



**RS MATA  
UNDAAN**

# PEDOMAN PENGORGANISASIAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI

RS MATA UNDAAN SURABAYA



**TAHUN  
2022**

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya**

**Telp. 031- 5343 806, 5319 619**

**Fax. 031-5317 503**

**[www.rsmataundaan.co.id](http://www.rsmataundaan.co.id)**

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1681/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL: 15 JULI 2022 TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	1
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1681/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL: 15 JULI 2022 TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	3
BAB I PENDAHULUAN .....	3
1.1 Latar Belakang .....	3
1.2 Tujuan Pedoman .....	3
1.2.1 Tujuan Umum .....	3
1.2.2 Tujuan Khusus .....	4
1.3 Ruang Lingkup .....	4
1.4 Definisi Operasional .....	4
1.5 Landasan Hukum .....	4
BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT.....	6
2.1 Identitas Rumah Sakit .....	6
2.2 Sejarah Rumah Sakit .....	6
BAB III VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN RS .....	7
3.1 Visi dan Misi RS .....	7
3.2 Falsafah Rumah Sakit .....	7
3.3 Nilai Rumah Sakit .....	7
3.4 Tujuan Rumah Sakit .....	7
BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT .....	8
BAB V STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA .....	9
BAB VI URAIAN JABATAN.....	10
6.1 Persyaratan Jabatan .....	10
6.2 Uraian Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang .....	10
BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA.....	18
7.1 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja .....	18
7.2 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja Lain dan Tim/Komite .....	19
BAB VIII POLA KETENAGAAN .....	20
8.1 Kebutuhan Sumber Daya Manusia .....	20
8.2 Penempatan Sumber Daya Manusia.....	21
8.3 Beban Kerja.....	22
BAB IX PROGRAM ORIENTASI .....	23
9.1 Orientasi Umum.....	23
9.2 Orientasi Khusus .....	23
BAB X PERTEMUAN/RAPAT .....	24
10.1 Pertemuan/Rapat .....	23
10.1 Koordinasi .....	23

BAB XI	PELAPORAN .....	25
11.1	Indikator Mutu Prioritas.....	25
11.2	Indikator Mutu Unit Kerja.....	25
11.3	Penilaian dan Evaluasi Kinerja Staf.....	26
11.4	Pencatatan Kegiatan.....	26
11.5	Pelaporan Kegiatan.....	26
BAB XII	PENUTUP .....	27

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 1681/PER/DIR/RSMU/VII/2022  
TANGGAL : 15 JULI 2022  
TENTANG  
PEDOMAN PENGORGANISASIAN INSTALASI PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan mutu, efisiensi, dan efektifitas pengorganisasian dalam pelaksanaan tugas Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi di lingkungan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya pedoman pengorganisasian;
- b. Bahwa untuk mewujudkan sumber daya manusia yang terorganisir, kompeten dan sesuai standar di rumah sakit;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MenKes/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1014/MenKes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/MenKes/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik;
6. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Nomor : 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
7. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
8. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 017/P4MU/SK/VI/2022 tentang Penetapan Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

**MEMUTUSKAN :**

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

Pasal 1

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

Pasal 2

Pedoman Pengorganisasian Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan penunjang medis (penunjang diagnostik, laboratorium, *prothese*, dan optik) di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 3

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

Pasal 4

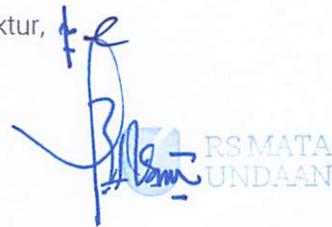
Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Pasal 5

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

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 15 Juli 2022

Direktur,



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

LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA  
UNDAAN  
NOMOR: 1681/PER/DIR/RSMU/VII/2022  
TANGGAL: 15 JULI 2022  
TENTANG  
PEDOMAN PENGORGANISASIAN INSTALASI  
PENUNJANG DIAGNOSTIK DAN TERAPI  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Rumah sakit menyelenggarakan upaya kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam menyelenggarakan fungsi rumah sakit, sebuah rumah sakit harus mempunyai sumber daya yang memadai baik dari sisi kuantitatif dan kualitatif. Sumber daya tersebut meliputi sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta peralatan lainnya yang digunakan untuk menunjang pelaksanaan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan rumah sakit diperlukan pedoman pengorganisasian untuk mengatur seluruh aspek yang berperan dalam menjalankan rumah sakit. Pengaturan pedoman rumah sakit bertujuan untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi rumah sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).

Pedoman pengorganisasian ini merupakan pedoman dalam mengatur pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi sebagai sebuah organisasi yang profesional yang didalamnya meliputi struktur organisasi beserta uraian jabatan, tata hubungan kerja dan pola ketenagaan serta kegiatan orientasi. Kesemua itu disusun untuk mencapai visi dan misi rumah sakit.

### 1.2 Tujuan Pedoman

#### 1.2.1 Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam pengelolaan pelayanan penunjang medis (penunjang diagnostik, laboratorium, prothese, dan optik) oleh masing-masing staf Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

1. Menciptakan pelayanan yang berkualitas dan menghasilkan kinerja prima dalam mencapai visi dan misi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
2. Memberikan jalur komunikasi dan arahan yang jelas dalam unit penunjang medis serta hubungan dengan unit-unit pelayanan lain yang terkait di jajaran Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

### 1.3 Ruang Lingkup

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

### 1.4 Definisi Operasional

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

### 1.5 Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MenKes/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1014/MenKes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan;
5. Buku Pedoman Pelayanan Radiologi di Rumah Sakit dan Sarana Pelayanan Kesehatan Lainnya;
6. Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Dirjen BATAN No. 525/Menkes/VIII/1989-No.01.01/94/DJ/89 tentang Pendelegasian Wewenang Pemeriksaan terhadap Pemakaian Zat Radioaktif dan atau Sumber Radiasi lainnya di bidang Kesehatan dari BATAN kepada Departemen kesehatan R.I;

7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 375/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Radiografer;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/MenKes/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 pasal 27 tentang Pelayanan Radiologi Klinik.

## BAB II

### GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

#### 2.1 Identitas Rumah Sakit

1. Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
2. Kelas Rumah Sakit : RS Khusus Kelas B Non Pendidikan
3. Status Pemilikan : Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU)
4. Nomor Surat Ijin : P2T/2/03.23/02/III/2018
5. Jumlah Tempat Tidur : 65 Tempat Tidur
6. Alamat : Jl. Undaan Kulon No. 17-19, Surabaya
7. Luas Bangunan : 13.080 M<sup>2</sup>
8. Luas Tanah : 6.919 M<sup>2</sup>
9. Daya Listrik : PLN: 555KVA, Diesel: 200 KVA dan 625 KVA
10. Air : PDAM dan Air Tanah

#### 2.2 Sejarah Rumah Sakit

1. Tanggal 15 Oktober 1915, atas prakarsa dr. A. Deutman lahirlah perhimpunan yang mengelola pengobatan mata untuk pribumi yang tidak mampu diketahui oleh dr. JF. Terburgh dengan lokasi yang sekarang di Panti Asuhan Undaan Jalan Undaan Kulon.
2. Bulan November 1932, dimulainya pembangunan gedung Rumah Sakit Mata tepat bersebelahan dengan gedung Panti Asuhan Undaan.
3. Tanggal 29 April 1933, Rumah Sakit Mata Undaan pertama kali dibuka untuk umum di bawah pimpinan dr. A. Deutman sebagai Direktur hingga 1942.
4. Tahun 1942-1946, semua kegiatan dihentikan dikarenakan situasi keamanan yang tidak memungkinkan pada masa pendudukan jepang.
5. Tanggal 8 Januari 1946, Rumah Sakit Mata Undaan dibuka kembali yang dipimpin oleh dr. IH Go seorang keturunan Cina berwarganegaraan Belanda dan dibantu oleh dr. J. Ten Doesschate.
6. Tahun 1950, Pengelolaan Rumah Sakit Mata Undaan diambil alih oleh Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M).
7. Tahun 1968, Rumah Sakit Mata Undaan dipimpin oleh putra Indonesia yaitu dr. Moh. Basoeki, Sp.M hingga Tahun 1994.
8. Desember 1994, pimpinan Rumah Sakit Mata Undaan diserahkan terimakan dari dr. Moh. Basoeki, Sp.M kepada dr. Moch. Badri, Sp. M.
9. Tahun 1999, Gedung Yayasan Pendidikan Anak Buta (YPAB) yang berada di kawasan Rumah Sakit dipugar dan digantikan gedung baru 3 lantai.
10. Awal Tahun 2020, Gedung Medik Sentral (GMS) telah diresmikan dan difungsikan secara bertahap.
11. Pada Tahun 2021, RS Mata Undaan melakukan renovasi di Gedung Pelayanan Lasik dan di tahun 2022 tepatnya tanggal 31 Mei 2022 telah diresmikan oleh Wali Kota Surabaya Eri Cahyadi, S.T., M.T. dan berganti nama Gedung Layanan Premium.

### BAB III

#### VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN RS

##### 3.1 Visi dan Misi RS

1. Visi  
Menjadi Rumah Sakit Mata Pilihan Utama Masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan.
2. Misi
  - a. Memberikan pelayanan kesehatan mata yang bermutu dan aman;
  - b. Membentuk Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit yang profesional;
  - c. Melakukan pendidikan untuk menunjang pelayanan;
  - d. Melakukan penelitian guna meningkatkan dan mengembangkan pelayanan; dan
  - e. Menjalin kemitraan dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian.

##### 3.2 Falsafah Rumah Sakit

Falsafah Rumah Sakit adalah:

1. Pasien dan mitra kerja adalah manusia yang mempunyai rasa menyukai dan tidak menyukai, sehingga kewajiban Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan yang aman dan bermutu;
2. Kehadiran pasien dan mitra kerja adalah kepercayaan yang diberikan kepada Rumah Sakit;
3. Karyawan dan Direksi selalu berusaha meningkatkan ilmu dan teknologi, dan memandang pengalaman sebagai guru terbaik;
4. Keluhan pasien dan mitra kerja merupakan wujud kepedulian kepada Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan sesuai dengan yang diharapkan; dan
5. Kepedulian Rumah Sakit terhadap lingkungan merupakan bagian dari kepedulian terhadap kelestarian ekosistem.

##### 3.3 Nilai Rumah Sakit

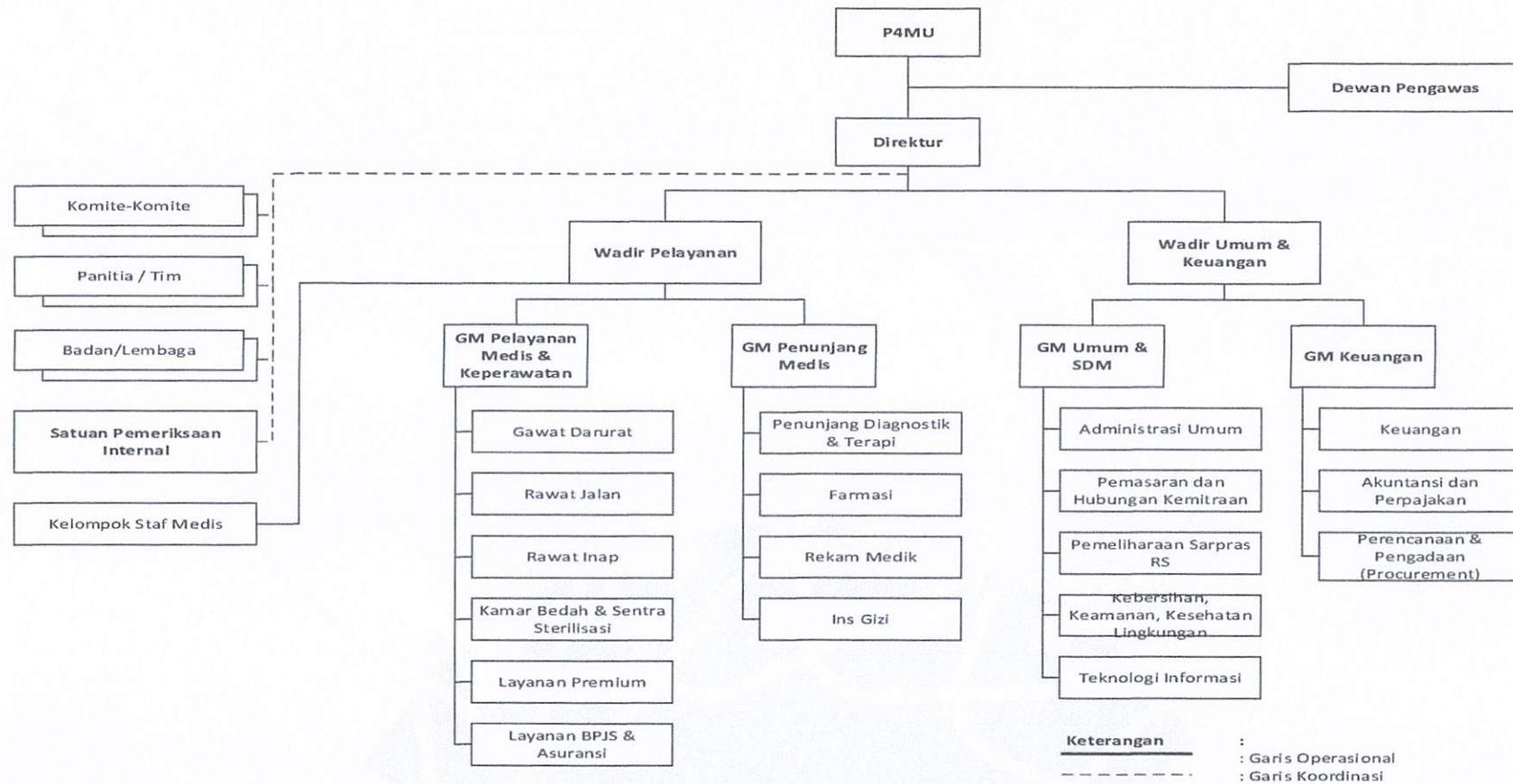
Nilai Dasar Rumah Sakit adalah:

1. *Professionalism* yaitu bekerja berdasarkan kompetensi, standar etika dan profesi, serta mengutamakan kepentingan pelanggan;
2. *Responsibility*, yaitu bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan secara bermutu, aman, cepat dan akurat;
3. *Team work*, yaitu bekerja dalam koordinasi tim yang baik di dalam satu unit kerja maupun antar unit kerja.

##### 3.4 Tujuan Rumah Sakit

Tujuan Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dalam bidang pelayanan kesehatan mata yang didasarkan kepada nilai-nilai transparansi, akuntabilitas, tanggungjawab, independensi, *safety*, dan produktif.

**BAB IV  
STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT**



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

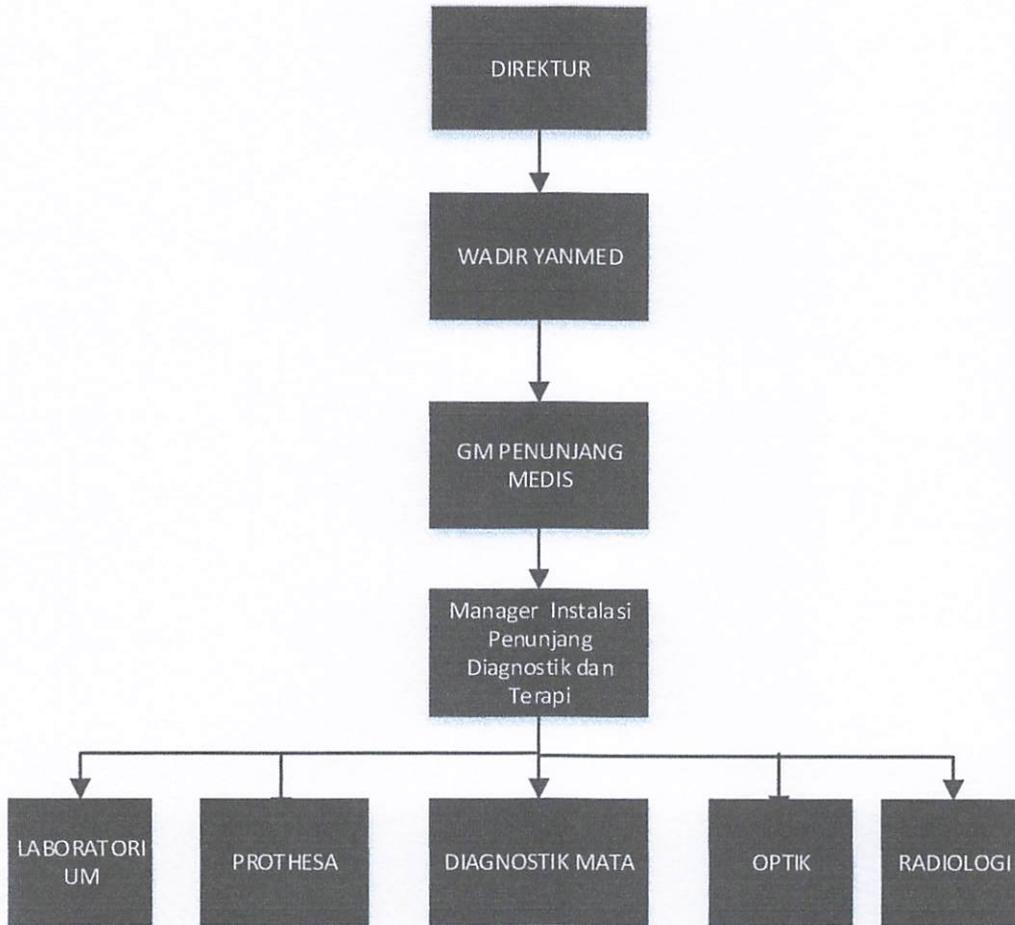
Undaan Kulon 19  
Surabaya 60274, Indonesia

f Rumah Sakit Mata  
Undaan Surabaya

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

@ rs.mataundaan  
rsmataundaan.co.id

**BAB V**  
**STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA**



Gambar 5.1 Struktur Organisasi Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

## BAB VI URAIAN JABATAN

### 6.1 Persyaratan Jabatan

1. Manager
  - a. Pendidikan : S1 S.Kep,Ners
  - b. Pelatihan : manajerial, kepemimpinan
2. Staf Pelayanan Diagnostik dan Laser  
Pendidikan : DIII Keperawatan
3. Penanggung Jawab Laboratorium  
Pendidikan : S2 Prodi Dokter Spesialis Patologi Klinik
4. Staf Pelayanan Laboratorium  
Pendidikan : DIII Analis Kesehatan
5. Staf Admin  
Pendidikan : S1
6. Staf Pelayanan Protesa  
Pendidikan : S1 dan Fellowship ocularis (prothesa)
7. Staf Pelayanan Optik  
Pendidikan : DIII Optometris
8. Penanggung Jawab Radiologi  
Pendidikan : S2 Prodi Dokter Spesialis Radiologi
9. Petugas Radiografer  
Pendidikan : DIII Teknik Radiodiagnostik dan Radioterapi

### 6.2 Uraian Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang

1. Manager
  - a. Tugas
    - 1) Melakukan perencanaan
      - a) Menyusun program kerja dan anggaran instalasi penunjang diagnostik dan terapi.
      - b) Menyusun SPO pelayanan instalasi penunjang diagnostik dan terapi.
      - c) Membuat jadwal dinas.
      - d) Mengelola SDM yang kompeten.
    - 2) Pengorganisasian
      - a) Menghadiri rapat mingguan rumah sakit.
      - b) Menyelenggarakan *morning report* di instalasi penunjang diagnostik dan terapi.
      - c) Menghadiri rapat koordinasi.
    - 3) Pembinaan dan pelaksanaan
      - a) Melakukan analisis permasalahan instalasi penunjang diagnostik dan terapi.
      - b) Menyelesaikan masalah instalasi penunjang diagnostik dan terapi
      - c) Supervisi dan monitoring pelaksanaan program kerja instalasi penunjang diagnostik dan terapi
      - d) Membantu memberikan pelayanan di instalasi penunjang diagnostik dan terapi

- e) Melakukan supervisi, monitoring, dan pembinaan terkait pelaksanaan tugas bawahan di instalasi penunjang diagnostik dan terapi
- f) Menjaga keakuratan hasil pemeriksaan/tindakan.
- 4) Monitoring dan evaluasi pelayanan
  - a) Mengevaluasi kinerja dan anggaran penunjang diagnostik dan terapi
  - b) Mengevaluasi kinerja bawahan di instalasi penunjang diagnostik dan terapi
  - c) Mengevaluasi akurasi hasil masing-masing alat medis.
- b. Tanggung Jawab
  - 1) Kepatuhan menjalankan SPO;
  - 2) Ketersediaan dokumen pelayanan;
  - 3) Ketersediaan notulen rapat koordinasi penunjang diagnostik dan terapi;
  - 4) Ketersediaan kelengkapan sarana prasarana;
  - 5) Ketersediaan SDM yang kompeten.
- c. Wewenang
  - 1) Kebijakan :
    - a) Mengusulkan program kerja dan anggaran instalasi penunjang diagnostik dan terapi;
    - b) Mengusulkan SPO pelayanan instalasi penunjang diagnostik dan terapi;
    - c) Mengusulkan perbaikan sarana dan prasarana.
  - 2) SDM :
    - a) Mengusulkan kebutuhan tenaga di instalasi penunjang diagnostik dan terapi;
    - b) Mengusulkan diklat SDM instalasi penunjang diagnostik dan terapi;
    - c) Memberikan penilaian kinerja bawahan di instalasi penunjang diagnostik dan terapi;
    - d) Memberikan izin cuti bawahan di instalasi penunjang diagnostik dan terapi;
    - e) Memberikan izin istirahat bagi bawahan yang sakit;
    - f) Memberikan izin lembur bila perlu.
  - 3) Sarana dan Prasarana, peralatan medis, logistik medis :
    - a) Mengusulkan kebutuhan sarana prasarana di instalasi penunjang diagnostik dan terapi;
    - b) Mengusulkan *upgrade* alat medis yang lebih canggih.
  - 4) Koordinasi :
    - a) Antar individu di unit kerja :
      - (1) Koordinasi pembagian tugas kerja pelayanan;
      - (2) Koordinasi *patient safety*.
    - b) Antar unit kerja :
      - (1) Koordinasi harian terkait pelayanan medis;
      - (2) Koordinasi harian terkait kelengkapan sarana prasarana;
      - (3) Koordinasi absensi, pendidikan, dan pelatihan;
      - (4) Koordinasi perencanaan unit kerja;
      - (5) Koordinasi pengelolaan laporan keuangan;
      - (6) Koordinasi pengelolaan laporan kegiatan;
      - (7) Koordinasi terkait IT;
      - (8) Koordinasi pengelolaan pasien jaminan kesehatan;
      - (9) Koordinasi perbaikan peralatan unit kerja;
      - (10) Koordinasi *patient safety*.

- c) Pihak Eksternal Rumah Sakit :
    - (1) Koordinasi dengan laboratorium eksternal terkait pelayanan penunjang diagnostik dan terapi;
    - (2) Koordinasi dengan radiologi luar terkait pelayanan penunjang diagnostik dan terapi.
2. Staf Pelayanan Optik
- a. Tugas
    - 1) Menyiapkan fasilitas dan lingkungan rawat jalan untuk kelancaran pelayanan serta memudahkan pasien dalam menerima pelayanan, meliputi :
      - a) Mengawasi kebersihan lingkungan.
      - b) Mengatur tata ruang rawat jalan agar memudahkan dan memperlancar pelayanan yang diberikan pada pasien.
      - c) Memeriksa persiapan peralatan yang diperlukan dalam memberikan pelayanan
    - 2) Mengkaji kebutuhan pasien dengan cara :
      - a) Mengamati keadaan pasien.
      - b) Melaksanakan anamnesis sesuai batas kemampuan dan kewenangannya.
      - c) Melaksanakan pemeriksaan dasar, meliputi ARK, visus dan refraksi.
      - d) Melaksanakan tindakan sesuai dengan program yang ditentukan oleh dokter.
      - e) Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang tindak lanjut pemakaian dan perawatan kacamata.
      - f) Merujuk pasien kepada anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kebutuhan untuk pemeriksaan diagnostik, tindakan pengobatan dan perawatan selanjutnya.
      - g) Melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan sesuai kebutuhan yang berlaku.
      - h) Memelihara peralatan medis dalam keadaan siap pakai dengan cara :
        - (1) Membersihkan dan menyiapkan alat-alat yang telah digunakan.
        - (2) Menyiapkan alat secara lengkap dalam keadaan siap pakai.
      - i) Bekerja secara kooperatif dengan anggota tim kesehatan lain dalam memberikan kesehatan pelayanan kepada pasien dengan cara :
        - (1) Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang baik antar anggota tim.
        - (2) Berperan aktif dalam upaya meningkatkan dan pengembangan program pelayanan di Instalasi Rawat Jalan.
        - (3) Berperan dalam hal pemecahan masalah yang dihadapi.
      - j) Mengatur kunjungan ulang kepada pasien sesuai program pengobatan.
      - k) Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh koordinator /Manager rawat jalan.
      - l) Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dibidang refraksi, antara lain melalui pertemuan ilmiah.
  - b. Tanggung Jawab
 

Melaksanakan pengukuran lensa kacamata agar menghasilkan ukuran kacamata yang berkualitas dan nyaman.
  - c. Wewenang
 

Melaksanakan pembuatan lensa kacamata agar menghasilkan ukuran kacamata yang berkualitas dan nyaman digunakan pasien.

### 3. Staf Pelayanan Diagnostik dan Laser (Perawat)

#### a. Tugas

##### 1) Pra Tindakan

- a) Menyiapkan ruang penunjang medis dan peralatannya;
- b) Kebersihan ruang penunjang medis dan peralatan;
- c) Obat- obatan dan sarana medis lainnya;
- d) Sarana pendukung;
- e) Alat/mesin medis yang akan dipergunakan;
- f) Entri data manual dan komputer;
- g) Alat dan bahan untuk kedaruratan medis;
- h) Menyiapkan pasien;
- i) Mengoperasikan alat;
- j) Menghubungi dokter operator.

##### 2) Saat Tindakan

- a) Membantu penderita dan dokter operator dalam pelaksanaan tindakan;
- b) Mengingatkan operator jika terjadi penyimpangan prosedur;
- c) Memberikan obat dan sarana medis lain kepada dokter operator sesuai urutan prosedur dan kebutuhan tindakan secara cepat dan tepat;
- d) Memperhatikan reaksi penderita selama dilakukan tindakan;
- e) Menjaga kebersihan instrument dan tempat kerja.

##### 3) Pasca Tindakan

- a) Membersihkan dan mengeringkan *instrument*;
- b) Menginventaris dan memeriksa instrument yang telah dipergunakan;
- c) Memasukkan instrument kedalam tempatnya;
- d) Membersihkan ruangan setelah tindakan selesai agar siap untuk dipergunakan kembali;
- e) Mematikan alat-alat elektronik sesuai prosedur;
- f) Melakukan perawatan dan pemeliharaan alat.

#### b. Tanggung Jawab

- 1) Terlaksananya Pengkajian Pasien;
- 2) Teridentifikasinya masalah keperawatan pasien;
- 3) Terencananya asuhan keperawatan pasien;
- 4) Terbantunya aktivitas sehari-hari pasien sesuai kebutuhan pasien;
- 5) Terlaksananya intervensi spesifik keperawatan dan terapi sesuai kondisi pasien;
- 6) Terlaksananya evaluasi asuhan keperawatan;
- 7) Terdokumentasinya asuhan keperawatan.

#### c. Wewenang

Melaksanakan asuhan keperawatan di unit dalam *shift*nya sesuai dengan pedoman pelayanan agar pasien mendapatkan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

### 4. Penanggungjawab Laboratorium

#### a. Tugas

- 1) Merencanakan pembangunan dan pengembangan pelayanan unit laboratorium;
- 2) Mengkoordinasikan pengambilan, pengumpulan, dan pengelolaan spesimen untuk pemeriksaan Patologi Klinik;

- 3) Mengkoordinasikan pemilihan dan penentuan metode pemeriksaan;
  - 4) Melakukan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik;
  - 5) Memberikan penjelasan kepada sesama dokter tentang keterbatasan teknik pemeriksaan yang digunakan;
  - 6) Memberikan pelayanan konsultasi terkait hasil laboratorium;
  - 7) Melakukan supervisi kegiatan pelayanan laboratorium;
  - 8) Mengidentifikasi dan menganalisis masalah teknik mengenai metodologi, peralatan, reagen, spesimen maupun persiapan pasien;
  - 9) Menentukan jenis pemeriksaan yang paling tepat dilakukan dalam segi metodologi dan peralatan.
- b. Tanggung Jawab
- 1) Menyusun dan evaluasi regulasi;
  - 2) Pengawasan pelaksanaan administrasi;
  - 3) Melaksanakan program kendali mutu (PMI dan PME);
  - 4) Monitor dan evaluasi semua jenis pelayanan laboratorium;
  - 5) Mereview dan menindak lanjuti hasil pemeriksaan laboratorium rujukan;
  - 6) Memberikan keterangan ahli yang berhubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan laboratorium lanjutan sesuai data klinik yang diperoleh dan bertanggungjawab atas hasil pemeriksaan laboratorium.
- c. Wewenang
- 1) Memimpin pertemuan staf laboratorium;
  - 2) Memberikan pembinaan dan bimbingan kepada staf unit laboratorium;
  - 3) Melakukan penilaian dan evaluasi kinerja unit laboratorium.
5. Staf Pelayanan Laboratorium
- a. Tugas
- 1) Mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan di laboratorium;
  - 2) Melakukan pengambilan dan penanganan spesimen darah serta penanganan cairan dan jaringan tubuh lain;
  - 3) Melakukan persiapan, pengolahan, dan pengiriman specimen;
  - 4) Mempersiapkan, memilih dan menguji kualitas bahan/reagensia;
  - 5) Melaksanakan prosedur laboratorium, metode pengujian dan pemakaian alat laboratorium dengan benar;
  - 6) Melakukan Pemantapan Mutu Internal dan Eksternal;
  - 7) Memverifikasi pemeriksaan laboratorium dalam maupun laboratorium kerjasama;
  - 8) Melaporkan hasil pemeriksaan laboratorium;
  - 9) Mempersiapkan, memilih, menggunakan, memelihara, mengkalibrasi, serta menangani secara sederhana alat laboratorium;
  - 10) Melaksanakan Standard Prosedure Operasional (SPO);
  - 11) Menjaga suhu di almari es agar tetap stabil;
  - 12) Melaporkan data kunjungan pasien tiap bulan;
  - 13) Mengikuti rapat bulanan penunjang medis;
  - 14) Menjaga kebersihan ruang dan alat di laboratorium;
  - 15) Menghidupkan dan mematikan peralatan listrik;

- 16) Membuat laporan bila menemukan kasus KTD/KNC/KPC;
- 17) Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien;
- 18) Selalu memakai APD dalam melakukan prosedur tindakan;
- 19) Selalu melakukan cuci tangan sesuai prosedur;
- 20) Menjaga kerapian dan kebersihan ruangan laboratorium.

b. Tanggung Jawab

Melaksanakan pemeriksaan laboratorium kepada pasien secara cepat dan tepat meliputi pemeriksaan laboratorium sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) dan berperan aktif dalam melaksanakan kendali mutu di laboratorium.

c. Wewenang

Memverifikasi terhadap proses pemeriksaan laboratorium.

6. Staf Pelayanan Protosa

a. Tugas

- 1) Menyiapkan pasien dan mengukur rongga bola mata pasien, membuat dan memasang prothesa mata pasien;
- 2) Menyediakan kelengkapan sarana dan prasarana (bahan pembuatan *prothesa*);
- 3) Membuat prothesa mata pasien;
- 4) Melakukan perawatan dan pemeliharaan alat;
- 5) Berperan aktif dalam peningkatan mutu;
- 6) Melaksanakan Standar Prosedur Operasional (SPO);
- 7) Melaporkan data kunjungan pasien tiap bulan kepada koordinator penunjang medis;
- 8) Menghidupkan dan mematikan peralatan listrik;
- 9) Membuat laporan bila menemukan kasus KTD/KNC/KPC;
- 10) Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien;
- 11) Selalu memakai APD dalam melakukan prosedur tindakan;
- 12) Selalu melakukan cuci tangan sesuai prosedur.

b. Tanggung Jawab

- 1) Terlaksananya administrasi pasien;
- 2) Terbantunya aktivitas sehari-hari pasien sesuai kebutuhan pasien;
- 3) Terdokumentasinya data pasien;
- 4) Terlaksananya ukuran prothesa mata pasien yang presisi dan nyaman untuk pasien.

c. Wewenang

Melaksanakan pengukuran dan pembuatan *prothesa* mata agar menghasilkan prothesa mata yang berkualitas dan nyaman dipakai pasien.

7. Staf Admin

a. Tugas

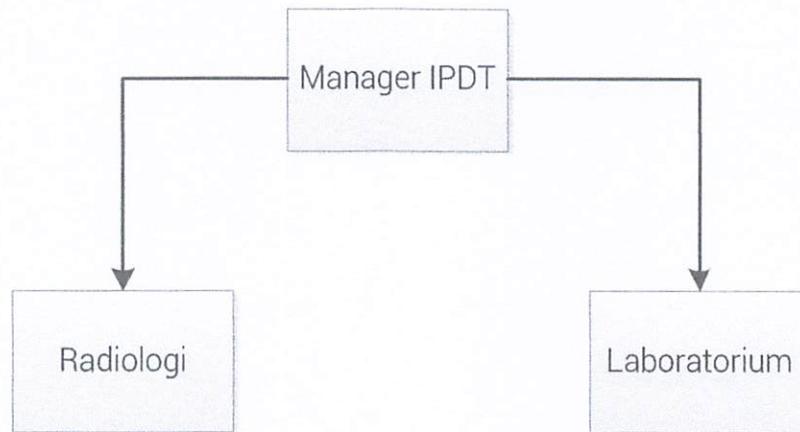
- 1) Menyiapkan data pasien.
- 2) Membantu tugas perawat;
- 3) Melakukan tugas administrasi (entri data manual maupun *computer*);
- 4) Melaporkan data kunjungan pasien;
- 5) Melakukan penjadwalan pasien;

- 6) Menyiapkan dan melaksanakan tugas sesuai kompetensi sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO);
  - 7) Memberikan edukasi dan jadwal kontrol pasien setelah selesai dilakukan pemeriksaan atau tindakan ke pasien;
  - 8) Menghidupkan dan mematikan peralatan listrik;
  - 9) Membuat laporan bila menemukan kasus KTD/KNC/KPC;
  - 10) Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien;
  - 11) Selalu memakai APD dalam melakukan prosedur tindakan;
  - 12) Selalu melakukan cuci tangan sesuai prosedur.
- b. Tanggung Jawab
- Bertanggungjawab kepada Manager Instalasi atas pelaksanaan berbagai kegiatan kelengkapan data pelayanan.
- c. Wewenang
- 1) Memberikan pelayanan sesuai standar yang telah ditentukan;
  - 2) Melaksanakan identifikasi pasien sebelum dilakukan tindakan sesuai prosedur;
  - 3) Menciptakan dan memelihara kebersihan, keamanan, kenyamanan dan keindahan ruangan;
  - 4) Menyiapkan dan melaksanakan tugas sesuai kompetensi sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO);
  - 5) Memberikan edukasi dan jadwal kontrol pasien setelah selesai dilakukan pemeriksaan atau tindakan ke pasien;
  - 6) Memelihara kebersihan alat dan ruangan dalam keadaan siap pakai;
  - 7) Ikut serta menunjang kelancaran pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
8. Penanggung Jawab Radiologi
- a. Tugas
- 1) Menentukan metode tes pencitraan yang paling efektif dan aman bagi pasien;
  - 2) Melaksanakan pemeriksaan radiologi bersama radiographer (teknisi radiologi);
  - 3) Menganalisis, mengevaluasi, dan membacakan hasil pemeriksaan radiologi pasien;
  - 4) Menentukan jenis kelainan dan tingkat keparahan kondisi yang diidap pasien;
  - 5) Menyarankan pemeriksaan lanjutan atau pengobatan untuk pasien, jika diperlukan;
  - 6) Melaksanakan program kendali mutu;
  - 7) Monitor dan evaluasi semua jenis pelayanan radiologi termasuk rujukan;
  - 8) Memastikan keamanan pemeriksaan radiologi dengan berorientasi ada keselamatan pasien;
  - 9) Memverifikasi dan menentukan jenis pemeriksaan yang sesuai dengan kebutuhan klinis pasien;
  - 10) Melakukan analisa, evaluasi, dan ekspertise hasil pemeriksaan radiologi;
  - 11) Menyarankan pemeriksaan lanjutan apabila diperlukan;
  - 12) Melakukan tugas -tugas dan tanggung jawab lain yang diberikan oleh atasan/pimpinan Rumah Sakit apabila dianggap perlu untuk kepentingan Rumah Sakit.
- b. Tanggung Jawab
- Melakukan kegiatan pelayanan radiologi yang fokus pada pemeriksaan radiologi, dalam rangka mendeteksi, menentukan diagnosis, dan mengobati suatu penyakit menggunakan prosedur pencitraan

- c. Wewenang
  - Mengevaluasi prosedur pemeriksaan radiologi yang dilakukan meliputi radiografi konvensional (rontgen kepala, thorax, abdomen, dan tulang- tulang pada seluruh bagian tubuh)
- 9. Petugas Radiografer
  - a. Tugas
    - 1) Menyiapkan peralatan sesuai kebutuhan pemeriksaan radiologi
    - 2) Memastikan alat berfungsi sebelum digunakan
    - 3) Melakukan pemeriksaan pasien secara radiografi meliputi pemeriksaan untuk radiodiagnostik dan imaging
    - 4) Melakukan penyinaran radiasi pada pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi
    - 5) Memastikan semua hasil pemeriksaan akurat dan presisi
    - 6) Menyusun laporan pemeliharaan asesoris pemeriksaan radiografi
    - 7) Melakukan tugas administrasi
    - 8) Melaksanakan program kendali mutu
    - 9) Monitor dan evaluasi semua jenis pelayanan radiologi termasuk rujukan
    - 10) Melakukan pemeliharaan kebersihan alat
    - 11) Melakukan pemantauan dosis radiasi internal
    - 12) Membuat laporan kebutuhan rutin barang medis dan non medis setiap bulan
    - 13) Mengusulkan untuk kalibrasi rutin alat sesuai jadwal
    - 14) Menjaga kebersihan ruangan radiologi
    - 15) Melaksanakan Standard Prosedure Operasional (SPO) layanan radiologi
    - 16) Melaporkan data kunjungan pasien tiap bulan kepada kepala instalasi penunjang medis
    - 17) Menghidupkan dan mematikan peralatan listrik selesai digunakan
    - 18) Membuat laporan bila menemukan kasus KTD/KNC/KPC
    - 19) Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien
    - 20) Selalu memakai APD dalam melakukan prosedur tindakan
    - 21) Selalu melakukan cuci tangan sesuai prosedur
  - b. Tanggung Jawab
    - Melakukan kegiatan pelayanan radiologi yang meliputi persiapan, pelaksanaan, pelaporan, dan evaluasi.
  - c. Wewenang
    - Melakukan kegiatan radiografi, imejing, kedokteran nuklir dan radioterapi di pelayanan kesehatan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

## BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA

### 7.1 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja



Gambar 7.1 Tata Hubungan Kerja Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi

### 7.2 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja Lain dan Tim/Komite

Tabel 7.1 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja Lain dan Tim/Komite

Unit	Tata Hubungan Kerja
Kasir	Melakukan konsultasi dan rujukan mengenai kegiatan program kerja radiologi berkenaan dengan anggaran, pembayaran.
PMKP	Melakukan koordinasi pelaksanaan program dan pelaporan hasil evaluasi mutu dan insiden keselamatan pasien .
Farmasi	Melakukan koordinasi terkait usulan penambahan atau pengadaan barang.
	Koordinasi terkait penyediaan bahan medis habis pakai (BMHP) penunjang pemeriksaan radiologi.
	Melakukan monitoring dan evaluasi terkait penyimpanan sediaan farmasi di radiologi.

Unit	Tata Hubungan Kerja
	<p>Radiology memiliki hubungan kerja dengan komite PPI terkait dengan kepatuhan cuci tangan.</p> <p>Koordinasi penggunaan alkes dan bahan habis pakai terkait resiko kejadian infeksi.</p>
Rekam Medis	<p>Melakukan koordinasi terkait penambahan form baru pada rekam medis.</p> <p>Melakukan koordinasi terkait penelusuran riwayat pengobatan pasien.</p>
Pemasaran dan Hubungan Kemitraan	<p>Melakukan koordinasi terkait penanganan komplain pasien terhadap layanan radiologi</p> <p>Melakukan koordinasi terkait promo yang ada di radiologi.</p>
Perencanaan dan Pengadaan	Melakukan koordinasi terkait pengadaan fasilitas pendukung pelayanan radiologi.
Teknologi Informasi	Melakukan koordinasi terkait sistem teknologi yang digunakan dalam pelayanan radiologi.
Unit Pemeliharaan Sarana Prasarana	Melakukan koordinasi terkait <i>maintenance</i> , kalibrasi fasilitas dan peralatan medis.

**BAB VIII**  
**POLA KETENAGAAN**

**8.1 Kebutuhan Sumber Daya Manusia**

1. Jumlah Sumber Daya Manusia  
Jumlah SDM Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi adalah sebanyak 19 orang.
2. Jenis Sumber Daya Manusia  
Adapun jenis SDM, meliputi :
  - a. Manajer = 1;
  - b. Perawat Pelaksana = 6;
  - c. Admin = 2;
  - d. Dokter Patologi Klinik = 1;
  - e. Analis Laboratorium = 4;
  - f. Dokter Radiologi =1;
  - g. Radiografer dan PPR =1;
  - h. Okularis Prothesa =1;
  - i. Refraksionist Optik =1;
  - j. Okularis Facet lensa = 1.
3. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 8.1 Kualifikasi SDM Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi

No	Jenis SDM	Jumlah	Kualifikasi	Pengalaman Kerja	Pelatihan
1	Manager	1	S1 Ners	RS Mata Undaan	Manajemen Keperawatan, Pelatihan alat medis,PPI, K3RS, BHD, Manrisk, Mutu dan Keselamatan Pasien
2	Perawat	6	D III Kepeawatan	RS Mata Undaan	Pelatihan alat medis,PPI, K3RS, BHD, Manrisk, Mutu dan Keselamatan Pasien
3	Dokter Patologi Klinik	1	S2 Spesialis Patologi Klinik	RS. Menur	PPI, K3RS, BHD, Manrisk, Mutu dan Keselamatan Pasien
4	Analis Laboratorium	4	D III Analis Kesehatan	RS. Manyar, RS. Mayapada, RS. Adi Husada Undaan	PPI, K3RS, BHD, Manrisk, Mutu dan Keselamatan Pasien
5	Okularis	1	Okularis	RS. Mata Undaan	Okularis, PPI, K3RS, BHD

No	Jenis SDM	Jumlah	Kualifikasi	Pengalaman Kerja	Pelatihan
	Prothesa				
6	Admin	2	S1	RS. Mata Undaan	PPI, K3RS, BHD
7	Dokter Radologi	1	S2 Dokter Spesialis Radiologi	RS. Mitra Keluarga	PPI, K3RS, BHD, Manrisk, Mutu dan Keselamatan Pasien
8	Radiografer dan PPR	1	D III Tehnik Radiodiagnostik dan Radioterapi	RS. Siloam	PPI, K3RS, BHD, Manrisk, Mutu dan Keselamatan Pasien
9	Refraksionist Optik	1	D III RO (Ophthalmometris)	RS. Mata Undaan	PPI, K3RS, BHD
10	Okularis Facet Lensa	1	SMA	RS. Mata Undaan	PPI, K3RS, BHD
	JUMLAH	19			

Pelayanan Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi Rumah Sakit Mata Undaan dilakukan oleh petugas yang memiliki kualifikasi pendidikan dan pengalaman yang memadai serta memperoleh/memiliki kewenangan untuk melaksanakan kegiatan di bidang yang sudah menjadi tugas dan tanggung jawabnya.

Pelayanan penunjang diagnostik dan terapi harus di bawah seorang atau lebih individu yang kompeten. Tanggung jawab pimpinan penunjang diagnostik dan terapi termasuk :

1. Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan Prosedur;
2. Pengawasan Administrasi;
2. Mempertahankan (*Maintaining*) setiap program kontrol mutu;
3. Memberikan rekomendasi pelayanan di luar Rumah Sakit (Rujukan);
4. Memonitor dan mereview semua pelayanan.

## 8.2 Penempatan Sumber Daya Manusia

Penempatan Sumber Daya Manusia di IPDT, meliputi :

Perhitungan efektivitas karyawan di sub unit berdasarkan modifikasi dari *Time & Motion Study* adalah jam kerja efektif selama satu minggu sebanyak 40 jam, hari kerja efektif dalam setahun adalah 40 minggu. Perhitungannya: Cuti tahunan 12 hari, hari minggu 52 hari, libur nasional 12 hari. Jam kerja efektif satu bulan  $40 \times 40 / 12 = 133$  jam Dengan asumsi peningkatan jumlah pemeriksaan 10% setiap tahun.

### 8.3 Beban Kerja

Dalam perhitungan beban kerja, faktor-faktor yang berpengaruh pada kegiatan yang dilakukan, yaitu:

1. Jumlah alat;
2. Jumlah dan jenis pemeriksaan yang dilakukan;
3. Jumlah waktu yang dibutuhkan dalam setiap pemeriksaan;
4. Jumlah pasien yang melakukan pemeriksaan.

## BAB IX PROGRAM ORIENTASI

### 9.1 Orientasi Umum

Orientasi Umum adalah proses pengenalan secara umum tentang organisasi, tanggung jawab, hak dan kewajiban untuk seluruh calon karyawan. Masa orientasi umum diadakan selama 1 hari dengan perincian materi sebagai berikut:

1. Pengenalan, visi, misi, Budaya, Tujuan dan Struktur organisasi Rumah Sakit;
2. *Customer Service*;
3. Hak dan Kewajiban karyawan;
4. Kesehatan dan Keselamatan kerja;
5. Keselamatan Pasien;
6. Sistem Informasi Rumah Sakit;
7. Program Mutu Rumah Sakit;
8. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
9. Pengenalan Lingkungan Rumah Sakit.

### 9.2 Orientasi Khusus

Tabel 9.1 Materi Orientasi Khusus di Unit

NO	MATERI ORIENTASI
I	Orientasi Khusus di Unit
	1. Operasional alat konvensional;
	2. Operasional Komputer;
	3. Pengenalan sistem komputer;
	4. Pengenalan alur pasien;
	5. Sosialisasi SPO.

## BAB X PERTEMUAN/RAPAT

### 10.1 Pertemuan/Rapat

Pertemuan/rapat merupakan forum yang penting untuk berdiskusi mencari solusi atas setiap permasalahan yang ada dalam pekerjaan. Seluruh peserta dalam rapat harus berperan aktif, materi rapat harus bersifat terbuka, pembahasan masalah harus berkaitan dengan tujuan organisasi atau perusahaan secara musyawarah dan memenuhi unsur-unsur rapat seperti pimpinan, notulen/catatan, daftar hadir. Pertemuan yang dilakukan dibagi menjadi 2 (dua) macam, yaitu:

#### 1. Pertemuan Harian

Pertemuan harian harus diadakan untuk meningkatkan komunikasi antar staff dan perlu dilakukan setiap pagi. Pertemuan dipimpin manager yang bertugas untuk memfasilitasi serah terima tugas dari staf *shift* sore dan permasalahan yang perlu ditindak lanjuti segera oleh staf yang bertugas di pagi hari.

#### 2. Pertemuan Bulanan

Pertemuan diadakan 1 (satu) bulan sekali dipimpin oleh manager dalam waktu yang sudah ditentukan dengan agenda:

- a. Perkenalan staf baru (jika ada).
- b. Sosialisasi kegiatan yang akan/sedang dilaksanakan.
- c. Sosialisasi tindak lanjut *incident report* yang terjadi dalam 1 bulan terakhir.
- d. Persiapan - persiapan yang dilakukan jika ada kegiatan (contoh: akreditasi, *stock opname*, dan lain - lain).
- e. Permasalahan yang terjadi di tiap bagian dan perlu diketahui oleh seluruh staff radiologi.
- f. Berbagi pengalaman dan pengetahuan jika ada seminar eksternal.
- g. Hal lain jika diperlukan.

### 10.2 Koordinasi

Koordinasi dilakukan dengan komunikasi antar staf setiap hari.

**BAB XI**  
**PELAPORAN**

**11.1 Indikator Mutu Prioritas**

Tabel 11.1 Indikator Mutu Prioritas

No		Nama Indikator
1		<b>Kepatuhan Penyimpanan Obat <i>High Alert</i> LASA (SKP 3)</b>
	N	Jumlah obat <i>High Alert</i> yang disimpan sesuai prosedur.
	D	Jumlah seluruh obat <i>High Alert</i> yang disimpan.
2		<b>Ketepatan/Keakuratan Biometri pada Pasien Operasi Katarak</b>
	N	Jumlah pasien operasi katarak yang dilakukan pemeriksaan biometri dengan tepat.
	D	Semua pasien operasi katarak yang dilakukan pemeriksaan biometri.

**11.2 Indikator Mutu Unit Kerja**

Tabel 11.2 Indikator Mutu Unit Kerja

No		Nama Indikator	Target
1		<b>Keterlambatan (Waktu Tunggu ) Hasil Foto USG</b>	0%
	N	Jumlah pasien dengan waktu pemeriksaan > 60 menit.	
	D	Jumlah seluruh pasien yang menjalani pemeriksaan USG.	
2		<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium</b>	0%
	N	Jumlah pasien yang menunggu hasil laboratorium > 120 menit.	
	D	Jumlah seluruh pasien dilakukan pemeriksaan laboratorium dalam bulan tersebut yang dilakukan sampling.	

### 11.3 Penilaian dan Evaluasi Kinerja Staf

Penilaian dan evaluasi kinerja merupakan tanggung jawab Manager Layanan Premium yang dilakukan tiap bulan dengan mengobservasi kinerja staf Layanan Premium. Ada pun poin-poin yang dinilai meliputi :

1. Kedisiplinan;
2. Pelaksanaan tugas;
3. Tanggung jawab;
4. Kerjasama tim dan penyelesaian masalah;
5. Inisiatif;
6. Kepemimpinan;
7. *Performance*;
8. Mutu dan keselamatan.

Formulir hasil penilaian akan dikumpulkan setiap bulan ke administrasi umum, selambat-lambatnya tanggal 20 tiap bulannya.

### 11.4 Pencatatan Kegiatan

Pencatatan kegiatan pelayanan diinput melalui sistem SIRS dan buku kegiatan pemeriksaan.

### 11.5 Pelaporan Kegiatan

Dokumentasi dan pelaporan mempunyai peranan yang penting sebagai data pendukung dalam melakukan evaluasi terhadap produk dan proses yang sedang berjalan. Sistem pelaporan dilakukan secara tertulis berdasarkan dokumentasi yang telah dibuat. Laporan yang terformat bagus akan bermanfaat baik dalam komunikasi maupun dalam mencapai tujuan organisasi. Kegiatan pelaporan meliputi:

1. Pelaporan Harian  
Laporan kunjungan pasien dan indikator mutu.
2. Pelaporan Bulanan  
Pelaporan bulanan yang dilakukan tiap bulan adalah pelaporan jumlah pemeriksaan tiap bulan dan laporan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien.
3. Pelaporan Tahunan  
Laporan tahunan adalah laporan keseluruhan , yang meliputi :
  - a. Laporan jumlah pasien/pemeriksaan;
  - b. Laporan inventaris obat dan barang;
  - c. Laporan inventaris alat;
  - d. Laporan anggaran (permintaan alat) untuk tahun berikutnya;
  - e. Laporan data pasien selama 1 tahun;
  - f. Laporan servis, kalibrasi, dan maintenance alat;
  - g. Evaluasi target dan capaian.

**BAB XII  
PENUTUP**

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

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 15 Juli 2022

Direktur,



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