

PERATURAN DIREKTUR

RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR : 3702/A000/XI/2021

TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT RADIOLOGI

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN UNIT RADIOLOGI
NOMOR: 3702/A000/XI/2021
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN UNIT RADIOLOGI

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	1.	Resti Septianisa, A.Md Rad	Kepala Unit Radiologi		10 November 2021
Verifikator	1.	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		10-11-2021
	2.	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		10-11-2021
Validator	1.	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		10-11-2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3702/A000/XI/2021
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN UNIT RADIOLOGI
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

- Menimbang :
- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
 - b. bahwa dalam rangka mendukung peningkatan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, diperlukan acuan dalam pelaksanaan pelayanan yang efektif dan aman di Unit Radiologi;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan huruf b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Unit Radiologi;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
 3. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan RIR;
 5. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008 Tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik Di Sarana Pelayanan Kesehatan;
 6. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
 7. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
 8. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT RADIOLOGI**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Utama Nomor 3702/A000/XI/2021 tentang Pedoman Pelayanan Unit Radiologi Di Rumah Sakit Intan Husada
- Kedua : Pedoman Pelayanan Unit Radiologi di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Unit Radiologi di Rumah Sakit Intan Husada
- Ketiga : Pedoman Pelayanan Unit Radiologi sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 12 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	1
1. Tujuan Umum.....	1
2. Tujuan Khusus.....	1
C. Ruang Lingkup Pelayanan	1
D. Batasan Operasional.....	1
BAB II.....	2
STANDAR KETENAGAAN	2
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia.....	2
B. Distribusi Ketenagaan	4
C. Pengaturan Jaga.....	4
BAB III.....	6
STANDAR FASILITAS	6
A. Denah Ruang.....	6
1. Ruang Konvensional X-Ray.....	6
2. Ruang CT Scan 16.....	7
B. Standar Fasilitas	9
BAB IV.....	12
TATA LAKSANA PELAYANAN	12
A. Tata Laksana Pelayanan Radiodiagnostik Konvensional	12
B. Tata Laksana Pelayanan Pemeriksaan Ultrasonografi	14
C. Persiapan pemeriksaan.....	14
BAB V	15
LOGISTIK.....	15
A. Perencanaan Logistik.....	15
B. Pengendalian Logistik	17
C. Monitoring dan Evaluasi Logistik	17
BAB VI.....	18
KESELAMATAN PASIEN	18
BAB VII.....	21
KESELAMATAN KERJA.....	21
BAB VIII.....	24
PENGENDALIAN MUTU	24
A. Indikator Mutu	24
B. Monitoring	27
C. Evaluasi	27
D. Pelaporan	28
E. <i>Continuous Improvement</i>	28

BAB IX.....	29
PENUTUP.....	29
DAFTAR PUSTAKA.....	30

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia	2
Tabel 2.4 Pengaturan Jaga	4
Tabel 5.1 Barang Logistik Umum	15
Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi	16

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Denah Ruang Unit Radiologi.	6
Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik.....	17

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan mengharuskan rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan untuk dapat menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan aman serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Sehingga untuk menjaga dan meningkatkan mutu, Rumah Sakit Intan Husada harus mempunyai suatu pedoman pelayanan yang dapat dilakukan di semua tingkatan.

Pelayanan Unit Radiologi merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk menunjang upaya peningkatan dan terciptanya kondisi rumah sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman. Sebagai komponen penting dalam terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Selaras dengan hal tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang bermutu, maka diperlukan suatu Pedoman Pelayanan Unit Radiologi yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit Intan Husada.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan penatalaksanaan pelayanan di Unit Radiologi.

2. Tujuan Khusus

- a) Sebagai acuan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan radiodiagnostik.
- b) Sebagai acuan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan *imaging*.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Pelayanan Radiodiagnostik
2. Pelayanan *Imaging Diagnostik*

D. Batasan Operasional

Batasan operasional pelayanan Unit Radiologi

1. Pelayanan Radiodiagnostik
Pelayanan untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi pengion, meliputi antara lain pelayanan *X-Ray konvensional* dan *Computed Tomography Scan /CT Scan*.
2. Pelayanan *diagnostik imaging*
Pelayanan untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi non pengion, antara lain pemeriksaan USG.

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1	Penanggung Jawab Radiologi	S2 Spesialis Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> - Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas - Memiliki Kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik. Bersedia melakukan tugas di luar jam kerjanya. - Memiliki STR dan SIP
2	Kepala Unit Radiologi	DIII/DIV Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> - Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas - Memiliki Kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik. - Bersedia melakukan tugas di luar jam kerjanya. - Minimal 5 Tahun di Radiologi RS - Memiliki STR dan SIP
3	Petugas Proteksi Radiasi	DIII/DIV Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> - Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas - Memiliki Kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik. - Bersedia melakukan tugas di luar jam kerjanya. - Mengikuti Pelatihan Proteksi Radiasi. - Memiliki STR dan SIB

4	Fisikawan Medik	S1 Fisika medik	<ul style="list-style-type: none"> - Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas - Memiliki Kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik. - Bersedia melakukan tugas di luar jam kerjanya. - Mengikuti Pelatihan Proteksi Radiasi. - Memiliki STR dan SIP
5	Radiografer Pelaksana	DIII/DIV Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> - Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas - Memiliki Kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik. - Bersedia melakukan tugas di luar jam kerjanya. - Memiliki STR dan SIP
6	Perawat Radiologi	DIII/S1 Perawat	<ul style="list-style-type: none"> - Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas - Memiliki Kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik. - Bersedia melakukan tugas di luar jam kerjanya. - Memiliki STR dan SIP
7	Admin Radiologi	SMA/DIII Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> - Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas - Memiliki Kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik. - Bersedia melakukan tugas di luar jam kerjanya.

B. Distribusi Ketenagaan

Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan

No.	Nama Jabatan	Jumlah (Orang)
1.	Penanggung Jawab Radiologi	1
2.	Dokter Spesialis Radiologi	2
3.	Kepala Unit Radiologi	1
4.	Petugas Proteksi Radiasi	1
5.	Fisikawan Medik	1
6.	Penanggung Jawab Alat/Elektro Medik	0
7.	Pelaksana RIR	2/Alat (6)
8.	Perawat Radiodignostik	2
9.	Admin Radiologi	1

C. Pengaturan Jaga

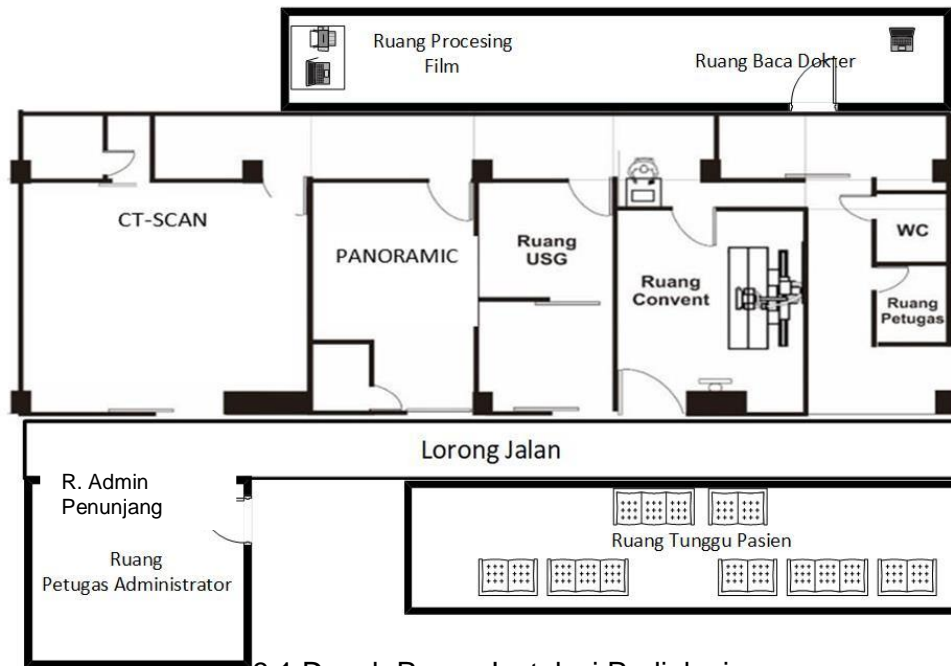
Tabel 2.2 Pengaturan Jaga

No	Nama Jabatan	Waktu Kerja	Jam Kerja
1	Penanggung Jawab Radiologi	Paruh Waktu	Senin-Jumat Pukul 07.30-09.00 WIB.
2	Dokter Spesialis Radiologi	Paruh Waktu	Senin-Jumat Pukul 07.30-09.00 WIB. Kamis : 16.00 - selesai Jumat : 14.00 - selesai Sabtu : 09.00 – selesai Minggu : On Call
3	Kepala Unit Radiologi	Purna Waktu	OH (Office Hour) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
4	Petugas Proteksi Radiasi	Paruh Waktu	Visitasi per bulan 1x
5	Fisikawan Medik	Paruh Waktu	Visitasi per bulan 1x
6	Pelaksana RIR	Purna Waktu	Shift, 24 jam Jam Kerja: Pukul 07.00-14.00 WIB, Pukul 14.00-20.00 WIB dan 20.00-07.00 WIB.

7	Perawat Radiologi	On call	On call
8	Admin Radiologi	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.

BAB III STANDAR FASILITAS

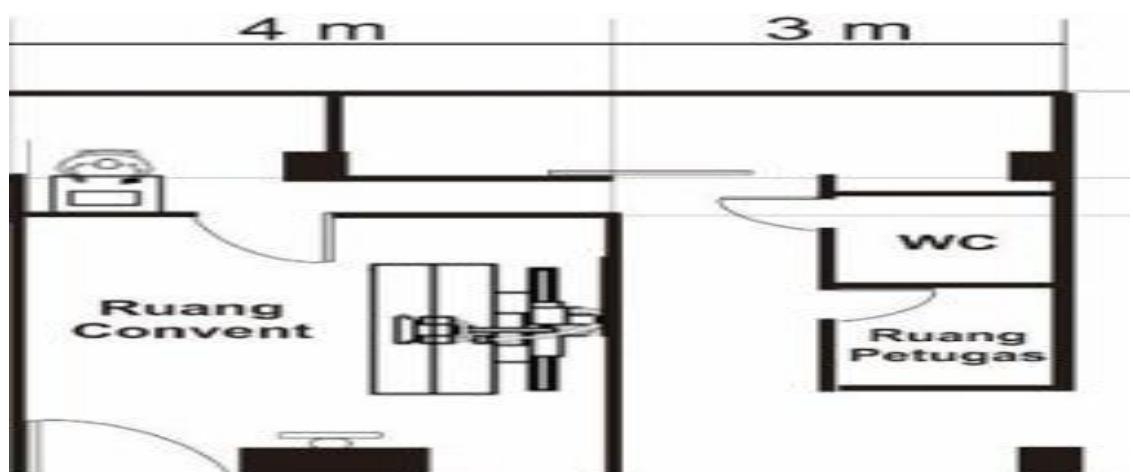
A. Denah Ruang



Gambar 3.1 Denah Ruang Instalasi Radiologi

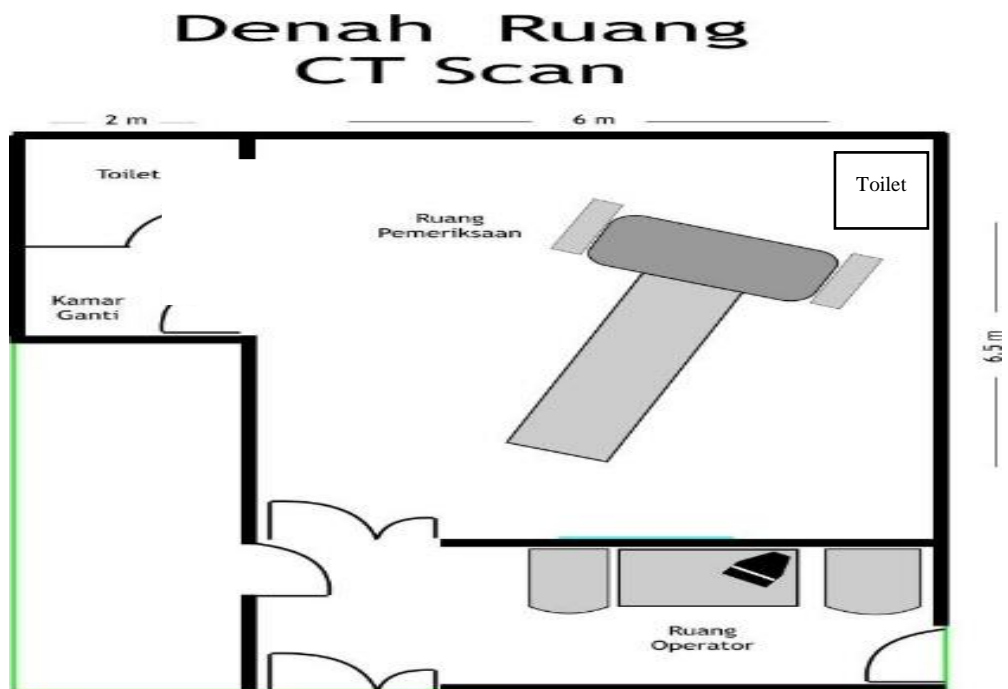
Denah Rangan Pelayanan Radiologi Diagnostik antara lain :

1. Ruang Konvensional X-Ray



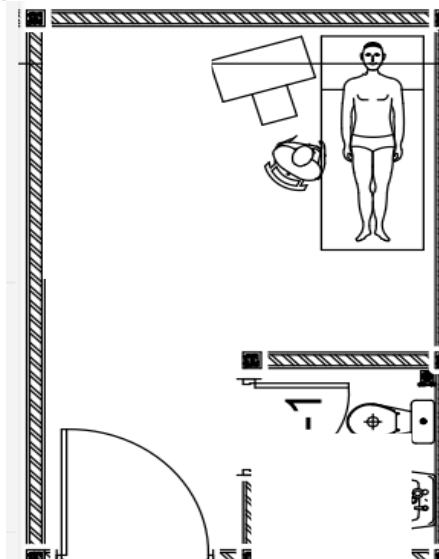
Gambar 1.3 Denah Ruang Konvensional X-Ray

2. Ruang CT Scan 16



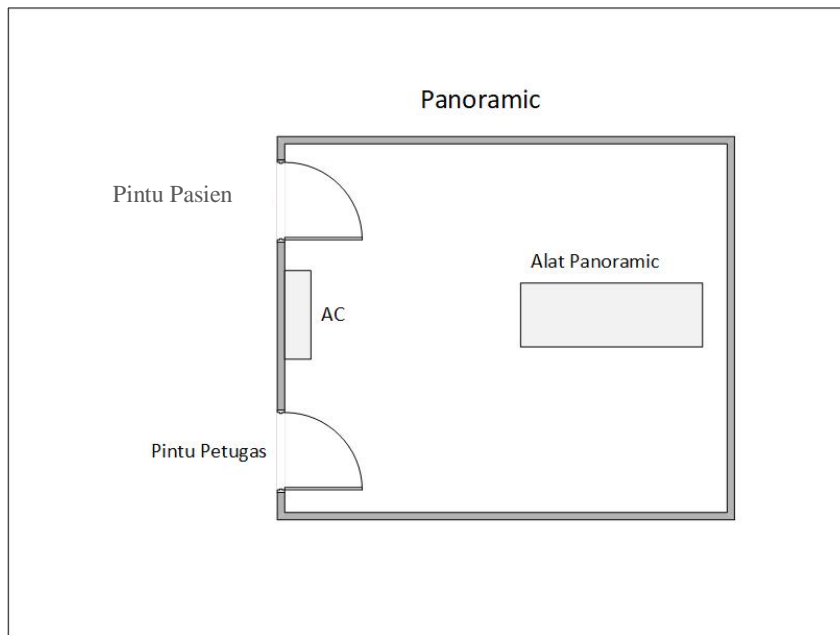
Gambar 2.3 Denah Ruang CT Scan 16

3. Ruang Ultrasonografi (USG)



Gambar 3.3 Denah Ruang Ultrasonografi (USG)

4. Ruang Panoramic



Gambar 4.3 Denah Ruang Panoramic

5. Ruang Administrasi

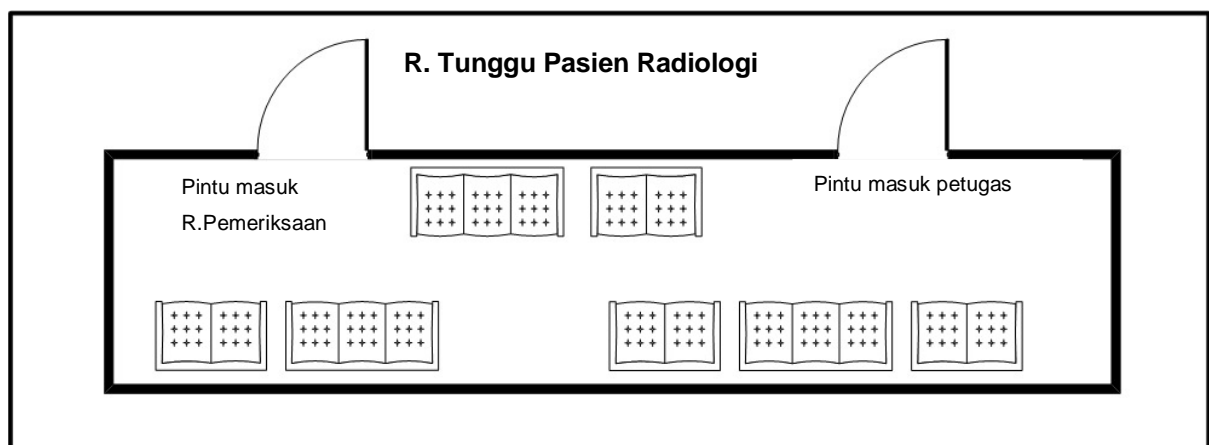


Gambar 5.3 Denah Ruang Administrasi

6. Ruang Baca Dokter dan ruang Prosesing Film CR



7. Ruang Tunggu Pasien



B. Standar Fasilitas

Berikut syarat standar dalam tata ruang di Instalasi Radiologi :

1. Letak instalasi radiologi hendaknya mudah dijangkau dari ruangan gawat darurat, perawatan *intensive care*, kamar bedah dan ruangan lainnya.
2. Di setiap Instalasi Radiologi dilengkapi dengan alat pemadam kebakaran dan alarm sesuai dengan kebutuhan.
3. Suhu ruangan pemeriksaan 20-24°C dan kelembaban 40-60 %.
4. Suhu untuk alat sesuai dengan kebutuhan alat tersebut.

Persyaratan ruangan, meliputi jenis, kelengkapan dan ukuran/luas ruangan yang dibutuhkan adalah sebagai berikut :

C. Standar Ruang :

1. Ruang Administarsi
Loket penerimaan, pengambilan hasil, administrasi petugas.
2. Ruang Tunggu
Luasan ruang tunggu disesuaikan dengan kapasitas pelayanan.

3. Ruang X-Ray tanpa fluoroskopi, minimal:

Alat dengan kekuatan s/d 125 KV: 4m (p) x 3m (l) x 2,8m (t)

4. Ruang CT Scan

a) Ukuran ruangan 6m (p) x 4m (l) x 3m (t)

b) Ruangan dilengkapi dengan ruangan operator, ruangan mesin, ruangan UPS dan toilet.

5. Ruang Ultra Sono Grafi/USG

a) Ukuran ruangan 4m (p) x 3m (l) x 2.8m (t)

b) Konstruksi dinding tanpa Pb

c) Perlengkapan: meja/tempat tidur pemeriksaan, kursi pasien

d) Ruangan dilengkapi toilet

6. Ruang Baca dan Konsultasi Dokter

a. Luas ruangan disesuaikan dengan kebutuhan, minimal 2m (p) x 2m (l) x 2,7m (t) /dokter spesialis radiologi dan dapat menampung 1 buah meja kerja, 2 buah kursi dan 1 buah lemari.

b. Perlengkapan : *light box*

D. Standar Komponen dan Material Bangunan

1. Lantai

a) Lantai harus kuat, tidak licin, permukaan rata/ tidak bergelombang.

b) Bahan pelapis lantai non porosif.

c) Tahan terhadap gesekan dan anti statis

d) Warna cerah, tidak silau.

e) Pertemuan lantai dengan dinding disarankan menggunakan *hospital plint*.

f) Area di bawah lantai harus aman dari paparan radiasi peralatan sinar pengion.

2. Dinding

a) Konstruksi dinding: bata merah dengan ketebalan 25 cm (dua puluh lima sentimeter) dan kerapatan jenis 2,2 g/cm (dua koma dua gram per sentimeter kubik), atau beton dengan ketebalan 20 cm (dua puluh sentimeter) atau setara dengan 2 mm (dua milimeter) timah hitam (Pb), sehingga tingkat radiasi di sekitar ruangan pesawat sinar-X tidak melampaui Nilai Batas Dosis 1 mSv/tahun (satu milisievert per tahun).

b) Setiap sambungan lapisan timbal (Pb), dipasang tumpang tindih/*overlapping*.

c) Finishing dinding non porosif, anti bakteri/jamur dan tahan terhadap bahan kimia.

d) Warna dinding cerah, tidak silau.

3. Plafon/langit-langit

a) Plafon dan rangkanya kuat.

b) Bahan plafon non porosif, anti bakteri/jamur

c) Warna plafon cerah, tidak silau.

d) Tinggi plafon dari lantai minimal 2,8 meter.

e) Area di atas plafon/lantai di atasnya harus aman dari paparan radiasi peralatan sinar pengion

4. Pintu

- a) Pintu ruangan pesawat sinar-X dilapisi dengan timah hitam dengan ketebalan tertentu sehingga tingkat Radiasi di sekitar ruangan pesawat sinar-X tidak melampaui Nilai Batas Dosis 1 mSv/tahun (satu milisievert per tahun).
- b) Di atas pintu masuk ruang pemeriksaan dipasang lampu merah yang menyala pada saat pesawat dihidupkan sebagai tanda sedang dilakukan penyinaran (lampu peringatan tanda bahaya radiasi). Bila memungkinkan pintu dilengkapi alat penutup pintu otomatis (*automatic door closer*).

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Tata Laksana Pelayanan Radiodiagnostik Konvensional

Pelayanan pemeriksaan radiodiagnostik merupakan pelayanan pemeriksaan dengan menggunakan media sinar-x yang memperlihatkan gambaran tulang yang tampak dalam sebuah film radiografi yang dilaksanakan atas indikasi permintaan tertulis dari Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis.

1. Pendaftaran Pasien
 - a) Pasien mendaftar ke Pendaftaran Unit Radiologi
 - b) Pelayan pendaftaran Radiologi melayani pasien setiap hari selama 24 jam
2. Permintaan Pemeriksaan
 - a) Permintaan pemeriksaan Radiologi rujukan dari luar dapat dilakukan apabila disertakan formulir permintaan pemeriksaan Radiologi yang telah diisi dengan lengkap dan benar (nama lengkap pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, nama dokter, clinical info/diagnosis, nama ruangan, tanggal permintaan) dan di tandatangani oleh dokter pengirim serta ditandai \checkmark pada formulir permintaan pemeriksaan Radiologi.
 - b) Permintaan pemeriksaan Radiologi dari Poliklinik, IGD dan Rawat Inap dilakukan oleh dokter atau perawat atau petugas administrasi melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) dengan menginput jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.
3. Persiapan pasien

Pasien mengganti pakaian dengan pakaian yang telah disediakan, dan melepaskan seluruh benda yang terdapat bahan logam atau bahan lainnya yang akan mempengaruhi gambaran radiografi, misal : manik-manik, kalung, anting resleting, dan lain-lain)
4. Persiapan pemeriksaan
 - a) Pemeriksaan Radiologi diinput ke dalam SIM RS
 - b) Petugas Radiologi memposisikan pasien dan mengatur kondisi faktor eksposi sesuai jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.
5. Hasil pemeriksaan
 - a) Dilakukan pengecekan gambaran di master view untuk melihat hasil gambar radiografi sesuai (tidak ada bagian yang diperlukan yang terpotong, tidak ada pergerakan dan kondisi gambaran baik).
 - b) Analisis dan interpretasi radiologis dilakukan oleh Dokter Spesialis Radiologi.
 - c) Hasil pemeriksaan radiologi dilaporkan dan bisa di ambil setelah pemeriksaan selesai dilakukan.
 - d) Pasien yang melakukan pemeriksaan Radiologi diluar jam praktek Dokter Spesialis Radiologi maka untuk hasil pemeriksaan radiografi dikonsulkan secara *online* melalui *whatsapp* dan disertakan dengan nama pasien, usia serta diagnosis pasien.
 - e) Dilakukan pelaporan kepada Perawat apabila didapatkan hasil kritis.

B. Tata Laksana Pelayanan Pemeriksaan CT-Scan

Pelayanan pemeriksaan CT-Scan adalah pemeriksaan medis dengan menggunakan sinar-X dan sistem komputerisasi khusus untuk melihat kondisi di dalam tubuh dari berbagai sudut dan potongan.

1. Pendaftaran Pasien
 - a) Pasien mendaftar ke bagian pendaftaran Unit Radiologi
 - b) Pelayan pendaftaran Radiologi melayani pasien setiap hari selama 24 jam
2. Permintaan Pemeriksaan
 - a) Permintaan pemeriksaan Radiologi Rujukan dari luar dapat dilakukan apabila disertakan formulir permintaan pemeriksaan Radiologi yang telah diisi dengan lengkap dan benar (nama lengkap pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, nama dokter, clinical info/diagnosa, nama ruangan, tanggal permintaan) dan di tandatangani oleh dokter pengirim serta ditandai ✓ pada formulir permintaan pemeriksaan Radiologi.
 - b) Permintaan pemeriksaan Radiologi dari Poliklinik, IGD dan Rawat Inap dilakukan oleh dokter atau perawat atau petugas administrasi melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) dengan menginput jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.
 - c) Untuk pasien dari ICU/HCU, pemeriksaan X-Ray dilakukan di Ruang Radiologi
3. Persiapan pasien
Pasien mengganti pakaian dengan pakaian yang telah disediakan, dan melepaskan seluruh benda yang terdapat bahan logam atau bahan lainnya yang akan mempengaruhi gambaran radiografi, misal : manik-manik, kalung, anting resleting, dan lain-lain)
4. Persiapan pemeriksaan
 - a) Dilakukan *fast* kalibrasi setiap 2 hari sekali
 - b) Dilakukan pemanasan pada alat CT-Scan apabila presentase scan 0 %
 - c) Pasien mengisi *informed concent*
 - d) Pasien dengan pemeriksaan kontras dilakukan pemeriksaan laboratorium (ureum dan creatinin) dan tahapan-tahapan persiapan pasien seperti puasa dan lain-lain
 - e) Pemeriksaan Radiologi diinput ke dalam SIM RS
 - f) Petugas Radiologi memposisikan pasien dan menjelaskan tahapan pemeriksaan yang dilakukan.
5. Hasil pemeriksaan
 - a) Dilakukan *recont* gambar untuk melihat hasil gambar CT-Scan sesuai (tidak ada bagian yang diperlukan yang terpotong, tidak ada pergerakan dan kondisi gambaran baik).
 - b) Analisis dan interpretasi radiologis dilakukan oleh Dokter Spesialis Radiologi.
 - c) Hasil pemeriksaan radiologi dilaporkan dan bisa di ambil setelah pemeriksaan selesai dilakukan.
 - d) Pasien yang melakukan pemeriksaan Radiologi diluar jam praktek Dokter Spesialis Radiologi maka untuk hasil pemeriksaan radiografi dikonsulkan secara *online* melalui *whatsapp* yang disertakan dengan nama pasien, usia dan diagnosis pasien.

- e) Dilakukan pelaporan kepada perawat apabila didapatkan hasil kritis.

C. Tata Laksana Pelayanan Pemeriksaan Ultrasonografi

Pelayanan pemeriksaan ultrasonografi (USG) adalah pemeriksaan yang menggunakan suara ultra yang digunakan untuk mencitrakan organ internal dan otot, ukuran, struktur, dan luka patologi yang dilakukan oleh Dokter Spesialis Radiologi.

1) Pendaftaran Pasien

- a) Pasien mendaftar ke Pendaftaran Unit Radiologi dan melakukan perjanjian satu hari sebelum tanggal diperiksa.
- b) Pelayan Pendaftaran Radiologi melayani pasien setiap hari selama 24 jam

2) Permintaan Pemeriksaan

- a) Permintaan pemeriksaan USG dapat dilakukan atas permintaan sendiri dari pasien atau disertakan formulir permintaan pemeriksaan Radiologi yang telah diisi dengan lengkap dan benar (nama lengkap pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, nama dokter, clinic info/diagnosa, nama ruangan, tanggal permintaan) dan ditandatangani oleh dokter pengirim serta ditandai ✓ pada formulir permintaan Pemeriksaan Radiologi.
- b) Permintaan pemeriksaan Radiologi dari Poliklinik, IGD dan Rawat Inap dilakukan oleh dokter atau perawat atau petugas administrasi melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) dengan menginput jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.
- c) Untuk pasien dari ICU/HCU, pemeriksaan USG dilakukan di Ruang Radiologi

3) Persiapan pemeriksaan

- a) Pemeriksaan USG diinput ke dalam SIMRS
- b) Untuk pemeriksaan USG *Whole Abdomen* pasien puasa selama 5-6 jam dan menahan buang air kecil 1 jam sebelum pemeriksaan dilakukan
- c) Untuk pemeriksaan USG scrotum pasien mencukur rambut di sekitar area kemaluan
- d) Untuk pemeriksaan USG kepala pasien mencukur rambut sampai tipis.

4) Hasil pemeriksaan

- a) Analisis dan interpretasi radiologis dilakukan oleh Dokter Spesialis Radiologi.
- b) Hasil Pemeriksaan Radiologi bisa di ambil setelah pemeriksaan selesai dilakukan.
- c) Dilakukan pelaporan kepada Perawat apabila didapatkan hasil kritis.

BAB V LOGISTIK

A. Perencanaan Logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Unit Radiologi sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan. Adapun kelompok logistik di Unit Radiologi meliputi :

Tabel 5.1 Barang Logistik Umum

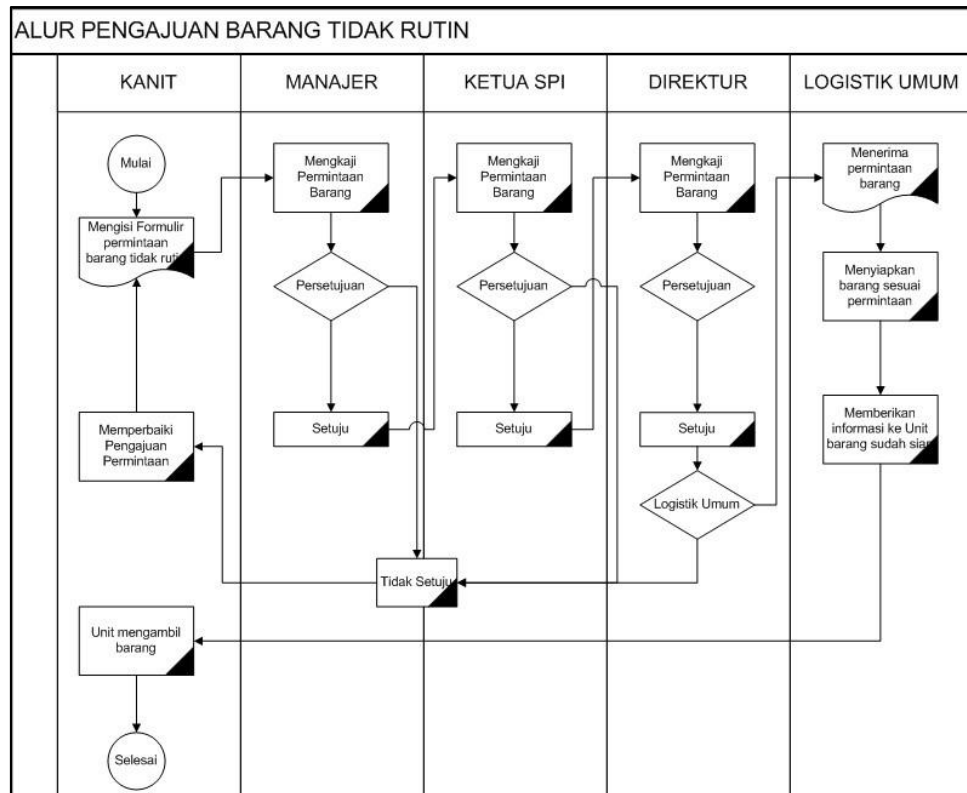
No	Jenis Barang Logistik Umum	Jumlah	Satuan	Alur Pengadaan	
				Rutin	Tidak Rutin
1	Kertas HVS A4	3	Rim	√	
2	Kertas HVS F4	1	Rim	√	
3	Stiker label no 121	15	Pack	√	
4	Amplop rontgen kecil	1000	Pcs	√	
5	Amplop rontgen besar	1000	Pcs	√	
6	Amplop CT-Scan	500	Pcs	√	
7	Amplop USG	500	Pcs	√	
8	Amplop panjang RSIH	1	Box	√	
9	Form resep dokter	1	Pcs	√	
10	Form persetujuan tindakan RM 10.4.2	1	Pcs	√	
11	Dokumen keeper 40 sheet	1	Pcs	√	
12	Buku polio besar	1	Pcs	√	
13	Tinta epson L3110 hitam	1	Pcs	√	
14	Tinta epson L3110 kuning	1	Pcs	√	
15	Tinta epson L3110 merah	1	Pcs	√	
16	Tinta epson L3110 biru	1	Pcs	√	
17	Tinta epson L220 hitam	1	Pcs	√	
18	Tinta epson L220 kuning	1	Pcs	√	
19	Tinta epson L220 merah	1	Pcs	√	
20	Tinta epson L220 biru	1	Pcs	√	
21	Tinta isi ulang cap warna biru	1	Pcs	√	
22	Tinta isi ulang cap warna merah	1	Pcs	√	
23	Cemi permanent	1	Pcs	√	
24	Cemi <i>nonpermanent</i>	3	Pcs	√	
25	Stabilo	2	Pcs	√	
26	Lem stick UHU	5	Pcs	√	

27	Pulpen snowman	8	Pcs	√	
28	Pulpen cair	2	Pcs	√	
29	Tipe-x roll	2	Pcs	√	
30	Isi steples no 10	4	pack	√	
31	Papper clip trigonal	2	Pack	√	
32	Lakban besar bening	1	Pcs	√	
33	Post It	3	Pcs	√	
34	Batre AA	2	Pasang	√	
35	Batre AAA	2	Pasang	√	
36	Buku polio kecil	1	pcs	√	
37	Plastik obat ukuran 7x10	100	pcs	√	
38	Plastik kuning infeksius	3	Pack	√	
39	Plastik kuning non infeksius	3	Pack	√	
40	Film Agfa ukuran 8x10	5	Box	√	√
41	Film Agfa ukuran 11x14	2	Box	√	√

Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi

No	Jenis Barang Logistik Farmasi	Jumlah	Satuan	Alur Pengadaan	
				Rutin	Tidak Rutin
1	Handscoon	2	Box	√	
2	Masker Tali/Hijab	2	Box	√	
3	Alkohol swab	1	Box	√	
4	Sonny thermal print (USG)	5	Pcs	√	
5	Iopamiro 300-100 ml	10	Botol	√	
6	Foley Catheter no.8	20	Pcs	√	
7	Aquabides 500ml	1	Botol	√	
8	Kassa Kotak	4	Pack	√	
9	Betadine	1	Botol	√	
10	Medical duck 120x120	1	Pack	√	
11	Micropore 1,25	1	Pcs	√	
12	Micropore 2,25	1	Pcs	√	
13	Alcohol 80 %	1	Botol	√	
14	Hypafix	1	Pcs	√	
15	Sput 10 cc	1	Pack	√	
16	Sput 5 cc	1	Pack	√	
17	Gel USG	1	dirigen	√	

Pengadaan logistik di Unit Radiologi dilakukan melalui Logistik Umum dan/atau Logistik Farmasi, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan. Adapun pengadaan logistik di Unit Radiologi dilakukan berdasarkan alur sebagai berikut :



Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik

B. Pengendalian Logistik

Pengendalian dilakukan terhadap jenis, jumlah dan penggunaan logistik. Tujuan pengendalian persediaan logistik adalah untuk memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan logistik. Adapun cara untuk mengendalikan persediaan logistik di Unit Radiologi adalah :

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
3. *Stock opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

C. Monitoring dan Evaluasi Logistik

Untuk mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan kegiatan dan pengembangan di Unit Radiologi diperlukan adanya manajemen kegiatan berupa monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

- Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
- Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan.
- Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian.

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien merupakan hal yang paling utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit merupakan tempat yang rentan atau penuh dengan risiko yang dapat mengancam keselamatan pasien. Banyaknya jumlah pasien, jenis obat, jenis pemeriksaan, prosedur, serta staf rumah sakit dapat menjadi sumber risiko yang berpotensi menyebabkan terjadinya kesalahan. Untuk menjamin adanya sistem dalam mengendalikan dan mengurangi risiko, maka Unit Radiologi melakukan manajemen risiko yang merupakan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian kepada pasien.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit Radiologi dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko

Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number* (RPN).

2. Analisis Risiko

Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA).

3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan pasien di Unit Radiologi antara lain:

Risiko	Kesalahan identifikasi pasien Pengulangan foto (terkena radiasi yang tidak seharusnya)
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Petugas RIR tidak melakukan Prosedur sebelum tindakan dengan benar - Petugas salah membaca form Permintaan Radiologi - Koordinasi yang kurang antar petugas
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan sesuai regulasi dan SPO sebelum tindakan - Petugas melakukan pengecekan inputan radiologi sebelum melakukan pemeriksaan - Evaluasi kinerja radiografer

Risiko	Kelebihan dosis radiasi yang diterima Pasien
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Alat belum terkalibrasi - Petugas tidak memakai APD - Frekuensi pemeriksaan terlalu sering - Alat error - Petugas kurang edukasi prosedur pemeriksaan - Petugas tidak melaksanakan sesuai prosedur
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Uji kesesuaian - Kalibrasi secara berkala, Maintenance alat/3 bulan

	<ul style="list-style-type: none"> - Panduan Proteksi dan keselamatan Radiasi, Spo penggunaan APD - Intruksi kerja pengoperasian alat - Maintenance alat/3 bulan - Evaluasi kinerja radiografer
--	---

Risiko	Kesalahan objek/organ yang di foto
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Petugas salah membaca form Permintaan Radiolog - Petugas kurang mengerti prosedur pemeriksaan - Pasien tidak kooperatif selama pemeriksaan - Posisi pasien dan faktor exposi tidak tepat - X-Ray tidak keluar/alat error
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan Pedoman Pelayanan, Program mutu pelayanan, SPO Pemeriksaan. - Petugas melakukan pengecekan inputan radiologi sebelum melakukan pemeriksaan - Evaluasi kinerja radiografer - Membangun komunikasi yang baik antara petugas dengan pasien - Melakukan verifikasi kembali antara foto dengan form permintaan radiologi sebelum

Risiko	Kehilangan hasil foto rontgen
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - peminjaman foto basah ruangan lebih dari 24 jam - petugas tidak mencocokkan medrek pada foto dengan kartu pasien - petugas salah menyimpan hasil foto pasien ranap dan rajal - pasien tidak membawa/memiliki kaertu pasien - petugas tidak mencocokkan no mendrek foto dengan kartu Perawat lupa mengisi buku ekspedisi setelah pengambilan hasil
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - SPO exam radiologi - pengambilan foto harus mengisi buku ekspedisi - pemisahan hasil rontgen pasien rajal dan ranap - pengecekan foto pinjam basah setiap pagi - penyediaan gudang penyimpanan hasil rontgen untuk jangka 5 tahunan

Risiko	Pasien jatuh
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Petugas Ruangan tidak melakukan edukasi pasien jatuh dengan benar - Pasien risiko jatuh tinggi tidak dimonitoring 24 jam - Perawat lupa tidak memberi penanda di bed pasien yang berisiko jatuh tinggi
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan dan SPO pencegahan pasien jatuh - Penyediaan Saran pencegah pasien jatuh yang mencukupi di tempat kerja

	<ul style="list-style-type: none"> - Training/sosialisasi pencegahan pasien jatuh kepada seluruh staf - Pelaksanaan program manajemen risiko - <i>Safety Briefing</i> tiap pergantian <i>shift</i> - Sosialisasi pencegahan pasien jatuh - Monitoring harian - Evaluasi bulanan
--	---

Risiko	Dokter salah baca foto
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Tercecernya film radiologi dikarenakan sistem belum PACS - Salah mengidentifikasi klinis - Tertukar posisi obyek antara kiri dan kanan - Membaca foto secara terburu-buru
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan Pedoman Pelayanan, Program mutu pelayanan, SPO membereskan hasil pemeriksaan. - Pengawasan terhadap setiap hasil <i>expertise</i> - Menyusun dan merapihkan foto sesuai urutan sebelum di simpan di meja Dokter.

Risiko	Hasil <i>expertise</i> tertukar
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidaktelitian petugas ketika merapihkan hasil foto - Ketidak telitian melihat identitas pasien saat di <i>expertise</i> sama Dokter - Tidak ada pengawasan terhadap mutu pelayanan
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan Pedoman Pelayanan, Program mutu pelayanan, SPO membereskan hasil pemeriksaan, penunjukan PJ Mutu. - Evaluasi kinerja radiografer - Memberikan hasil <i>expertise</i> sesuai SPO - Melakukan verifikasi foto sebelum menyerahkan hasil foto kepada pasien

Risiko	Salah memberikan hasil rontgen
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Petugas tidak mengecek ulang saat memberikan hasil <i>expertise</i> - Tidak mencocokkan identitas saat serah terima - Tidak melaksanakan pemberian hasil sesuai SPO
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan Pedoman Pelayanan, Program mutu pelayanan, SPO membereskan hasil pemeriksaan, penunjukan PJ Mutu. - Evaluasi kinerja radiografer - Selalu cek kembali hasil dan diagnosis pasien sebelum di berikan sesuai SPO dan tercatat di buku ekspedisi/exam radiologi.

BAB VII KESELAMATAN KERJA

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahan, landasan kerja dan lingkungan kerja serta cara-cara melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang berada di rumah sakit termasuk Unit Radiologi dengan demikian keselamatan kerja adalah dari, oleh dan untuk setiap tenaga kerja dan orang lain yang berada di rumah sakit serta masyarakat di sekitar rumah sakit yang mungkin terkena dampak akibat suatu proses kerja. Dengan demikian jelas bahwa keselamatan kerja adalah merupakan sarana utama untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang dapat menimbulkan kerugian yang berupa luka/cidera, cacat /kematian, kerugian harta benda dan kerusakan peralatan mesin dan lingkungan secara luas.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit Radiologi dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

1. Identifikasi Risiko

Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number* (RPN).

2. Analisis Risiko

Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA).

3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan kerja di Unit Radiologi antara lain:

Risiko	Terjatuh
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Permukaan lantai licin, - Terdapat instalasi kabel yang tidak rapih,
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Jika melihat genangan air segera menaruh benda (contoh : tong sampah) di depan atau dibelakang genangan dan segera melaporkannya kebagian terkait - Jika terdapat instalasi kabel di ruangan yang tidak rapih segera lapor ke bagian terkait

Risiko	Tersengat Listrik
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat kabel yang terkelupas, - Terdapat genangan air dekat instalasi listrik,
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Jika melihat kabel yang terkelupas pada ruangan segera melaporkan pada unit terkait dan beri tanda pemberitahuan agar tidak ada rekan kerja yang memegang untuk sementara - Jika melihat genangan air dekat instalasi listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan

	semakin banyak lakukan pemutusan aliran listrik/mencabut stopkontak.
--	--

Risiko	Kebakaran
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat kabel yang terkelupas, - Terdapat genangan air dekat instalasi listrik yang mengakibatkan konsleting listrik, - Terdapat sumber api/asap, - Terdapat gas LPG yang bocor
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Jika terdapat instalasi kabel di ruangan yang tidak rapih segera melapor ke bagian terkait - Jika melihat genangan air dekat instalasi listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan semakin banyak lakukan pemutusan aliran listrik/mencabut stopkontak. - Jika melihat sumber api/asap pada ruang kerja selain yang tidak bersumber dari alat memang difungsikan untuk mengeluarkan api segera padamkan menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) - Jika terdapat instalasi gas LPG yang ditemukan terdapat kebocoran maka segera matikan valve pada pusat/unit dan segera laporkan kepada unit terkait

Risiko	Bencana
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Alam - Manusia
Mitigasi Risiko	- Panduan/SPO mengenai panduan bencana

Risiko	Penyakit Akibat Kerja
Penyebab Risiko	Tidak menggunakan APD standar
Mitigasi Risiko	Panduan/SPO mengenai panduan APD pada staf

Risiko	Tertusuk jarum
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak hati-hati saat pemasangan Abocath pada pasien pemeriksaan kontras. - lupa tidak membuang langsung pada sefty box
Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan Pedoman Pelayanan, Program mutu pelayanan, pelatihan KPPI - Evaluasi kinerja radiografer

Risiko	Terpapar Radiasi
Penyebab Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Kebocoran alat & ruangan - Alat belum terkalibrasi - Petugas tidak memakai APD saat pemeriksaan langsung berdekatan dengan Sumber Radiasi

Mitigasi Risiko	<ul style="list-style-type: none">- Regulasi Pedoman Pelayanan, Panduan Proteksi dan Keselamatan Radiasi, SPO penggunaan APD, SPO penanggulangan bencana radiasi- Uji kesesuaian- Kalibrasi secara berkala
-----------------	--

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

A. Indikator Mutu

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Kode Indikator	
Nama Indikator	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dasar Pemikiran/Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efisiensi Efektifitas Fokus kepada pasien Kesenambungan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan Pelayanan Radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan/Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut x 100%
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	≤ 3 Jam
Wilayah Pengamatan	Instalasi Radiologi
Fungsi Objektif	Minimal
Satuan Pengukuran	Jam
Skala Rasio	100

2. Pelaksanaan Ekspertise

Kode Indikator	
Nama Indikator	Pelaksanaan ekspertisi
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan Dokter Spesialis Radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh Dokter Spesialis Radiologi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Sumber Data	Observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	100%
Wilayah Pengamatan	Instalasi Radiologi
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Kode Indikator	
Nama Indikator	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efisiensi Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan} \times 100\%}$
Sumber Data	Observasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu
Kelompok Indikator	IAK
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	$\leq 2\%$
Wilayah Pengamatan	Instalasi Radiologi
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

4. Kepuasan Pelanggan

Kode Indikator	
Nama Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dasar Pemikiran / Literatur	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Fokus kepada pasien

Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap Pelayanan Radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap Pelayanan Radiologi
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Kriteria Inklusi	-
Kriteria Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)}} \times 100\%$
Sumber Data	Sensus
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis	Per Tiga Bulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospective
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Penanggung jawab	Pengumpul data mutu
Kelompok Indikator	IAM
Area Indikator	SPM
Nilai Standar	$\geq 80\%$
Wilayah Pengamatan	Instalasi Radiologi
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Rasio	100

B. Monitoring

Monitoring merupakan salah satu fungsi manajemen yang mengusahakan agar pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana, target, instruksi, pedoman, standar, peraturan dan hasil yang telah ditetapkan sebelumnya agar mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam hal ini, monitoring dilakukan terhadap semua indikator tersebut di atas melalui upaya sebagai berikut :

1. Monitoring dilakukan oleh Kepala Unit Radiologi dan staf/anggota unit/komite.
2. Dilakukan setiap 1 kali perbulan dalam hal pengumpulan data dengan mempergunakan *form checklist*.
3. Ada formulir *checklist* pemeriksaan APAR dan *form* laporan Insiden.

C. Evaluasi

Evaluasi adalah proses dan langkah-langkah yang dilakukan oleh Unit Radiologi dalam melakukan analisa mendalam terhadap proses dan hasil pengukuran indikator serta proses perbaikan dan peningkatan mutu, serta mencakup standar acuan dan pengolahan data. Dalam hal ini, evaluasi dilakukan dengan cara melakukan pembinaan

untuk meningkatkan kinerja dari Unit Radiologi yang dilakukan pada setiap akhir program yang didalamnya termasuk program manajemen risiko.

D. Pelaporan

1. Pelaporan Internal

- a) Unit Radiologi memberikan laporan data bulanan kepada Direktur dan dipresentasikan dalam laporan bulanan. Adapun yang dilaporkan dalam laporan bulanan meliputi :
 - 1) Jumlah kunjungan pasien dan pemeriksaan radiologi
 - 2) Permasalahan dan solusi yang terjadi pada bulan tersebut
 - 3) Kerusakan serta pengajuan penggantian sarana dan prasarana
- b) Unit Radiologi memberikan analisis *risk* dan *trend*, disertai saran dan rekomendasi untuk *continuous improvement* setiap 6 bulan kepada Direktur RSIH, Departemen Mutu dan Komite-komite (KPPI, Komite Medik, Komite Keperawatan). Laporan ini meliputi :
 - 1) *Trend* angka di poin pertama.
 - 2) Laporan hasil pelatihan SDM.

2. Pelaporan Eksternal

Pelaporan ke teknisi vendor maupun instansi lain yang terkait, sesuai dengan peraturan yang berlaku.

E. Continuous Improvement

Continuous improvement adalah proses perbaikan dan peningkatan mutu yang dilakukan oleh Unit Radiologi yang merupakan upaya untuk memastikan bahwa setiap proses perbaikan dan peningkatan mutu dapat dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

BAB IX PENUTUP

Pedoman Pelayanan Unit Radiologi ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit, sehingga dapat meningkatkan derajat keselamatan dan kesehatan pekerja yang setinggi-tinggi nya dan timbul pekerjaan yang efektif dan efisien.

Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja akan terlaksana dengan optimal bila didukung oleh pengambil kebijakan dan seluruh staf kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu staf di rumah sakit diharapkan mampu memahami program keselamatan dan kesehatan kerja, agar tercipta efektifitas kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdallah. 2016. Radiology and Sustainable Development. Saudi Arabia : World Journal of Science. Vol. 13 Iss 2 pp. 89-99. <http://emeraldinsight.com>. [diakses 26 April 2018]
- Guglielmino M. et. al. 2009. Modelling a Radiology Department Service Using a VDL Integrated Approach. Italy : Journal of Health Organization and Management. Vol. 23 Iss 4 pp. 376-395. <http://emeraldinsight.com>. [diakses 26 April 2018].
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1014. 2008. Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta
- Ridwan B. 2017. Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal di RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah. e Jurnal Katalogis. Volume 5 Nomor 12, Desember 2017. hlm 108-117.