



**RS MATA
UNDAAN**

PROGRAM KERJA INSTALASI PENUNJANG MEDIS

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
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1683/KEP/DIR/RSMU/I/2022 TANGGAL: 10 JANUARI 2022 TENTANG PROGRAM KERJA INSTALASI PENUNJANG MEDIS TAHUN 2022 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	1
LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1683/KEP/DIR/RSMU/I/2022 TANGGAL: 10 JANUARI 2022 TENTANG PROGRAM KERJA INSTALASI PENUNJANG MEDIS TAHUN 2022 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	3
I. PENDAHULUAN.....	3
II. LATAR BELAKANG	3
2.1 Isu Strategik dan Kebijakan	3
2.2 Capaian Kegiatan.....	4
III. TUJUAN.....	6
3.1 Tujuan Umum.....	6
3.2 Tujuan Khusus	6
IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN	6
4.1 Sumber Daya Manusia	6
4.2 Fasilitas.....	10
4.3 Mutu	11
4.4 Upaya Keselamatan	12
4.5 Pengembangan Pelayanan.....	13
4.6 Monitoring dan Evaluasi.....	13
4.7 Rapat.....	13
4.8 Laporan.....	13
V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN.....	13
VI. SASARAN	14
VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN.....	15
VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN	20
IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN.....	20
X. PENUTUP	21

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 1683/KEP/DIR/RSMU/I/2022
TANGGAL: 10 JANUARI 2022
TENTANG
PROGRAM KERJA INSTALASI PENUNJANG MEDIS TAHUN 2022
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu, efisiensi dan efektifitas serta pelaksanaan tugas Instalasi Penunjang Medis di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya program kerja;
b. Bahwa untuk mewujudkan pelayanan penunjang medis yang terstandar, terorganisir dan terstruktur di rumah sakit;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Keputusan 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 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
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.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PROGRAM KERJA INSTALASI PENUNJANG MEDIS TAHUN 2022 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.**

Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Program Kerja Instalasi Penunjang Medis Tahun 2022 di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Kedua : Program Kerja Instalasi Penunjang Medis Tahun 2022 ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan penunjang medis di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Ketiga : Program Kerja Instalasi Penunjang Medis Tahun 2022 di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Keputusan Direktur ini.
- Keempat : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya hingga 31 Desember 2022.
- Kelima : Apabila di kemudian hari terdapat perubahan dalam keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 10 Januari 2022

Direktur,



RSMATA
UNDAAN

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

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA
UNDAAN
NOMOR: 1683/KEP/DIR/RSMU/I/2022
TANGGAL: 10 JANUARI 2022
TENTANG
PROGAM KERJA INSTALASI PENUNJANG MEDIS
TAHUN 2022
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

I. PENDAHULUAN

Penyusunan Program Kerja merupakan bagian pertanggungjawaban instalasi di dalam Rumah Sakit Mata Undaan. Dalam menyampaikan laporan hasil program kerja seluruh kegiatan dilengkapi dengan laporan anggaran, realisasi pendapatan dan belanja. Laporan tahunan disusun dan disampaikan kepada Direktur sebagai bahan evaluasi dalam menyusun Rencana Kerja tahun 2022 dan dijadikan bahan untuk penyusunan rencana kerja dan rencana strategis Rumah Sakit Mata Undaan.

Pelayanan Penunjang Medis terdiri dari pelayanan *diagnostic imaging* dan laser, laboratorium, *prothesa*, dan optik. Beberapa pemeriksaan dan tindakan ada yang mengalami peningkatan dan penurunan. Masa pandemi tahun 2020 berlanjut hingga tahun 2022 penurunan sangat signifikan terjadi bulan Maret hingga Juni 2021, selain itu juga ada penerapan pembatasan kunjungan dan WFH karyawan. Pada tahun 2021 ada pengembangan pemeriksaan laboratorium. Pelayanan laboratorium sudah dapat melayani pemeriksaan laboratorium untuk persiapan GA, pemeriksaan Profil *Lipid*, HbsAg, HbA1C dan Anti HIV. Pelayanan *prothesa* belum ada pelayanan *prothesa* orbita, pelayanan optik mengalami sedikit penurunan karena tidak bekerjasama dengan BPJS. Pelayanan Radiologi direncanakan tahun 2022 mulai *running*.

II. LATAR BELAKANG

2.1 Isu Strategik dan Kebijakan

Beberapa isu strategik di Instalasi Penunjang Medis, antara lain:

1. Belum memiliki pelayanan radiologi;
2. Ruang tunggu yang kurang memadai (*overload*);
3. Lamanya waktu kedatangan teknisi alat medis untuk melakukan pemeliharaan dan kalibrasi peralatan;
4. Alat biometri imersion sering *trouble*;
5. Laboratorium belum melakukan PME;
6. Keterbatasan tenaga analis;
7. Keterbatasan tenaga perawat;
8. Beberapa alat medis sudah *discontinue*, diantaranya ARK dan Fundus Camera;
9. Beberapa alat medis sering kali *trouble* dan mengalami penurunan fungsi, diantaranya: Yag Laser dan biometri *immersion*;
10. Kurangnya pelatihan peralatan alat medis;
11. Keterbatasan jumlah perawat S1.

2.2 Capaian Kegiatan

Berikut capaian kegiatan tahun 2021:

1. Total tenaga perawat di penunjang medis pada tahun 2021 adalah 6 orang pelaksana;
2. Tenaga ocularis = 2 orang (tenaga *prothese* dan *facet* lensa);
3. Tenaga refraksionis = 1 orang;
4. Tenaga admin = 1 orang;
5. Tenaga dokter spesialis mata retina = 3 orang, rencana ada penambahan tenaga 1 orang (belum *fellowship*);
6. Tenaga analis laboratorium = 4 orang (ada penambahan 2 orang analis);
7. Tenaga dokter Spesialis Patologi Klinik = 1 orang;
8. Tenaga dokter Spesialis Radiologi belum ada;
9. Kunjungan pasien pada tahun 2020 tercapai Prognosis Kunjungan Penunjang Medis Tahun 2021 tercapai sebesar 34.658.

Tabel 2.1 Kunjungan Pasien

Inst	Tahun	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	TOTAL
Total PDT	2018	2.642	2.232	2.350	2.294	2.234	1.920	3.309	2.596	2.765	3.456	3.019	2.518	31.335
	2019	3.147	2.698	2.843	2.594	2.448	2.042	3.137	2.762	2.592	2.984	2.582	2.473	32.302
	2020	2.697	2.198	1.837	534	338	1.196	1.589	1.662	1.724	1.918	2.162	1.968	19.823
	2021	1.894	1.993	3.004	2.615	2.275	3.139	1.787	2.277	3.526	3.623	4.193	4.332	34.658

Tabel 2.2 Pendapatan Pelayanan

Keterangan	Realisasi 2019	Realisasi 2020	RBA 2021	PROGNOSA			USULAN RBA 2022	TREND				
				REAL S/D SEPT 2021	TR.IV 2021	TH 2021		(8/5)	(8/4)	(8/3)	(10/3)	(10/8)
2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15
Total Pendapatan Pelayanan Penunjang Medis	12700694571	7.320.813.721	17.063.766.973	7001274962	3.313.325.000	10314599962	14158008690	60%	141%	81%	111%	137%

Beberapa hal yang berpengaruh terhadap peningkatan pelayanan diantaranya sumber daya manusia dan fasilitas yang berkualitas tanpa meninggalkan unsur yang lainnya. Tenaga diagnostik mata– laser sangat terbatas bila dibuka pelayanan 2 *shift*. Beberapa peralatan medis yang ada telah *discontinue* yang memerlukan peremajaan.

III. TUJUAN

3.1 Tujuan Umum

Menjadi pilihan utama masyarakat dalam pemeriksaan dan tindakan penunjang medis mata.

3.2 Tujuan Khusus

1. Meningkatnya kualitas pelayanan penunjang medis dan keselamatan pasien serta kepuasan pelanggan;
2. Tersedianya SDM yang professional sesuai standar kompetensi profesi;
3. Meningkatnya layanan penunjang medis sesuai kebutuhan pasien;
4. Meningkatnya kualitas sarana dan prasarana sesuai perkembangan.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

4.1 Sumber Daya Manusia

1. Kebutuhan SDM

Mengusulkan penambahan tenaga untuk memenuhi kebutuhan SDM di Instalasi Penunjang Medis, sebagai berikut:

- a. Pemenuhan tenaga perawat = 2 orang (1 orang tambahan + 1 orang purna tugas);
- b. Pemenuhan tenaga analis laboratorium = 1 orang (pengembangan pemeriksaan);
- c. Pemenuhan tenaga dokter spesialis radiologi = 1 orang (pemenuhan standar radiologi).

Perhitungan tenaga menggunakan metode *Work Load Indikator Staff Need* (WISN), sebagai berikut:

Tabel 4.1 Perhitungan Tenaga

KETENAGAAN PENUNJANG MEDIS MATA - LASER 2022

(Berdasarkan METODE WISN (*Work Load Indikator Staff Need*/kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan beban kerja) SK Menkes No 81/Menkes/SK/I/2004

Kode	Faktor	Nilai	Keterangan
A	Hari Kerja	300	Hari/Tahun
B	Cuti Tahunan	12	Hari/Tahun
C	Diklat	3	Hari/Tahun
D	Hari libur Nasional	15	Hari/Tahun
E	Ketidak hadiran	1	Hari/Tahun
F	Waktu kerja	12	Jam/hari
	Waktu kerja tersedia	269	Hari kerja/ tahun
	Waktu kerja tersedia	3228	Jam/tahun
	Waktu kerja tersedia	193680	menit/tahun

No	Tindakan	Standart Waktu (Menit)	SBK	Frekuensi	Kebutuhan SDM
1	Yag Laser	25	7747,2	928	0,327
2	Laser P.C	25	7747,2	2656	0,477
3	FFA	45	4304	4	0,002
4	USG	15	1117	1228	1,638
5	Biometri	20	9684	3700	0,746
6	Humphrey	45	4304	220	0,068
7	Specular microscope	10	19368	1987	0,034
8	OCT	40	4842	2605	0,829
9	SLT	20	9684	0	-
10	Foto Fundus	20	9684	542	0,106
11	Laser LPI	25	7747,2	143	0,038
12	Laser Suture Lysis	25	7747,2	0	-
13	Penjadwalan	5	38736	3600	0,093
14	Administrasi + edukasi	5	38736	33065	0,854
Total					6,102

Waktu kelonggaran

No	Kegiatan	Waktu (menit/tahun)	SKL
1	Sholat, makan	9360	0,086
Total			0,086

Jml kebutuhan SDM 7,5
SDM saat ini 6 (jumlah saat ini)
Ratio WISN 0,646377594
Analisa Ratio WISN **KURANG**

Tabel 4.2 Penjelasan Istilah

Hal	Maksud
Tindakan	Kegiatan pokok yang dilakukan karyawan
Standart Waktu	Lamanya proses sebuah pekerjaan dari awal sampai selesai (menit)
SBK (Standart Beban Kerja)	Dihitung dengan rumus (Waktu kerja tersedia : standar waktu)
Frekuensi	Banyaknya tindakan yang dimaksud dalam 1 tahun
SKL (Standart Kelonggaran)	Dihitung dengan rumus (waktu kelonggaran : waktu kerja tersedia)

2. Orientasi

Orientasi staf baru dilakukan dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 4.3 Orientasi Staf Baru

No	Bulan	Kegiatan
1.	1	Orientasi tenaga radiografer
2.	2	Orientasi tenaga admin
3.	3	Orientasi tenaga analis

a. Orientasi Radiografer

- 1) Struktur organisasi Penunjang Medis.
- 2) Kebijakan dan peraturan di Instalasi Penunjang Medis (sistem kerja, pelaporan).
- 3) Mengenal alur pemeriksaan pasien.
- 4) Mengenal dan memahami alat – alat medis yang ada di unit sesuai dengan fungsinya.
- 5) Mengenal dan mengetahui SPO Radiologi
- 6) Format-format dan administrasi
- 7) Orientasi PPI, K3RS, Mutu dan SKP

b. Orientasi Admin

- 1) Struktur organisasi Penunjang Medis.
- 2) Kebijakan dan peraturan di Instalasi Penunjang Medis (sistem kerja, pelaporan).
- 3) Mengenal alur pemeriksaan pasien.
- 4) Mengenal dan memahami alat – alat medis yang ada di unit sesuai dengan fungsinya.
- 5) Mengenal dan mengetahui SPO
- 6) Format-format dan administrasi
- 7) Orientasi PPI, K3RS, Mutu dan SKP

c. Orientasi Analis

- 1) Orientasi teknis kerja di pelayanan administrasi :
 - a) Pelaksanaan Administrasi Laboratorium.
 - b) Mengisi hasil pemeriksaan Laboratorium.
 - c) Membuat laporan bulan dan tahunan/*medical record*.
 - d) Administrasi nota pemeriksaan pasien.
 - e) Memasukkan data pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan..
 - f) Mencetak hasil laboratorium untuk didistribusikan ke Unit –Sub Unit.
 - g) Memeriksa kelengkapan hasil laboratorium.
 - h) Mengkompilasi pemeriksaan dari semua seksi.

Semua proses orientasi teknis administrasi harus tetap dievaluasi oleh Kepala Unit/ Koordinator Laboratorium dan karyawan baru harus mendapatkan bimbingan dan arahan yang baik. Tahapan orientasi teknis administrasi dilaksanakan fleksibel dengan tetap mempertimbangkan kemampuan dan tingkat adaptasi karyawan baru.

- 2) Orientasi teknis kerja di pelayanan Hematologi :
 - a) Melaksanakan teknis pemeriksaan Hematologi.
 - b) Pengambilan *sample* darah pasien.
 - c) Inventaris alat-alat hematologi sebelum maupun sesudah operasional
 - d) Merekap pemakaian reagen / bahan
 - e) Merekapitulasi jumlah pemeriksaan hematologi.
 - f) Mencatat/dokumentasi hasil pemeriksaan.
 - g) Memasukkan hasil pemeriksaan ke komputer.
 - h) Membuat laporan pemeriksaan hematologi tiap bulan.
 - i) Merawat alat hemotologi.
 - j) Mencetak hasil pemeriksaan hematologi.
 - k) Menjalin dan menjaga hubungan dengan dokter rekanan.

Semua proses orientasi teknis kerja hematologi harus tetap dievaluasi oleh Kepala Unit/ Koordinator Laboratorium dan Karyawan baru harus mendapatkan bimbingan dan arahan yang baik. Tahapan orientasi teknis kerja pelayanan hematologi dilaksanakan fleksibel dengan tetap mempertimbangkan kemampuan dan tingkat adaptasi karyawan baru.

- 3) Orientasi teknis kerja di pelayanan Kimia Klinik :
 - a) Melaksanakan teknis pemeriksaan Kimia Klinik.
 - b) Pengambilan darah *sample*.
 - c) Inventaris alat seksi kimia klinik, operasional alat.
 - d) Menjalin dan menjaga hubungan dengan dokter rekanan.
 - e) Merekapitulasi jumlah pemeriksaan kimia klinik.
 - f) Merekapitulasi pemakaian *reagent*/bahan
 - g) Memasukkan hasil laboratorium ke komputer.
 - h) Mencetak hasil laboratorium.
 - i) Mempersiapkan alat untuk permeriksaan kimia klinik.
 - j) Menginput data pemeriksaan kimia klinik ke alat.
 - k) Membuat laporan pemeriksaan Kimia Klinik tiap bulan.

Semua proses orientasi teknis kimia klinik harus tetap dievaluasi oleh Kepala Unit/Koordinator Laboratorium dan karyawan baru harus mendapatkan bimbingan dan arahan yang baik. Tahapan orientasi teknis pelayanan kimia klinik dilaksanakan fleksibel dengan tetap mempertimbangkan kemampuan dan tingkat adaptasi karyawan baru.

Semua proses orientasi teknis urinalisi dan serologi harus tetap dievaluasi oleh Kepala Unit/Koordinator Laboratorium dan karyawan baru harus mendapatkan bimbingan dan arahan yang baik. Tahapan orientasi teknis pelayanan urinalisis dan serologi dilaksanakan fleksibel dengan tetap mempertimbangkan kemampuan dan tingkat adaptasi karyawan baru.

- 4) Orientasi tentang K3 Laboratorium
 - a) Melaksanakan program K3 Laboratorium sesuai dengan ketentuan yang ada.
 - b) Mengenali zat – zat yang berbahaya di laboratorium dan cara penyimpanan.
 - c) Mampu menerapkan penggunaan APD dalam setiap pemeriksaan dan selama di Laboratorium.
 - d) Mengerti tata cara penanganan jika terdapat kecelakaan kerja.
 - e) Mengerti jenis – jenis limbah medis dan non medis serta cara penanganan yang tepat.
 - f) Membuat laporan jika terdapat insiden kecelakaan kerja.
- d. Presentasi Akhir Orientasi

Presentasi usulan atau masukan dilaksanakan pada saat akhir orientasi di unit, dimana karyawan baru diberi tugas dan tanggung jawab terhadap usulan/masukan untuk kemajuan dan perkembangan Laboratorium. Tujuan presentasi kasus yaitu memahami perkembangan dan kemajuan teknologi laboratorium masa kini dan sebagai bukti terhadap tugas/tanggung jawab yang diberikan.
- e. Tujuan Orientasi

Terlaksananya 100 % tenaga baru laboratorium dapat mengikuti program orientasi.
Terlaksananya 100 % program orientasi tenaga admin baru.
3. Pendidikan dan Pelatihan
 - a. Program pendidikan formal berkelanjutan.
 - b. Program pelatihan peralatan medis.
 - c. Program pelatihan terkait akreditasi diantaranya PPI, K3RS, BHD, Mutu dan Keselamatan Pasien.
 - d. Pelatihan Petugas Proteksi Radiasi (PPR).

Kegiatan pendidikan dan pelatihan diberikan kepada setiap staf sesuai dengan kebutuhan dan rencana pengembangan rumah sakit. Kepala Instalasi Penunjang Medis mengusulkan terkait pendidikan dan pelatihan.
4. Evaluasi Kinerja SDM

Penilaian dan evaluasi kinerja merupakan tanggung jawab manager penunjang medis yang dilakukan tiap bulan dan tiap tahun.

 - a. Penilaian kinerja karyawan tiap bulan.
 - b. Penilaian kinerja karyawan tiap tahun.

4.2 Fasilitas

1. Pemeliharaan
 - a. Pemeliharaan sarana dan prasarana
 - b. Pemeliharaan bangunan.
 - c. Pemeliharaan alat medis.

Pemeliharaan alat di penunjang medis dilakukan oleh teknisi pemeliharaan sarpras dan teknisi alat medis. Peralatan medis dilakukan kalibrasi. Kalibrasi adalah kegiatan peneraan untuk menentukan kebenaran nilai penunjukkan alat ukur dan/atau bahan ukur.

Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, perkakas, dan/atau implan, reagen in vitro dan kalibratornya, perangkat lunak, bahan atau material yang digunakan tunggal

atau kombinasi, untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan, dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh, menghalangi pembuahan, desinfeksi alat kesehatan, dan pengujian in vitro terhadap spesimen dari tubuh manusia, dan dapat mengandung obat yang tidak mencapai kerja utama pada tubuh manusia melalui proses farmakologi, imunologi atau metabolisme untuk dapat membantu fungsi/kinerja yang diinginkan.

Uji Kesesuaian Pesawat Sinar-X Radiologi Diagnostik dan Intervensional yang selanjutnya disebut Uji Kesesuaian Pesawat Sinar-X adalah uji untuk memastikan Pesawat Sinar-X dalam kondisi andal, baik untuk kegiatan Radiologi Diagnostik maupun Intervensional dengan memenuhi peraturan perundang-undangan.

- d. Pemeliharaan alat non medis.
2. Penggantian/Penambahan/Investasi
Penambahan ruang radiologi dan penambahan inventaris alat medis, seperti berikut:
 - a. Alat X-Ray
 - b. Lensa 78 (ocular)
 - c. ARK
 - d. Easy Ret Yellow Laser
 - e. Mesin Facet

4.3 Mutu

Program pengendalian mutu pelayanan penunjang medis, meliputi:

1. Akreditasi rumah sakit
Akreditasi rumah sakit dilakukan setiap 4 tahun sekali.
2. PMI dan PME laboratorium
3. Survey kepuasan pasien
Survey ini dilakukan untuk mengetahui kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit. Rumah sakit juga menyediakan kotak saran yang ditempatkan di pelayanan kesehatan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui kritik dan saran dari pasien dan keluarganya sehingga dapat digunakan sebagai masukan dan perbaikan kinerja staf maupun kualitas pelayanan di Instalasi Penunjang Medis.
4. Pengukuran indikator mutu
5. Penilaian standar pelayanan minimal

Tabel 4.4 Standar Pelayanan Minimal Penunjang Medis

No	Variabel	STD	TRIWULAN				Realisasi 2021
			TR I	TR II	TR III	TR IV	
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium <120 menit	0%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No	Variabel	STD	TRIWULAN				Realisasi 2021
			TR I	TR II	TR III	TR IV	
3	Keterlambatan (waktu tunggu) hasil foto USG rawat jalan	0%	100%	100%	100%	100%	100%

4.4 Upaya Keselamatan

1. Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, meliputi :
 - a. Program *disaster plan*.
 - b. Program peningkatan keamanan pasien, pengunjung, dan petugas rumah sakit.
 - c. Program pemeliharaan kesehatan pegawai.
 - d. Program pengelolaan bahan berbahaya dan beracun.
 - e. Program kesehatan lingkungan kerja.
2. Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit, meliputi:
 - a. Program pencegahan pasien jatuh
 - b. Program pencatatan dan pelaporan KNC, KTD dan sentinel di rumah sakit.
3. Program PPI Rumah Sakit, meliputi:
 - a. Program cuci tangan.
 - b. Program penyediaan APD dan kebutuhan bahan untuk PPI.
 - c. Program pencatatan dan pelaporan PPI.

Tabel 4.5 Indikator Keselamatan Pasien RS Mata Undaan Tahun 2021

No	Variabel	STD	TRIWULAN				Realisasi 2021
			TR I	TR II	TR III	TR IV	
1	Angka kesalahan identifikasi pasien di Penunjang Medis (Diagnostik)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	Angka kesalahan identifikasi pasien di Penunjang Medis (Laboratorium)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3	Kejadian kesalahan akibat pengelolaan obat <i>high alert</i> di Penunjang medis	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	Kepatuhan Petugas Pemberi Asuhan dalam melaksanakan cuci tangan di penunjang medis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Kepatuhan petugas non medis dalam melaksanakan cuci tangan di penunjang medis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan penanganan pasien risiko jatuh di penunjang medis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kepatuhan pemakaian APD	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No	Variabel	STD	TRIWULAN				Realisasi 2021
			TR I	TR II	TR III	TR IV	
8	Kejadian tertusuk jarum suntik	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9	Waktu Lapor Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%

4.5 Pengembangan Pelayanan

Instalasi Penunjang Medis akan melakukan pengembangan pelayanan radiologi yang saat ini pemeriksaan radiologi dirujuk ke rumah sakit kerjasama.

4.6 Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan program. Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk meningkatkan pelayanan yang diberikan dan untuk mencapai pelayanan penunjang medis yang terstandar. Untuk dapat memantau fungsi ini, dilakukan laporan harian mengenai jumlah kunjungan pasien.

4.7 Rapat

1. Rapat unit kerja, dilakukan minimal satu bulan sekali;
2. Rapat koordinasi, dilakukan setiap satu minggu sekali.

4.8 Laporan

Laporan yang dilakukan terdiri dari:

1. Laporan harian yaitu laporan jumlah kunjungan pasien;
2. Laporan triwulan;
3. Laporan tahunan.

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Tabel 5.1 Cara Melaksanakan Kegiatan

Kegiatan	Cara Melaksanakan Kegiatan
A. Sumber Daya Manusia	
1. Kebutuhan SDM	Berkoordinasi dengan Sub Bagian HRD untuk dilakukannya rekrutmen karyawan baru.
2. Orientasi	
a. Orientasi radiografer	Diberikan kepada radiografer yang lolos seleksi penerimaan karyawan baru.
b. Orientasi admin	Diberikan kepada tenaga admin yang lolos seleksi dalam penerimaan karyawan baru.
c. Orientasi analis	Diberikan kepada analis yang lolos seleksi dalam penerimaan karyawan baru.
3. Pendidikan dan	Berkoordinasi dengan Sub Bagian HRD terkait dengan rencana

Kegiatan	Cara Melaksanakan Kegiatan
Pelatihan	pendidikan dan pelatihan yang akan diberikan kepada staf penunjang medis.
4. Evaluasi Kinerja	Melaporkan hasil kinerja staf kepada Sub Bag. HRD setiap 1 bulan sekali
B. Fasilitas	
1. Pemeliharaan	Berkoordinasi dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana terkait pemeliharaan fasilitas di Instalasi Penunjang Medis.
2. Penggantian/Penambahan/Investasi	Berkoordinasi dengan Sub Bagian Rumah Tangga terkait penggantian/penambahan/investasi fasilitas di Instalasi Penunjang Medis.
C. Mutu	Membuat laporan indikator mutu yang dilaporkan kepada tim PMKP setiap bulan serta melakukan PMI dan PME laboratorium.
D. Upaya Keselamatan	Berkoordinasi dengan Tim PMKP dan PPI terkait pelaksanaan kegiatan upaya keselamatan yang dilakukan di Instalasi Penunjang Medis.
E. Pengembangan Pelayanan	Merinci kegiatan pengembangan pelayanan yang diperlukan di Instalasi Penunjang Medis.
F. Monitoring dan Evaluasi	Dilakukan setiap hari dan bulanan menyesuaikan kegiatan yang dilakukan oleh Instalasi Penunjang Medis. dan indikator mutu yang telah ditentukan
G. Rapat	
1. Rapat Unit Kerja	Berkoordinasi dengan Sub Bagian Tata Usaha untuk penyiapan ruangan dan kelengkapan rapat seperti absensi dan notulensi.
2. Rapat Koordinasi	Berkoordinasi dengan staf internal unit untuk penyiapan ruangan dan kelengkapan rapat seperti absensi dan notulensi.
H. Laporan	Dilakukan setiap triwulan dan tahunan dan dilaporkan kepada Direktur.

VI. SASARAN

Tabel 6.1 Sasaran

Kegiatan	Sasaran
A. Sumber Daya Manusia	
1. Kebutuhan SDM	100% kebutuhan SDM perawat terpenuhi.
2. Orientasi	
a. Orientasi radiografer	100% radiografer baru mendapatkan orientasi.
b. Orientasi admin	100% admin baru mendapatkan orientasi.
c. Orientasi analis	100% analisis baru mendapatkan orientasi.
3. Pendidikan dan Pelatihan	100% staf mendapatkan pendidikan dan pelatihan.
4. Evaluasi Kinerja SDM	100% laporan evaluasi kinerja diserahkan kepada Sub Bagian HRD.
B. Fasilitas	

Kegiatan	Sasaran
1. Pemeliharaan	100% kegiatan pemeliharaan terlaksana.
2. Penggantian/Penambahan/Investasi	100% kegiatan penggantian/penambahan/investasi terealisasi.
C. Mutu	100% indikator mutu tercapai
D. Upaya Keselamatan	100% kegiatan upaya keselamatan yang dilakukan di Instalasi Penunjang Medis terlaksana
E. Pengembangan Pelayanan	Minimal 90% pengembangan pelayanan terlaksana
F. Monitoring dan Evaluasi	100% kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan sesuai jadwal dan indikator yang telah ditentukan
G. Rapat	
1. Rapat Unit Kerja	Terlaksananya rapat minimal 80% sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
2. Rapat Koordinasi	Terlaksananya rapat minimal 80% sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
H. Laporan	100% laporan dilakukan tepat waktu

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Tabel 7.1 Jadwal Service dan Kalibrasi Alat Medis

No	Kegiatan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sep	Okt	Nov	Des
	Alat Medis												
1	Biometri												
2	USG dan UBM												
3	ARK												
4	OCT												
5	Humphrey Perimetri												
6	SLT – Yag Laser												
7	Laser Photocoagulasi Supra												
8	Fundus Camera (FFA-Foto Fundus)												
9	Specular Microscope												
10	Slit Lamp												
11	Microscope												
12	Centrifuge												
13	Tensimeter												
14	Micropipette												
15	Lenmeter												

Keterangan:



Servis dan Kalibrasi

Servis

Tabel 7.2 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan	Bulan											
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des
A. Sumber Daya Manusia												
1. Kebutuhan SDM												
2. Orientasi												
a. Orientasi radiografer												
b. Orientasi admin												
c. Orientasi analis												
3. Pendidikan dan Pelatihan												
a. Program pendidikan formal berkelanjutan												
b. Program pelatihan peralatan medis												
c. Program pelatihan terkait akreditasi												
d. Pelatihan Petugas Proteksi Radiasi (PPR)												
4. Evaluasi Kinerja SDM												
a. Penilaian kinerja karyawan tiap bulan												
b. Penilaian kinerja karyawan tiap tahun												
B. Fasilitas												
1. Pemeliharaan												
a. Pemeliharaan sarana dan prasarana												
b. Pemeliharaan bangunan												
c. Pemeliharaan alat medis												
d. Pemeliharaan alat non medis												
2. Penggantian/ Penambahan/ Investasi												

Kegiatan	Bulan											
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des
Penambahan ruang radiologi dan inventaris alat medis.												
C. Mutu												
1. Akreditasi rumah sakit												
2. PMI dan PME Laboratorium												
3. Survey kepuasan pasien												
4. Pengukuran indikator mutu												
5. Penilaian standar pelayanan minimal												
D. Upaya Keselamatan												
1. Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit												
a. Program <i>disaster plan</i>												
b. Program peningkatan keamanan pasien, pengunjung, dan petugas rumah sakit												
c. Program pemeliharaan kesehatan pegawai												
d. Program pengelolaan bahan berbahaya dan beracun												
e. Program kesehatan lingkungan kerja												
2. Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit												
a. Program pencegahan pasien jatuh												
b. Program pencatatan dan pelaporan KNC, KTD, dan sentinel rumah sakit												
3. Program PPI Rumah Sakit												
a. Program cuci tangan												
b. Program penyediaan APD dan kebutuhan bahan												

Kegiatan	Bulan											
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des
untuk PPI												
c. Program pencatatan dan pelaporan PPI												
E. Pengembangan Pelayanan												
F. Monitoring dan Evaluasi												
1. Laporan harian mengenai jumlah kunjungan harian pasien												
2. Laporan pelayanan program												
G. Rapat												
1. Rapat unit kerja												
2. Rapat koordinasi												
H. Laporan												
1. Laporan harian kunjungan pasien												
2. Laporan triwulan												
3. Laporan tahunan												

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

1. Bulanan:
 - a. Evaluasi penilaian kinerja karyawan yang menentukan prosentase insentif yang diterima tiap bulan;
 - b. Evaluasi akuntabilitas kinerja dan pencapaian hasil kegiatan selama 1 bulan.
2. Triwulan :
 - a. Evaluasi akuntabilitas kinerja dan pencapaian hasil kegiatan selama 3 bulan;
 - b. Evaluasi Anggaran.
3. Tahunan:
 - a. Evaluasi akuntabilitas kinerja dan pencapaian kegiatan 1 tahun;
 - b. Evaluasi Pemantapan Mutu Internal dan Eksternal Laboratorium dan Radiologi Rekanan;
 - c. Evaluasi kerjasama Laboratorium dan Radiologi rekanan;
 - d. Evaluasi Anggaran;
 - e. Evaluasi program kerja;
 - f. Evaluasi SPO.

IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN

1. Harian :
Laporan data kunjungan pasien.
2. Bulanan :
 - a. Laporan inventaris alat, obat dan bahan habis pakai;
 - b. Laporan jumlah pasien pemeriksaan diagnostik dan terapi laser;
 - c. Laporan jumlah pasien laboratorium RSMU;
 - d. Laporan jumlah pasien laboratorium luar;
 - e. Laporan jumlah pasien *prothesa*;
 - f. Laporan jumlah pasien rujukan dari dalam dan rujukan dari luar;
 - g. Laporan Insiden Keselamatan Pasien.
3. Tahunan :
 - a. Laporan jumlah keseluruhan kunjungan pasien baik dari dalam maupun rujukan dari luar;
 - b. Laporan inventaris alat, obat dan bahan habis pakai;
 - c. Laporan anggaran (permintaan alat, obat dan bahan habis pakai) untuk tahun berikutnya.

Pencatatan dan pelaporan kegiatan dicatat sesuai jenis kegiatan masing-masing pemeriksaan/tindakan dan prosedurnya. Pelaporan evaluasi program dilakukan setiap bulan, triwulan, dan tahunan. Evaluasi kegiatan dilakukan melalui rapat koordinasi unit, hasil kegiatan monitoring dan evaluasi disampaikan kepada Direktur.

Tabel 9.1 Pencatatan, Pelaporan, dan Evaluasi Kegiatan

Area Pelayanan	Target	Realisasi	Capaian	Keterangan

Jaminan	Jumlah Pasien	Prosentase	Data Bulan Sebelumnya	Keterangan
Umum				
BPJS				

Jaminan	Jumlah Pasien	Prosentase	Data Bulan Sebelumnya	Keterangan
Asuransi				
TOTAL				
Jenis Pasien	Jumlah Pasien	Prosentase	Data Bulan Sebelumnya	Keterangan
Lama				
Baru				
TOTAL				

X. PENUTUP

Demikian Program Kerja Instalasi Penunjang Medis Tahun 2022 ini disusun dengan harapan akan menjadi parameter dan perbaikan pelayanan di Instalasi Penunjang Medis, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan. Semoga apa yang telah direncanakan dapat berjalan dengan baik. Kami menyadari Program Kerja Instalasi Penunjang Medis di Rumah Sakit Mata Undaan ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga kritik dan saran sangat kami harapkan dalam memajukan pelayanan yang ada saat ini.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 10 Januari 2022

Direktur,



RSMATA
UNDAAN

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