



**RS MATA
UNDAAN**

PROGRAM KERJA PELAYANAN 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
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1460/KEP/DIR/RSMU/I/2022 TANGGAL: 10 JANUARI 2022 TENTANG PROGRAM KERJA LABORATORIUM TAHUN 2022 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	1
LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1460/KEP/DIR/RSMU/I/2022 TANGGAL: 10 JANUARI 2022 TENTANG PROGRAM KERJA LABORATORIUM 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.....	4
3.1 Tujuan Umum.....	4
3.2 Tujuan Khusus	4
IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN.....	4
4.1 Sumber Daya Manusia	4
4.2 Fasilitas.....	5
4.3 Mutu	6
4.4 Upaya Keselamatan	7
4.5 Pengembangan Pelayanan.....	8
4.6 Monitoring dan Evaluasi.....	8
4.7 Rapat.....	9
4.8 Laporan.....	9
V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN.....	9
VI. SASARAN	10
VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN.....	11
VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN	13
IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN.....	14
X. PENUTUP	14

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 1460/KEP/DIR/RSMU/I/2022
TANGGAL: 10 JANUARI 2022
TENTANG
PROGRAM KERJA LABORATORIUM 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 Laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya program kerja;
b. Bahwa untuk mewujudkan pelayanan laboratorium 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 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;
4. 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 LABORATORIUM TAHUN 2022 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.

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

Kedua : Program Kerja Laboratorium Tahun 2022 ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Ketiga : Program Kerja Laboratorium 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,



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



LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA
UNDAAN
NOMOR: 1460/KEP/DIR/RSMU/I/2022
TANGGAL: 10 JANUARI 2022
TENTANG
PROGAM KERJA LABORATORIUM TAHUN 2022
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

I. PENDAHULUAN

Seiring dengan kemajuan teknologi serta meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan akan mendorong tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan di rumah sakit, baik rumah sakit milik pemerintah maupun swasta. Perlu disadari bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan kesejahteraan masyarakat, tuntutan akan pelayanan kesehatan yang bermutu pun semakin meningkat. Dilain pihak pelayanan rumah sakit yang memadai, baik di bidang diagnostik maupun pengobatan semakin banyak dibutuhkan. Sejalan dengan itu maka pelayanan diagnostik yang diselenggarakan oleh laboratorium rumah sakit sangat perlu untuk menerapkan sebuah standar mutu untuk menjamin kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

Upaya peningkatan mutu pelayanan laboratorium rumah sakit merupakan serangkaian kegiatan yang sangat penting salah satunya meliputi struktur, proses dan outcome secara obyektif, sistematis dan berlanjut, memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap sehingga pelayanan laboratorium yang diberikan berdaya guna dan berhasil guna. Sasaran upaya meningkatkan mutu pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Mata Undaan adalah untuk meningkatkan kepuasan pelanggan (pasien, dokter dan pemakai jasa laboratorium lainnya), meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan laboratorium, dan efisiensi penggunaan sumber daya yang dimiliki.

II. LATAR BELAKANG

2.1 Isu Strategik dan Kebijakan

Isu strategik yang dilakukan oleh Rumah Sakit Mata Undaan di tahun 2022 adalah

1. Pengembangan pelayanan laboratorium;
2. Perbaikan mutu pelayanan laboratorium.

Dalam melaksanakan isu strategik tersebut, laboratorium membuat kebijakan, yaitu:

1. Pengembangan pelayanan laboratorium dilakukan dengan pengadaan alat laboratorium yang dapat melengkapi kebutuhan permintaan pemeriksaan laboratorium yang ada di Rumah Sakit Mata Undaan, seperti pemeriksaan Hematologi (Darah Lengkap), Faal Hemostasis (PT, APTT), Immunoserologi (HIV, HBsAg), dan Kimia Klinik (SGOT, SGPT, BUN, Kreatinin, Serum Elektrolit).
2. Perbaikan mutu pelayanan mutu laboratorium dilakukan dengan cara :
 - a. Pemantapan Mutu Internal (PMI) dilakukan setiap seminggu 3 kali, yang mencakup tahapan pra-analitik, analitik dan paska analitik, memuat antara lain:
 - 1) Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai;

- 2) Surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten;
 - 3) Reagensia di tes;
 - 4) Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan;
 - 5) Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi.
- b. Pemantapan Mutu Eksternal (PME) untuk pemeriksaan Patologi Klinik dilakukan dalam 2 siklus sesuai jadwal oleh badan penyelenggara (BBLK dan PDS PATKLIN).

2.2 Capaian Kegiatan

Capaian yang telah dilakukan dalam melaksanakan isu strategik adalah

1. Pada tahun 2021 pengadaan alat laboratorium diajukan dan dapat terealisasi pada akhir tahun 2021, sehingga pada tahun 2022, untuk pelayanan laboratorium Rumah Sakit Mata Undaan telah dapat berjalan dengan optimal. Alat laboratorium saat ini yang terdapat di laboratorium yaitu:
 - a. Alat Hematology (Nihon Kohden);
 - b. Alat HbA1C (Clover);
 - c. Alat Faal Hemostasis (T-Coag);
 - d. Alat Kimia Klinik (Snibe dan Fuji Flim);
 - e. Reagen HBsAg dan HIV Strip.
2. Pemantapan Mutu Internal telah dilakukan setiap seminggu 3 kali, sedangkan untuk PME telah terdaftar sebagai peserta dari badan penyelenggara PDS PATKLIN dalam 2 siklus. Siklus pertama telah dilaksanakan pada bulan Juli 2022, sedangkan untuk siklus ke 2 akan dilaksanakan pada bulan November 2022.

III. TUJUAN

3.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas dan produktifitas pelayanan laboratorium Rumah Sakit Mata Undaan.

3.2 Tujuan Khusus

1. Menciptakan pelayanan berkualitas dalam menerapkan praktek laboratorium yang baik (*good laboratory practice*).
2. Memenuhi standar akreditasi rumah sakit khususnya dalam hal pelayanan laboratorium.
3. Memberikan pelayanan pemeriksaan laboratorium patologi klinik untuk menunjang pelayanan medik di Instalasi rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat, serta tindakan operasi.
4. Terciptanya budaya keselamatan pada pasien, karyawan, dan pengunjung di laboratoium.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

4.1 Sumber Daya Manusia

1. Kebutuhan SDM
Di tahun 2022, SDM di laboratorium sudah mencukupi, sehingga tidak melakukan penambahan SDM.

Laboratorium melaksanakan pengembangan SDM, yaitu sebagai berikut:

- a. Pertemuan staf periodik.
Dalam pertemuan staf disampaikan informasi/sosialisasi hal-hal baru yang perlu disepakati.
 - b. Pembinaan dan bimbingan teknis.
Pembinaan dan bimbingan teknis diberikan dengan cara konsultasi dan diskusi setiap ada kendala (*troubleshooting*).
 - c. *Transfer of Knowledge*.
Dokter Spesialis Patologi Klinik menyampaikan pengetahuan melalui presentasi ilmiah di lingkup laboratorium. Setiap staf yang mengikuti pelatihan diwajibkan untuk mempresentasikan informasi yang didapat selama pelatihan.
2. Orientasi
Orientasi dilakukan pada staf baru, meliputi orientasi umum dan orientasi khusus. Orientasi bagi staf mengenai prosedur keamanan dan pelaksanaannya. Apabila ada prosedur pemeriksaan baru, reagen baru, alat baru maka diperlukan *training* petugas laboratorium tentang keamanan dan pelaksanaan apabila terjadi insiden.
 3. Pendidikan dan Pelatihan
Secara bergilir staf mengikuti pelatihan internal (*inhouse training*) maupun eksternal, ataupun sesuai keterlibatan keanggotaan dalam tim/komite di rumah sakit. Pelatihan/ workshop/ seminar eksternal oleh penyelenggara profesi diikuti sesuai profesi yaitu dokter spesialis patologi klinik atau analis/ pranata laboratorium. Pelatihan diikuti secara *online* maupun *offline*.
 4. Evaluasi Kinerja SDM
Penilaian kinerja karyawan tiap bulan.

4.2 Fasilitas

1. Pemeliharaan

Fasilitas dan lingkungan dalam rumah sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan itu maka fasilitas fisik, bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan serta sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif untuk mengurangi dan mengendalikan bahaya, risiko, mencegah kecelakaan, cedera dan penyakit akibat kerja. Pemeliharaan fasilitas sebagai berikut:

- a. Pemeliharaan sarana dan prasarana;
- b. Pemeliharaan bangunan;
- c. Pemeliharaan alat non medis;
- d. Pemeliharaan alat medis.

Melaksanakan kalibrasi peralatan laboratorium. Kalibrasi peralatan laboratorium pada umumnya dilakukan satu kali dalam setahun di BPFK (Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan) Surabaya. Kalibrasi alat pemeriksaan dilakukan oleh vendor alat.

2. Penggantian/ Penambahan/ Investasi

Penambahan inventaris alat medis dan penggantian alat jika ditemui adanya kerusakan.

4.3 Mutu

Pelaksanaan mutu layanan sebagai berikut:

1. Persiapan Akreditasi Rumah Sakit yang diselenggarakan oleh lembaga akreditasi LAM KPRS. Kegiatan terkait akreditasi Rumah Sakit yang diselenggarakan oleh LAM KPRS dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan laboratorium, yaitu:
 - a. Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - 1) Menetapkan judul indikator mutu
 - a) Pelaporan nilai kritis dalam waktu ≤ 30 menit.
 - b) Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik ≤ 120 menit.
 - 2) Membuat profil indikator
 - a) Numerator dan Denominator;
 - b) Kriteria inklusi dan eksklusi;
 - c) Penanggungjawab pengumpul data : mengumpulkan data setiap hari;
 - d) Validator data : memvalidasi data setiap hari.
 - 3) Melaksanakan pengumpulan data dan validasi data.
 - 4) Menghitung capaian hasil.
 - b. Program Manajemen Risiko Laboratorium.
 Kegiatan program Manajemen Risiko Laboratorium meliputi:
 - 1) Identifikasi Risiko
 Usaha mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan atau kerugian secara finansial. Identifikasi akan membantu langkah-langkah yang akan diambil manajemen terhadap risiko tersebut. Identifikasi risiko bisa diperoleh dari: Laporan Kejadian (Kejadian Potensial Cedera, Kejadian Tidak Diinginkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Sentinel), pengaduan (*complaint*) pelanggan dan survei atau *self assesment*, identifikasi risiko di Laboratorium RS Mata Undaan, meliputi:
 - a) Pelayanan Pasien (*Patient Center care*);
 - b) Karyawan (*Employee-related risk*);
 - c) Aset (*Property-related risk*);
 - d) Lain – lain (*Other risk*).
 - 2) Analisis Risiko.
 Menentukan prioritas risiko dengan cara melihat dampak, frekuensi, skor pengontrolan sehingga akan muncul nilai yang dapat menentukan prioritas risiko yang diutamakan (*grading kuning*).
 - 3) Pengelolaan Risiko.
 Risiko – risiko yang ada di Laboratorium dikelola sesuai prosedur sehingga risiko – risiko yang ada bisa dicegah sebelum insiden terjadi.
2. Pemantapan Mutu Internal.
 Pemantauan Mutu Internal (PMI) dilakukan dengan menggunakan *Westgard Multirule System*. Pemantapan Mutu Internal, memuat antara lain:
 - a. Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai.

Validasi metode tes merupakan prosedur validasi metode pemeriksaan yang akan digunakan untuk pemeriksaan di laboratorium. Kegiatan ini memberikan petunjuk bagi petugas laboratorium dalam menentukan dan memverifikasi metode pemeriksaan yang akan digunakan laboratorium. Tahapan validasi metode tes dengan melakukan uji presisi dan akurasi. Hasil yang diperoleh dibandingkan dengan nilai yang telah ditetapkan oleh pabrik.

- b. Dilakukan surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten.
Petugas laboratorium melakukan kontrol mutu harian sebelum melakukan pemeriksaan sampel pasien. Petugas adalah yang mengoperasikan alat pemeriksaan sesuai rotasi jaga. Hasil kontrol alat dievaluasi setiap satu bulan sekali.
 - c. Reagensia di tes.
Pengetesan reagen dilakukan setiap ada reagen baru dengan uji presisi dan akurasi. Reagen baru bisa dipakai bila $CV < 5\%$ yang menunjukkan presisi tinggi.
 - d. Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan.
Dalam pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal jika ditemukan masalah (hasil keluar dari rentang kontrol) maka dilakukan pengulangan. Jika masih belum sesuai dengan rentang kontrol, dilakukan kalibrasi dan berkoordinasi dengan tenaga elektromedik Rumah Sakit dan teknisi penjual alat.
 - e. Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi.
Hasil Pemantapan Mutu Internal (PMI) didokumentasikan setiap hari dalam buku kontrol dan dilakukan evaluasi setiap bulan. Hasil Pemantapan Mutu Internal dievaluasi setiap bulan dan setiap tahun. Apabila kontrol tidak masuk rentang $\pm 2SD$, dilakukan pengulangan dengan kalibrasi menggunakan kalibrator.
3. Pemantapan Mutu Eksternal
Pemantapan Mutu Eksternal (PME) dilakukan dengan mengikuti Program Nasional Pemantapan Mutu Eksternal Laboratorium yang diselenggarakan oleh PDS – Patklin (Perhimpunan Dokter Spesialis Patologi Klinik) dilakukan setahun 2 kali sesuai jadwal penyelenggara. Bidang pemeriksaan yang diikuti meliputi Kimia Klinik dan Hematologi.
Dalam pelaksanaan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) jika hasil yang dikeluarkan oleh badan pelaksana PME tidak masuk dalam kriteria, maka dilakukan koordinasi dengan tenaga elektromedik Rumah Sakit dan teknisi penjual alat (vendor) untuk segera menindaklanjuti alat pemeriksa.
4. Pemantauan suhu tempat penyimpanan reagen (*refrigerator*) dan kelembaban ruangan.
Monitoring suhu *refrigerator* tempat penyimpanan reagen dan spesimen dilakukan setiap hari kerja pagi dan sore oleh petugas yang bertugas di shift tersebut. Supervisi oleh penanggungjawab *refrigerator* setiap bulan dan laporan evaluasi dilakukan setiap 3 (tiga) bulan.

4.4 Upaya Keselamatan

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi rumah sakit, meliputi:

1. Program cuci tangan;

Kepatuhan staf analis melakukan *Hand Hygiene* 6 Langkah WHO pada *5 moment*, yaitu:

- 1) Saat sebelum bersentuhan dengan pasien,
- 2) Saat sebelum melakukan *phlebotomy*,
- 3) Saat sesudah bersentuhan dengan spesimen pasien,
- 4) Saat sesudah bersentuhan dengan pasien,
- 5) Saat sesudah bersentuhan dengan lingkungan pasien

Dilakukan pengamatan dan dicatat dengan cara mengisi *check list* yang disiapkan serta dihitung dan dilaporkan ke IPCN setiap bulan.

2. Program penyediaan APD.

Untuk mencegah risiko terpaparnya bahan infeksius maka semua petugas harus menggunakan Alat Pelindung Diri saat menangani sampel dan melakukan pembuangan limbah infeksius di tempat sampah medis dan non medis. Untuk melihat kepatuhan petugas maka di Laboratorium berkoordinasi dengan komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi membuat *checklist* kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri, kepatuhan melakukan kebersihan tangan (*hand hygiene*) pada saat lima *moments* dan audit kepatuhan pembuangan limbah infeksius dan non infeksius di tempat sampah medis dan non medis.

4.5 Pengembangan Pelayanan

Melakukan pengembangan pelayanan pemeriksaan laboratorium patologi klinik.

1. Pemeriksaan laboratorium bidang Hematologi.

Bidang Hematologi meliputi darah lengkap, laju endap darah (LED), evaluasi hapusan darah tepi, dan Faal Hemostasis.

2. Pemeriksaan laboratorium bidang Kimia Klinik.

Bidang Kimia Klinik meliputi SGOT, SGPT, BUN, Serum Kreatinin, Asam Urat, Gula Darah dan POCT gula darah, Kolesterol Total, HDL – Kolesterol, LDL-Kolesterol, Trigliserida, HbA1C, dan elektrolit.

3. Pemeriksaan laboratorium bidang Immunoserologi.

Bidang Immunologi meliputi HbsAg *rapid test*, Tes HIV; Ag/Ab COVID-19

4. Pemeriksaan laboratorium bidang Mikrobiologi Klinik/Infeksi.

Bidang Mikrobiologi (Infeksi) meliputi pengecatan Gram dan sediaan KOH.

4.6 Monitoring dan Evaluasi

1. Pemantauan capaian layanan yang dilakukan setiap bulan.

2. Monitoring kegiatan program manajemen risiko laboratorium dilakukan setiap hari dalam bentuk audit risiko harian oleh petugas laboratorium.

3. Evaluasi terhadap pelaksanaan masing-masing kegiatan pokok yang dilaksanakan pada akhir tahun.

4. Evaluasi PME dilaksanakan setelah menerima *feedback* dari penyelenggara. Evaluasi program pemantauan mutu pelayanan laboratorium keseluruhan dilakukan pada awal tahun 2023.

5. Evaluasi kegiatan pelaksanaan program manajemen risiko dilakukan setiap triwulan dan dilaporkan ke Direktur dengan tembusan Komite Keselamatan dan Keamanan Kerja Petugas (K3RS) dan komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

4.7 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:

- a. Sebagai sarana *transfer of knowledge*, yaitu sosialisasi – edukasi materi workshop/pelatihan/ seminar yang diikuti oleh dokter dan analis, untuk dibagikan kepada staf yang lain;
- b. Menyampaikan kebijakan Direktur, pengumuman, maupun sosialisasi hasil rapat koordinasi, koordinasi kegiatan unit lain yang terkait;
- c. Tempat menyampaikan usulan, masukan, hambatan pelayanan yang dihadapi;
- d. Diskusi untuk *problem solving*;
- e. 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.

4.8 Laporan

Laporan kegiatan pelayanan dibuat setiap akhir bulan dan dikirim kepada Direktur Rumah Sakit Mata Undaan dengan tembusan dari *manager* penunjang medis dan *General Manager*. Laporan bulanan yang dibuat adalah laporan capaian pelayanan yang telah dilakukan oleh penyelenggara laboratorium.

Laporan kegiatan pelatihan dibuat oleh SDM yang mengikuti pelatihan tersebut setelah pelaksanaan pelatihan selesai dan kemudian disosialisasikan kepada semua staf laboratorium.

Laporan kegiatan terkait akreditasi rumah sakit dilakukan sesuai jadwal program dan dilaporkan ke unit/komite terkait. Laporan evaluasi dikirimkan ke Direktur setiap akhir tahun dan dilaporkan ke unit/komite terkait.

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 Umum	Diberikan kepada staf analis laboratorium yang lolos

Kegiatan	Cara Melaksanakan Kegiatan
	seleksi penerimaan karyawan baru yang dilaksanakan selama 1 hari.
b. Orientasi Khusus	Diberikan kepada staf laboratorium yang lolos seleksi dalam penerimaan staf mengikuti hasil penilaian orientasi.
3. Pendidikan dan Pelatihan	Berkoordinasi dengan Sub Bagian HRD terkait dengan rencana pendidikan dan pelatihan yang akan diberikan kepada staf laboratorium.
4. Evaluasi Kinerja SDM	Berkoordinasi dengan Sub Bagian HRD untuk menilai hasil kinerja staf yang dilaksanakan setiap 1 bulan sekali.
B. Fasilitas	
1. Pemeliharaan	Berkoordinasi dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana terkait pemeliharaan fasilitas di laboratorium.
2. Penggantian/ Investasi	Penambahan/ Berkoordinasi dengan Sub Bagian Rumah Tangga terkait penggantian/penambahan/investasi fasilitas di laboratorium.
C. Mutu	Berkoordinasi dengan Tim PMKP terkait laporan indikator mutu.
D. Upaya Keselamatan	Berkoordinasi dengan Tim PPI terkait pelaksanaan kegiatan upaya keselamatan pencegahan dan pengendalian infeksi yang dilakukan di laboratorium.
E. Pengembangan Pelayanan	Merinci kegiatan pengembangan pelayanan yang dibutuhkan di laboratorium.
F. Monitoring dan Evaluasi	Dilakukan setiap bulan, triwulan, dan tahunan menyesuaikan kegiatan yang dilakukan oleh laboratorium dan indikator mutu yang telah ditentukan
G. Rapat	Berkoordinasi dengan staf internal unit untuk penyiapan ruangan dan kelengkapan rapat seperti absensi dan notulensi.
H. Laporan	
1. Laporan capain pelayanan	Dilakukan setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur.
2. Laporan evaluasi kegiatan	Dikirim setiap akhir tahun dan dilaporkan ke unit/komite terkait

VI. SASARAN

Tabel 6.1 Sasaran

Kegiatan	Sasaran
A. Sumber Daya Manusia	
1. Kebutuhan SDM	100% kebutuhan SDM terpenuhi
2. Orientasi	
a. Orientasi Umum	100% staf mendapatkan orientasi umum

Kegiatan	Sasaran
b. Orientasi Khusus	100% staf mendapatkan orientasi khusus
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	
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 laboratorium terlaksana
E. Pengembangan Pelayanan	Minimal 90 % pengembangan pelayanan terlaksana
F. Monitoring dan Evaluasi	100% kegiatan yang terdapat di laboratorium dilakukan monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan sesuai jadwal dan indikator yang telah ditentukan
G. Rapat	Terlaksananya rapat minimal 80% sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
H. Laporan	100% laporan dilakukan tepat waktu

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

A. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Laboratorium Tahun 2022

Tabel 7.1 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Laboratorium Tahun 2022

Kegiatan	Bulan												Keterangan	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
A. Sumber Daya Manusia														
1. Kebutuhan SDM														Tidak ada penambahan SDM
2. Orientasi														
a. Orientasi umum														Tidak ada Pegawai baru
b. Orientasi khusus														Tidak ada Pegawai baru
3. Pendidikan dan Pelatihan														Pelatihan Internal RS
4. Evaluasi Kinerja SDM														
B. Fasilitas														
1. Pemeliharaan														
2. Penggantian/ Penambahan/ Investasi														
C. Mutu														

Kegiatan	Bulan												Keterangan	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1. Persiapan Akreditasi Rumah Sakit														
2. Pemantapan Mutu Internal														
3. Pemantapan Mutu Eksternal														Setahun 2x menyesuaikan badan penyelenggara.
D. Upaya Keselamatan														
Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi														
1. Program Cuci Tangan														
2. Program Penyediaan APD														
E. Pengembangan Pelayanan														Pengajuan RAB tahunan
F. Monitoring dan Evaluasi														
1. Monitoring														
a. Pemantauan capaian layanan														
b. Monitoring kegiatan program manajemen risiko laboratorium														
2. Evaluasi														
a. Evaluasi pelaksanaan kegiatan														
b. Evaluasi PME														Setelah menerima <i>feedback</i> dari penyelenggara.
c. Evaluasi pelaksanaan program manajemen risiko														
G. Rapat														Rapat Internal Laboratorium
H. Laporan														
1. Laporan capaian layanan														

Kegiatan	Bulan												Keterangan
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
2. Laporan evaluasi kegiatan													

B. Jadwal Pelayanan Pemeriksaan Laboratorium

1. Jadwal pelayanan pemeriksaan laboratorium tersedia dalam 3 shift dengan pelaksanaan setiap hari Senin – Sabtu (3 shift), terdiri dari:
 - a. 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.
 - b. Hari Senin – Jumat jam dinas midle mulai pukul 08.00 – 15.00 WIB dan untuk hari Sabtu dimulai pukul 10.00 – 15.00 WIB.
 - c. 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. Pemeriksaan di luar jam kerja dan hari libur Laboratorium terintegrasi dengan:
 - a. Instalasi Gawat Darurat untuk pemeriksaan gula darah acak dan swab antigen di luar jam kerja laboratorium karena keterbatasan SDM di laboratorium dan jumlah pemeriksaan yang masih sedikit.
 - b. Instalasi Rawat Inap untuk pemeriksaan gula darah acak dan pengambilan darah jika diperlukan untuk pemeriksaan lainnya, yang kemudian sampel dikirim pada laboratorium rujukan.
3. Pemeriksaan darah CITO pada pelayanan 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.

C. Jadwal Pelaksanaan Mutu Pelayanan

Tabel 7.2 Jadwal Pelaksanaan Mutu

No	Nama Kegiatan	Jadwal
1	PMI	Setiap hari kerja
2	PME Laboratorium rutin	2 siklus (jadwal menyesuaikan penyelenggara PME)
3	Pemantauan Suhu	Setiap hari kerja
4	Validasi Metode Tes (presisi akurasi)	Setiap pergantian alat baru dan reagen baru

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilaksanakan pada akhir tahun dengan membuat laporan tertulis terhadap capaian dan kendala masing – masing kegiatan, kemudian dibuat kesimpulan dan saran perbaikan. Evaluasi kegiatan pelaksanaan program manajemen risiko dilakukan setiap triwulan dan dilaporkan ke Direktur dengan tembusan Komite Keselamatan dan Keamanan Kerja Petugas (K3RS) dan komite Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI).

IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN

Laporan dikirim kepada Direktur Rumah Sakit Mata Undaan dan tembusan dikirim kepada General Manager Penunjang Medis. Pelaporan kegiatan pelatihan segera dibuat oleh SDM yang mengikuti pelatihan tersebut setelah pelaksanaan pelatihan selesai dan kemudian disosialisasikan kepada semua staf laboratorium.


Pencatatan terhadap risiko – risiko yang ada di Laboratorium dilakukan setiap bulan dan dilaporkan ke Direktur tembusan ke komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. Apabila terjadi insiden yang menyangkut pola asuhan terhadap pasien dan petugas laboratorium segera lapor ke Komite Keselamatan dan Keamanan Kerja Petugas (K3RS) dan komite Pencegahan Pengendalian Infeksi.

X. PENUTUP

Demikian Program Kerja Laboratorium Tahun 2022 ini disusun dengan harapan akan menjadi parameter dan perbaikan pelayanan di laboratorium, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan. Semoga apa yang telah direncanakan dapat berjalan dengan baik. Kami menyadari Program Kerja Laboratorium 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,



RS MATA
UNDAAN

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