



FORMULIR PENILAIAN VENDOR MCU

No. Dokumen : OPP-F-SHE-30B
Revisi : 00
Tgl. Efektif : 01 Juli 2024
Halaman : 1 dari 1

No	DAFTARPERSYARATAN LEGALITAS KLINIK & PERSONIL
1	SIUP
2	Surat ijin penyelenggaraan klinik (daerah setempat)
3	Surat Ijin Laboratorium klinik (daerah setempat)
4	SKT Pertambangan - Usaha jasa pelayanan medis
5	SK Penunjukan PJK3
6	Ijin Pengelolaan Limbah (UKL/UPL) dari BLH (daerah setempat)
7	Memiliki Izin Pemanfaatan Sumber Radiasi Pengion dari BAPETEN
8	Petugas Radiologi adalah Radiografer (D3/D4 Radiologi)
9	Ada personil yang bertanggung jawab sebagai Petugas Proteksi Radiasi (PPR) yang telah terdaftar pada BAPETEN
10	Petugas/operator audiometri telah kompeten dan bersertifikasi
11	Petugas/operator spirometri telah kompeten dan bersertifikasi
12	Dokter memiliki surat ijin praktek daerah setempat
13	Dokter telah mengikuti pelatihan hiperkes
14	Terdaftar sebagai dokter pemeriksa kesehatan tenaga kerja oleh Kementerian Tenaga Kerja
15	Dokter pemeriksa hasil radiologi adalah dokter spesialis radiologi
16	Pembacaan audiogram dilakukan oleh dokter spesialis THT
17	Pembacaan hasil spirometri dilakukan oleh dokter Spesialis Paru
18	Petugas/operator cardio <i>treadmill test</i> telah kompeten dan bersertifikasi? (ACLS/BTCLS)
19	Petugas/operator pemeriksaan EKG telah kompeten dan bersertifikasi
20	Petugas laboratorium telah kompeten dan bersertifikasi
21	Petugas/operator PAP SMEAR telah kompeten dan bersertifikasi
22	Apakah penanggung jawab teknis laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik?
23	Pemeriksaan Treadmill disupervisi langsung & hasilnya dibaca oleh dokter spesialis jantung?

Catatan: Penilaian Kriteria I & II dapat dilakukan hanya jika 23 prasyarat di atas terpenuhi.

KRITERIA PENILAIAN I - ASPEK JAMINAN MUTU (QUALITY ASSURANCE)		Hasil Penilaian		
A	AKREDITASI LABORATORIUM	Ya (2)	Proses (1)	Tidak (0)
24	Memiliki Akreditasi Laboratorium Kesehatan yang dikeluarkan oleh Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan (KALK) (lingkup akreditasi mencakup laboratorium yang beroperasi di wilayah setempat)			
Sub Total (Nilai dikalikan 20)				
KRITERIA PENILAIAN II - ASPEK TEKNIS		Hasil Penilaian		
B	PROSEDUR KERJA PEMERIKSAAN (rontgen, audiometri, spirometri, EKG, Treadmill, Laboratorium, Pap Smear)	Ya (2)	Proses (1)	Tidak (0)
25	Tersedia pengelolaan limbah cair & limbah medis lainnya?			
26	Apakah tersedia kebijakan keselamatan radiasi?			
27	Apakah tersedia Prosedur mengoperasikan pesawat rontgen?			
28	Dalam menerapkan optimisasi radiasi, apakah tersedia tingkat panduan untuk paparan medik (parameter operasi keselamatan radiasi: kv, mas, luas lapang, FFD)?			
29	Apakah tersedia Prosedur/Instruksi kerja pemeriksaan Audiometri?			
30	Apakah tersedia Prosedur/Instruksi kerja pemeriksaan Spirometri?			
31	Apakah tersedia Prosedur/Instruksi kerja pemeriksaan EKG?			
32	Apakah tersedia Prosedur/Instruksi kerja pemeriksaan Treadmill?			
33	Apakah tersedia Prosedur/Instruksi kerja pemeriksaan Laboratorium?			
34	Apakah tersedia Prosedur/Instruksi kerja pemeriksaan Pap smear?			



FORMULIR PENILAIAN VENDOR MCU

No. Dokumen	: OPP-F-SHE-30B
Revisi	: 00
Tgl. Efektif	: 01 Juli 2024
Halaman	: 1 dari 1

35	Apakah pasien harus mengisi form khusus sebelum pemeriksaan? (Berlaku untuk seluruh pemeriksaan)			
36	Apakah dilakukan pemantauan kesehatan untuk pekerja radiasi (Pre employment, Annual & Berhenti)?			



FORMULIR PENILAIAN VENDOR MCU

No. Dokumen : OPP-F-SHE-30B
Revisi : 00
Tgl. Efektif : 01 Juli 2024
Halaman : 1 dari 1

No	Kriteria Penilaian	Hasil Penilaian		
		Ya (2)	Proses (1)	Tidak (0)
B	PEMERIKSAAN RADIOLOGI/RONTGEN			
37	Apakah menggunakan peralatan pemeriksa (pesawat x-ray) dengan sistem komputerisasi?			
38	Apakah pesawat rontgen di kalibrasi secara berkala?			
39	Apakah ada catatan (rekaman) yang menunjukkan kolimasi telah diuji kesesuaiannya?			
40	Apakah pesawat memiliki kapasitas (mA) yang memadai?			
41	Apakah ukuran kaset dan film tersedia dengan ukuran yang memadai, minimal 35 cm x 35 cm?			
42	Apakah lampu kolimator berfungsi dengan baik?			
43	Apakah menggunakan <i>processing film</i> otomatis?			
44	Apakah ruang pemeriksaan diperuntukan khusus untuk ruang pemeriksaan radiologi dengan kondisi memadai dengan dinding yang dilapisi oleh timbal 2 mm?			
45	Apakah ada kaca berbahan timbal yang digunakan oleh radiografer untuk melihat pemeriksaan?			
46	Apakah ada lampu indikator berwarna merah yang diletakkan di luar ruang pemeriksaan?			
47	Lampu indikator terhubung langsung dengan pengoperasian pesawat rontgen?			
48	Apakah ada <i>sign</i> (simbol & tulisan) tentang bahaya radiasi?			
49	Apakah dilakukan penatalaksanaan kesehatan pekerja yang mendapatkan paparan radiasi berlebih? Lihat: Bukti			
50	Apakah tersedia peralatan proteksi radiasi (APRON)?			
51	Apakah pekerja radiasi memiliki personal dosimeter/TLD?			
52	Apakah TLD diuji oleh BPFK (Badan Pengamanan Fasilitas Kesehatan) secara berkala?			
53	Apakah dilakukan pemantauan radiasi ke lingkungan secara berkala?			
54	Apakah tersedia rekaman (catatan) pemantauan dosis pekerja?			
C	PEMERIKSAAN AUDIOMETRI			
55	Apakah alat audiometri dikalibrasi secara berkala setiap tahun oleh pihak eksternal?			
56	Apakah ruangan audiometri telah diuji secara berkala? Lihat catatan pengujian?			
57	Apakah tingkat kebisingan ruang audiometri ≤ 40 dB (A) untuk frekuensi 500 Hz?			
58	Apakah kondisi ruang pemeriksaan (ventilasi/suhu) memadai?			
C	PEMERIKSAAN SPIROMETRI			
59	Apakah alat Spirometri di kalibrasi secara berkala setiap tahun oleh pihak eksternal?			
60	Spirometri harus telah dikalibrasi untuk volume & arus udara minimal 1x seminggu?			
61	Apakah kondisi ruang pemeriksaan (ventilasi, suhu) memadai?			
D	DOKTER MCU			
62	Apakah ruang pemeriksaan representatif, tenang dan pencahayaan yang cukup?			
E	PEMERIKSAAN EKG			
63	Apakah alat EKG dikalibrasi secara berkala setiap tahun oleh pihak eksternal?			
64	Apakah ruang pemeriksaan representatif?			
F	PEMERIKSAAN LABORATORIUM			
65	Apakah alat pemeriksaan lab di kalibrasi secara berkala setiap tahun oleh pihak eksternal?			
66	Apakah dilakukan kalibrasi internal harian terhadap alat laboratorium yang digunakan?			
67	Reagent yang digunakan harus teregister/terdaftar/ memiliki izin dari Kementerian Kesehatan?			
68	Kondisi ruang pemeriksaan (ventilasi, suhu) memadai?			
G	Cardio Treadmill Test			
69	Apakah alat <i>treadmill</i> dikalibrasi secara berkala setiap tahun oleh pihak eksternal?			
70	Apakah ruang pemeriksaan representatif?			

	FORMULIR PENILAIAN VENDOR MCU	No. Dokumen	: OPP-F-SHE-30B
		Revisi	: 00
		Tgl. Efektif	: 01 Juli 2024
		Halaman	: 1 dari 1

71	Apakah tersedia alat resusitasi jantung?			
H	PEMERIKSAAN PAP SMEAR			
72	Apakah alat pemeriksaan telah melalui proses sterilisasi yang benar?			
73	Apakah ruang pemeriksaan representatif, pencahayaan cukup?			
74	Apakah hasil pemeriksaan dibaca oleh dokter spesialis?			
	Sub total (Nilai dikalikan 1,2)			
	Grand Total Penilaian (A+B)			
No	Tim Penilai / Assessor	Perusahaan & Jabatan		
1				
2				
3				

Keterangan:
Vendor dinyatakan lulus penilaian dan memenuhi persyaratan jika total nilai keseluruhan adalah Minimal 70 dengan persyaratan utama seluruh kriteria pada Kriteria Penilaian I - Prasyarat (No 1-23) terpenuhi .