

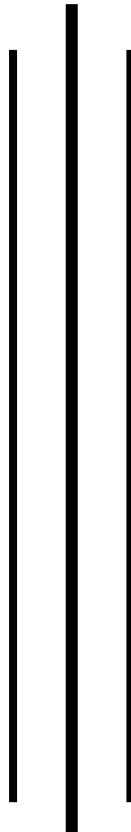
# **PEDOMAN PELAYANAN RADIOLOGI PENGKAJIAN PASIEN TAHUN 2022**



## **Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan**

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611  
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

**PEDOMAN PELAYANAN  
INSTALASI RADIOLOGI**



**RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
JLN. DR. A. RIVAI PAINAN**

**KATA PENGANTAR**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT Dr. MUHAMMAD ZEIN**  
**PAINAN**

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah Nya sehingga telah berhasil disusunnya buku Pedoman Instalasi Radiologi sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan radiologi di RSUD Dr.Muhammad Zein Painan. Dalam melaksanakan pelayanan radiologi di rumah sakit diperlukan sumber daya manusia yang kompeten, sarana dan prasarana yang memadai serta buku pedoman agar pelayanan radiologi yang dilaksanakan memenuhi standar yang telah ditetapkan.

Pelayanan Radiologi merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit yang saling menunjang dan tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan lainnya. Didalam pelaksanaannya pelayanan radiologi dirumah sakit memerlukan perhatian dan dukungan peraturan pimpinan rumah sakit. Kepala instalasi radiologi sebagai penanggung jawab agar menggunakan pedoman ini dalam meningkatkan pelayanan radiologi dirumah sakit sesuai dengan sumber daya yang dimiliki.

Sementara bagi tenaga kesehatan khususnya radiografer dengan mengacu ke buku pedoman ini akan meningkatkan mutu pelayanan radiologi rumah sakit yang berbasis kompetensi dalam peningkatan profesionalisme.

Painan, 03 Oktober 2022  
Direktur RSUD Dr. Muhammad  
Zein  
Painan



**HAREFA**

**“KAMI PEKERJA RADIASI  
DENGAN RADIASI KAMI MELAYANI,  
KESELAMATAN KAMI UTAMAKAN”**

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI.....	5
BAB I : PENDAHULUAN.....	6
A. Latar Belakang.....	6
B. Tujuan.....	7
C. Ruang Lingkup.....	7
D. Batasan Operasional.....	7
E. Landasan Hukum.....	7
 BAB II : STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT.....	8
BAB III : STRUKTUR ORGANISASI RADIOLOGI.....	9
BAB IV : STANDAR FASILITAS.....	18
BAB V : TATA LAKSANA PELAYANAN.....	21
BAB VI : LOGISTIK.....	28
BAB VII : MANAJEMEN RISIKO PELAYANAN.....	29
BAB VIII : KESELAMATAN KERJA.....	34
BAB IX : TATAKELOLA KENDALI.....	40
BAB X : PENUTUP.....	41

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Pelayanan Radiologi adalah Pelayanan medik yang menggunakan semua modalitas energi radiasi untuk diagnosis dan terapi termasuk teknik penentuan dan penggunaan energi radiasi dengan sinar X, radioaktif, ultrasonografi dan radiasi radio frekwensi elektro magnetik. Pelayanan radiologi diagnostik adalah pelayanan penunjang yang menggunakan radiasi pengion dan radiasi non pengion yang terdiri dari: Pelayanan radiodiagnostik menggunakan radiasi pengion: X-ray konvensional, CT scan dan mammografi. Pelayanan imejing diagnostik menggunakan radiasi non pengionan: MRI dan USG dan Pelayanan radiologi intervensional menggunakan radiasi pengion dan non pengion untuk diagnosis dan terapi: angiografi dan CT Scan.

Dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan radiologi khususnya radiologi diagnostik, RSUD Dr. Muhammad Zein Painan maka dibuat pedoman Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik. Instalasi Radiologi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Kabupaten Pesisir Selatan bertujuan membantu tercapainya visi dan misi rumah sakit dengan memberikan pelayanan radiologi prima yang bermutu, profesional, dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, dengan memperhatikan unsur bahaya radiasi, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, dan derajat sosial masyarakat sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara umum. Unit Radiologi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan merupakan bagian dari penunjang medik yang memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat yang membutuhkan. Ruang Radiologi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan terdiri dari: Ruang Administrasi, Ruang tunggu pasien, ruang pemeriksaan kamar 1, ruang pemeriksaan kamar 2, ruang rapat/ istirahat, Toilet Petugas dan pasien.

Pelayanan yang ada di radiologi RSUD Dr. M. Zein Painan diantaranya :

- 1) Pelayanan pemeriksaan konvensional
- 2) Pelayanan pemeriksaan dental.
- 3) Pelayanan pemeriksaan radiologi IGD 24 jam.

## **B. TUJUAN**

Memberikan Pelayanan Radiologi paripurna, bermutu, aman dan terjangkau, untuk semua Lapisan masyarakat, termasuk didalamnya pelayanan rutin dan pelayanan gawat darurat di Rumah sakit. Kesehatan jasmani dan rohani merupakan hak setiap orang, oleh karena itu rumah sakit berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat. Pelayanan radiologi Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam bidang Radiodiagnostik dan Radioterapi yang optimal, terjangkau dan aman terhadap kemungkinan bahaya radiasi terhadap petugas, pasien dan masyarakat umum.

## **C. RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup pedoman pelayanan radiologi mencakup seluruh fasilitas, pesawat sinar x, peralatan penunjang dan perlengkapan proteksi radiasi. Dan seluruh pelaksanaan pelayanan radiologi diagnostik dan intervensioanal yang dapat memenuhi harapan seluruh lapisan masyarakat yang efektif dan efisien.

## **D. BATASAN OPERASIONAL**

Dalam meningkatkan pelayanan radiologi pada pemeriksaan rontgen oleh radiografer, sedangkan pada pemeriksaan ultrasonografi ( USG ) dilakukan oleh dokter radiologi. Dengan berkembangnya waktu, radiologi diagnostik juga telah mengalami kemajuan yang cukup pesat, baik dari peralatan maupun metodenya. Dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan radiologi khususnya radiologi diagnostik, maka dibuat pedoman Instalasi Radiologi Diagnostik di Dr. Muhammad Zein Painan sebagai acuan bagi sarana pelayanan kesehatan dalam melakukan pelayanan radiologi diagnostik.

## **E. LANDASAN HUKUM**

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 tahun 1997 tentang ketenaganukliran (BAPETEN).
2. Undang –Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 375/MENKES/SK/III /2007 tentang Standar Profesi Radiografer.
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. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2020 Tentang Radiologi Klinik

#### **F. SEJARAH RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Rumah sakit didirikan pada tahun 1930 dengan nama rumah sakit pembantu yang dibangun oleh Pemerintah Kolonial Belanda. Mulai beroperasi pada tahun tersebut dengan beberapa orang tenaga perawat dengan memberikan pelayanan kepada masyarakat bagi penderita asma , TBC dan malaria, karena pada saat itu pada umumnya masyarakat pesisir selatan cenderung menderita penyakit tersebut . setelah Indonesia merdeka Rumah sakit ini diserahkan kepada Pemerintah Indonesia.

#### **VISI, MISI, DAN NILAI RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN**

##### **VISI**

Terwujudnya rumah sakit yang unggul, profesional dalam pelayanan dan pendidikan di Sumatra Barat

##### **MISI**

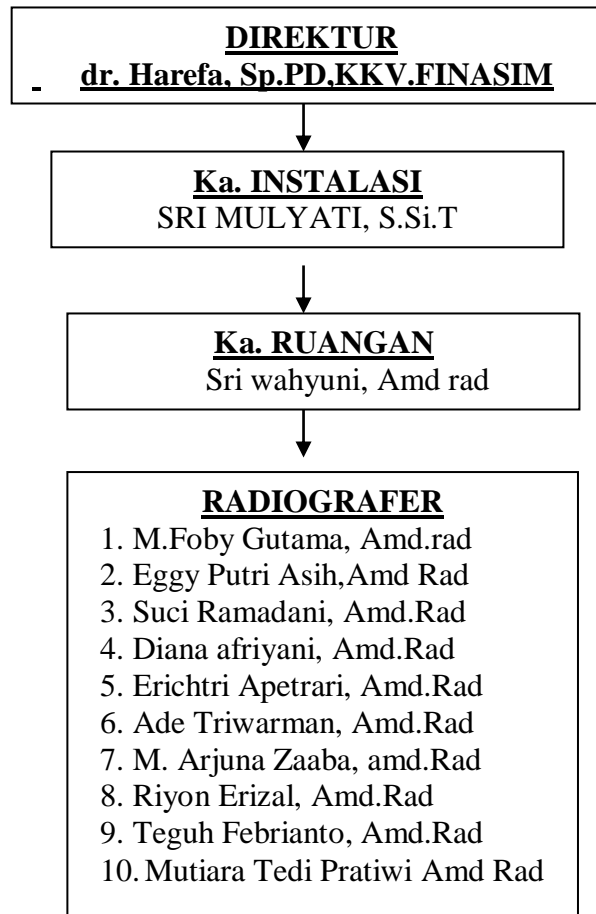
- a. Melaksanakan pengelolaan rumah sakit secara transparan dan akuntabel
- b. Memperluas cakupan dan memberikan layanan professional sesuai dengan standar
- c. Memenuhi tenaga sesuai dengan standar kompetensi
- d. Melengkapi sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar pelayanan dan pendidikan rumah sakit
- e. Mengembangkan kerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan



**BAB II**  
**STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
**DR. M. ZEIN PAINAN**

1. Struktur organisasi RSUD Dr. Muhammad zein Painan terdiri dari unsur pimpinan, pembantu pimpinan, pelaksana tugas pokok , dan unsur penunjang pelaksana tugas pokok
2. Susunan organisasi rumah sakit terdiri dari :
  - a. Dewan pengawas
  - b. Direktur
  - c. Bagian
  - d. Bidang
  - e. Sub bagian
  - f. Seksi
  - g. Satuan pemeriksa internal (SPI)
  - h. Komite – komite
  - i. Staff medik fungsional
  - j. Instalasi – instalasi
  - k. Kelompok jabatan fungsional
3. Bagian tata usaha terdiri dari :
  - a. Sub bagian umum , kepegawaian dan diklat
  - b. Sub bagian perencanaan keuangan dan pelaporan
4. Bidang pelayanan medis terdiri dari ;
  - a. Seksi pelayanan
  - b. Seksi keperawatan
5. Bidang penunjang medis terdiri dari :
  - a. Seksi penunjang teknis
  - b. Seksi peralatan
6. Bidang keuangan dan akuntansi terdiri dari :
  - a. Seksi pengelola keuangan
  - b. Seksi pembukuan dan akuntansi

**BAB III**  
**STRUKTUR ORGANISASI RADIOLOGI**  
**RSUD. DR. M. ZEIN PAINAN**



**A. VISI DAN MISI Radiologi**

**VISI**

" Menjadikan Radiologi RSUD Dr. M. Zein Painan sebagai tempat tujuan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau."

**MISI**

1. Memberikan pelayanan Radiologi yang memenuhi harapan (*service excellent*) kepada seluruh lapisan masyarakat secara efisien dan efektif
2. Mempersipkan pelayanan dengan SDM yang berkualitas dan ramah.

**B. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA**

Ketenaga kerjaan adalah segala hal yg berhubungan dg tenaga kerja pada waktu sebelum, selama dan sesudah masa kerja, setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan guna menghasilkan barang

dan/atau jasa baik untuk memenuhi kebutuhan sendiri maupun masyarakat. Tenaga kerja memiliki peranan dan kedudukan yang penting sebagai pelaku sekaligus tujuan Pembangunan, adanya peningkatan kualitas dan perlindungan tenaga kerja dan keluarganya sesuai harkat dan martabat manusia.

Standar Ketenagaan ditentukan berdasarkan

1. Jenis sarana kesehatan
2. Kemampuan / kompetensi
3. Beban kerja
4. Jumlah peralatan (pesawat)

#### **A. Distribusi Ketenagaan**

##### **1. Kepala Instalasi Radiologi**

Tugas dari Kepala Instalasi adalah:

- a) Mempelajari program Rumah Sakit, peraturan perundang-undangan dan kebijakan Radiologi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Kabupaten Pesisir Selatan
- b) Menyusun program kerja.
- c) Mengawasi pelayanan radiologi sesuai standar.
- d) Mengawasi pelaksanaan kegiatan pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging.
- e) Melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan radiologi.
- f) Mengkoordinasikan penyusunan prosedur kerja radiologi baik prosedur administrasi maupun prosedur teknis pelayanan radiologi.
- g) Membuat usulan kebutuhan fasilitas sarana dan prasarana medis / non medis pelayanan radiologi dan bahan habis pakai.

- h) Membuat usulan ketenagaan, pendidikan dan pelatihan, serta peningkatan mutu SDM.
- i) Menjamin berfungsinya peralatan radiologi dan diagnostik imaging.
- j) Mengupayakan kesejahteraan staf radiologi.
- k) Menciptakan suasana kerja yang menyenangkan.
- l) Bertanggung jawab langsung kepada direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Kabupaten Pesisir Selatan
- m) Bertanggung jawab kepada Kepala Ruang Instalasi Radiologi.
- n) Mengelola proses perijinan radiologi oleh BAPETEN.

## **2. Kepala Ruangan Radiologi**

Kepala ruangan Radiologi adalah seorang Radiografer.

Uraian Tugas :

- a) Mengawasi pelaksanaan kegiatan radiologi
- b) Mengkoordinir semua kegiatan radiologi sesuai tugas masing-masing anggotanya.
- c) Meminta laporan tugas yang diberikan tiap bulan pada stafnya
- d) Melaporkan setiap kegiatan radiologi tiap bulannya maupun setiap diminta oleh atasan
- e) Bertanggung jawab terhadap inventaris ruangan
- f) Membantu kepala instalasi dalam pembinaan dan pembagian tugas staf
- g) Mengatur jadwal dinas staf pada jam kerja dan diluar jam kerja
- h) Membuat laporan bulanan pelayanan
- i) Bertanggung jawab kepada kepala instalasi penunjang medik atas pelayanan Radiologi klinik

**3. Koordinator Radiodiagnostik**

Koordinator Radiodiagnostik adalah tenaga Radiografer

Uraian tugas :

- a) Menyiapkan ruang dan alat pemeriksaan sesuai tugas jaga.
- b) Melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan standar dan kewenangan radiografer.
- c) Melakukan evaluasi hasil rontgen yang telah dilakukan.
- d) Melaksanakan tugas jaga sesuai jadwal.
- e) Membuat laporan jaga secara tertulis sesuai jadwal, dan melakukan serah terima pergantian jaga dengan petugas jaga berikutnya.
- f) Melaksanakan pemeliharaan instrumen radiologi, baik instrumen pemeriksaan kontras, non kontras, maupun accessoris radiologi.
- g) Menjamin berfungsinya instrumen radiologi
- h) Melaksanakan pekerjaan klinis sesuai SPKK yang sudah didapatkan

**4. Koordinator PPR / Tenaga PPR**

Koordinator PPR adalah tenaga Radiografer yang mempunyai SIB

Uraian tugas:

- a) Mengurus izin alat atau pesawat radiologi pada BAPETEN
- b) Membuat Program Proteksi keselamatan radiasi
- c) Memastikan ketersediaan dan kelayakan dan perlengkapan Peralatan radiasi serta memantau pemakaiannya .
- d) Memberikan konsultasi yang berkaitan dengan proteksi dan keselamatan radiasi.
- e) Berpartisipasi dalam mendesain fasilitas radiologi.
- f) Memelihara rekaman serta menyiapkan laporan tertulis mengenai program proteksi dini keselamatan radiasi dan

verifikasi keselamatan yang diketahui okeh pemegang izin untuk dilaporkan pada BAPETEN

**5. Koordinator Administrasi**

Koordinator Administrasi adalah tenaga Administrasi

Uraian tugas :

- a) Mengkoordinir administrasi tata usaha Instalasi Radiologi.
- b) Menyusun prosedur administrasi pelayanan radiologi.
- c) Menyiapkan buku registrasi radiologi.
- d) Melaksanakan pendaftaran radiologi
- e) Melaksanakan kegiatan keuangan radiologi
- f) Melakukan pencatatan harian pasien dan kegiatan administrasi radiologi
- g) Membuat rencana kebutuhan bahan habis pakai, rumah tangga dan linen
- h) Melakukan pemeliharaan dan kebersihan serta kerapian ruang administrasi dan pendaftaran radiologi
- i) Mengelola dan menyusun kearsipan rekam medik radiologi
- j) Melakukan pengecekan dan pembukuan pemakaian film

**6. Pelaksana Radiologi**

**1. Dokter Spesialis Radiologi**

Uraian tugas :

- a. Mengevaluasi secara berkala SOP tindakan Medik Radiodiagnostik, Imejing diagnostik , Radiologi Intervensional serta melaksanakan evaluasi tindakan sesuai SOP
- b. Melaksanakan pemeriksaan bersama radiografer.
- c. Menyelesaikan informn consent pada proses pemeriksaan
- d. Melaksanakan pembacaan hasil pemeriksaan radiodiagnostik dan imeijing .diagnostik , radiologi intervensional
- e. Memberikan pelayanan konsultasi terhadap pemeriksaan yang akan dilaksanakan

- f. Menjamin pelaksanaan seluruh aspek keamanan radiasi pada pasien , menjamin paparan radiasi serendah mungkin.
- g. Meningkatkan kemampuan diri sendiri dalam perkembangan IPTEK Radiologi

## **2. Radiografer**

Uraian tugas :

- a. Melakukan kegiatan pemeriksaan radiodiagnostik di unit radiologi sentral, emergensi , meliputi kegiatan , mempersiapkan pasien obat-obatan, peralatan untuk pemeriksaan dan pembuatan foto.
- b. Mengoperasikan alat sesuai SOP, khusus pemeriksaan fluoroscopi dan zat kontras dikerjakan bersama dokter spesialis radiologi .
- c. Melakukan kegiatan processing film (kamar gelap/work station)
- d. Melakukan penjaminan dan kendali mutu.
- e. Memberikan proteksi terhadap pasien , diri sendiri serta masyarakat sekitar.
- f. Menerapkan teknik dan prosedur yang tepat untuk meminimalkan paparan radiasi yang diterima pasien sesuai kebutuhan .
- g. Merawat dan memelihara alat pemeriksaan radiologi secara rutin
- h. Meningkatkan kemampuan diri sendiri dalam perkembangan IPTEK Radiologi.

## **3. Pelaksana Administrasi**

Uraian tugas

- a. Menerima dan meneliti formulir permintaan pemeriksaan radiologi..
- b. Melakukan pencatatan dan pelaporan semua kegiatan pemeriksaan yang dilakukan di instalasi radiologi.
- c. Membuat laporan bulanan kegiatan instalasi Radiologi
- d. Membuat laporan bulanan bahan habis pakai
- e. Mencatat kebutuhan alat tulis kantor
- f. Memberikan hasil foto dan mengarsipkannya.

**B. PIMPINAN DAN STAF**

**a. Kriteria Kepala Instalasi**

- ✓ Pendidikan dari spesialis Radiologi
- ✓ Pengalaman kerja di rumah sakit sebagai staf ahli radiologi

**b. Kriteria Staf**

- ✓ Pendidikan DIII teknik radiologi dan radioterapi
- ✓ Memiliki Surat Tanda Registrasi
- ✓ Memiliki Surat izin Kerja

**c. Jumlah dan kualitas**

- ✓ DIII radiografer 11 orang
- ✓ 1 orang bertugas sebagai kepala ruangan
- ✓ 10 orang sebagai radiographer

<b>Nama</b>	<b>Jabatan / Tugas</b>
Sri Wahyuni Amd,Rad	Ka Ruangan
M. Foby Gutama, Amd.Rad	Radiografer
Eggy putrid asih, Amd.Rad	Radiografer
Suci Ramadani, Amd,Rad	Radiografer
Erichtri Apetrari Amd,Rad	Radiografer
Diana Afriyani, Amd.Rad	Radiografer
Mutiara Tedi Pratiwi, Amd.Rad	Radiografer
Ade Triwarman, Amd.Rad	Radiografer
Riyon Erizal, Amd.Rad	Radiografer
Teguh Febrianto, Amd.Rad	Radiografer
Muhammad Arjuna Zabaa', Amd.Rad	Radiografer

**C. PENGATURAN JAGA**

1. Pengaturan jadwal dinas radiografer dibuat dan dipertanggung jawabkan oleh Karu Radiologi.
2. Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu 1 bulan dan direalisasikan ke radiografer setiap bulan.



3. Untuk radiografer yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka radiografer tersebut dapat mengajukan jadwal permintaan dinas.
4. Jadwal dinas terdiri atas dinas pagi, dinas sore, dinas malam, libur dan cuti.
5. Apabila ada tenaga radiografer yang tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan, maka radiografer yang bersangkutan harus mencari tenaga radiografer pengganti dan memberitahu Karu.
6. Apabila ada tenaga radiografer yang tiba-tiba tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan maka Karu mencari radiografer pengganti.
7. Prosedur kerja Staf Instalasi Radiologi
  - a. Sesuai surat edaran Direktur RSUD Dr Muhammad Zein Painan Jam kerja pegawai sebagai berikut:

Jam dinas untuk jaga pagi sebagai berikut :

Senin – Jumat	: Pukul 07.30 WIB – 14.00 WIB
Sabtu	: Pukul 07.30 WIB – 14.00 WIB

Jam dinas untuk jaga sore dan malam sebagai berikut :

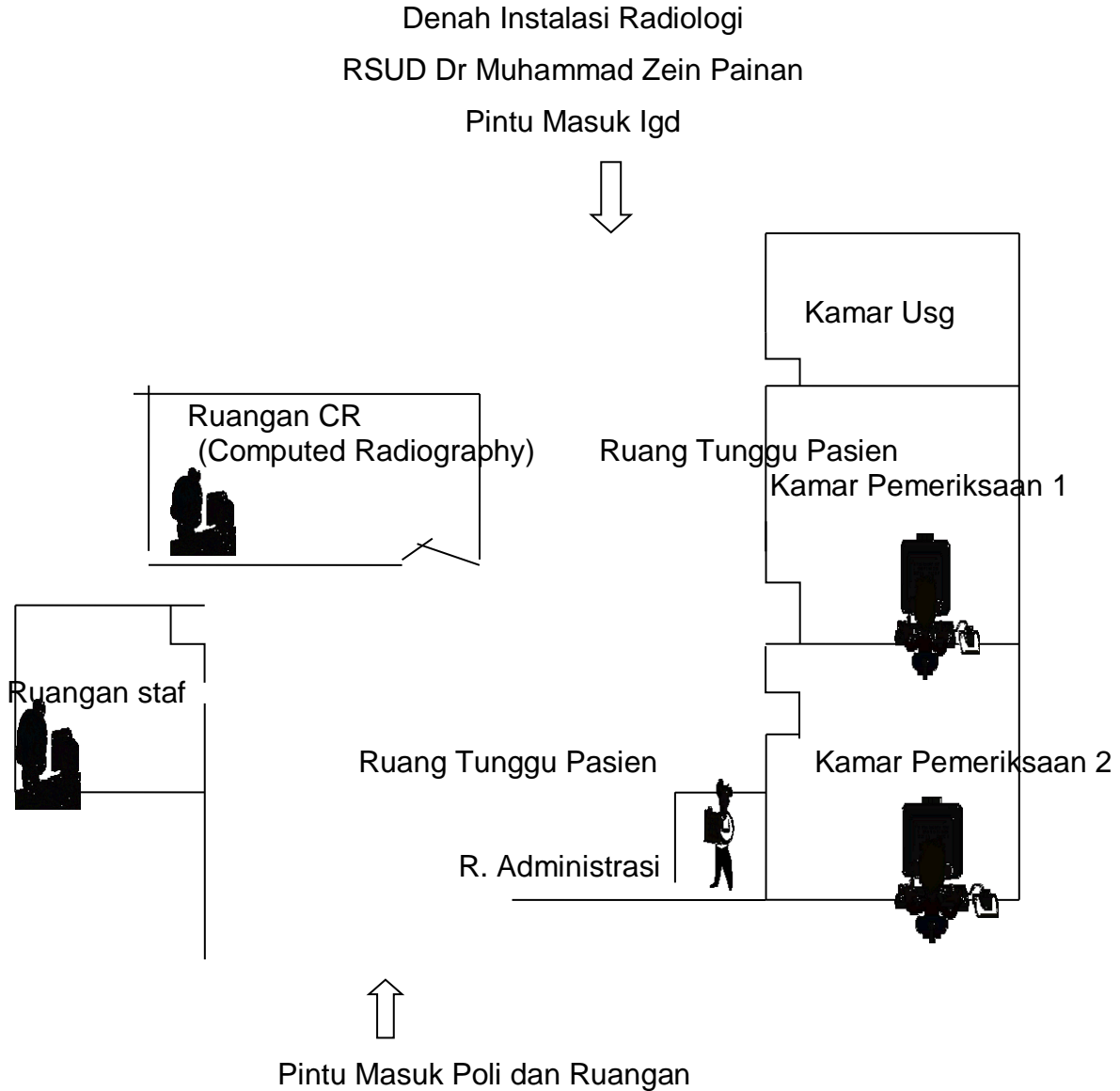
Sore	: Pukul 14.00 WIB – 20.00 WIB
Malam	: Pukul 20.00 WIB – 08.00 WIB

Jumlah tenaga radiografer untuk dinas jaga di radiologi IGD 24 jam :

Dinas Pagi	: 5 orang
Dinas Sore	: 2 orang
Dinas Malam	: 2 orang
  - b. Setelah apel pagi, pegawai sudah harus masuk ruangan pada pukul 08.00 wib dan menandatangani absen ruangan
  - c. Pegawai yang dinas sore / malam harus membuat laporan kunjungan pasien IGD, dan menjaga kebersihan dan ketertiban kamar dan kamar jaga radiologi.

## BAB IV STANDAR FASILITAS

### A. DENAH RUANGAN



### B. STANDAR FASILITAS

1. Ruangan
2. Ruangan loket pendaftaran dan pengambilan hasil
3. Ruang Tunggu Pasien
4. Ruang Petugas Instalasi

**DAFTAR INVENTARIS  
ALAT - ALAT RADIODIAGNOSTIK TAHUN 2022  
DI INSTALASI RADIOLOGI RSUD Dr MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Jenis alat	Merk type	Tahun penga daan	Sumber dana	No. seri pabrik	Keadaan	Jumlah Barang
1. General Purpose x-ray	shimadsu Matsuyama	2009		93919 700090976	Baik Baik	1 1
2. AVR				08	Baik	1
3. Meja rontgen	Chamg hong,	2017	BLUD		Baik	2
4. Ac	Aux,	2018	BLUD		Baik	1
	Sharp	2019	BLUD		Baik	1
5. Dental Phanoramic	Villa XM Shimadsu	2016 2009	APBD/DAK	27090435	Baik Baik	1 1
6. Mobile x-Ray	Siemens/polym	2021	APBD/DAK	503-48510	Baik	3
7. Mobile x-Ray	obile	2009		2155238	Baik	1
8. Tempat Tidur Petugas	Spring Bed	2009			Baik	1
9. Lemari					Baik	1
10. Tv+Digital		2017	BLUD		Baik	1
11. UPS	ICA				Baik	3
12. Apron	Coat Apron	2021	APBD/DAK		Baik	6
13. Pelindung Tiroid		2021	APBD/COVI		Baik	1
14. Pelindung Mata			D		Baik	1
15. Sarung Tangan		2017	APBD/COVI		Baik	1
16. USG	Philips		D		Baik	1
17. Transferring patient	MAK	2018 2019	APBD/DAK		Baik Baik	1 1
18. Film Viewer	Local	2013	BLUD		Baik	1
19. Meja ½ biro		2018	BLUD		Baik	1
20. Kursi putar	ICA	2014	APBD		Baik	1
21. UPS	Local	2015	BLUD		Baik	1

**LAMPIRAN SK DIREKTUR NO 800/ 35/RSUD-SK/X/2022**

22. Meja Komputer	HP	2015			Baik	1
23. Komputer	Codonics	2015			Baik	1
24. Printer Film	Medical 20	2016	Hibah		Baik	1
25. Scanner	Krisbow	2017			Baik	1
26. Dispenser tissue	Carestream Carestream /Dry	2021	BLUD APBD/DAK	SN400409 5	Baik	1
27. CR+Printer	View 5950		APBD/DAK	SN954727 7	Baik	1
					Baik	1
					Baik	3
28. Trolley	Pheonic	2020			Baik	1
Instrumen	Epson /L3110				Baik	1
29. Lemari film	Panasonic	2017	BLUD		Baik	1
30. Kursi petugas	Asus	2020			Baik	1
31. Printer		2019	BLUD		Baik	1
32. Iphone		2017	BLUD		Baik	1
33. Computer			BLUD			
34. Meja konter			BLUD			
35. Kipas angin						
36. Lemari arsip						

**BAB V**  
**TATA LAKSANA PELAYANAN**

**1. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR TATA KERJA DI RADIOLOGI**

- a. Pemeriksaan radiologi dilakukan berdasarkan permintaan Dokter, Pada setiap permintaan yang harus ditanda tangani oleh Dokter, harus di cantumkan diagnosa klinis, pemeriksaan fisik pasien dan hasil laboratorium bila perlu.
- b. Tanggung jawab dari hasil pemeriksaan ( expertaise ) Radiologi adalah Dokter Spesialis radiologi .
2. Penuntun prosedur teknik radiologi diberikan kepada radiografer operasi meliputi pemeriksaan CT Scan, Pemeriksaan dengan memakai bahan kontras media,Thorax Foto, kepala, Exstremitas,BNO,dll
3. Prosedur tetap administrasi meliputi :
  - a. Pendaftaran pasien umum rawat jalan dan rawat inap, dengan menunjukan surat perrmintaan dari dokter yang merawat / dokter ruangan
  - b. Pendaftaran pasien Askes Rawat jalan dan rawat inap, BPJS rawat inap dan rawat jalan Untuk pemeriksaan harus melengkapi SEP ( Surat Elegibilitas pasien ).
  - c. Pendaftaran Pasien Astek/ perusahaan lainnya dengan persyaratan yang telah ditentukan.
  - d. Pendaftaran pasien umum , askes dan BPJS dari IGD menunjukkan permintaan dokter IGD
  - e. Pembayaran pasien umum:
    - Setelah pasien mendaftar dan diberi nota tagihan, pasien membayar sesuai jenis pemeriksaan dan jenis fotonya diloket pembayaran RS dan diberi kwitansi
    - Pasien dilayani setelah melakukan pembayaran.
  - f. Pencatatan dan pengambilan hasil pemeriksaan
    - Setelah penyelesaian administrasi, pasien dilayani dan dicatat pada buku kunjungan pasien serta diberi label indentitas, nomor foto dan marker R/L
    - Setelah penyelesaian pemeriksaan hasil foto diserahkan kepada ruangan atau pasien

- g. Pelaporan kunjungan pasien dilakukan setiap awal bulan, demikian juga pemakaian bahan habis pakai.

**PENATA LAKSANAAN PASIEN  
MENDAPATKAN PELAYANAN RADIOLOGI  
RSUD Dr MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

1. Pasien rawat inap dilayani setiap hari kerja 24 jam
2. Pasien Rawat Jalan Poliklinik / Rujukan .
  - Petugas rontgen mengisi status rontgen sesuai dengan permintaan foto dari dokter dan membuat kwitansi sesuai perda.
  - Pembayaran kwitansi di loket pembayaran, setelah ada pembayaran yang sah dan setelah itu dilakukan pengambilan foto yang diminta.
  - Untuk pasien Askes dan BPJS dilakukan pemeriksaan foto rontgen setelah surat – surat lengkap menurut peraturan Askes.
  - Setelah pengambilan foto, lalu diproses di ruangan CR dengan kurun waktu  $\pm$  5 menit dan diberikan kepada pasien/keluarga pasien, jika pasien IGD langsung diantar ke IGD dan diberikan kepada perawat/ dokter jaga
  - Pembuatan rontgen foto pada pasien – pasien 24 jam, proses pemeriksaan pasien dilakukan  $\pm$  20 menit dalam satu pemeriksaan

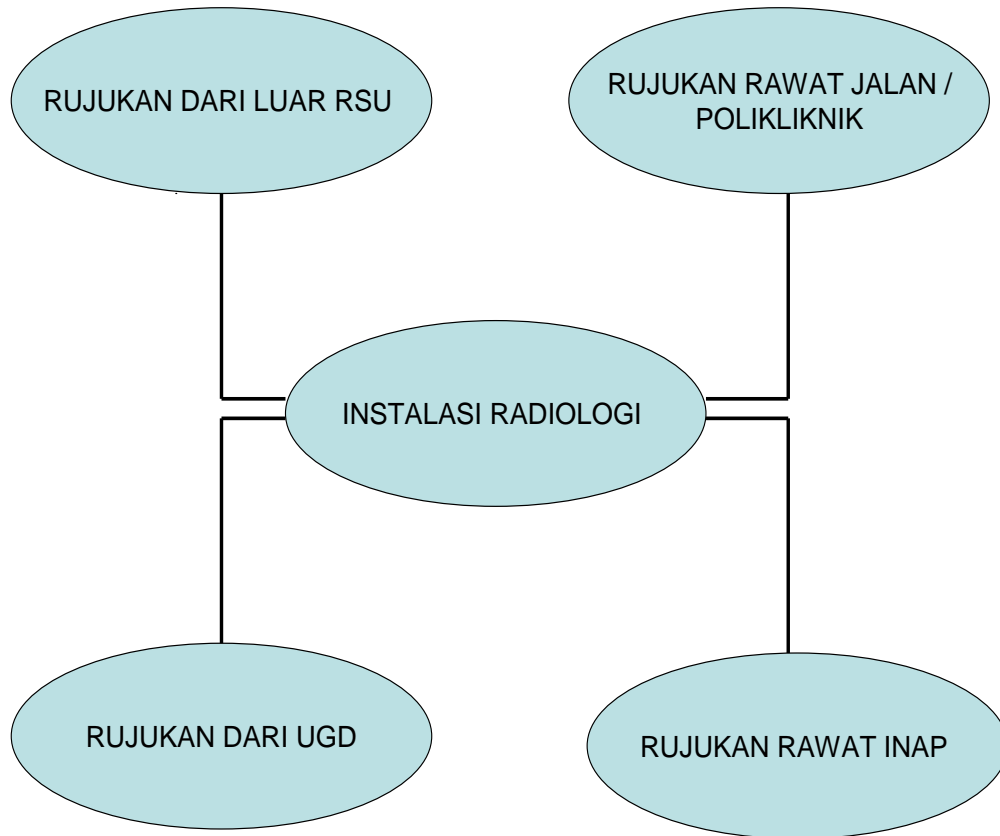
Waktu normal yang dibutuhkan untuk melakukan pemeriksaan radiologi mulai dari pendaftaran sampai ada hasil foto rontgen adalah :

NO	PEMERIKSAAN	WAKTU	SATUAN
1	Cranium Ap/Lat	20	Menit
2	Sinus Paranasal	20	Menit
3	Os Nassal	20	Menit
4	Orbita	20	Menit
5	TMJ	20	Menit
6	Mandibula	20	Menit

7	Mastoid	20	Menit
8	Vetebra Cervical	20	Menit
9	Vetebra Thorachal	20	Menit
10	Vetebra Thoracholumbal	20	Menit
11	Vetebra Lumbal	20	Menit
12	Vetebra Lumbalsacral	20	Menit
13	Sacrum/ Coocygeus	20	Menit
14	Clavicula	20	Menit
15	Scapula	20	Menit
16	Shoulder Joint	20	Menit
17	Humerus	20	Menit
18	Elbow Joint	20	Menit
19	Antebrachi	20	Menit
20	Wrist Joint	20	Menit
21	Manus	20	Menit
22	Pelvis	20	Menit
23	Hip Joint	20	Menit
24	Femur	20	Menit
25	Knee Joint	20	Menit
26	Crurus	20	Menit
27	Ankle Joint	20	Menit
28	Pedis	20	Menit
29	Thorax Ap/Lat	20	Menit
30	Abdomen	20	Menit
31	Abdomen 2 Posisi / 3 Posisi	45	Menit
32	Phanoramic	20	Menit

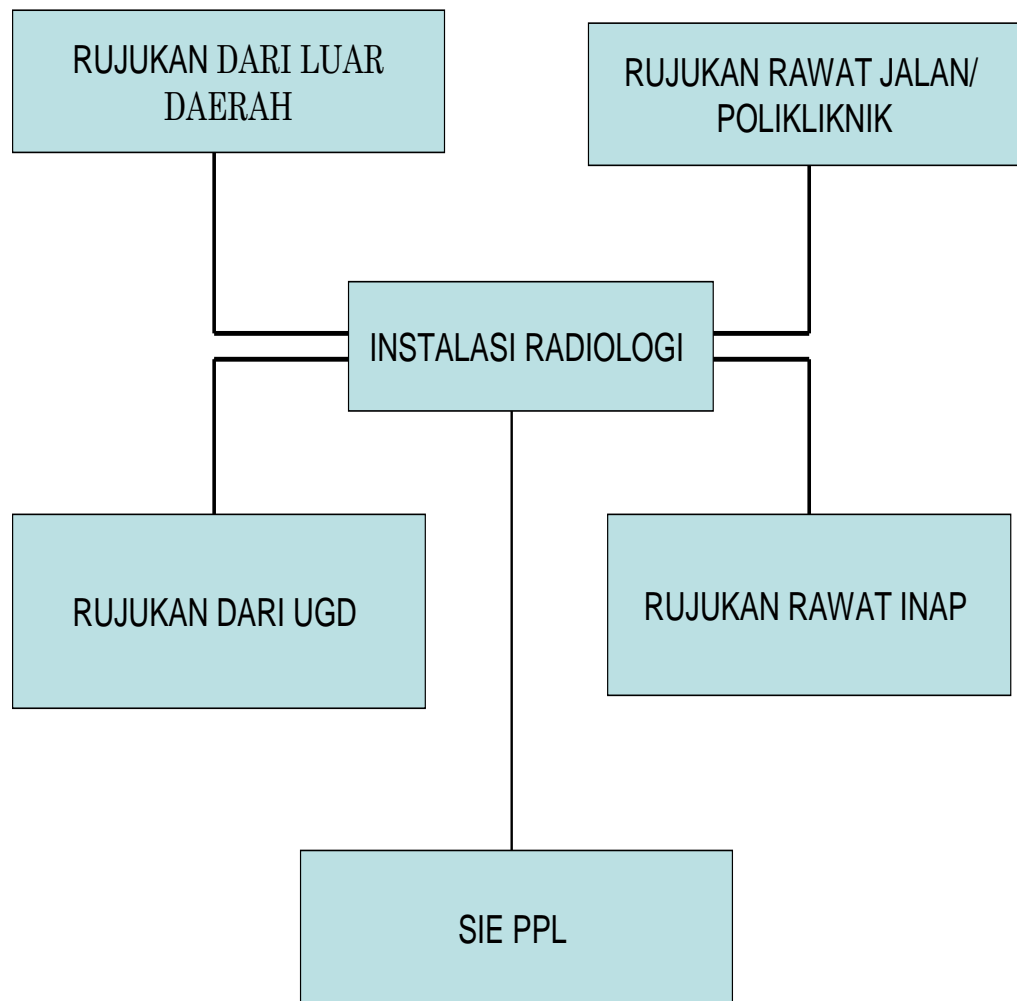
3. .

**ALUR PELAYANAN RUJUKAN PASIEN  
DI INSTALASI RADIOLOGI**

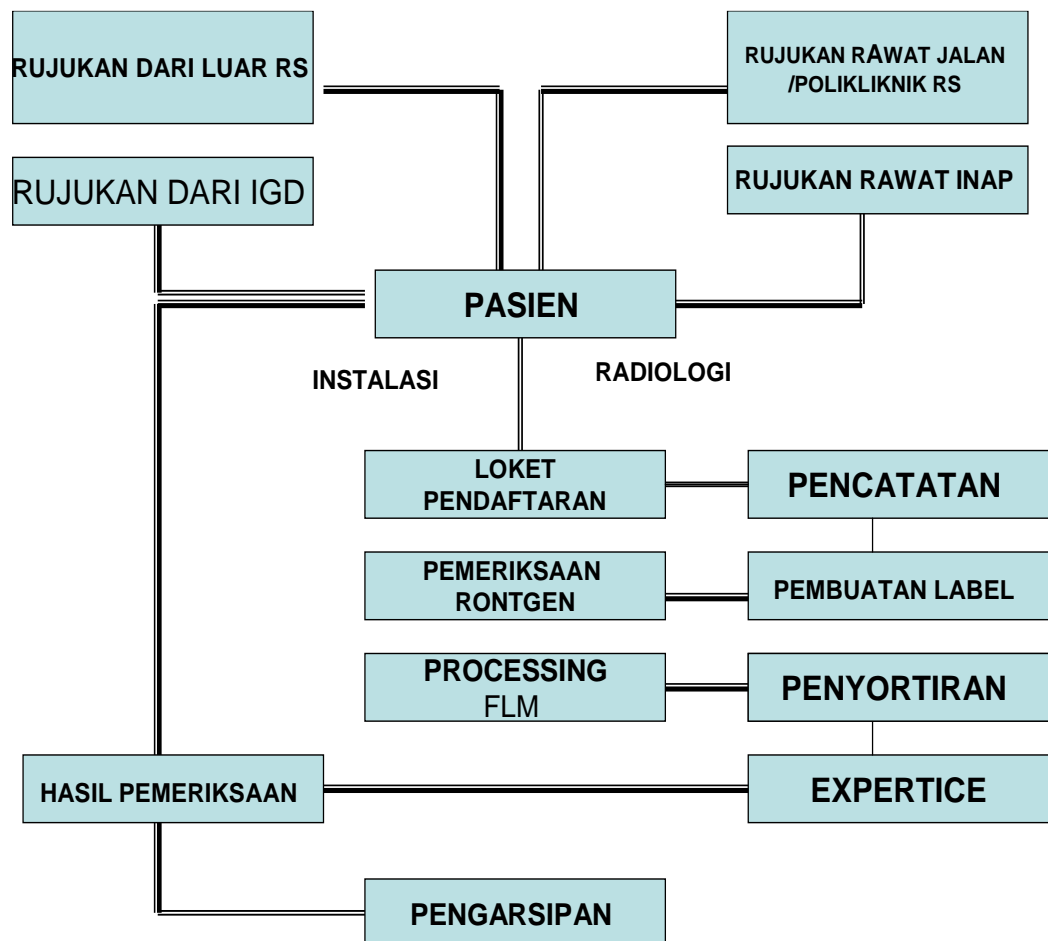




**ALUR PENCATATAN DAN PELAPORAN**

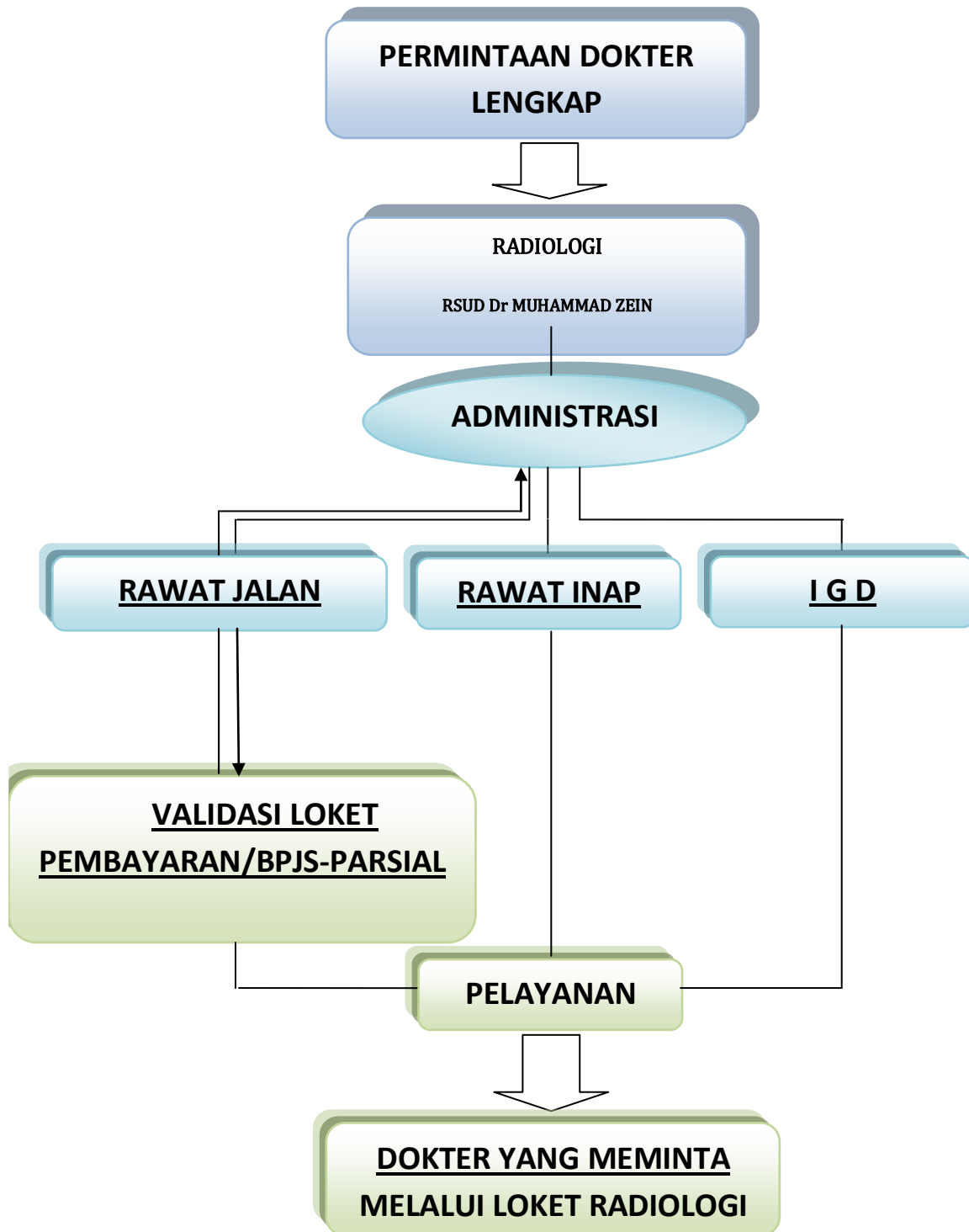


**ALUR PELAYANAN PASIEN DI INSTALASI RADIOLOGI  
RSUD Dr MUHAMMAD ZEIN PAINAN**



# ALUR PELAYANAN RADIOLOGI

RSUD Dr MUHAMMAD ZEIN PAINAN



**BAB VI**  
**LOGISTIK**

**A. PENGADAAN PERALATAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

1. Pengertian

Peralatan yang digunakan di radiologi untuk melakukan pemeriksaan.

2. Tujuan

Untuk melakukan kegiatan radiodiagnostik sesuai permintaan pemeriksaan.

3. Kebijakan

Tersedianya peralatan yang dibutuhkan untuk pemeriksaaan sesuai permintaan.

4. Prosedur

- a. Ka. Instalasi Radiologi membuat permohonan permintaan peralatan yang akan diadakan untuk tahun berikutnya.
- b. Permohonan permintaan peralatan tersebut diajukan ke Direktur rumah sakit.

**B. PENGADAAN BARANG HABIS PAKAI DI RADIOLOGI**

1. Pengertian

Bahan yang dibutuhkan untuk pemeriksaan radiologi.

2. Tujuan

Untuk memperlancar kegiatan di radiologi.

3. Kebijakan

Terpenuhiya bahan untuk pemeriksaan radiologi.

4. Prosedur

- a. Ka. Instalasi Radiologi membuat permohonan pengadaan barang habis pakai untuk kebutuhan 3 bulan.
- b. Permohonan tersebut ditujukan ke bagian farmasi .
- c. Barang yang datang diterima oleh gudang farmasi.
- d. Ka. Ruangan membuat permintaan kebutuhan 1 bulan yang diketahui oleh Ka. Instalasi, bagian penunjang medis dan gudang farmasi.
- e. Petugas gudang farmasi menyerahkan barang sesuai permintaan

## BAB VII

### MANAJEMEN RISIKO PELAYANAN

#### A. PENGERTIAN

Keselamatan dan keamanan pasien (*patient safety*) merupakan sebuah prioritas strategik, Dalam menetapkan capaian-capaian peningkatan yang terukur untuk *medication safety* sebagai target utamanya. Keselamatan pasien harus menjadi ruh dalam setiap pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Tuntutan akan keselamatan pasien harus direspons secara proaktif oleh semua pihak dan harus menjadi sebuah gerakan yang didasari pertimbangan moralitas dan etik. *Patient safety* harus jadi suatu gerakan menyeluruh dari semua pihak yang terkait dengan pelayanan kesehatan. Ini membutuhkan keterlibatan semua pihak, yaitu manajemen dan tenaga kesehatan. Keduanya harus menyadari pentingnya *patient safety*. Kalau hanya satu pihak akan sia-sia saja. Radiasi yang digunakan di Radiologi di samping bermanfaat untuk membantu menegakkan diagnosa, juga dapat menimbulkan bahaya bagi pekerja radiasi dan masyarakat umum atau pasien yang berada disekitar sumber radiasi tersebut. Besarnya bahaya radiasi ini ditentukan oleh besarnya radiasi, jarak dari sumber radiasi, dan ada tidaknya pelindung radiasi, dalam Radiologi dapat membantu mencegah kesalahan medis dan membantu meningkatkan keselamatan pasien.

#### B. TUJUAN

Tujuan dari keselamatan pasien di rumah sakit adalah:

1. Memahami pentingnya *patient safety* di rumah sakit dan mengembangkan budaya *safety* tersebut demi keamanan dan kenyamanan pasien dalam pemeriksaan rontgen.
2. Mengetahui penatalaksanaan, hambatan, serta harapan yang berkaitan dengan penatalaksanaan *Patient Safety*.
3. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit atau di radiologi.
4. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.

5. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
6. Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.

### **C. TATA LAKSANA KESELAMATAN PASIEN**

Setiap pemeriksaan dengan pesawat Sinar-X hanya diperlukan setelah memperhatikan kondisi pasien untuk menghindari paparan radiasi yang tidak perlu. Semua upaya agar dilakukan untuk menjaga dosis pasien sekecil mungkin yang dapat dicapai secara teknis, seperti penggunaan kombinasi screen film dengan efisiensi tinggi, ukuran medan radiasi minimum, waktu dan arus minimum serta pengalaman dalam adaptasi terhadap kegelapan.

Pemeriksaan radiologi pada perut bagian bawah dan pelvis wanita hamil harus diberikan hanya bila dianggap sangat diperlukan, dalam hal ini harus diusahakan agar janin menerima dosis radiasi sedikit mungkin. Dalam hal pemberian penyinaran jenis lain pada wanita hamil maka perut bagian bawah dan janin harus dilindungi dengan pelindung.

Mengingat pentingnya keselamatan pasien di rumah sakit dan tidak menutup kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pemeriksaan radiologi, maka perlu diatur pelaksanaan keselamatan pasien. Penatalaksanaan keselamatan pasien diatur dalam program keselamatan pasien yang dilakukan di Instalasi Radiologi mengacu kepada 6 sasaran keselamatan pasien yaitu :

1. Ketepatan identifikasi pasien
2. Peningkatan komunikasi yang efektif
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
6. Pengurangan risiko pasien jatuh

Untuk menyikapi 6 sasaran keselamatan pasien tersebut diatas Instalasi Radiologi RSUD Dr Muhammad Zein Painan menerapkannya sebagai berikut :

#### **1. Ketepatan Identifikasi:**

- a. Mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan. Pasien diidentifikasi minimal menggunakan 2 (dua) dari 3 (tiga) pengidentifikasi pasien yakni :
  - Nama lengkap (sesuai KTP / paspor / SIM)

- Tanggal lahir
  - Nomor Rekam Medis
  - b. Proses identifikasi pasien dilakukan mulai dari pendaftaran pemeriksaan radiologi, baik rawat inap maupun rawat jalan, pemanggilan pasien untuk melakukan foto rontgen, pemrosesan pencucian film, sampai pada penyerahan hasil foto rontgen.
  - c. Menanyakan secara verbal nama lengkap pasien , memperhatikan data pada gelang identitas pasien (pasien rawat inap) untuk mencocokkan identitas.
2. Meningkatkan komunikasi efektif dengan menggunakan metode SBAR
- a. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan menetapkan metode SBAR sebagai pola komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh penerima demi peningkatan keselamatan pasien dan berlaku untuk semua lini pelayanan.
  - b. Setiap petugas radiologi wajib melakukan komunikasi metode TBaK ( Tulis, Baca, Konfirmasi) dalam melaporkan hasil nilai kritis kepada DPJP pasien menggunakan buku pelaporan nilai kritis dan Read Back (ulang baca kembali).
3. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- a. Semua petugas harus melakukan kebersihan tangan pada 5 momen yang telah ditentukan :
    - Momen 1 : sebelum kontak dengan pasien.
    - Momen 2 : sebelum tindakan aseptis.
    - Momen 3 : setelah terkena cairan tubuh pasien.
    - Momen 4 : setelah kontak dengan pasien.
    - Momen 5 : setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.
  - b. Melakukan teknik kebersihan tangan yang baik dan benar sesuai dengan prosedur kebersihan tangan yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit.
  - c. Melakukan kebersihan tangan sesuai dengan jenis menurut area dan tindakan yang dilakukan yaitu:
    - Kebersihan tangan dengan air mengalir dan sabun di ruang istirahat petugas, ruang administrasi.

- Kebersihan tangan dengan air mengalir dan sabun antiseptik chlorhexidine 2% di ruang pemeriksaan.
  - Kebersihan tangan dengan berbahan dasar alkohol (handrub) pada saat melakukan sebelum expose.
  - Lakukan kebersihan tangan dan ganti sarung tangan setiap kali melakukan tindakan pemeriksaan khusus dan melakukan pemeriksaan radiologi dengan pemakaian kontras .
4. Kewaspadaan Bersama Pencegahan pasien Jatuh
- a. Kenali dan tanggap terhadap pasien dengan kondisi lemah, cara berjalan yang tidak aman (goyah) dan memakai alat bantu jalan (kursi roda, tongkat, walker)
  - b. Waspada risiko jatuh pada pasien yang memakai gelang kuning.
  - c. Bantu pasien dengan gangguan keseimbangan dan lemah.
  - d. Upayakan pasien tidak berdiri lama saat menerima pelayanan (anjurkan pasien untuk duduk atau sediakan tempat duduk saat menunggu pelayanan diberikan).
  - e. Bantu pasien supaya aman saat berpindah dari kursi roda/brankar ke tempat tidur dan sebaliknya.
  - f. Pastikan rem pada tempat tidur, brankar, dan kursi roda berfungsi dan terkunci.
  - g. Tutup pagar pengaman dan anjurkan keluarga mendampingi pasien
  - h. Bila pasien berada di ruang rawat inap, pastikan bel pasien mudah dijangkau oleh pasien
  - i. Laporkan/bersihkan dengan segera genangan air dilantai
  - j. Jaga lingkungan rapi dan tidak menghalangi jalan pasien.
  - k. Laporkan/perbaiki dengan segera bila ada kerusakan (contoh: lampu kamar/kamar mandi redup atau mati, rem pada kursi roda/bed sudah aus/tidak layak, pipa bocor/menetes sehingga menyebabkan lantai tergenang air dan licin, dsb).
5. Pelaporan pada *patient safety*
- a. Mencatat semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Sentinel) pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit.



- b. Melaporkan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Sentinel) kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit 1 kali 24 jam
- c. Mengevaluasi semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Sentinel) secara berkala.

## BAB VIII

### KESELAMATAN KERJA

#### A. PENGERTIAN

Keselamatan (*safety*) mempunyai arti keadaan terbebas dari celaka (*accident*) ataupun hampir celaka (*incident* atau *near miss*). Kesehatan (*health*) menurut undang-undang No. 23 tahun 1992 adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang untuk hidup secara sosial dan ekonomis. Sedangkan kerja (*occupation*) berarti kegiatan atau usaha untuk mencapai tujuan. Menurut OSHA (2003), kesehatan dan keselamatan kerja (K3) merupakan multi disiplin ilmu yang terfokus pada penerapan prinsip ilmiah dalam memahami adanya resiko yang mempengaruhi kesehatan dan keselamatan manusia dalam lingkungan industri maupun diluar industri.

#### B. TUJUAN

Keselamatan kerja bertujuan untuk Mengetahui kegunaan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja Instalasi Radiologi. Kesehatan dan keselamatan kerja (K3) radiologi merupakan bagian dari pengelolaan radiologi secara keseluruhan. Pemanfaatan sinar-X diagnostik meliputi disain ruangan, pemasangan dan pengoperasian setiap pesawat Sinar-X sesuai dengan spesifikasi keselamatan alat, perlengkapan proteksi radiasi, keselamatan operasional, proteksi pasien.

#### C. TATA LAKSANA KESELAMATAN KERJA

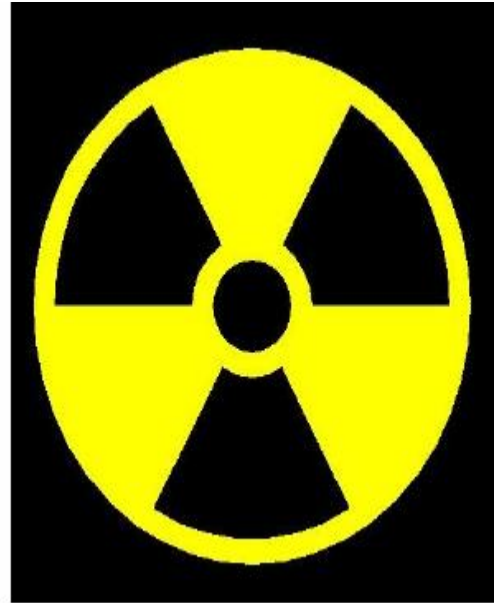
##### 1. Keselamatan Kerja

Pengamanan kerja di radiologi pada dasarnya menjadi tanggung jawab setiap petugas terutama yang berhubungan langsung dengan proses kegiatan radiodiagnostik.

Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) Rumah Sakit sebagai penanggung jawab tertinggi menunjuk seorang petugas radiologi untuk mengkoordinir pelaksanaan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di radiologi dan memberi laporan kegiatan ke Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) pada akhir pelaksanaan kegiatan. Untuk mengoptimalkan pelaksanaan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di

Instalasi radiologi, dibentuk satu tim fungsional yang akan memantau, mengevaluasi dan melaporkan kegiatan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Instalasi radiologi. Petugas atau tim K3 radiologi mempunyai kewajiban merencanakan dan memantau pelaksanaan K3 yang telah dilakukan oleh setiap petugas radiologi mencakup

- a. Dilakukan pengujian pesawat sinar-x dan CT Scan / kalibrasi setiap satu tahunsekali
- b. Pesawat Sinar-X dalam kondisi yang baik dan dirawat dengan program jaminan kualitas.
- c. Ruangan 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 disekitar ruangan pesawat Sinar-X.
- d. Ruang operator terdapat tabir Pb dan dilengkapi dengan kaca intip dari Pb sehingga dapat melindungi operator dari radiasi bocor dan hamburan.
- e. Pintu ruang pesawat Sinar-X terdapat penahan radiasi yang cukup sehingga terproteksi dengan baik.
- f. 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 :  
" AWAS SINAR-X



- g. Pintu ruang pesawat Sinar-X terdapat penahan radiasi yang cukup sehingga terproteksi dengan baik.
- h. Apron pelindung yang mempunyai ketebalan minimum yang setara dengan 0,25mm Pb dengan ukuran yang cukup pada bagian badan dan gonad untuk pemakain dari radiasi langsung.
- i. Terdapat fasilitas untuk imobilisasi pasien, untuk mengurangi pergerakan pasien pada saat pemeriksaan dengan Sinar-X
- j. Tersedia peralatan untuk mencegah atau mengendalikan bahaya konvensional seperti kebakaran, banjir, dan kedaruratan yang berkaitan dengan listrik.
- k. Arah berkas utama dari pesawat Sinar-X tidak diarahkan ke panel kontrol.
- l. 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.
- m. Usaha yang dilakukan dalam melaksanakan penyinaran Sinar-X sedemikian rupa sehingga diperoleh hasil yang baik dengan paparan minimum pada pasien atau petugas.
- n. Selama penyinaran, tidak seorangpun kecuali petugas yang berhubungan dan pasien berada dalam ruang penyinaran.
- o. Pesawat Sinar-X dilarang dioperasikan oleh petugas yang tidak berwenang.

- p. 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

Prinsip dasar proteksi radiasi yang diterapkan yaitu pengaturan waktu dimana seorang pekerja radiasi yang berada di dalam medan radiasi akan menerima dosis radiasi yang besarnya sebanding dengan lamanya pekerja tersebut berada di dalam medan radiasi, pengaturan jarak ( Paparan radiasi berkurang dengan bertambahnya jarak dari sumber radiasi ), dan Penggunaan perisai radiasi untuk penanganan sumber-sumber radiasi dengan aktifitas sangat tinggi.

Setiap kegiatan yang mengakibatkan paparan radiasi hanya boleh dilaksanakan setelah dilakukan pengkajian yang mendalam dan manfaatnya lebih besar dibandingkan dengan kerugiannya, paparan radiasi dari suatu kegiatan harus ditekan serendah mungkin, dan dosis radiasi yang diterima oleh seseorang dalam menjalankan suatu kegiatan tidak boleh melebihi nilai batas yang telah ditetapkan oleh instansi yang berwenang.

## **2. Kesehatan Petugas Radiologi**

Keadaan kesehatan petugas radiologi memenuhi standar kesehatan yang telah ditentukan di radiologi sesuai dengan peraturan dan ketetapan yang sudah ditetapkan oleh Rumah Sakit. Untuk menjamin kesehatan para petugas radiologi dilakukan pemeriksaan kesehatan berkala yang diatur oleh komite kesehatan dan keselamatan kerja (K3) Rumah Sakit.

## **3. Proteksi Radiasi**

Proteksi radiasi merupakan cabang ilmu pengetahuan atau teknik yang mempelajari masalah kesehatan manusia maupun lingkungan dan berkaitan dengan pemberian perlindungan pada seseorang atau sekelompok orang ataupun kepada keturunannya terhadap kemungkinan yang merugikan kesehatan akibat adanya paparan

radiasi. Tujuan proteksi radiasi adalah untuk mencegah terjadinya efek deterministik yang membahayakan dan mengurangi peluang terjadinya efek stokastik.

Selain itu proteksi radiasi bertujuan melindungi para pekerja radiasi serta masyarakat umum dari bahaya radiasi yang ditimbulkan akibat penggunaan zat radioaktif atau sumber radiasi lain.

Prinsip dasar proteksi radiasi yang diterapkan yaitu pengaturan waktu dimana seorang pekerja radiasi yang berada di dalam medan radiasi akan menerima dosis radiasi yang besarnya sebanding dengan lamanya pekerja tersebut berada di dalam medan radiasi, pengaturan jarak ( Paparan radiasi berkurang dengan bertambahnya jarak dari sumber radiasi ), dan Penggunaan perisai radiasi untuk penanganan sumber-sumber radiasi dengan aktifitas sangat tinggi. Setiap kegiatan yang mengakibatkan paparan radiasi hanya boleh dilaksanakan setelah dilakukan pengkajian yang mendalam dan manfaatnya lebih besar dibandingkan dengan kerugiannya, paparan radiasi dari suatu kegiatan harus ditekan serendah mungkin, dan dosis radiasi yang diterima oleh seseorang dalam menjalankan suatu kegiatan tidak boleh melebihi nilai batas yang telah ditetapkan oleh instansi yang berwenang.

Upaya Proteksi Radiasi Terhadap Pasien, Petugas dan Masyarakat Umum:

- a. Pemeriksaan dengan sinar-X hanya dilakukan atas permintaan dokter.
- b. Pemakaian perisai maksimum pada sinar primer
- c. Pemakaian teknik kV tinggi.
- d. Jarak fokus ke pasien tidak boleh terlalu dekat.
- e. Daerah yang disinari harus sekecil mungkin,
- f. Organ reproduksi dilindungi sebisanya.
- g. Pasien yang hamil, terutama trimester pertama tidak boleh diperiksa secara radiologis.
- h. Selama penyinaran berlangsung, petugas berdiri di belakang penahan radiasi.
- i. Sedapat mungkin petugas tidak berada dalam kamar pesawat sinar-X pada waktu dilaksanakan radiografi.
- j. Pintu berpenahan radiasi timbal selalu ditutup selama dilakukan penyinaran.

- k. Selama penyinaran berlangsung, , setiap orang termasuk perawat yang menyertainya harus berlindung di balik penahan radiasi.

**BAB IX**  
**TATAKELOLA KENDALI MUTU**

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, penyelenggaraan pelayanan radiologi, hasil penyelenggaraan pelayanan dan perbaikan sarana yang dilaksanakan secara intern dan rutin melalui rapat intern radiologi

Program Peningkatan Mutu adalah cakupan keseluruhan Program manajemen yang di terapkan untuk menjamin keprimaan mutu pelayanan kesehatan melalui suatu kegiatan secara sistematis yang bertujuan untuk menjamin terlaksananya pelayanan radiologi yang prima sesuai standar, dapat memberikan informasi diagnostik yang tepat, dengan dosis radiasi yang serendah-rendahnya dan biaya yang sekecil-kecilnya.

Pelaksanaan dari program peningkatan mutu adalah tim yang dibentuk oleh instalasi radiologi dan disahkan oleh direktur. Penyusunan tim melibatkan staf instalasi radiologi.

Pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu mencakup :

- a. Program peningkatan mutu berfokus pada standar input (SDM, peralatan, ruangan, bahan habis pakai dan lain-lain).
- b. Program peningkatan mutu berfokus pada proses, yaitu pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan.
- c. Program peningkatan mutu berfokus pada output, yaitu evaluasi terhadap hasil-hasil yang sudah dilaksanakan (hasil radiograf, hasil bacaan, reject analisis,kepuasan pasien dan lain-lain).



**BAB X**  
**PENUTUP**

Pelayanan radiologi diagnostik merupakan bagian dari salah satu meningkatkan mutu pelayanan dalam suatu Rumah Sakit untuk mewujudkan kepuasan pelanggan, memberikan tanggung jawab kepada setiap orang, dan melakukan perbaikan berkesinambungan. Dalam upaya mencapai pelayanan radiologi yang bermutu dan aman selain dilakukan pelayanan-pelayanan untuk pasien juga perlu untuk petugas antara lain penampilan fisik yang prima seperti pakaian seragam, kebersihan diri, kerapian, cara senyum, cara berjalan, cara bertutur kata, penggunaan dan kepekaan terhadap bahasa tubuh, Delivery of services yang prima seperti kerelaan untuk melayani, kepedulian, kecepatan memberi respons dalam pelayanan, kesediaan untuk membantu klien, percaya diri, dan kesabaran, profesional dalam menyampaikan pelayanan, ketaatan pada prosedur, serta meningkatkan produktivitas dan hasil kerja yang prima.

Dalam penyelenggaraan pelayanan radiologi diagnostik untuk sarana pelayanan kesehatan yang bermutu, maka diperlukan pedoman pelayanan radiologi yang dapat dipakai sebagai acuan dan sarana pelayanan kesehatan khususnya diinstalasi radiologi

Akhir kata, semoga Pedoman Instalasi Radiologi ini dapat bermanfaat bagi para pembaca sekalian dan kami ucapkan terima kasih.

**Painan, 03 Oktober 2022**

**Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein**

**Painan**



**HAREFA**