BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pelayanan Publik

a. Defenisi Pelayanan Publik

Pada dasarnya setiap manusia membutuhkan pelayanan, menurut Sinambela (1992:198) mengatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia. Pendapat lain dikemukakan oleh Budiman dalam artikelnya (2004) bahwa selama hidupnya, manusia selalu membutuhkan pelayanan.

> Lewis. dkk, (2005:22) mengemukakan pelayanan publik adalah kepercayaan publik. Warga negara berharap pelayanan publik dapat melayani dengan kejujuran dan pengelolaan sumber penghasilan secara tepat, dan dapat dipertanggungjawabkan kepada publik. Pelayanan publik yang adil dan dapat dipertanggung-jawabkan menghasilkan kepercayaan publik. Dibutuhkan etika pelayanan publik sebagai pilar dan kepercayaan publik sebagai dasar untuk mewujudkan pemerintah yang baik.

Sedangkan menurut Sinambela (2010:5), pelayanan publik adalah pemenuhan keinginan dan kebutuhan masyarakat oleh penyelenggara Negara.

> Berdasarkan Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa pelayanan publik adalah keseluruhan rangkaian pemenuhan layanan yang bersifat umum ataupun khusus yang tersedia untuk masyarakat dimana masyarakat percaya dan berharap pelayanan publik dapat melayani dengan kejujuran dan pengelolaan sumber penghasilan secara tepat, dan dapat dipertanggungjawabkan kepada publik yang pemenuhannya oleh penyelenggara Negara.

b. Unsur-unsur Pelayanan Publik

Terdapat empat unsur penting dalam proses pelayanan publik (Barata, 2004:11) yaitu:

1) Penyedia layanan, yaitu pihak yang dapat memberikan suatu layanan tertentu kepada konsumen, baik berupa layanan dalam bentuk penyediaan dan penyerahan barang (*goods*) atau jasa-jasa (*services*).
2) Penerima layanan, yaitu mereka yang disebut sebagai konsumen yang menerima berbagai layanan dari penyedia layanan.
3) Jenis layanan, yaitu layanan yang dapat diberikan oleh penyedia layanan kepada pihak yang membutuhkan layanan.
4) Kepuasan pelanggan, dalam memberikan layanan penyedia layanan harus mengacu pada tujuan utama pelayanan, yaitu kepuasan pelanggan. Hal ini sangat penting dilakukan karena tingkat kepuasan yang diperoleh para pelanggan itu biasanya sangat berkaitan erat dengan standar kualitas barang dan atau jasa yang mereka nikmati.

Adapun ciri-ciri pelayanan publik yang baik adalah memiliki unsur-unsur (Kasmir, 2006:34) sebagai berikut:

1) Tersedianya karyawan yang baik.
2) Tersedianya sarana dan prasarana yang baik.
3) Bertanggung jawab kepada setiap konsumen (pelanggan) sejak awal hingga akhir.
4) Mampu melayani secara cepat dan tepat.
5) Mampu berkomunikasi.

6) Memberikan jaminan kerahasiaan setiap pelayanan.
7) Memiliki pengetahuan dan kemampuan yang baik.
8) Berusaha memahami kebutuhan konsumen (pelanggan).
9) Mampu memberikan kepercayaan kepada konsumen (pelanggan).

Jadi setiap pelayanan publik harus mampu memenuhi unsur-unsur dan ciri-ciri tersebut untuk menjamin bahwa pelayanan yang diberikan berkualitas atau bermutu.

c. Kualitas Pelayanan Publik

Pelayanan publik bertujuan untuk memuaskan masyarakat. untuk mencapai kepuasan itu dituntut kualitas pelayanan prima (Sinambela, 2010:6) yang tergambar pada :

1) Transparansi, yaitu pelayanan yang bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti,
2) Akuntabilitas, yaitu pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan,
3) Kondisional yaitu pelayanan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan denga tetap berpegang pada prinsip efesiensi dan efektivitas,
4) Partisipatif yaitu pelayanan yang dapat mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat,
5) Kesamaan hak yaitu pelayanan yang tidak melakukan diskriminasi dilihat dari aspek apapun khususnya suku, ras, agama, golongan, status social dan lain-lain,
6) Keseimbangan hak dan kewajiban yaitu pelayanan yang mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi dan penerima pelayanan publik.

Dari gambaran kualitas pelayanan publik diatas maka diketahui bahwa pelayanan berhubungan erat dengan administrasi publik dimana pelayanan adalah kualitas pelayanan birokrat terhadap masyarakat. Kualitas pelayanan juga berhubungan erat

dengan pelayanan yang sistematis dan komprehensif yang lebih dikenal dengan pelayanan prima. Selain peningkatan kualitas pelayanan melalui pelayanan prima, pelayanan yang berkualitas juga dapat dilakukan dengan layanan sepenuh hati, dimana menurut penggagasnya yaitu Patricia (1998:1) layanan sepenuh hati adalah layanan yang berasal dari diri sendiri yang mencerminkan emosi, watak, keyakinan, nilai, sudut pandang, dan perasaan.

2. Pelayanan Kesehatan

a. Defenisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan publik yang menjadi kebutuhan dasar masyarakat dimana setiap individu pernah merasakan sakit sehingga secara otomatis akan membutuhkan pelayanan kesehatan untuk menyembuhkan sakitnya itu.

> Menurut Azwar (1996:35) pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang dilaksanakan secara sendiri, atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi yang mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi daripadanya untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

> Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor: 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat.

Dari beberapa defenisi tersebut, maka batasan pelayanan kesehatan adalah :

1) Pengorganisasian pelayanan dapat dilakukan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
2) Ruang lingkup kegiatan dapat mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.
3) Sasaran pelayanan kesehatan adalah untuk perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat.

b. Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan kesehatan begitu banyak macamnya, namun secara umum bisa dibedakan menjadi dua jenis yaitu menurut pendapat Hodgetts dan Cascio (Azwar, 1996:36) adalah :

1) Pelayanan kedokteran
   Ciri pelayanan kesehatan yang termasuk dalam pelayanan kedokteran yaitu cara pengorganisasiannya yang dapat bersifat sendiri seperti klinik atau secara bersama-sama dalam satu organisasi seperti rumah sakit, tujuan utamanya menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta diperuntukan bagi perseorangan dan keluarga.
2) Pelayanan kesehatan masyarakat
   Ciri pelayanan kesehatan yang termasuk pelayanan kesehatan masyarakat yaitu cara pengorganisasiannya secara umum dilakukan bersama-sama dalam organisasi, bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasaran utamanya untuk kelompok dan masyarakat.

Pendapat lain oleh Leavel dan Clark (Azwar, 1996:36-37) mengemukakan perbedaan antara kedua macam pelayanan kesehatan tersebut antara lain :

1) Tenaga pelaksana pelayanan kedokteran adalah diutamakan dokter, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat diutamakan ahli kesehatan masyarakat,
2) Perhatian utama pelayanan kedokteran adalah penyembuhan penyakit, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat mengutamakan pencegahan penyakit,
3) Sasaran utama pelayanan kedokteran adalah perseorangan atau keluarga, sedangkan pelayanan masyarakat sasarannya adalah masyrakat secara menyeluruh,
4) Pelayanan kedokteran kurang memperhatikan efesiensi, sedangkan pelananan kesehatan masyarakat selalu mencari cara yang efesien,
5) Pelayanan kedokteran tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan denga etika kedokteran, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat dapat menarik perhatian masyarakat misalnya dengan penyuluhan kesehatan,
6) Pelayanan kedokteran menjalankan fungsi perseorangan dan terikat dengan undang-undang, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat menjalankan fungsi dengan mengorganisir masyarakat dan mendapat dukungan undang-undang,
7) Penghasilan dari pelayanan kedokteran diperoleh dari imbal jasa, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat penghasilannya berupa gaji dari pemerintah,
8) Pelayanan kedokteran hanya bertanggungjawab kepada penderita/pasien, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat bertanggungjawab kepada seluruh masyarakat,
9) Pelayanan kedokteran tidak boleh memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat saingan, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat dapat memonopoli upaya kesehatan,
10) Masalah administrasi pelayanan kedokteran amat sederhana, sedangkan pelayanan kesehatan harus menghadapi berbagai persoalan kepemimpinan.

c. Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai salah satu bentuk pelayanan kedokteran didefenisikan sangat beragam sehingga perlu adanya batasan

yang dianggap penting. Beberapa defenisi yang dikemukakan oleh para ahli (Azwar,1996:82) yaitu :

> Menurut *Association of Hospital Care*, rumah sakit adalah pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan.

> Menurut *American Hospital Association*, rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis professional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

Menurut Adikoesoesmo (Alamsyah, 2011:100), rumah sakit adalah bagian yang integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan.

Berdasarkan batasan dan defenisi diatas maka rumah sakit diartikan sebagai organisasi pelayanan kesehatan masyarakat yang terorganisir secara profesional dan berfungsi sebagai pusat layanan kesehatan bagi pasien dan atau masyarakat yang membutuhkan, tempat pendidikan bagi mahasiswa profesi kesehatan dan sarana penelitian tentang kesehatan serta dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan.

Menurut Azwar (1996) rumah sakit di Indonesia sangat beragam dan dibedakan menjadi 2 klasifikasi yaitu :

1) Ditinjau dari pemiliknya terdiri atas dua macam yaitu rumah sakit pemerintah (pemerintah pusat dan pemerintah daerah) dan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah pusat dibedakan

menjadi dua macam yaitu rumah sakit yang dikelolah langsung oleh Departemen Kesehatan atau dikelolah oleh departemen atau instansi lain seperti POLRI.

2) Ditinjau dari kemampuan pelayanan yang dimiliki dibedakan atas lima macam yaitu :

a) Rumah Sakit Kelas A

Rumah Sakit kelas A adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis luas oleh pemerintah, rumah sakit ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut juga rumah sakit pusat.

b) Rumah Sakit Kelas B

Rumah Sakit kelas B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran medik spesialis luas dan subspesialis terbatas. Direncanakan rumah sakit tipe B didirikan di setiap ibukota propinsi (*provincial hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten. Rumah sakit pendidikan yang tidak termasuk tipe A juga diklasifikasikan sebagai rumah sakit tipe B.

c) Rumah Sakit Kelas C

Rumah Sakit kelas C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas. Terdapat empat macam pelayanan spesialis disediakan

yakni pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan rumah sakit tipe C ini akan didirikan di setiap kabupaten/kota (*regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.

d) Rumah Sakit Kelas D

Rumah Sakit ini bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Pada saat ini kemampuan rumah sakit tipe D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi. Sama halnya dengan rumah sakit tipe C, rumah sakit tipe D juga menampung pelayanan yang berasal dari puskesmas.

e) Rumah Sakit Kelas E

Rumah sakit ini merupakan rumah sakit khusus (*special hospital*) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak tipe E yang didirikan pemerintah, misalnya rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, rumah sakit paru, rumah sakit jantung, dan rumah sakit ibu dan anak.

Secara umum unit operasional rumah sakit terdiri dari tiga bagian besar (Adisasmito, 2009:6) yaitu :

1) Unit kegiatan pelayanan medik terdiri dari unit kegiatan layanan rawat inap, unit kegiatan pelayanan rawat jalan, unit kegiatan layanan gawat darurat, unit kegiatan layanan perawatan intensif dan unit kegiatan layanan bedah/operasi.

2) Unit kegiatan penunjang medik terdiri dari unit kegiatan laboratorium, unit kegiatan radiologi, unit kegiatan farmasi, unit kegiatan sterilisasi, unit kegiatan anastesi, unit kegiatan haemodialisis, unit kegiatan diagnosis dan unit medik.
3) Unit kegiatan penunjang nonmedik terdiri dari unit kegiatan sanitasi, unit kegiatan logistik, unit kegiatan dapur, unit kegiatan linen dan laundry, unit kegiatan rekam medic, unit kegiatan sarana dan prasarana fisik serta unit kegiatan mekanikal dan elektrikal.

d. Pelayanan Radiologi

Pelayanan radiologi merupakan salah satu unit kegiatan atau pelayanan penunjang medik yang harus ada di setiap rumah sakit, baik itu milik pemerintah maupun milik swasta.

> Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 780/MENKES/PER/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi mendefenisikan pelayanan radiologi adalah pelayanan medik yang menggunakan semua modalitas energi radiasi untuk diagnosis dan terapi, termasuk teknik pencitraan dan penggunaan emisi radiasi dengan sinar-x, radioaktif, ultrasonografi dan radiasi radio frekuensi elektromagnetik.

Amstrong (1989:1) mengemukakan bahwa instalasi radiologi sangat perlu berjalan dengan baik dan digunakan secara efesien untuk meminimumkan bahaya radiasinya serta efektif biayanya. Organisasi instalasi radiologi ditangani oleh ahli radiologi dan *radiographer* serta digunakan oleh klinik yang merujuknya. Ada beberapa aspek penting dalam pelayanan pada instalasi radiologi yaitu komunikasi yang baik antara pihak klinik dan ahli radiologi bersifat vital, *radiographer* perlu mengetahui dan memahami masalah klinis sehingga melakukan pemeriksaan dengan tepat dan

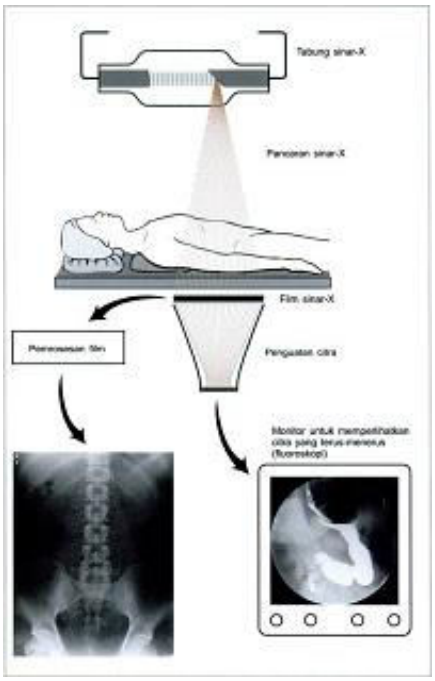
pihak klinik juga perlu memahami keterbatasan hasil diagnosis yang diberikan.

Perkembangan teknologi terbaru telah menghasilkan berbagai teknik dan prosedur pencitraan yang kompleks dan membingungkan. Namun demikian, menurut Patel (2005:1) prinsip dasar pencitraan adalah tetap yaitu memberikan gambaran anatomi bagian tubuh tertentu dan kelainan-kelainan yang terkait.

Berdasarkan perkembangannya, ada beberapa modalitas utama pencitraan (Patel ,2005:2), yaitu :

1) Radiografi polos (radiografi konvensional) yaitu memanfaatkan pancaran sinar-x untuk menggambarkan struktur dada (*thorax*), *abdomen*, tulang (*ektremitas*), dan sebagainya.
2) Fluoroskopi yaitu menggunakan pancaran sinar-x yang berkesinambungan untuk menghasilkan gambar bergerak untuk memonitor berbagai pemeriksaan seperti *barium meal, barium enema,* dan sebagainya,
3) Utrasonografi (USG) yaitu menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi untuk memperlihatkan berbagai struktur seperti *abdomen, pelvis*, leher dan jaringan lunak *perifer*,
4) *Computed Tomography* (CT) yaitu mendapatkan potongan melintang densitas dan citra terkomputerisasi dari pancaran sinar-x/sinar detector,
5) *Magnetic Resonance Imanging* (MRI) yaitu memanfaatkan sifat-sifat *magnetic* atom *hydrogen* dalam tubuh untuk mendapatkan citra,
6) *Nuclear medicine* (kedokteran nuklir) yaitu memberikan gambaran rinci baik fungsional maupun anatomis dengan menggunakan deteksi radiasi gamma dari radioisotope yang disuntikkan.

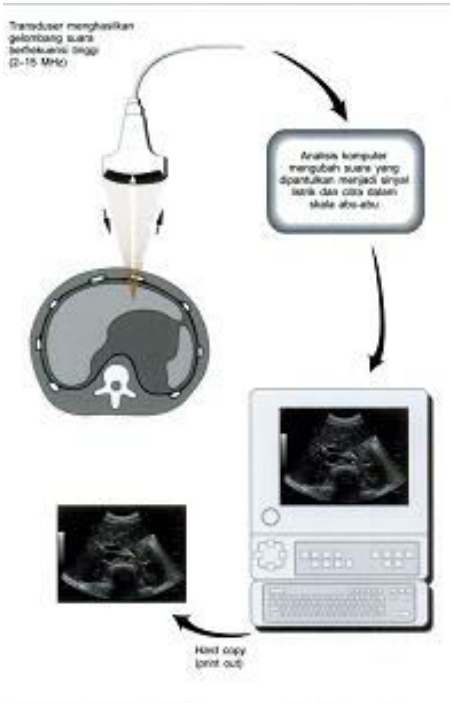
Pada dasarnya, setiap modalitas memiliki prinsip dasar masing-masing yang membedakan antara modalitas satu dengan yang lain, adapun prinsip dasarnya dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 1. Prinsip dasar sinar-x polos dan flouroskopi
(Patel, 2005:4)

Prinsip dasar radiografi konvensional, sinar-X merupakan bagian dari spektrum elektromagnetik yang dipancarkan akibat pengeboman *anoda wolfram* oleh electron-elektron bebas dari suatu katoda. Radiografi polos dihasilkan oleh pergerakan elektron-elektron tersebut melintasi pasien dan menampilkan film radiografik. Radiografi konvensional digunakan untuk pemeriksaan *Thorax* (dada), *Abdomen* (perut), dan sistem tulang (*ektremitas)* seperti kasus trauma, tulang belakang, sendi, penyakit *degenerative*, *metabolic* dan *metastatic.* Selain radiografi konvensional, terdapat juga radiografi digital yang prinsip dasarnya sama dengan radiografi konvensional namun layar digital menggantikan film sinar-X. Sedangkan pada *flouroskopi,* pancaran

sinar-X berkekuatan rendah diberikan secara berkesinambungan pada pasien untuk menghasilkan citra dinamis yang dapat ditampilkan pada monitor. Berbagai prosedur pemeriksaan seperti penggunaan barium pada saluran pencernaan, arteriografi dan prosedur intervensional dimonitor dan dilakukan dengan menggunakan *flouroskopi*.

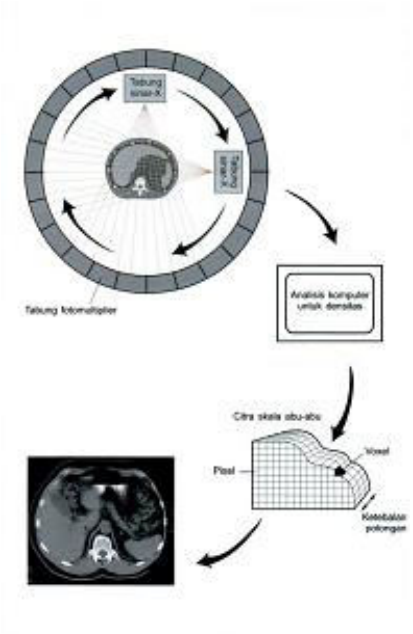


Gambar 2. Prinsip dasar Ultrasonografi
(Patel, 2005:6)

Prinsip dasar dari ultrasonografi adalah menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi, yang dihasilkan oleh Kristal piezo-elektrik pada transduser. Gelombang tersebut melewati tubuh, dan dipantulkan kembali secara bervariasi tergantung pada jenis jaringan yang terkena gelombang. Dengan transduser yang sama, selain mengirim suara juga menerima suara yang

dipantulkan dan mengubah sinyal menjadi arus listrik yang kemudian diproses menjadi gambar skala abu-abu. Modalitas ultrasonografi digunakan untuk pemeriksaan :

1) Otak : pencitraan otak neonatus.
2) Thorax : mengkonfirmasi efusi pleura dan massa pleura.
3) Abdomen : memvisualisasikan hati, kandung empedu, pancreas, ginjal dan sebagainya.
4) Pelvis : memantau kehamilan, *uterus* dan *ovarium.*
5) Perifer : menilai tiroid, testis dan lesi jaringan lunak.

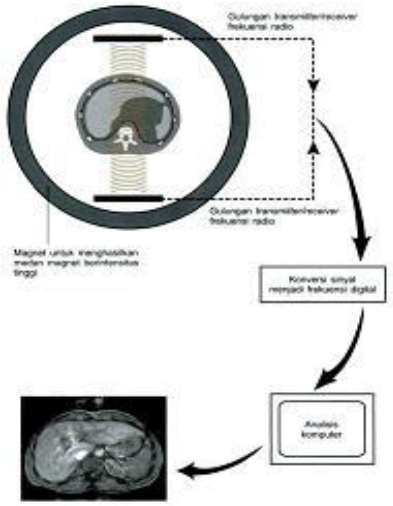


Gambar 3. Prinsip dasar CT
(Patel, 2005:8)

Computed tomography (CT) menggunakan pancaran sinar-X terkolimasi pada pasien untuk mendapatkan citra potongan melintang yang tipis dari kepala dan tubuh pasien. Sebagai pengganti pancaran pada film sinar-X, digunakan system deteksi yang lebuh sensitive dengan tabung *fotomultiplier*. Tabung sinar-X berputar mengelilingi pasien beberapa kali. Citra didapatkan melalui pembacaan digital dari tabung *fotomultiplier* yang diproses

oleh computer dan analisis pola penyerapan pada tiap jaringan. CT dimanfaat untuk :

1) Seluruh bagian tubuh bisa dipindai, seperti otak, leher, *abdomen, pelvis* dan tungkai.
2) Staging tumor primer seperti pada kolon dan paru untuk mengetahui adanya penyebaran sekunder, untuk menentukan kelayakan operasi atau dasar kemoterapi.
3) Perencanaan radioterapi.
4) Mendapatkan detail anatomis yang tepat jika tidak berhasil dengan ultrasonografi.

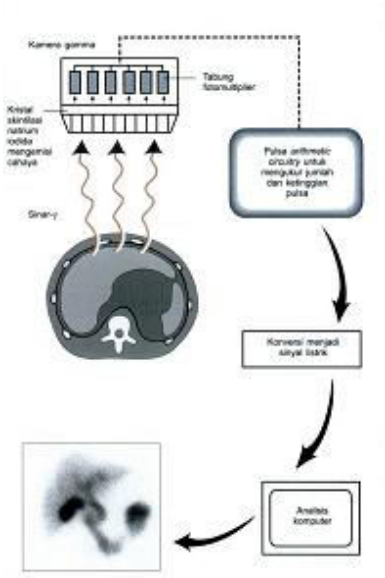


Gambar 4. Prinsip dasar MRI
(Patel, 2005:10)

Pemindaian resonansi magnetic menghasilkan citra tubuh dengan memanfaatkan sifat-sifat magnetic inti atom tertentu, terutama inti atom hydrogen pada molukel air. Pasien diposisikan pada terowongan pemindai, dikelilingi oleh magnet yang besar dan dipajankan pada medan magnet berintensitas tinggi. Hal ini mendorong inti atom hydrogen untuk bersatu pada medan magnet. Suatu gelombang frekuensi radio diberikan pada inti atom ini dan kemudian memindahkannya dari posisi sebelumnya, ketika

gelombang ini menghilang, inti atom tersebut kembali ke keadaan sebelumnya, melepaskan energy (dalam bentuk sinyal frekuensi radio). Analisis computer memproses energy ini menjadi sinyal digital, dengan konversi menjadi skala abu-abu. Manfaat modalitas MRI untuk pencitraan antara lain :

1) Sistem saraf pusat (*central nervous system*) dengan teknik pilihan untuk pencitraan otak dan tulang belakang.
2) Musculoskeletal dengan pencitraan yang akurat pada kelainan persendian, tendon, ligamen dan otot.
3) Jantung yaitu pencitraan dengan teknik *gating* yang berhubungan dengan siklus jantung memungkinkan diagnosis berbagai kondisi jantung.
4) *Thorax* dengan penilaian struktur vascular pada mediastinum.
5) *Abdomen* dengan menvisualisasikan dengan baik, yang dikelilingi oleh sinyal-sinyal yang tinggi dari lemak di sekelilingnya.
6) *Pelvis* dengan staging neoplasma prostat, kandung kemih dan pelvis.



Gambar 5. Prinsip dasar kedokteran nuklir
(Patel, 2005:12)

Pencitraan dengan modalitas kedokteran nuklir merupakan alat diagnostik yang berharga untuk memeriksa kelainan fisiologis tubuh dengan keunggulan dalam detail anatomis. Ada dua jenis pemeriksaan pada kedokteran nuklir yaitu :

1) SPECT (*single photon emission computed tomography*) adalah suatu potongan tomografik planar dibentuk dari foton-foton yang diemisikan oleh radioisotop.
2) PET (*positron emission tomography*) menggunakan isotop emisi positron yang menghasilkan banyak positron berumur pendek dan siklotron digunakan untuk kasus pada otak (infark dan demensia), jantung (infark dan angina) dan deteksi tumor atau penumpukan sekunder.

Pada pelayanan pemeriksaan ada dua hal penting harus diperhatikan yaitu kemungkinan terjadinya reaksi alergi terhadap media kontras pada pemeriksaan radiologi yang menggunakan media kontras, seperti pada pemeriksaan BNO IVP, OMD, *colon in loop* dan HSG serta tindakan proteksi radiasi yang diberikan kepada pasien pada saat pemeriksaan radiologi. Menurut Patel (2005:3), reaksi terhadap media kontras dibagi tiga yaitu :

1) Reaksi minor seperti muntah, bercak urtikularia dan sakit kepala.
2) Reaksi intermediate seperti hipotensi dan bronkospasme.
3) Reaksi mayor seperti edema paru, aritmia jantung dan henti jantung.

Pada pemeriksan radiologi harus selalu dilakukan tindakan proteksi radiasi. Semua orang menerima radiasi alami namun saat ini berbagai tes diagnostic menjadi sumber terbesar radiasi sehingga harus dilakukan tindakan proteksi radiasi. Patel

(2005:3) mengemukan beberapa pertimbangan dalam melakukan pemeriksaan radiologi, yaitu ;

1) Menggunakan dosis minimum, pemeriksaan radiologi hanya dilakukan jika penatalaksanaan selanjutnya akan efektif.
2) Janin biasanya bersifat sensitive terutama trimestes pertama maka perlua adanya pemeriksaan kehamilan sebelum melakukan pemeriksaan radiologi bagi wanita usia produktif.
3) Permintaan yang jelas berupa rincian klinis yang relevan sehingga pemilihan pemeriksaan radiologi yang diberikan paling sesuai.
4) Untuk kasus-kasus yang kompleks didiskusikan denganahli radiologi sehingga pemilihan pemeriksaan radiologi yang diberikan tepat.
5) Pemeriksaan fisik dengan radiologi yang tidak perlu harus dihindari seperti mengulang pemeriksaan radiologi *thorax* untuk mendapatkan resolusi pada kasus konsolidasi pneumonik, kurang dari interval mingguan atau melakukan pemeriksaan radiologi *thorax* praoperasi pada pasien usia muda.
6) Memilih pemeriksaan USG dan MRI karena tidak menimbulkan radiasi.

e. Masalah Pelayanan kesehatan

Dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi kedokteran mengakibatkan syarat-syarat pokok pelayanan kesehatan kadang tidak terpenuhi dan terjadi beberapa perubahan dalam pelayanan kesehatan. Di satu pihak perubahan ini menguntungkan karena mampu meningkatkan mutu pelayanan dan semakin turunnya angka kesakitan, cacat dan kematian serta meningkatkan umur harapan hidup rata-rata. Akan tetapi di pihak lain terjadi beberapa permasalahan akibat perubahan tersebut (Azwar, 1996:39) antara lain :

1) Terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan
   Ini berhubungan dengan adanya spesialis dan sub spesialis dalam pelayanan kesehatan yang mengakibatkan sulitnya masyarakat dalam memperoleh kesehatan, yang apabila berkelanjutan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.
2) Berubahnya sifat pelayanan kesehatan
   Adanya perubahan ini maka berpengaruh terhadap hubungan dokter dengan pasien dan pelayanan yang diberikan tidak secara menyeluruh, hanya focus pada keluhan atau organ yang sakit saja.

Selain masalah diatas, ketergantungan pada peralatan kedokteran yang canggih juga mengakibatkan dampak negatif. Menurut Azwar (1996:39-40), ada dua dampak negative yang ditimbulkan yaitu :

1) Hubungan antara dokter dengan pasien makin renggang
2) Biaya kesehatan makin mahal

Kedua dampak negatif ini mengakibatkan pelayanan kesehatan dinilai tidak bermutu lagi.

3. Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Defenisi Mutu

Mutu merupakan hal terpenting dalam menjamin keberlanjutan suatu proses produksi atau pelayanan jasa. Mutu sering kali diidentikkan dengan sesuatu yang mahal padahal tidak menjamin sesuatu yang mahal itu pasti bermutu. Menurut Butje dan Pardamean (Pohan, 2006:12), mutu didefenisikan sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik

berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat.

Defenisi mutu lain menurut *American Medical Association (*1991:Al-Assaf,2009:22), mutu adalah suatu tahap saat layanan kesehatan mempengaruhi peluang *outcome* pasien yang optimal dan menurut Al-Assaf (1998,Al-Assaf,2009:22), mutu merupakan suatu proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen, baik internal maupun eksternal.

Berdasarkan beberapa defenisi diatas maka disimpulkan bahwa mutu adalah keseluruhan proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen terhadap karakteristik barang atau jasa yang memenuhi persyaratan dan spesifikasi serta inovatif sehingga mampu mempengaruhi peluang *outcome* yang optimal. Persyaratan suatu barang atau jasa dikatakan bermutu adalah sebagai berikut:

1) Proses pemenuhannya sesuai kebutuhan dan harapan konsumen,
2) Bersifat spesifik dan inovatif,
3) Mampu mempengaruhi peluang *outcome* yang optimal.

b. Mutu Pelayanan Kesehatan

Walaupun kedua pelayanan kesehatan tersebut berbeda dalam beberapa hal tapi keduanya memiliki syarat pokok yang

sama., Ada lima syarat pokok pelayanan kesehatan (Azwar, 1996:38-39) yaitu :

1) Tersedia dan berkesinambungan
   Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat mudah ditemukan dan keberadaannya selalu ada ketika masyarakat membutuhkan.
2) Dapat diterima dan wajar
   Pelayanan kesehatan tidak boleh bertentangan dengan adat istiadat, keyakinan dan kepercayaan masyarakat dan bersifat wajar.
3) Mudah dicapai
   Pelayanan kesehatan harus diatur pendistribusiannya dimana pelayanan kesehatan harus tersebar merata di perkotaan dan pedesaan sehingga masyarakat mudah mencapai lokasi pelayanan kesehatan.
4) Mudah dijangkau
   Biaya pelayanan kesehatan harus dapat diupayakan mampu dijangkau oleh seluruh masyarakat.
5) Bermutu
   Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan tata cara penyelenggaraaannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Layanan kesehatan bersifat multidimensi, ada sepuluh dimensi mutu layanan kesehatan (Brown et.al, 1992:2-6) antara lain :

1) Dimensi kompetensi teknis
   Dimensi kompetensi teknis ini berhubungan dengan bagaimana pemberi layanan kesehatan mengikuti kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi.
2) Dimensi keterjangkauan atau akses
   Dimensi keterjangkauan atau akses artinya layanan kesehatan itu harus dapat dicapai dengan mudah oleh masyarakat tanpa terhalangi kondisi geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa.
3) Dimensi efektivitas
   Efektivitas layanan kesehatan bergantung pada bagaimana standar layanan kesehatan itu digunakan dengan tepat, konsisten, dan sesuai dengan situasi setempat.

4) Dimensi efesiensi
   Sumber daya kesehatan sangat terbatas sehingga dimensi efesiensi sangat penting dalam layanan kesehatan. Layanan kesehatan yang efesien dapat melayani lebih banyak pasien dan atau masyarakat.
5) Dimensi kesinambungan
   Dimensi kesinambungan layanan kesehatan diartinya sebagai melayani pasien sesuai kebutuhannya, termasuk rujukan jika diperlukan tanpa pengulangan diagnosis dan terapi yang tidak perlu.
6) Dimensi keamanan
   Dimensi keamanan maksudnya layanan kesehatan harus aman, baik bagi pasien, bagi pemberi layanan maupun bagi masyarakat sekitarnya.
7) Dimensi kenyamanan
   Dimensi kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan efektivitas layanan kesehatan, tetapi mempengaruhi kepuasan pasien/konsumen sehingga mendorong pasien untuk dating berobat kembali ke tempat tersebut.
8) Dimensi informasi
   Layanan yang bermutu harus mampu memberikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana, dan bagaimana layanan kesehatan itu akan dan/atau telah dilaksanakan.
9) Dimensi ketepatan waktu
   Layanan kesehatan itu harus dilaksanakan dalam waktu dan cara yang tepat, oleh pemberi pelayanan yang tepat, dan menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta biaya yang efesien (tepat).
10) Dimensi hubungan antar manusia
    Hubungan antarmanusia merupakan interaksi antara pemberi layanan kesehatan (*provider*) dengan pasien atau konsumen, antarsesama pemberi layanan kesehatan, hubungan antara atasan-bawahan, dinas kesehatan, rumah sakit, puskesmas, pemerintah daerah, LSM, masyarakat, dan lain-lain.

Menurut Juran dan Maxwell (Cristine, 1992 :19) menyebutkan kerangka pikir yang dikembangkan dalam layanan kesehatan yang berasal dari kalangan industri yaitu antara lain :

1) Ketepatan waktu
   Termasuk akses, waktu tunggu, dan waktu tindakan.
2) Informasi
   Penjelasan dari jawaban apa, mengapa, bagaimana, kapan, dan siapa.

3) Kompetensi teknis
   Termasuk pengetahuan kedokteran dan keperawatan, keterampilan dan pengalaman, teknologi, keparipurnaan, dan keberhasilan pengobatan.
4) Hubungan antar manusia
   Termasuk rasa hormat, sopan santun, perilaku, dan empati.
5) Lingkungan
   Termasuk gedung, taman, kebersihan, kenyamanan, dan keamanan.

Pelayanan kesehatan yang bermutu akan terwujud jika semua pihak mampu bersinergi menyediakan dan meberikan pelayanan terbaik dengan memperhatikan syarat pokok, dimensi-dimensi dan kerangka pikir pelayanan kesehatan.

c. Mutu Pelayanan Radiologi

Dalam perencanaan rumah sakit baru atau untuk melengkapi rumah sakit yang sudah ada dengan peralatan radiologi, maka beberapa hal harus diperhatikan secara teliti supaya peralatan radiologi yang akan dan sudah terpasang bisa dipergunakan secara efektif dan efesien. Peralatan radiologi merupakan pengeluaran terbesar untuk sebuah rumah sakit dan diharapkan dapat memberikan mutu pelayanan yang terbaik kepada masyarakat yang membutuhkan jasa pemeriksaan radiologi.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelayanan radiologi (Ilyas, 1990:7-9) yaitu :

1) Lokasi instalasi radiologi ditempatkan di pusat/sentral sehingga mudah dicapai dari poliklinik, ruang bedah, ruang rawat inap, ruang rawat intensif dan sebagainya,
2) Kekuatan dan besarnya peralatan radiologi harus sesuai dengan tipe rumah sakit yang ada atau akan dibangun,

3) Proteksi radiasi peralatan radiologi dan dinding ruangan harus dapat menjamin keamanan pasien, petugas radiologi dan masyarakat disekitarnya dari radiasi yang dihasilkan,
4) Perlengkapan yang dipakai untuk pemeriksaan radiologi seperti kaset, film, tabir penguat harus dalam keadaan baik untuk mencegah timbulnya artefak sehingga pengulangan pemeriksaan tidak terjadi. Selain itu, identitas pasien pada film harus lengkap dan benar sehingga tidak terjadi tertukarnya film dan hasil diagnosis,
5) Ruangan dan peralatan memproses film memenuhi standar yaitu luasnya 10 m^2, terjaga kebersihannya dan memiliki suhu yang tidak lembab sehingga peralatannya terawat dengan baik,
6) Tipe peralatan radiologi untuk rumah sakit kelas C sebaiknya Basic X-ray Unit (BXU), walaupun bentuknya sedehana dan dibuat sedemikian rupa sehingga aman dari bahaya radiasi tetapi peralatan radiologi ini dapat melayani 70% dari semua jenis pemeriksaan yang dilaksanakan oleh rumah sakit besar.

Hal penting lain yang kurang diperhatikan dalam merencanakan dan menjamin mutu pelayanan radiologi adalah tersedianya ahli radiologi, tenaga paramedik yang kompeten dan petugas pemprosesan film yang mengakibatkan pelayanan yang diberikan terkesan seadanya saja dan mutu pelayanan menjadi kurang baik.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan mengatakan bahwa tata administrasi pelayanan radiologi diagnostik harus mengikuti sistem aturan pelayanan radiologi diagnostik yaitu meliputi pada :

1) Loket penerima pasien
2) Ruang diagnostik
3) Pembacaan
4) Penyimpanan

5) Loket pengambilan hasil

Adapun kebijakan sistem administrasi pelayanan radiologi diagnostik adalah :

1) Unsur administrasi diselenggarakan oleh tata usaha.
2) Pelayanan radiologi diagnostik dilaksanakan atas indikasi sesuai dengan SOP dan atas permintaaan tertulis dari dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis.
3) Tata usaha mencatat semua data tentang jumlah, jenis dan bentuk pelayanan radiologi diagnostik.
4) Setiap pasien didaftar dan dibuatkan catatan medik/status tersendiri dengan nomor indeks/status sesuai dengan ketentuan registrasi sarana pelayanan yang bersangkutan.
5) Kegiatan pelayanan radiologi diagnostik dapat dilakukan sesuai jadwal tertentu sampai dengan 24 jam tergantung dengan kondisi, sumber daya manusia dan peralatan yang digunakan.
6) Setiap tindakan yang dapat menimbulkan resiko (sesuai dengan ketentuan umum pelayanan medis) terhadap pasien disertai surat persetujuan (informed consent).
7) Setiap tindakan dilakukan oleh petugas yang berkompeten.
8) Penanggung jawab hasil pembacaaan dan atau pemeriksaan radiologi adalah dokter spesialis radiologi atau dokter yang memiliki kompetensi terbatas yang ditetapkan oleh Kolegium Dokter Spesialis Radiologi disertai rekomendasi dari Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia (PDSRI).
9) Pembacaan hasil pemeriksaan radiologi diagnostik dapat dilakukan dengan menggunakan sarana teleradiologi sesuai Standar Pelayanan Teleradiologi PDSRI.
10) Hasil pembacaan telah diterima oleh pelanggan/klien dalam waktu paling lambat 24 jam.
11) Hasil pembacaan/diagnosa pasien dicatat dalam catatan medik.
12) Tata usaha menyimpan arsip tanda lulus, ijazah dan sertifikat tenaga yang bekerja di departemen/instalasi radiologi diagnostik sesuai prosedur yang berlaku.

Jadi ada banyak hal penting yang harus diperhatikan dan dilaksanakan oleh penyedia dan penyelenggara pelayanan radiologi agar menjamin mutu pelayanan yang diberikan sudah dinilai baik dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

d. Teknik Pengukuran Mutu

Dalam mengukur mutu diperlukan teknik pengukuran yang sesuai dengan kebutuhannya dan oleh siapa yang mengukur.

Menurut Donabedian (Al-Assaf, 2009:7), ada tiga ukuran mutu yaitu struktur, proses dan *outcome.* Struktur digambarkan sebagai masukan atau *input* terhadap system layanan kesehatan yang meliputi sumber daya manusia ataupun sumber daya fisik yang terkait dengan pemberian layanan kesehatan kepada pasien. Proses meliputi semua prosedur dan aktivitas yang dibutuhkan untuk memberikan layanan kesehatan oleh penyedia dan sistem penunjangnya. Sedangkan *outcome* mencakup hasil dan *output* dari proses layanan, misalnya angka kesakitan dan kematian, serta kepuasan pasien.

Pohan (2006:73-79) mengatakan bahwa mutu layanan kesehatan dapat diukur melalui tiga cara, yaitu :

1) Pengukuran mutu prospektif
   Adalah pengukuran mutu layanan kesehatan yang dilakukan sebelum layanan kesehatan diselenggarakan. Pengukurannya ditujukan terhadap struktur atau masukan layanan kesehatan dengan asumsi bahwa layanan kesehatan harus memiliki sumber daya tertentu agar dapat menghasilkan suatu layanan kesehatan yang bermutu. Sumber daya itu terkait :
   - Pendidikan profesi kesehatan
   - Perizinan atau *licensure*
   - Standarisasi
   - Sertifikat
   - Akreditasi
2) Pengukuran mutu retrospektif
   Adalah suatu pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan setelah penyelenggaran layanan kesehatan

selesai dilaksanakan. Pengukuran ini biasanya menggabungkan beberapa kegiatan yaitu :

- Penilaian rekam medik
- Wawancara
- Pembuatan kuesioner
- Penyelenggaraan pertemuan

3) Pengukuran mutu konkuren

Adalah pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan selama layanan kesehatan dilangsungkan atau diselenggarakan. Pengukuran ini dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- Pengamatan langsung
- Peninjauan rekam medik
- Wawancara dengan pasien, keluarga dan petugas kesehatan
- Mengadakan pertemuan dengan pasien, keluarga dan petugas kesehatan

Dari ketiga teknik pengukuran tersebut, teknik pengukuran retrospektif dianggap paling mudah dan mewakili penilaian mutu berdasarkan perspektif pasien.

4. Mutu Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Perspektif Pasien

Ada beberapa perspektif mutu layanan kesehatan yaitu berdasarkan perspektif pasien/masyarakat, pemberi layanan kesehatan/petugas kesehatan, penyandang dana, pemilik sarana layanan kesehatan dan administrator layanan kesehatan.

Menurut Pohan (2006:127-129), layanan kesehatan bermutu dari perspektif pasien atau konsumen dapat dinilai dari lima aspek yaitu sebagai berikut :

1) Akses

Aspek akses dapat diketahui dengan melihat tersedianya tempat layanan kesehatan bagi masyarakat, pelayanan

diberikan tanpa melihat kemampuan untuk membayar dan dalam keadaan gawat darurat, prosedur rumah sakit tidak diterapkan secara kaku dimana keselamatan pasien yang diutamakan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan mengatakan bahwa letak unit/instalasi radiologi hendaknya mudah dijangkau dari ruang gawat darurat, perawatan *intensive care*, kamar bedah dan ruang lainnya.

2) Pilihan dan partisipasi

Aspek pilihan dapat dinilai dari pemberian pilihan jenis pemeriksaan radiologi dan penjelasan resiko serta alternatif pemeriksaan dan atau pengobatan lain sebelum melakukan tindakan kepada pasien sehingga pasien tidak segan untuk bertanya, pasien juga diberikan peluang untuk menerima atau menolak jika dikutsertakan dalam kegiatan penelitian oleh dokter, tenaga kesehatan lain atau mahasiswa. Sedangkan pada aspek partisipasi dapat dinilai dari keikutsertaan pasien dalam membuat keputusan tentang tindakan penyembuhan yang menyangkut dirinya.

Mengenai pilihan jenis pemeriksaan, dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan juga menyebutkan bahwa berdasarkan jenis sarana pelayanannya, jenis pemeriksaan radiologi diagnostik yang dapat diselenggarakan pada rumah sakit tipe B adalah pemeriksaan sistem gastrointestinal dan hepatobiliaris, sistem urogenital, sistem respiratorius, sistem reproduksi, organ superficial (mammae, thyroid, parotis dll), serta sistem muskuloskeletal.

Mengenai partisipasi pasien dalam pemeriksaan dengan resiko tinggi, pasien dan atau keluarga pasien diharuskan menandatangani surat persetujuan (informed consert).

3) Informasi

Aspek informasi dilihat dari pasien mendapat informasi tentang dokter atau paramedis yang menangani selama menjalani perawatan, mendapat informasi tentang penyakit pasien dan kalau diperbolehkan menggunakan *second opinion, medical record* bisa diakses oleh pasien dan lengkap serta pasien diberikan informasi tentang perkiraan lama perawatan dan perkiraan biaya yang harus disediakan sebelum menjalankan pemeriksaan.

Pada pelayanan radiologi dikembangkan teknologi sistem informasi radiologi yang dikenal dengan sebutan RIS (*Radiology Information System*). RIS berfungsi untuk memudahkan kita

untuk memberikan informasi yang dibutuhkan oleh unit-unit terkait secara lengkap, akurat dan cepat.

4) Kualitas

Aspek kualitas dinilai dari respeknya petugas kesehatan dalam melakukan pengobatan, menjaga kehormatan dan privasi pasien dan menjalankan sesuai standar pelayanan yang ada, pemberian pelayanan sesuai kebutuhan dan hubungan antar petugas kesehatan dan pasien yang baik dengan saling pengertian, saling menghargai dan respek terhadap hak dan kewajiban masing-masing.

Pada pelayanan radiologi, aspek kualitas dapat dinilai dari berjalannya tugas pokok dari tenaga yang ada di unit/instalasi pelayanan radiologi diagnostik khususnya tenaga yang melayani langsung pelanggan/pasien yaitu dokter spesialis radiologi dan radiographer. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan, tugas pokok dari dokter spesialis radiologi antara lain:

a) Menyusun dan mengevaluasi secara berkala SOP tindak medik radiodiagnostik, imejing diagnostik dan radiologi intervensional serta melakukan revisi bila perlu.
b) Melaksanakan dan mengevaluasi tindak radiodiagnostik, imejing diagnostik dan radiologi intervensional sesuai yang telah ditetapkan dalam SOP.
c) Melaksanakan pemeriksaan dengan kontras dan flouroskopi bersama dengan radiographer. Khusus pemeriksaan yang

memerlukan penyuntikan intravena, dikerjakan oleh dokter spesialis radiologi atau dokter lain/tenaga kesehatan yang mendapat pendelegasian.

d) Menjelaskan dan menandatangani informed consent / izin tindakan medik kepada pasien atau keluarga pasien.
e) Melakukan pembacaan terhadap hasil pemeriksaan radiodiagnostik, imejing diagnostik dan tindakan radiologi intervensional.
f) Melakukan teleradiologi dan konsultasi radiodiagnostik, imejing diagnostik dan radiologi intervensional sesuai kebutuhan.
g) Memberikan layanan konsultasi terhadap pemeriksaan yang akan dilaksanakan.
h) Menjamin pelaksanaan seluruh aspek proteksi radiasi terhadap pasien.
i) Menjamin bahwa paparan pasien serendah mungkin untuk mendapatkan citra radiografi yang seoptimal mungkin dengan mempertimbangkan tingkat panduan paparan radiasi.
j) Memberikan rujukan dan justifikasi pelaksanaan diagnosis atau intervensional dengan mempertimbangkan informasi pemeriksaan sebelumnya.
k) Mengevaluasi kecelakaan radiasi dari sudut pandang klinis.
l) Meningkatkan kemampuan diri sesuai perkembangan IPTEK radiologi.

Tugas pokok radiografer antara lain :

a) Mempersiapkan pasien, obat-obatan dan peralatan untuk pemeriksaan dan pembuatan foto radiologi.
b) Memposisiskan pasien sesuai dengan teknik pemeriksaan.
c) Mengoperasikan peralatan radiologi sesuai SOP. Khusus untuk pemeriksaan dengan kontras dan flouroskopi pemeriksaan dikerjakan bersama dokter spesialis radiologi.
d) Melakukan kegiatan processing film (kamar gelap dan work station).
e) Melakukan penjaminan dan kendali mutu.
f) Memberikan proteksi terhadap pasien, diri sendiri dan masyarakat di sekitar ruang pesawat sinar-x.
g) Menerapkan teknik dan prosedur yang tepat untuk meminimalkan paparan yang diterima pasien sesuai kebutuhan.
h) Merawat dan memelihara alat pemeriksaan radiologi secara rutin.

5) Mekanisme pengaduan konsumen

Ada kesempatan untuk diskusi setiap pertanyaan atau pengaduan yang kemungkinan dimiliki pasien selama perawatan. Perlunya dukungan dan pendampingan pada pasien yang sudah lemah posisinya menjadi sangat penting sebagai upaya perbaikan dalam memberikan layanan.

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 76 tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik dijelaskan mekanisme dan tata cara pengelolaan pengaduan yaitu antara lain :

a) Penerimaan, terdiri dari pemeriksaan kelengkapan dokumen pengaduan dan pencatatan serat pemberian tanggapan kepada pengadu,
b) Penelaahan dan pengklasifikasian, terdiri dari identifikasi masalah, pemeriksaan subtansi pengaduan, klasifikasi, evaluasi bukti dan seleksi,
c) Penyaluran pengaduan yaitu meneruskan pengaduan kepada penyelenggara lain yang berwenang, dalam hal substansi pengaduan tidak menjadi kewenangannya,
d) Penyelesaian pengaduan, terdiri dari penyampaian saran penyelesaian kepada pejabat terkait di lingkungan penyelenggara, pemantau, pemberian informasi kepada pengadu, pelaporan tindak lanjut dan pengarsipan.

Pengukuran mutu layanan kesehatan berdasarkan perspektif pasien dengan menilai beberapa aspek akan sangat membantu dalam mengetahui sisi kekurangan dan kelebihan dari layanan kesehatan yang kepada pasien/konsumen yang dilayani sehingga sangat mudah untuk memperbaiki dan mempertahankan mutu layanan kesehatan.

B. Defenisi Operasional Variabel

Dalam penelitian ini terdiri atas aspek mutu pelayanan kesehatan sebagai variabel independen dan mutu pelayanan radiologi sebagai variabel dependen, adapun defenisi operasional dari masing-masing variabel adalah sebagai berikut :

1) Aspek mutu pelayanan kesehatan adalah dimensi-dimensi penilaian mutu pelayanan kesehatan yang dilihat dan dinilai berdasarkan perspektif pasien yang terdiri dari dimensi :
   a) Akses yaitu penilaian pasien terhadap kemudahan dalam menjangkau dan mendapatkan pelayanan radiologi baik dari segi lokasi rumah sakit maupun letak instalasi radiologi. Adapun indikatornya adalah lokasi rumah sakit dijangkau transportasi umum dan letak instalasi radiologi mudah dijangkau dari ruang gawat darurat dan poliklinik.
   b) Pilihan dan partisipasi adalah keikutsertaan pasien dalam menentukan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan dan diberikannya pilihan kepada pasien untuk mau atau tidak berpartisipasi dalam penelitian yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan. Adapun indikatornya adalah dokter spesialis radiologi memberikan pilihan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan oleh pasien, dokter spesialis radiologi memberikan kesempatan kepada pasien untuk menandatangani informed consent, petugas radiologi

memberikan formulir kesediaan pasien untuk menjadi objek dan atau responden penelitian,

c) Informasi adalah pasien dan atau keluarga pasien mendapatkan informasi tentang siapa yang akan menangani pasien selama pemeriksaan radiologi, penjelasan tentang prosedur pemeriksaan, resiko serta alternatif pemeriksaan serta informasi rekam medik dari petugas radiologi. Adapun indikatornya adalah dokter spesialis radiologi dan atau radiografer memperkenalkan diri kepada pasien sebelum melakukan pemeriksaan radiologi dan dokter spesialis radiologi dan atau radiografer menjelaskan prosedur pemeriksaan, resiko dan alternatif pemeriksaan kepada pasien dan atau keluarga pasien serta dokter spesialis menjelaskan informasi rekam medik kepada pasien dan atau keluarga pasien jika dibutuhkan.

d) Kualitas adalah pasien menerima pelayanan radiologi dengan baik tanpa keluhan. Adapun indikatonya adalah dokter spesialis radiologi dan atau radiografer melakukan pelayanan radiologi dengan baik dan sesuai prosedur, dan dokter spesialis radiologi dan atau radiografer bersikap sopan selama pelayanan radiologi berlangsung serta pasien merasa puas dengan pelayanan radiologi.

e) mekanisme pengaduan konsumen adalah pasien dengan mudah melakukan pengaduan terhadap pelayanan radiologi yang didapatkan. Adapun indikatornya adalah petugas radiologi tanggap terhadap keluhan yang disampaikan oleh pasien, terdapat alur atau mekanisme pengaduan pasien di instalasi radiologi dan terdapat kotak saran pada instalasi radiologi sebagai fasilitas penyampaian keluhan.

2) Mutu pelayanan radiologi adalah penilaian baik atau tidak baiknya pelayanan radiologi yang diterima oleh pasien rawat jalan di rumah sakit Bhayangkara Makassar berdasarkan aspek mutu pelayanan.

C. Kerangka Pikir



D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana mutu pelayanan radiologi pasien rawat jalan di rumah sakit Bhayangkara Makassar berdasarkan aspek akses?
2. Bagaimana mutu pelayanan radiologi pasien rawat jalan di rumah sakit Bhayangkara Makassar berdasarkan aspek pilihan dan partisipasi?
3. Bagaimana mutu pelayanan radiologi pasien rawat jalan di rumah sakit Bhayangkara Makassar berdasarkan aspek informasi?
4. Bagaimana mutu pelayanan radiologi pasien rawat jalan di rumah sakit Bhayangkara Makassar berdasarkan aspek kualitas?
5. Bagaimana mutu pelayanan radiologi pasien rawat jalan di rumah sakit Bhayangkara Makassar berdasarkan aspek mekanisme pengaduan konsumen?