



**RS MATA
UNDAAN**

PEDOMAN PENGORGANISASIAN RADIOLOGI

RS MATA UNDAAN SURABAYA



**TAHUN
2022**

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya

Telp. 031- 5343 806, 5319 619

Fax. 031-5317 503

www.rsmataundaan.co.id

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1714/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL: 15 JULI 2022 TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN RADIOLOGI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	1
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1714/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL: 15 JULI 2022 TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN RADIOLOGI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	3
BAB I PENDAHULUAN	3
1.1 Latar Belakang.....	3
1.2 Tujuan Pedoman.....	3
1.3 Ruang Lingkup	4
1.4 Batasan Operasional	4
1.5 Landasan Hukum.....	4
BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT.....	5
2.1 Identitas Rumah Sakit.....	5
2.2 Sejarah Rumah Sakit.....	5
BAB III VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI, DAN TUJUAN RUMAH SAKIT.....	6
3.1 Visi dan Misi Rumah Sakit	6
3.2 Falsafah Rumah Sakit.....	6
3.3 Nilai Rumah Sakit.....	6
3.4 Tujuan Rumah Sakit.....	6
BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT	7
BAB V STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA	8
BAB VI URAIAN JABATAN.....	9
6.1 Persyaratan Jabatan.....	9
6.2 Uraian Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang.....	9
BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA.....	11
7.1 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja	11
7.2 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja Lain.....	11
BAB VIII POLA KETENAGAAN	13
8.1 Kebutuhan Sumber Daya Manusia.....	14
8.2 Penempatan Sumber Daya Manusia	14
8.3 Beban Kerja.....	14
BAB IX PROGRAM ORIENTASI	16
9.1 Orientasi Umum	16
9.2 Orientasi Khusus.....	16
BAB X PERTEMUAN/RAPAT	17
10.1 Pertemuan/Rapat	17
10.2 Koordinasi	17

BAB XI	PELAPORAN	18
11.1	Indikator Mutu Prioritas.....	18
11.2	Indikator Mutu Unit Kerja.....	18
11.3	Penilaian dan Evaluasi Kinerja Staf	18
11.4	Pencatatan Kegiatan.....	18
11.5	Pelaporan Kegiatan	19
BAB XII	PENUTUP	20

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 1714/PER/DIR/RSMU/VII/2022
TANGGAL : 15 JULI 2022
TENTANG
PEDOMAN PENGORGANISASIAN RADIOLOGI
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 radiologi 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. 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;
4. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 017/P4MU/SK/VI/2022 tentang Penetapan Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN RADIOLOGI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.**

Pasal 1

Menetapkan dan memberlakukan Pedoman Pengorganisasian Radiologi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 2

Pedoman Pengorganisasian Radiologi ini digunakan sebagai acuan dalam tata kelola organisasi radiologi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 3

Pedoman Pengorganisasian Radiologi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.

Pasal 4

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan 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,

The image shows a handwritten signature in blue ink over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text "RSMATA UNDAAN" in a bold, sans-serif font. The signature is written over the stamp and extends to the left.

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

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA
UNDAAN
NOMOR: 1714/PER/DIR/RSMU/VII/2022
TANGGAL: 15 JULI 2022
TENTANG
PEDOMAN PENGORGANISASIAN RADIOLOGI
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit Mata Undaan sebagai pemberi jasa 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 dan tata kelola klinis yang baik

Pedoman pengorganisasian ini merupakan pedoman dalam mengatur pelayanan Radiologi yang merupakan bagian dari Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi 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

Memberikan acuan dalam pengelolaan pelayanan Radiologi 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 sub unit Penunjang Diagnostik dan Terapi serta hubungan dengan unit-unit pelayanan lain yang terkait di jajaran Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

1.3 Ruang Lingkup

Pelayanan Radiologi RS Mata Undaan mencakup:

1. Pelayanan Radiologi konvensional.
2. Pelayanan Radiologi kerjasama berupa pemeriksaan CT Scan dan pemeriksaan Radiologi lainnya yang tidak bisa dilakukan di RS Mata Undaan Surabaya.

1.4 Batasan Operasional

Pelayanan radiologi dimulai dari proses penerimaan pasien (melalui emergensi, rawat jalan atau rawat inap), pembayaran (kasir), pemeriksaan, dan pemberian hasil.

1.5 Landasan Hukum

1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 375/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Radiografer.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 780/MENKES/PER/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 pasal 27 tentang Pelayanan Radiologi Klinik.

BAB II

GAMBARAN UMUM RS

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 M²
8. Luas Tanah : 6.919 M²
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 Rumah Sakit**

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

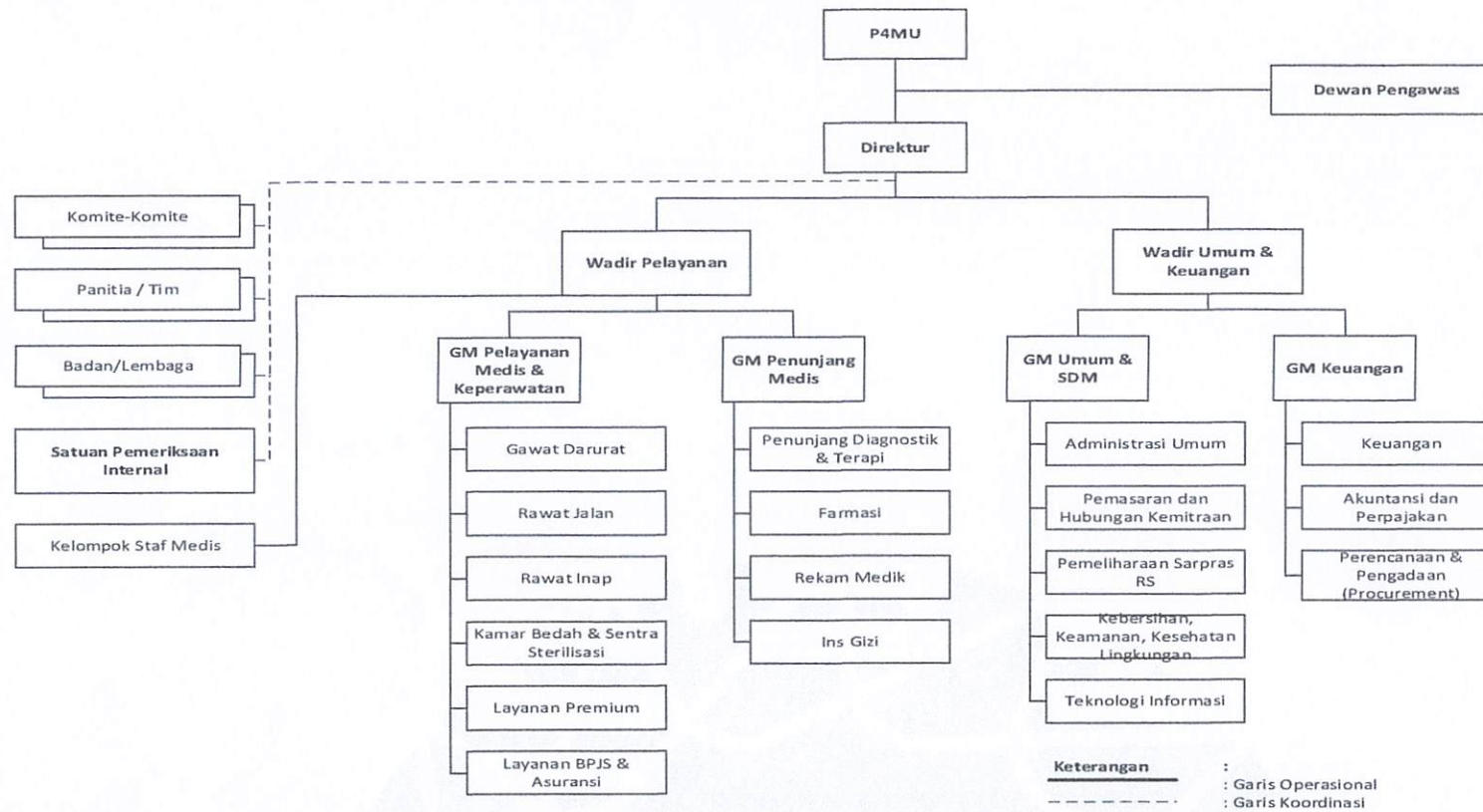
Nilai Dasar Rumah Sakit adalah:

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, responsibilitas, independensi, *safety*, dan produktif.

BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RS



Gambar 6.1 Struktur Organisasi RS Mata Undaan Surabaya

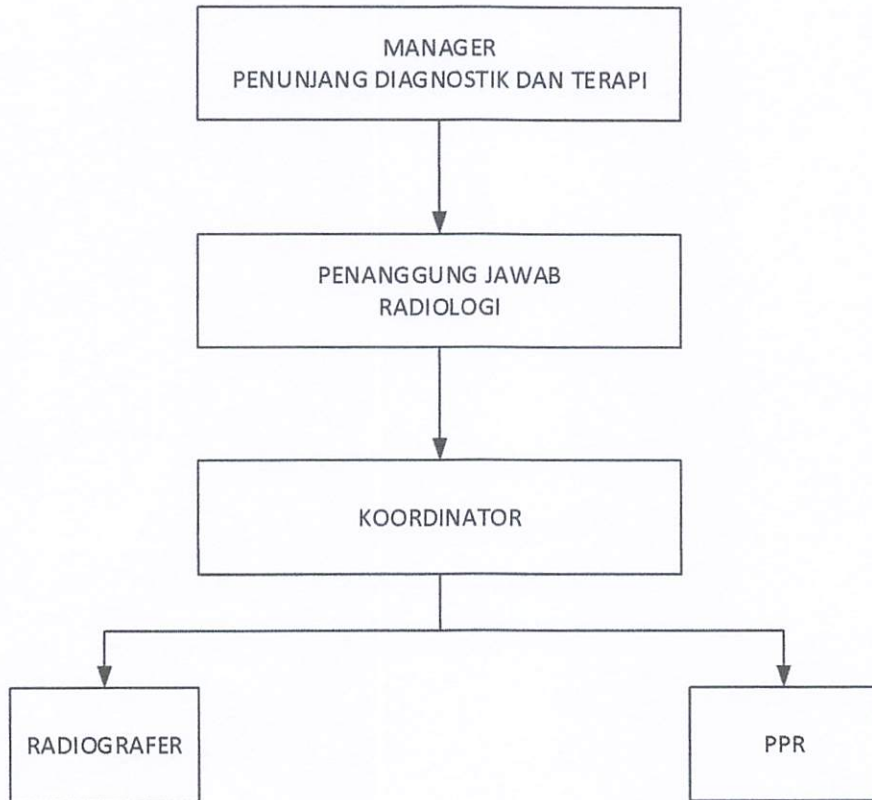
Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia

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

f Rumah Sakit Mata
Undaan Surabaya

@ [rs.mataundaan](https://www.instagram.com/rs.mataundaan)
rsmataundaan.co.id

BAB V
STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA



Gambar 5.1 Struktur Organisasi Radiologi RS Mata Undaan Surabaya

BAB VI URAIAN JABATAN

6.1 Persyaratan Jabatan

1. Dokter Radiologi
 - Jabatan : Penanggungjawab Radiologi
 - Kualifikasi : S2 Spesialis Radiologi
2. Radiografer
 - Jabatan : Radiografer
 - Kualifikasi : DIII Radiologi

6.2 Uraian Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang

1. Dokter Radiologi
 - a. Uraian Tugas
 - 1) Menentukan metode tes pencitraan yang paling efektif dan aman bagi pasien.
 - 2) Melaksanakan pemeriksaan radiologi bersama radiografer (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

Melakukan prosedur pemeriksaan radiologi yang meliputi radiografi konvensional (*rontgen thorax*, abdomen, dan tulang- tulang pada seluruh bagian tubuh).
2. Radiografer
 - a. Uraian Tugas
 - 1) Menyiapkan peralatan sesuai kebutuhan pemeriksaan radiologi.
 - 2) Memastikan alat berfungsi sebelum digunakan.
 - 3) Melakukan pemeriksaan pasien secara radiografi meliputi pemeriksaan untuk radiodiagnostik.
 - 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) Melakukan pemeliharaan kebersihan alat.
 - 10) Melakukan pemantauan dosis radiasi internal.
 - 11) Membuat laporan kebutuhan rutin barang medis dan non medis setiap bulan.
 - 12) Mengusulkan untuk kalibrasi rutin alat sesuai jadwal.
 - 13) Menjaga kebersihan ruangan radiologi.
 - 14) Melaksanakan Standard Prosedur Operasional (SPO) layanan radiologi.
 - 15) Melaporkan data kunjungan pasien tiap bulan kepada kepala instalasi penunjang medis.
 - 16) Menghidupkan dan mematikan peralatan listrik selesai digunakan.
 - 17) Membuat laporan bila menemukan kasus KTD/KNC/KPC.
 - 18) Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien.
 - 19) Selalu memakai APD dalam melakukan prosedur tindakan.
 - 20) Selalu melakukan cuci tangan sesuai prosedur.
- b. Tanggung Jawab
Melakukan kegiatan pelayanan Radiologi yang meliputi persiapan, pelaksanaan, pelaporan, dan evaluasi.
- c. Wewenang
Monitor dan evaluasi semua jenis pelayanan radiologi termasuk rujukan.

BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA

7.1 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja Unit

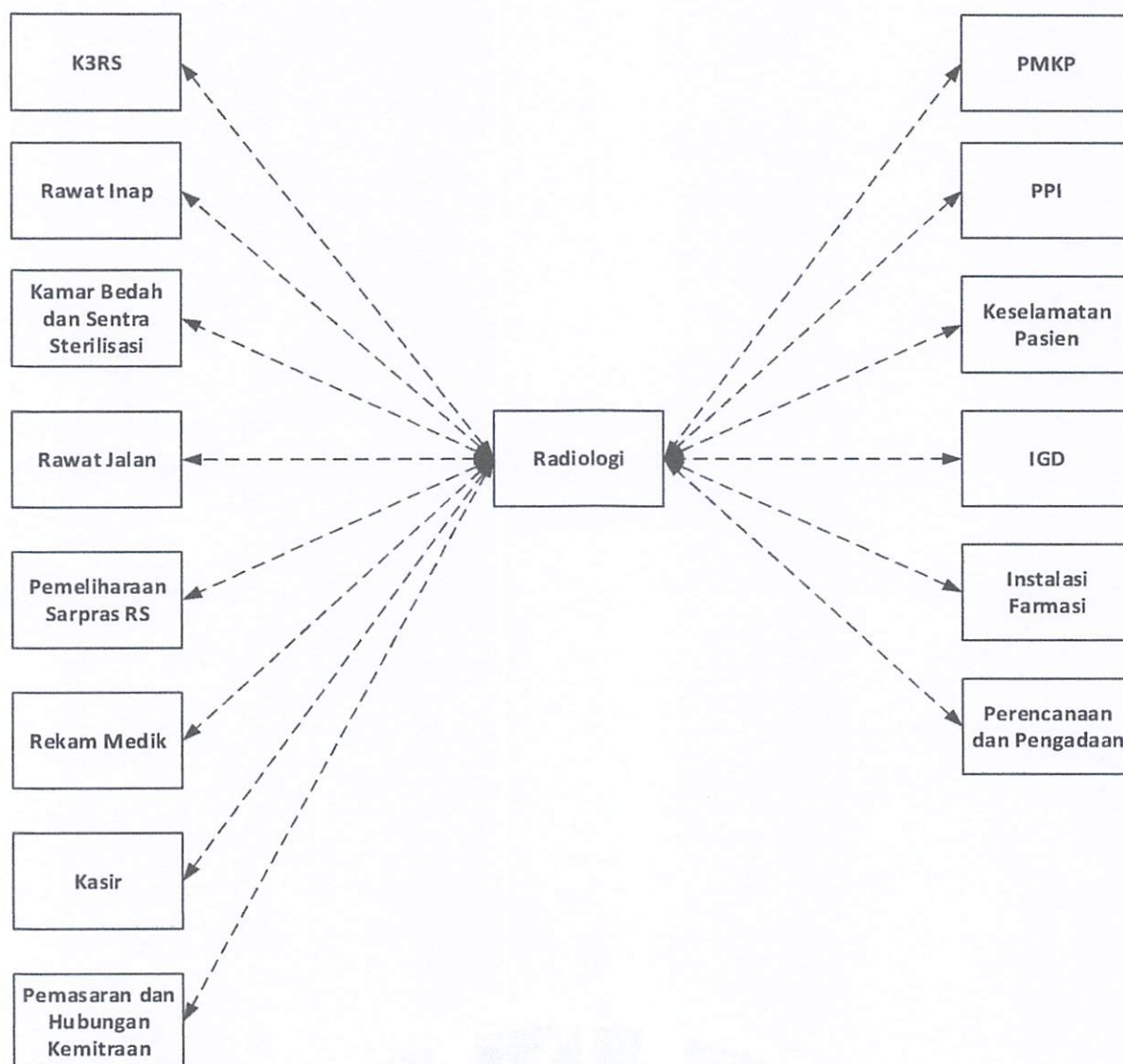


Gambar 7.1 Skema Keterkaitan Hubungan Kerja Radiologi

Keterkaitan Hubungan Kerja Radiologi RSMU :

1. Manager Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi
Dalam menjalankan tugasnya, Manager IPDT sebagai pengolah dan penanggung jawab Instalasi yang bertanggung jawab kepada General Manager Penunjang Medis.
2. Dokter Radiologi
Dokter radiologi bertanggung jawab penuh atas hasil expertise yang dikeluarkan berdasarkan permintaan pemeriksaan dari rawat jalan, rawat inap, dan IGD. Serta bertanggung jawab atas segala kegiatan yang berjalan di radiologi.
3. Radiografer
Dalam menjalankan tugasnya, radiographer sebagai pelaksana untuk melakukan pemeriksaan yang beracuan pada permintaan pemeriksaan yang berasal dari rawat inap, rawat jalan, dan IGD. Bertanggung jawab atas pemeriksaan yang sedang di kerjakan sampai hasil bacaan dokter keluar.

7.2 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja Lain dan Tim/Komite



Gambar 7.2 Tata Hubungan Kerja Radiologi

Tabel 7.1 Tata Hubungan Kerja Radiologi dengan Unit Lain

Unit	Tata Hubungan Kerja
Kasir	Melakukan konsultasi dan rujukan mengenai kegiatan program kerja radiologi berkenaan dengan anggaran dan pembayaran.
Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Melakukan koordinasi pelaksanaan program dan pelaporan hasil evaluasi mutu dan insiden keselamatan pasien.
Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan koordinasi terkait usulan penambahan atau pengadaan barang 2. Koordinasi terkait penyediaan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) penunjang pemeriksaan radiologi 3. Melakukan monitoring dan evaluasi terkait penyimpanan sediaan farmasi di radiologi 4. Radiologi memiliki hubungan kerja dengan komite PPI terkait dengan kepatuhan cuci tangan 5. Koordinasi penggunaan alkes dan bahan habis pakai terkait risiko kejadian infeksi.
Rekam Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan koordinasi terkait penambahan form baru pada rekam medis 2. Melakukan koordinasi terkait penelusuran riwayat pengobatan pasien
Pemasaran dan Hubungan Kemitraan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan koordinasi terkait penanganan komplain pasien terhadap layanan radiologi 2. Melakukan koordinasi terkait promo yang ada di radiologi
Perencanaan dan Pengadaan (<i>Procurement</i>)	Melakukan koordinasi terkait pengadaan fasilitas pendukung pelayanan radiologi.
Teknologi Informasi	Melakukan koordinasi terkait sistem teknologi yang digunakan dalam pelayanan radiologi.
Pemeliharaan Sarpras RS	Melakukan koordinasi terkait maintenance, kalibrasi fasilitas, dan peralatan medis.

BAB VIII
POLA KETENAGAAN

8.1 Kebutuhan Sumber Daya Manusia

1. Jumlah SDM
Jumlah SDM radiologi sebanyak 2 orang.
2. Jenis SDM
Adapun jenis SDM meliputi:
 - a. Dokter Radiologi;
 - b. Radiografer dan PPR.
3. Kualifikasi SDM

Tabel 8.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia Instalasi radiologi

No.	Jenis SDM	Jumlah	Kualifikasi
1	Dokter Radiologi	1	S2 Radiologi
2	Radiografer dan PPR	1	DIII Teknik Radiodiagnostik dan Radioterapi

Pelayanan radiologi 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 radiologi dan diagnostik harus di bawah seorang atau lebih individu yang kompeten.

Tanggung jawab pimpinan radiologi dan diagnostik imaging termasuk :

- a. Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur.
- b. Pengawasan administrasi.
- c. Mempertahankan (*mantaining*) setiap program kontrol mutu.
- d. Memberikan rekomendasi pelayanan radiologi dan diagnostik imaging di luar Rumah Sakit (rujukan).
- e. Memonitor dan mereview semua pelayanan radiologi dan diagnostik imaging.

Secara fungsional, pekerja instalasi radiologi dibagi dalam 2 kelompok profesi masing-masing tugas dan tanggung jawabnya: Spesialis Radiologi, bertanggungjawab atas tindakan medis dan penilaian foto diagnostik radiologi (ekspertise) dan Radiografer bertanggung jawab atas pelaksanaan pemeriksaan radiologi.

8.2 Penempatan Sumber Daya Manusia

Penempatan Sumber Daya Manusia di radiologi, meliputi:

1. Perhitungan efektivitas karyawan di radiologi berdasarkan modifikasi dari *Time & Motion Study* adalah jam kerja efektif selama satu minggu sebanyak 40 jam, hari kerja efektif dalam setahun adalah 40 minggu.

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

Pengertian – Pengertian

1. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM Kesehatan) adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.
2. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan formal dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.
3. Kegiatan Standar adalah satu satuan waktu (atau angka) yang diperlukan untuk menyelesaikan kegiatan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar profesinya.
4. Standar Beban Kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang dapat dilaksanakan oleh seseorang tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun kerja sesuai dengan standar profesional dan telah memperhitungkan waktu libur, sakit, dll.
5. Analisis Beban Kerja adalah upaya menghitung beban kerja pada satuan kerja dengan cara menjumlah semua beban kerja dan selanjutnya membagi dengan kapasitas kerja perorangan persatuan waktu.
6. Beban Kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan.

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 Program Orientasi Khusus

NO	MATERI ORIENTASI
I	Orientasi Khusus di departemen
	1. Operasional alat konvensional
	2. Operasional Komputer Radiografi (CR)
	3. Pengenalan sistem komputer
	4. Pengenalan alur pasien
	5. Sosialisasi SPO Radiologi

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 oleh Radiografer *incharge* yang bertugas untuk memfasilitasi serah terima tugas dari staf shift malam 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 dokter penanggungjawab dalam waktu yang sudah ditentukan dengan agenda:

- a. Perkenalan staf baru (jika ada).
- b. Sosialisasi kegiatan yang akan/sedang dilaksanakan di Radiologi maupun di rumah Sakit.
- 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 staf 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

Radiologi Rumah Sakit Mata Undaan memiliki Indikator Mutu prioritas yaitu waktu tunggu penyerahan hasil radiologi CITO < 60 menit, dengan standart 100%. Pelaporan dilakukan selama sebulan sekali dengan evaluasi per 3 bulan.

11.2 Indikator Mutu Unit Kerja

1. Waktu tunggu penyerahan hasil radiologi < 120 menit, dengan standart 100%. Pelaporan dilakukan selama sebulan sekali dengan evaluasi per 3 bulan.
2. Pelaporan hasil kritis < 30 menit, dengan standart 100%. Pelaporan dilakukan selama sebulan sekali dengan evaluasi per 3 bulan.

11.3 Penilaian dan Evaluasi Kinerja Staf

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai pranata radiologi di Rumah Sakit Mata Undaan, terdapat beberapa kriteria penilaian, meliputi:

1. Berorientasi pelayanan, yaitu komitmen memberikan pelayanan prima untuk kepuasan pelanggan.
2. Akuntabel, yaitu bertanggungjawab atas kepercayaan yang diberikan.
3. Kompeten, yaitu terus belajar dan mengembangkan kapasitas.
4. Loyal, yaitu berdedikasi dan mengutamakan kepentingan pelanggan.
5. Kolaboratif, yaitu membangun kerjasama sinergis.
6. Harmonis, yaitu saling peduli dan menghargai.
7. Profesional, yaitu bekerja sesuai dengan *Standart* yang telah ditentukan.

Adapun nilai yang ditetapkan adalah sebagai berikut:

- A = ≥ 75 (4,00) : di atas ekspektasi;
- B = 70, 74,9 : sesuai ekspektasi;
- C = 65 - 65,9 : di bawah ekspektasi.

Evaluasi Kinerja Staf dilakukan setiap tahun, dilaporkan ke General Manager Penunjang Medis melalui Manager Penunjang Diagnostik dan Terapi. Hasil penilaian di bawah ekspektasi akan dilakukan peninjauan ulang selama 3 bulan terhadap staf tersebut.

11.4 Pencatatan Kegiatan

1. Catatan harian untuk pelayanan pasien ditulis dalam buku registrasi pasien.
2. Catatan harian untuk hasil pemeriksaan Radiologi pasien didokumentasikan dalam kertas kerja dan SIM-RS.
3. Catatan harian mengenai hasil kontrol mutu ditulis dalam Lembar Pemantauan Kontrol Mutu.
4. Catatan harian pemantauan suhu dan kelembaban udara di ruang pemeriksaan.
5. Catatan harian pemeliharaan/*maintenance* alat Radiologi.

11.5 Pelaporan Kegiatan

Dokumentasi dan pelaporan mempunyai peranan yang penting sebagai data pendukung dalam melakukan evaluasi terhadap produk dan proses yang sedang berjalan di radiologi. 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

Jenis pelaporan yang dilakukan di instalasi radiologi adalah pelaporan hasil pemeriksaan radiologi kritis (Nilai Kritis), jumlah pemakaian bahan habis pakai, kerusakan film, dan pengulangan foto.

2. Pelaporan Bulanan

Pelaporan bulanan yang dilakukan tiap bulan adalah pelaporan jumlah pemeriksaan radiologi tiap bulan dan laporan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien.

BAB XII
PENUTUP

Demikian Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya disusun sebagai dasar acuan pelaksanaan pelayanan. Pedoman ini akan dilakukan evaluasi secara berkala untuk meningkatkan mutu pelayanan Radiologi.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Juli 2022

Direktur,



RSMATA
UNDAAN

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