

**PROFIL INDIKATOR MUTU UNIT RADIOLOGI
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**



**Dharma
Nugraha**
Hospital
Est.1996

TAHUN 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya sehingga Profil Indikator Mutu Unit Radiologi di RS Dharma Nugraha telah selesai disusun.

Profil indikator mutu unit disusun sebagai upaya untuk memenuhi visi Rumah Sakit menjadi rumah sakit pilihan dalam pelayanan kesehatan keluarga serta pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit, maka perlu ditingkatkan mutu pelayanannya.

Profil Indikator Mutu Unit ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi di Rumah Sakit.

Kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Tim Penyusunan yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun Profil Indikator Mutu Unit Radiologi yang merupakan kerjasama dengan berbagai pihak di lingkungan Rumah Sakit Dharma Nugraha

Jakarta, 16 Mei 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iii
PENGULANGAN FOTO RONTGEN (<i>REJECT ANALYSIS</i>)	1
KETIDAK LENGKAPAN DALAM PENGISIAN FORMULIR PERMINTAAN RADIOLOGI	2
RESPON TIME PELAYANAN RADIOLOGI CITO	3
RESPON TIME PELAYANAN RADIOLOGI REGULER	4
WAKTU PELAPOR HASIL KRITIS RADIOLOGI.....	5

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR
NOMOR 008/KEP-DIR/RSDN/V/2023
TENTANG INDIKATOR MUTU
UNIT RS DHARMA NUGRAHA

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI	
JUDUL INDIKATOR	PENGULANGAN FOTO RONTGEN (<i>REJECT ANALYSIS</i>)
DEFINISI OPERASIONAL	Jumlah presentase pemeriksaan foto rontgen gagal/pengulangan yang diakibatkan oleh beberapa factor seperti : Human Error, Technical Error, Positioning Error, Identification Pasien Error
TUJUAN	Memonitor angka kegagalan foto pada pemeriksaan rontgen menggunakan CR
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> • Efisiensi • Keselamatan dan Keamanan • Kesiambungan Pelayanan
NUMERATOR	Jumlah Pemeriksaan gagal/Film Rusak
DENOMIRATOR	Jumlah pasien yang dilakukan foto rontgen
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah Pemeriksaan ulang (Reject Film)}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan foto rontgen}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
CAKUPAN DATA	100% Populasi
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian, Mingguan dan Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
STANDAR	$\leq 2,0\%$
METODELOGI ANALISA DATA	Kuantitatif
SUMBER DATA	Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNGJAWAB PENGUMPUL DATA	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	<p>Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruhan staf di wilayah kerjanya,</p> <p>Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktur dengan instalasi/bidang/bagian terkait</p>

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI	
JUDUL INDIKATOR	KETIDAK LENGKAPAN DALAM PENGISIAN FORMULIR PERMINTAAN RADIOLOGI
DEFINISI OPERASIONAL	Tidak terisi lengkap pada formular permintaan pemeriksaan radiologi, meliputi : Nomer Rekam Medis, Nama Lengkap Pasien, Tanggal Lahir, Dokter Pengirim, Unit Pengirim, Diagnosa pasien (harus Tertulis Jelas) dan permintaan pemeriksaan Radiologi.
TUJUAN	Untuk mengurangi ketidaksinambungan pelayanan radiologi
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> • Keselamatan dan Keamanan • Kesenambungan Pelayanan
NUMERATOR	Jumlah formulir pemeriksaan radiologi yang tidak terisi lengkap
DENOMIRATOR	Jumlah keseluruhan pasien radiologi
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah formulir yang tidak lengkap}}{\text{Jumlah keseluruhan pasien radiologi}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
STANDAR	Kelengkapan Pengisian Data 100%
	0
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian, Mingguan dan Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
METODELOGI ANALISA DATA	Kuantitatif
SUMBER DATA	Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNGJAWAB PENGUMPUL DATA	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruh staf di wilayah kerjanya.
	Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktur dengan instalasi/bidang/bagian terkait

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI

JUDUL INDIKATOR	RESPON TIME PELAYANAN RADIOLOGI CITO
DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan radiologi emergency pada kasus, trauma kepala dengan pendarahan intracranial, trauma tumpul dengan rupture organ dalam, stroke haemorrhagic, tension pneumothorax, obstruksi ileus dengan perforasi, appendicitis akut dengan tanda perforasi, cholecystitis akut dengan tanda perforasi.
TUJUAN	Untuk mengurangi ketidaksinambungan pelayanan radiologi, memberikan pelayanan yang cepat dalam membantu penegakan diagnosa dan membantu dokter dalam pengambilan keputusan.
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> • Keselamatan dan Keamanan • Kesiambungan Pelayanan • Efektifitas dan Efisiensi
NUMERATOR	Jumlah Kumulatif waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi emergency dalam waktu ≤ 60 menit
DENOMIRATOR	Jumlah keseluruhan hasil pemeriksaan radiologi dalam bulan yang sama.
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah hasil pemeriksaan radiologi emergency dalam waktu } \leq 60 \text{ menit dalam bulan yg sama}}{\text{Jumlah keseluruhan hasil pemeriksaan radiologi dalam bulan yang sama.}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian, Mingguan dan Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
STANDAR	100 % ≤ 60 Menit
SUMBER DATA	Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNGJAWAB PENGUMPUL DATA	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruh staf di wilayah kerjanya. Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktur dengan instalasi/bidang/bagian terkait

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI	
JUDUL INDIKATOR	RESPON TIME PELAYANAN RADIOLOGI REGULER
DEFINISI OPERASIONAL	Tenggang waktu pelayanan radiologi rawat jalan, dan rawat inap mulai dari pasien datang, di foto sampai selesai dan diekspertice oleh dokter radiologi
TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> • Efektifitas • Efisiensi • Keselamatan dan Keamanan • Kesiambungan Pelayanan
NUMERATOR	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan radiologi ≤ 24 Jam dibulan yg sama
DENOMIRATOR	Jumlah keseluruhan pasien yang di lakukan pemeriksaan radiologi di bulan yang sama
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah Kumulatif } \leq 24 \text{ pada bulan yg sama}}{\text{jumlah keseluruhan pasien radiologi}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Triwulan
STANDAR	100%
	≤ 24 Jam
SUMBER DATA	Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNGJAWAB	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruh staf di wilayah kerjanya,
	Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktur dengan instalasi/bidang/bagian terkait

INDIKATOR UNIT RADIOLOGI

JUDUL INDIKATOR	WAKTU PELAPOR HASIL KRITIS RADIOLOGI
DEFINISI OPERASIONAL	Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Pelaporan hasil kritis adalah proses penyampaian nilai hasil pemeriksaan yang memerlukan penanganan segera dan harus dilaporkan ke DPJP untuk mencegah keterlambatan penatalaksanaan pasien.
TUJUAN	a. Terlaksananya proses pelaporan nilai-nilai yang perlu di waspadai (alert values) interpretasi radiologi. b. Mencegah keterlambatan penatalaksanaan pasien dengan hasil kritis. c. Hasil kritis dapat diterima oleh DPJP yang merawat dan diinformasikan pada pasien sesuai waktu.
DIMENSI MUTU	<ul style="list-style-type: none"> Keselamatan dan Keamanan Efektifitas dan Efisiensi
NUMERATOR	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan ≤ 30 Menit
DENOMIRATOR	Jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi kritis
FORMULA PENGUKURAN	$= \frac{\text{Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan}}{\text{Jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi kritis}} \times 100\%$
METODELOGI PENGUMPULAN DATA	Sensus Harian
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Harian, Mingguan dan Bulanan
FREKUENSI ANALISA DATA	Tiga Bulan
STANDAR	100 %
	≤ 60 Menit
SUMBER DATA	Catatan Data dan Laporan Bulanan Radiologi
PENANGGUNGJAWAB	PIC Pengumpul data unit kerja Radiologi dan Kepala Unit Radiologi
PUBLIKASI DATA	Tingkat Instalasi: Penanggung Jawab Program Mutu Ketua Tim PPRA mendiseminasikan hasil pencapaian mutu keseluruhan staf di wilayah kerjanya,
	Tingkat Rumah Sakit: Diseminasi dilakukan oleh Direktur dengan instalasi/bidang/bagian terkait