



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN

MRI VERTEBRA LUMBAL

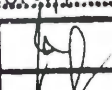
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	P.40/RAD/II/2017	00	2/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 19 Januari 2017	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang <u>Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001	
		<p>b. Mengatur pasien di meja pemeriksaan dengan meletakkan punggung di Flexible QD Coil (M/L), atur badan pasien pada posisi supine sedemikian rupa sehingga laser beam lamp jatuh tepat ditengah garis mid line Vertebrae Lumbal 3 / SIAS.</p> <p>c. Pada menu pilih protocol Spine Lumbal rutin yang terdiri dari series potongan.</p> <p>d. Three plane scanogram dengan sequence 2D Fast spin echo single shot, keluar gambar scanogram lalu buat</p> <ul style="list-style-type: none">• Potongan Sag T2• Potongan Sag T1• Potongan Axial T1• Potongan Axial T2• Potongan MYELO. <p>e. Klik Open Exam Window</p> <p>f. Tunggu hingga proses scanning selesai.</p> <p>g. Print gambar dengan klik review pada series di protokol property.</p> <p>h. Klik ganda gambar yang ingin di print pada lajur out put series.</p> <p>i. Perhatikan gambar yang dipilih akan masuk pada kolom review window.</p> <p>j. Klik film window tepi kanan atas pada series gambar.</p> <p>k. Masukkan gambar scanogram dan gambar irisan.</p> <p>l. Klik Print</p> <p>m. Berikan ekspertise oleh dokter spesialis radiologi.</p>	
UNIT TERKAIT	1. IGD, Poli Umum, Poli Spesialis, Bangsal. 2. Dokter praktek, RS.Swasta, Puskesmas.		
TANGGUNG JAWAB	Kepala. instalasi Radiologi.		



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN

MRI SHOULDER

	No. Dokumen P.41/RAD/II/2017	No. Revisi 00	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 19 Januari 2017	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001	
PENGERTIAN	Pemeriksaan MRI shoulder adalah pemeriksaan otak yang menggunakan medan magnet untuk menghasilkan gambaran radiografi dengan cara memotong per slice pada organ shoulder yang diperiksa.		
TUJUAN	Untuk memperlihatkan gambaran kelainan patologis & anatomi di daerah shoulder.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pemeriksaan MRI shoulder adalah radiografer, pelaksana ekspertise adalah dokter spesialis radiologi. 2. Lakukan pemeriksaan di ruang radiologi. 3. Lakukan pemeriksaan bila ada permintaan dari dokter. 4. Persiapan pasien : <ul style="list-style-type: none"> • Buat perjanjian di bagian administrasi radiologi. • Pasien dipersilakan memakai baju yang telah disiapkan di ruang ganti baju. • Memberikan penjelasan sebelum pemeriksaan di mulai. • Semua benda berlogam (ferromagnetic) dilepas. 5 Langkah-langkah : <ol style="list-style-type: none"> a. Masukkan data pasien di NEW PATIENT protokol. 		

Inst. Radiologi	
Wadir	



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN
MRI SHOULDER

No. Dokumen
P.41/RAD/II/2017


No. Revisi
00

Halaman
2/2

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tgl Terbit :
19 Januari 2017

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001

- b. Mengatur pasien di meja pemeriksaan dengan meletakkan bahu di Neck Coil, atur badan pasien supine sedemikain rupa sehingga laser beam lamp jatuh ditengah garis mid line sendi bahu yang diperiksa
- c. Pada menu pilih protocol shoulder rutin yang terdiri dari series potongan.
- d. Three plane scanogram dengan sequence 2D Fast spin echo single shot, keluar gambar scanogram lalu buat
 - Potongan Coronal PD FatSat
 - Potongan Coronal T2
 - Potongan Coronal PD
 - Potongan Sagital PD FatSat
 - Potongan Sag T2
- e. Klik Open Exam Window
- f. Tunggu hingga proses scanning selesai.
- g. Print gambar dengan klik review pada series di protokol property.
- h. Klik ganda gambar yang ingin di print pada lajur out put series.
- i. Perhatikan gambar yang dipilih akan masuk pada kolom review window.
- j. Klik film window tepi kanan atas pada series gambar.
- k. Masukkan gambar scanogram dan gambar irisan.
- l. Klik Print
- m. Berikan ekspertise oleh dokter spesialis radiologi.

UNIT TERKAIT

1. IGD, Poli Umum, Poli Spesialis, bangsal.
2. Dokter praktek, RS.Swasta, Puskesmas.


TANGGUNG JAWAB



Kepala. instalasi Radiologi.



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN

MAMMOGRAFI


	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	P.42/RAD/II/2017	00	1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 19 Januari 2017	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes NIP 19620524 198901 1 001	
PENGERTIAN	Pemeriksaan mammografi adalah pemeriksaan payudara menggunakan sinar-X untuk menghasilkan gambaran radiografi pada organ payudara yang diperiksa.		
TUJUAN	Untuk memperlihatkan gambaran kelainan patologis & anatomi di daerah payudara.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pemeriksaan mammografi adalah radiographer diutamakan radiografer perempuan, pelaksana ekspertise adalah dokter spesialis radiologi. 2. Lakukan pemeriksaan di ruang radiologi. 3. Lakukan pemeriksaan bila ada permintaan dari dokter. 4 Langkah-langkah : Pada monitor komputer. <ol style="list-style-type: none"> a. Register nama pasien ke Examination Task Card dengan data yang dibutuhkan. 		

Inst. Radiologi	
Wadit	
Ka. Inst	



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN

MAMMOGRAFI


	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	P.42/RAD/II/2017	00	2/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 19 Januari 2017	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes NIP 19620524 198901 1 001	
	<p>b. Cek preset exposure parameter (gunakan pemilihan faktor eksposi secara manual, AEC atau Opdose sesuai dengan kebutuhan).</p> <p>Pada X ray stand.</p> <ol style="list-style-type: none">Pasang compression plate sesuai dengan pemeriksaan yang diinginkan.Pasang face shield.Atur swivel arm ke angle projection yang diinginkan.Atur tinggi swivel arm sesuai dengan yang diinginkan.Posisikan breast yang akan diperiksa di object table sesuai dengan view yang dipilih pada workstation.Atur compression control dengan menggunakan compression control atau footswitch.Pastikan breast terkompresi dengan baik. Dengan menggunakan lampu kolimasi, pastikan tidak ada bagian kulit yang terlipat selama kompresi.Nipple harus terlihat dengan baik.Pastikan hanya breast yang ingin diperiksa yang berada dalam lapangan radiasi.Cek parameter eksposi (Apabila menggunakan magnification table, sistem akan otomatis mengubah fokus dari besar ke kecil).Lakukan eksposi. Pada saat melakukan eksposi, tekan dan tahan tombol eksposi selama beberapa saat sampai proses eksposi selesai.Pastikan breast telah lepas dari kompresi & dekompresi) secepat mungkin setelah eksposi selesai.Cek image qualityApabila ingin mengulang eksposi, disable exposure terlebih dahulukemudian klik kanan pada gambar yang ingin diulang dan pilih menurepeat. Isi alasan pengulangan untuk di record dan klik dua kali pada proyeksi baru yang diinginkanUlangi langkah a – m.		

	PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN MAMMOGRAFI		
	No. Dokumen P.42/RAD/II/2017	No. Revisi 00	Halaman 3/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 19 Januari 2017	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001	
	r. Cek keseluruhan gambar pada workstation.		
UNIT TERKAIT	1. IGD, Poli Umum, Poli Spesialis, bangsal. 2. Dokter praktek, RS.Swasta, Puskesmas.		
TANGGUNG JAWAB	Kepala. instalasi Radiologi.		



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN



C ARM PADA LAMINOTOMY



	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	P.43/RAD/III/2017	00	1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 09 Februari 2017	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001	
PENGERTIAN	Pemeriksaan C Arm pada laminotomy adalah pemeriksaan daerah tulang belakang dengan menggunakan alat C ARM dilakukan di kamar bedah untuk menghasilkan gambaran radiografi tulang belakang sebagai petunjuk gambar bagi dokter saat melakukan operasi bedah.		
TUJUAN	Untuk memperlihatkan gambaran kelainan patologis & anatomi di daerah tulang belakang.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pemeriksaan C Arm pada laminotomy dengan adalah radiografer. 2. Lakukan pemeriksaan di ruang operasi. 3. Lakukan pemeriksaan bila ada permintaan dari dokter. 4. Persiapan pasien : <ul style="list-style-type: none"> • Bagian rawat inap membuat perjanjian di bagian administrasi radiologi. • Persiapan pasien mengikuti persiapan dari ruang operasi. 5 Langkah-langkah : <ol style="list-style-type: none"> a. Sambung kabel konektor monitor troli ke alat C Arm dengan memasukan pin konektor pada bagian alat C Arm. 		



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN

C ARM PADA LAMINOTOMY

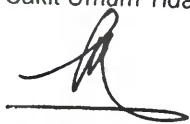
	<p>No. Dokumen P.43/RAD/II/2017</p>			<p>No. Revisi 00</p>	<p>Halaman 2/2</p>
	<p>Tgl Terbit : 09 Februari 2017</p>		<p>Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang</p>  <p>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes NIP 19620524 198901 1 001</p>		
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> b. Sambungkan kabel power C Arm ke listrik. c. Tekan power pada monitor troli dan alat c arm. d. Masukkan data pasien. e. Pilih menu fluoroscopy. f. Pilih menu anatomi tulang belakang. g. Posisikan lengan C Arm sehingga titik bidik berada pada daerah tulang belakang yang akan dilakukan insisi. h. Lakukan eksposi dengan menekan tombol eksposi atau menginjak tombol eksposi kaki beberapa saat. i. Perhatikan pada troli monitor hasil gambar. Jika sudah sesuai lakukan eksposi simpan gambar dengan menekan tombol simpan berwarna abu abu. j. Konsultasikan dengan dokter bedah. k. Lakukan pengambilan gambar sesuai dengan keperluan dokter dalam membutuhkan gambar saat tindakan operasi sedang berlangsung. l. Lakukan pencetakan gambar sesuai dengan kebutuhan dokter bedah. 				
<p>UNIT TERKAIT</p>	<p>Bangsral rawat inap, Ruang Operasi.</p>				
<p>TANGGUNG JAWAB</p>	<p>Kepala. instalasi Radiologi.</p>				


inst. Radiologi	
Wadir	
Ka. Inst	



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN


BONE DENSITOMETRI (BDM) SPINE LUMBAL

	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	P 44/RAD/XI/2018	00	1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 6 November 2018	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001	
PENGERTIAN	Pemeriksaan BMD adalah pemeriksaan kepadatan tulang menggunakan sinar-X untuk menghasilkan informasi nilai kepadatan tulang atau tingkat kekeroposan tulang yang diperiksa.		
TUJUAN	Untuk memperlihatkan tingkat/nilai kepadatan atau kekeroposan tulang.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none">1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan.4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/I/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none">1. Pelaksana pemeriksaan BMD adalah radiografer, pelaksana ekspertise adalah dokter spesialis radiologi.2. Lakukan pemeriksaan di ruang radiologi.3. Lakukan pemeriksaan bila ada permintaan dari dokter.4. Persilahkan pasien untuk tidur terlentang dengan kaki berada di atas pad (bantal pengganjal) khusus untuk pemeriksaan BMD Spine.4 Langkah-langkah : Pada monitor komputer.<ol style="list-style-type: none">a. Pilih menu Scan. Lakukan registrasi dengan memasukkan data pasien. Tanda * wajib diisi.		

Inst. Radiologi	
Wadir	
Ka. Inst	



PROSEDUR TETAP PEMERIKSAAN
BONE DENSITOMETRI (BDM) SPINE LUMBAL

	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	P 44/RAD/XI/2018	00	2/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 6 November 2018	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001	
		<ul style="list-style-type: none">b. Lakukan pemeriksaan dengan cara klik add patient dan Klik Start Scan.c. Pada pilihan selection protocol/site terdapat dua kolom<ul style="list-style-type: none">- Kolom pertama pilih menu pemeriksaan dengan pilihan, Normal atau Pediatric (anak-anak).- Pilih dengan klik bagian anatomi spine lumbal.d. Posisikan pasien simetris dengan mid sagital plane tubuh (MSP) tubuh.e. Tempatkan laser titik point berada pada kurang lebih 5-10 cm atau tiga jari dibawah krista iliaka.f. Klik Scan tunggu hingga selesai scan.g. Klik save.h. Pilih menu View Scan.i. Pilih nama pasien dan scan date and time.j. View Scan.k. Modify analysis.l. Atur ROI pada L1, L2, L3 dan L4.m. Klik Save analysis.n. Klik print untuk mencetak detail hasil pemeriksaan.	
UNIT TERKAIT	Poli Umum, Poli Spesialis, bangsal.		
TANGGUNG JAWAB	Kepala. instalasi Radiologi.		



**PROSEDUR TETAP PENGOPRASIAN
PESAWAT EZY - RAD**

No. Dokumen
T.01/RAD/VI/2017

No. Revisi
0

Halaman
1

**STANDAR
OPERASIONAL
PROSEDUR**

Tgl Terbit :
7 Juni 2017

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang

[Signature]
Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

PENGERTIAN

Pengoprasian alat EZY – RAD adalah cara mengprasikan alat EZY – RAD Merk SHIMADZU.

TUJUAN

Untuk petunjuk pengropasian alat EZY – RAD Merk SHIMADZU.

KEBIJAKAN

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan.
4. Surat Keputusan Direktur No. 05 Tahun 2013 tentang Kebijakan Pelayanan Radiologi.

PROSEDUR

1. Pastikan sudah terhubung dengan arus listrik.
2. Tekan Tombol ON (tunggu beberapa detik).
3. Nyala indicator factor ekspresi (KV.mAS).
4. Nyala indikator ready.
5. Nyala indikator anatomi tubuh.
6. Nyala arah tube.
7. Nyala ukuran tubuh pasien.
8. Pesawat siap di operasikan.

UNIT TERKAIT

1. IGD, Poli Umum, Poli Spesialis, bangsal.
2. Dokter praktek, RS.Swasta, Puskesmas.

TANGGUNG JAWAB

Kepala. instalasi Radiologi.

Inst. Radiologi	
Wadir	<i>[Signature]</i>
Ka. Inst	<i>[Signature]</i>

TABEL EXPOSI

No	JENIS	Kv	mAs
1	THORAX	48	8
2	ABDOMEN	60	30
3	FEMUR	60	30
4	ANTEBRACHII	45	5
5	CRANIUM	60	30



RSUD TIDAR
KOTA MAGELANG

DAFTAR INDUK DOKUMEN

KODE DOKUMEN

RADIOLOGI

SPO ADMINISTRASI

NO	NOMOR DOKUMEN	NAMA DOKUMEN	REV. 00		REV. 01		REV. 02	
			No	Tanggal	No	Tanggal	No	Tanggal
1	A.01/RAD/VI/2016	PENDAFTARAN PASIEN RADIOLOGI						
2	A.02/RAD/VI/2016	RAPAT RUTIN						
3	A.03/RAD/VI/2016	PENYEDIAAN OBAT EMERGENCY						
4	A.04/RAD/VI/2016	PENGAMBILAN HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI						
5	A.05/RAD/VI/2016	JADWAL DINAS						
6	A.06/RAD/VI/2016	PEMERIKSAAN KESEHATAN PETUGAS RADIOLOGI						
7	A.07/RAD/VI/2016	PELAYANAN PASIEN IGD						
8	A.08/RAD/VI/2016	PELAYANAN PASIEN ICU/ICCU/PICU/NICU DITEMPAT						
9	A.09/RAD/VI/2016	PELAYANAN PASIEN RAWAT JIAP						
10	A.10/RAD/VI/2016	PELAYANAN PASIEN INFEKSIUS						
11	A.11/RAD/VI/2016	PENYIMPANAN DOKUMEN PEMERIKSAAN						
12	A.12/RAD/VI/2016	PEMANGGILAN DAN IDENTIFIKASI PASIEN						
13	A.13/RAD/VI/2016	MENGHUBUNGI DOKTER ANESTESI UNTUK TINDAKAN ANESTESI/PEMBERIAN SEDASI DI SINTALASI RADIOLOGI						



RSUD TIDAR
KOTA MAGELANG

DAFTAR INDUK DOKUMEN

KODE DOKUMEN

RADIOLOGI

SPO ADMINISTRASI

NO	NOMOR DOKUMEN	NAMA DOKUMEN	REV. 00		REV. 01		REV. 02	
			No	Tanggal	No	Tanggal	No	Tanggal
14	A.14/RAD/VI/2016	PELAPORAN HASIL RADIOLOGI KRITIS	01 JUNI 2016		A04/RAD/II/2019	22 FEBRUARI 2019		

2019

1	A.01/RAD/III/2019	PELAYANAN PASIEN UNIT STROKE DITEMPAT	25 FEBUARI 2019					
2	A.02/RAD/VII/2019	EDUKASI DAN IDENTIFIKASI DOSIS RADIASI PEMERIKSAN	25 JULI 2019					
3	A.03/RAD/II/2019	PEMERIKSAAN RADIOLOGI CITO	22 FEBRUARI 2019					
4	A.05/RAD/II/2019	ALUR PENDAFTARAN PASIEN DI INSTALASI RADIOLOGI YANG MEMBUKTIKAN TINDAKAN SEDASI	03 JUNI 2019					

2022

1	A.01/RAD/III/2022	PERSIAPAN PASIEN PEMERIKSAAN RADIOLOGI	25 MARET 2022					
---	-------------------	--	---------------	--	--	--	--	--



**PROSEDUR TETAP
PEMERIKSAAN RADIOLOGI RUJUKAN**

No. Dokumen
A.02/RAD/VI/2022

No. Revisi
0

Halaman
1/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
28 Juni 2022

Ditetapkan
Pit. Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang

dr. WORO TRIAKSIWI WULANSARI, M.Sc, Sp.A
NIP. 19770223 200312 2 007

PENGERTIAN

Pemeriksaan radiologi rujukan adalah pemeriksaan radiologi yang ditujukan ke rumah sakit atau pelayanan radiologi di luar rumah sakit dikarenakan pemeriksaan tersebut tidak dapat dilakukan di rumah sakit atau karena ada kerusakan pada alat radiologi.

TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam merujuk pasien untuk pemeriksaan di radiologi luar rumah sakit.

KEBIJAKAN

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan.
4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.
6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.

PROSEDUR

1. Form permintaan pemeriksaan dikirim ke administrasi radiologi.
2. Petugas administrasi radiologi mengkonsultasikan formulir tersebut kepada kepala instalasi radiologi atau dokter radiolog lainnya.
3. Kepala instalasi atau koordinator radiologi akan menunjuk rumah sakit yang sebagai tempat rujukan.
4. Petugas administrasi radiologi melakukan pendaftaran ke rumah sakit yang ditunjuk dan melakukan konfirmasi untuk mendapatkan informasi :
 - a. Jadwal pemeriksaan



**PROSEDUR TETAP
Pemeriksaan Radiologi Rujukan**

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
A.02/RAD/VI/2022	0	2/2

- b. Persiapan pemeriksaan
- c. Estimasi biaya
- d. Hasil pemeriksaan
- 5. Setelah mendapatkan informasi selanjutnya petugas administrasi radiologi menyampaikan kepada perawat rawat inap serta administrasi keuangan rumah sakit terkait informasi tersebut di atas.
- 6. Perawat rawat inap menyampaikan informasi kepada pasien atau keluarga pasien terkait dengan estimasi biaya yang akan dibebankan kepada pasien.
- 7. Persiapan berkaitan dengan biaya talangan dipersiapkan oleh bagian administrasi keuangan dengan berkoordinasi dengan perawat rawat inap.
- 8. Selanjutnya persetujuan dilakukan oleh pasien atau keluarga pasien dan tindakan rujuk pemeriksaan radiologi dilakukan oleh perawat.
- 9. Petugas administrasi radiologi memantau proses pelaksanaan kegiatan dan hasil pemeriksaannya.
- 10. Petugas administrasi melakukan dokumentasi rujukan dalam buku pasien rujukan keluar serta form evaluasi rujukan serta dengan hasil ekspertise dr radiologi rujukan luar.

UNIT TERKAIT

Rawat Inap, Bagian Keuangan.



**PROSEDUR TETAP
KONTROL MUTU RUMAH SAKIT RUJUKAN**

No. Dokumen
A.03/RAD/VI/2022

No. Revisi
0

Halaman
1/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
28 Juni 2022

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


dr. WORO TRIAKSIWI WULANSARI, M.Sc, Sp.A
NIP. 19770223 200312 2 007

PENGERTIAN

Kontrol mutu rumah sakit rujukan adalah tata cara pelaksanaan kegiatan program kontrol mutu untuk mengevaluasi mutu pelayanan hasil radiologi rumah sakit rujukan.

TUJUAN

Sebagai acuan dalam pelaksanaan kontrol mutu pelayanan hasil radiologi rumah sakit rujukan.

KEBIJAKAN

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan.
4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.
6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.

PROSEDUR

- Kontrol mutu rujukan dilakukan dengan cara :
1. Buat surat permintaan ke rumah sakit rujukan untuk memperoleh dokumen berupa :
 - a. Foto copy sertifikat mutu rumah sakit rujukan (akreditasi).
 - b. Foto copy sertifikat kalibrasi peralatan jika tersedia untuk peralatan non radiasi pengion.
 - c. Foto copy hasil uji kesesuaian peralatan yang memanfaatkan radiasi pengion.
 - d. Foto copy perizinan peralatan yang memanfaatkan radiasi pengion.



**PROSEDUR TETAP
KONTROL MUTU RUMAH SAKIT RUJUKAN**

No. Dokumen
A.03/RAD/VI/2022

No. Revisi
0

Halaman
2/2

2. Terkait dengan pelayanan rumah sakit rujukan yang telah diberikan, dilakukan evaluasi menggunakan form kontrol mutu rumah sakit rujukan .
3. Evaluasi pelayanan dilakukan setiap kali proses rujukan selesai dilakukan.
4. Setiap akhir tahun dilakukan rekapitulasi evaluasi pelayanan tersebut.
5. Hasil akhir evaluasi berupa laporan kontrol mutu rumah sakit rujukan.

UNIT TERKAIT

Rumah sakit rujukan luar.



**PROSEDUR TETAP
PERSIAPAN PASIEN PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.01/RAD/III/2022

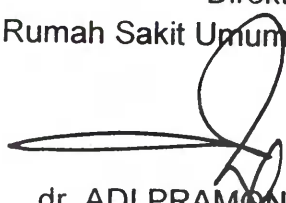
No. Revisi
0

Halaman
1/3

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
25 Maret 2022

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


dr. ADI PRAMONO, Sp. OG (K)
NIP. 19691121 199903 1 006

PENGERTIAN

Persiapan Pasien Pemeriksaan radiologi adalah proses mempersiapkan serta melakukan edukasi terkait dengan persiapan yang harus dilakukan pasien sebelum dilakukan tindakan pemeriksaan radiologi khusus.

TUJUAN

Untuk tertib administrasi dan kelancaran pelayanan.

KEBIJAKAN

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan.
4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/I/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.
6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.

- A. Persiapan pasien pemeriksaan dengan media kontras non ionic intra vena. (BNO IVP, CT Scan dengan Kontras)
1. Pelaksana edukasi dan informasi persiapan pasien adalah petugas pendaftaran.
 2. Cek identitas dan order permintaan pada simkes.



**PROSEDUR TETAP
PERSIAPAN PASIEN PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.01/RAD/III/2022

No. Revisi
01

Halaman
2/1

3. Informasikan pemeriksaan dengan persiapan.
 - a. Cek laboratorium untuk ureum creatinine dengan hasil normal.
 - b. Tanyakan riwayat klinis diabetes dan konsumsi obat diabetes. Hentikan penggunaan obat diabetes 2 x 24 jam sebelum pemeriksaan.
 - c. Satu hari sebelum pemeriksaan pasien makan bubur kecap/makanan non serat makan malam terakhir kira kira pukul 19.00 WIB.
 - d. Untuk pasien rawat jalan, lakukan urus-urus secara mandiri pada pukul 20.00 WIB., dengan resep obat dari dokter.
 - e. Untuk pasien rawat inap, lakukan urus-urus dan lavement oleh perawat bangsal.
 - f. Selanjutnya puasa sampai dilakukan pemeriksaan.
 - g. Boleh minum air putih.
 - h. Dilarang merokok dan bicara berlebihan
 - i. Pasien datang ke radiologi sesuai dengan jadwal program pemeriksaan.

B. Persiapan pasien pemeriksaan Colon Inloop

1. Pelaksana edukasi dan informasi persiapan pasien adalah petugas pendaftaran.
2. Cek identitas dan order permintaan pada simkes.
3. Informasikan pemeriksaan dengan persiapan.
 - a. Satu hari sebelum pemeriksaan pasien makan bubur kecap/makanan non serat makan malam terakhir kira kira pukul 19.00 WIB.
 - b. Untuk pasien rawat jalan, lakukan urus-urus secara mandiri pada pukul 20.00 WIB., dengan resep obat dari dokter.
 - c. Untuk pasien rawat inap, lakukan urus-urus dan lavement oleh perawat bangsal.
 - d. Selanjutnya puasa sampai dilakukan pemeriksaan.
 - e. Boleh minum air putih.
 - j. Dilarang merokok dan bicara berlebihan
 - f. Pasien datang ke radiologi sesuai dengan jadwal program pemeriksaan



**PROSEDUR TETAP
PERSIAPAN PASIEN PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.01/RAD/III/2022

No. Revisi
01

Halaman
3/3

- C. Persiapan pasien pemeriksaan Oesofagus, OMD
1. Pelaksana edukasi dan informasi persiapan pasien adalah petugas pendaftaran.
 2. Cek identitas dan order permintaan pada simkes.
 3. Informasikan pemeriksaan dengan persiapan.
 - a. Pasien puasa minimal 6-8 jam.
 - b. Disarankan pasien membawa minuman air putih dan bahan minuman yang berkarbonasi.
 - c. Pasien datang ke radiologi sesuai dengan jadwal program pemeriksaan.
- D. Persiapan pasien pemeriksaan HSG
1. Pelaksana edukasi dan informasi persiapan pasien adalah petugas pendaftaran.
 2. Cek identitas dan order permintaan pada simkes.
 3. Informasikan pemeriksaan dengan persiapan.
 - a. Pemeriksaan dilakukan pada saat hari ke 8,9,10 menstruasi.
 - b. Selama masa menunggu sampai program pemeriksaan, pasien tidak berhubungan badan.
 - c. Disarankan pasien membawa pembalut wanita dan didampingi oleh keluarga saat datang ke radiologi.
 - d. Pasien datang ke radiologi sesuai dengan jadwal program pemeriksaan.
- E. Persiapan pasien pemeriksaan USG
1. Pelaksana edukasi dan informasi persiapan pasien adalah petugas pendaftaran.
 2. Cek identitas dan order permintaan pada simkes.
 3. Informasikan pemeriksaan dengan persiapan
 4. Pasien puasa minimal 6-8 jam.
 5. Pasien tahan kencing untuk diagnosa kelainan saluran kencing (kandung kemih dan prostat).
 6. Pasien datang ke radiologi sesuai dengan program jadwal pemeriksaan.

UNIT TERKAIT

Rawat Jalan, Rawat Inap.



**PROSEDUR TETAP
ALUR PENDAFTARAN PASIEN DI INSTALASI
RADIOLOGI YANG MEMBUTUHKAN TINDAKAN
ANESTESI/SEDASI**

No. Dokumen
A.05/RAD/V/2019


No. Revisi
01

Halaman
1/2

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tgl Terbit :
03 Juni 2019

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar
Magelang


dr. Sri Harso, M.Kes, Sp.S
NIP 19620524 198901 1 001

PENGERTIAN

Tindakan anestesi/pemberian sedasi di instalasi radiologi adalah tindakan medis yang diperlukan guna memberikan efek tenang kepada pasien sebelum dilakukan pemeriksaan radiologi.

TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam tindakan anestesi/pemberian sedasi kepada pasien di instalasi radiologi.

KEBIJAKAN

1. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 1/PER/RSUD/I/2019 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
2. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.
3. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.

PROSEDUR

Tindakan anestesi/pemberian sedasi di instalasi radiologi dilakukan oleh dokter anestesi.



**PROSEDUR TETAP
ANESTESI/PEMBERIAN SEDASI
DI INSTALASI RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.05/RAD/V/2019

No. Revisi
01

Halaman
2/2

Langkah pelaksanaan :

Pasien Rawat Jalan/IGD/Pasien Rujukan Luar :

1. Hubungi dokter radiologi untuk melakukan asesment awal pasien dan edukasi pasien
2. Lakukan edukasi pasien terkait rencana pelaksanaan pemeriksaan radiologi dengan pemberi sedasi dan dosis radiasi.
3. Catat asesmen pasien dan edukasi pasien pada CPTT dan form edukasi dosis radiasi di rekam medis.
4. Instruksikan pasien beserta radiografer untuk menghubungi langsung dr anestesi terkait rencana tindakan sedasi.
5. Lakukan program pemeriksaan radiologi sedasi pada pasien di buku program sedasi.

Pasien Rawat Inap

1. Hubungi dokter radiologi untuk melakukan asesment awal pasien dan edukasi pasien di bangsal.
2. Lakukan edukasi pasien terkait rencana pelaksanaan pemeriksaan radiologi dengan pemberi sedasi dan dosis radiasi.
3. Catat asesmen pasien dan edukasi pasien pada CPTT dan form edukasi dosis radiasi di rekam medis.
4. Instruksikan perawat untuk menghubungi dokter anestesi.
5. Lakukan program pemeriksaan radiologi dengan sedasi pada pasien di buku program sedasi.

UNIT TERKAIT

Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat



**PROSEDUR TETAP
PELAPORAN HASIL RADIOLOGI KRITIS**

<p style="text-align: center;">STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p style="text-align: center;">No. Dokumen 04/RAD/II/2019</p> <p style="text-align: center;">Tgl Terbit : 22 Febuari 2019</p>	<p style="text-align: center;">No. Revisi 1</p>	<p style="text-align: center;">Halaman 1/2</p> <p style="text-align: center;">Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang</p> <p style="text-align: center;"><i>(Signature)</i> <u>dr. Sri Harso, M.Kes, Sp.S</u> NIP 19620524 198901 1 001</p>
<p style="text-align: center;">PENGERTIAN</p>	<p>Pemeriksaan radiologi kritis adalah pemeriksaan dengan hasil ekspertise dokter radiologi menunjukkan gambaran imajing dengan kriteria klinis yang perlu dan harus segera dilakukan penanganan medis.</p>		
<p style="text-align: center;">TUJUAN</p>	<p>Memberikan respon cepat pelayanan radiologi terhadap jeis pemeriksaan yang dikategorikan hasil kritis.</p>		
<p style="text-align: center;">KEBIJAKAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 6/PER/RSUD/III/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 2/PER/RSUD/II/2019 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 37.3/SK/RSUD/VIII/2019 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 7. Surat Keputusan Direktur No. 37.5/SK/RSUD/III/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
<p style="text-align: center;">PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. dr radiologi memberitahu kepada petugas radiografer adanya hasil kritis. 2. Lakukan ekspertise dan centang pada cek box kritis pada menu catat hasil di simkes. 		



**PROSEDUR TETAP
PELAPORAN HASIL RADIOLOGI KRITIS**

	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	#.04/RAD/II/2019	1	2/2
	<ol style="list-style-type: none">3. Catat temuan hasil kritis pada buku bantu hasil kritis.4. Bawa hasil foto dan ekspertise (hasil bacaan) kepada petugas (perawat) di IGD, rawat jalan/rawat inap asal pasien.5. Paraf petugas IGD, rawat jalan/rawat inap di buku bantu hasil kritis.6. Petugas (perawat) IGD, rawat jalan/rawat inap yang mendapatkan laporan hasil radiologi kritis menghubungi dokter DPJP terkait hasil kritis.7. Ikuti instruksi dokter DPJP selanjutnya.		
UNIT TERKAIT	IGD, RAWAT INAP, RAWAT JALAN.		



**PROSEDUR TETAP
Pemeriksaan Radiologi Cito**

No. Dokumen A.03/RAD/II/2019	No. Revisi 0	Halaman 1/2
--	------------------------	-----------------------

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
22 Febuari 2019

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Daerah Tidar
Kota Magelang

(Signature)
dr. Sri Harso, M.Kes, Sp.S
NIP 19620524 198901 1 001

PENGERTIAN

Pemeriksaan radiologi cito adalah pemeriksaan yang harus segera dilakukan dalam keadaan kegawatan dan perlu dilakukan tindakan segera untuk bangsal ICU, PICU, IGD.

TUJUAN

Memberikan respon cepat pelayanan radiologi terhadap jeis pemeriksaan yang dikategorikan cito.

KEBIJAKAN

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan.
4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 6/PER/RSUD/III/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
5. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 2/PER/RSUD/I/2019 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
6. Surat Keputusan Direktur No. 37.3/SK/RSUD/III/2019 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.
7. Surat Keputusan Direktur No. 37.5/SK/RSUD/III/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.

PROSEDUR

1. Lihat order pemeriksaan radiologi melalui SIMKes.
2. Lakukan Pemeriksaan berdasarkan pemeriksaan yang diminta.



**PROSEDUR TETAP
Pemeriksaan Radiologi Cito**

No. Dokumen
A.03/RAD/II/2019


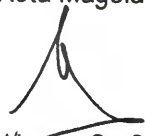
No. Revisi
0



Halaman
2/2

3. Berikan label khusus pada lembar permintaan rontgen sebagai tanda cito.
4. Lakukan pemeriksaan radiologi dengan cepat, tepat dan sesuai dengan prosedur operasional teknis pemeriksaan.
5. Bawa hasil foto ke ruang dokter radiologi untuk segera di berikan ekspertise (hasil bacaan).
6. Jika hasil tidak kritis informasikan hasil kepada petugas perawat. Pengambilan hasil foto dilakukan oleh perawat mengiuti prosedur pengambilan hasil foto.
7. Jika hasil kritis ikuti prosedur pelaporan hasil kritis.

UNIT TERKAIT


IGD, ICU, PICU.



	PROSEDUR TETAP EDUKASI DAN IDENTIFIKASI DOSIS RADIASI PEMERIKSAAN		
	No. Dokumen A.02/RAD/VII/2019	No. Revisi 00	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 25 Juli 2019	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Kota Magelang  dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes NIP 19620524 198901 1 001	
PENGERTIAN	Identifikasi Dosis Radiasi Pasien adalah pemberian informasi kepada pasien terkait layanan pemeriksaan radiologi yang menggunakan sumber radiasi termasuk estimasi dosis radiasi yang diperoleh.		
TUJUAN	Untuk memberikan edukasi kepada pasien terkait layanan pemeriksaan radiologi beserta dosis radiasi pasien pada pemeriksaan radiologi yang akan dilakukan.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/I/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan edukasi dosis radiasi pemeriksaan kepada pasien sebelum pemeriksaan radiologi. 2. Lakukan edukasi dosis radiasi pemeriksaan kepada pasien/keluarga pasien oleh dokter radiolog atau dapat didelegasikan kepada petugas fisikawan medis, petugas PPR dan atau radiografer. 3. Lakukan edukasi dosis radiasi pemeriksaan dengan tatap muka langsung dan pengisian form edukasi, ditandatangani pasie/keluarga pasien serta petugas. 		
UNIT TERKAIT	-		

Inst.	
Wadir	
Ka. Inst	



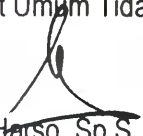
***PROSEDUR TETAP
PENDAFTARAN PASIEN RADIOLOGI**



	No. Dokumen A.01/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/2
	Tgl Terbit : 01 Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 196205241989011 001	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL			
PENGERTIAN	Pendaftaran pasien radiologi adalah proses penerimaan dan pencatatan data pasien yang diperlukan untuk kelengkapan pemeriksaan radiologi.		
TUJUAN	Untuk tertib administrasi dan kelancaran pelayanan.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/I/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pendaftaran pasien adalah petugas administrasi dan radiografer. 2. Laksanakan pendaftaran pasien di ruang administrasi radiologi. 3. Laksanakan pendaftaran bila berkas telah lengkap yaitu sebagai berikut: Pasien rawat jalan/rujukan rawat inap dan IGD membawa lembar atau surat permintaan rontgen yang sudah diisi dan ditanda tangani dokter pengirim 4. Catat pendaftaran pasien menggunakan : Komputer dengan program billing system Rumah Sakit. 5. Langkah-langkah : 		

Inst. <u>Radiologi</u>	
Wadir	
Ka. Inst	




**PROSEDUR TETAP
PENDAFTARAN PASIEN RADIOLOGI**



STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen A.03/RAD/VI/2019	No. Revisi 01	Halaman 1/1
	Tgl Terbit : 26 Agustus 2019	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 196205241989011 001	
PENGERTIAN	Pendaftaran pasien radiologi adalah proses penerimaan dan pencatatan data pasien yang diperlukan untuk kelengkapan pemeriksaan radiologi.		
TUJUAN	Untuk tertib administrasi dan kelancaran pelayanan.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pendaftaran pasien adalah petugas administrasi dan atau radiografer. 2. Laksanakan pendaftaran pasien di ruang administrasi radiologi. 3. Laksanakan pendaftaran bila ada order melalui SimKes rumah sakit. 4. Panggil pasien sesuai dengan identitas pada order SimKes. 5. Konfirmasi data pasien nama, no RM (tertera pada kartu KIB pasien). 6. Konfirmasi kedatangan pasien dengan klik status datang pada SIMKes. 7. Cetak kartu pengambilan hasil rontgen. 8. Persilakan pasien menunggu panggilan petugas untuk diperiksa. 9. Lakukan pengisian BMHP pada menu transaksi BMHP SimKes. 		
UNIT TERKAIT	Catatan Medik, Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, ICU		

Inst.	Wadir	
No. Inst		



**PROSEDUR TETAP
PENDAFTARAN PASIEN RADIOLOGI**

	No. Dokumen A.01/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/2
	Tgl Terbit : 01 Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 196205241989011 001	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL			
PENGERTIAN	Pendaftaran pasien radiologi adalah proses penerimaan dan pencatatan data pasien yang diperlukan untuk kelengkapan pemeriksaan radiologi.		
TUJUAN	Untuk tertib administrasi dan kelancaran pelayanan.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pendaftaran pasien adalah petugas administrasi dan radiografer. 2. Laksanakan pendaftaran pasien di ruang administrasi radiologi. 3. Laksanakan pendaftaran bila berkas telah lengkap yaitu sebagai berikut: Pasien rawat jalan/rujukan rawat inap dan IGD membawa lembar atau surat permintaan rontgen yang sudah diisi dan ditanda tangani dokter pengirim 4. Catat pendaftaran pasien menggunakan : Komputer dengan program billing system Rumah Sakit. 5. Langkah-langkah : 		

Inst.	
Wadir	
Ka. Inst	



**PROSEDUR TETAP
PENDAFTARAN PASIEN RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.01/RAD/IX/2016


No. Revisi
00

Halaman
2/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
01 Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes
NIP 196205241989011 001

- a. Ucapkan salam : "selamat pagi/siang/sore/malam".
- b. Sambut pasien dengan baik dan ramah.
- c. Terima dan identifikasi berkas pasien
- d. Persilahkan pasien menunggu diruang tunggu pemeriksaan.
- e. Catat data pasien di program entry data rumah sakiti, meliputi:
 - Nomor urut radiologi
 - Nama pasien
 - Alamat pasien
 - Tanggal lahir
 - Asal ruangan
 - Jenis pemeriksaan
 - Umur pasien
 - Jenis pembayaran
 - Nama dokter pengirim
 - Ukuran film yang digunakan.
- f. Cetak kuitansi/nota pembayaran.
- g. Paraf pada nota pembayaran.
- h. Bubuhkan stempel respon time dan tulis waktu datang pasien di pendaftaran rontgen.
- i. Antar berkas ke meja ruang pemeriksaan masing-masing untuk dilakukan pemeriksaan radiologi.
- j. Setelah selesai pemeriksaan rontgen arahkan pasien untuk melakukan pembayaran menggunakan nota pembayaran yang telah disiapkan ke bank BPD/PIT.

UNIT TERKAIT

Catatan Medik, Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, ICU.



**PROSEDUR TETAP
PENDAFTARAN PASIEN RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.01/RAD/IX/2016


No. Revisi
00

Halaman
2/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
01 Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 196205241989011 001


- a. Ucapkan salam : "selamat pagi/siang/sore/malam".
- b. Sambut pasien dengan baik dan ramah.
- c. Terima dan identifikasi berkas pasien
- d. Persilahkan pasien menunggu diruang tunggu pemeriksaan.
- e. Catat data pasien di program entry data rumah sakiti, meliputi:
 - Nomor urut radiologi
 - Nama pasien
 - Alamat pasien
 - Tanggal lahir
 - Asal ruangan
 - Jenis pemeriksaan
 - Umur pasien
 - Jenis pembayaran
 - Nama dokter pengirim
 - Ukuran film yang digunakan.
- f. Cetak kuitansi/nota pembayaran.
- g. Paraf pada nota pembayaran.
- h. Bubuhkan stempel respon time dan tulis waktu datang pasien di pendaftaran rontgen.
- i. Antar berkas ke meja ruang pemeriksaan masing-masing untuk dilakukan pemeriksaan radiologi.
- j. Setelah selesai pemeriksaan rontgen arahkan pasien untuk melakukan pembayaran menggunakan nota pembayaran yang telah disiapkan ke bank BPD/PIT.

UNIT TERKAIT



Catatan Medik, Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, ICU.



**-PROSEDUR TETAP
RAPAT RUTIN**


	No. Dokumen A.02/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 01 Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.	
PENGERTIAN	Rapat rutin adalah pertemuan yang diikuti oleh seluruh staf dan dilakukan minimal sebulan sekali di instalasi radiologi.		
TUJUAN	Untuk koordinasi pelayanan dan menyelesaikan permasalahan radiologi.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat diikuti oleh semua staf radiologi. 2. Rapat dilakukan di ruang rapat radiologi/ruang dokter radiolog. 3. Rapat dilakukan per-bulan minggu ke dua. 4. Rapat dibuka dan dipimpin oleh kepala instalasi, dan hasilnya dicatat oleh Petugas Administrasi. Peserta rapat menandatangani daftar hadir. 5. Langkah-langkah: <ol style="list-style-type: none"> a. Buka rapat rutin. b. Baca notulen rapat sebelumnya. c. Bahas permasalahan dan solusinya dipandu oleh kepala instalasi. d. Catat hasil rapat dengan baik. e. Tutup rapat oleh kepala instalasi. 		
UNIT TERKAIT	Semua staff instalasi radiologi.		

	PROSEDUR TETAP PENYEDIAAN OBAT EMERGENCY		
	No. Dokumen A.03/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 01 Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.	
PENGERTIAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obat emergensi adalah obat yang diperlukan untuk pertolongan kepada pasien yang mengalami kasus emergensi di radiologi 2. Penyediaan obat emergensi radiologi adalah proses pengadaan obat emergensi radiologi. 		
TUJUAN	Untuk menyiapkan bila terjadi emergency radiologi.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana penyedia obat emergensi adalah instalasi farmasi. 2. Lakukan permintaan obat emergensi di instalasi farmasi oleh radiografer. 3. Penyediaan dilakukan setiap stok obat emergency telah dipergunakan di radiologi. 4. Pengajuan permintaan obat emergensi menggunakan resep dokter spesialis radiologi dan dicatat dibuku stok obat radiologi. 5. Langkah-langkah : <ol style="list-style-type: none"> a. Tulis resep obat emergensi yang dibutuhkan. b. Bawa resep ke instalasi farmasi untuk dimintakan obatnya. c. Bawa obat ke instalasi radiologi. 		

		PROSEDUR TETAP PENYEDIAAN OBAT EMERGENCY		
		No. Dokumen A.03/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 2/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : 01 Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.		
	d. Catat penggunaan obat emergency. e. Simpan obat emergency dengan baik.			
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi.			



**PROSEDUR TETAP
PENGAMBILAN HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen A.04/RAD/IX/2016	No. Revisi 01	Halaman 1/2
	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.	
PENGERTIAN	Pengambilan hasil radiologi adalah proses kegiatan serah terima hasil pemeriksaan radiologi.		
TUJUAN	Untuk ketertiban administrasi radiologi.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana kegiatan pengambilan hasil adalah petugas administrasi/radiografer. Pengambil hasil pemeriksaan radiologi adalah pasien/keluarga pasien untuk rawat jalan sedang untuk rawat inap adalah petugas ruangan. 2. Laksanakan pengambilan hasil radiologi di ruang radiologi. 3. Lakukan pengambilan hasil setelah diekspertise dokter spesialis radiologi. 4. Ambil hasil radiologi menggunakan : <ol style="list-style-type: none"> a. Bukti pembayaran dan atau kartu pengambilan untuk pasien rawat jalan. b. Buku ekspedisi. 		



**PROSEDUR TETAP
PENGAMBILAN HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.04/RAD/IX/2016

No. Revisi
01

Halaman
1/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang

Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.



5. Langkah-langkah:
- a. Siapkan hasil yang akan diambil.
 - b. Panggil nama pasien dan alamatnya.
 - c. Ucapkan salam : "selamat pagi/siang/sore/malam".
 - d. Tulis nama pasien dan nomor rontgen untuk pasien rawat inap di buku ekspedisi hasil.
 - e. Tulis nama terang pengambil hasil.
 - f. Minta tanda tangan di buku ekspedisi.
 - g. Serahkan hasil kepada pasien/petugas ruang yang mengambil.
 - h. Persilahkan pasien/petugas kembali ke poliklinik/ruangan.

UNIT TERKAIT

Pasien, Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD.



***PROSEDUR TETAP
JADWAL DINAS**

	<p>*PROSEDUR TETAP JADWAL DINAS</p>		
	<p>No. Dokumen A.05/RAD/IX/2016</p>	<p>No. Revisi 00</p>	<p>Halaman 1/2</p>
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p>Tgl Terbit : Juni 2016</p>	<p>Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang</p>  <p><u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001</p>	
<p>Pengertian</p>	<p>Jadwal dinas adalah pengaturan waktu kerja dan waktu libur staf radiologi sehingga kesinambungan pelayanan radiologi 24 jam tetap terjaga dan petugas terpenuhi hak dan kewajibannya.</p>		
<p>Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk kelancaran pelayanan 24 jam. 2. Agar setiap petugas terpenuhi waktu kerja dan waktu liburnya. 		
<p>Kebijakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/I/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
<p>Prosedur</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pembuat jadwal dinas adalah Koordinator pelayanan radiologi dan petugas pembuat jadwal. 2. Lakukan pembuatan jadwal dinas di ruang radiologi 3. Lakukan pembuatan jadwal dinas setiap akhir bulan minggu terakhir bulan berjalan. 4. Jadwal dinas ditandatangani oleh kepala instalasi dan diketik rapi serta ditempel di papan jadwal jaga. Kemudian digandakan sejumlah staf 		



PROSEDUR TETAP
JADWAL DINAS

No. Dokumen
A.05/RAD/IX/2016


No. Revisi
00

Halaman
2/2

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

5. Langkah-langkah :

- a. Susun jadwal dinas dan beri kode yaitu: P = Pagi, PS= Pagi-Siang S = Siang, M = Malam, O = Libur, C = Cuti, X = Lepas.
- b. Tandatangani jadual dinas bersama kepala instalasi.
- c. Tempel jadwal dinas di papan jadwal jaga.
- d. Berikan jadwal dinas kepada masing – masing petugas dan sub. Bag. Orpeg rumah sakit
- e. Tempelkan satu lembar jadwal dinas sebulan sebelumnya
- f. Arsipkan jadwal dinas bulan sebelumnya.

Unit Terkait

Bagian Kepegawaian Rumah Sakit



PROSEDUR TETAP
KONSUL DOKTER RADIOLOGI SPESIALISTIK KHUSUS

No. Dokumen
T.06/RAD//2016

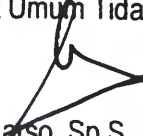
No. Revisi
00

Halaman
1/1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
01 Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

PENGERTIAN

Konsul dokter radiologi spesialisik khusus adalah : menghubungi atau berkomunikasi antara dokter radiolog RS dengan dokter radiolog konsulen yang ditunjuk terkait klinis radiologi khusus (spesifik) atau ada keraguan interpretasi terhadap hasil rontgen.

TUJUAN

Untuk mendapatkan jawaban, masukan, dan kepastian terhadap interpretasi hasil rontgen pada klinis-klinis khusus .

KEBIJAKAN

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan.
4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 6/PER/RSUD/III/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
5. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
6. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.
7. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.

PROSEDUR

1. Hubungi dr konsulen secara langsung dengan menggunakan pesawat telpon.
2. Perkenalkan nama dan instansi RS.
3. Sampaikan maksud konsul kepada konsulen dengan menyebutkan telah mengirimkan hasil gambar dan informasi klinis melalui WhatsApp.
4. Kirim hasil rontgen (gambar rontgen) dengan menggunakan WhatsApp ke no hp dokter konsulen, sertakan informasi terkait klinis antara lain :
 - a. Identitas Pasien
 - b. Diagnosa



PROSEDUR TETAP
KONSUL DOKTER RADIOLOGI SPESIALISTIK KHUSUS

No. Dokumen
T.06/RAD//2016

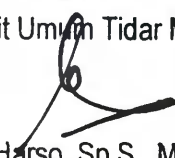
No. Revisi
00

Halaman
2/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
01 Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang




Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

- c. Riwayat klinis
- d. Hasil pemeriksaan pendukung lain (laboratorium, EKG, USG, dan lainnya yang sekiranya diperlukan.
- 5. Tunggu respon dari dokter konsulen.

UNIT TERKAIT



**PROSEDUR TETAP
PEMERIKSAAN KESEHATAN PETUGAS RADIOLOGI**

	No. Dokumen A.06/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/2
	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL			
PENGERTIAN	Pemeriksaan Kesehatan Petugas Radiologi adalah pemeriksaan secara rutin terhadap seluruh staf radiologi karena bekerja di medan radiasi.		
TUJUAN	Untuk mengetahui keadaan kesehatan petugas radiologi akibat radiasi.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pemeriksaan adalah dokter spesialis penyakit dalam, laboratorium. 2. Lakukan pemeriksaan kesehatan di Poliklinik penyakit dalam, laboratorium. 3. Lakukan pemeriksaan kesehatan minimal setiap tahun sekali dan dikoordinir oleh Petugas Proteksi Radiasi 4. Pemeriksaan kesehatan meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan Laboratorium : <ul style="list-style-type: none"> - Darah rutin (Hb, Ht, AT, AE, AL) - SGOT - SGPT 		



**PROSEDUR TETAP
PEMERIKSAAN KESEHATAN PETUGAS RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.06/RAD/IX/2016

No. Revisi
00

Halaman
2/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang

Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

- LFT
- Ureum
- Creatine
- Gula darah
- Urine Rutin (pH, Protein, Reduksi, Sedimen).

b. Pemeriksaan dan konsultasi Dokter Ahli Penyakit Dalam

5. Langkah-langkah :



- a. Ajukan permintaan pemeriksaan kesehatan kepada Direktur.
- b. Bila sudah disetujui, mulai dari pemeriksaan laboratorium.
- c. Konsultasikan hasil pemeriksaan kepada Ahli Penyakit Dalam.
- d. Tindaklanjuti rekomendasi dari dokter Ahli Penyakit Dalam.
- e. *Simpan arsip pemeriksaan.*



UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium, Poli Penyakit Dalam.




**PROSEDUR TETAP
PELAYANAN PASIEN IGD**



	<p align="center">PROSEDUR TETAP PELAYANAN PASIEN IGD</p>		
	<p align="center">No. Dokumen A.07/RAD/IX/2016</p>	<p align="center">No. Revisi 00</p>	<p align="center">Halaman 1/1</p>
<p align="center">STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p align="center">Tgl Terbit : Juni 2016</p>	<p align="center">Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang</p>  <p align="center"><u>Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.</p>	
PENGERTIAN	Pelayanan Pasien IGD adalah pelayanan pemeriksaan radiologi kepada pasien yang berasal dari ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD).		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan radiologi pada pasien IGD yang sebaik-baiknya.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pelayanan adalah Radiografer. 2. Lakukan pelayanan di ruang radiologi. 3. Lakukan pelayanan bila ada permintaan dari dokter jaga IGD. 4. Pelayanan pasien IGD menggunakan fasilitas dan alat radiologi. 5. Langkah-langkah : <ol style="list-style-type: none"> a. Antarkan pasien ke ruangan radiologi oleh petugas IGD. b. Ucapkan salam : " selamat pagi/siang/sore/malam". c. Lakukan pelayanan pemeriksaan pasien IGD. d. Persilahkan pasien menunggu hingga hasil pemeriksaan selesai diproses. e. Antarkan kembali pasien ke ruangan oleh petugas IGD. 		
UNIT TERKAIT	Instalasi Gawat Darurat dan Catatan Medik Instalasi.		

	* PROSEDUR TETAP PELAYANAN PASIEN ICU/ICCU/PICU/NICU DITEMPAT		
	No. Dokumen A.08/RAD/IX/2016	No. Revisi 01	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001	
PENGERTIAN	<i>Pelayanan Pasien ICU/PICU/NICU adalah pelayanan pemeriksaan radiologi kepada pasien yang berasal dari ruang ICU/ICCU/PICU/NICU.</i>		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan radiologi pada pasien ICU/ICCU/ PICU/NICU yang baik.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pelayanan adalah Radiografer. 2. Lakukan pelayanan di ruang ICU. 3. Lakukan pelayanan bila ada permintaan dokter. 4. Pelayanan menggunakan fasilitas dan alat radiologi mobile unit. 5. Langkah - langkah : <ol style="list-style-type: none"> a. Daftarkan pasien ke pendaftaran radiologi oleh petugas. b. Lakukan pelayanan pemeriksaan di ruang ICU oleh petugas. c. Konfirmasi dan identifikasi pasien yang akan dilakukan pemeriksaan. d. Lakukan pemeriksaan sesuai dengan permintaan dokter. e. Rapikan kembali peralatan setelah digunakan untuk pemeriksaan. f. Kembali ke radiologi untuk mengolah hasil pemeriksaan. 		
UNIT TERKAIT	ICU/ICCU/PICU/NICU dan Catatan Medik		



**PROSEDUR TETAP
PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP**

	No. Dokumen A.09/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001	
PENGERTIAN	Pelayanan Pasien Rawat Inap adalah pelayanan pemeriksaan radiologi kepada pasien yang berasal dari ruang Rawat Inap.		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan radiologi pada pasien Rawat Inap yang sebaik-baiknya.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pelayanan adalah Radiografer. 2. Lakukan pelayanan di ruang Radiologi. 3. Lakukan pelayanan bila ada permintaan dokter. 4. Pelayanan pasien Rawat Inap menggunakan fasilitas dan alat radiologi yang ada di Radiologi. 5. Langkah-langkah : <ol style="list-style-type: none"> a. Antar pasien ke ruang radiologi oleh petugas rawat inap. b. Sambut dan ucapkan salam : "selamat pagi/siang/sore/malam". c. Persilahkan pasien menunggu diruang tunggu. d. Lakukan pendaftaran pasien. e. Lakukan pemeriksaan sesuai dengan permintaan dokter. f. Antar pasien kembali ke ruangan oleh petugas rawat inap. 		
UNIT TERKAIT	Rawat Inap		

	PROSEDUR TETAP PELAYANAN PASIEN INFEKSIUS		
	No. Dokumen A.10/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.	
PENGERTIAN	Pasien infeksius adalah pasien dengan penyakit yang mempunyai resiko penularan terhadap orang lain termasuk petugas pemeriksa.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan pelayanan kepada pasien infeksius dengan benar dan baik. 2. Untuk mencegah infeksi penularan kepada petugas dan pasien lain. 		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/I/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana pemeriksaan rontgen adalah radiographer dan atau dokter ahli radiologi. 2. Lakukan pelayanan di ruang radiologi. 3. Lakukan pelayanan bila ada permintaan dokter. 4. Pelayanan pasien kusta menggunakan alat tersendiri 5. Langkah-langkah: <ol style="list-style-type: none"> a. Matikan pendingin ruangan lebih dahulu. 		





**PROSEDUR TETAP
PELAYANAN PASIEN INFEKSIUS**

	No. Dokumen A.10/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 2/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang <u>Dr. Sri Harsō, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.	
	<ul style="list-style-type: none">b. Siapkan peralatan.c. Pakai peralatan proteksi diri (handscoen, masker dll).d. Lakukan pemeriksaan pasien.e. Persilahkan pasien menunggu hasil pemeriksaan.f. Sterilkan ruangan.g. Lepaskan dan buang peralatan proteksi diri.h. Lakukan hand wash atau hand rub.		
Unit Terkait	Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD dan Sanitasi.		







**• PROSEDUR TETAP
PENYIMPANAN DOKUMEN PEMERIKSAAN**

	<p align="center">• PROSEDUR TETAP PENYIMPANAN DOKUMEN PEMERIKSAAN</p>		
	<p>No. Dokumen A.11/RAD/IX/2016</p>	<p>No. Revisi 00</p>	<p>Halaman 1/1</p>
<p align="center">STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p>Tgl Terbit : Juni 2016</p>	<p align="center">Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang</p>  <p align="center"><u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001</p>	
Pengertian	Penyimpanan dokumen pemeriksaan adalah proses kegiatan untuk menyimpan hasil pemeriksaan radiologi.		
Tujuan	Untuk ketertiban administrasi radiologi.		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana adalah petugas administrasi/radiografer. 2. Laksanakan penyimpanan di ruang administrasi radiologi. 3. Lakukan penyimpanan setiap hari. 4. Penyimpanan arsip hanya hasil ekspertise dokter ahli radiologi, sedang rontgen dan hasil rontgen berikan kepada kepada pasien. Simpan dalam loker dengan sistem <i>Terminal Digid Filling</i>. 5. Langkah-langkah: <ol style="list-style-type: none"> a. Siapkan kartu arsip yang akan disimpan. b. Tata arsip sesuai nomor Catatan Medik dengan benar. c. Rapikan loker kembali. 		
Unit Terkait	Catatan Medik		




*** PROSEDUR TETAP
PEMANGGILAN DAN IDENTIFIKASI PASIEN**



	No. Dokumen A.12/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/2
	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes NIP 19620524 198901 1 001.	
PENGERTIAN	Pemanggilan dan identifikasi pasien adalah tata cara pemanggilan pasien yang akan dilakukan pemeriksaan radiologi untuk dilakukan identifikasi terlebih dahulu.		
TUJUAN	Untuk menghindari terjadinya kesalahan pemeriksaan pasien.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana adalah Radiografer atau dokter spesialis radiologi. 2. Lakukan pemanggilan dan identifikasi di dalam ruang radiologi 3. Lakukan pemanggilan dan identifikasi pasien sebelum pemeriksaan radiologi. 4. Lakukan pemanggilan pasien dengan menyebut nama dan alamat pasien, sedangkan lakukan identifikasi pasien menggunakan : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien rawat jalan dengan berkas pendaftaran pasien ditambah lembar permintaan pemeriksaan. b. Pasien rawat inap dengan gelang identitas pasien ditambah lembar permintaan pemeriksaan. 5. Langkah-langkah : <ol style="list-style-type: none"> a. Panggil nama dan alamat lengkap pasien. b. Persilahkan pasien masuk ruang pemeriksaan. c. Lakukan identifikasi pasien dengan menanyakan nama, alamat dan 		

	PROSEDUR TETAP PEMANGGILAN DAN IDENTIFIKASI PASIEN		
	No. Dokumen A.12/RAD/IX/2016	No. Revisi 00	Halaman 2/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.	
	tanggal lahir. d. Lakukan pemeriksaan radiologi. e. Persilahkan pasien menggu hasil pemeriksaan.		
UNIT TERKAIT	Rawat Jalan, Rawat Inap, Gawat Darurat.		



PROSEDUR TETAP
MENGHUBUNGI DOKTER ANESTESI UNTUK TINDAKAN
ANESTESI/PEMBERIAN SEDASI DI INSTALASI RADIOLOGI

	No. Dokumen A.13/RAD/VI/2016	No. Revisi 00	Halaman 1/1
	Tgl Terbit : Juni 2016	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  <u>Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes</u> NIP 19620524 198901 1 001.	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL			
PENGERTIAN	Tindakan anestesi/pemberian sedasi di instalasi radiologi adalah tindakan medis yang diperlukan guna memberikan efek tenang kepada pasien sebelum dilakukan pemeriksaan radiologi.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam tindakan anestesi/pemberian sedasi kepada pasien di instalasi radiologi.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 2. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 3. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 		
PROSEDUR	Tindakan anestesi/pemberian sedasi di instalasi radiologi dilakukan oleh dokter anestesi atau tenaga ahli terlatih dengan pengawasan dokter anestesi. Langkah pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat identitas pasien, klinis dan tanda vital pasien dan catatan medis yang diperlukan untuk konsultasi dengan dokter anestesi. 2. Hubungi dokter anestesi melalui telepon/status pasien. 3. Beri salam dan sampaikan tujuan untuk tindakan pemberian sedasi pada pasien dengan menyampaikan catatan medis yang diperlukan. 4. Tunggu kedatangan dokter anestesi/petugas medis terlatih. 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rawat Jalan 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Gawat Darurat 		

Inst. Radiologi.....	
Wadir	
Ka. Inst	



PROSEDUR TETAP
MENGHUBUNGI DOKTER ANESTESI UNTUK TINDAKAN
ANESTESI/PEMBERIAN SEDASI DI INSTALASI RADIOLOGI


No. Dokumen
A.13/RAD/VI/2016

No. Revisi
00

Halaman
1/1

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang

Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

PENGERTIAN

Tindakan anestesi/pemberian sedasi di instalasi radiologi adalah tindakan medis yang diperlukan guna memberikan efek tenang kepada pasien sebelum dilakukan pemeriksaan radiologi.

TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam tindakan anestesi/pemberian sedasi kepada pasien di instalasi radiologi.

KEBIJAKAN

1. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
2. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.
3. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.

PROSEDUR

Tindakan anestesi/pemberian sedasi di instalasi radiologi dilakukan oleh dokter anestesi atau tenaga ahli terlatih dengan pengawasan dokter anestesi.

Langkah pelaksanaan :

1. Catat identitas pasien, klinis dan tanda vital pasien dan catatan medis yang diperlukan untuk konsultasi dengan dokter anestesi.
2. Hubungi dokter anestesi melalui telepon/status pasien.
3. Beri salam dan sampaikan tujuan untuk tindakan pemberian sedasi pada pasien dengan menyampaikan catatan medis yang diperlukan.
4. Tunggu kedatangan dokter anestesi/petugas medis terlatih.

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Inap
3. Instalasi Gawat Darurat



PROSEDUR TETAP
PELAPORAN HASIL RADIOLOGI KRITIS

No. Dokumen
A.14/RAD/VI/2016


No. Revisi
00

Halaman
1/3

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

PENGERTIAN

Pelaporan hasil kritis adalah pelaporan hasil pemeriksaan radiologi baik pemeriksaan rutin maupun citio yang secara signifikan terdapat ketidaknormalan pada hasil ekspertisanya dan dapat memberi indikasi resiko tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien, dilakukan oleh radiolog atau radiografer atau petugas radiologi lainnya yang disampaikan kepada dokter pengirim atau petugas lain terkait.

Kriteria hasil radiologi kritis antara lain jika didapati gambaran radiologi yang mengarah kepada gambaran yang dikategorikan klinis kritis/hasil ekspertise radiolog menyatakan hasil kesimpulannya sebagai berikut :

- a. Cedera Kepala Berat.
- b. Stroke Hemoragic.
- c. Corpus Aleinum Tenggorokan
- d. Fraktur Terbuka.
- e. Luka Tusuk dada dan perut.
- f. Akut Abdomen.
- g. Pasien PICU/NICU.

Lamanya ekspertise hasil kritis adalah 60 menit setelah pemeriksaan dilakukan.

TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melaporkan hasil radiologi kategori kritis kepada dokter pengirim atau petugas lain yang terkait.



PROSEDUR TETAP
PELAPORAN HASIL RADIOLOGI KRITIS

No. Dokumen
A.14/RAD/VI/2016


No. Revisi
00

Halaman
1/3

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S, M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

2. Sebutkan identitas petugas radiologi yang melaporkan dan yang menerima. Catat pada buku hasil kritis : Nama pasien, asal pasien, nama penerima, tanggal dan waktu dihubungi, kriteria hasil kritis.
3. Sampaikan maksud dan tujuan menghubungi dokter pengirim jika pasien poliklinik atau perawat/dokter jaga ruangan jika pasien rawat inap.
4. Sebutkan nama pasien, jenis pemeriksaan radiologi dan sampaikan kesimpulan hasil ekspertise dokter jaga radiologi.
5. Sampaikan agar hasil diambil segera karena kategori hasil radiologi kritis.
6. Pastikan informasi yang disampaikan dan diterima sudah sesuai.
7. Jika penerima adalah bukan dokter pengirim langsung, mintakan penerima informasi untuk melakukan kegiatan read back (mengulang kembali informasi yang disampaikan).
8. Lakukan koreksi untuk memperjelas informasi jika perlu.

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Inap
3. Instalasi Gawat Darurat



**PROSEDUR TETAP
PELAPORAN HASIL RADIOLOGI KRITIS**

No. Dokumen
A.14/RAD/VI/2016

No. Revisi
00

Halaman
1/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang

Dr. Sri Harse, Sp.S., M.Kes
NIP. 196205241989011001.

KEBIJAKAN

1. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang.
2. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.
3. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.

PROSEDUR

Langkah-langkah pelaporan hasil kritis radiologi adalah :

- a. Foto belum diekspertise
 1. Radiografer memberikan foto basah kepada petugas pengantar untuk segera diperlihatkan hasil gambarannya kepada dokter jaga atau dokter pengirim.
 2. Radiografer menghubungi dokter jaga radiologi untuk segera melakukan ekspertise via WhatsApp.
 3. Setelah selesai dilakukan ekspertise, petugas radiologi langsung menghubungi via telepon DPJP atau petugas lain terkait.
 4. Radiografer/petugas radiologi mencatat data-datanya di buku hasil kritis.
- b. Foto sudah diekspertise
 1. Pastikan semua data-data radiologi sudah lengkap (film, amplop dan hasil ekspertise).



PROSEDUR TETAP
PELAPORAN HASIL RADIOLOGI KRITIS

No. Dokumen
A.14/RAD/VI/2016

No. Revisi
00

Halaman
1/3

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang

RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH
TIDAR
Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes
NIP. 19620524 198901 1 001.

2. Sebutkan identitas petugas radiologi yang melaporkan dan yang menerima. Catat pada buku hasil kritis : Nama pasien, asal pasien, nama penerima, tanggal dan waktu dihubungi, kriteria hasil kritis.
3. Sampaikan maksud dan tujuan menghubungi dokter pengirim jika pasien poliklinik atau perawat/dokter jaga ruangan jika pasien rawat inap.
4. Sebutkan nama pasien, jenis pemeriksaan radiologi dan sampaikan kesimpulan hasil ekspertise dokter jaga radiologi.
5. Sampaikan agar hasil diambil segera karena kategori hasil radiologi kritis.
6. Pastikan informasi yang disampaikan dan diterima sudah sesuai.
7. Jika penerima adalah bukan dokter pengirim langsung, mintakan penerima informasi untuk melakukan kegiatan read back (mengulang kembali informasi yang disampaikan).
8. Lakukan koreksi untuk memperjelas informasi jika perlu.

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Inap
3. Instalasi Gawat Darurat



PROSEDUR TETAP
PELAPORAN HASIL RADIOLOGI KRITIS

No. Dokumen
A.14/RAD/VI/2016


No. Revisi
00

Halaman
1/3

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tgl Terbit :
Juni 2016

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001.

PENGERTIAN

Pelaporan hasil kritis adalah pelaporan hasil pemeriksaan radiologi baik pemeriksaan rutin maupun citio yang secara signifikan terdapat ketidaknormalan pada hasil ekspertisanya dan dapat memberi indikasi resiko tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien, dilakukan oleh radiolog atau radiografer atau petugas radiologi lainnya yang disampaikan kepada dokter pengirim atau petugas lain terkait.

Kriteria hasil radiologi kritis antara lain jika didapati gambaran radiologi yang mengarah kepada gambaran yang dikategorikan klinis kritis/hasil ekspertise radiolog menyatakan hasil kesimpulannya sebagai berikut :

- a. Cedera Kepala Berat.
- b. Stroke Hemoragic.
- c. Corpus Aleinum Tenggorokan
- d. Fraktur Terbuka.
- e. Luka Tusuk dada dan perut.
- f. Akut Abdomen.
- g. Pasien PICU/NICU.



Lamanya ekspertise hasil kritis adalah 60 menit setelah pemeriksaan dilakukan.

TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melaporkan hasil radiologi kategori kritis kepada dokter pengirim atau petugas lain yang terkait.



**PROSEDUR TETAP
PENGAMBILAN HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

	No. Dokumen A.04/RAD/II/2019	No. Revisi 02	Halaman 1/2
	Tgl Terbit : Januari 2019	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit Umum Tidar Magelang  Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes NIP 19620524 198901 1 001.	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL			
PENGERTIAN	Pengambilan hasil radiologi adalah proses kegiatan serah terima hasil pemeriksaan radiologi.		
TUJUAN	Untuk ketertiban administrasi radiologi.		
KEBIJAKAN	1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 410/MENKES/SK/III/2010 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang Nomor 3/PER/RSUD/II/2016 Tentang Kebijakan Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. 5. Surat Keputusan Direktur No. 35.3/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pengorganisasian Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang. 6. Surat Keputusan Direktur No. 35.4/SK/RSUD/III/2016 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Magelang.		
PROSEDUR	1. Pelaksana kegiatan pengambilan hasil adalah petugas administrasi/radiografer. Pengambil hasil pemeriksaan radiologi adalah pasien/keluarga pasien untuk rawat jalan sedang untuk rawat inap adalah petugas ruangan. 2. Laksanakan pengambilan hasil radiologi di ruang radiologi. 3. Lakukan pengambilan hasil setelah diekspertise dokter spesialis radiologi. 4. Ambil hasil radiologi menggunakan : a. Bukti pembayaran dan atau kartu pengambilan untuk pasien rawat jalan. b. Buku ekspedisi.		



**PROSEDUR TETAP
PENGAMBILAN HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

No. Dokumen
A.04/RAD/II/2019


No. Revisi
02

Halaman
1/2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tgl Terbit :
Januari 2019

Ditetapkan
Direktur
Rumah Sakit Umum Tidar Magelang


Dr. Sri Harso, Sp.S., M.Kes
NIP 19620524 198901 1 001

5. Langkah-langkah:
- Pasien/ keluarga menyerahkan bukti pengambilan hasil foto rontgen ke petugas radiologi
 - Siapkan hasil yang akan diambil.
 - Panggil nama pasien dan alamatnya.
 - Ucapkan salam : "selamat pagi/siang/sore/malam".
 - Tulis nama pasien dan nomor rontgen untuk pasien rawat inap di buku ekspedisi hasil.
 - Tulis nama terang pengambil hasil.
 - Minta tanda tangan di buku ekspedisi.
 - Serahkan hasil kepada pasien/petugas ruang yang mengambil.
 - Persilahkan pasien/petugas kembali ke poliklinik/ruangan.

Jam Pengambilan

- Untuk Foto Cito yang dilakukan pada jam kerja: Hasil foto dan ekspertisanya bisa diambil 2 jam setelah pemeriksaan.
- Untuk Pemeriksaan Pasien non Cito pada jam Kerja : Hasil Foto dan ekspertisanya bisa diambil mulai jam :17.00 wib pada hari yang sama.
- Untuk Pemeriksaan Canggih pada jam kerja (MRI,Ct.Scan, Kontras) pasien rawat inap :Hasil Foto diambil mulai jam : 17.00 wib pada hari yang sama.
- Untuk Pemeriksaan Canggih (MRI,Ct.Scan, Kontras) pasien rawat Jalan :Hasil Foto diambil mulai jam : 10.00 wib hari berikut.

UNIT TERKAIT

Pasien, Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD.

DAFTAR ISI

1. PAS PHOTO BERWARNA (POSTCARD)..... (ASLI)
2. DAFTAR ISI..... (ASLI)
3. KARTU PEGAWAI, RIWAYAT PEKERJAAN (ASLI)
4. KARTU HUKUMAN DISIPLIN (ASLI)
5. URAIAN TUGAS (ASLI)
6. SK PANGKAT (FC)
7. SK JABATAN (FC)
8. SK KENAIKAN GAJI BERKALA (FC)
9. DP 3 / SKP DAN PENGUKURAN SKP (FC)
10. KP 4, AKTA NIKAH (FC)
11. SERTIFIKAT DIKLAT DAN EVALUASINYA (FC)
12. PIAGAM PENGHARGAAN (FC)
13. I J A S A H (FC)
14. IJIN BELAJAR / TUGAS BELAJAR (FC)
15. KARPEG, KARSU/ KARIS, TASPEN, ASKES, NPWP, KPE, KK (FC)
16. SUMPAH PNS, SPMT..... (FC)
17. DAFTAR RIWAYAT HIDUP/ BIODATA (FC)