Setiap profesional pemberi asuhan melakukan pendokumentasian pada berkas rekam medik pasien baik dalam bentuk kertas maupun rekam medik elektronik.
2. Pendokumentasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. Asesmen medis, keperawatan, gizi;
 - b. Catatan perkembangan pasien
 - c. EWS
 - d. Monitoring TTV
 - e. Monitoring nyeri
 - f. Monitoring jatuh
 - g. Barthel index
 - h. Kontrol pemberian obat
 - i. Edukasi terintegrasi
3. Penanggungjawab instalasi layanan mata membuat pelaporan pelayanan yang dilakukan tiap bulan.
4. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa:
 - a. Rekapitulasi pasien
 - b. Jumlah dan jenis operasi
 - c. Hasil BOR, AvLOS, TOI, BTO
 - d. Standar Pelayanan Minimum
 - e. Indikator mutu unit
 - f. Kinerja pegawai di unit

BAB VIII
PENUTUP
Pasal 9

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 17 APRIL 2023
DIREKTUR UTAMA,



Dr. Andi Muhammad Ichsan Ph.D, Sp.M(K) *Ch*
NIP 197002122008011013

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 111/UN.4.24.0/2023
TANGGAL 17 APRIL 2023

TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN INSTALASI LAYANAN MATA
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

BAB I
PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Peningkatan kinerja pelayanan kesehatan telah menjadi tema utama di seluruh dunia. Dengan tema ini, pelayanan kesehatan dan kelompok profesional kesehatan sebagai pemberi pelayanan harus menampilkan akuntabilitas sosial mereka dalam memberikan pelayanan yang mutakhir kepada pasien yang berdasarkan standar profesionalisme, sehingga diharapkan dapat memenuhi harapan masyarakat. Sebagai konsekuensinya peningkatan kinerja memerlukan persyaratan yang diterapkan dalam melaksanakan pekerjaan yang berdasarkan standar tertulis. Instalasi layanan mata merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan mata umum, infeksi dan imunologi (IIM), vetrio retina (VR), neuro oftalmologi (NO), glukoma, kornea, lensa dan bedah refraktif (KBR), rekonstruksi okuloplasti dan onkologi (ROO), pediatrik oftalmologi (PO). Pelayanan perlu di tingkatkan dan dikembangkan secara berkesinambungan dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan, pengobatan, perawatan ke pasien.

Dalam pelayanan keperawatan, standar sangat membantu perawat untuk mencapai asuhan yang berkualitas, sehingga harus berfikir realistis tentang pentingnya evaluasi sistematis terhadap semua aspek asuhan yang berkualitas tinggi. Namun keberhasilan dalam mengimplementasikan standar sangat tergantung pada individu itu sendiri, usaha bersama dari semua staf serta partisipasi dari seluruh anggota profesi. Standar yang dikembangkan dengan baik akan memberikan ciri ukuran kualitatif yang tepat seperti yang tercantum dalam standar pelaksanaannya. Standar selalu berhubungan dengan mutu karena standar menentukan mutu. Standar dibuat untuk mengarahkan cara pelayanan yang akan diberikan serta hasil yang ingin dicapai.

Asesmen pasien adalah dasar untuk memilih prosedur yang tepat. Assesmen memberikan informasi penting terhadap pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal, terlaksananya prosedur secara yang aman, menginterpretasikan temuan dalam monitoring pasien. Pemilihan prosedur tergantung pada riwayat pasien, status fisik, dan data diagnostik termasuk risiko dan manfaat prosedur bagi pasien. Pemilihan prosedur mempertimbangkan informasi dari asesmen saat masuk rawat inap, tes diagnostik, dan sumber lain yang tersedia. Pasien dan keluarga atau para pembuat keputusan menerima informasi yang adekuat untuk berpartisipasi dalam keputusan pemberian pelayanan

2. MAKSUD DAN TUJUAN

a. Maksud

Tercapainya Instalasi Layanan Mata sebagai instalasi yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan perkembangan dan kemajuan teknologi kedokteran secara efektif dan efisien agar tercapai pelayanan kesehatan yang optimal, serta dapat dijangkau oleh masyarakat yang membutuhkan.

b. Tujuan

1. Mengetahui standar ketenagaan di instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.
2. Mengetahui standar fasilitas di instalasi layanan mata di Rumah Sakit Unhas.
3. Mengetahui tata laksana pelayanan di Instalasi layanan mata unit di Rumah Sakit Unhas.
4. Mengetahui penyediaan logistik di Instalasi layanan mata di Rumah Sakit Unhas.
5. Mengetahui keselamatan pasien dalam pelayanan di Instalasi layanan mata di Rumah Sakit Unhas.
6. Mengetahui keselamatan kerja dalam pelayanan di Instalasi layanan mata di Rumah Sakit Unhas.
7. Mengetahui pengendalian mutu pelayanan di Instalasi layanan mata di Rumah Sakit Unhas.

BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

Rumah Sakit Unhas ini berlokasi di Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10 Kampus Tamalanrea Makassar dan diresmikan pada tanggal 15 Februari 2012 di Makassar oleh Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, Prof. Dr. M. Nuh. Rumah sakit ini terletak berdampingan dengan RS Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo (RSWS) bertujuan untuk efisiensi penggunaan sarana dan efisiensi pemanfaatan sumber dayamanusia (SDM) sehingga dapat dikembangkan konsep saling menguatkan dalam mengintegrasikan program pendidikan, penelitian dan pemeliharaan Kesehatan dengan RSWS. Adapun klasifikasi RS Unhas adalah sebagai berikut:

1. Nama RumahSakit : Rumah Sakit Unhas
2. Alamat / Telpon / Fax. : Jl.Perintis Kemerdekaan Km.10, Makassar, Sulawesi Selatan 90245
- Telepon : (0411) 591331
- Fax : (0411) 591332
- Email : info@rs.unhas.ac.id
- Website : www.rs.unhas.ac.id
3. Status Kepemilikan : Universitas Hasanuddin
4. Nama Direktur Utama : dr.Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M(K)
5. Kelas Rumah Sakit & SK Menkes RI : RS Kelas B (HK.02.03/2180/2014)
6. No. & tanggal ijin operasional RS : No:6/J.09/PTSP/2018 berlaku hingga 24 Agustus 2023
7. Luas Bangunan :
 - Gedung A : 14.813 m²
 - Gedung EF : 28.000 m²
 - Gedung BCD : 32.000 m²
8. Kapasitas Tempat Tidur : 240 TT
Rencana Gedung BCD: 400 TT
9. Layanan Unggulan di RS Unhas :
 1. Eye Centre
 2. Trauma Centre
 3. Cancer Centre
 4. FER Centre
 5. Neurointervention Center
10. Jenis Pelayanan di RS Unhas :
 1. Rawat Jalan
 - a. BedahUrologi
 - b. Bedah Digestif
 - c. Bedah Anak
 - d. Bedah Saraf
 - e. BedahOnkologi
 - f. BedahThoraks
 - g. BedahMulut
 - h. BedahPlastik
 - i. Orthopedi dan Traumatologi
 - j. Mata
 - k. Obgyn
 - l. PenyakitDalam
 - m. Saraf dan EEG
 - n. Kesehatan Jiwa dan Stress
 - o. GiziKlinik
 - p. FIsioterapi
 - q. Kardiologi
 - r. Anak
 - s. Nyeri dan Paliatif
 - t. PojokLaktasi
 - u. THT
 - v. Kulit dan Kelamin

2. Rawat Inap dan Bersalin
3. Rawat Darurat
4. Bedah Sentral
5. Rehabilitasi Medik
6. Perawatan Khusus (Kemoterapi dan Hemodialisa)
7. Perawatan Intensive (ICU/HCU dan NICU)
8. Layanan Mata
9. Rekam Medik
10. Laboratorium Patologi Klinik
11. Laboratorium Patologi Anatomi
12. Laboratorium Mikrobiologi
13. *Fertilitas Endokrinologi Reproduksi* (FER)
14. Radiologi
15. Radioterapi
16. Gizi
17. CSSD dan Laundry
18. Pemulasaran Jenazah
19. IPSRS

BAB III

VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN RUMAH SAKIT

A. Visi

Visi dari Rumah Sakit Unhas adalah

“Menjadi pelopor terpercaya dalam mengintegrasikan Pendidikan, Penelitian, dan Pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional”.

B. Misi

Misi dari Rumah Sakit Unhas adalah sebagai berikut:

- a. Menciptakan tenaga yang professional dan unggul dalam *interprofesional collaboration*.
- b. Menciptakan lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pengintegrasian pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.
- c. Mempelopori inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu pelayanan berkesinambungan.
- d. Memberikan pemeliharaan Kesehatan secara *interprofesional collaboration* dengan pendidikan dan penelitian yang mengedepankan aspek humanis.
- e. Menyelenggarakan tata kelola berdasarkan prinsip *good governance*.

C. Falsafah

Menghargai hakekat manusia sebagai makhluk paripurna dengan totalitas dan nilai-nilai yang dianutnya.

D. Nilai

Nilai dasar Rumah Sakit Unhas adalah “*Long Life Learning, Inovation, Togetherness, Trustfullness, and Compassionate,*”.

- a. *Long Life Learning*: RS memberikan proses pembelajaran yang terusmenerus dan berkesinambungan.
- b. *Inovation*: RS menciptakan sisyem yang baru dalam meningkatkan kualitas Pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan.
- c. *Togetherness*: RS ini milik bersama yang harus dikembangkan bersama melalui kerjsama dan kebersamaan.
- d. *Trustfullness*: Pelayanan yang diberikan menjunjung tinggi kepercayaan, kejujuran, konsistensi, dan keterbukaan.
- e. *Compassionate*: Dalam memberikan pelayanan atas dasar tulus melayani dengan penuh kasih sayang dan perhatian.

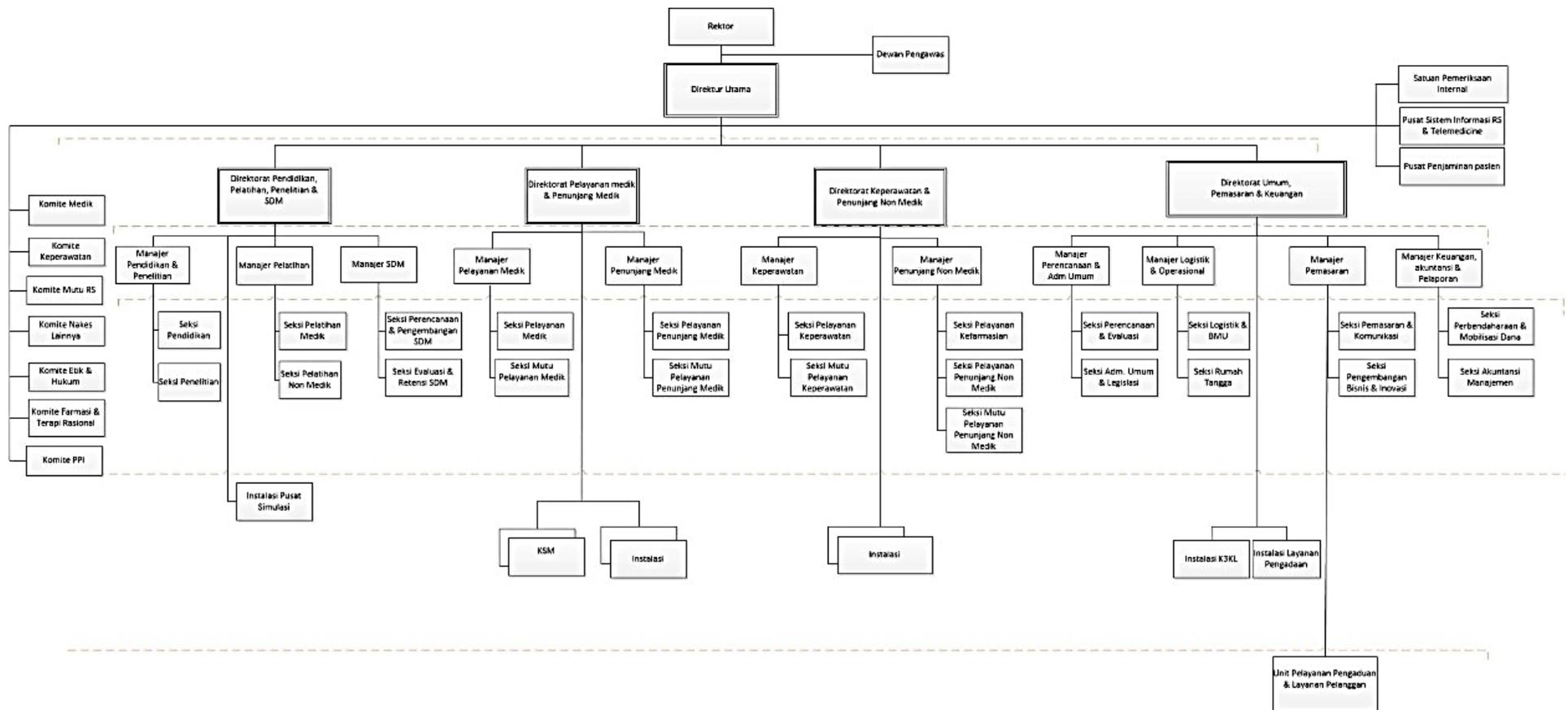
E. Tujuan

Rumah Sakit Unhas memiliki tujuan strategis sebagai berikut:

- a. Tersedianya SDM dalam bidang pendidikan, penelitian, dan pemelihattaan kesehatan yang profesional dan unggul yang memiliki komitmen tinggi.
- b. Terciptanya lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pengintegrasian pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan.
- c. Terselenggaranya pemeliharaan Kesehatan secara *interprofesional collaboration* dengan pendidikan dan penelitian yang mengedepankan aspek humanis.
- d. Terselenggaranya tata kelolaberdasarkan prinsip *good governance*.

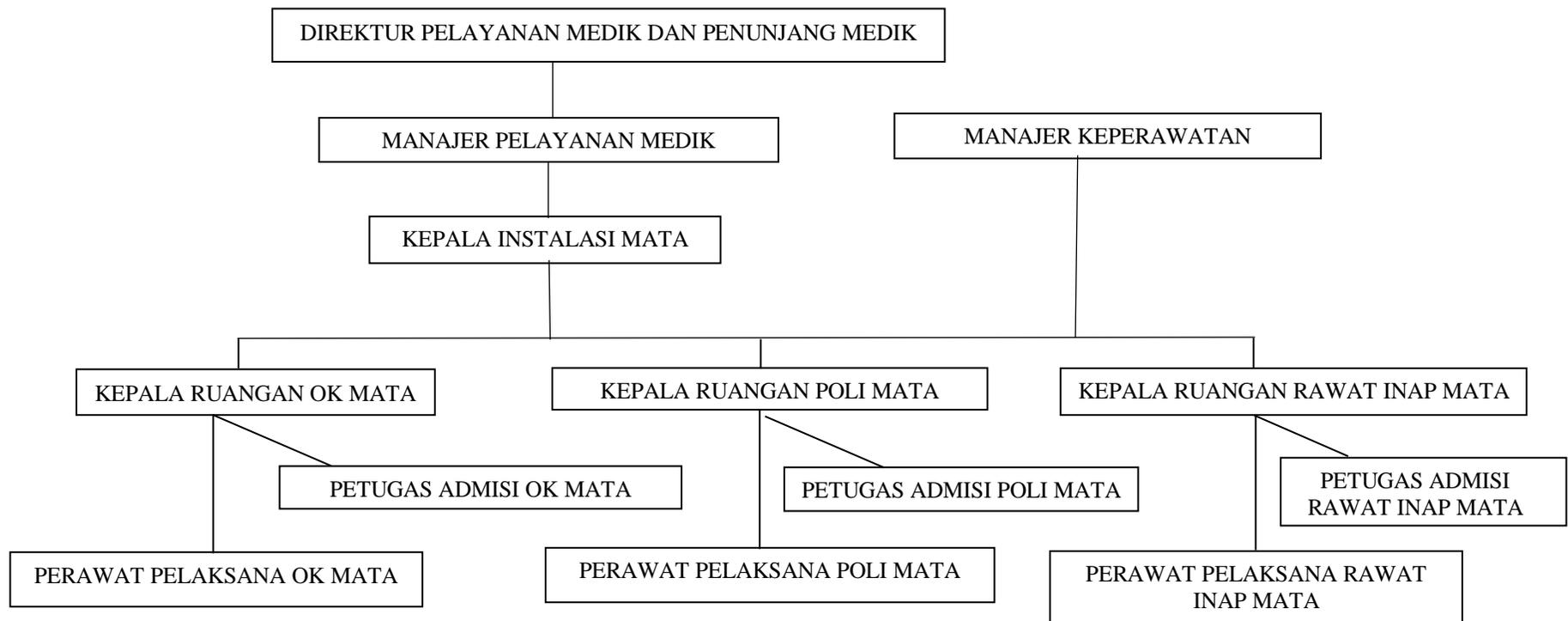
BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT

Struktur organisasi RS Unhas sesuai dengan Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7729/UN4.1/KEP/2022 tentang Organisasi dan Tata kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagai berikut:



BAB V STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA

Struktur organisasi instalasi layanan mata sesuai dengan SOTK Rumah Sakit Unhas berada dibawah Direktur pelayanan medik dan penunjang medik. Struktur organisasi instalasi layanan mata dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



BAB VI URAIAN JABATAN

A. Kepala Instalasi

Untuk dapat diangkat Kepala Instalasi, harus memenuhi persyaratan tertentu.

Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

1. Persyaratan Umum:

- 1) beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
- 2) berkewarganegaraan Indonesia;
- 3) sehat jasmani dan rohani;
- 4) berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
- 5) memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
- 6) memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit;
- 7) memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
- 8) memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
- 9) tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat; dan
- 10) tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan.

2. Persyaratan khusus

Kepala Instalasi Layanan mata minimal pendidikan Dokter Spesialis dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi

3. Instalasi Layanan Mata melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan

4. Instalasi Layanan Mata mempunyai fungsi:

1. Penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Layanan Mata;
2. Penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Layanan Mata;
3. Pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
4. Pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
5. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Layanan Mata;
6. Pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Layanan Mata;
7. Pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Layanan Mata;
8. Pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan di Instalasi Layanan Mata; pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan di Instalasi Layanan Mata;
9. Pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Layanan Mata;

10. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Layanan Mata meliputi:
 - a. pelayanan medik dan perawatan paripurna kepada pasien
 - b. administrasi/catatan medik dan perawatan Layanan Mata;
 - c. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
11. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
5. Instalasi Layanan Mata mempunyai tanggung jawab:
 - a. Tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi layanan Mata, dan peraturan lainnya;
 - b. Tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Layanan Mata;
 - c. Terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Layanan Mata;
 - d. Tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Layanan Mata;
 - e. Terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Layanan Mata;
 - f. Terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Layanan Mata;
 - g. Terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Layanan Mata;
 - h. Tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Instalasi Layanan Mata;
 - i. Terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
6. Instalasi Layanan Mata mempunyai wewenang:
 1. Memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik Instalasi Layanan Mata;
 2. Mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
 3. Tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Layanan Mata;
 4. Memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Layanan Mata; dan
 5. Menilai kinerja SDM di Instalasi Layanan Mata.

A. Kepala Ruangan

1. Tugas pokok
Kepala ruangan melaksanakan tugas manajerial pelayanan keperawatan / kebidanan di tingkat unit / instalasi dengan menyelenggarakan perencanaan, pengoorganisasian, implementasi, monitoring dan evaluasi pelayanan keperawatan.
2. Uraian Tugas
 - Perencanaan
 - 1) Merencanakan kebutuhan SDM ruangan berdasarkan analisis beban kerja.
 - 2) Merencanakan kebutuhan Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan perawat berdasarkan kompetensi dan peminatan.
 - 3) Merencanakan kebutuhan bahan habis pakai (BHP)
 - 4) Merencanakan kebutuhan alat tulis kantor (ATK) ruangan
 - 5) Merencanakan kebutuhan alat Kesehatan (alkes) ruangan
 - 6) Merencanakan kebutuhan inventaris ruangan
 - 7) Mengidentifikasi kebutuhan regulasi, Prosedur Operasional Standar (POS) pelayanan keperawatan di ruangan
 - 8) Mengusulkan strategi pengembangan pelayanan keperawatan di ruangan
 - 9) Merekomendasikan perawat primer atau ketua tim yang akan bertugas di ruangan.
 - Pengorganisasian
 - 1) Menyusun pembagian / jadwal shift perawat dan floating di ruangan
 - 2) Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan.
 - 3) Mengatur dan mengendalikan logistic ruangan: ATK, BHP, alat Kesehatan, dan inventaris non medik di ruangan

4) Mengatur dan mengendalikan pelaksanaan proses asuhan keperawatan.

Implementasi

- 1) Memimpin operan shift
- 2) Melaksanakan MAKP sesuai pedoman pelayanan keperawatan.
- 3) Melaksanakan pengarahan dan bimbingan terhadap PP dan PA dalam hal implementasi MAKP, kode etik profesi keperawatan, dan standar akreditasi rumah sakit.
- 4) Melakukan kegiatan administrasi dan surat menyurat.
- 5) Melakukan koordinasi dengan kepala instalasi terkait permasalahan unit / instalasi
- 6) Mengadakan rapat rutin bulanan
- 7) Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah di ruangan.
- 8) Membimbing mahasiswa (bekerjasama dengan pembimbing klinik) dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan dengan mengikuti system MAKP yang ditetapkan
- 9) Mengorientasikan pegawai baru dan peserta didik yang akan melakukan praktik di ruangan
- 10) Memberi motivasi dan teguran kepada perawat
- 11) Meningkatkan pelaksanaan IPC dan IPE
- 12) Mengidentifikasi resiko di ruangan sebagai bahan dalam penyusunan risk register unit
- 13) Mendelegasikan tugas kepada kepala ruangan unit lain, jika kepala ruangan berhalangan hadir

Monitoring dan Evaluasi

- 1) Melakukan supervise secara berkala dan accidental
 - 2) Melakukan monitoring sarana dan alkes ruangan yang telah di isi setiap shift
 - 3) Memverifikasi dokumen kenaikan level jenjang karir perawat ruangan.
 - 4) Melakukan penilaian kinerja klinis perawat ruangan
 - 5) Membuat, mengimplementasikan, dan mengevaluasi indicator mutu asuhan pelayanan keperawatan
 - 6) Monitoring penerapan standar keselamatan pasien dan terlibat dalam pembuatan RCA
3. Tanggung Jawab
- 1) Terlaksananya pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien sesuai dengan MAKP dan standar akreditasi rumah sakit
 - 2) Tersedianya rencana kebutuhan tenaga perawat, termasuk jumlah, kebutuhan pendidikan, dan pengembangan karir perawat
 - 3) Tersedianya rencana kebutuhan logistic: ATK, BHP, alat Kesehatan, dan inventaris non medik
 - 4) Tersusunnya jadwal dinas setiap bulan
 - 5) Tersedianya penilaian kinerja klinis perawat
 - 6) Terverifikasinya dokumen kenaikan level jenjang karir perawat
 - 7) Terselenggaranya IPC dan IPE
 - 8) Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang berfokus pada keselamatan pasien
4. Wewenang
- 1) Memberikan saran pengembangan pelayanan instalasi kepada kepala instalasi.
 - 2) Melakukan koordinasi dengan kepala seksi pelayanan keperawatan terkait pelayanan keperawatan di instalasi / unit
 - 3) Melakukan koordinasi dengan kepala seksi mutu pelayanan keperawatan terkait masalah mutu pelayanan keperawatan di instalasi / unit
 - 4) Memberikan teguran kepada staf perawat di ruangannya yang melakukan pelanggaran

C. Perawat Primer

Uraian Tugas:

1. Mendampingi PA dalam operan pergantian shift
2. Menyusun rencana harian PP
3. Memimpin pre conference Bersama PA
4. Melakukan pembagian tugas tanggung jawab pasien kepada PA
5. Menerima pasien baru dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi pasien dan keluarga
6. Melakukan pengkajian awal keperawatan kepada pasien baru
7. Menyusun discharge planning dan melakukan perencanaan pulang pasien dengan koordinasi dengan DPJP
8. Menetapkan diagnosis keperawatan berdasarkan hasil pengkajian
9. Menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan untuk dilaksanakan oleh PA
10. Melakukan tindakan keperawatan (implementasi) yang terdiri dari tindakan mandiri, edukasi dan kolaborasi (termasuk monitoring tindakan) kepada pasien berdasarkan rencana keperawatan
11. Melakukan monitoring dan evaluasi tindakan keperawatan (SOAPIER) beserta dokumentasi keperawatan yang telah dilakukan oleh PA
12. Melakukan supervisi tindakan keperawatan secara berkala dan accidental terhadap PA yang menjadi tanggung jawabnya.
13. Mengkoordinasikan dengan kepala ruangan dan case manager untuk persiapan administrasi untuk pemeriksaan diagnostic, laboratorium, pengobatan dan tindakan pasien
14. Melaksanakan tugas PA pada saat PA melakukan pengantaran pasien
15. Mendampingi visite dokter penanggungjawab pasien dan konsulen
16. Memimpin post conference bersama PA
17. Menyiapkan laporan dan melakukan ronde keperawatan
18. Mengkoordinir dan menyusun laporan untuk diskusi kasus
19. Mengikuti diskusi kasus dan program CPD yang dilakukan oleh Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan
20. Mengikuti visite, diskusi dan edukasi kolaborasi profesional pemberi asuhan (PPA)

Tanggung Jawab:

1. Terlaksananya komunikasi efektif antar perawat dan PPA lain (operan pergantian shift, pre dan post conference, SBAR, dan TBaK)
2. Tersedianya rencana harian PP
3. Terlaksananya pembagian pasien kepada PA
4. Terlaksananya proses keperawatan sesuai standar keperawatan dan standar akreditasi
5. Terlaksananya supervise tindakan keperawatan secara berkala dan accidental terhadap PA yang menjadi tanggung jawabnya
6. Terlaksananya interprofessional collaboration
7. Terlaksananya pengendalian mutu asuhan keperawatan (ronde keperawatan, diskusi refleksi kasus, CPD, *evidencebased* nursing practice)
8. Mengikuti rapat ruangan

Wewenang

1. Memberikan masukan terkait asuhan keperawatan kepada kepala ruangan.
2. Memberikan teguran kepada perawat pelaksana jika terjadi pelanggaran dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
3. Melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai dengan kewenangan klinisnya.

D. Perawat Pelaksana

Uraian tugas:

1. Melakukan operan pergantian shift
2. Menyusun rencana harian perawatan pasien yang menjadi tanggungjawabnya
3. Mengikuti pre conference bersama PP
4. Melakukan implementasi keperawatan yang terdiri dari tindakan mandiri, edukasi dan kolaborasi (termasuk monitoring tindakan) berdasarkan renpra yang telah disusun oleh PP dan mendokumentasikannya pada lembar terintegrasi
5. Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikannya (SOAP) pada lembar terintegrasi.
6. Mengikuti visite dokter pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya bersama PP
7. Menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostic, laboratorium, pengobatan dan tindakan dan berkoordinasi dengan evakuator untuk pengantaran pasien ke tempat pemeriksaan
8. Mengantarkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan dan Tindakan di luar RS (rujukan parsial)
9. Mempersiapkan pasien pulang dan melakukan edukasi perawatan lanjutan
10. Menerima obat pasien yang menjadi tanggung jawabnya dan mengkoordinasikannya dengan PP.
11. Mengikuti *post conference* Bersama PP.
12. Membuat sensus mutu pasien yang menjadi tanggung jawabnya
13. Mengisi logbook Tindakan keperawatan
14. Mengecek dan memastikankelengkapan pendokemtasian rekam medis pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
15. Mengikuti ronde keperawatan.
16. Mengikuti rapat rutin ruangan.
17. Mengikuti diskusi kasus dan program CPD yang dilakukan oleh Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan.
18. Tugas TAmbahan: melakukan pelaporan fasilitas dan alat Kesehatan dengan mengisi form monitoring alat yang sudah disediakan sesuai shift kerja.

Tanggung jawab

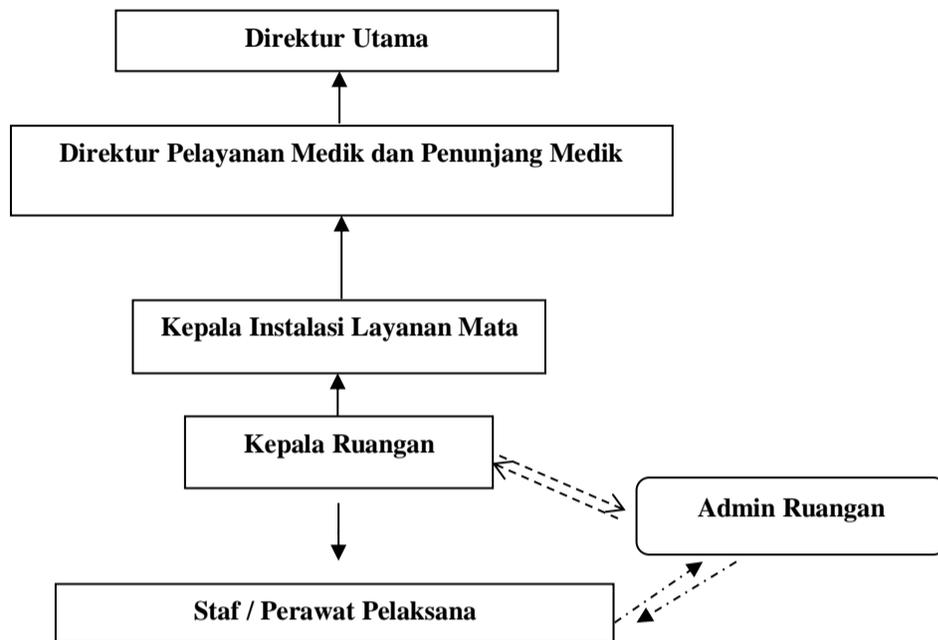
1. Terlaksananya komunikasi efektif antar perawat dan PPA lain (operan pergantian *shift*, *pre* dan *post conference*, SBAR, dan TBaK).
2. Tersedianya rencana harian PA.
3. Terlaksananya proses keperawatan sesuai standar keperawatan dan standar akreditasi.
4. Terlaksananya *interprofessional collaboration*.
5. Mengikuti rapat ruangan.

Wewenang:

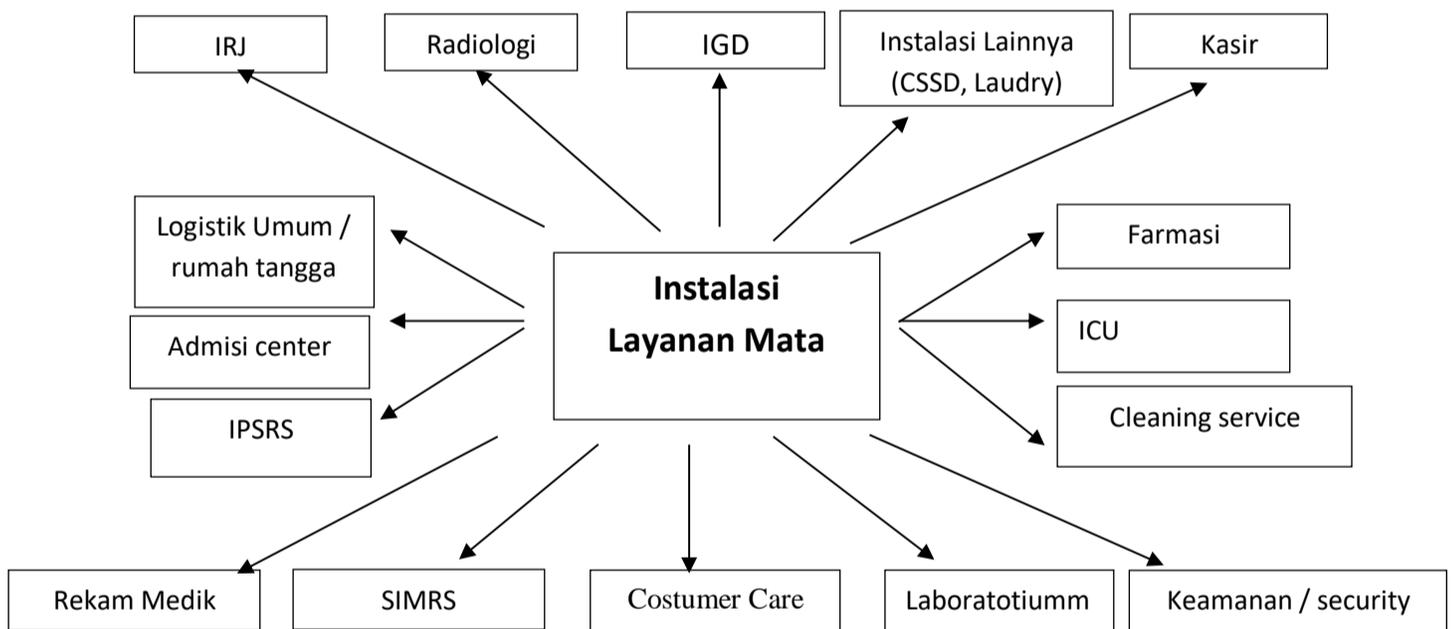
1. Memberikan masukan terkait asuhan keperawatan kepada kepala ruangan.
2. Memberikan teguran kepada perawat pelaksana jika terjadi pelanggaran dalam pelaksanaan asuhan.
3. Melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai dengan kewenangan klinisnya.

BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA

Tata hubungan kerja bersifat komunikasi, koordinasi dan kerjasama dalam pelaksanaan kegiatannya baik secara internal maupun secara eksternal



Keterkaitan Hubungan Kerja Instalasi Layanan Mata Dengan Instalasi / Unit Lain.



JABATAN	NAMA UNIT KERJA	MAKSUD DAN TUJUAN HUBUNGAN
Internal		
Apoteker/asisten apoteker	Instalasi Farmasi	Melakukan pelayanan obat dan BHP pasien
Laboran	Instalasi laboratorium Patologi Klinik dan Patologi Anatomi	Melakukan pelayanan pemeriksaan sampel darah dan jaringan pasien
Dietisien	Instalasi Gizi	Memberikan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
Staf Laundry	Instalasi CSSD dan laundry	Melakukan koordinasi untuk penyediaan linen di ruangan
Staf CSSD	Instalasi CSSD dan laundry	Melakukan koordinasi untuk pembersihan dan pensterilan instrumen kesehatan
		Melakukan koordinasi untuk penyediaan alat-alat steril

Radiografer	Instalasi Radiologi	Melakukan pelayanan pemeriksaan penunjang pasien
Fisioterapis	Instalasi Rawat Jalan	Melakukan pelayanan pemberian fisioterapi pada pasien
Teknisi	IPSRS	Melakukan perbaikan alat kesehatan yang rusak
		Melakukan kalibrasi alat kesehatan secara berkala
Eksternal		
Instalasi Perawatan Rawat Inap Rumah Sakit Rujukan	Rumah Sakit Rujukan	Melakukan rujukan pasien
Instalasi Perawatan Intensif Rumah Sakit Rujukan	Rumah Sakit Rujukan	Melakukan rujukan pasien
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin	Universitas Hasanuddin	Menyediakan lahan praktek untuk mahasiswa keperawatan

Kerjasama Internal Unit kamar bedah mata

No.	Profesi	Hubungan Kerja
1.	Dokter bedah	<ul style="list-style-type: none"> - Dokter bedah (operator) bertindak sebagai team leader di setiap operasi. - Dokter bedah melakukan asuhan medis bedah dan berkoordinasi dengan dokter anestesi dan perawat bedah tentang pelayanan pasien selama pembedahan.
2.	Dokter anestesi	<ul style="list-style-type: none"> - Dokter anestesi melakukan asuhan medis anestesi dan berkoordinasi dengan dokter bedah dan perawat bedah tentang pelayanan pasien selama pembedahan.
3.	Perawat bedah (scrub dan sirkuler)	<ul style="list-style-type: none"> - Perawat bedah melakukan asuhan keperawatan perioperatif dan berkoordinasi dengan dokter bedah dan anestesi tentang pelayanan pasien selama pembedahan.
4.	Perawat PACU (post anesthesia care unit)	<ul style="list-style-type: none"> - Perawat PACU melakukan asuhan keperawatan post operative dan berkoordinasi dengan dokter bedah, dokter anestesi, dan perawat bedah tentang pelayanan pasien pasca pembedahan.

Kerjasama eksternal

No.	Instalasi/ Bagian	Hubungan Kerja
1	Instalasi Rawat Inap	- Pelayanan lanjutan pasien post operasi
2	Instalasi ICU	- Pelayanan pasien post operasi dengan kebutuhan perawatan intensif
3	Instalasi Farmasi	- Kelengkapan stok obat dan bhp untuk trolley emergency - Koordinasi perencanaan kebutuhan pembedahan berupa obat, bhp, dan implant
4	Instalasi Laboratorium	- Pemeriksaan laboratorium dan spesimen pasien untuk keperluan diagnosis
5	Instalasi Radiologi	- Pengoperasian C-arm mobile x-ray intraoperatif
6	Bagian evakuator	- Pelayanan antar - jemput pasien
7	Bagian Administrasi (Kantor)	- Surat Menyurat - Perizinan
8	Bagian SDM	- Urusan kepegawaian - Pelatihan dan pendidikan staf
9	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)	- Layanan perbaikan dan pemeliharaan alat, sarana, dan prasarana
10	Kasir	- Pelayanan pembayaran pasien yang telah mendapat pelayanan dari IBS
11	Instalasi CSSD dan Laundry	- Perencanaan, suplai, maintenance, dan sterilisasi instrumen, linen, dan kasa steril - Perencanaan, suplai, maintenance kebutuhan linen, serta kebutuhan petugas dan pasien IBS.
12	Bagian Security RS	- Keamanan IBS

BAB VIII
POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

Dalam pelayanan instalasi layanan mata perlu menyediakan sumber daya manusia yang kompeten, cekatan dan mempunyai kemampuan sesuai dengan perkembangan teknologi sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal, efektif, dan efisien. Atas dasar tersebut di atas, maka perlu kiranya menyediakan, mempersiapkan dan mendayagunakan sumber-sumber yang ada. Untuk menunjang pelayanan instalasi layanan mata, maka tenaga kesehatan yang bekerja harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai dan mempunyai komitmen terhadap waktu.

Uraian kualifikasi ketenagaan sebagai berikut:

No.	Jenis Tenaga	Ruangan	Pendidikan	Jumlah
1	Kepala Instalasi	Layanan Mata	Dokter Spesialis Mata	1
2	Dokter	Rawat Jalan, Rawat Inap, Kamar Bedah	Dokter Spesialis	
3	Kepala Ruangan	Rawat Jalan dan Rawat Inap	Ners	1
		Kamar Bedah	S2 Keperawatan	1
4	Perawat Primer	Rawat Inap	Ners	1
5	Perawat Pelaksana / Refraksionis	Rawat Jalan	Ners dan Refraksionis	6
		Rawat Inap	Ners dan D3 Keperawatan	11
		Kamar Bedah	Ners dan D3 Keperawatan	8
6	Admin Ruangan	Rawat Inap	DIII / S1 semua jurusan yang bisa mengoperasikan computer dan berkomunikasi dengan baik	1
		Kamar Bedah		1

Distribusi Ketenagaan

Jenis Tenaga	
Dokter Spesialis	<i>On Site</i> 24 jam
Kepala Ruangan	Jam Kerja / Di luar jam kerja
Perawat	<i>On Site</i> 24 jam (dibagi dalam 3 shift)
Admin Ruangan	Jam Kerja (Senin – Sabtu)

INSTALASI LAYANAN MATA	PENDIDIKAN			ADMIN RUANGAN	JUMLAH SDM	STATUS KEPEGAWAIAN		
	NERS	D3 Keperawatan	Refraksionis			PNS	PEGAWAI TETAP NON PNS	PEGAWAI TIDAK TETAP NON PNS
Rawat Jalan	4	-	2	-	6	2	2	2
Rawat Inap	10	2	-	1	13	-	4	9
Kamar Bedah	7	2	-	1	10	2	2	6
JUMLAH	21	4	2	2	29	4	8	17

Distribusi Shift Perawat di Instalasi Rawat Inap

Unit Rawat	Jumlah Petugas Pershift			
	Cito	Pagi (07.30 – 14.00)	Siang (14.00 – 21.00)	Malam (21.00 – 08.00)
Rawat Jalan	-	6 (07.30 – 16.00)		
Rawat Inap	-	2 - 3	2 - 3	2 - 3
Kamar Bedah	16.00- 07.30	8 (07.30 – 16.00)	-	-

Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat

Perencanaan kebutuhan tenaga perawat pada setiap unit pelayanan keperawatan dilakukan berdasarkan perhitungan Analisis Beban Kerja (Workload) dari masing-masing unit pelayanan keperawatan. Dalam menghitung kebutuhan tenaga perawat, setiap unit perawatan akan mengacu pada standar sebagai berikut:

1. Ruang rawat jalan

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{BK \times 313 \text{ hari}}{289 \text{ x jam kerja/hari}}$$

Keterangan:

BK = Beban kerja perawat rawat jalan satu unit poli pelayanan

313 = Jumlah hari kerja Official selama setahun

289 = Hari kerja efektif perawat per tahun

{365- (52 hr minggu + 12 hari libur nasional + 12 hari cuti tahunan) = 289 hari}

2. Ruang Rawat Inap

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times B \times 365 \text{ hari}}{255 \text{ x jam kerja/hari}}$$

Keterangan:

A= Jumlah jam perawatan/24 jam

B= Sensus harian (BOR RS)

255 = Hari kerja efektif perawat per tahun dengan 3/4 atau 6/8 (2 x pagi, 2x sore, 2x malam dan libur)

{365- (12 hari libur nasional + 12 hari libur cuti tahunan x 3/4) = 255 hari}

Hari kerja efektif perawat per tahun dengan waktu kerja reguler {365- (12 hari libur nasional + 12 hari libur cuti tahunan x 4/5) = 273 hari}

3. Kamar Operasi

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times 365}{255 \text{ x Jam kerja/hari}}$$

Keterangan:

A = Beban kerja perawat bedah per 24 jam

{(A₁ x Σos/hrxΣP)+(A₂ x Σos/hrxΣP)+(A₃ x Σos/hrxΣP)+(A₄ x Σos/hr x ΣP)}

A₁ = waktu keperawatan pasien bedah khusus 4 jam A₂ = waktu keperawatan pasien bedah besar 3 jam A₃ = waktu keperawatan pasien bedah sedang 2 jam A₄ = waktu keperawatan pasien bedah kecil 1 jam

Σos = jumlah pasien

ΣP = jumlah anggota tim perawat/kasus bedah 2 perawat op kecil

2 perawat op sedang 2 perawat op besar

3 perawat op khusus

365 = Jumlah hari pelayanan kamar bedah selama satu tahun

255 = Hari kerja efektif perawat per tahun

{365- (12 hari libur nasional + 12 hari libur cuti tahunan x 3/4) = 255 hari}

BAB IX KEGIATAN ORIENTASI

Kegiatan orientasi merupakan penyediaan informasi dasar tentang Rumah Sakit dan Instalasi. Pegawai baru dan mahasiswa yang akan ditempatkan atau praktik di rumah sakit khususnya Instalasi layanan mata perlu dilakukan orientasi agar mereka dapat mengenal dan memahami kondisi dan mengetahui program kerja di instalasi sehingga dapat bersinergi mewujudkan pelayanan yang lebih baik. Orientasi dilaksanakan terhadap seluruh pegawai professional dan mahasiswa praktik yang akan ditugaskan di Instalasi layanan mata.

Orientasi Umum

Pada sesi orientasi umum, pegawai akan mendapatkan materi tentang,

1. Pengenalan organisasi
2. Program pelayanan
3. Kebijakan SDM
4. Orientasi RS

Orientasi Khusus

Pada sesi orientasi khusus, semua staf akan diperkenalkan dengan jenis ruangan, peraturan umum, dan alur pelayanan di instalasi layanan mata. Khusus untuk perawat bedah, mereka akan mendapatkan materi tentang,

1. Pengetahuan dasar kamar bedah
2. Pengantar keperawatan perioperatif
3. Sistem pengorganisasian dan pelayanan IBS
4. Materi teknis sbb:

No	Subject
1	Scrubbing, Gowning, Gloving, Drapping, Desinfection, & Sterile Technique
2	Basic Instruments
3	Surgical Needle & Suture
4	Suturing and Knot Tying Techiques
5	Medical Record Forms in OT (Surgical Safety Checklist, Perioperative Checklist, Supplies Checklist, etc)
6	OR Table, Accessories, & Patient Positioning
7	Infection Prevention in OT
8	Tower & Endo-Urology Instruments
9	Procedures: DJ-Stent Insertion, TUR-P, Sachse
10	ENT Instruments
11	ENT Surgery: FESS
12	Basic Orthopaedic Instrument Set
13	Insertion Instruments, Power Tool, and Implants (Plates, Screw, Nail, etc)
14	Orthopaedic Surgery: ORIF
15	Basic Neurosurgery Instrument Set
16	Neurosurgery: Craniotomy
17	Instruments in Ob/gyn Surgery
18	Ob/gyn Procedures: Curretage, SSTP, and HT Procedures
19	Eye Basic Instruments
20	Eye Surgery: Phaco & Vitrektomy
21	Electrosurgical Unit & Pencils
22	Instrument Sterilization
23	Care of the patient in PACU

Gambar 9.1 Daftar materi orientasi perawat IBS

Selanjutnya, setiap perawat bedah akan didampingi dan dibimbing oleh preceptor (senior) dalam proses belajar sampai perawat tersebut dapat berperan mandiri dalam menjalankan asuhan keperawatan perioperatif, baik sebagai perawat scrub maupun sirkuler. Daftar monitoring perawat selama masa orientasi sbb:

DAFTAR OPERASI SELAMA MASA MAGANG

NAMA: _____

NO	HARI/ TGL	DIAGNOSA	TINDAKAN	PERAN*				NAMA & PARAF PRESEPTOR
				PERAWAT SCRUB	PERAWAT SIRKULER	MANDIRI	OBSERVASI	

Gambar 9.2 Form monitoring perawat selama masa orientasi

BAB X

PERTEMUAN/ RAPAT

Rapat merupakan suatu alat komunikasi langsung antara pimpinan dengan stafnya dengan tujuan untuk merundingkan atau menyelesaikan suatu masalah yang menyangkut kepentingan bersama. Jadi rapat merupakan bentuk komunikasi yang dihadiri oleh beberapa orang untuk membicarakan dan memecahkan permasalahan tertentu, dimana melalui rapat berbagai permasalahan dapat dipecahkan dan berbagai kebijaksanaan organisasi dapat dirumuskan. Rapat dilakukan secara berkala. Adapun bentuk pertemuan/ rapat adalah sebagai berikut:

1. Rapat Rutin

Rapat rutin, rapat yang sudah ditentukan waktunya, mingguan, bulanan, tahunan.

Waktu : Satu kali dalam sebulan (Minggu II)

Tempat : Ruang perawat lantai 2 / ruang pertemuan bagian mata

Peserta : Kepala Instalasi, Kepala ruangan, perawat primer dan perawat pelaksana ruangan

Materi :

1. Evaluasi kinerja dan SDM
2. Evaluasi pelayanan Instalasi Layanan Mata
3. Evaluasi indikator mutu Instalasi Layanan Mata
4. Pembahasan program Instalasi Layanan Mata
5. Masalah dan pemecahan
6. Perencanaan dan upaya peningkatan kinerja SDM dan kualitas pelayanan
7. Hal lain yang dianggap perlu

2. Rapat Insidental

Rapat ini diadakan karena adanya masalah yang terjadi dan memerlukan penanganan secepatnya.

Waktu : Sewaktu-waktu bila ada masalah atau sesuatu hal yang perlu dibahas dan diselesaikan segera.

Tempat : Disesuaikan

Peserta : Kepala Instalasi, Kepala ruangan, perawat primer dan perawat pelaksana ruang

Materi : Sesuai dengan masalah yang perlu dibahas

BAB XI PELAPORAN

Pelaporan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk menyampaikan hal-hal yang berhubungan dengan hasil pekerjaan yang telah dilakukan selama satu periode tertentu. Tujuan dari pelaporan adalah tersedianya laporan yang sistematis dan tercatat, sebagai bahan evaluasi dalam menentukan masa depan organisasi, sebagai bahan dalam pelaksanaan, pengawasan, pengendalian maupun dalam pengambilan keputusan. Adapun jenis laporan yang dibuat adalah:

A. Laporan Harian.

Laporan yang dibuat oleh kepala ruangan, perawat pelaksana, admin ruangan. Adapun hal-hal yang dilaporkan adalah:

1. Sensus harian
2. Jumlah pasien
3. Menghubungi DPJP
4. Data PPI (hand hygiene)
5. Sarana dan prasarana serta alat kesehatan
6. Laporan indikator mutu

B. Laporan Bulanan

Laporan yang dibuat oleh kepala ruangan dan perawat dalam bentuk tertulis setiap bulannya. Adapun hal-hal yang dilaporkan adalah:

1. Laporan jumlah kunjungan pasien
2. Laporan *Patient days* / BOR
3. Laporan Satuan Kredit Profesi (SKP)
4. OPPE
5. Laporan Standar Penilaian Minimal (SPM)
6. Jadwal Dinas

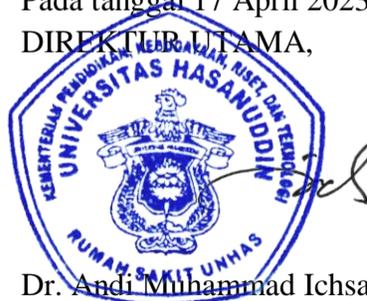
C. Laporan Triwulan

Laporan triwulan yang terdiri dari laporan capaian indikator mutu, standar penilaian minimal

D. Laporan Tahunan

1. Laporan mutu pelayanan
2. RKAT (perencanaan alkes, ATK, BHP, form rekam medis, pelatihan, alat rumah tangga, SDM / ketenagaan)
3. Capaian kinerja tahunan

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 17 April 2023
DIREKTUR UTAMA,



Dr. Andi Muhammad Ichsan Ph.D, Sp.M(K)
NIP 197002122008011013