Rumah Sakit Angkatan Udara dr. ESNAWAN ANTARIKSA	**PELAPORAN HASIL KRITIS / CITO PEMERIKSAAN RADIOLOGI**		
	No. Dokumen: SPO/916/KE.Akr/VII/2025	Revisi 00	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit Januari 2026	Ditetapkan Oleh : Kepala RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA, PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA dr. Iman Pathurrohman W., Sp.B., M.Si.,MARS. Kolonel Kes NRP 524330	

Pengertian	Adalah pelaporan hasil pemeriksaan radiologi yang secara signifikan diluar rentang nilai hasil yang seharusnya/hasil normal, sehingga memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam jiwa pasien jika tidak ditindak lanjuti segera oleh dokter.
Tujuan	1. Agar pasien dapat segera dilakukan tindakan dan terapi Secepatnya oleh dokter klinisi. 2. Sebagai acuan penerapan langkah-langkah menangani hasil kritis/cito dan membuat laporan dan mendokumentasikan hasilnya.
Kebijakan	Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang pemberlakuan standar prosedur operasional di RSAU dr. Esnawan Antariksa.
Referensi	1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI; 2024. 2. Rumah Sakit Lira Medika. Standar prosedur operasional pelaporan temuan kritis radiologi. Bali: RS Lira Medika; 2023. 3. RSUD Mohammad Natsir. SPO pelaporan hasil kritis radiologi. Solok: RSUD Mohammad Natsir; 2022. 4. Khairunnisa R, Anggraeni A, Fa'ik M. Manajemen hasil kritis di instalasi radiologi. Journal of Innovation Research and Knowledge. 2025

Dipindai dengan CamScanner

Prosedur	1. Petugas radiologi (Radiolog/Radiografer) melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan pemeriksaan yang diminta oleh dokter klinisi/pengirim. 2. Setelah selesai pemeriksaan, petugas melakukan pencetakan/pengeprintan hasil gambar/radiograf. 3. Petugas radiologi mengirimkan formulir pengantar pemeriksaan radiologi dan hasil gambar/radiograf ke meja expertise dokter spesialis radiologi. 4. Dokter spesialis radiologi melakukan expertise hasil pemeriksaan radiologi. 5. Hasil expertise diprint/cetak, dirapikan dan dimasukkan ke dalam sampul radiologi. 6. Hasil expertise segera dilaporkan oleh supervise radiograp herkep ada Kaur/wakaur/PPJA pada jam dinas atau kepada dokter jaga IGD dan DPJP bila pasien rawat jalan. 7. Diluar jam dinas, hasil exterpise segera dilaporkan oleh radiographer jaga kepada PPJA dirawat inap dan dokter jaga bila pasien IGD. 8. Petugas radiologi menghubungi perawat ruangan agar hasil segera diambil diloket pendaftaran radiologi. 9. Petugas radiologi menuliskan kedalam buku laporan hasil kritis/cito. 10. Jenis hasil kritisradiologi antara lain: a. Pemeriksaan radiografi • Effusi perikardium • Ileus obstruktif/pneumoperitoneum/perforasi • Fraktur tulangfemur, pelvis danvertebrae • Tension pneumothoraks/Hematothoraks b. Pemeriksaan USG*(Ultrasonografi)* • Appendiks • Invaginasi/intususepsi • Torsiotestis • Volvulus • Perdarahanintraabdominal • KET(Kehamilan Ektopik yangTerganggu) • Effusi perikardium c. PemeriksaanCT-Scan • PerdarahanSubduralHemmorhage(SDH) • Epidural Hemmorhage(EDH) • SubArachnoidHemmorhage(SAH) • Intracerebral Hemmorhage(ICH)
Unit Terkait	1. IGD 2. Rawat Jalan 3. Rawat Inap

Dipindai dengan CamScanner