

**PROGRAM KERJA UNIT RADIOLOGI
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAH
TAHUN 2023**



**Dharma
Nugraha**
Hospital
Est.1996

**Jl. Balai Pustaka Baru No.19, Rawamangun, Pulo Gadung
Jakarta Timur, 13220**

PROGRAM KERJA UNIT RADIOLOGI DIAGNOSTIK, IMAGING (RIR)

I. PENDAHULUAN

Pelayanan Radiologi merupakan salah satu upaya pemeriksaan penunjang yang membantu menegakan diagnosa dengan cakupan pelayanan diagnostik, imaging. Dalam meningkatkan pelayanan di rumah sakit perlu diterapkan pengendalian mutu. Pengendalian mutu adalah mekanisme kegiatan pemantauan dan penilaian terhadap pelayanan yang diberikan secara terencana dan sistematis, sehingga dapat diidentifikasi peluang untuk peningkatan mutu serta penyediaan mekanisme tindakan yang diambil. Mutu pelayanan di rumah sakit dapat dinilai dengan cara melihat kegiatan pelayanan yang diberikan dan dicatat dalam dokumen rekam medis sebagai bukti proses pelayanan yang dilakukan oleh tenaga medis, paramedis, dan tenaga non medis sejak pendaftaran sampai dengan pasien keluar rumah sakit. Untuk mewujudkan sebagai bukti proses pelayanan, maka penyelenggaraan unit radiologi pun harus dilaksanakan sesuai dengan prosedur.

Unit radiologi adalah unit pelaksana yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan radiologi diagnostik, imaging di Rumah Sakit Dharma Nugraha, pekerjaan di unit radiologi harus dilakukan oleh tenaga yang mempunyai keahlian dan kewenangan serta pengalaman dibidangnya. Seorang petugas radiologi juga harus memahami dan menyadari kemungkinan terjadinya kesalahan dalam proses pelayanan dan mengidentifikasi, mencegah, serta mengatasi masalah pada pemeriksaan pasien. Untuk menghindari masalah hal tersebut petugas radiologi harus menjalankan praktik sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

II. LATAR BELAKANG

Program kerja unit radiologi diagnostik, imaging adalah salah satu pedoman yang merangkum mengenai semua kegiatan yang akan dilakukan unit radiologi dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien melalui peningkatan kapasitas sumber daya manusia, peningkatan fasilitas, peningkatan mutu pelayanan dan metode kerja, dengan adanya program kerja radiologi diagnostik, imaging ini diharapkan semua kegiatan dapat terlaksana sesuai dengan jadwal program kerja di unit radiologi.

Program ini disusun untuk mendukung program besar Rumah Sakit Dharma Nugraha dengan mempertimbangkan situasi lingkungan internal dan eksternal saat ini. Dalam pelaksanaan pelayanan radiologi diagnostik, imaging di tahun 2023 masih terdapat kekurangan. Seiring dengan bertambahnya pasien dan pemeriksaan radiologi maka akan dilakukan kerjasama antara Rumah Sakit Dharma Nugraha dengan BPJS Kesehatan, maka upaya-upaya dalam meningkatkan mutu pelayanan radiologi terus dilakukan, hal ini perlu didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai serta pemantauan terhadap kegiatan di pelayanan radiologi diagnostik, imaging yang berhubungan dengan administrasi maupun pelayanan kepada pasien agar pelayanan dapat berjalan secara optimal dan berdampak terhadap kepuasan pasien serta meningkatnya jumlah kunjungan pasien di unit radiologi diagnostik, imaging.

III. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS

A. Tujuan Umum

Terciptanya sistem pelayanan radiologi yang berstandarisasi, terintegrasi, dan bermutu sebagai bagian dari pelayanan kesehatan di rumah sakit secara optimal.

B. Tujuan Khusus

1. Untuk meningkatkan jumlah kunjungan pasien radiologi, serta memenuhi standar akreditasi rumah sakit.
2. Untuk meningkatkan jumlah SDM yang cukup untuk memberikan pelayanan radiologi diagnostik, imaging yang berkualitas dan profesional
3. Sebagai tolak ukur dalam peningkatan mutu radiologi di rumah sakit
4. Menyelenggarakan pemeriksaan yang sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan
5. Untuk meningkatkan keselamatan pasien, dan petugas
6. Mengontrol dan pengelolaan alat kesehatan, alat umum secara berkesinambungan sehingga dapat berfungsi dengan baik dan siap pakai
7. Sebagai bahan dasar untuk mengevaluasi capaian kegiatan pelayanan radiologi di tahun 2024 yang akan datang.
8. Upaya peningkatan sistem koordinasi dengan bidang dan instalasi terkait dalam rangka peningkatan mutu pelayanan radiologi diagnostik, imaging kepada pasien.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan pokok unit radiologi adalah merencanakan, menyusun, mengusulkan, mengevaluasi dan melaporkan seluruh kegiatan pelayanan di unit radiologi Rumah Sakit dharma Nugraha :

A. Regulasi

NO	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN
1.	Kebijakan, dan Pedoman Pelayanan	Meriview dan Melaksanakan kajian pelayanan unit radiologi
2.	Standar Oprasional Prosedur (SOP)	Sosialisasi SOP dan mengevaluasi SOP yang berlaku
3.	Rapat Rutin	Rapat rutin 1 bulan sekali mengenai pelayanan unit radiologi
4.	Penyusunan Laporan	Membuat laporan bulanan dan tahunan

B. Sumber Daya Manusia

NO	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	
1.	Kebutuhan SDM	a.	Melakukan perhitungan pola ketenagaan
		b.	Melakukan analisa
		c.	Melakukan evaluasi kebutuhan jumlah SDM berdasarkan kualifikasi
		d.	Mengajukan analisa kebutuhan tenaga ke HRD
		e.	Rapat HRD dan proses persetujuan
		d.	Rekrutment Tenaga
		e.	Evaluasi

2.	Orientasi Karyawan	Diklat Orientasi Karyawan pengenalan Rumah Sakit Dharma Nugraha dan Unit Kerja Radiologi	
		a.	Diberikan kepada karyawan baru
		b.	Mengajukan nama karyawan kebagian diklat
		c.	Bagian diklat membagikan jadwal diklat melalui formulir diklat
		d.	Menginformasikan jadwal diklat ke petugas terkait
		e.	Pelaksanaan diklat
3.	Pendidikan dan Pelatihan	a.	Diklat Internal Dengan materi diklat umum : 1) Membuat jadwal diklat 2) Berkordinasi dnegan urusan diklat rumah sakit 3) Pelaksanaan diklat
		b.	Diklat Eksternal Mengikuti Seminar/Workshop/Webinar yang diselenggarakan oleh perhimpunan profesi atau lainnya.
4.	Evaluasi Kinerja	a.	Evaluasi kinerja karyawan, dilakukan penilaian kompetensi 1 kali setahun
		b.	Kepala Pelayanan Unit Radiologi memberikan penilaian kopetensi bawahannya dengan persetujuan manajer penunjang medik dan dilaporkan ke bagian personalia

		c.	Kepala Pelayanan Unit Radiologi melakukan evaluasi kinerja terhadap karyawan baru dengan persetujuan manajer penunjang medik dan dilaporkan ke bagian personalia, selama 3 bulan.
5.	Kredensial Radiografer	a.	Dilakukan saat pertama masuk kerja
		b.	Dilakukan jika ada teknik pemeriksaan baru atau penambahan alat baru
6.	Data Base Karyawan	a.	Menginventaris kualifikasi SDM
		b.	Kordinasi dengan HRD untuk data base karyawan dan diklat
7.	Pemantauan Lembur Karyawan	a.	Membuat jadwal lembur bila dibutuhkan sesuai kebutuhan
		b.	Membuat analisa yang tepat untuk melemburkan petugas
		c.	Membuat laporan bulanan pencapaian lembur di radiologi

C. Fasilitas Pelayanan Radiologi Diagnostik, Imaging

NO	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	
1.	Pemeliharaan Alat	a.	Pemeliharaan Harian
		b.	Pemeliharaan Bulanan
		c.	Pemeliharaan Tahunan
2.	Uji Fungsi	Melakukan uji fungsi alat sebelum digunakan	
3.	Kalibrasi Alat X-Ray General Purpose, Mobile X-Ray, Mamografi, dan USG	a.	Membuat database alat radiologi (tanggal masa berlaku izin alat dan kalibrasi alat)
		b.	Menginventaris alat radiologi

		c.	Membuat pengajuan/permohonan uji kesesuaian dan kalibrasi alat radiologi
		d.	Membuat jadwal kalibrasi alat
		e.	Melaksanakan uji kesesuaian dan kalibrasi alat
		d.	Kepala Pelayanan Unit Radiologi membuat evaluasi pasca pelaksanaan kegiatan.
4.	Perizinan Alat	Lakukan pemantauan dan Pengawasan perizinan alat X-Ray	
5.	Monitoring dan Tindak Lanjut	a.	Lakukan monitoring dari setiap kegiatan yang dilakukan dan pemantauan apabila terjadi kegagalan fungsi alat
		b.	Lakukan tindak lanjut berdasarkan hasil dari setiap kegiatan pemeliharaan alat
6.	Pendokumentasian, Identifikasi dan Inventaris alat	Lakukan pendataan pencatatan, dan pendokumentasian peralatan yang ada di unit radiologi, dan dilakukan Bersama dnegan bagian fix asset rumah sakit.	
7.	Penggantian atau Penambahan Alat Medis	a.	Penggantian/Upgrade alat ke spesifikasi alat yang lebih tinggi sesuai kebutuhan pelayanan
		b.	Pengadaan spare part alat jika ada yang rusak/tidak berfungsi.
8.	Penggantian/Penambahan Fasilitas Radiologi Non Medis	a.	Melakukan Pengecekan dan pencatatan terhadap suhu dan kelembaban ruangan setiap hari
		b.	Melakukan pengecekan fungsi dan peralatan non medis yang digunakan

		c.	Melaporkan dan mencatat laporan jika terjadi kerusakan pada fasilitas radiologi dan alat non medis, berkordinasi dengan unit teknisi rumah sakit.
--	--	----	---

D. Peningkatan Mutu

NO	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	
1.	Pengulangan Foto Rontgen/Reject Analisis	a.	Melakukan pemantauan kesalahan cara/teknik pengambilan foto/salah objek/salah identifikasi/ human error, dicatat setiap hari
		b.	Melakukan pencatatan dan perekapan data yang sudah dicatat
		c.	Membuat laporan setiap bulan
		d.	Melakukan evaluasi setiap tiga bulan
2.	Kepatuhan Dokter dalam Pengisian Formulir Perminataan Pemeriksaan Radiologi	a.	Mengambil dan mengumpulkan formulir perminataan pemeriksaan radiologi pasien yang telah diisi oleh dokter
		b.	Melakukan pengecekan point kolom-kolom yang terdapat pada formulir permintaan pemeriksaan radiologi
3.	Respon Time Pelayanan Radiologi CITO	a.	Melakukan pencatatan ketepatan waktu pembacaan ekspertise hasil pemeriksaan dalam waktu ≤ 60 menit
		b.	Merekap hasil pencatatan setiap bulan
4.	Respon Time Pelayanan Radiologi Reguler	a.	Melakukan pencatatan ketepatan waktu pelayanan pemeriksaan sampai dengan hasil ekspertise keluar dalam waktu ≤ 24 jam

		b.	Merekap hasil pencatatan setiap bulan
5.	Presentasi Pelaporan Hasil Kritis Radiologi	a.	Melaporkan hasil kritis ke DPJP atau Perawat/unit Pengirim jika ada hasil diagnose kritis yang dilakukan radiologi dalam waktu ≤ 30 menit. Inklusi : hasil nilai kritis setelah di validasi oleh dokter spesialis radiologi dan dilaporkan ke PJ Perawatan/Dokter Jaga/Unit pengirim
		b.	Melakukan pencatatan jumlah pelaporan nilai kritis radiologi dalam waktu ≤ 30 menit setelah divalidasi oleh dokter spesialis radiologi
		c.	Melakukan rekap data jumlah seluruh nilai kritis radiologi dalam satu bulan
		d.	Membuat laporan setiap bulan
		e.	Melakukan evaluasi setiap bulan

E. Keselamatan Pasien

NO	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	
1.	Kesalahan Identifikasi Pasien/Salah Periksa	a.	Petugas melakukan konfirmasi ulang identifikasi pasien sebelum dilakukan pemeriksaan
		b.	Jika ada kesalahan dalam ceklist atau penulisan permintaan pemeriksaan pada formulir pemeriksaan, petugas melakukan konfirmasi ulang ke dokter pengirim atau asisten perawat
		c.	Melakukan pencocokan ulang identifikasi pasien saat melakukan input data ke komputer dan tindakan pemeriksaan

2.	Pengulangan Foto	a.	Melakukan pelaksanaan tindakan pemeriksaan sesuai dengan SOP
		b.	Melakukan pengecekan kembali SOP yang perlu direvisi
3.	Dosis Radiasi	a.	Melakukan tindakan pemeriksaan sesuai dengan SOP
		b.	Pemberian faktor eksposi yang sesuai dengan standar yang sudah ada
		c.	Penggunaan APD untuk petugas, pasien dan keluarga pasien
4.	Tanda Bahaya Radiasi	a.	Terpasangnya lampu indikator pemeriksaan X-Ray (Warna Merah), dinyalakan sedang ada tindakan pemeriksaan
		b.	Terpasangnya stiker tanda bahaya radiasi dan stiker peringatan ibu hamil dilarang masuk
5.	Verifikasi Hasil Ekspertise	Melakukan pengecekan ulang hasil ekspertise sebelum dokter spesialis radiologi menandatangani hasil ekspertise	
6.	Pelabelan Hasil	Melakukan pengecekan ulang terhadap label yang akan ditempel pada amplop hasil radiologi	
7.	Salah Pemeberian Hasil Pemeriksaan Ke Pasien	a.	Melakukan pengecekan pada lembar foto, hasil ekspertise, dan amplop
		b.	Melakukan verifikasi identifikasi pasien dan pemeriksaan saat pemberian hasil pemeriksaan radiologi
		c.	Petugas menulis dibuku serah terima hasil dan di tandatangani oleh pasien/keluarga pasien/perawat

F. Keselamatan Kerja

NO	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	
1.	Infeksi Nosokomial Akibat Ketidak Patuhan Penggunaan APD	a.	Membuat data jumlah alat proteksi
		b.	Melakukan pengecekan alat proteksi setiap hari
2.	Paparan Radiasi	a.	Melakukan MCU berkala semua pekerja radiasi, setiap 3 bulan sekali
		b.	Pengiriman pengujian TLD tiap 3 bulan sekali oleh BATAN
		c.	Merkap hasil evaluasi TLD
		d.	Jika ada hasil evaluasi TLD petugas yang tidak bagus maka akan dilaporkan ke manajemen untuk tindak lanjut
		e.	Pemberian makanan tambahan tinggi protein dan vitamin untuk radiografer
3.	Kebakaran dan Bencana Alam	a.	Penyediaan dan pemeliharaan APAR
		b.	Terpasang jalur evakuasi
		c.	Pelatihan diklat Disaster Plan

G. Pencegahan Infeksi

NO	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	
1.	Kepatuhan Cuci Tangan	a.	Seluruh petugas radiologi melaksanakan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 5 moment

		b.	Sosialisasi ulang tentang kebersihan tangan
		c.	Melakukan pengawasan kepatuhan petugas melakukan cuci tangan
2.	Penularan Infeksi Karena Kontak Dengan Pasien	Petugas menggunakan APD (makser, Handscoond, Jubah) untuk mencegah tertularnya penyakit, sehingga aman bagi petugas untuk melakukan tindakan pemeriksaan	
3.	B3	Di unit radiologi RS Dharma Nugraha saat ini sudah tidak lagi menggunakan cairan untuk prosesing film, dan sudah di alihkan ke <i>Computed Radiography</i> (CR)	
		a.	Pelabelan tanda bahan mudah terbakar pada kotak box film
		b.	Pemberian label pada bahan yang digunakan sesuai dengan kategori dan bentuk sedia
		c.	Dilakukan pencatatan dan dokumentasi

H. Pengembangan Pelayanan

NO	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	
1.	Pelaksanaan PME	a.	Melakukan kerjasama dengan rumah sakit rujukan yang terakreditasi, berkordinasi dengan tim marketing dan Tim Mutu Rumah Sakit

		b.	Membuat alur pelayanan rujukan pemeriksaan melalui satu pintu (radiologi)
		c.	Mencatat dan Menganalisis pelaksanaan control PME
2.	Pemilihan dan Pengadaan Alat	a.	Membuat pengajuan proposal dan rincian alat oleh Kepala Pelayanan Radiologi
		b.	Mengadakan rapat pemilihan alat yang akan diajukan dengan melampirkan spesifikasi alat dan alasan pengadaan alat oleh Kepala Pelayanan Radiologi
		c.	Mengadakan rapat dengan rekanan terpilih
		d.	Presentasi dari perusahaan terkait dengan alat yang akan dipilih
		e.	Membuat proposal pengadaan alat yang sudah disepakati
		f.	Membuat jadwal pengadaaan
		g.	Melaksanakan instal alat
		h.	Pengurusan izin, uji paparan, dan kalibrasi alat
		Alat yang akan diajukan adalah CT-Scan	
		<p>Alasannya :</p> <p>Dikarenakan alat CT-Scan radiologi sudah rusak total dan tidak bisa di lakukan perbaikan. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien. Pada kasus-kasus tertentu pemeriksaan tidak bisa dilakukan hanya dengan melihat hasil foto rontgen saja, maka radiologi</p>	

		membutuhkan penambahan alat CT-Scan untuk membantu menunjang diagnosa dan terapi pengobatan yang akan dilakukan.	
3.	Penambahan Fasilitas	a.	Penambahan komputer dan koneksi internet/PACS sistem, alesannya : 1) Memudahkan pembacaan foto oleh dr. Sp.Rad diluar jam praktek 2) Hasil gambar dapat di kirimkan ke sistem untuk dilihat dokter pengirim/unit pengirim
		b.	Penambahan Eksternal memori (HardDisk ukuran 2T) untuk penyimpanan foto rontgen, alesannya : mencegah terjadinya over load pada internal memori komputer, dan mencegah terjadinya kehilangan data.
		c.	Penambahan Telpon/handpone khusus unit radiologi, alasanya : memudahkan petugas radiologi menghubungi/mengingatkan informasikan kepada pasien mengenai jadwal pemeriksaan yang akan dilakukan.
		d.	Penambahan CD film Rontgen, alesannya : Menggunakan CD lebih murah, mengurangi pemakaian amplop film, mengurangi biaya pembelian film, dan mengurangi tumpukan film rontgen yang tidak di ambil-ambil oleh pasien (menghemat ruang penyimpanan hasil)

			Film rontgen tetap disediakan, namun penggunaannya hanya untuk foto CITO, atau rujukan, jika pasien rawat jalan biasa dan memerlukan print out film rontgen maka di dikenakan biaya tambahan sebesar Rp, 30.000 per lembar film
--	--	--	---

V. SASARAN

NO	SASARAN	KEGIATAN		INDIKATOR	TARGET
A.	REGULASI	1.	Meriview dan Melaksanakan Kajian Pelayanan di Unit Radiologi Diagnostik, Imaging	Kegiatan dan pencatatan dokumentasi sesuai standar	Pekerjaan sesuai standar Rumah Sakit Dharma Nugraha
		2.	Standar Oprasional Prosedur (SOP)		
		3.	Rapat Rutin	Terlaksananya rapat sebanyak 12x	100%
		4.	Penyusunan Laporan	Dibuatnya laporan bulanan dan tahunan	100%
B.	SUMBER DAYA MANUSIA	1.	Kebutuhan SDM	Kebutuhan SDM dapat terpenuhi sesuai analisa pelayanan	100%
		2.	Orientasi Karyawan	Jumlah karyawan baru unit radiologi yang mengikuti orientasi	100%

		3.	Pendidikan dan Pelatihan	Mengikuti diklat internal maupun eksternal	100%
		4.	Evaluasi Kinerja	Semua radiografer dievaluasi kinerja 1 kali setahun, dan 3 bulan untuk karyawan baru	100%
		5.	Kredensial Radiografer	Semua radiografer harus memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100%
C.	FASILITAS PELAYANAN RADIOLOGI DIAGNOSTIK, IMAGING	1.	Pemeliharaan Alat	Pelaksanaan pemeliharaan harian, bulanan, dan tahunan	100%
		2.	Uji Fungsi	Semua alat siap digunakan	100%
		3.	Kalibrasi Alat X-Ray General Purpose, Mobile X-Ray, Mamografi dan USG	a) Terlaksananya untuk seluruh alat sesuai jadwal	100%
				b) Semua alat terkalibrasi	100%
		4.	Perizinan Alat	Terlaksananya pemantauan dan pengawasan perizinan alat X-Ray	100%
		5.	Monitoring dan Tindak Lanjut	Jika terjadi kegagalan dan fungsi alat oleh user dan teknisi alkes	100%
		6.	Perbaikan/ Penambahan alat	Pemeliharaan alat mamografi	100%

		7.	Perbaikan/ Penambahan Fasilitas dan Alat Non Medis	Penggantian Air Conditioner (AC) di Ruangan X-RAY, USG, MAMOGRAFI, CT-SCAN dan ENTERANCE	100%
D.	PENINGKATAN MUTU	1.	Pengulangan Foto Rontgen (<i>Reject Analysis</i>)	Angka kejadian kesalahan cara/teknik foto/ salah objek/human error/mesin error, standar $\leq 2.0\%$	100%
		2.	Kepatuhan Dokter dalam Pengisian Formulir Perminataan Pemeriksaan Radiologi	Ketidak lengkapan pengisian pada kolom identitas pasien di formulir permintaan radiologi, dengan standar 0%	100%
		3.	Respon Time Pelayanan Radiologi CITO	Tercapainya kecepatan dan ketepatan waktu yang baik pada hasil pemeriksaan radiologi CITO dengan standar ≤ 60 Menit	100%
		4.	Respon Time Pelayanan Radiologi Reguler	Tercapainya kecepatan dan ketepatan waktu hasil pemeriksaan yang baik dengan standar ≤ 24 Jam	100%

		5.	Presentasi Pelaporan Hasil Kritis Radiologi	Tercapainya respon time yang baik untuk seluruh pelaporan hasil kritis radiologi, standar ≤ 30 Menit		100%
E.	KESELAMATAN PASIEN	1.	Kesalahan Identifikasi Pasien/Salah Periksa	Identifikasi pasien berjalan dengan baik		100%
		2.	Pengulangan Foto	a.	Pelaksanaan pemeriksaan sesuai dengan SOP	100%
				b.	Melihat dan mengecek kembali SOP yang perlu direvisi	
		3.	Dosis Radiasi	Melaksanakan dosis radiasi yang sesuai standar		100%
		4.	Tanda Bahaya Radiasi	Menyalakan lampu indikator (lampu Merah) saat pemeriksaan X-Ray berlangsung		100%
		5.	Verifikasi Hasil Ekspertise	Melakukan pengecekan identitas pasien, jenis pemeriksaan dan hasil ekspertise sebelum dokter radiologi menandatangani		100%

		6.	Pelabelan Hasil	Melakukan pengecekan idintifikasi pasien pada label yang akan di tempal di amplop hasil pemeriksaan		100%
		7.	Salah Pemeberian Hasil Pemeriksaan Ke Pasien	a.	Melakukan pengecekan pada lembar foto, hasil ekspertise, dan amplop	100%
				b.	Melakukan verifikasi identifikasi pasien dan pemeriksaan saat pemberian hasil pemeriksaan radiologi	
				c.	Petugas menulis dibuku serah terima hasil dan di tandatangani oleh pasien/keluarga pasien/perawat	
F.	KESELAMATAN KERJA	1.	Infeksi Nosokomial Akibat Ketidak Patuhan Penggunaan APD	a.	Membuat data jumlah alat proteksi	100%
				b.	Melakukan pengecekan alat proteksi setiap hari	

		2.	Paparan Radiasi	a.	Melakukan MCU berkala semua pekerja radiasi, setiap 3 bulan sekali	100%
				b.	Pengujian TLD tiap 3 bulan sekali oleh BATAN, dan merekap hasil evaluasi TLD	
				c.	Pemberian makanan tambahan tinggi protein dan vitamin untuk radiografer	
		3.	Kebakaran dan Bencana Alam	a.	Penyediaan dan pemeliharaan APAR	100%
				b.	Terpasang jalur evakuasi	
G.	PENCEGAHAN INFEKSI	1.	Kepatuhan Cuci Tangan	Melaksanakan cuci tangan 6 langkah dengan metode 5 moment		100%
		2.	Penularan Infeksi Karena Kontak Dengan Pasien	Tidak terjadi insiden infeksius		0
		3.	B3	Tercatat dan terdokumentasi sesuai dengan kategori label		100%

VI. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

NO	ASPEK KEGIATAN	CARA PELAKSANAAN				KET
		SOSIALIASI	SURVEY	RAPAT	DIKLAT	
1.	Regulasi	√		√		
2.	Sumber Daya Manusia			√	√	
3.	Fasilitas Pelayanan Radiologi Diagnostik, Imaging		√			
4.	Peningkatan Mutu	√	√	√		
5.	Keselamatan Pasien	√	√	√	√	
6.	Keselamatan Kerja	√	√	√	√	
7.	Pencegahan Infeksi	√	√	√	√	
8.	Pengembangan Pelayanan			√		

VII. JADWAL PELAKSANAAN DAN ANGGARAN

1. Jadwal Pelaksanaan

NO	KEGIATAN	TAHUN 2023										
		BULAN										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A.	REGULASI											
	1. Rapat Rutin											
	2. Penyusunan Laporan Bulanan, Tahunan											
B.	SUMBER DAYA MANUSIA											
	1. Kebutuhan SDM											
	2. Orientasi Karyawan Baru											

	3.	Pendidikan dan Pelatihan											
	4.	Evaluasi Kinerja											
	5.	Kredensial Radiografer											
C.	FASILITAS PELAYANAN RADIOLOGI DIAGNOSTIK, IMAGING												
	1.	Pemeliharaan Alat											
	2.	Uji Fungsi											
	3.	Uji Kesesuaian dan Kalibrasi Alat X-Ray General Puspose, Mobile X-Ray, Mamografi, dan USG											
	4.	Perizinan Alat											
	5.	Pendokumentasian, Identifikasi dan Inventaris alat											
	6.	Penggantian/Penambahan Fasilitas Radiologi Non Medis											
D.	KONTROL MUTU PELAYANAN												
	1.	Pengulangan Foto Rontgen (<i>Reject Analysis</i>) Standar $\leq 2.0\%$											
	2.	Kepatuhan Dokter dalam Pengisian Formulir Perminataan Pemeriksaan Radiologi, Target 100%, Standar 0											
	3.	Respon Time Pelayanan Radiologi CITO, Standar ≤ 60 Menit											
	4.	Respon Time Pelayanan Radiologi Reguler, Standar ≤ 24 Jam											

[illegible]

2. Anggaran

NO	KEGIATAN	TOTAL	KET
1.	Rapat Rutin Internal Radiologi	Rp. 1.600.000	
2.	Diklat		
3.	Kaliberasi Alat X-Ray	Rp. 3.880.000	
5.	Kaliberasi alat USG	Rp. 670.000	
6.	Perpanjang Izin Alat Xray	Rp. 17.000.000	
7.	Pemeliharaan, kaliberasi, dan Uji Kesesuaian Alat	Rp. 41.600.000	
8.	Evaluasi TLD	Rp. 3.000.000	
9.	Lain-Lain	Rp. 1.318.000	
10.	AC	Rp.24.000.000	
TOTAL ANGGARAN		Rp. 88.468.000	

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

Pelaksanaan kegiatan Unit Radiologi Rumah Sakit Dharma Nugraha dievaluasi secara periodik tiap tiga bulan, berdasarkan hasil rapat rutin bulanan. Hasil evaluasi dilaporkan kepada Direktur.

IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

A. PENCATATAN

Penanggung jawab PC data melakukan pencatatan dan pelaporan semua kegiatan pemeriksaan yang dilakukan di unit radiologi berupa : pencatatan administrasi, stok pemakaian bahan habis pakai, penjelasan pemeriksaan pencatatan kegagalan foto, Pencatatan dan monitoring pelaporan hasil kritis, Kepatuhan pengisian formulir permintaan pemeriksaan radiologi.

B. PELAPORAN

1. Kepala Unit Radiologi melaporkan setiap kegiatan pelayanan radiologi kepada Kepala Pelayanan Radiologi Diagnostic, Imaging, dan Manager Penunjang Medis setiap bulan
2. Kepala Unit Radiologi melaporkan hasil penerapan kendali mutu internal dan mutu eksternal bulanan kepada komite mutu dan kepala bidang penunjang terkait penanggung jawab manajemen fasilitas berupa laporan mutu bulanan dan laporan realisasi Pelayanan bulanan.

C. EVALUASI KEGIATAN

1. Kepala Unit Radiologi melakukan evaluasi terhadap setiap capaian kegiatan, kendala dan permasalahan yang ditemukan
2. Kepala unit radiologi membuat evaluasi dan usulan tentang penggunaan bahan-bahan / perlengkapan dan peralatan Instalasi Radiologi.
3. Kepala Unit Radiologi mengkoordinir pelaksanaan evaluasi kebutuhan standar ketenagaan berdasarkan analisis beban kerja

X. PENUTUP

Dengan adanya Program Kerja Unit Radiologi tahun 2023 diharapkan dapat menjadi acuan atau pedoman untuk melakukan perbaikan dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam hal pelayanan Radiologi di Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Jakarta, 08 Mei 2023


Mengerahui,

Kepala Pelayanan Radiologi Diagnostik


dr. R. Surjoseto, Sp.Rad (K)

Penyusun,

Kepala Unit Radiologi


Restia Ningrum, A.Md.Rad

Menyetujui,

DIREKTUR,



Dr. Agung Dharmanto, Sp.A