



**RS MATA
UNDAAN**

PEDOMAN PENGORGANISASIAN LABORATORIUM

RS MATA UNDAAN SURABAYA



**TAHUN
2022**

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya

Telp. 031- 5343 806, 5319 619

Fax. 031-5317 503

www.rsmataundaan.co.id

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1680/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL: 15 JULI 2022 TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN LABORATORIUM RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	1
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1680/PER/DIR/RSMU/VII/2022 TANGGAL: 15 JULI 2022 TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN LABORATORIUM RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	3
BAB I PENDAHULUAN.....	3
1.1 Latar Belakang	3
1.2 Tujuan Pedoman	3
1.2.1 Tujuan Umum	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Ruang Lingkup.....	3
1.4 Definisi Operasional	4
1.5 Landasan Hukum	4
BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT.....	5
2.1 Identitas Rumah Sakit	5
2.2 Sejarah Rumah Sakit	5
BAB III VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN RS.....	6
3.1 Visi dan Misi RS	6
3.2 Falsafah Rumah Sakit	6
3.3 Nilai Rumah Sakit	6
3.4 Tujuan Rumah Sakit	6
BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT.....	7
BAB V STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA.....	8
BAB VI URAIAN JABATAN.....	9
6.1 Persyaratan Jabatan	9
6.2 Uraian Tugas, Tanggung Jawab, Wewenang	10
BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA.....	14
7.1 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja.....	14
7.2 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja Lain dan Tim/Komite	14
BAB VIII POLA KETENAGAAN	16
8.1 Kebutuhan Sumber Daya Manusia	16
8.2 Penempatan Sumber Daya Manusia.....	18
BAB IX PROGRAM ORIENTASI	22
9.1 Orientasi Umum.....	22
9.2 Orientasi Khusus	22
BAB X PERTEMUAN/RAPAT.....	23
10.1 Pertemuan/Rapat	22
10.2 Koordinasi	22

BAB XI	PELAPORAN	24
11.1	Indikator Mutu Prioritas.....	24
11.2	Indikator Mutu Unit Kerja.....	24
11.3	Penilaian dan Evaluasi Kinerja Staf.....	24
11.4	Pencatatan Kegiatan.....	24
11.5	Pelaporan Kegiatan.....	25
BAB XII	PENUTUP	26



**RS MATA
UNDAAN**

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 1680/PER/DIR/RSMU/VII/2022
TANGGAL : 15 JULI 2022
TENTANG
PEDOMAN PENGORGANISASIAN LABORATORIUM
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan mutu, efisiensi, dan efektifitas pengorganisasian dalam pelaksanaan tugas Laboratorium di lingkungan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya pedoman pengorganisasian;
b. Bahwa untuk mewujudkan sumber daya manusia yang terorganisir, kompeten dan sesuai standar di rumah sakit;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/MenKes/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik;
4. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Nomor : 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
6. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 017/P4MU/SK/VI/2022 tentang Penetapan Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN LABORATORIUM RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.**

Pasal 1

Menetapkan dan memberlakukan Pedoman Pengorganisasian Laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 2

Pedoman Pengorganisasian Laboratorium ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Pasal 3

Pedoman Pengorganisasian Laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.

Pasal 4

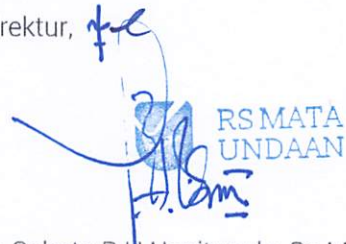
Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Pasal 5

Apabila di kemudian hari terdapat perubahan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Juli 2022

Direktur,



RS MATA
UNDAAN

dr. Sahata P. Napitupulu, Sp.M(K)

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA
UNDAAN
NOMOR: 1680/PER/DIR/RSMU/VII/2022
TANGGAL: 15 JULI 2022
TENTANG
PEDOMAN PENGORGANISASIAN LABORATORIUM
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Laboratorium merupakan Unit Pelaksana Teknis Fungsional Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan pemeriksaan laboratorium patologi klinik pada pasien yang memerlukan pelayanan atau berobat di Rumah Sakit Mata Undaan.

Kegiatan Laboratorium sebagai penunjang medik meliputi pengelolaan sumber daya rumah sakit untuk kegiatan pelayanan pemeriksaan laboratorium terhadap pasien atau sampel yang dirujuk ke Laboratorium guna membantu menegakkan diagnosa penyakit dan evaluasi terapi dalam rangka mewujudkan fungsi pelayanan rumah sakit. Sebagai sub unit Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi (IPDT), maka laboratorium melayani pasien yang berasal dari semua instalasi pelayanan.

1.2 Tujuan Pedoman

1.2.1 Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam pengelolaan pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Menciptakan pelayanan yang berkualitas dan menghasilkan kinerja prima dalam mencapai visi dan misi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
2. Memberikan jalur komunikasi dan arahan yang jelas dalam laboratorium serta hubungan dengan unit-unit pelayanan lain yang terkait di jajaran Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

1.3 Ruang Lingkup

1. Struktur organisasi dalam pedoman pengorganisasian laboratorium ini meliputi struktur organisasi rumah sakit dan struktur organisasi laboratorium. Struktur organisasi adalah komponen penyusun perusahaan atau instansi yang memperjelas kedudukan atau posisi, termasuk pembagian hak dan kewajiban atau tugas atas pekerjaannya.
2. Uraian tugas adalah suatu paparan atas semua tanggung jawab yang dilakukan oleh pemegang jabatan dalam memproses suatu bahan kerja menjadi hasil kerja dalam kondisi tertentu
3. Orientasi adalah proses menyediakan informasi yang ada dalam suatu perusahaan guna diketahui oleh karyawan yang baru masuk dalam perusahaan tersebut

4. Indikator mutu adalah ukuran mutu dan keselamatan rumah sakit yang digambarkan dari data yang dikumpulkan dalam periode tertentu
5. Penanggung jawab pelayanan seseorang yang kompeten dan ahli dibidangnya dalam menganalisa hasil kerja, sehingga dapat mempertanggungjawabkan hasil kerja yang dikeluarkan.
6. Koordinator pelayanan adalah seseorang yang kompeten dan bertanggung jawab atas terlaksana dan berjalannya suatu pelayanan dengan baik dan lancar sesuai dengan standar operasional yang berlaku.

1.4 Definisi Operasional

1. Laboratorium merupakan sarana pelayanan kesehatan yang melaksanakan pengukuran, penetapan, dan pengujian untuk penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, dan kondisi kesehatan.
2. Laboratorium klinik/laboratorium medis adalah laboratorium dimana tes dilakukan pada spesimen biologis untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan pasien. Di dalam laboratorium ini terdiri dari berbagai jenis pemeriksaan untuk memudahkan dokter untuk mendiagnosa penyakit.

1.5 Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/MenKes/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik.

BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

2.1 Identitas Rumah Sakit

1. Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
2. Kelas Rumah Sakit : RS Khusus Kelas B Non Pendidikan
3. Status Pemilikan : Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU)
4. Nomor Surat Ijin : P2T/2/03.23/02/III/2018
5. Jumlah Tempat Tidur : 65 Tempat Tidur
6. Alamat : Jl. Undaan Kulon No. 17-19, Surabaya
7. Luas Bangunan : 13.080 M²
8. Luas Tanah : 6.919 M²
9. Daya Listrik : PLN: 555KVA, Diesel: 200 KVA dan 625 KVA
10. Air : PDAM dan Air Tanah

2.2 Sejarah Rumah Sakit

1. Tanggal 15 Oktober 1915, atas prakarsa dr. A. Deutman lahirlah perhimpunan yang mengelola pengobatan mata untuk pribumi yang tidak mampu diketahui oleh dr. JF. Terburgh dengan lokasi yang sekarang di Panti Asuhan Undaan Jalan Undaan Kulon.
2. Bulan November 1932, dimulainya pembangunan gedung Rumah Sakit Mata tepat bersebelahan dengan gedung Panti Asuhan Undaan.
3. Tanggal 29 April 1933, Rumah Sakit Mata Undaan pertama kali dibuka untuk umum di bawah pimpinan dr. A. Deutman sebagai Direktur hingga 1942.
4. Tahun 1942-1946, semua kegiatan dihentikan dikarenakan situasi keamanan yang tidak memungkinkan pada masa pendudukan jepang.
5. Tanggal 8 Januari 1946, Rumah Sakit Mata Undaan dibuka kembali yang dipimpin oleh dr. IH Go seorang keturunan Cina berwarganegaraan Belanda dan dibantu oleh dr. J. Ten Doesschate.
6. Tahun 1950, Pengelolaan Rumah Sakit Mata Undaan diambil alih oleh Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M).
7. Tahun 1968, Rumah Sakit Mata Undaan dipimpin oleh putra Indonesia yaitu dr. Moh. Basoeki, Sp.M hingga Tahun 1994.
8. Desember 1994, pimpinan Rumah Sakit Mata Undaan diserahkan terimakan dari dr. Moh. Basoeki, Sp.M kepada dr. Moch. Badri, Sp. M.
9. Tahun 1999, Gedung Yayasan Pendidikan Anak Buta (YPAB) yang berada di kawasan Rumah Sakit dipugar dan digantikan gedung baru 3 lantai.
10. Awal Tahun 2020, Gedung Medik Sentral (GMS) telah diresmikan dan difungsikan secara bertahap.
11. Pada Tahun 2021, RS Mata Undaan melakukan renovasi di Gedung Pelayanan Lasik dan di tahun 2022 tepatnya tanggal 31 Mei 2022 telah diresmikan oleh Wali Kota Surabaya Eri Cahyadi, S.T., M.T. dan berganti nama Gedung Layanan Premium.

BAB III

VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN RS

3.1 Visi dan Misi RS

1. Visi
Menjadi Rumah Sakit Mata Pilihan Utama Masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan.
2. Misi
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan mata yang bermutu dan aman;
 - b. Membentuk Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit yang profesional;
 - c. Melakukan pendidikan untuk menunjang pelayanan;
 - d. Melakukan penelitian guna meningkatkan dan mengembangkan pelayanan; dan
 - e. Menjalinkan kemitraan dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian.

3.2 Falsafah Rumah Sakit

Falsafah Rumah Sakit adalah:

1. Pasien dan mitra kerja adalah manusia yang mempunyai rasa menyukai dan tidak menyukai, sehingga kewajiban Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan yang aman dan bermutu;
2. Kehadiran pasien dan mitra kerja adalah kepercayaan yang diberikan kepada Rumah Sakit;
3. Karyawan dan Direksi selalu berusaha meningkatkan ilmu dan teknologi, dan memandang pengalaman sebagai guru terbaik;
4. Keluhan pasien dan mitra kerja merupakan wujud kepedulian kepada Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan sesuai dengan yang diharapkan; dan
5. Kepedulian Rumah Sakit terhadap lingkungan merupakan bagian dari kepedulian terhadap kelestarian ekosistem.

3.3 Nilai Rumah Sakit

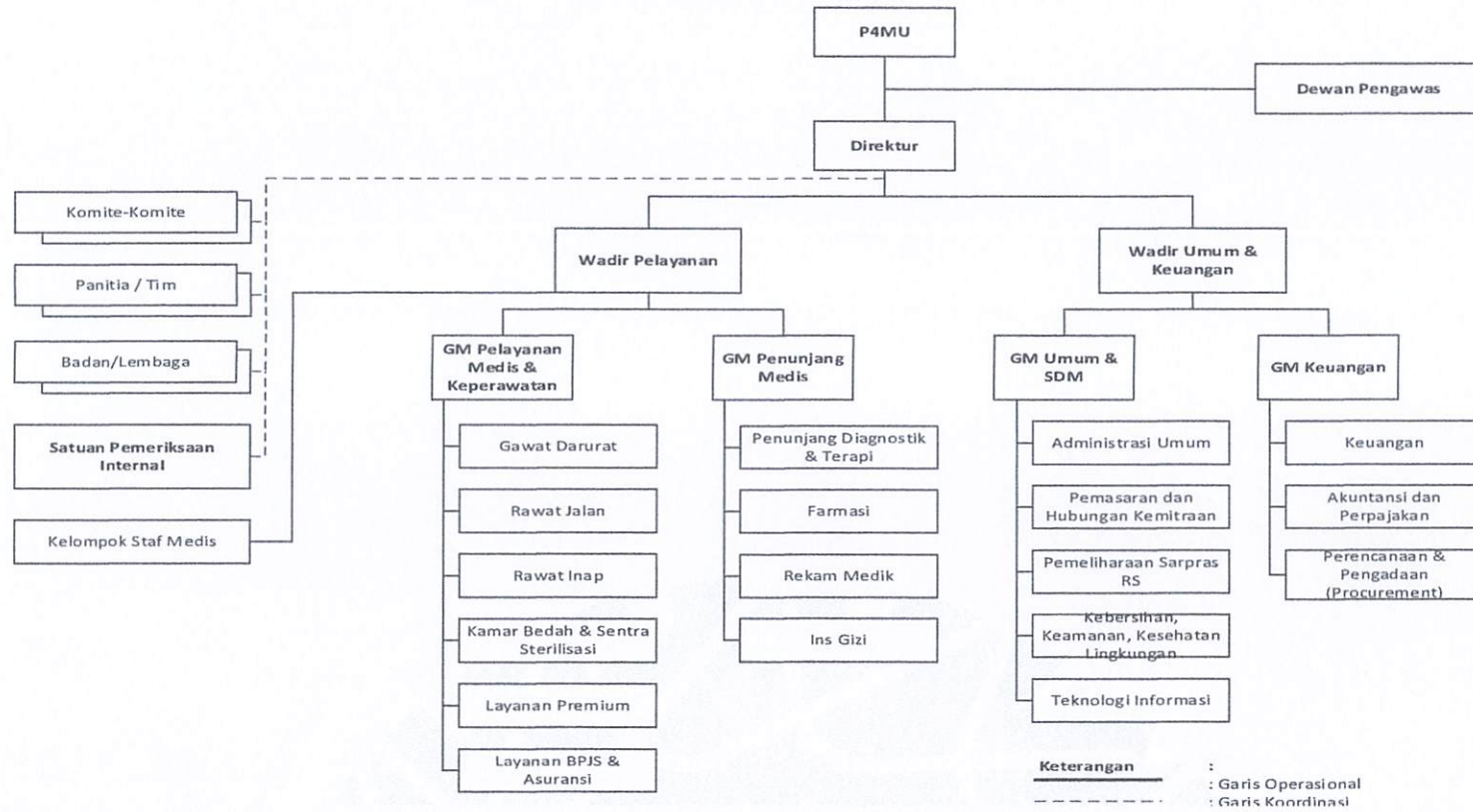
Nilai Dasar Rumah Sakit adalah:

1. *Professionalism* yaitu bekerja berdasarkan kompetensi, standar etika dan profesi, serta mengutamakan kepentingan pelanggan;
2. *Responsibility*, yaitu bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan secara bermutu, aman, cepat dan akurat;
3. *Team work*, yaitu bekerja dalam koordinasi tim yang baik di dalam satu unit kerja maupun antar unit kerja.

3.4 Tujuan Rumah Sakit

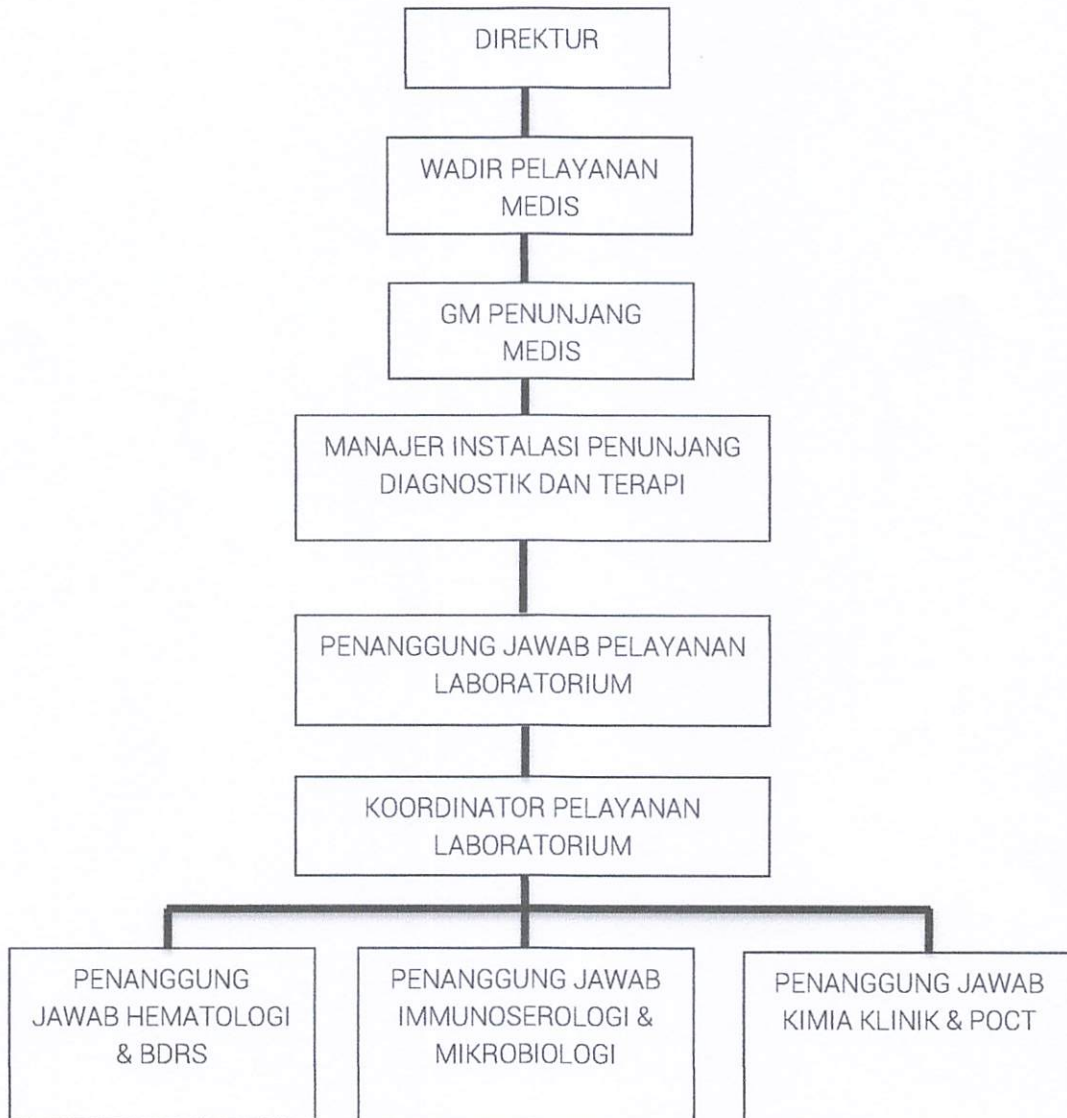
Tujuan Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dalam bidang pelayanan kesehatan mata yang didasarkan kepada nilai-nilai transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, independensi, *safety*, dan produktif.

**BAB IV
STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT**



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

BAB V
STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA



Gambar 5.1 Struktur Organisasi Laboratorium
Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

BAB VI URAIAN JABATAN

6.1 Persyaratan Jabatan

1. Penanggung jawab pelayanan laboratorium
 - a. Dokter Spesialis Patologi Klinik;
 - b. Memiliki sertifikat kompetensi dan STR yang masih berlaku;
 - c. Pengalaman bekerja minimal 2 tahun;
 - d. Bertanggung jawab;
 - e. Komunikatif;
 - f. Dapat bekerja dalam tim.
2. Koordinator pelayanan laboratorium
 - a. Minimal Pendidikan DIII ATLM;
 - b. Memiliki STR yang masih berlaku;
 - c. Pengalaman bekerja minimal 2 tahun;
 - d. Bertanggung jawab;
 - e. Komunikatif;
 - f. Dapat bekerja dalam tim;
 - g. Mampu dalam bidang komputer;
 - h. Mampu mengontrol segala kebutuhan laboratorium;
 - i. Menguasai mutu laboratorium.
3. Penanggung jawab Hematologi dan BDRS
 - a. Minimal Pendidikan DIII ATLM;
 - b. Memiliki STR yang masih berlaku;
 - c. Memiliki sertifikat atau pengalaman dibidang Hematologi dan BDRS minimal 1 tahun;
 - d. Bertanggung jawab;
 - e. Komunikatif;
 - f. Dapat bekerja dalam tim;
 - g. Mampu dalam bidang komputer;
 - h. Mampu mengontrol segala kebutuhan laboratorium;
 - i. Menguasai mutu laboratorium.
4. Penanggung jawab Immunoserologi dan Mikrobiologi
 - a. Minimal Pendidikan DIII ATLM;
 - b. Memiliki STR yang masih berlaku;
 - c. Memiliki sertifikat atau pengalaman dibidang Immunoserologi dan Mikrobiologi minimal 1 tahun;
 - d. Bertanggung jawab;
 - e. Komunikatif;
 - f. Dapat bekerja dalam tim;
 - g. Mampu dalam bidang komputer;
 - h. Mampu mengontrol segala kebutuhan laboratorium;
 - i. Menguasai mutu laboratorium.

5. Penanggung jawab Kimia Klinik dan POCT
 - a. Minimal Pendidikan DIII ATLM;
 - b. Memiliki STR yang masih berlaku;
 - c. Memiliki sertifikat atau pengalaman dibidang Hematologi dan BDRS minimal 1 tahun;
 - d. Bertanggung jawab;
 - e. Komunikatif;
 - f. Dapat bekerja dalam tim;
 - g. Mampu dalam bidang komputer;
 - h. Mampu mengontrol segala kebutuhan laboratorium;
 - i. Menguasai mutu laboratorium.

6.2 Uraian Tugas, Tanggung Jawab, Wewenang

1. Penanggungjawab Pelayanan Laboratorium
 - a. Tugas
 - 1) Mengelola semua jenis pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan.
 - 2) Membuat program kerja Laboratorium.
 - 3) Memantau dan mengendalikan mutu pelayanan laboratorium.
 - 4) Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan laboratorium.
 - 5) Melakukan koordinasi dengan bidang dan unit terkait.
 - 6) Menyampaikan laporan kegiatan pelayanan secara periodik.
 - 7) Mengevaluasi dan menandatangani kegiatan pencatatan dan pelaporan.
 - 8) Melaporkan program kendali mutu secara berkala kepada Komite Mutu.
 - 9) Melaksanakan survei kepuasan pelanggan.
 - b. Tanggung Jawab
 - 1) Menyusun dan evaluasi regulasi.
 - 2) Pengawasan pelaksanaan administrasi.
 - 3) Melaksanakan program kendali mutu (PMI dan PME) dan mengintegrasikan program mutu lab dengan program Manajemen Fasilitas Kesehatan (MFK) serta program PPI di RS.
 - 4) Memonitor dan evaluasi semua jenis pelayanan laboratorium.
 - 5) Mereview dan menindaklanjuti hasil pemeriksaan laboratorium rujukan.
 - c. Wewenang
 - 1) Meminta petunjuk pada manajer.
 - 2) Memimpin pertemuan/rapat staf Laboratorium.
 - 3) Menyusun dan mengatur uraian tugas staf Laboratorium.
 - 4) Menugaskan staf untuk mereview dan menindaklanjuti hasil pemeriksaan laboratorium rujukan.
 - 5) Menyusun perencanaan kebutuhan alat, bahan habis pakai, gedung dan tenaga.
 - 6) Mengevaluasi penggunaan anggaran dan sumber daya.
 - 7) Memberikan pembinaan dan bimbingan kepada staf Laboratorium.
 - 8) Melakukan penilaian dan evaluasi kinerja Laboratorium.
 - 9) Merencanakan pengembangan SDM Laboratorium.

2. Koordinator Pelayanan Laboratorium

a. Tugas

- 1) Mengontrol persiapan SDM, alat dan reagen.
- 2) Melaksanakan kegiatan administrasi dan membuat notulen rapat. Dapat dibantu seorang tenaga untuk melaksanakan kegiatan ini.
- 3) Melaksanakan SIM layanan laboratorium dan pengoperasian komputer.
- 4) Mencatat data jumlah kunjungan pasien di Laboratorium;
- 5) Menerima sampel/spesimen dari luar untuk di cek label identitasnya sesuai dengan identitas. pada blangko permintaan, kemudian menyerahkan kepada petugas pemeriksa.
- 6) Mendokumentasikan dan menyimpan semua dokumen.
- 7) Mencatat dan membuat laporan pemakaian, laporan stok reagen dan alat medis setiap bulan.
- 8) Menyerahkan alat medis dan reagen yang diperlukan kepada petugas pemakai.
- 9) Membantu mengelola sumber daya manusia di Laboratorium.
- 10) Membuat jadwal jaga staf laboratorium.
- 11) Mengurus kegiatan orientasi pegawai baru.

b. Tanggung Jawab

- 1) Terlaksananya mutu pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan.
- 2) Terlaksananya kegiatan administrasi laboratorium.
- 3) Memantau kelayakan alat selama proses pemeriksaan berlangsung.
- 4) Menjaga dan merawat alat laboratorium agar tetap kondisi baik dan siap operasional.
- 5) Terlaksananya penerimaan, penyimpanan dan pengeluaran reagen dan alat medis untuk kebutuhan laboratorium.
- 6) Kualitas reagen dan alat medis tetap baik dalam penyimpanan.

c. Wewenang

- 1) Meminta petunjuk pada atasan.
- 2) Melakukan koordinasi dengan staf laboratorium dalam hal pelayanan, reagensia dan sarana-prasarana serta sumber daya manusia.
- 3) Membuat jadwal rotasi area pemeriksaan dan jenis pemeriksaan, termasuk jadwal layanan 24 jam (permintaan cito, gawat darurat).
- 4) Mengusulkan/merencanakan dan mendokumentasikan kegiatan pengembangan sumber daya manusia (pendidikan dan pelatihan).
- 5) Memberikan saran dan pertimbangan kepada atasan.

3. Penanggungjawab Pemeriksaan Hematologi dan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)

a. Tugas

- 1) Melakukan persiapan dan pengelolaan spesimen yang akan diperiksa.
- 2) Melakukan pemeriksaan hematologi secara otomatis atau manual sesuai standar prosedur operasional dan jenis pemeriksaan yang diminta.
- 3) Melakukan koordinasi dengan ruangan terkait permintaan komponen produk darah.
- 4) Melakukan sosialisasi regulasi pelayanan bank darah kepada staf rawat inap, rawat jalan di rumah sakit, IGD, dan Kamar Bedah dan Sentra Sterilisasi.

- b. Tanggung Jawab
 - 1) Kelancaran pelayanan pemeriksaan hematologi dan BDRS.
 - 2) Menjaga mutu pemeriksaan hematologi.
 - 3) Kebenaran hasil pemeriksaan, mencatat, dan menyerahkan hasil pemeriksaan kepada koordinator pelayanan teknis medis untuk diteliti.
 - 4) Menjaga dan merawat alat hematologi agar tetap baik dan siap operasional.
 - 5) Menjaga keamanan komponen produk darah yang disimpan di blood bank refrigerator.
 - 6) Kelancaran pelayanan bank darah.
 - 7) Kebenaran hasil pemeriksaan golongan darah, mencatat dan menyerahkan komponen produk darah yang telah diserahkan kurir.
 - c. Wewenang
 - 1) Meminta petunjuk pada atasan.
 - 2) Melaporkan kelengkapan reagen dan alat yang diperlukan.
 - 3) Memberikan saran dan pertimbangan kepada atasan.
 - 4) Menghubungi unit transfusi darah (UTD) PMI mengenai ketersediaan komponen produk darah.
 - 5) Menghubungi kurir rumah sakit untuk mengambil komponen produk darah ke UTD PMI.
4. Penanggungjawab Kimia Klinik dan POCT
- a. Tugas
 - 1) Melakukan persiapan dan pengelolaan spesimen yang akan diperiksa.
 - 2) Melakukan pemeriksaan kimia klinik otomatis atau manual sesuai standar prosedur operasional dan jenis pemeriksaan yang diminta.
 - 3) Melakukan pengecekan/ kontrol alat gula darah di ruangan agar tetap stabil.
 - 4) Melakukan koordinasi dengan ruangan tempat pelayanan pemeriksaan POCT tentang ketersediaan reagen.
 - b. Tanggung Jawab
 - 1) Menjaga dan merawat alat yang digunakan agar tetap baik dan siap operasional.
 - 2) Kelancaran pelayanan pemeriksaan kimia klinik dan POCT di ruangan.
 - 3) Kebenaran hasil pemeriksaan, mencatat dan menyerahkan hasil pemeriksaan kepada koordinator pelayanan laboratorium.
 - 4) Melaporkan kelengkapan reagen dan alat yang diperlukan.
 - 5) Menjaga dan merawat alat fotometer/*autoanalyzer* agar tetap baik dan siap operasional.
 - 6) Menjaga mutu pemeriksaan POCT.
 - 7) Kebenaran hasil pemeriksaan, mencatat, dan menyerahkan hasil pemeriksaan kepada koordinator pelayanan teknis medis untuk diteliti.
 - c. Wewenang
 - 1) Meminta petunjuk pada atasan.
 - 2) Melaporkan kelengkapan reagen dan alat yang diperlukan.
 - 3) Memberikan saran dan pertimbangan kepada atasan.

5. Penanggungjawab Immunologi dan Mikrobiologi

a. Tugas

- 1) Melakukan persiapan dan pengelolaan spesimen yang akan diperiksa.
- 2) Melakukan pemeriksaan immunologi dan mikrobiologi sesuai standar prosedur operasional dan jenis pemeriksaan yang diminta.

b. Tanggung Jawab

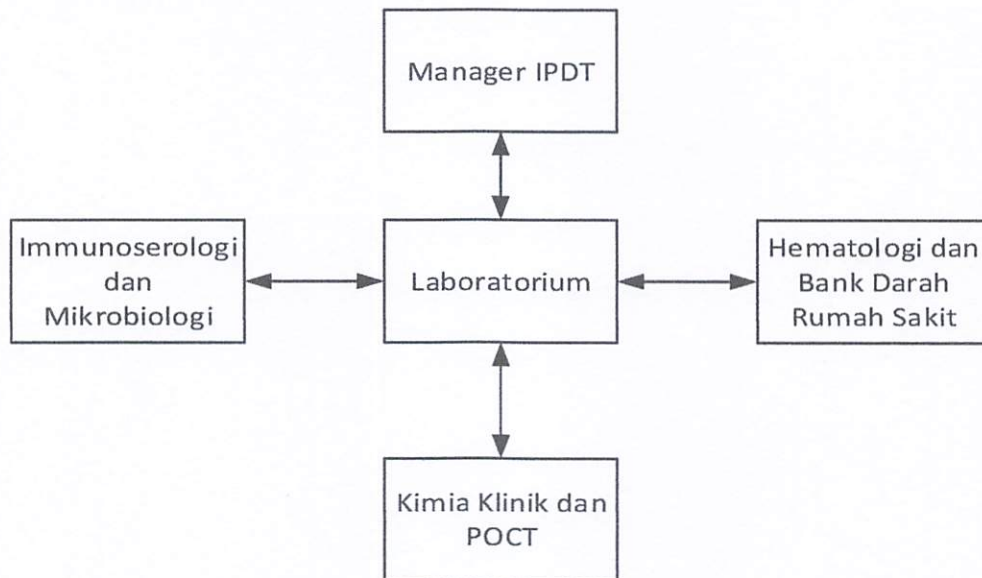
- 1) Kelancaran pelayanan pemeriksaan immunologi dan mikrobiologi.
- 2) Menjaga mutu pemeriksaan immunologi dan mikrobiologi.
- 3) Kebenaran hasil pemeriksaan, mencatat, dan menyerahkan hasil pemeriksaan kepada penanggungjawab laboratorium untuk diteliti.
- 4) Menjaga dan merawat alat yang digunakan agar tetap baik dan siap operasional.

c. Wewenang

- 1) Meminta petunjuk pada atasan.
- 2) Melaporkan kelengkapan reagen dan alat yang diperlukan.
- 3) Memberikan saran dan pertimbangan kepada atasan.

BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA

7.1 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja



Gambar 7.1 Tata Hubungan Kerja Unit Laboratorium

7.2 Tata Hubungan Kerja Unit Kerja Lain dan Tim/Komite

Dalam melaksanakan kegiatan laboratorium berhubungan atau membina kerjasama dengan unit lain/bagian/komite agar pelayanan dapat berjalan lancar. Hubungan kerjasama tersebut dapat vertikal maupun horizontal, dapat langsung maupun tidak langsung (koordinasi)

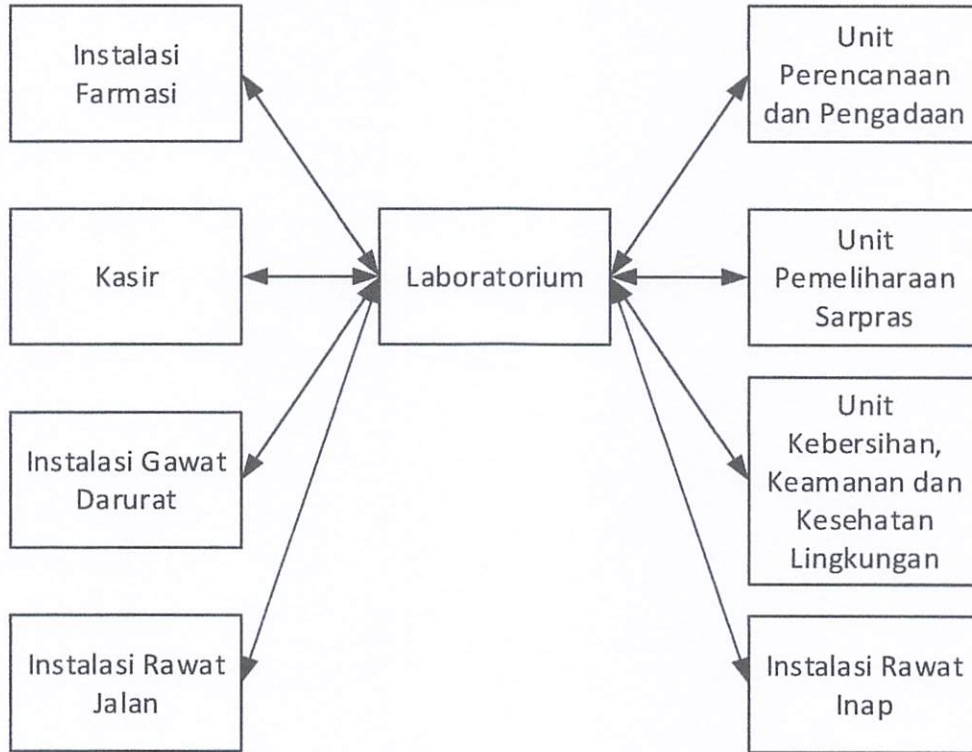
Hubungan kerja langsung berkaitan dengan pelayanan pasien, seperti:

1. Instalasi Gawat Darurat;
2. Instalasi Rawat Inap;
3. Instalasi Rawat Jalan;
4. Instalasi Kamar Bedah dan Sentra Sterilisasi;
5. Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi;
6. Unit Pemeliharaan Sarpras;
7. Unit Kebersihan, Keamanan dan Kesehatan Lingkungan;
8. Kasir;
9. Instalasi Farmasi.

Hubungan kerja tidak langsung (koordinasi) yaitu:

1. Teknologi Informasi
2. Unit perencanaan dan pengadaan

Hubungan kerja tersebut dapat dilihat dari bagan dibawah ini :



Gambar 7.2 Tata Hubungan Kerja Laboratorium dengan Unit Kerja Lain

Tabel 7.1 Mekanisme Hubungan Kerja

NO	UNIT KERJA	KETERANGAN
1	Instalasi Rawat Jalan	Pelayanan pemeriksaan laboratorium.
2	Instalasi Rawat Inap	Pelayanan pemeriksaan Laboratorium.
3	Instalasi Gawat Darurat	Pelayanan pemeriksaan Laboratorium.
4	Unit Kebersihan, Keamanan, Kesehatan Lingkungan	Penanganan limbah Laboratorium dan sampah medis.
5	Unit Pemeliharaan Sarana	Penanganan sarana pelistrikan dan air, pelaksanaan perbaikan sarana – prasarana Laboratorium.
6	Kasir	Pembayaran pemeriksaan Laboratorium.
7	Instalasi Farmasi	Pelayanan kebutuhan logistik (reagensia, alat Laboratorium habis pakai).
8	Unit Pemeliharaan Sarpras	Pemeliharaan alat medis dan non medis, kalibrasi alat Laboratorium (berkoordinasi dengan koordinator kegiatan kalibrasi peralatan medis).

BAB VIII
POLA KETENAGAAN

8.1 Kebutuhan Sumber Daya Manusia

1. Jumlah Sumber Daya Manusia

Jumlah tenaga di Unit Laboratorium masih minim, sedangkan pelayanan medik di RS Mata Undaan terus berkembang maka diperlukan perencanaan sumber daya manusia melalui analisis kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM). Analisa kebutuhan SDM untuk memenuhi pelayanan 24 jam sebagai berikut :

Tabel 8.1 Analisis Kebutuhan SDM

No.	Jenis Tugas		Komponen Beban Kerja	Capaian Per Tahun	SBK	Kebutuhan SDM
1	2		3	4	5	6
1	Tugas Pokok	1	Registrasi Pasien RJ	34308	120342.8571	0.28508547
		2	Identifikasi Pasien	36096	120342.8571	0.29994302
		3	Pengambilang Sampel Gula darah RJ	11508	60171.42857	0.191253561
		4	Pemrosesan sampel Gula darah alat analyzer	960	24068.57143	0.03988604
		5	Registrasi Pasien Ranap	1728	120342.8571	0.014358974
		6	Pengambilang Sampel Gula darah Ranap	1728	12034.28571	0.143589744
		7	Pengambilang Sampel darah RJ / Sampling vena	228	24068.57143	0.009472934
		8	Pengambilang Sampel darah Ranap / Sampling vena	60	8022.857143	0.007478632
		9	Centrifuge darah	228	24068.57143	0.009472934
		10	Pembuatan Auto logus serum	240	24068.57143	0.00997151
		11	Pengambilan bahan Secret	10	24068.57143	0.00041548
		12	Pewarnaan Gram	10	10028.57143	0.000997151
		13	Pewarnaan KOH	10	40114.28571	0.000249288
		14	Pewarnaan Gymsa	120	30085.71429	0.003988604
		15	Pemeriksaan Gram	10	12034.28571	0.000830959
		16	Pemeriksaan Jamur	3	24068.57143	0.000124644
		17	Pemeriksaan Hapusan	120	8022.857143	0.014957265
		18	Pemeriksaan darah	960	12034.28571	0.07977208

No.	Jenis Tugas	Komponen Beban Kerja	Capaian Per Tahun	SBK	Kebutuhan SDM
1	2	3	4	5	6
		lengkap			
		19 Pemeriksaan Faal Hemostasis	960	12034.28571	0.07977208
		20 Pemeriksaan SGOT	960	12034.28571	0.07977208
		21 Pemeriksaan SGPT	960	12034.28571	0.07977208
		22 Pemeriksaan BUN	960	12034.28571	0.07977208
		23 Pemeriksaan Keatinin	960	12034.28571	0.07977208
		24 Pemeriksaan Elektrolit	960	12034.28571	0.07977208
		25 Pemeriksaan Urine	120	8022.857143	0.014957265
		26 Pemeriksaan CRP	25	12034.28571	0.002077398
		27 Pemeriksaan Rapid Antigen	18000	12034.28571	1.495726496
		28 Pemeriksaan BT	12	24068.57143	0.000498575
		29 Pemeriksaan CT	12	8022.857143	0.001495726
		30 Pemeriksaan Kolesterol Total	100	12034.28571	0.008309592
		31 Pemeriksaan TG	100	12034.28571	0.008309592
		32 Pemeriksaan HDL	100	12034.28571	0.008309592
		33 Pemeriksaan LDL	100	12034.28571	0.008309592
		34 Pemeriksaan HbA1C	250	40114.28571	0.006232194
		35 pengisian hasil laborat	36096	40114.28571	0.89982906
		36 validasi hasil laborat	36096	40114.28571	0.89982906
		dst.		0	
Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok (JKT)					4.94436491
2	Tugas Penunjang	Standar Tugas Penunjang (STP)			1.13143686
Total Kebutuhan SDM					5.59423671

Karena kurangnya jumlah SDM untuk memenuhi kebutuhan pelayanan 24 jam, maka penyelenggara laboratorium terintegrasi dengan Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Rawat Inap.

2. Jenis Sumber Daya Manusia
 - a. ATLM;
 - b. Dokter Spesialis Patologi Klinik.

3. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas sumber daya manusia (SDM) dan peran aktif masyarakat sebagai pelaku pembangunan. Untuk mendukung terwujudnya Indonesia Sehat maka diperlukan tersedianya sumber daya manusia yang bermutu dan merata. Adapun pola ketenagaan Unit Laboratorium yang ada pada saat ini sebagai berikut :

Tabel 8.2 Kualifikasi SDM Unit Laboratorium

No	Jabatan	Pendidikan
1	Penanggungjawab Pelayanan Laboratorium	Dokter Spesialis Patologi Klinik
2	Koordinator Pelayanan Laboratorium	Analisis Kesehatan
3	PJ. Hematologi dan BDRS	Analisis Kesehatan
4	PJ. Kimia Klinik dan POCT	Analisis Kesehatan
5	PJ. Immunologi dan Mikrobiologi	Analisis Kesehatan

8.2 Penempatan Sumber Daya Manusia

Saat ini tenaga yang tersedia dibagi menjadi 4 *Shift* dalam seminggu.

1. *Shift* Hari Kerja di Laboratorium

Tabel 8.3 *Shift* yang tersedia di penyelenggara laboratorium

Nama / tgl	1	2	3	4	5	6	7
ATLM 1	P	P	P	P	P	P	P
ATLM 2	SW	SW	SW	SW	SW	SW	SW
ATLM 3	MD	MD	MD	MD	MD	MD	MD
ATLM 4	S	S	S	S	S	S	S

Keterangan :

P : Pagi

SW : *Swab*

MD : *Middle*

S : Siang

- Hari Senin – jumat jam dinas pagi dan pelaksana *Swab* mulai pukul 06.00 – 13.00 WIB dan untuk hari Sabtu dimulai pukul 07.00 – 12.00 WIB
- Hari Senin – jumat jam dinas *Middle* mulai pukul 08.00 – 15.00 WIB dan untuk hari Sabtu dimulai pukul 10.00 – 15.00 WIB
- Hari Senin – jumat jam dinas siang mulai pukul 14.00 – 21.00 WIB dan untuk hari Sabtu dimulai pukul 15.00 – 20.00 WIB

2. Diluar jam kerja dan Tanggal Merah (Hari Libur)

Pada malam hari Tanggal Merah (Hari Libur) Unit Laboratorium terintegrasi dengan :

- a. Instalasi Gawat Darurat untuk pemeriksaan gula darah acak dan Swab antigen di luar jam kerja unit laboratorium karena keterbatasan SDM di unit laboratorium dan jumlah pemeriksaan yang masih sedikit.
 - b. Rawat Inap untuk pemeriksaan gula darah acak dan pengambilan darah jika diperlukan untuk pemeriksaan lainnya, yang kemudian sampel dikirim pada laboratorium rujukan.
3. Pemeriksaan CITO (*Emergency*)

Untuk pemeriksaan darah CITO laboratorium dapat dilakukan dengan cara *On Call*, yaitu petugas laboratorium yang bertugas jadwal *on call* dihubungi untuk segera datang ke rumah sakit dan melakukan pemeriksaan.

Tabel 8.4 Contoh *Shift On Call*

Nama / tgl	1	2	3	4	5	6	7
ATLM 1		OC1					
ATLM 2	OC	OC2					
ATLM 3		OC3					
ATLM 4		OC4	OC				

Keterangan:

On Call Diluar Jam Kerja

Senin

OC => *On Call* pk. 00.00 - 05.00

OC => *On Call* pk. 21.00 - 05.00

Selasa – Jumat

OC => *On Call* pk. 21.00 - 05.00

Sabtu

OC => *On Call* pk. 20.00 - 23.00

On Call Hari Libur

OC 1 => *On Call* Pk. 00.00 - 05.59

OC 2 => *On Call* Pk. 06.00 - 11.59

OC 3 => *On Call* Pk. 12.00 - 17.59

OC 4 => *On Call* Pk. 18.00 - 23.59

**DAFTAR KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI LABORATORIUM TAHUN 2022
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

Tabel 8.5 Daftar Ketenagaan dan Kualifikasi Laboratorium

NO	PENDIDIKAN	INSTITUSI PENDIDIKAN, Th.LULUS	TUGAS PROFESI	PELATIHAN/ SEMINAR/ WORKSHOP/ SIMPOSIUM
1	Dokter Spesialis Patologi Klinik	FK. Universitas Airlangga, Th. 2016	Ekspertisi / Interpretasi Hasil Tes, Analisis Hapusan Darah Tepi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelatihan dan Bimtek Implementasi PPRA dalam SNARS (2018). 2. Pelatihan dan Bimtek <i>Reviewer</i> Audit Penggunaan Antibiotik di RS (2018). 3. <i>International Conference of Laboratory Medicine in Conjunction with the 8th Suramade Scientific Meeting & Medical Equipment Expo 2018.</i> 4. <i>Basic advance Course Tranfusion (2021).</i> 5. Webinar Bio Safety Cabinet-BSL II. 6. Seminar PPRA (2022). 7. Seminar Transfusi Darah Untuk Dokter (2022).
2	DIII – Analisis Kesehatan	Poltekkes Kemenkes di Surabaya, Th. 2009	Analisis supervisor, Pemeriksa tes	Pelatihan Phlebotomi 2022
3	DIII-Analisis Kesehatan	Poltekes Kemenkes Surabaya, Tahun 2013	Analisis supervisor, Pemeriksa Tes	Pelatihan PPI (2022)
4	DIII-Analisis Kesehatan	Poltekes Kemenkes Surabaya, Tahun 2012	Analisis pemeriksa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seminar Meningkatkan kemampuan ATLM dalam sistem informasi sbg penunjang kualitas penunjang system laboratorium. 2. Webinar Pemeriksaan PCR Covid-19.
5	DIII – Analisis Medis	Poltekes Kemenkes Surabaya, Tahun 2009	Analisis Pemeriksa Tes	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Monev. Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) Tuberculosis DOTS (Directly Observed, Treatment, Shorcourse Chemotherapy).</i> 2. Edukasi Pasien dan Keluarga dengan Komunikasi Efektif.

NO	PENDIDIKAN	INSTITUSI PENDIDIKAN, Th.LULUS	TUGAS PROFESI	PELATIHAN/ SEMINAR/ WORKSHOP/ SIMPOSIUM
				3. Webinar <i>Bio Safety</i> Cabinet-BSL II.

BAB IX PROGRAM ORIENTASI

9.1 Orientasi Umum

Orientasi Umum adalah proses pengenalan secara umum tentang organisasi, tanggung jawab, hak dan kewajiban untuk seluruh calon karyawan. Masa orientasi umum diadakan selama 1 hari dengan perincian materi sebagai berikut:

1. Pengenalan, visi, misi, Budaya, Tujuan dan Struktur organisasi Rumah Sakit;
2. *Customer Service*;
3. Hak dan Kewajiban karyawan;
4. Kesehatan dan Keselamatan kerja;
5. Keselamatan Pasien;
6. Sistem Informasi Rumah Sakit;
7. Program Mutu Rumah Sakit;
8. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
9. Pengenalan Lingkungan Rumah Sakit.

9.2 Orientasi Khusus

Orientasi khusus diberikan ketika pegawai baru telah menyelesaikan orientasi umum dan masuk di tempat yang bersangkutan akan bekerja. Program Orientasi Khusus Pegawai Baru yang akan bekerja di Laboratorium adalah sebagai berikut :

1. Sebagai Tenaga Teknis Medis (Pranata Laboratorium/analisis);
Orientasi yang diberikan mengenai pengenalan alat laboratorium, SPO di laboratorium, alur pelayanan laboratorium, pemeriksaan yang dapat dilakukan di laboratorium, dan lain - lain
2. Sebagai Tenaga Dokter Spesialis Patologi Klinik.
Orientasi yang diberikan mengenai pengenalan alat laboratorium, pemeriksaan yang dilakukan di laboratorium, dan lain – lain.

BAB X PERTEMUAN/RAPAT

10.1 Pertemuan/Rapat

Rapat rutin staf dijadwalkan satu bulan sekali yaitu pada hari Sabtu. Namun tidak jarang di luar jadwal rutin diadakan pertemuan staf jika dianggap perlu. Pertemuan rutin wajib diikuti oleh seluruh staf Laboratorium, dipimpin oleh Penanggungjawab Laboratorium.

Makna dari pertemuan staf rutin adalah merupakan wadah bertemu/berkomunikasi timbal – balik secara formal untuk menyampaikan hal – hal yang perlu dibahas bersama untuk kemajuan pelayanan laboratorium dan pengembangan sumber daya manusia di laboratorium.

Pertemuan rutin dapat juga dimanfaatkan :

1. Sebagai sarana *transfer of knowledge*, yaitu sosialisasi – edukasi materi workshop/pelatihan/seminar yang diikuti oleh dokter dan analis, untuk dibagikan kepada staf yang lain;
2. Menyampaikan kebijakan Direktur, pengumuman, maupun sosialisasi hasil rapat koordinasi, koordinasi kegiatan unit lain yang terkait;
3. Tempat menyampaikan usulan, masukan, hambatan pelayanan yang dihadapi;
4. Diskusi untuk *problem solving*;
5. Untuk memotivasi, mengakrabkan kerjasama, membagi tugas bersama, mengerjakan tugas bersama.

Setiap pertemuan didokumentasikan dalam bentuk notulen rapat, lengkap dengan undangan dan daftar hadir. Bahasan yang disampaikan dalam rapat rutin (notulen) rapat disampaikan tertulis kepada pihak manajemen ataupun dalam rapat koordinasi Koordinator laboratorium, penanggungjawab laboratorium dan analis bersama dengan manajemen.

10.2 Koordinasi

Koordinasi dilakukan dengan komunikasi antar staf setiap hari.

BAB XI PELAPORAN

11.1 Indikator Mutu Prioritas

Laboratorium Rumah Sakit Mata Undaan memiliki Indikator Mutu prioritas yaitu waktu tunggu penyerahan hasil laboratorium CITO < 60 menit, dengan standart 100%. Pelaporan dilakukan selama sebulan sekali dengan evaluasi per 3 bulan.

11.2 Indikator Mutu Unit Kerja

Laboratorium Rumah Sakit Mata Undaan juga memiliki Indikator Mutu Unit Kerja, yaitu :

1. Waktu tunggu penyerahan hasil laboratorium < 120 menit, dengan standart 100%. Pelaporan dilakukan selama sebulan sekali dengan evaluasi per 3 bulan.
2. Pelaporan hasil kritis < 30 menit, dengan standart 100%. Pelaporan dilakukan selama sebulan sekali dengan evaluasi per 3 bulan.

11.3 Penilaian dan Evaluasi Kinerja Staf

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai pranata laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan, terdapat beberapa kriteria penilaian, meliputi :

1. Berorientasi pelayanan, yaitu komitmen memberikan pelayanan prima untuk kepuasan pelanggan;
2. Akuntabel, yaitu bertanggungjawab atas kepercayaan yang diberikan;
3. Kompeten, yaitu terus belajar dan mengembangkan kapasitas;
4. Loyal, yaitu berdedikasi dan mengutamakan kepentingan pelanggan;
5. Kolaboratif, yaitu membangun kerjasama sinergis;
6. Harmonis, yaitu saling peduli dan menghargai;
7. Profesional, yaitu bekerja sesuai dengan standart yang telah ditentukan.

Adapun nilai yang ditetapkan adalah sebagai berikut :

- A = ≥ 75 (4,00) : di atas ekspektasi
- B = 70, 74,9 : sesuai ekspektasi
- C = 65 - 65,9 : di bawah ekspektasi

Evaluasi Kinerja Staf dilakukan setiap tahun, dilaporkan ke GM Penunjang Medis melalui Manager Penunjang Diagnostik dan Terapi. Hasil penilaian di bawah ekspektasi akan dilakukan peninjauan ulang selama 3 bulan terhadap staf tersebut.

11.4 Pencatatan Kegiatan

1. Catatan harian untuk pelayanan pasien ditulis dalam buku registrasi pasien;
2. Catatan harian untuk hasil pemeriksaan Laboratorium pasien didokumentasikan dalam kertas kerja dan SIM-RS;
3. Catatan harian mengenai hasil kontrol mutu ditulis dalam Lembar Pemantauan Kontrol Mutu dan diplotkan pada grafik *Leavy Jennings*;
4. Catatan harian pemantauan suhu dan kelembaban udara di ruang proses;
5. Catatan harian pemeliharaan/ *maintenance* alat Laboratorium;
6. Catatan harian penggunaan alat (frekuensi tes).

11.5 Pelaporan Kegiatan

Berbagai macam bentuk pelaporan dari Laboratorium adalah sebagai berikut :

1. Laporan Harian

Biasa dibuat dalam bentuk catatan harian.

2. Laporan Bulanan

Dibuat setiap akhir bulan, kemudian di kirim kepada Direktur melalui Wadir Pelayanan, dan tembusan dikirim kepada pihak yang terkait.

Adapun laporan yang dibuat setiap bulan, meliputi :

- a. Laporan pelayanan pasien;
- b. Laporan jadwal petugas;
- c. Capaian indikator mutu;
- d. Capaian standar pelayanan minimal;
- e. Evaluasi bulanan Pemantapan Mutu Internal;
- f. Laporan logistik (pemakaian dan sisa stok reagen dan bahan habis pakai.

Laporan (a sampai dengan d, f) dikirim kepada Manajemen; sedangkan laporan (e) dipakai sebagai bahan evaluasi/monitoring tiap semester atau tahunan

3. Laporan Tahunan

Dibuat berupa rekapitan atau hasil evaluasi kegiatan selama satu tahun. Laporan rekapitan pelayanan Laboratorium tahunan dibuat dan dikirim kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan dengan tembusan dikirim kepada GM Penunjang Medis dan manager Instalasi Penunjang Diagnostik dan Terapi.

Evaluasi kegiatan Tahunan yang dibuat adalah evaluasi program Laboratorium.

**BAB XII
PENUTUP**

Demikian Pedoman Pengorganisasian Laboratorium disusun sebagai dasar acuan pelaksanaan pelayanan. Pedoman ini akan dilakukan evaluasi secara berkala untuk meningkatkan mutu pelayanan Laboratorium.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Juli 2022

Direktur,

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp contains the text "RSMATA UNDAAN" in blue capital letters. The signature is written in a cursive style.

dr. Sahata P.H.Napitupulu, Sp.M (K)

A small handwritten signature in blue ink, located in the bottom right corner of the page.