



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

NOMOR :41/UN4.24.0/2023

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RADIOLOGI

PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

Menimbang : a. Bahwa dalam upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit Unhas, maka diperlukan pelaksanaan pelayanan radiologi yang komprehensif;
b. bahwa agar pelaksanaan pelayanan radiologi yang komprehensif di Rumah Sakit Unhas dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Pedoman Pelayanan Radiologi;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin a dan poin b, maka perlu ditetapkan Direktur perihal tentang Pedoman Pelayanan Radiologi di Instalasi Radiologi RUMAH SAKIT UNHAS

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1014/MENKES/PER/XI/2008, Tentang standar pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1045/MENKES/PER/XI/2006, Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Di Lingkungan Departemen Kesehatan.
4. Peraturan Badan Pengawas Tenaga Nuklir No.5 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Pemanfaatan Tenaga Nuklir Secara Elektronik
5. Keputusan Rektor Unhas Nomor 2817/UN4.1/KEP/2018 tanggal 18 Juli 2018 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN RADIOLOGI

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

1. Direktur adalah Direktur Utama Rumah Sakit Unhas
2. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang disingkat Rumah Sakit Unhas.
3. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.
4. Kepala Instalasi adalah seseorang yang diangkat oleh Direktur Utama yang bertanggungjawab terhadap kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di unit/instalasi
5. Instalasi Radiologi adalah salah satu instalasi yang berfungsi sebagai pemberi pelayanan penunjang diagnosa dan juga sebagai penentu langkah/tindakan medis lanjutan terhadap suatu keadaan penyakit atau kelainan pada pasien.
6. Pelayanan Radiologi adalah merupakan unit pelayanan radiologi tipe B yang ada di kawasan timur yang memberikan pelayanan radiologi diagnostik imaging hingga tindakan radiologi interventional yang berfungsi untuk terapi.
7. Pelayanan Radiologi meliputi pelayanan radiodiagnostik yang merupakan jenis pelayanan untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi pengion dan non pengion

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman pelayanan unit kerja *Radiologi* di Rumah Sakit Unhas ini dimaksudkan guna memberikan pedoman dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penyelenggaraan pelayanan Radiologi di Rumah Sakit Unhas yang berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien sehingga didapatkan suatu pelayanan baku, berkualitas dan komprehensif.

BAB III

PENYELENGGARAAN

Pasal 3

- (1) Penyelenggaraan pelayanan Radiologi di Rumah Sakit Unhas termasuk Pelayanan radiodiagnostik dan pencitraan diagnostik
- (2) Penyelenggaraan pelayanan radiologi hanya dapat dilakukan oleh Profesi Pemberi Asuhan (PPA) yang terlatih dan berkompeten

Pasal 4

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan/penyelenggaraan pelayanan Radiologi di Rumah Sakit Unhas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB IV

RUANG LINGKUP

Pasal 5

Ruang lingkup pelayanan radiologi yang diberikan di Rumah Sakit Unhas meliputi :

1. Pelayanan radiodiagnostik,
2. Pelayanan Imaging Diagnostik,
3. Pelayanan Radiologi Intervensional

BAB V

ORGANISASI

Pasal 6

- (1) Instalasi Radiologi dibawah langsung oleh Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama
- (2) Kepala Instalasi Radiologi bertanggungjawab langsung kepada Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama
- (3) Koordinator Pelayanan bertanggungjawab langsung kepada Kepala Instalasi
- (4) Radiografer, Fisikawan Medik dan Perawat Radiologi bertanggungjawab kepada Koordinator Pelayanan

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

- (1) Direktur Utama, Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama, dan Satuan Penjaminan Mutu melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangannya masing-masing
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud diarahkan untuk :
 - a. Melindungi pasien dalam penyelenggaraan pelayanan intensif yang dilakukan tenaga kesehatan;
 - b. mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan intensif sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran; dan
 - c. memberikan kepastian hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan.
- (3) Pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal.
- (4) Pengawasan internal Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Pengawasan teknis medis; dan
 - b. Pengawasan teknis perumahsakit.
- (5) Pengawasan teknis medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis melalui Komite Medik Rumah Sakit.
- (6) Pengawasan teknis perumahsakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b adalah pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan dan kinerja keuangan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.

BAB VII

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 8

Untuk keperluan evaluasi dan perencanaan kegiatan pelayanan radiologi diagnostik, dilakukan pencatatan setiap kegiatan yang dilakukan.

Pencatatan dan pelaporan yang ada adalah :

1. Pencatatan dan pelaporan jumlah kunjungan pasien :
 - a. Pasien Rawat Jalan
 - b. Pasien Rawat Inap
 - c. Pasien IGD
2. Pencatatan dan pelaporan jumlah dan jenis tindakan
3. Pencatatan dan pelaporan dosis radiasi yang diterima pasien
4. Pencatatan keadaan/kondisi peralatan, termasuk jadwal kalibrasi
5. Pencatatan pemakaian bahan dan alat yang meliputi antara lain
 - a. Film, termasuk jumlah film yang ditolak dan di ulang
 - b. Zat kontras
 - c. Obat-obatan, dll

BAB VIII

PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan
peraturan Direktur dengan penempatannya

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 2 Januari 2023

RUMAH SAKIT UNHAS
DIREKTUR UTAMA



ANDI MUHAMMAD ICHSAN

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR :41/UN4.24.0/2023
TANGGAL : 2 JANUARI 2023
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN
RADIOLOGI DI RUMAH SAKIT UNHAS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan Radiologi sebagai bagian yang terintegrasi dari pelayanan kesehatan secara menyeluruh merupakan bagian dari amanat Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan. Bertolak dari hal tersebut serta makin meningkatnya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, maka pelayanan radiologi sudah selayaknya memberikan pelayanan yang berkualitas.

Dengan adanya keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008/ tentang standar pelayanan radiologi diagnostik yang aman terhadap pasien dan petugas kesehatan, serta semakin berkembangnya teknologi di bidang kedokteran menjadi tantangan rumah sakit dalam menyediakan layanan yang terbaik. Dalam menyediakan layanan yang terbaik perlu upaya untuk mengatur pelayanan di unit radiologi agar alur dan proses pekerjaan dapat memvisualisasikan sinergi kerja yang cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Pelayanan radiologi antara lain meliputi standar ketenagaan, standar fasilitas, tata laksana pelayanan, logistik, keselamatan pasien, keselamatan kerja, proteksi radiasi dan pengendalian mutu.

B. Tujuan Pedoman

Tujuan pelayanan unit radiologi adalah pelayanan penunjang yang menggunakan radiasi pengion dan non pengion

1. Tujuan Umum

Tercapainya standarisasi pelayanan radiologi diagnostik di seluruh Indonesia sesuai dengan jenis dan kelas sarana pelayanan kesehatan

2. Tujuan khusus

1. Sebagai acuan bagi sarana pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan radiologi diagnostik
2. Sebagai tolak ukur dalam menilai penampilan sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan radiologi
3. Sebagai pedoman dalam upaya pengembangan lebih lanjut yang arahnya disesuaikan dengan tingkat pelayanan radiologi yang telah dicapai dan proyeksi kebutuhan pelayanan di masa depan.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Pelayanan radiologi diagnostik meliputi :

1. Pelayanan Radiodiagnostik
2. Pelayanan Imaging Diagnostik
3. Pelayanan Radiologi Intervensional

D. Batasan Operasional

1. Pelayanan Radiodiagnostik

Pelayanan Radiodiagnostik adalah pelayanan untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi pengion, meliputi antara lain Pelayanan X-Ray Konvensional, Computed Tomography Scan (CT Scan) dan Mammografi.

2. Pelayanan Imaging Diagnostik

Pelayanan Imaging Diagnostik adalah pelayanan untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi non pengion, antara lain pemeriksaan dengan Magnetic Resonance Imaging (MRI), USG

3. Pelayanan Radiologi Intervensional

Pelayanan Radiologi Intervensional adalah pelayanan untuk melakukan diagnosis dan terapi intervensi dengan menggunakan peralatan radiologi X-ray (CT Angiografi). Pelayanan ini memakai radiasi pengion dan radiasi non pengion.

E. Landasan Hukum

Sebagai acuan dan dasar pertimbangan dalam penyelenggaraan pelayanan radiologi di Rumah sakit diperlukan peraturan perundang-undangan pendukung (legal Aspect). Beberapa ketentuan perundang-undangan yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran
4. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit

8. Peraturan Pemerintah nomor 33 tahun 2007 tentang Keselamatan Radiasi Pengion dan Keamanan Sumber Radioaktif
9. Peraturan Pemerintah nomor 29 tahun 2008 tentang Perizinan Sumber Radiasi Pengion dan Bahan Nuklir.
10. Permenkes Nomor 357/MENKES/PER/VI/2006 tentang Registrasi dan Izin Kerja Radiografer
11. Permenkes Nomor 375/MENKES/SK/III/2007 tentang standar Profesi Radiografer
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik Di Sarana Pelayanan Kesehatan
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 81 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA

Pelayanan radiologi rumah sakit unhas di lakukan oleh petugas yang memiliki kualifikasi pendidikan dan pengalaman yang memadai serta memperoleh/memiliki kewenangan untuk melaksanakan kegiatan di bidang yang sudah menjadi tugas atau tanggung jawabnya

Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging harus dibawah pimpinan seorang atau lebih individu yang kompeten. Tanggung jawab pimpinan radiologi dan diagnostik imaging termasuk :

1. Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur
2. Pengawasan administrasi
3. Mempertahankan (maintaining) setiap program kontrol mutu
4. Memonitor dan mereview semua pelayanan radiologi dan diagnostik imejing

Secara fungsional, staf instalasi radiologi dibagi dalam enam kelompok profesi masing-masing tugas dan tanggung jawabnya :

No	Kelompok Profesi	Tanggung Jawab Fungsional
1	Spesialis Radiologi	Bertanggung jawab atas tindakan medis dan penilaian foto diagnostik radiologi (ekspertise)
2	Radiografer	Bertanggung jawab atas pelaksanaan pemeriksaan radiografi dan imejing
3	Administrasi Radiologi	Bertanggung jawab atas kelancaran sistem administrasi, arsip dan distribusi hasil pemeriksaan radiologi

4	Perawat Radiologi	Bertanggung jawab atas penyediaan obat-obatan dan alat kesehatan, sterilisasi alat-alat, serta perawatan pasien pra dan pasca tindakan radiologi
5	Ahli Fisika Medis	Bertanggung jawab atas penyelenggaraan proteksi radiasi di rumah sakit dan Quality Assurance di radiologi
6	PPR	Bertanggung jawab penuh atas proteksi radiasinya

B. DISTRIBUSI TENAGA

Distribusi ketenagaan disesuaikan dengan kompetensi keahlian yang dimilikinya dan dilakukan penjadwalan rotasi kerja pada bidang tertentu untuk pemerataan kompetensinya. Adapun distribusi SDM radiologi tersebut adalah :

Pendidikan	Persyaratan	Jumlah tenaga yang ada
Spesialis Radiologi	Memiliki SIP	5 Orang
SUB Spesialis Radiologi	Memiliki SIP	6 Orang
D III dan D4 Teknik Radiologi	Memiliki STR	12 Orang
S2 Fisika Medik	Memiliki STR	1 Orang
Administrasi Radiologi	Memiliki ijazah S1	2 Orang
D3 Keperawatan	Memiliki STR	1 Orang

C. Pengaturan Jaga

1. Pengaturan jaga di radiologi terdiri atas dinas reguler dan shift untuk radiografer.

Dinas Reguler : 07.30 – 16.00

Shift Pagi : 07.30 – 14.00

Shift Sore : 14.00 – 21.00

Shift Malam : 21.00 – 07.30

2. Pengaturan jaga dokter/ konsulen radiologi

Jadwal reguler pagi : 07.30 – 12.00

Jadwal reguler siang : 12.00 – 16.00

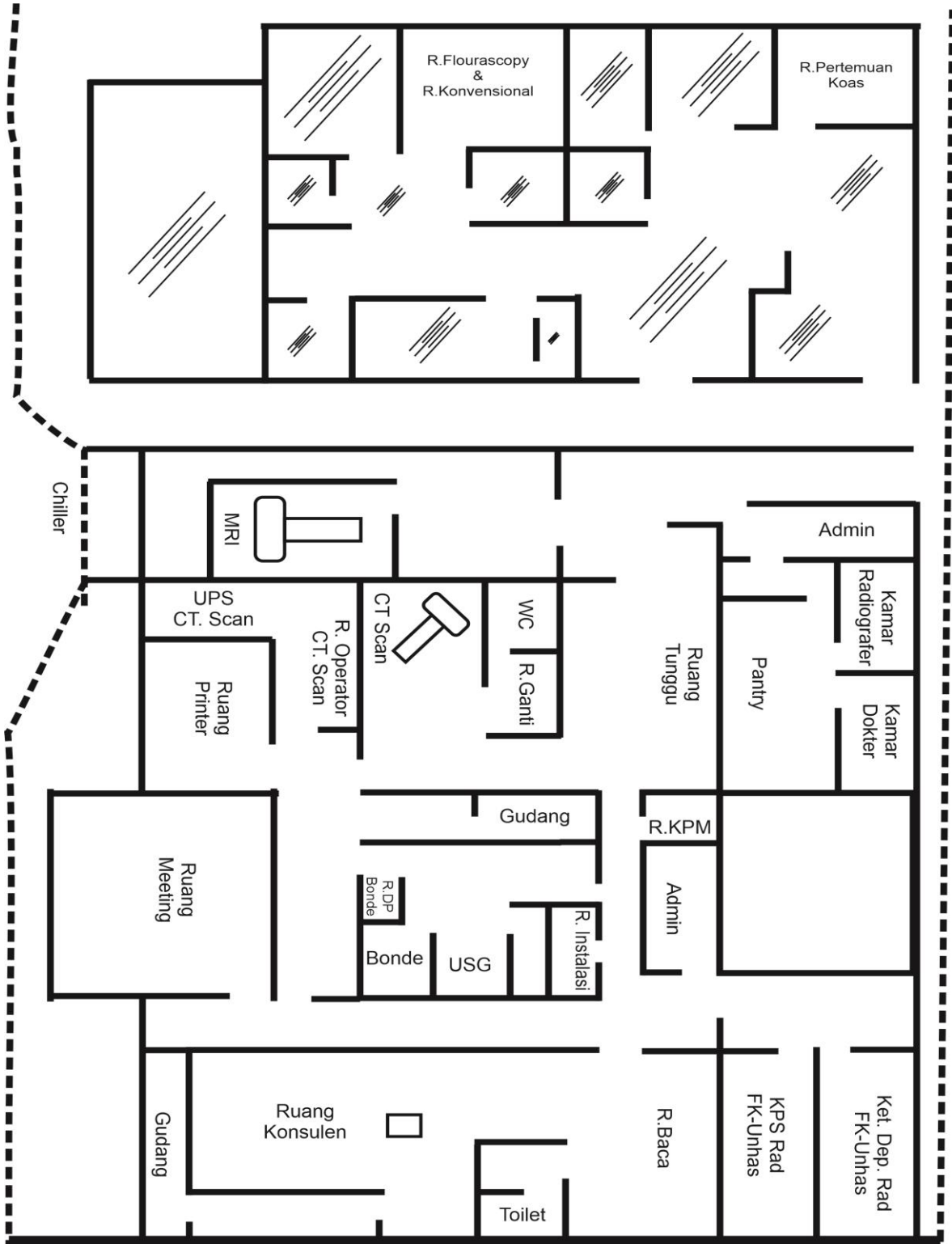
Jadwal cadangan pagi : 12.00 – 16.00

Jadwal IRD : 16.00 – 21.00

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. DENAH RUANGAN



B. STANDAR FASILITAS

Berdasarkan jenis sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan radiologi diagnostik, jenis, kelengkapan alat dan jumlah untuk setiap sarana pelayanan kesehatan adalah :

No	Peralatan	Standar fasilitas tipe B (Sesuai PMK No.56 tahun 2014)	Kondisi saat ini
1	MRI	1 UNIT	Baik
2	CT MULTISLICE	1 UNIT	Rusak
3	FLOUROSCOPY	1 UNIT	Rusak
4	USG	3 UNIT	Baik
5	ANALOG X-RAY FIXED UNIT DAN ATAU DIGITAL	3 UNIT	TIDAK ADA
6	MOBILE X-RAY	2 UNIT	Baik
7	MAMMOGRAPHY	1 UNIT	Baik
8	C-ARM	1 UNIT	2 UNIT (Merk Toshiba dan Siemens)
9	PANORAMIC/CE PHALOMETRI	1 UNIT	TIDAK ADA
10	DENTAL X-RAY	1 UNIT	TIDAK ADA
11	PERALATAN PROTEKSI RADIASI	SESUAI KEBUTUHAN	TERSEDIA (Apron,Gloves,T yhroid,Shield Gonad)
12	PERLENGKAPAN PROTEKSI RADIASI	SESUAI KEBUTUHAN	TERSEDIA

13	QUALITY ASSURANCE DAN QUALITY CONTROL	SESUAI KEBUTUHAN	TERSEDIA
14	EMERGENCY KIT	SESUAI KEBUTUHAN	TERSEDIA
15	KAMAR GELAP ID CAMERA/LABEL LING	2 UNIT 1 UNIT	TIDAK TERSEDIA
16	ALAT PELINDUNG DIRI	SESUAI KEBUTUHAN	TERSEDIA
17	VIEWING BOX	SESUAI KEBUTUHAN	TERSEDIA (11 Unit)

BAB IV

KEBIJAKAN

Instalasi radiologi RS. Unhas memiliki beberapa kebijakan sebagai berikut:

1. Pelayanan radiologi harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
2. Instalasi radiologi memberikan pelayanan radiologi dilaksanakan 24 jam
3. Permintaan pemeriksaan dan pembuatan foto diajukan oleh dokter dari Unit Rawat Jalan/ Unit Medical Check Up/ Unit rawat inap/ Unit Gawat Darurat/ dokter Luar
4. Permintaan diajukan kepada instalasi radiologi, dengan melakukan order melalui surat permintaan foto disertai keterangan klinis/diagnosa klinis
5. Permintaan Foto tanpa klinis tidak diekspertise
6. Pasien harus mendapat informasi terlebih dahulu sebelum dilakukannya tindakan yang memerlukan persiapan khusus, misalnya puasa dan lain-lain
7. Untuk pasien luar rumah sakit pemeriksaan dapat dilakukan bila pasien terlebih dahulu menyelesaikan proses pembayaran baik dengan cash ataupun jaminan, untuk pasien rawat jalan pembayaran dilakukandi kasir. Untuk pasien rawat inap pembayaran dilakukan jika pasien sudah mendapat pesanan pulang dari unit keperawatan
8. Untuk pemeriksaan tertentu yang memerlukan *informed consent*, pasien harus diberikan informasi mengenai tujuan, proses dan risiko pemeriksaan yang akan dilakukan dan juga harus mengisi form *informed consent* yang telah disediakan
9. Pada pemeriksaan radiologi yang menggunakan bahan media kontras di buatkan jadwal waktu pemeriksaannya (bila diperlukan)
10. Jenis pemeriksaan yang memerlukan persiapan khusus, pasien tidak dapat diperiksa

BAB V

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. PENDAFTARAN PASIEN

Pasien yang datang sebelum dilakukan pemeriksaan harus di daftar terlebih dahulu. Pelaksana pendaftaran pasien adalah petugas administrasi atau radiografer. Syarat untuk pendaftaran adalah :

- Pasien rawat jalan/rujukan membawa lembar pendaftaran dan surat permintaan yang sudah diisi dan di tanda tangani oleh dokter pengirim
- Pasien rawat inap dan IGD membawa lembar surat permintaan pemeriksaan yang sudah diisindan ditanda tangani dokter pengirim

Pendaftaran pasien dicatat di buku register pasien radiologi dan di input di SIM rumah sakit. Instalasi radiologi memberikan pelayanan setiap hari kerja mulai pukul 07.30 – 16.00 WITA dan emergency (cito) berlaku 24 jam.

B. PROSEDUR PENDAFTARAN DAN PELAYANAN

1. Pasien Rawat Inap

- Perawat ruangan menghubungi petugas radiologi via telepon bahwa akan mendaftar dan atau mengirim pasien ke instalasi radiologi.
- Perawat ruangan menginput orderan pemeriksaan radiologi ke SIM rumah sakit.
- Selanjutnya perawat ruangan mengantar pasien ke instalasi radiologi dengan membawa surat pengantar permintaan pemeriksaan pasien.
- Petugas administrasi radiologi menerima surat pengantar permintaan pemeriksaan, kemudian mencocokkan dan menginput data pasien di surat pengantar pemeriksaan di SIM rumah sakit.
- Petugas administrasi radiologi menulis di buku register radiologi
- Selanjutnya radiografer melakukan pemeriksaan sesuai permintaan dokter dan SOP pemeriksaan radiologi.
- Setelah selesai pemeriksaan, perawat mengantar pasien kembali ke ruang rawat inap.
- Jika radiograf sudah diekspertise oleh dokter radiologi maka petugas radiologi (administrasi radiologi / radiografer)

menghubungi perawat ruangan via telpon untuk mengambil hasil pemeriksaan radiologi.

- Perawat ruangan mengambil hasil pemeriksaan radiologi dan menandatangani di buku pengambilan hasil radiologi.

2. Pasien Rawat Jalan

- Pasien / keluarga pasien rawat jalan datang ke loket pendaftaran instalasi radiologi dengan membawa surat permintaan radiologi dari dokter pengirim.
- Petugas administrasi radiologi kemudian menerima surat permintaan radiologi, kemudian mencocokkan data pasien di surat permintaan radiologi dengan data di SIM rumah sakit. Setelah pasien / keluarga pasien menyetujuinya, maka pasien dipersilahkan untuk menunggu panggilan pemeriksaan.
- Petugas administrasi radiologi menuliskan data pasien di buku register pemeriksaan radiologi.
- Selanjutnya radiografer melakukan pemeriksaan sesuai permintaan dokter dan SOP Pemeriksaan radiologi.
- Jika status pasien umum, maka pasien / keluarga pasien membayar biaya pemeriksaan di kasir dan menyerahkan bukti pembayaran kepada petugas administrasi radiologi.
- Petugas administrasi radiologi mempersilahkan pasien untuk menunggu hasil pemeriksaan.
- Jika radiograf sudah diekspertise oleh dokter radiologi maka petugas administrasi / radiografer memanggil pasien dan menyerahkan hasil radiologi.
- Pasien menerima hasil pemeriksaan radiologi dan dicatat di buku pengambilan hasil.

3. Pasien IGD

- Perawat IGD menghubungi petugas radiologi via telepon bahwa akan mendaftar dan atau mengirim pasien ke instalasi radiologi.
- Perawat IGD menginput orderan pemeriksaan radiologi ke SIM rumah sakit.
- Selanjutnya perawat IGD mengantar pasien ke instalasi radiologi dengan membawa surat pengantar permintaan pemeriksaan pasien.

- Petugas administrasi radiologi menerima surat pengantar permintaan pemeriksaan, kemudian mencocokkan dan menginput data pasien di surat pengantar pemeriksaan di SIM rumah sakit.
- Petugas administrasi radiologi menulis di buku register radiologi
- Selanjutnya radiografer melakukan pemeriksaan sesuai permintaan dokter dan SOP pemeriksaan radiologi.
- Setelah selesai pemeriksaan, perawat mengantar pasien kembali ke IGD.
- Jika radiograf sudah diekspertise oleh dokter radiologi maka petugas radiologi (administrasi radiologi / radiografer) menghubungi perawat IGD via telpon untuk mengambil hasil pemeriksaan radiologi.
- Perawat IGD mengambil hasil pemeriksaan radiologi dan menandatangani di buku pengambilan hasil radiologi.

C. JENIS PELAYANAN RADIOLOGI

1. Pelayanan radiografi konvensional
 - a. Radiografi konvensional tanpa kontras
 - b. Radiografi konvensional dengan kontras
2. Pelayanan CT Scan
 - a. CT Scan tanpa kontras
 - b. CT Scan dengan kontras
3. Pelayanan USG
 - a. USG Gray Scale
 - b. USG Colour Doppler
 - c. Elastografi
4. Pelayanan MRI
 - a. MRI tanpa kontras
 - b. MRI dengan kontras

D. WAKTU PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu pelayanan radiologi rawat jalan
Hari senin – jumat, jam 07.30 – 16.00
2. Waktu pelayanan radiologi rawat inap
Hari senin – minggu, jam 07.30 – 11.00
3. Waktu pelayanan radiologi gawat darurat dan cito
4. Waktu pelayanan 24 jam setiap hari

E. WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI

NO	PEMERIKSAAN RADIOLOGI	WAKTU TUNGGU HASIL PEMERIKSAAN	
		NORMAL	CITO
1.	Pemeriksaan foto thorax	3 Jam	1 Jam
2.	Pemeriksaan foto konvensional Kontras dan non kontras	1 x 24 jam	1 Jam
3.	Pemeriksaan MSCT Scan kontras dan non kontras	1 x 24 jam	Max 3 jam
4.	Pemeriksaan USG	2 x 24 jam	Max 1 jam
5.	Pemeriksaan MRI kontras dan Non kontras	Max 2x24 jam	Max 24 jam

F. LAPORAN HASIL DAN ARSIP

1. Laporan Hasil

Setelah selesai pemeriksaan, petugas radiologi menyatukan surat permintaan pemeriksaan radiologi dengan film radiograf kemudian membawanya ke ruang baca untuk diekspertise oleh dokter radiologi. Dokter radiologi mengetik hasil ekspertise di komputer selanjutnya dicetak dan ditandatangani.

2. Arsip

Hasil ekspertise yang sudah dicetak rangkap empat diambil oleh petugas administrasi / radiografer untuk diverifikasi;

- a. Lembar hasil warna putih dan merah dimasukkan kedalam amplop sesuai identitas pasien.
- b. Lembar warna kuning untuk penagihan (pasien BPJS dan Korporasi)
- c. Lembar warna hijau untuk arsip radiologi.

BAB V

LOGISTIK

B. JENIS KEBUTUHAN RADIOLOGI

1. Kebutuhan rutin

Kebutuhan rutin adalah sejumlah barang habis pakai yang digunakan untuk pelayanan pasien terdiri atas : film, cetakan, alat tulis kantor (ATK), tissue USG dan barang rumah tangga lain.

2. Kebutuhan tidak rutin

Kebutuhan tidak rutin adalah sejumlah barang selain barang rutin, misalnya : peralatan, elektronik, linen dan lainnya.

C. PENGELOLAAN KEBUTUHAN BARANG RADIOLOGI

1. Perencanaan

Petugas radiologi menghitung jumlah kebutuhan barang setiap tahun. Rencana kebutuhan diajukan ke rumah sakit melalui bidang penunjang. Cara menghitungnya adalah dengan berdasarkan data kunjungan pasien atau data tahun sebelumnya lalu diambil rata2 pemakaian bhp 3 bulan sebelumnya.

2. Penyimpanan

Obat-obatan dan BHP radiologi di simpan di lemari dalam ruang radiologi sesuai dengan pengaturan suhu masing-masing. Kecuali obat-obatan yang harus disimpan di apotek dan bila akan digunakan dilakukan peresepan oleh dokter spesialis radiologi.

3. Penggunaan

Penggunaan barang yang ada batas kadaluarsanya harus diperhatikan benar-benar. Barang yang batas kadaluarsanya pendek digunakan terlebih dahulu.

4. Pencatatan dan pelaporan

Pencatatan dan pelaporan dilakukan setiap bulan bersamaan dengan laporan kegiatan bulanan radiologi.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. IDENTIFIKASI RESIKO

Risiko adalah potensi terjadinya kerugian yang dapat timbul dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian dimasa datang. Risiko di instalasi radiologi meliputi :

1. Risiko Keselamatan Pasien (Patient Safety)
 - Pasien jatuh
 - Salah pemberian obat (dosis, rute, obat, pasien)
 - Resiko pemberian obat/kontras media (alergi)
 - Terpapar radiasi
 - Tindakan yang salah/dilakukan pada pasien yang salah
 - Penanganan terlambat
2. Risiko Keselamatan Staf (Staff Safety)
 - Karyawan jatuh
 - Tertusuk jarum suntik atau benda tajam lain
 - Terpapar bahan kimia atau cairan tubuh pasien
 - Terpapar radiasi
 - Terpapar infeksi
 - Low back pain karena proses mengangkat yang tidak tepat

B. MANAJEMEN RISIKO/RISK MANAGEMENT

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit dan pengunjung. Upaya mengurangi risiko tersebut diantaranya adalah dengan :

- Prosedur identifikasi pasien, komunikasi dan prosedur keselamatan
- Prosedur penanganan tertusuk jarum suntik dan cairan tubuh pasien
- Penyediaan dan pemakaian alat pelindung diri termasuk apron
- Monitoring paparan radiasi baik personal monitoring maupun medical check up berkala bagi petugas radiologi
- Pelatihan BLS (Basic Life Support)

C. INFECTION CONTROL

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang di peroleh ketika seseorang dirawat di rumah sakit, infeksi nosokomial dapat terjadi setiap saat dan di setiap tempat rumah sakit. Untuk mencegah dan mengurangi kejadian infeksi nosokomial serta menekan angka infeksi ke tingkat serendah-rendahnya perlu adanya upaya pengendalian infeksi nosokomial. Pengendalian infeksi nosokomial bukan hanya tanggung jawab pimpinan rumah sakit pimpinan rumah sakit atau dokter/perawat saja tetapi tanggung jawab bersama dan melibatkan semua unsur/profesi yang ada di rumah sakit.

Instalasi radiologi menerapkan kebijakan dan prosedur pencegahan pengendalian infeksi sesuai dengan kebijakan rumah sakit, dengan selalu berkoordinasi dengan komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi rumah sakit. Yang merupakan sumber infeksi adalah :

- Tidak memperhatikan kebersihan
- Tidak memahami cara-cara penularan penyakit
- Tidak memperhatikan Teknik aseptik dan antiseptik
- Ventilasi/sirkulasi udara yang kurang baik

D. PENCEGAHAN

1. Petugas bekerja sesuai SOP untuk pelayanan radiologi
2. Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri)

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

A. KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

Dalam menerapkan kebijakan dan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja, instalasi radiologi disesuaikan dengan kebijakan rumah sakit, dengan selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit dan unit terkait lainnya. Keselamatan kerja merupakan sarana untuk mencegah kecelakaan kerja yang menimbulkan kerugian materi dan non materi.

B. TUJUAN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

- Mencegah dan mengurangi kecelakaan kerja
- Mencegah dan mengendalikan paparan radiasi
- Mencegah dan mengendalikan penyebaran dan timbulnya penyakit akibat kerja
- Membuat peralatan kerja lebih terpelihara

C. KAPASITAS KERJA DAN BEBAN KERJA

Kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja merupakan tiga komponen utama dalam kesehatan kerja, dimana hubungan interaktif dan serasi antara ketiga komponen tersebut akan menghasilkan kesehatan kerja yang optimal. Kondisi atau tingkat kesehatan kesehatan pekerja yang prima merupakan modal awal seseorang untuk mencapai produktifitas yang diharapkan.

Beban kerja meliputi fisik maupun mental. Akibat beban kerja yang terlalu berat atau kemampuan fisik yang terlalu lemah dapat mengakibatkan seorang pekerja menderita gangguan atau penyakit akibat kerja.

D. KLASIFIKASI KECELAKAAN KERJA

1. Menurut Jenis Kecelakaan

- Terpapar radiasi
- Terjatuh
- Tersandung
- Terbentur

2. Menurut Penyebab

- Penyebab alat radiasi seperti tersetrum listrik
- Penyebab lingkungan seperti pencahayaan kurang, kepanasan

3. Menurut jenis luka dan cideranya

- Akibat terkena radiasi jadi hitam
- Akibat terkena arus listrik jadi melepuh
- Akibat terbentur jadi tergores, patah tulang, keseleo, terkilir, nyeri

E. UPAYA PENCEGAHAN

Upaya pencegahan kecelakaan kerja di instalasi radiologi adalah :

- Desain ruangan, dibuat sesuai aturan yang berlaku dan memenuhi standar proteksi radiasi. Di pasang lampu merah petunjuk radiasi di setiap pintu ruang yan di dalamnya ada alat sinar-X
- Peralatan dipasang grounding untuk menghindari kesetrum listrik dan dilengkapi dengan cara menggunakan alat tersebut
- SDM diberikan petunjuk teknis dan SOP
- Untuk monitoring alat, dilakukan kalibrasi secara rutin setiap tahun
- Memberi kesempatan terhadap petugas radiologi untuk ikut pelatihan dan workshop yang mendukung pekerja

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

A. PENGERTIAN

Mutu pelayanan instalasi radiologi harus memiliki standar mutu yang jelas, artinya setiap pelayanan radiologi harus mempunyai indikator dan standar.

B. MONITORING MUTU

1. Data Monitoring

Monitoring dilakukan untuk memantau performa dan mutu pelayanan radiologi

2. Proses Monitoring

Selain pengumpulan data, monitoring dilakukan juga dengan cara melakukan pengawasan pelaksanaan SPO di lapangan oleh petugas radiologi

3. Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap :

a. Data hasil monitoring

- Data hasil monitoring dikumpulkan, disajikan dalam bentuk grafik, kemudian dibandingkan dari bulan ke bulan dan dari tahun ke tahun
- Data dibuat trend dan dilakukan analisa setiap 3 bulan sekali
- Data dibandingkan dengan standar atau nilai yang diharapkan dari setiap indikator/parameter yang diukur
- Analisa dilakukan untuk mencari penyebab dari penyimpangan yang ditemukan dari proses pengumpulan data

b. Hasil proses monitoring

Selain dilakukan analisa data indikator yang diukur, analisa juga dilakukan terhadap data subyektif hasil pengawasan (observasi) pelaksanaan SPO di lapangan. Adapun proses-proses yang esensial untuk dilakukan pengawasan di lapangan oleh penanggung jawab radiologi dan tim mutu radiologi :

- Proses proteksi radiasi
- Ketepatan waktu melaporkan hasil pemeriksaan untuk pasien gawat darurat
- Kualitas hasil pemeriksaan radiologi

Indikator mutu pelayanan radiologi di susun berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan no. 228/MENKES/SK/III/2002 Tentang Standar Pelayanan Minimal

No	Indikator SPM Radiologi	Target
1	Waktu tunggu foto thorax	< 3 Jam
2	Interpretasi foto thorax oleh dokter radiologi	100 %
3	Tingkat penolakan foto (reject film)	2 %
4	Tingkat kepuasan pasien	80 %

4. Insiden/Kejadian

Setiap insiden, terutama yang berhubungan dengan pelayanan radiologi, baik yang terkait dengan profesi medik maupun keperawatan, kepuasan pelanggan, maupun keselamatan pasien/staf dikumpulkan dan dicatat oleh Risk Register, kemudian dilakukan analisa insiden. Untuk kejadian atau insiden keselamatan baik pasien, pengunjung maupun staf, akan dilakukan grading oleh divisi mutu dan keselamatan pasien. Bila grading biru atau hijau, maka analisa dilakukan oleh kepala pelayanan radiologi dengan cara

investigasi sederhana. Hasil analisa tersebut berbuah pada kesimpulan/rekomendasi.

5. Program Kendali Mutu

Untuk menjaga mutu pelayanan (quality assurance), instalasi radiologi mengaturnya dalam program kendali mutu.dengan menetapkan indikator mutu sesuai hasil risk register dan berkoordinasi dengan divisi mutu dan keselamatan pasien

6. Continuous Improvement

Merupakan perumusan upaya-upaya perbaikan dari hasil analisis. Tujuannya adalah menyusun rencana atau program kerja dengan tujuan untuk memperbaiki performance/mutu yang diperoleh dari monitoring. Continuous improvement terdiri dari :

- Penyusunan program atau rencana kerja baru
- Revisi prosedur dan kebijakan, maupun penyusunan prosedur kebijakan baru
- Penambahan tenaga baik kuantitas (rekrutmen) maupun kualitas (training)
- Penambahan/penggantian medical equipment

BAB IX

PENUTUP

Pelayanan radiologi yang dilaksanakan di rumah sakit unhas hendaknya senantiasa sejalan dengan perkembangan di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan dan kedokteran. Selain itu, dalam rangka menyongsong era globalisasi dan menghadapi persaingan bebas, maka pelayanan radiologi rumah sakit unhas juga harus dipersiapkan secara profesional. Hal tersebut akan berdampak pada meningkatnya kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit unhas selanjutnya akan meningkatkan nilai jualnya.

Pelayanan radiologi merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan rumah sakit. Upaya peningkatan mutu radiologi berarti upaya peningkatan mutu rumah sakit. Namun suatu program mutu pelayanan tidak akan berarti bila tidak ada evaluasi secara baik. Parameter yang digunakan dalam evaluasi yaitu antara lain :

- Tersedianya fasilitas radiologi dalam keadaan baik dan standar
- Kepatuhan terhadap Standar Prosedur Optimal (SPO)
- Kecilnya angka penolakan dan pengulangan foto
- Tingginya kepercayaan pasien dan dokter pengirim
- Makin singkatnya respon time
- Makin meningkatnya kunjungan radiologi
- Makin menurunnya komplain terhadap pelayanan radiologi
- Makin meningkatnya jasa pelayanan/kesejahteraan staf radiologi

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

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 2 Januari 2023
RUMAH SAKIT UNHAS
DIREKTOR UTAMA



ANDI MUHAMMAD ICHSAN