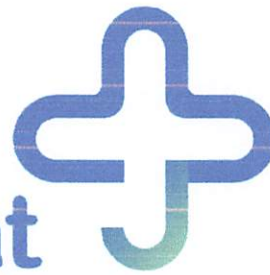


Pedoman Pelayanan

Unit Radiologi

Rumah Sehat untuk Jakarta



RSUD Pesanggrahan

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN

Jalan Cenek I No 1 RT 05 RW 03, Jakarta Selatan

Telp. 021- 7356087 Fax. 021 7356085

Email: rsudpesanggrahan@jakarta.go.id

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI..... i

BAB I PENDAHULUAN..... 1

BAB II STANDAR KETENAGAKERJAAN.....4

BAB III STANDAR FASILITAS.....6

BAB IV TATALAKSANA KEGIATAN..... 8

BAB V LOGISTIK..... 15

BAB VI KESELAMATAN PASIEN.....18

BAB VII KESELAMATAN KERJA.....20

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU..... 22

BAB IX PENUTUP.....25

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

RSUD Pesanggrahan merupakan Rumah Sakit yang terletak di perkotaan dan banyak penduduk yang memanfaatkan sebagai tempat berobat, dengan semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat terhadap Rumah Sakit, pelayanan radiologi sangat dibutuhkan oleh masyarakat dalam menunjang diagnosa dan menentukan terapi pengobatan selanjutnya.

Pelayanan radiologi merupakan pelayanan kesehatan yang memanfaatkan energi radiasi pengion yang tidak hanya bermanfaat bagi tetapi juga dapat menimbulkan efek negatif bagi petugas, pasien dan lingkungan apabila tidak dikelola dengan baik dan benar.

B. Tujuan Pedoman

Tujuan umum dari Pedoman Pelayanan Radiologi adalah untuk terciptanya pelayanan radiologi yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sehingga memberikan jaminan pelayanan kepada seluruh masyarakat untuk memperoleh pelayanan radiologi yang aman dan bermutu sesuai indikasi dan kebutuhan medis.

Adapun tujuan khusus Pedoman Pelayanan Radiologi adalah:

1. RSUD Pesanggrahan mempunyai izin untuk menyelenggarakan pelayanan radiologi berupa izin pemanfaatan sumber radiasi.
2. Memiliki tenaga yang berkompetensi radiologi untuk memberikan pelayanan radiologi yang sesuai dengan SOP yang ditetapkan.
3. Memiliki sarana dan prasarana serta fasilitas radiologi yang selalu dalam keadaan prima baik fisik maupun fungsinya sehingga aman dan layak untuk digunakan.
4. Memiliki petugas proteksi radiasi yang berlisensi sehingga pelayanan radiologi yang dilaksanakan aman untuk pekerja, pasien dan lingkungan.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Dalam menyelenggarakan pelayanan radiologi RSUD Pesanggrahan harus memiliki konsistensi untuk menyediakan layanan radiologi dasar seperti pelayanan radiologi konvensional umum dan gigi
2. Dengan adanya pelayanan radiologi di RSUD Pesanggrahan sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat untuk menunjang penegakan diagnosa penyakit, selain itu pelayanan radiologi juga dapat berdampak negatif terhadap pekerja radiasi maupun lingkungan apabila tidak dikelola sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Pelayanan radiologi di RSUD Pesanggrahan saat ini adalah pelayanan yang berbasis sinar-x dan *ultrasound*, diantaranya adalah:
 - a. Pesawat Sinar-x *multipurpose*
 - b. Pesawat Panoramik dan Cephalometri
 - c. Pesawat USG umum dan doppler

D. Batasan Operasional

1. Radiasi adalah emisi energi yang dipancarkan dari alat atau sumber radiasi
2. Pesawat sinar x adalah alat yang dapat mengeluarkan gelombang radiasi sinar x yang bersifat pengion
3. Petugas radiasi adalah seorang yang memiliki kompetensi untuk pemanfaatan radiasi pengion
4. Efek radiasi adalah efek biologis yang disebabkan oleh penyerapan radiasi oleh makhluk hidup.

E. Landasan Hukum

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
4. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.

5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 780/Menkes/Per/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi.
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1014/Menkes/Sk/XI/2008 tentang standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1250/Menkes/SVXII/2009 Tentang Pedoman Kendali Mutu (Quality Control) Peralatan Diagnostik.
8. Peraturan Kepala Badan Pengawas Tenaga Nuklir Nomor 8 Tahun 2011 tentang keselamatan radiasi dalam penggunaan pesawat sinar-x radiologi diagnostik dan intervensional.

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Untuk beroperasinya pelayanan radiologi maka dibutuhkan kualifikasi sumber daya manusia yang memadai guna menunjang kebutuhan akan pelayanan. Sumber daya manusia yang ada di instalasi Radiologi dikelompokkan berdasarkan dengan pendidikan dan profesi yang dibutuhkan instalasi dan disesuaikan dengan peraturan yang berlaku. Karena instalasi radiologi memiliki beberapa kualifikasi maka sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1014/ MENKES/ SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan, maka kualifikasi disesuaikan dengan tipe dari Rumah Sakit yang bersangkutan.

RSUD Pesanggrahan merupakan jenis Rumah Sakit kelas C. Standar ketenagaannya meliputi:

JENIS TENAGA	PERSYARATAN	JUMLAH
Spesialis Radiologi	Memiliki SIP dan STR	1 Orang
Radiografer	Memiliki SIP dan STR	6 Orang
Petugas Proteksi Radiasi (PPR)	Medik Tingkat II Memiliki SIB	1 Orang

B. Distribusi Ketenagaan

Dalam pelaksanaan pelayanan radiologi di RSUD Pesanggrahan, pimpinan RS menjamin tersedianya tenaga yang bertugas di pelayanan radiologi, yang terdiri dari 6 orang radiografer dengan kompetensi sebagai berikut :

1. Pendidikan D3 Radiologi.
2. Pengalaman kerja lebih dari 1 tahun.
3. Keterampilan melakukan pelayanan radiologi yang baik dan benar.
4. Memiliki STR dan SIP yang aktif

Dalam melakukan pemeriksaan radiologi untuk kepentingan diagnosa, hanya dapat dilakukan oleh seorang Dokter Spesialis Radiologi yang bertanggung jawab sebagaimana tertera dalam Ijazah dan Surat Izin yang

ada, dan jika dibutuhkan dapat melakukan rujukan parsial ke Rumah Sakit pengampu sesuai Perjanjian kerjasama yang berlaku.

C. Pengaturan Jaga

Tujuan utama pengaturan jaga adalah untuk optimalisasi pelayanan demi kepuasan pasien. Pelayanan Radiologi beroperasi selama 24 jam 7 hari seminggu dengan jadwal jaga sebagai berikut :

1. Shift pagi: 07.30 - 14.00
2. Shift siang: 14.00 - 20.30
3. Shift malam: 20.30 - 07.30

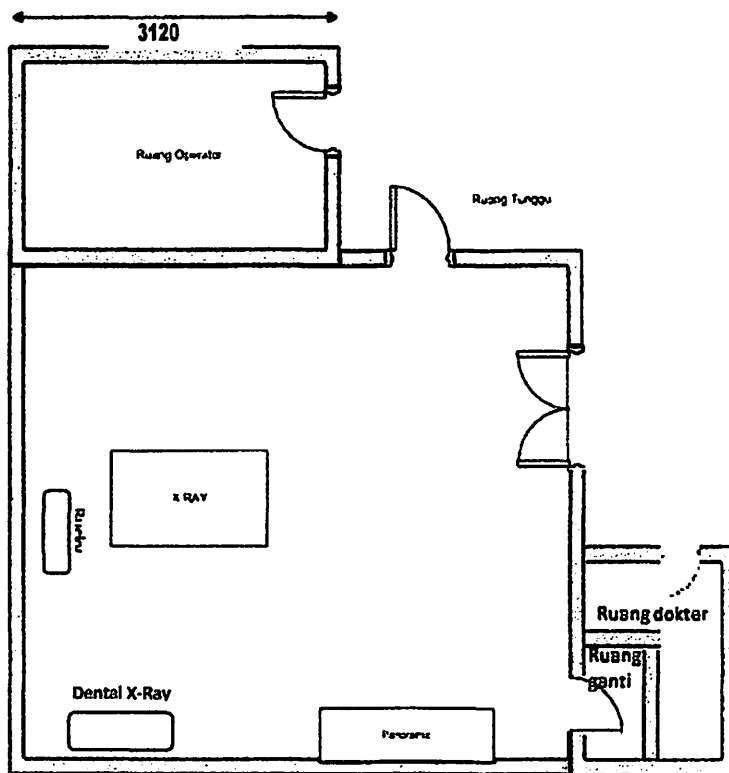
BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruangan

Pelayanan radiologi terletak di lantai 3 berdekatan dengan Laboratorium, Ruang Rawat Inap, dan Kamar Operasi. Ruangan Radiologi terdiri dari beberapa ruangan , diantaranya :

1. Ruang Operator.
2. Ruang Pemeriksaan.
3. Ruang Ganti Pasien.
4. Ruang Dokter.



B. Standar fasilitas

Standar fasilitas ruang Radiologi disesuaikan dengan jenis kelas Rumah Sakit. Untuk RSUD Pesanggrahan fasilitas disesuaikan dengan tipe kelas C, kelengkapan alat jumlahnya sebagai berikut:

No	Peralatan	Kelengkapan	Jumlah	Kondisi Alat
1	USG	Tranducer liner, tranducer konvek, monitor dan printer	3	Baik
2	Digital X-ray Unit	Imaging plate, x-ray tube, meja pemeriksaan, bucky stand	1	Baik
3	Panoramic / Cephalometri	Panoramic, cephalometri	1	Baik
4	Peralatan proteksi radiasi	Lead apron, dan tabir mobile	3	Baik
5	Personal Monitor	TLD	7	Baik
6	Termometer ruangan	Alat pengukur suhu dan kelembapan	3	Baik
7	Workstation Processing Film	Komputer DR unit	1	Baik

BAB IV

TATALAKSANA PELAYANAN

Unit Radiologi RSUD Pesanggrah menetapkan sistem yang terintegrasi untuk menyelenggarakan pelayanan radiodiagnostik dan imaging yang dibutuhkan pasien, asuhan klinis dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Pelayanan Radiologi RSUD Pesanggrahan buka 24 jam 7 hari seminggu untuk melayani seluruh lapisan masyarakat baik dari dalam Rumah Sakit maupun rujukan dari luar Rumah Sakit. Pelayanan Radiologi hanya bisa melayani pemeriksaan radiologi konvensional tanpa kontras. Untuk pemeriksaan USG dilakukan secara terjadwal. Berikut adalah daftar pemeriksaan yang dapat dilakukan di unit Radiologi RSUD Pesanggrahan:

1. Pemeriksaan umum:

- **Pemeriksaan Thorax**
- **Pemeriksaan ekstremitas atas**
 - **Pemeriksaan Clavicula**
 - **Pemeriksaan Scapula**
 - **Pemeriksaan Shoulder**
 - **Pemeriksaan Humerus**
 - **Pemeriksaan Elbow**
 - **Pemeriksaan Antebrachi**
 - **Pemeriksaan Wrist**
 - **Pemeriksaan Manus**
- **Pemeriksaan ekstremitas bawah**
 - **Pemeriksaan Hip**
 - **Pemeriksaan Femur**
 - **Pemeriksaan Genu**
 - **Pemeriksaan Cruris**
 - **Pemeriksaan Ankle**
 - **Pemeriksaan Calcaneus**

- Pemeriksaan Pedis
- Pemeriksaan kepala
 - Pemeriksaan Sinus Paranasal
 - Pemeriksaan Nasal
 - Pemeriksaan Mastoid
 - Pemeriksaan Mandibula
 - Pemeriksaan TMJ
- Pemeriksaan Pelvis
- Pemeriksaan Vertebrae
 - Pemeriksaan Cervical
 - Pemeriksaan Thoracal
 - Pemeriksaan Lumbal
 - Pemeriksaan Sacrum dan Coccygues

- Pemeriksaan BNO/Abdomen

2. Pemeriksaan Panoramic dan Cephalometri

3. Pemeriksaan USG

- USG Abdomen
- USG Leher
- USG Inguinal
- USG Muskuloskeletal
- USG Mammae
- USG Doppler
- USG Testis
- USG Kepala

Pelayanan Radiologi di RSUD Pesanggrahan hanya dapat dilakukan apabila :

- Ada Surat Pengantar atau permintaan melalui Sistem informasi Rumah Sakit (SIM RS) atau Form Permintaan Pemeriksaan Radiologi yang diminta oleh dokter.

- Telah melengkapi kebutuhan dan data administrasi.

A. Alur pelayanan pemeriksaan radiologi

1. Alur Pelayanan Radiologi Pasien Rawat Jalan

- Dokter Rawat Jalan melakukan permintaan pemeriksaan radiologi dengan cara menginputnya di Sistem Informasi Rumah Sakit (SIM RS)
- Pasien datang ke ruang radiologi kemudian memberikan SEP atau surat permintaan pemeriksaan ke petugas radiologi
- Petugas radiologi menerima surat permintaan pemeriksaan dan melakukan identifikasi pasien
- Petugas radiologi melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan.
- Hasil pemeriksaan radiologi diberikan setelah dibuatkan expertise oleh dokter radiologi.



2. Alur Pelayanan Radiologi Pasien Rawat Inap:

- Dokter melakukan permintaan melalui SIM RS, dengan mengisi diagnosa dan informasi tambahan
- Petugas radiologi menerima permintaan pemeriksaan, melakukan identifikasi pasien dan menyiapkan pemeriksaan sesuai jenis permintaan
- Pasien datang ke ruangan radiologi dengan didampingi oleh perawat ruangan untuk dilakukan pemeriksaan
- Petugas radiologi melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan
- Setelah selesai pemeriksaan radiologi pasien dapat langsung dibawa ke ruang rawat inap kembali sementara hasil foto bisa dilihat langsung di sistem, untuk hasil expertise bisa dilihat di sistem setelah dokter spesialis radiologi selesai membaca foto radiologi

3. Alur Pelayanan Radiologi Pasien IGD :

- Dokter IGD melakukan permintaan pemeriksaan radiologi di SIM RS
- Pasien datang ke Unit Radiologi dengan didampingi Perawat IGD dan keluarga pasien
- Petugas radiologi melakukan identifikasi pasien
- Petugas radiologi melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan
- Setelah selesai pemeriksaan radiologi pasien dapat dibawa kembali ke IGD
- Untuk foto dan ekspertise radiologi Dokter IGD bias melihatnya di SIM RS

B. Persiapan Pemeriksaan

Persiapan pemeriksaan di radiologi meliputi persiapan pasien dan persiapan peralatan. Pada pasien dengan pemeriksaan khusus seperti pemeriksaan USG maka perlu dilakukan persiapan pasien seperti contoh berikut :

Persiapan Pemeriksaan USG

- Untuk USG Abdomen pasien puasa makan 6 sampai 8 jam sebelum pemeriksaan.
- Untuk USG renal dan vesika urinaria satu jam sebelum pemeriksaan pasien dianjurkan minum air putih sebanyak 600 ml dan tidak boleh buang air kecil sampai selesai pemeriksaan.

Persiapan Peralatan Radiologi

- Setiap pagi pastikan kondisi fisik alat dalam keadaan baik.
- Setiap pagi pastikan kabel - kabel alat dalam keadaan baik.
- Setiap pagi pastikan fungsi alat dalam keadaan baik.

C. Pelaksanaan Pemeriksaan Sinar-x

Permintaan pemeriksaan radiologi yang telah diregistrasi diterima petugas radiologi. Kemudian petugas radiologi melakukan identifikasi pasien yang akan diperiksa sesuai dengan identitas pasien. Sebelum dilaksanakan pemeriksaan

petugas radiologi mencuci tangan terlebih dahulu dan menggunakan APD. Setelah itu menyiapkan kaset dan asesoris yang sesuai dengan jenis pemeriksaan. Kemudian menyiapkan pasien dengan baju pemeriksaan, bila pemeriksaan mengharuskan pasien berganti baju. Melepas perhiasan atau benda yang dapat mengganggu foto dan memberitahu kepada pasien apa yang akan difoto. Setelah selesai dengan persiapan-persiapan itu kemudian melakukan positioning sesuai dengan jenis pemeriksaan foto. Kemudian mengatur faktor eksposi (kV, mA, S) dan siap diekspose. Setelah selesai ekspose, pemeriksaan selesai, pasien diberikan surat pengambilan hasil kemudian dipersilahkan pulang untuk pasien poliklinik dan untuk pasien rawat inap dan IGD kembali ke ruangan. Selama pemeriksaan petugas memperhatikan aspek proteksi radiasi, sebagai perlindungan keselamatan radiasi bagi pasien dan petugas pekerja radiasi.

D. Processing Film

Processing film dilakukan dengan DR (Digital Radiography), sebelum digunakan peralatan pemrosesan film harus terlebih dulu dihidupkan sesuai prosedur yang sudah ditetapkan. Yaitu :

1. Input data pasien (Nama, No MR, tanggal lahir dan jenis pemeriksaan) ke aplikasi DR
2. Ambil kaset atau *imaging plate*.
3. Lakukan pemeriksaan sesuai permintaan rontgen.
4. Tunggu sampai gambar muncul di komputer.
5. Lakukan prosesing dan pencetakkan gambar rontgen.

D. Pembacaan Foto

Pembacaan foto dilakukan oleh Dokter Spesialis Radiologi setiap hari, foto dikirimkan ke dokter melalui PACS, setelah foto dibaca ekspertise diinput di SIM RS kemudian diprint dan diserahkan ke pasien.

E. Penetapan kerangka waktu pemeriksaan

Rumah Sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi. Penyelesaian pemeriksaan radiologi dilaporkan sesuai kebutuhan pasien. Hasil pemeriksaan cito antara lain dari Unit Gawat Darurat, Kamar

Oprasi dan Unit Intensif diberikan perhatian Khusus terkait kecepatan hasil pemeriksaan. Jika pemeriksaan dilakukan melalui pihak kontrak (pihak keiga) atau radiologi rujukan, kerangka waktu pelaporan hasil pemeriksaan mengikuti ketentuan rumah sakit dan MOU dengan radiologi rujukan.

Adapun untuk kerangka waktunya sebagai berikut :

JENIS PEMERIKSAAN	LAMA WAKTU TUNGGU
Pemeriksaan konvensional rawat jalan	<1 hari
Pemeriksaan konvensional rawat inap	<1 hari
Pemeriksaan USG	<1 hari
Hasil Radiologi Kritis	<30 menit
Pemeriksaan konvensional cito	<1 jam

F. Penyerahan Hasil

Hasil radiografi dan USG adalah milik pasien sepenuhnya dan dapat diambil setelah hasil radiografi dibaca oleh dokter spesialis radiologi. Untuk pasien IGD dan rawat inap, film radiografi bisa langsung diambil oleh perawat.

Prosedur pengambilan hasil pemeriksaan radiologi setiap pasien harus membawa bukti pembayaran atau bukti pengambilan hasil dan dapat langsung diserahkan ke petugas radiologi.

- Untuk pasien IGD, film radiografi dapat diambil atau dapat langsung dilihat di SIM RS setelah dilakukan pemeriksaan.
- Untuk pasien BPJS akan menerima hasil Ekspertise, untuk gambar radiografi dokter pengirim akan melihatnya di SIM RS.
- Untuk pasien BPJS yang akan dirujuk ke luar rumah sakit, akan diberikan hasil ekspertise dan film radiografi.
- Untuk pasien umum akan menerima ekpertise dan film radiografi.

G. Pengarsipan

Pengarsipan di unit radiologi berupa buku register, pengambilan hasil baca foto radiologi dan USG disusun berdasarkan tanggal pemeriksaan. laporan kegiatan di unit radiologi dilakukan perbulan, laporan ini meliputi kunjungan pasien, jumlah pemeriksaan, jumlah pemakaian dan jumlah kerusakan film.

H. Radiologi Rujukan

Radiologi rujukan bertujuan untuk tetap terselenggranya pelayanan radiologi agar dapat membantu menegakan diagnose yang diinginkan dokter, adapun proses radiologi rujukan dapat terjadi apabila tidak adanya modalitas alat untuk melakukan pemeriksaan seperti, pemeriksaan CT Scan, pemeriksaan MRI dan pemeriksaan yang menggunakan Kontras Media. Pemeriksaan Radiologi Rujukan juga dapat terjadi apabila ada kerusakan alat radiologi yg mengakibatkan terhentiya pelayanan radiologi.

I. Proteksi Radiasi

Proteksi radiasi perlu diperhatikan sesuai proses pemeriksaan, baik terhadap petugas, pasien ataupun lingkungan sekitar.

Setiap petugas saat melakukan pemeriksaan, harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut

- Memakai TLD
- Berdiri sejauh mungkin dari sumber radiasi
- Pastikan pintu ruang pemeriksaan tertutup
- Atur luas lapangan penyinaran seperlunya
- Berlindung dibalik tabir pelindung
- menghindari pengulangan foto
- Lampu merah menyala pada saat pemeriksaan

BAB V

LOGISTIK

A. Pengertian

Manajemen logistik merupakan bagian dari proses *supply chain* yang berfungsi untuk merencanakan, melaksanakan dan mengendalikan keefisienan dan keefektifan penyimpanan dan aliran barang, pelayanan dan informasi terkait dari titik permulaan hingga titik konsumsi dalam tujuannya untuk memenuhi kebutuhan pelanggan.

Penyiapan logistik untuk pelayanan radiologi menjadi sangat penting tanpa adanya logistik yang memadai baik dari jumlah, spesifikasi barang dan ketepatan distribusi maka sudah dapat dipastikan pelayanan akan terganggu. Oleh sebab itu perencanaan jumlah pemakaian film, serta peralatan medik lainnya untuk setiap bulan pemakaian harus diperhitungkan dengan cermat dan akurat. Teknik dan prosedur pengambilan barang / alat harus dibuat sederhana tanpa mengurangi efektifitas dan efisiensi dan evaluasi / pengawasan dan pelaporan pemakaian alat dan barang harus dibuat pada saat semua pemeriksaan radiologi selesai.

Bidang logistik bertanggung jawab terhadap terselenggaranya tertib administrasi dalam bidang logistik di Unit Radiologi, peralatan dan rumah tangga, untuk menyusun rencana kebutuhan dan pengadaan bahan-bahan keperluan dan peralatan radiologi dalam rangka pelaksanaan tugas pelayanan radiologi, menyusun rencana pemeliharaan peralatan di Unit radiologi, menyiapkan program-program pengembangan pelayanan radiologi menyusun laporan secara berkala tentang keadaan bahan kebutuhan dan peralatan Unit, membuat evaluasi dan usulan tentang penggunaan bahan perlengkapan dan peralatan di Unit Radiologi.

B. Tujuan Manajemen Logistik

Kegiatan logistik sangat penting dalam menunjang kegiatan pengadaan barang pada pihak perusahaan atau organisasi, secara umum kegiatan logistik memiliki tujuan, yaitu:

1. Tujuan operasional: agar tersedia barang serta bahan dalam jumlah yang tepat dan mutu yang memadai.

- 2. Tujuan keuangan: dapat melaksanakan tujuan operasional dengan biaya serendah-rendahnya.
- 3. Tujuan pengamanan: agar persediaan tidak terganggu oleh kerusakan, pemborosan, penggunaan tanpa hak, pencurian dan penyusutan yang tidak wajar lainnya.

C. Daftar Kebutuhan Logistik

1. Alkes dan Barang Habis Pakai Perbulan

No	Nama Alkes	Min	Max	Ket
1	Hanscoon M	2	3	Box
2	Film Small	2	5	Box
3	Film Medium	2	4	Box
5	Film USG	1	2	Roll
6	Film Panoramic	3	20	Rim
7	Hand Soap	1	2	Botol
8	Hand Rub	2	3	Botol

2. Perlengkapan Kantor Perbulan

No	Perlengkapan	Min	Max
1	Ballpoint	3	5
2	Spidol Permanen	3	4
3	Staples	1	2
4	Isi Staples	3	5
5	Penggaris	1	2
6	Gunting	1	2
7	Buku Folio HVS	1	2

8	Buku Folio Kecil	1	2
9	Kertas A4	1	3
10	Amplop USG	50	250
11	Amplop Radiologi Coklat	70	400
12	Tissue Towel	3	7
13	Alat Pembolong Kertas	1	2
14	Paper Clip	2	3
15	Tinta Printer	3	5

D. Pelaksanaan Logistik Radiologi

1. Perencanaan dan pengadaan
 - a. Prencanaan dilakukan berdasarkan jumlah pemakaian Alat Kesehatan dan Barang Habis Pakai Perbulan
 - b. Setiap akhir bulan petugas menghitung ulang dan mencatat stok
 - c. Jumlah stock cadangan sebesar 10% dari rata-rata pemakaian setiap bulan
2. Permohonan kebutuhan rutin disampaikan kepada bagian gudang farmasi dan gudang barang (untuk ATK) dengan menggunakan blangko permintaan rutin setiap awal bulan
3. Pendistribusian obat dan alat kesehatan dilakukan oleh petugas gudang farmasi setelah permintaan lengkap
4. Alat Kesehatan dan Barang Habis Pakai selanjutnya disimpan di Unit Radiologi sesuai dengan sifat kimia dan fisika yang disyaratkan / direkomendasikan
5. Barang yang memiliki tanggal kadaluarsa diberikan label
6. Pemakaian barang menggunakan sistem First In First Out (FIFO).

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Pengertian keselamatan pasien di Rumah Sakit adalah sistem (tatanan) pelayanan dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan asuhan pasien agar pasien menjadi lebih aman. Termasuk di dalamnya: mengukur resiko, identifikasi dan pengolahan resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mencegah, mengurangi serta meminimalkan risiko. (Rochmanadji Widayat, 2009, hal:80)

B. Tujuan

Tujuan terciptanya keselamatan pasien adalah terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit, meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan di Rumah Sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Dengan meningkatnya jumlah fasilitas pelayanan radiologi maka dimungkinkan semakin meningkatnya jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan, sehingga tidak dapat dipungkiri bahwa semakin banyak jumlah pasien yang menerima radiasi dan kemungkinan semakin besar peluang terjadinya KTD. Oleh sebab itu diharapkan petugas kesehatan harus semakin hati hati untuk menghindari terjadinya KTD.

Kejadian Tidak Diinginkan yang mungkin timbul pada proses pelayanan radiologi antara lain :

1. Pada saat menerima Surat Permintaan Pemeriksaan Radiologi
 - a. Tidak teliti dalam mengidentifikasi pasien.
 - b. Tidak paham klinis.
 - c. Tidak bertanya apakah pasien sedang hamil .
2. Pada saat melakukan pemeriksaan
 - a. Saat memindahkan pasien ke meja pemeriksaan
 - b. Pengulangan pemeriksaan

c. Tidak ada marker

3. Kesalahan pesawat yang disebabkan

a. Tidak dikalibrasi secara rutin

b. Tidak memantau suhu dan kelembaban yang sesuai

C. Tata Laksana Keselamatan Pasien

1. Modalitas dengan sumber radiasi sinar-x

a. Hindari manipulasi pasien pada saat *positioning* terutama pada pasien dengan klinis trauma capitis, fraktur vertebralis, trauma tumpul abdomen dan thoraks. Begitu pula pasien dengan fraktur ekstremitas dengan pemakaian alat traksi

b. Minimalisasi Dosis Radiasi

- Pengaturan luas lapangan penyinaran yang diatur sedemikian rupa sesuai gambaran yang dibutuhkan
- Pengaturan faktor eksposi yang tepat
- Pada setiap pasien wanita usia produktif sebelum dilakukan pemeriksaan harus ditanya apakah dalam keadaan hamil

2. Ultrasonografi

Sampai saat ini pemeriksaan USG terbilang minim risiko, petugas dan dokter radiologi diharuskan melakukan identifikasi pasien dengan baik agar tidak terjadi KTD

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

A. Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Unit Radiologi

Pemanfaatan sinar-X diagnostik meliputi disain ruangan, pemasangan dan pengoperasian setiap pesawat Sinar-X sesuai dengan spesifikasi keselamatan alat, perlengkapan proteksi radiasi, keselamatan operasional dan proteksi pasien.

- Dilakukan pengujian pesawat sinar-x kalibrasi setiap satu tahun sekali
- Pesawat Sinar-X dalam kondisi yang baik dan dirawat dengan program jaminan kualitas.
- Ruang Sinar-X harus dibangun dengan cukup kuat untuk menahan beban peralatan yang ada di dalamnya dan dibangun sedemikian, sehingga memberikan proteksi yang cukup terhadap operator (petugas) dan orang lain yang berada di sekitar ruangan pesawat Sinar-X. Ruang operator terdapat tabir Pb dan dilengkapi dengan kaca intip dari Pb sehingga dapat melindungi operator dari radiasi bocor dan hamburan.
- Pintu ruang pesawat Sinar-X dan Pesawat CT Scan terdapat penahan radiasi yang cukup sehingga terproteksi dengan baik. Lampu merah sebagai tanda radiasi harus terpasang di atas pintu, yang dapat menyala pada saat pesawat Sinar-X digunakan dan terdapat tanda peringatan radiasi seperti berikut : “BAHAYA RADIASI”



- Apron pelindung yang mempunyai ketebalan minimum yang setara dengan 0,25 mm Pb dengan ukuran yang cukup pada bagian badan dan gonad untuk pemakai dari radiasi langsung
- Tersedia peralatan untuk mencegah atau mengendalikan bahaya konvensional seperti kebakaran, banjir, dan kedaruratan yang berkaitan dengan listrik
- Arah berkas utama dari pesawat Sinar-X tidak diarahkan ke panel kontrol
- Orang yang membantu memegang pasien anak-anak atau orang yang lemah pada saat penyinaran dilakukan oleh orang dewasa / keluarga dengan menggunakan apron, tidak dilakukan oleh petugas
- Usaha yang dilakukan dalam melaksanakan penyinaran Sinar-X sedemikian rupa sehingga diperoleh hasil yang baik dengan paparan minimum pada pasien atau petugas.
- Selama penyinaran, tidak seorangpun kecuali petugas yang berhubungan dan pasien berada dalam ruang penyinaran.
- Pesawat Sinar-X dilarang dioperasikan oleh petugas yang tidak berwenang
- Apabila terjadi kerusakan pesawat, perbaikan peralatan Sinar-X dilakukan oleh teknisi yang telah diberi mandat oleh penguasa yang berwenang. Teknisi tersebut mempunyai keahlian dan latar belakang proteksi radiasi untuk mengerjakan pekerjaannya dengan aman.
- Terdapat peralatan monitoring personil yaitu film badge untuk memantau paparan radiasi yang diterima setiap satu bulan sekali

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

A. Pengertian

Mutu pelayanan radiologi dilaksanakan untuk mengetahui efektifitas dan efesiensi pelayanan radiologi, meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan serta sebagai bahan acuan dalam perencanaan dan pengembangan pelayanan radiologi. Untuk meningkatkan mutu pelayanan radiologi, perlu adanya evaluasi sistem dan prosedur pelayanan, fasilitas dan penyelenggaraan pelayanan dan perbaikan sarana yang dilaksanakan secara intern dan rutin melalui rapat intern radiologi.

B. Tujuan Pengendalian Mutu

1. Umum

Meningkatkan mutu pelayanan Radiologi Diagnostik Imajing RSUD Pesanggrahan dengan mengenalkan dan meningkatkan budaya pelayanan yang profesional, manusiawi, tepat waktu dan tepat guna.

2. Khusus

Setiap Staf Unit Radiologi Diagnostik RSUD Pesanggrahan selalu mengupayakan tercapainya kepuasan dan keselamatan pasien.

C. Pemantapan Mutu

1. Pemantapan Mutu Internal

Pemantapan mutu internal (PMI) adalah kegiatan pencegahan dan pengawasan yang dilakukan oleh Unit Radiologi secara terus-menerus agar pelayanan radiologi dapat berjalan secara efektif dan akurat, untuk menjalankannya maka dilakukan beberapa hal :

- a. Melakukan Quality Control pada alat – alat radiologi setiap hari
- b. Melakukan pengawasan kepatuhan cuci tangan
- c. Melakukan pencatatan suhu dan kelembapan setiap hari

- d. Melakukan pencatatan dan perhitungan waktu tunggu radiologi

2. Pemantapan Mutu Eksternal

Pemantapan Mutu Eksternal (PME) adalah kegiatan pemantapan mutu yang dilakukan secara periodik tertentu oleh pihak eksternal, untuk menjalankannya maka dilakukan beberapa hal :

- a. Melakukan Uji Kesesuaian terhadap alat Dental Panoramic OP200 D, DR Rontgen DK+ setiap 4 tahun.
- b. Memastikan setiap alat radiasi pengion memiliki izin oprasional
- c. Melakukan kalibrasi terhadap alat – alat radiologi
- d. Melakukan pemantauan hasil alat personal monitoring atau TLD setiap 3 bulan.

D. Data Monitoring

Monitoring dilakukan untuk memantau performa dan mutu pelayanan di radiologi., untuk itu, Maka ditetapkan beberapa indikator baik unit , prioritas dan nasional yaitu:

- 1. Kerusakan film pada pemeriksaan Radiologi <2%.
- 2. Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax cito <1 jam.
- 3. Kepatuhan identifikasi pasien 100%.

E. Proses Monitoring

Proses peningkatan Mutu Pelayanan Radiologi Diagnostik dilaksanakan dengan cara:

- 1. Untuk Kerusakan Film Pada Pemeriksaan Radiologi pengumpulan data di lakukan melalui :
 - a. Lakukan sensus kerusakan foto Setiap bulan.
 - b. Setelah 1 bulan jumlah kerusakan foto dianalisa dan dievaluasi.
 - c. Lakukan perbaikan pada faktor yang dapat mengakibatkan kerusakan foto.
- 2. Sasaran waktu tunggu hasil foto, pengumpulan data diambil dengan cara:

- a. Pengumpulan waktu dihitung dari waktu pasien datang ke radiologi sampai dengan hasil keluar
 - b. Untuk waktu permintaan, waktu pengerjaan dan waktu hasil pemeriksaan dapat dilihat di Sistem Informasi Rumah Sakit (SIM RS).
 - c. Waktu hasil foto diisi setelah selesai dibaca oleh Dokter Radiologi.
 - d. Melalui data tersebut, akan dihitung rata-rata waktu tunggu Hasil Radiologi.
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien, pengumpulan data dilakukan dengan :
- a. Lakukan identifikasi pasien dengan benar yaitu dengan menanyakan nama dan tanggal lahir atau nomer RM pasien.
 - b. Lakukan pencatatan di buku registrasi pasien.
 - c. Setelah 1 bulan jumlah pasien yang teridentifikasi dianalisa dan dievaluasi.

F. Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Dilakukan pada melalui kegiatan :

1. Rapat Bulanan Radiologi
2. Laporan Tertulis
3. Kordinasi dengan Unit lain yang terkait

BAB IX

PENUTUP

Pelayanan radiologi RSUD Pesanggrahan merupakan bagian integral sistem pelayanan Rumah Sakit. Upaya peningkatan mutu Radiologi berarti upaya peningkatan mutu Rumah Sakit. Mutu pelayanan dimulai dengan penyusunan program mutu tiap unit, termasuk Instalasi Radiologi.

Namun suatu program mutu pelayanan tidak akan berarti bila tidak ada evaluasi secara baik. Parameter yang digunakan dalam evaluasi antara lain :

1. Tersedianya fasilitas radiologi yang terstandarisasi
2. Kepatuhan petugas terhadap Standar Prosedur Operasional (SPO)
3. Kecilnya angka kerusakan film
4. Tercapainya waktu tunggu pemeriksaan Cito
5. Makin meningkatnya kunjungan radiologi
6. Makin menurunnya *complain* terhadap pelayanan radiologi
7. Makin meningkatnya jasa pelayanan / kesejahteraan pegawai

Pedoman Pelayanan Radiologi ini diharapkan menjadi acuan bagi pelaksanaan kegiatan pelayanan pasien, sehingga indikator mutu output dapat dicapai. Dan bagi manajemen Pedoman Pelayanan ini dapat bermanfaat untuk pemenuhan kebutuhan sumber daya sehingga indikator mutu input dapat tercapai juga.

Jakarta 17 Juni 2022

Direktur RSUD Pesanggrahan



Drg. Didiet Damayanti, MARS

NIP 196610031994012001