



PERKHIDMATAN OFTALMOLOGI
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Jenis Dokumen

PROSEDUR KERJA

PENGUMPULAN DAFTAR NCSR

| | | | |
|--------------------|------------------------|----------------|----|
| Tarikh dikeluarkan | | Versi | 1 |
| Lokasi dokumen | JABATAN OFTALMOLOGI | Nombor dokumen | PK |

Keterangan Mengenai Dokumen Ini

Kegunaan: Prosedur ini digunapakai untuk mengumpul data-data pesakit yang telah menjalani pembedahan katarak ke “*National Cataract Surgery Registry*” (NCSR). Dokumen ini digunapakai oleh Pakar Mata, Pegawai Perubatan, Pegawai Optometris dan paramedik yang bertanggungjawab.

Hubungan dengan dokumen lain:

1. MPK Perkhidmatan Pembedahan Katarak
2. MPK Pengendalian pesakit di klinik mata
3. MPK Perkhidmatan Rawatan Harian
4. AK Refraksi
- 5. MPK “*Cataract Surgery Registry Unit*”**

Kriteria dan Standad Audit Kualiti / Akreditasi Yang Berkenaan:

Dokumen ini selaras dengan kehendak Standad ---:--- untuk QMS ISO 9001-2000 dan Standad 15--- untuk Std : 18.1.1.13 a) Akreditasi Hospital Malaysia MSQH.

Penyediaan dan Pengesahan

Mandat:

1. Disediakan sebagai sebahagian dari aktiviti penyeragaman dokumen untuk penyediaan kearah Akreditasi dalam tahun 2003.
2. Petugas yang menyediakan: Dr. Mariam Ismail, Pakar Perunding Oftalmologi, Hospital Selayang.

Bahan rujukan yang digunakan: Polisi Operasi Hospital Selayang 2000.

Proses Penyemakan dan Pengesahan:

Di semak oleh

| | Disediakan oleh | Disemak oleh | Disahkan oleh |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|
| Tt | | | |
| Nama | Dr. Mariam Ismail | Dr.Goh Pik Pin | |
| Jawatan | Pakar Perunding Oftalmologi | Pakar Perunding Oftalmologi | |
| Tarikh | 14/12/2003 | 30/5/2004 | |

Kandungan:

1. Tajuk
2. Objektif (pelanggan yang dimanfaatkan termasuk polisi kualiti)
3. Aliran kerja
 - 3.1. Keterangan termasuk hubungan dengan prosedur lain
 - 3.2. Carta aliran
4. Huraian polisi dan proses
 - 4.1. Polisi operasi
 - 4.2. Huraian Proses
 - 4.2.1. Indikasi dan larangan
 - 4.2.2. Waktu
 - 4.2.3. Tanggungjawab
5. Arahan kerja
6. Pengawasan kualiti
 - 6.1. Standad hasil proses
 - 6.2. Peringatan mengenai kemungkinan dan akibat kurang baik
 - 6.3. Kaedah semakan
7. Prosedur alternatif, variasi yang diizinkan dan plan kontingensi
8. Dokumentasi data yang dikumpul atau dihasilkan
9. Lampiran
 - 9.1. Borang dan carta
 - 9.2. Senarai (barangan, ubatan, peralatan)
 - 9.3. Regimen, formula dll
 - 9.4. Glossari terminologi dan definasi

1. Tajuk : Laporan *National Cataract Surgery Registry (NCSR)*

2. Objektif :

1. Memastikan semua pesakit yang telah menjalani pembedahan katarak didaftarkan ke NCSR.
2. Memastikan dokumentasi borang adalah lengkap, dikemaskini dan dihantar ke *Cataract Surgery Registry Unit (CSRU)*

3. Aliran kerja

3.1. Keterangan dan hubungan dengan prosedur lain

Prosedur ini digunakan untuk memastikan semua pesakit yang menjalani pembedahan katarak telah didaftarkan ke NCSR dan juga sesuai dijadikan sebagai bahan latihan oleh pegawai perubatan yang menyelia NCSR di setiap hospital.

Pesakit yang akan didaftarkan ke NCSR adalah pesakit yang akan menjalani pembedahan katarak sahaja atau secara kombinasi dengan pembedahan lain.

Pesakit yang menjalani pembedahan katarak sebelum bulan Januari 2002 tidak termasuk dalam kajian ini.

Prosedur ini dijalankan bersama oleh Pakar, Pegawai Perubatan, Pegawai Optometri dan paramedik.

Prosedur ini bermula dari pra pembedahan iaitu apabila borang *preclerking* (CRF 1, borang biru) diisi oleh pegawai perubatan/paramedik bila pesakit menghadiri klinik *pre-operative assessment* .

Selepas pembedahan katarak selesai dijalankan, borang *operative*(CRF 2, borang merah) perlu diisi oleh pegawai perubatan/paramedik.

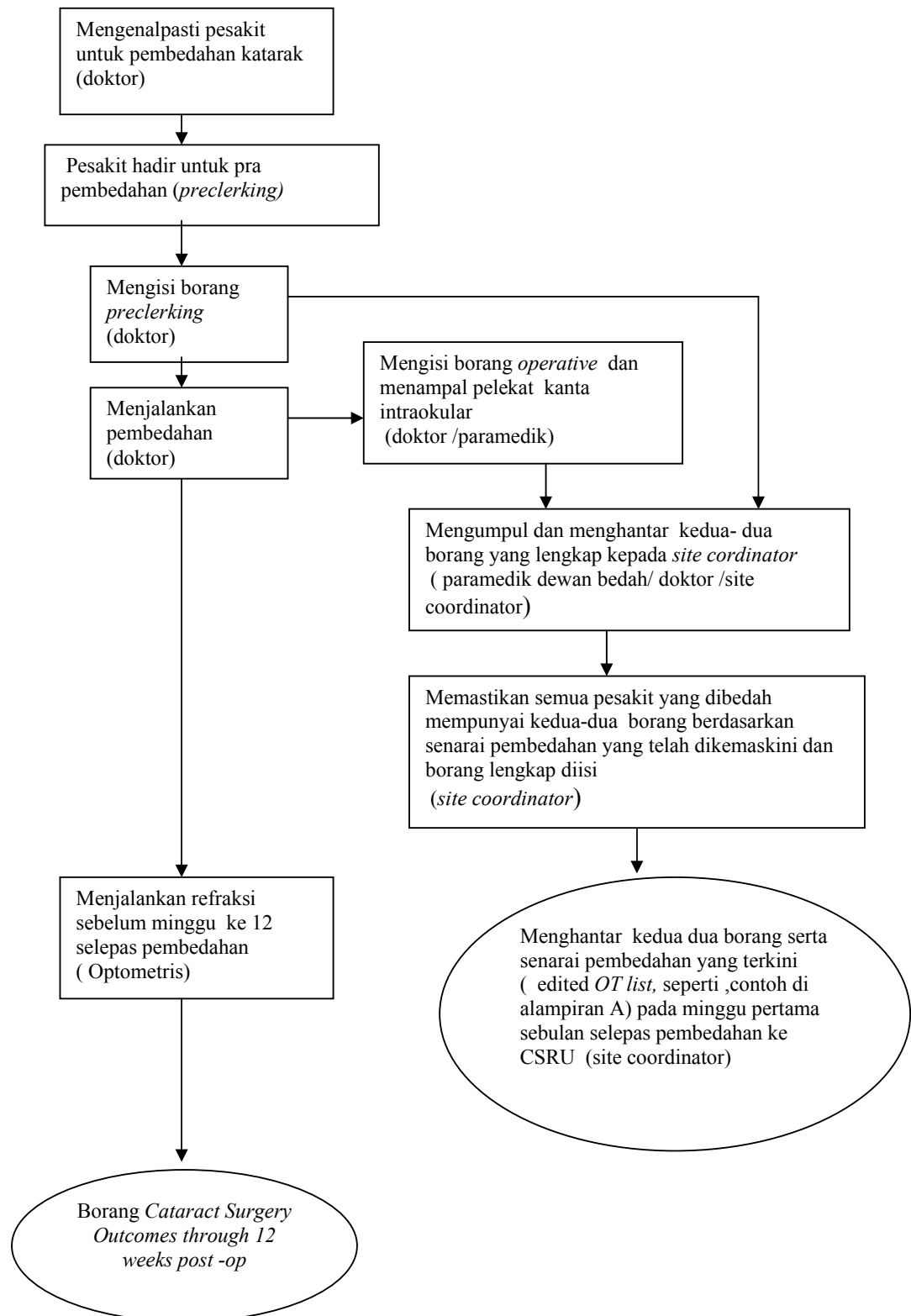
Hasil pembedahan katarak selepas 12 minggu perlu diisi ke dalam borang *outcome* (CRF 3, borang hijau) oleh pegawai perubatan, pegawai optometri atau paramedik. Ini termasuk komplikasi selepas pembedahan iaitu “infective endophthalmitis” dan pesakit kembali ke dewan pembedahan, sekiranya berlaku. Keputusan yang terakhir untuk tahap penglihatan dan refraksi dalam diopter,

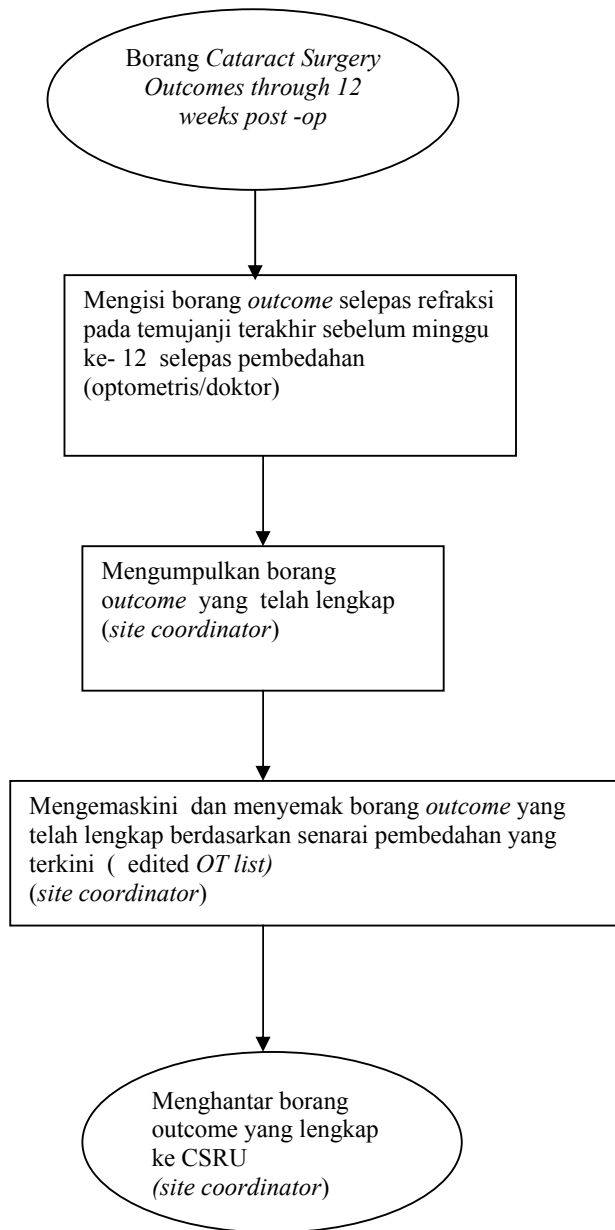
pada dan sebelum 12 minggu selepas pembedahan perlu dicatatkan . Sekiranya tahap penglihatan dengan refraksi yang dicatatkan kurang dari 6/12, faktor yang berkemungkinan menyebabkan tahap penglihatan refraksi kurang dari 6/12 itu perlu dicatatkan.

Sekiranya pesakit dirujuk ke hospital lain untuk rawatan lanjutan berikutan dari komplikasi pembedahan katarak, borang *pre clerking* dan borang *operative* perlu diisi oleh hospital yang merujuk. Mana-mana hospital yang menjalankan refraksi, perlu mengisi borang *outcome* serta membuat catatan mengenai tarikh, nama hospital yang menjalankan pembedahan pada borang tersebut dan seterusnya menghantar borang ke CSRU.

Bagi pesakit yang tidak menjalani refraksi dalam tempoh 12 minggu selepas pembedahan, tahap penglihatan tanpa bantu (*unaided visual acuity*) yang diperolehi dari rekod perlu dicatatkan pada borang *outcome*. Ini termasuk juga tahap penglihatan yang diperolehi dari rekod sehari selepas pembedahan katarak.

3.2. Carta aliran (Flow Chart)





4. Huraian Polisi dan Proses

4.1. Polisi Operasi

- Ketua Jabatan bertanggungjawab memastikan prosedur ini dijalankan dengan cara yang betul.
- Ketua Jabatan bertanggungjawab melantik seorang pegawai perubatan dan “site coordinator” bagi menguruskan proses pengumpulan data NCSR
- Semua polisi dan arahan dari masa kesemasa Jabatan Oftalmologi yang berkaitan mesti diterima pakai

4.2. Huraian Proses

- 4.2.1 Mengenalpasti pesakit yang akan menjalani pembedahan katarak.
- 4.2.2 Pegawai Perubatan/paramedik mengisi borang *pre clerking* dengan lengkap dan tepat terutamanya ketajaman penglihatan pesakit bagi kedua-dua belah mata, dengan “pinhole” dan dari keputusan refraksi.
- 4.2.3 Selepas pembedahan dijalankan, Pegawai Perubatan/paramedik mengisi borang *operative* , menampal pelekat IOL pada borang tersebut dan memastikan borang diisi dengan lengkap dan tepat .
- 4.2.4 Paramedik menghantar satu salinan senarai pembedahan yang telah dikemaskini (*edited OT list*) , dimana pembedahan yang telah dibatalkan atau yang ditambah tercatat dalam senarai tersebut kepada “site coordinator”selepas kesemua pembedahan selesai dijalankan.
- 4.2.5 Paramedik di dewan bedah atau “site coordinator” mengumpulkan kedua-dua borang *pre clerking* dan borang *operative* . Menyemak semula dan memastikan data-data yang telah diisi dengan tepat dan lengkap..
- 4.2.6 “*Site coordinator*” memastikan semua pesakit yang telah menjalani pembedahan katarak mempunyai borang *pre clerking* dan borang

operative secara menyemak senarai pembedahan yang telah dikemaskini, dimana pembedahan yang telah dibatalkan atau yang ditambah tercatat dalam senarai tersebut.

- 4.2.7** “Site coordinator” menghantar kedua-dua borang tersebut ke CSRU berserta satu salinan senarai semakan pembedahan (OT checklists) yang ditandakan “lampiran A” satu bulan selepas bulan pembedahan (sebagai contoh, kesemua pembedahan yang dijalankan pada bulan Januari mestilah dihantar ke CSRU pada akhir bulan Februari). (Rujuk AK- Penghantaran borang NCSR ke CSRU - Site Coordinator)
- 4.2.8** Setelah rawatan ulangan dan prosedur refraksi dijalankan dalam tempoh 12 minggu selepas pembedahan, Pegawai Optometri perlu mengisi borang *outcome* iaitu di bahagian 2- tahap penglihatan tanpa bantu (Unaided), tahap penglihatan dan kuasa mata refraksi dalam diopter. Pegawai perubatan pula perlu mengisi borang tersebut untuk bahagian 1 dan 3. Sekiranya refraksi tidak dijalankan atau pesakit tidak hadir untuk rawatan susulan, tahap penglihatan selepas pembedahan yang diperolehi dari rekod terakhir (tahap penglihatan tanpa dibantu) akan digunapakai .Pegawai yang mengisi borang perlu pastikan borang yang telah lengkap diisi diletakkan di satu tempat khas.
- 4.2.9** “Site coordinator”memastikan borang *outcome* yang telah diisi pada setiap hujung bulan secara menyemak salinan senarai semakan pembedahan yang bertanda “Lampiran A” .
- 4.2.10** “Site coordinator” juga perlu memastikan setiap pesakit yang telah menjalani pembedahan katarak untuk tempoh 12 minggu atau 3 bulan yang lalu mempunyai borang *outcome*. Beliau juga perlu memastikan borang diisi dengan lengkap dan tiada terdapat borang duplikasi .
- 4.2.11** Sekiranya pesakit dirujuk ke hosptial lain dari hosptial di mana pesakit menjalani pembedahan katarak, Pegawai Perubatan atau Pegawai Optometri yang bertanggungjawab di hospital dimana rawatan lanjutan

dijalankan perlu memastikan borang *outcome* diisi setelah refraksi dijalankan pada minggu ke 12 selepas pembedahan. Tarikh pembedahan dan nama hospital dimana pembedahan dijalankan perlu dicatatkan pada borang tersebut dan menghantar borang yang lengkap ke CSRU.

4.2.12 Setelah menyemak senarai pembedahan dan mendapati pesakit yang tidak mempunyai borang serta tidak hadir untuk rawatan susulan, “site coordinator” perlu mendapatkan rekod pesakit dan mengisi borang *outcome* berdasarkan kepada rekod yang terakhir dalam tempoh 12 minggu selepas pembedahan dan menyerahkan borang tersebut kepada Pegawai Perubatan yang bertanggungjawab untuk mengisi bahagian 1 dan 3.

4.2.13 “*Site coordinator*” perlu menghantar kesemua borang *outcome* yang lengkap bagi pesakit yang telah menjalani pembedahan pada bulan yang sama dalam tempoh 1 bulan selepas refraksi atau dalam tempoh masa selewat-lewatnya 4 bulan selepas pembedahan dijalankan.

5. Arahan Kerja

5.1 Pengendalian borang NCSR – rujuk *Instruction Manual CSRU*

5.2 Pengurusan semakan dan penghantaran borang NCSR yang telah lengkap

5.2.1 Memastikan semua pesakit yang menjalani pembedahan katarak telah diisi borang NCSR dengan berdasarkan salinan senarai semakan pembedahan yang telah dikemas kini, iaitu kes pembatalan dan kes tambahan telah tercatat pada senarai tersebut. Tambahkan 3 ruangan di bahagian tepi kanan senarai semakan pembedahan(Lmapiran A) untuk ditanda apabila borang CRF 1 (*Preclerking*), CRF 2 (*Operative*) dan CRF3 (*Outcome*) telah dihantar ke CSRU.

5.2.2 Menyemak kesemua borang bagi memastikan setiap ruangan telah diisi dengan lengkap sebelum penghantaran borang.

- 5.2.3 Masukan kesemua borang ke dalam sampul plastik sebelum dimasukkan ke dalam sampul surat.
- 5.2.4 Menghantar melalui perkhidmatan pos di hospital masing -masing.
- 5.2.5 Menghubungi CSRU secara menelefon (03-40455652) atau email kepada:ncsr@crc.gov.my apabila borang telah dihantar .

6. Pengawalan Kualiti

6.1. Standard Hasil Proses

- 6.1.1. Semua pesakit yang menjalani pembedahan katarak didaftarkan
- 6.1.2. Kadar penolakan oleh CSRU yang disebabkan oleh borang yang diisi tidak lengkap adalah kurang dari 5% (*rejection rate*)

6.2. Kemungkinan dan Akibat kurang baik yang mungkin terjadi

- 6.2.1. Pesakit tidak hadir untuk rawatan susulan selepas pembedahan katarak dalam tempoh yang ditetapkan, termasuk hari pertama selepas pembedahan.
- 6.2.2. Rekod perubatan pesakit tidak dapat dikesan.

6.3. Kaedah Semakan

- 6.3.1. Senarai semakan pembedahan (rujuk lampiran Appendix A)
- 6.3.2. Senarai pembedahan

7. Prosedur Alternatif, Variasi Yang Dizinkan dan Plan Kontigens

NIL

8. Dokumentasi data Yang Dikumpul Atau Dihasilkan

- 8.1. Borang *Preclerking*
- 8.2. Borang *Operative*
- 8.3. Borang *Cataract Surgery Outcomes Through 12 Weeks Post-op*
- 8.4. Senarai semakan pembedahan (*OT checklist*)
- 8.5. NCSR annual report

9. Lampiran

Lampiran A – Senarai semakan pembedahan (*OT checklist*)

Record of CRF submission

Modified from OT list

Date of Op 04/01/02

Date When CRF 1& 2 sent :

Date When CRF 3 sent :

OT List

| No. | Name | A / S / R | I/C | Diagnosis | Procedure | Surgeon | Remarks / IOL | C | C | C |
|-----|------|-----------|-----|-----------|-----------|---------|------------------|---|---|---|
| | | | | | | | | R | R | R |
| | | | | | | | | F | F | F |
| | | | | | | | | 1 | 2 | 3 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

*Note : Tick (✓) in the appropriate column when the appropriate forms are sent.
Keep a copy before sending to CSRU.*

Example on Edited OT List**Date of Op 04/01/02****Date When CRF 1& 2 sent :****Date When CRF 3 sent :**

| Bi 1 | Date | Identiti Card No | Patients Name | Types of Operation | Surg eons | Rem arks /IOL | CRF Sent | | |
|--------------|--------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------------|----------|----------|----------|
| | | | | | | | CR F1 | CRF 2 | CRF 3 |
| 1 | 04/01/ 02 | 360521- 06-5188 | Siti Esah Abd Razak | R. ECCE/IOL | Dr. A | | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2 | “ | 460605- 08-5098 | Lim Yok Chuan | R. Phaco/IOL | Dr. A | Canc elled | | | |
| 3 | ” | 560105- 03-9911 | Jawahi Haji Kadir | R. Phaco/IOL | Dr.B | | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4 | ”” | 450602- 03-6923 | Yusof Ghazali | R. ECCE/IOL | Dr.C | | ✓ | ✓ | ✓ |

/