

**PEDOMAN PENGORGANISASIAN
UNIT LABORATORIUM**



**Dharma
Nugraha**
Hospital
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

**PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 009/PER-DIR/RSDN/IV/2023**

TENTANG

**PENYELENGGARAAN PELAYANAN UNIT LABORATORIUM
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,

- Menimbang : a. bahwa proses pemeriksaan penunjang laboratorium pasien yang efektif akan menghasilkan diagnose untuk ketepatan tatlaksana pada pasien;
- b. bahwa analisis informasi dan data masuk hasil laboratorium diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien;
- c. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien diperlukan adanya kualifikasi staf dan mutu laboratorium yang diakui berdasarkan undang-undang;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b dan c di atas perlu dibuat Peraturan Direktur tentang Penyelenggaraan Pelayanan Instalasi Laboratorium di Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang–Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang–Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang–Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. Undang-Undang RI No 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
5. Peraturan Pemerintah No 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.657/MENKES/PER/VIII/2009 tentang Pengiriman dan Penggunaan Spesimen Klinik, Materi Biologik dan Muatan Informasinya
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 658/MENKES/PER/VIII/2009 tentang Jejaring Laboratorium Diagnosis Penyakit Infeksi New-Emerging dan Re-Emerging
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.411/MENKES/PER/III/2010

tentang Laboratorium Klinik

10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.43/MENKES/PER/2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.83/MENKES/PER/2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.42/MENKES/PER/VI/2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Ahli Teknologi Laboratorium Medik
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 91/MENKES/PER/2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11/MENKES/PER/2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 423/MENKES/IV/2007 tentang Kebijakan Peningkatan Akses Pelayanan Darah
16. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
17. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.835/MENKES/SK/IX/2009 tentang Pedoman Keselamatan dan Keamanan Laboratorium Mikrobiologik dan Biomedik
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
19. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 12 tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit.
20. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam medis.
21. Keputusan dirjen pelayanan keehatan No HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG
PENYELENGGARAAN PELAYANAN LABORATORIUM DI RUMAH SAKIT
DHARMA NUGRAHA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

- (1) Pelayanan laboratorium tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien, meliputi pelayanan laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, penyediaan labu darah dan mikrobiologi sesuai kondisi rumah sakit dan berpedoman kepada peraturan perundangan.
- (2) Pelayanan laboratorium memberikan pelayanan selama 24 jam termasuk untuk pelayanan gawat darurat, diberikan didalam rumah sakit dan rujukan sesuai dengan peraturan perundangan.
- (3) Pelayanan laboratorium harus adekuat, teratur, nyaman dan tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- (4) Pelayanan laboratorium didalam rumah sakit terdiri dari pelayanan yang dilakukan di unit laboratorium dan instalasi lain yang mempergunakan alat laboratorium dan dilakukan selain oleh staf laboratorium yang telah mendapat pelatihan (POCT)

BAB II

MANAJEMEN DAN ORGANISASI

Pasal 2

Ketentuan Staf Yang Kompeten

- (1) Pelayanan laboratorium berada di bawah pimpinan seseorang yang kompeten dan berwenang yang bertanggung jawab mengelola pelayanan laboratorium, yaitu seorang dokter spesialis Patologi Klinik sebagai kepala unit laboratorium.
- (2) Pelayanan laboratorium memiliki staf yang kompeten selama seluruh jam pelayanan dan untuk gawat darurat.
- (3) Pelayanan laboratorium menunjuk dan menghubungi para spesialis di bidang diagnostik spesialisistik khusus seperti parasitologi, virologi dan toksikologi sesuai kebutuhan.
- (4) Pelayanan laboratorium menetapkan semua staf laboratorium mempunyai pendidikan

pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk mengerjakan pemeriksaan.

- (5) Pelayanan laboratorium menetapkan program terkait risiko dan bahaya di laboratorium program menangani kebiasaan dan praktik kerja secara aman, tindakan pencegahan serta dikoordinasikan dengan program manajemen risiko dan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

BAB III

KERANGKA WAKTU

Pasal 3

Penetapan Kerangka Waktu Untuk Hasil-hasil Laboratorium

- (1) Pelayanan laboratorium menetapkan kerangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium termasuk pemeriksaan yang sifatnya cito.
- (2) Hasil pemeriksaan cito antara lain dari IGD dan pelayanan intensif, kamar operasi dan kamar bersalin.
- (3) Kerangka waktu melaporkan hasil pemeriksaan laboratorium rujukan mengikuti ketentuan Rumah Sakit dan MOU dengan laboratorium rujukan.

BAB IV

RENTANG NILAI NORMAL

Pasal 4

Penetapan Rentang Nilai Normal

- (1) Unit laboratorium Rumah Sakit Dharma Nugraha perlu menetapkan rentang nilai normal untuk membantu klinisi dalam menegakkan diagnosa.
- (2) Pelayanan laboratorium menetapkan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium, sedangkan untuk pemeriksaan rujukan rentang nilai disesuaikan dengan rentang nilai laboratorium rujukan.

Pelayanan laboratorium menyesuaikan rentang nilai normal dengan Satuan Internasional (SI) unit jika terjadi perubahan maka nilai normal juga berubah.

BAB V

NILAI KRITIS

Pasal 5

Penetapan Nilai Kritis

- (1) Rumah sakit menetapkan hasil nilai laboratorium yang kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, untuk setiap pelayanan laboratorium yang ada (laboratorium klinik, laboratorium patalogi anatomi, dan laboratorium mikrobiologi).
- (2) Pelayanan laboratorium harus menetapkan metode untuk pelaporan hasil-hasil nilai kritis dan pemeriksaan diagnostik.
- (3) Hasil nilai kritis yang ditemukan harus dikonsultasikan dengan dokter spesialis patologi klinik dan segera melaporkan hasil tersebut kepada DPJP atau team medis lainnya kemudian didokumentasikan dicatat terintegrasi dalam berkas rekam medis.
- (4) Waktu penyampaian hasil tersebut harus selesai dalam 30 menit.

BAB VI

ALAT – ALAT LABORATORIUM

Pasal 6

Pengelolaan Peralatan di Unit Laboratorium

- (1) Pelayanan laboratorium mengatur tentang uji fungsi, inspeksi berkala, pemeliharaan berkala, kalibrasi, identifikasi, inventarisasi, monitoring terhadap kegagalan fungsi alat, penarikan alat (*recall* bila ada), pendokumentasian secara tetap terhadap semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan di laboratorium dengan baik dan aman bagi penggunaanya.
- (2) Alat laboratorium saat ini di Unit lain selain Unit Laboratorium adalah alat gula darah POCT (*Point Of Care Testing*) yang ada di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan ruang intensif.

BAB VII

REAGEN ESSENSIAL DAN BAHAN LAIN

Pasal 7

Penyediaan Reagen Essensial

- (1) Penyediaan reagen essensial harus selalu di perhatikan untuk menghindari keterlambatan pemeriksaan bila terjadi kekosongan.

- (2) Pelayanan laboratorium menetapkan reagen essensial dan bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pasien.
- (3) Pelayanan laboratorium menetapkan reagen essensial dan bahan lain yang dibutuhkan untuk pelayanan laboratorium selalu tersedia dan di evaluasi (audit reagen) untuk memastikan akurasi dan presisi hasil, serta pengadaan dan pelaporan untuk pelayanan laboratorium jika terjadi kekosongan reagen.

Pasal 8

Penyediaan Reagen Bahan Lain

- (1) Penyediaan reagen bahan lain harus selalu di perhatikan untuk menghindari keterlambatan pemeriksaan bila terjadi kekosongan.
- (2) Pelayanan laboratorium melakukan penyimpanan reagen sesuai dengan yang di sarankan (MSDS) dan reagen atau bahan B3 di beri label secara lengkap dan akurat.
- (3) Pelayanan laboratorium menetapkan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, pengambilan, pengumpulan, identifikasi spesimen, pengerjaan, pengiriman, pembuangan spesimen dan telusur spesimen (*tracking* spesimen).

BAB VIII

PELAYANAN DARAH

Pasal 9

Pelayanan Darah

- (1) Unit laboratorium Rumah Sakit Dharma Nugraha tidak memiliki Bank Darah sendiri, namun tetap memberikan pelayanan darah untuk penyediaan komponen darah.
- (2) Pelayanan laboratorium melaksanakan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundang-undangan dan standar pelayanan.
- (3) Pelayanan laboratorium menetapkan seorang profesional yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab untuk penyelenggaraan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundangan dan standar pelayanan.
- (4) Proses kendali mutu dari semua jenis pelayanan dilaksanakan dan didokumentasikan untuk memastikan terselenggaranya pelayanan darah dan atau transfusi yang aman.
- (5) Sebelum dilakukan pemberian darah harus ada penjelasan dari DPJP tentang manfaat, risiko

dan komplikasi pemberian transfusi serta ada persetujuan dari pasien atau keluarganya.

- (6) Selama pemberian transfusi darah harus dilakukan monitor dan evaluasi, serta dilaporkan bila ada reaksi transfusi.
- (7) Pelayanan laboratorium melaksanakan pelayanan darah meliputi permintaan dan pendistribusian darah dalam hal ini bekerja sama dengan PMI (Palang Merah Indonesia).

BAB IX

PELAYANAN PATOLOGI ANATOMI

Pasal 10

Pelayanan Diagnostik dan Laboratorium Patologi Anatomi

- (1) Pelayanan laboratorium mengatur tata cara pelayanan patologi anatomi meliputi administrasi dan pengiriman bahan pemeriksaan ke laboratorium patologi anatomi.
- (2) Pelayanan Patologi Anatomi merupakan pelayanan diagnostik dan laboratorium terhadap jaringan dan cairan tubuh.
- (3) Rumah Sakit Nugraha bekerjasama dengan RS Cipto Mangunkusumo untuk pemeriksaan IHK dan VC.

BAB X

RUJUKAN

Pasal 11

Pelayanan rujukan

- (1) Pelayanan laboratorium melaksanakan rujukan laboratorium keluar rumah sakit untuk fasilitas tertentu dengan melalui laboratorium di dalam rumah sakit.
- (2) Pelayanan laboratorium menetapkan rujukan di luar rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari staf yang bertanggung jawab atas pelayanan laboratorium yang harus memenuhi undang-undang dan peraturan yang ditetapkan, antara lain meliputi : mutu pelayanan, sertifikasi, kelengkapan pemeriksaan, jam pengambilan sampel, pengiriman hasil, informasi kekosongan reagen, dan informasi bila ada pemeriksaan baru.

BAB XI
PROGRAM MANAJEMEN RISIKO

Pasal 12

Mengurangi Risiko dan Bahaya di Laboratorium

- (1) Pelayanan laboratorium menetapkan program terkait risiko dan bahaya di laboratorium.
- (2) Program menangani kebiasaan dan praktek kerja secara aman, tindakan pencegahan serta dikoordinasikan dengan program manajemen resiko dan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.
- (3) Pelayanan laboratorium menetapkan regulasi bahwa unit laboratorium melaksanakan proses untuk mengurangi risiko infeksi akibat paparan bahan-bahan dan limbah biologis berbahaya

BAB XII
KONTROL MUTU LABORATORIUM

Pasal 13

Pelaksanaan Kontrol Mutu Laboratorium

- (1) Kendali mutu laboratorium perlu di lakukan untuk memberikan pelayanan yang prima dan hasil yang akurat.
- (2) Pelayanan laboratorium melakukan program kontrol mutu internal, yang meliputi validasi tes, surveilens harian, reagensia di tes, koreksi cepat dilaksanakan dan di dokumentasikan.
- (3) Pelayanan laboratorium mengikuti Program Pemantapan Mutu Eksternal yang dilaksanakan oleh Lembaga Pemantapan Mutu Laboratorium Kesehatan Indonesia (LPMLKI) sebanyak 2 siklus dalam setahun.
- (4) Pelayanan laboratorium secara teratur mereview hasil kontrol mutu untuk pelayanan oleh laboratorium luar.

BAB XIII
DOKUMENTASI PENGARSIPAN

Pasal 14

Penyimpanan Hasil Pemeriksaan

- (1) Pelayanan laboratorium mengatur tata cara penyimpanan hasil pemeriksaan laboratorium demi terciptanya aspek hukum medis.
- (2) Semua formulir permintaan pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil laboratorium rujukan didokumentasikan.

- (3) Berkas laboratorium Patologi Klinik disimpan selama 5 tahun, kecuali untuk kasus- kasus khusus sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (4) Berkas laboratorium Patologi Anatomi disimpan selama 10 tahun.
- (5) Pada pelaksanaan pemusahan berkas harus ada berita acara sesuai prosedur yang berlaku, yang berisi tanggal, bulan, tahun pemusnahan dan penanggung jawab pemusnahan dokumen.

BAB XIV **KETENTUAN PENUTUP**

Pasal **Penetapan**

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 12 April 2023
DIREKTUR RS Dharma Nugraha,



dr. Agung Darmanto, SpA

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya Pedoman Pengorganisasian Unit Laboratorium di Rumah Sakit Dharma Nugraha telah disusun dan diselesaikan sesuai dengan kebutuhan.

Pedoman Pengorganisasian Unit Laboratorium disusun sebagai acuan bagi RS Dharma Nugraha dalam memberikan pelayanan laboratorium di rumah sakit, meliputi laboratorium Patologi Klinik, Patologi Anatomi dan Mikrobiologi sebagai pelayanan penunjang, guna memenuhi kebutuhan pasien dan sesuai ketentuan yang berlaku.

Pedoman ini akan dievaluasi kembali untuk dilakukan perbaikan / penyempurnaan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan atau bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi di RS Dharma Nugraha.

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada pihak terkait yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun Pedoman Pengorganisasian Unit Laboratorium di Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Jakarta ,17 April 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

COVER	1
PERATURAN DIREKTUR	2
KATA PENGANTAR	11
DAFTAR ISI	12
BAB I PENDAHULUAN	14
A. Latar Belakang	14
B. Pengertian.....	15
BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	
A. Nama dan Status Rumah Sakit.....	16
B. Kedudukan dan Fasilitas Rumah Sakit.....	16
BAB III VISI, MISI, MOTTO, NILAI, DAN TUJUAN RUMAH SAKIT	
A. Visi.....	18
B. Misi	18
C. Motto.....	18
D. Tagline.....	18
E. Tujuan.....	18
F. Falsafah.....	18
BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT	
A. Struktur Organisasi Rumah Sakit	19
BAB V STRUKTUR ORGANISASI UNIT LABORATORIUM.....	21
BAB VI URAIAN JABATAN	
A. Kepala Unit Laboratorium.....	23
B. Kepala Pelayanan Laboratorium.....	26
C. Koordinator Laboratorium.....	30
D. PIC Mutu.....	35
E. PIC Alat dan Perbekalan.....	38
F. PIC Pelayanan Darah	42
G. PIC Administrasi.....	43
H. Analis Pelaksana.....	45

BAB VII	TATA HUBUNGAN KERJA	
	A. Hubungan Internal (dengan unit lain didalam RS).....	47
	B. Hubungan Eksternal (dengan institusi diluar RS).....	48
BAB VIII	POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL	
	A. Tabel Perencanaan Kebutuhan SDM Instalasi Laboratorium.....	49
	B. Pola Ketenagaan.....	49
	C. Kualifikasi Personil.....	52
	D. Mekanisme / prosedur untuk menanggapi jika terjadi kekurangan tenaga.....	52
BAB IX	KEGIATAN ORIENTASI DAN PENILAIAN KINERJA	
	A. Kegiatan Orientasi.....	53
	B. Penilaian Kinerja.....	55
BAB X	PERTEMUAN / RAPAT.....	56
BAB XI	PELAPORAN.....	57

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR 009/PER-DIR/RSDN/IV/2023
TENTANG
PENYELENGGARAAN PELAYANAN
LABORATORIUM DI RUMAH SAKIT
DHARMA NUGRAHA

**PEDOMAN PENGORGANISASIAN UNIT LABORATORIUM
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan.

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan dalam melaksanakan upaya kesehatan, salah satu bentuk kegiatan adalah kegiatan penunjang medis yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan pasien antara lain pelayanan laboratorium sebagai sarana pendukung dalam penegakan diagnosa.

Untuk menjalankan fungsi pelayanan laboratorium, perlu adanya pengorganisasian unit pelayanan laboratorium di rumah sakit. Di Rumah Sakit Dharma Nugraha pengorganisasiannya dalam bentuk Unit Laboratorium yang dipimpin seorang dokter spesialis Patologi Klinik sebagai Kepala Pelayanan Laboratorium, yang dibantu oleh Analis Laboratorium .

B. PENGERTIAN

Unit Laboratorium adalah suatu unit atau bagian di rumah sakit, tempat penyelenggaraan kegiatan penunjang yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan laboratorium rumah sakit dan merupakan unit penunjang medik yang dapat digunakan sebagai sarana pendukung penegakan diagnosa.

Ahli teknologi laboratorium kesehatan adalah tenaga kesehatan dan ilmuwan berketrampilan tinggi yang melaksanakan dan mengevaluasi prosedur laboratorium dengan memanfaatkan berbagai sumber daya.

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

A. NAMA DAN STATUS RUMAH SAKIT

1. Rumah Sakit Dharma Nugraha didirikan oleh DR Med dr. H Didid Tjindarbumi SpB Onk FICS pada tahun 1995.
2. Beralokasi di jalan Balai Pustaka Baru No 19 Rawamangun , Pulo Gadung, Jakarta Timur 13220 .
3. Perijinan Berusaha Berbasis Risiko izin: 02201023002490001berlaku 15 Desember 2022 s/d 15 Desember 2027.
4. Penetapan kelas : C

B. KEDUDUKAN DAN FASILITAS RUMAH SAKIT

1. **Kedudukan Rumah Sakit Dharma Nugraha berada di** jalan Balai Pustaka Baru No 19 Rawamangun , Pulo Gadung, Jakarta Timur 13220 .
2. Luas tanah seluas 2900 m² dan luas bangunan secara keseluruhan adalah 5199 m², terletak di lokasi yang sangat strategis di dikelilingi area komersial, perumahan, fasilitas Pendidikan serta kawasan industri dengan Gedung berlantai 4, dengan kapasitas tempat tidur 101 TT terdiri dari: VVIP 2 , VIP 11 TT,KLS I 20,Kelas 2 28 TT, Kelas 3 24 TT, Kemo 6 TT, Isolasi 2 TT, Perina 3 TT dan ICU 5 TT.
3. Fasilitas Rumah Sakit
 - a. Pelayanan medis
 - 1) Rawat jalan
 - a) Poliklinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan
 - b) Poliklinik Anak
 - c) Poliklinik Gigi: Gigi Umum, Spesialis Prostodonti, Spesialis Bedah Mulut, Spesialis Orthodonti
 - d) Poliklinik Penyakit Dalam
 - e) Sub spesialis Kardiovaskuler
 - f) Poliklinik THT
 - g) Poliklinik Jantung

- h) Poliklinik Paru / DOTS TB
- i) Poliklinik Psikiater
- j) Poliklinik Penyakit Syaraf
- k) Poliklinik Rehabilitasi Medik dan Fisioterapi
- l) Pelayanan Khemoterapi
- m) Poliklinik Bedah (Bedah Umum, Bedah Urologi, Bedah Orthopedi, Bedah Onkologi)

2) Rawat Inap

- a) Perawatan umum
- b) Perawatan anak
- c) Perawatan bedah
- d) Perawatan kemoterapi
- e) Perawatan intensif (ICU, Isolasi ICU)
- f) Perinatologi
- g) Perawatan kebidanan dan penyakit kandungan.

b. Penunjang medis

- a) Laboratorium : pathologi klinik & pathologi anatomi)
- b) Pelayanan darah
- c) Unit pelayanan farmasi
- d) Unit Rekam medis
- e) Unit Pelayanan Radiologi
- f) CTG
- g) USG 2D/3D

c. Fasilitas tindakan medis

- a) Kamar operasi 3
- b) Kamar bersalin 1 kmr
- c) Pra persalinan 3 TT
- d) Ruang RR : 4 TT
- e) Kamar Tindakan ODC 1 TT

BAB III

VISI, MISI, MOTTO, NILAI, DAN TUJUAN RUMAH SAKIT

A. VISI

Menjadi rumah sakit pilihan dalam pelayanan kesehatan keluarga.

B. MISI

1. Memberikan Jasa pelayanan rumah sakit sesuai standar dan kebutuhan.
2. Pelayanan yang nyaman dan menjunjung keselamatan kemanusiaan.
3. Meningkatkan Kerjasama dengan pihak-pihak terkait dalam upaya mengembangkan pelayanan Kesehatan pasien.

C. MOTTO

Bekerja dengan RAPI

Ramah dalam pelayanan

Akurat dalam pengelolaan

Penanganan tepat dan tuntas dalam pelayanan

Istimewa dan utamakan kepentingan pasien

D. Tagline

Tagline Rumah Sakit Dharma Nugraha memiliki logo sebagai berikut :



Care For
Better Life

E. TUJUAN

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, berkualitas dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.
2. Memenuhi kebutuhan pasien serta Meningkatkan kepuasan dan loyalitas
3. Meningkatkan pengembangan fisik, sumber daya manusia serta teknologi rumah sakit sehingga menjadi rumah sakit terbaik

F. FALSAFAH

Suatu rumah sakit swasta yang memberikan pelayanan rumah sakit kepada pasien dalam usaha meningkatkan derajat Kesehatan pasien dan merupakan bagian dari sistem Kesehatan nasional.

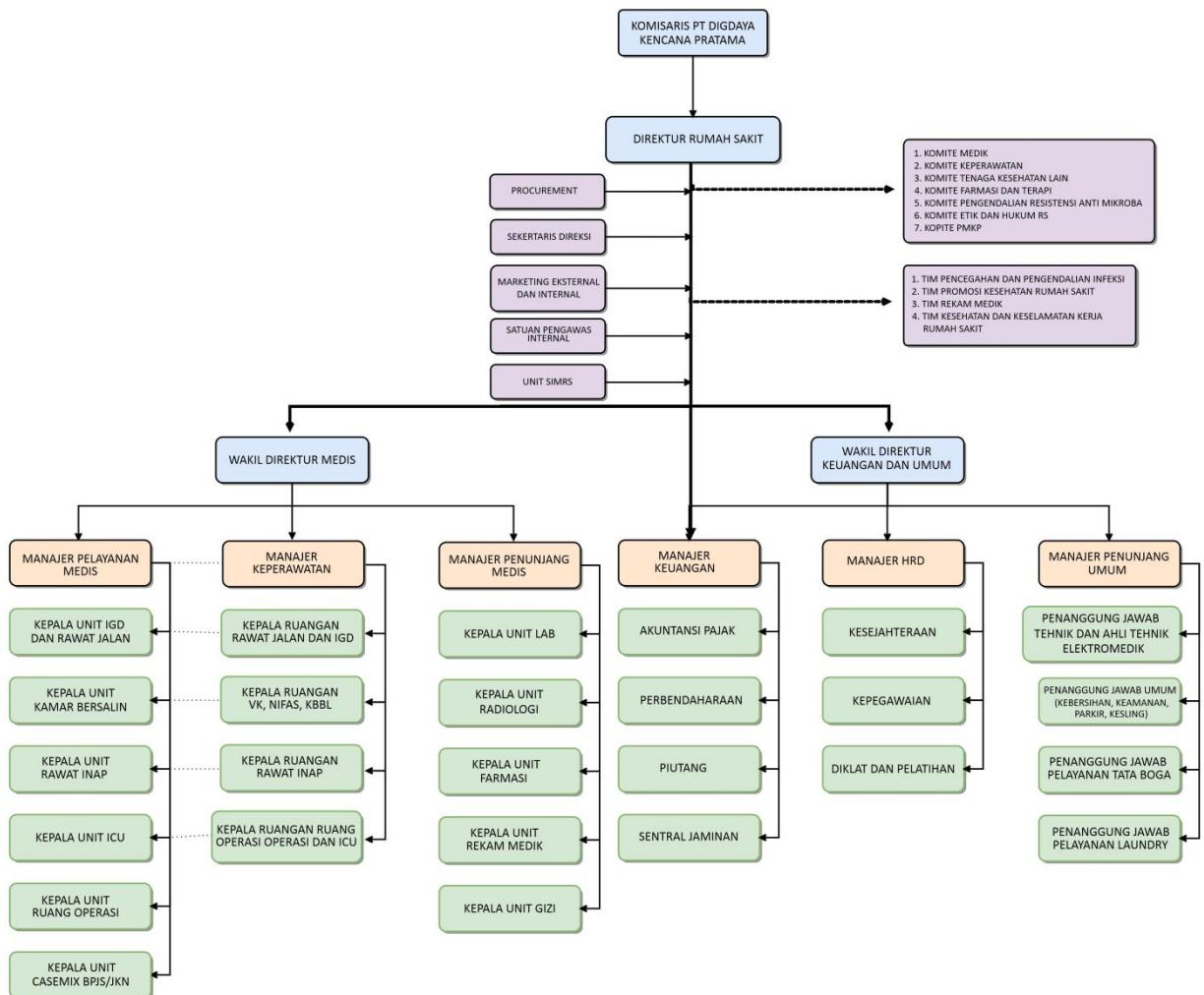
BAB IV

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

A. Struktur Organisasi Rumah Sakit

1. Struktur Organisasi RS Dharma Nugraha adalah sebagaimana tercantum dalam organogram yang disahkan berdasarkan Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama atas usulan Direktur RS Dharma Nugraha.

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA



B. SUSUNAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Susunan Organisasi Rumah Sakit Dharma Nugraha terdiri dari: unsur pimpinan (Direktur, wakil direktur Medis, wakil direktur umum,) unsur staf/ pembantu pimpinan, unsur staf bidang/ bagian, unsur pelaksana dan fungsional :

a. Unsur pimpinan :

- 1) Direktur
- 2) Wakil direktur medis

- 3) Wakil direktur umum, keuangan dan HRD Wadir umum membawahi manajer HRD, Manajer keuangan , Manajer rumah tangga/ pelayanan umum
- b. Unsur staf. Pembantu pimpinan
- 1) Komite medik
 - 2) Komite keperawatan
 - 3) Komite nakes lain
 - 4) Komite mutu
 - 5) Komite farmasi terapi
 - 6) Sekretaris direktur
 - 7) Tim PPI
 - 8) Unit SIMRS
 - 9) SPI
 - 10) Komite-komite lain
 - 11) Manajer bidang/ bagian:
 2. Bidang Pelayanan Medis
 3. Bidang Keperawatan
 4. Bidang Penunjang Medis
 5. Bidang Mutu & Akreditasi
 6. Bidang Pelayanan JKN
 7. Bagian Marketing
 8. Bagian HRD
 9. Bagian Keuangan
 10. Bagian Penunjang Umum
- c. Unsur pelaksanaan unit pelayanan terdiri dari:
- 1) Unit pelayanan UGD
 - 2) Unit pelayanan RJ
 - 3) Unit pelayanan penunjang radiologi, laboratorium, RM, Rehabilitasi medik, Farmasi, Gizi,
 - 4) Unit pelayanan rawat inap umum, bedah, anak, kemoterapi,
 - 5) Unit pelayanan intensif
 - 6) Unit pelayanan kebidanan persalinan, nifas, KBBL
 - 7) Kepala urusan keuangan, pajak, asuransi
 - 8) Kepala urusan diklat, kesejahteraan dll

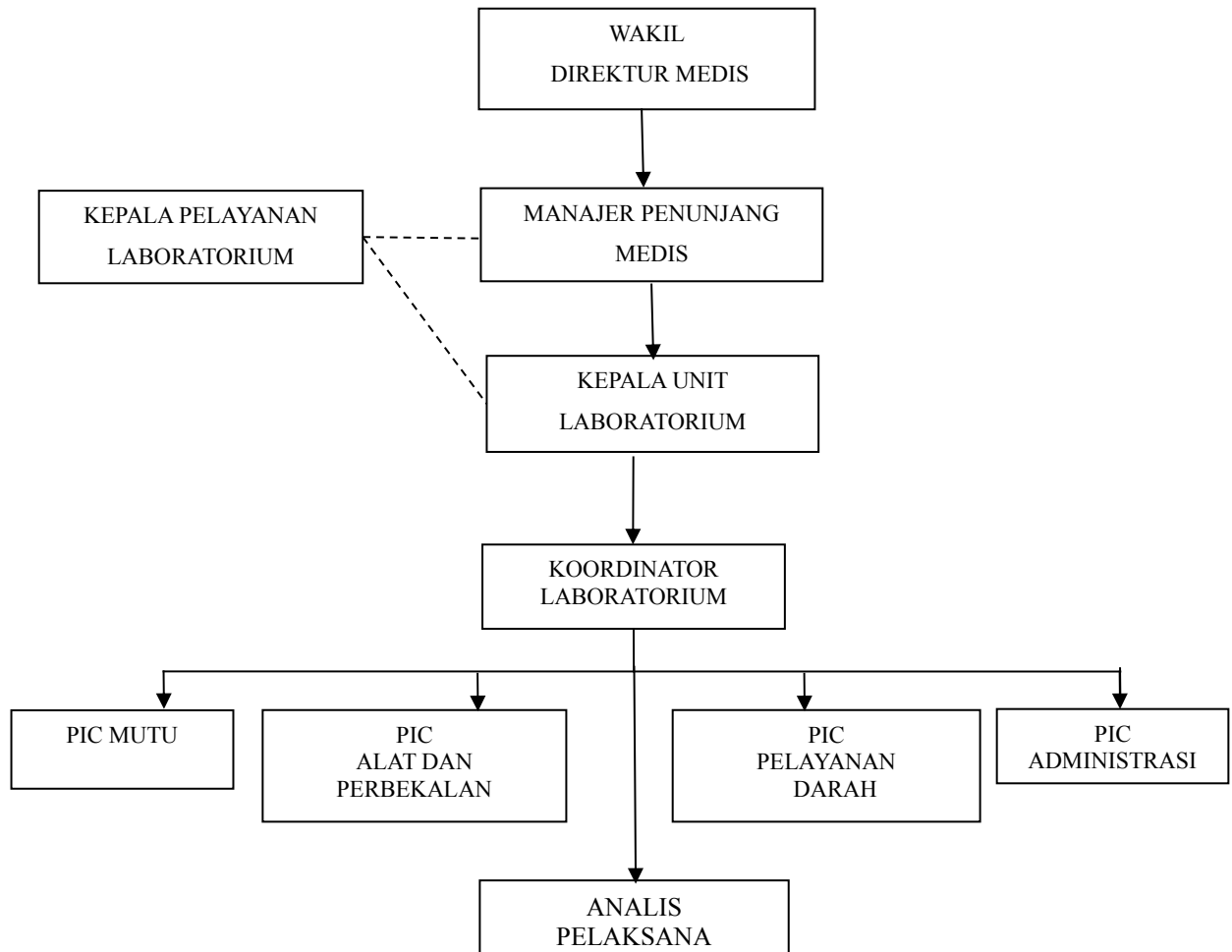
BAB V

STRUKTUR ORGANISASI UNIT LABORATORIUM

Organisasi Unit Laboratorium di RS Dharma Nugraha merupakan bagan yang menggambarkan pembagian tugas, koordinasi, kewenangan dan fungsi organisasi yang mengakomodasi penyelenggaraan pengelolaan pelayanan laboratorium dan manajemen mutu, berada dibawah pengendalian / pengawasan dari Manajer Penunjang Medis terdiri dari :

1. Kepala Unit Laboratorium adalah seorang dokter umum
2. Kepala Pelayanan Laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik
3. Koordinator pelayanan laboratorium adalah seorang Ahli Teknologi Laboratorium Medik
4. PJ Mutu Laboratorium adalah seorang Ahli Teknologi Laboratorium Medi
5. PIC Administrasi adalah seorang Ahli Teknologi Laboratorium Medis
6. PIC Alat dan Perbekalan adalah seorang Ahli Teknologi Laboratorium Medis
7. PIC Pelayanan Darah adalah seorang Ahli Teknologi Laboratorium Medis yang telah mendapat pelatihan bank darah
8. Pelaksana Harian adalah seluruh Ahli Teknologi Laboratorium Medik

Struktur Organisasi Unit Laboratorium



BAB VI URAIAN JABATAN

A. Kepala Unit Laboratorium

1.	NAMA JABATAN	Kepala Unit Laboratorium
2.	UNIT KERJA	Unit Laboratorium
3.	JENIS DAN KEDUDUKAN JABATAN : a. Jenis Jabatan b. Atasan Langsung c. Bawahan Langsung	Struktural Manajer Penunjang Medis Koordinator Laboratorium
4.	HUBUNGAN KERJA a. Internal b. Eksternal	1. Pelayanan Medis 2. Keperawatan 3. Penunjang Medis 4. Komite Mutu dan Akreditasi, 5. Marketing,Rumah Tangga,HRD dan Keuangan 6. DPJP/PPA dilingkungan RS 1. Dinas Kesehatan dan Unit Tranfusi Darah PMI 2. Lab Rujukan dan Rekanan alat pemeriksaan 3. Organisasi Profesi (IDI, PDS Patklin dan PATELKI)
5.	TUGAS POKOK	Mengelola Fasilitas dan Pelayanan Laboratorium
6.	TANGGUNG JAWAB	1. Menyusun dan melakukan evaluasi regulasi 2. Terlaksananya pelayanan laboratorium sesuai regulasi,termasuk pelatihan,manajemen logistik 3. Pengawasan pelaksanaan administrasi 4. Melaksanakan program kendali mutu (PMI dan PME) 5. Memonitor dan mengevaluasi semua jenis pelayanan laboratorium,termasuk pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (POCT-Point of care testing) 6. Bertanggung jawab untuk melaksanakan pelayanan darah dan transfusi

		7. Bertanggung jawab untuk melaksanakan pelayanan Patologi Anatomi
7.	URAIAN TUGAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyusun regulasi tentang pengorganisasian dan pengaturan pelayanan secara terintegrasi. 2. Menyusun regulasi pelayanan laboratorium, mengusulkan daftar spesialis dalam bidang diagnostik khusus, mengusulkan pemilihan rumah sakit/laboratorium rujukan diluar rumah sakit dharma nugraha 3. Menyusun, memonitor, dan mengevaluasi pelaksanaan program kerja instalasi laboratorium. 4. Mengawasi pelaksanaan administrasi 5. Mengatur, memonitor dan mereview pelaksanaan pemantapan mutu internal (PMI) dan pemantapan mutu eksternal (PME) laboratorium, termasuk rumah sakit/laboratorium rujukan di luar rumah sakit dharma nugraha. 6. Memonitoring dan evaluasi semua pelayanan laboratorium 7. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi kegiatan Bank Darah Rumah Sakit dan Patologi Anatomi.
8	HASIL KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti terlaksananya penyusunan dan evaluasi regulasi. 2. Bukti terlaksananya pelayanan laboratorium sesuai regulasi 3. Bukti pengawasan administrasi di instalasi laboratorium. 4. Bukti pelaksanaan program kendali mutu 5. Bukti pelaksanaan monitoring dan evaluasi semua jenis pelayanan instalasi laboratorium. 6. Bukti pelaksanaan pelayanan darah dan transfusi 7. Bukti pelaksanaan pelayanan patologi Anatomi
9	WEWENANG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinasikan program dan mengawasi

		<p>pelaksanaan kegiatan serta mutu di Instalasi Laboratorium.</p> <p>2. Memberikan masukan/usulan kepada Manajer Penunjang Medis untuk pengembangan di Instalasi Laboratorium.</p> <p>3. Mengajukan program pengembangan SDM.</p>
10	PERSYARATAN JABATAN	<p>Pendidikan formal : Dokter umum</p> <p>Pendidikan non formal : Diklat Kepala Unit</p> <p>Masa kerja : Minimal 4 tahun sebagai karyawan tetap</p> <p>Pengalaman jabatan -</p> <p>sebelumnya :</p> <p>Persyaratan lain Telah memenuhi kompetensi sebagai Kepala Unit</p>

B. Kepala Pelayanan Laboratorium

1.	NAMA JABATAN	Kepala Pelayanan Laboratorium
2.	UNIT KERJA	Unit Laboratorium
3.	JENIS DAN KEDUDUKAN JABATAN : a. Jenis Jabatan b. Atasan Langsung c. Bawahan Langsung	Struktural - -
4.	HUBUNGAN KERJA : a. Internal b. Eksternal	1. Pelayanan Medis 2. Penunjang Medis 3. Keperawatan 4. Satuan Medis Fungsional 1. Dinas Kesehatan dan Instansi terkait 2. Laboratorium rujukan dan rekanan alat 3. Organisasi Profesi PDS Patklin
5.	TUGAS POKOK	Membantu Kepala Unit Laboratorium melaksanakan kegiatan pelayanan laboratorium dan pemeliharaan mutu (PK, PA dan Pelayanan Darah)
6.	TANGGUNG JAWAB	1. Bertanggung jawab terhadap terlaksananya program dan kegiatan pelayanan laboratorium serta pemeliharaan mutu di Unit Laboratorium 2. Bertanggung jawab terhadap pengelolaan sumber daya manusia, fasilitas, material dan sistem prosedur di Unit Laboratorium
7.	URAIAN TUGAS	1. Ikut serta menjaga dan meningkatkan produktivitas Unit Laboratorium sesuai dengan ketentuan RS Dharma Nugraha. 2. Melakukan analisa, evaluasi dan interpretasi/validasi/verifikasi hasil pemeriksaan dan

	<p>menegakkan diagnosis laboratorium patologi klinik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memastikan, menjaga dan mengevaluasi kualitas/mutu hasil pemeriksaan laboratorium rujukan patologi klinik sesuai dengan ketentuan RS Dharma Nugraha 4. Memastikan dan menjaga pemantapan mutu laboratorium patologi klinik secara internal dan eksternal sesuai dengan ketentuan. 5. Memberikan informasi, konsultasi dan rekomendasi kepada tim medis serta membina hubungan kerjasama yang harmonis baik internal maupun eksternal Unit Laboratorium 6. Ikut serta membuat, menyusun, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pedoman pelayanan dan pedoman pengorganisasian Unit Laboratorium secara periodik dan menyempurnakan bila diperlukan. 7. Ikut serta membuat, menyusun dan mengevaluasi prosedur kerja/SPO pelayanan laboratorium secara periodik dan menyempurnakan bila diperlukan. 8. Melakukan dan menjaga pelaksanaan seluruh aspek proteksi infeksi terhadap pasien dan staf sesuai dengan ketentuan. 9. Menjaga, mengevaluasi dan meningkatkan fungsi, kualitas dan utilitas peralatan di Unit Laboratorium sesuai dengan ketentuan secara periodik. 10. Memastikan dan menjaga cost pelayanan/operasional laboratorium sesuai dengan cost efektif dan cost efisiensi yang ditentukan dan melakukan evaluasi untuk menyempurnakan apabila diperlukan. 11. Ikut serta membuat, menyusun, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pedoman pelayanan laboratorium dan pedoman pengorganisasian Instalasi Laboratorium secara periodik dan menyempurnakan bila diperlukan.
--	--

		<p>12. Ikut serta membuat, menyusun, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan rencana kerja tahunan termasuk program kerja jangka pendek dan jangka panjang untuk perbaikan, peningkatan mutu dan pengembangan pelayanan laboratorium.</p> <p>13. Memastikan dan menjaga pelaksanaan usaha kesehatan dan keselamatan lingkungan kerja (K3) di Unit Laboratorium sesuai dengan ketentuan.</p> <p>14. Menjaga, meningkatkan dan mengembangkan kompetensi/ kualitas analis/staf yang berada dibawah tanggung jawabnya</p> <p>15. Memastikan dan membuat laporan kegiatan pelayanan/operasional dan produktivitas laboratorium patologi klinik sesuai dengan ketentuan dan kegiatan administrasi lainnya</p>
8	HASIL KERJA	<p>1. Terlaksananya program kerja</p> <p>2. Dokumen standar kerja tersusun dengan rapi (kebijakan, pedoman/panduan, SPO)</p> <p>3. Tersedianya data base perizinan, Perjanjian Kerja Sama (PKS) serta terlaksananya pemeliharaan alat dan kalibrasi sesuai dengan waktu yang ditentukan</p> <p>4. Terlaksananya pembinaan terhadap tim diajarannya</p> <p>5. Tercapainya standar mutu pelayanan berjalan dengan baik</p>
9.	WEWENANG	<p>1. Menggunakan sarana dan prasarana laboratorium patologi klinik sesuai dengan lingkup tugas dan tanggung jawabnya.</p> <p>2. Ikut memilih dan menentukan jenis, metode dan penyajian hasil pemeriksaan laboratorium sesuai dengan pertimbangan efektifitas dan efisiensi klinis.</p> <p>3. Ikut memilih dan menentukan jenis dan cara pemeriksaan rujukan keluar dengan pertimbangan</p>

		<p>efektifitas dan efisiensi klinis.</p> <p>4. Memberikan usulan/masukan pengadaan, penambahan atau penggantian sarana dan prasarana di laboratorium untuk meningkatkan kualitas pelayanan sesuai dengan pertimbangan skala prioritas, efektivitas dan efisiensi organisasi.</p> <p>5. Memberikan persetujuan mengenai hal - hal yang terkait dengan kegiatan operasional di laboratorium sesuai dengan kaidah administrasi dan peraturan yang berlaku berkoordinasi dengan kepala unit laboratorium.</p>
10.	PERSYARATAN JABATAN	<p>Pendidikan formal : Dokter Spesialis Patologi Klinik</p> <p>Pendidikan non : -</p> <p>formal</p> <p>Masa kerja : --</p> <p>Pernah menjabat sebagai Staf</p> <p>Pengalaman jabatan : Laboratorium</p> <p>sebelumnya</p> <p>Persyaratan lain : Telah memenuhi kompetensi sebagai Kepala Pelayanan</p>

C. Koordinator Laboratorium

1.	NAMA JABATAN	Koordinator Laboratorium
2.	UNIT KERJA	Unit Laboratorium
3.	JENIS DAN KEDUDUKAN JABATAN : d. Jenis Jabatan e. Atasan Langsung f. Bawahan Langsung	Struktural Kepala Unit Laboratorium 1. PIC Mutu 2. PIC Alat dan Perbekalan 3. PIC Pelayanan darah 4. PIC Administrasi 5. Analis Pelaksana
4.	HUBUNGAN KERJA : c. Internal d. Eksternal	1. Pelayanan Medis 2. Keperawatan 3. Penunjang Medis 4. Departemen non Medis 1. Dinas Kesehatan dan Instansi terkait 2. Laboratorium rujukan dan rekanan alat 3. Organisasi Profesi PATELKI
5.	TUGAS POKOK	a. Berkoordinasi dan membantu kepala unit melakukan kegiatan pelayanan laboratorium secara profesional sesuai dengan visi, misi, filosofi dan nilai-nilai RS Dharma Nugraha b. Mengarahkan dan memberi petunjuk pelaksanaan pemeriksaan laboratorium. c. Melaksanakan pengawasan dan pemantauan pelaksanaan pemeriksaan laboratorium di masing-masing bagian. d. Menganalisa penyimpangan pelaksanaan pemeriksaan laboratorium dan menetapkan upaya meluruskannya.

		<ul style="list-style-type: none"> e. Membuat petunjuk tatalaksana persiapan pasien, pengambilan bahan, penampungan dan pengiriman bahan ke laboratorium. f. Mengupayakan peningkatan jangkauan pelayanan dan mutu pemeriksaan laboratorium g. Membuat perencanaan, pengelolaan dan distribusi logistik di laboratorium
6.	TANGGUNG JAWAB	<ul style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab dalam proses menjaga kualitas hasil pemeriksaan laboratorium agar senantiasa tepat dan akurat. 2. Bertanggung jawab dalam proses pemantapan mutu laboratorium secara internal dan eksternal sesuai dengan ketentuan. 3. Memastikan dan menjaga ketersediaan perbekalan farmasi (reagen, media & alkes) untuk laboratorium sesuai dengan ketentuan (min-max stock). 4. Memastikan dan menjaga unit cost pelayanan/operasional sesuai dengan cost efektif dan cost efisiensi yang ditentukan dan melakukan evaluasi untuk menyempurnakan apabila diperlukan. 5. Memastikan, menjaga, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan perawatan/pemeliharaan peralatan laboratorium sesuai dengan standar dan ketentuan. 6. Memastikan dan menjaga pelaksanaan usaha kesehatan dan keselamatan lingkungan kerja (K3) di Unit Laboratorium sesuai dengan ketentuan 3. Membantu pengelolaan sumber daya manusia, fasilitas, material dan sistem prosedur di Laboratorium
7.	URAIAN TUGAS	<ul style="list-style-type: none"> 1. Menjaga, mengevaluasi dan meningkatkan kualitas dan ketepatan waktu di unit laboratorium 2. Ikut serta memastikan, menjaga dan mengevaluasi kualitas/mutu hasil pemeriksaan laboratorium rujukan

	<p>sesuai dengan ketentuan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menjaga, mengevaluasi dan meningkatkan fungsi, kualitas dan utilitas peralatan di Laboratorium sesuai dengan ketentuan secara periodik 4. Melakukan komunikasi efektif dengan metode situation background assesment recommendation (SBAR) dengan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP)/dokter yang melakukan order terhadap hasil pemeriksaan apabila diperlukan berkoordinasi dengan dokter SpPK/kepala unit. 5. Ikut serta membuat dan menyusun rencana anggaran tahunan sebagai usulan perencanaan penentuan anggaran laboratorium dan mengoptimalkan penggunaannya untuk kualitas pelayanan laboratorium. 6. Menjaga dan membina hubungan kerjasama yang harmonis baik internal (unit-unit terkait) maupun eksternal Laboratorium. 7. Ikut serta membuat, menyusun, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan SPO, pedoman pelayanan dan pedoman pengorganisasian serta regulasi lainnya instalasi laboratorium secara periodik dan menyempurnakan bila diperlukan. 8. Ikut serta membuat, menyusun, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan rencana kerja tahunan termasuk program kerja jangka pendek dan jangka panjang untuk perbaikan, peningkatan mutu dan pengembangan pelayanan laboratorium. 9. Menjaga, meningkatkan dan mengembangkan kompetensi/ kualitas tenaga laboratorium 10. Membuat/mengajukan, melaksanakan dan mengevaluasi program pelatihan untuk pengembangan SDM dan program orientasi bagi karyawan baru di
--	---

		<p>Unit Laboratorium dan memastikan penyelenggaraannya berjalan sesuai dengan ketentuan berkoordinasi/terintegrasi dengan departemen SDM</p> <p>11. Memastikan dan membuat laporan kegiatan pelayanan/ operasional dan produktivitas Instalasi Laboratorium sesuai dengan ketentuan dan kegiatan administrasi lainnya</p> <p>12. Menerima dan mengevaluasi laporan keluhan pelanggan tentang pelayanan laboratorium.</p> <p>13. Menampung dan mengelola informasi tentang pemeriksaan yang perlu dikembangkan</p>
8	HASIL KERJA	<p>1. Terlaksananya program kerja dan evaluasi triwulan</p> <p>2. Dokumen standar kerja tersusun dengan rapi (kebijakan, pedoman/panduan, SPO)</p> <p>3. Terlaksananya pembinaan terhadap tim diajarannya</p> <p>4. Tercapainya standar mutu pelayanan berjalan dengan baik</p>
9.	WEWENANG	<p>1. Memberikan masukan/usulan ke Kepala Unit Laboratorium untuk peningkatan dan pengembangan pelayanan laboratorium (pengadaan alat, pengadaan reagen, pengembangan ruangan, dll)</p> <p>2. Menilai kinerja petugas laboratorium diajarannya</p> <p>3. Memberikan rekomendasi terhadap pengembangan penerapan dan evaluasi kebijakan dan prosedur</p> <p>4. Mengajukan program pengembangan SDM</p>
10.	PERSYARATAN JABATAN	<p>Pendidikan formal : D3 Analis Laboratorium</p> <p>Pendidikan non formal : Diklat Koordinator</p> <p>Masa kerja : Minimal 2 tahun sebagai karyawan tetap</p> <p>Pengalaman jabatan : Pernah menjabat sebagai Staf</p>

		<p>sebelumnya</p> <p>Persyaratan lain : Telah memenuhi kompetensi sebagai Koordinator Laboratorium</p>
--	--	--

D. PIC MUTU

1.	NAMA JABATAN	PIC Mutu
2.	UNIT KERJA	Unit Laboratorium
3.	JENIS DAN KEDUDUKAN JABATAN : a. Jenis Jabatan b. Atasan Langsung c. Bawahan Langsung	Struktural Koordinator Laboratorium -
4.	HUBUNGAN KERJA : a. Internal b. Eksternal	Komite Mutu atau Tim Mutu Organisasi Profesi PATELKI
5.	TUGAS POKOK :	Melakukan kendali mutu kegiatan pelayanan di instalasi laboratorium secara profesional sesuai dengan visi, misi, filosofi dan nilai Rumah Sakit Dharma Nugraha dengan berbasis prinsip pada akreditasi rumah sakit
6.	TANGGUNG JAWAB	1. Bertanggung jawab dan memastikan kontrol harian alat untuk pemeriksaan berjalan dengan baik dan benar sesuai dengan ketentuan termasuk melakukan analisa, evaluasi dan pelaporan hasil kontrol harian. 2. Memasukan nilai kontrol masing-masing alat sesuai dengan lot terbaru dan melakukan evaluasi dan tindak lanjut hasil temuan kontrol harian yang tidak sesuai dengan standar yang ditentukan. 3. Memastikan pelaksanaan pemantapan mutu internal dan eksternal laboratorium sesuai dengan ketentuan termasuk melakukan analisa, evaluasi dan pelaporannya. 4. Bertanggung jawab atas terlaksananya indikator mutu di unit laboratorium 5. Membina hubungan kerjasama yang harmonis baik

		<p>internal (unit-unit terkait) maupun eksternal laboratorium.</p> <p>6. Melakukan dan menjaga pelaksanaan usaha kesehatan dan keselamatan lingkungan kerja (K3) di Unit Laboratorium sesuai dengan ketentuan.</p> <p>7. Meningkatkan dan menjaga pengembangan kompetensi dan kualitas diri secara terus menerus untuk perbaikan dan peningkatan pelayanan laboratorium.</p> <p>8. Membuat laporan insiden dan internal report, laporan kegiatan mutu di laboratorium sesuai dengan ketentuan dan kegiatan administrasi lainnya.</p>
7.	URAIAN TUGAS	<p>1. Ikut serta menjaga dan meningkatkan produktivitas Laboratorium sesuai dengan ketentuan RS Dharma Nugraha</p> <p>2. Memantau, menilai dan mengevaluasi pelaksanaan dan pencapaian sasaran mutu pelayanan laboratorium sesuai dengan ketentuan.</p> <p>3. Melakukan evaluasi berkala nilai rentang kontrol masing-masing alat pemeriksaan berkoordinasi dengan koordinator dan kepala instalasi laboratorium</p> <p>4. Melakukan evaluasi hasil PMI dan PME laboratorium rujukan, yang akan menjadi acuan kerja sama dengan RS Dharma Nugraha.</p> <p>5. Melakukan dan memastikan kalibrasi reagen bila ada pergantian reagen dengan lot terbaru sesuai dengan ketentuan termasuk melakukan analisa, evaluasi dan pelaporannya.</p> <p>6. Memantau, menilai dan mengevaluasi kualitas/proses kerja pelayanan laboratorium dan melakukan bimbingan apabila diperlukan berkoordinasi dengan koordinator/kepala unit.</p> <p>7. Memantau, menilai dan mengevaluasi pelaksanaan /implementasi prosedur kerja /SPO laboratorium dan</p>

		<p>pedoman/kebijakan pelayanan laboratorium.</p> <p>8. Melakukan sosialisasi prosedur kerja /SPO laboratorium, pedoman dan kebijakan pelayanan laboratorium secara terus menerus/periodik di Unit Laboratorium dan unit-unit terkait untuk peningkatan kepatuhan implementasinya.</p> <p>9. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan dalam lingkup pekerjaannya</p>
8	HASIL KERJA	<p>1. Indikator mutu mencapai target</p> <p>2. Laporan evaluasi indikator mutu</p> <p>3. Laporan evaluasi PMI</p>
9.	WEWENANG	<p>1. Memberikan usulan/masukan tentang pelayanan laboratorium untuk perbaikan, peningkatan mutu dan pengembangan pelayanan laboratorium.</p> <p>2. Mengajukan perubahan nilai kontrol masing-masing alat dan penambahan parameter untuk pemeriksaan kontrol harian alat.</p> <p>3. Memberikan masukan keikutsertaan pemantapan kualitas mutu eksternal laboratorium.</p>
10.	PERSYARATAN JABATAN	<p>Pendidikan formal : D-3 Analis Kesehatan</p> <p>Pendidikan non formal : Diklat Mutu</p> <p>Masa kerja : 2 tahun</p> <hr/> <p>Pengalaman jabatan : Pelaksana Analis Laboratorium sebelumnya</p> <p>Persyaratan lain : Telah memenuhi kompetensi sebagai PIC Mutu</p>

E.PIC Alat dan Perbekalan

1.	NAMA JABATAN	PIC Alat dan Perbekalan
2.	UNIT KERJA	Unit Laboratorium
3.	JENIS DAN KEDUDUKAN JABATAN : a. Jenis Jabatan b. Atasan Langsung c. Bawahan Langsung	Struktural Kepala Unit Laboratorium -
4.	HUBUNGAN KERJA : 1. Internal 2. Eksternal	1. Pelayanan Medis 2. Keperawatan 3. Penunjang Medis 4. Departemen non medis 1. Organisasi profesi terkait
5.	TUGAS POKOK :	1. Melakukan kegiatan teknis pengelolaan peralatan di Unit Laboratorium dan memastikan peralatan di laboratorium dapat berfungsi dengan baik untuk pemeriksaan 2. Melakukan kegiatan teknis pengelolaan perbekalan reagen,alkes dan bahan pembantu lainnya untuk pemeriksaan sample di laboratorium secara profesional sesuai dengan visi, misi, filosofi dan nilai-nilai RS Dharma Nugraha 3. Menerima dan memeriksa logistik yang masuk ke laboratorium 4. Membuat laporan pemakaian dan sisa stok setiap bulan 5. Memastikan alat telah mendapatkan perawatan dan kalibrasi

6.	TANGGUNG JAWAB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga, mengevaluasi dan meningkatkan fungsi, kualitas dan utilitas peralatan di Laboratorium sesuai dengan ketentuan secara periodik. 2. Memastikan dan menjaga peralatan laboratorium sudah terkalibrasi sesuai dengan standar dan ketentuan. 3. Melakukan pelaporan dan dokumentasi/filling hasil perawatan/ pemeliharaan, kalibrasi peralatan dan lain-lain serta kegiatan administrasi lainnya. 4. Bertanggung jawab dan memastikan kualitas/mutu (kadaluarsa, kerusakan dsb) reagen, alkes dan bahan pembantu lainnya untuk pemeriksaan sample sesuai dengan ketentuan termasuk melakukan analisa, evaluasi dan pelaporannya. 5. Melakukan pengawasan dan evaluasi penggunaan reagen, alkes dan bahan pembantu lainnya untuk pemeriksaan sample sesuai dengan peruntukannya/ketentuan. 6. Membuat laporan dan melakukan dokumentasi/filling penggunaan perbekalan reagen, alkes dan bahan pembantu lainnya untuk pemeriksaan sample.
7.	URAIAN TUGAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan, menjaga, merawat, memelihara dan mengevaluasi pelaksanaan perawatan/ pemeliharaan harian/ mingguan/ bulanan peralatan laboratorium dan ketersediaan sparepart alat sesuai dengan standar dan ketentuan berkoordinasi dengan unit terkait/vendor alat terkait. 2. Melakukan pengelolaan sarana dan prasarana pelayanan laboratorium, meliputi seleksi alat dan pengadaan peralatan, identifikasi dan inventarisasi peralatan. 3. Melakukan asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, tes, kalibrasi dan pemeliharaan. 4. Melakukan monitoring, pencatatan masalah peralatan

		<p>dan analisa penyebabnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Melakukan dokumentasi kegiatan pengelolaan sarana prasarana laboratorium. 6. Melakukan kegiatan teknis pengelolaan perbekalan reagen,alkes dan bahan pembantu lainnya untuk pemeriksaan sample sesuai dengan ketentuan mulai dari permintaan (stock request), penerimaan, penggunaan/ penginputan transaksi (melalui LIS/HIS) dan penyimpanan. 7. Melakukan pemenuhan (stock request) dan memastikan ketersediaan mingguan/bulanan reagen,alkes dan bahan pembantu lainnya untuk pemeriksaan sample serta barang umum (Formulir,ATK dsb) untuk operasional pelayanan laboratorium (min-max stock). 8. Melakukan stock opname harian/mingguan/bulanan (kesesuaian stock secara fisik dan LIS/HIS) reagen,alkes dan bahan pembantu lainnya untuk pemeriksaan sample secara kuantitas dan kualitas (kerusakan/ kadaluarsa) dan memastikan akurasi data-datanya sesuai dengan ketentuan. 9. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan dalam lingkup pekerjaannya
8	HASIL KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksana pemeliharaan alat - alat kesehatan (pemantauan dan pencatatan) sesuai dengan waktu yang ditentukan. 2. Tersedianya perbekalan reagen, alkes, dan bahan pembantu lainnya
9.	WEWENANG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta pertanggungjawaban pemakaian alat di laboratorium dari analis pelaksana 2. Meminta pertanggungjawaban pemakaian reagen, alkes dan bahan pembantu dari analis pelaksana

		<p>3. Menolak reagen dan bahan pembantu yang tidak sesuai dengan pemesanan</p> <p>4. Menolak reagen dan bahan pembantu yang kadaluarsanya pendek</p>
10.	PERSYARATAN JABATAN	<p>Pendidikan formal : D-3 Analis Kesehatan</p> <p>Pendidikan non : - formal</p> <p>Masa kerja : 2 tahun</p> <p>Pengalaman jabatan : Pelaksana Analis Laboratorium sebelumnya</p> <p>Persyaratan lain : Telah memenuhi kompetensi sebagai PIC Alat dan Perbekalan</p>

F. PIC Pelayanan Darah

1.	NAMA JABATAN	PIC Pelayanan Darah
2.	UNIT KERJA	Unit Laboratorium
3.	JENIS DAN KEDUDUKAN JABATAN : a. Jenis Jabatan b. Atasan Langsung b. Bawahan Langsung	Struktural Kepala Unit Laboratorium -
4.	HUBUNGAN KERJA : a. Internal b. Eksternal	Pelayanan Medis Keperawatan 1. PMI 2. Organisasi profesi terkait
5.	TUGAS POKOK	Membantu Kepala Unit Laboratorium dalam melaksanakan kegiatan administrasi dan pengelolaan pelayanan darah
6.	TANGGUNG JAWAB	1. Bertanggung jawab pada pengelolaan pelayanan darah di RS Dharma Nugraha 2. Memastikan produk darah yang diberikan ke pasien bermutu baik 3. Melakukan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan darah
7.	URAIAN TUGAS	1. Melaksanakan kegiatan pelayanan darah di unit Laboratorium 2. Melakukan pemerliharaan sarana dan prasarana terkait pelayanan darah 3. Melakukan monitoring, pencatatan terkait pelayanan darah termasuk apabila terdapat masalah pelayanan darah 4. Membuat laporan dan evaluasi indikator mutu pelayanan darah

		5. Melakukan kegiatan administrasi pelayanan darah 6. Melaksanakan sistem prosedur/SPO, kebijakan terkait pelayanan darah
9.	WEWENANG	1 Memberikan masukan / usulan kepada Kepala Unit Laboratorium terkait pelayanan darah di RS Dharma Nugraha
10.	PERSYARATAN JABATAN	Pendidikan formal : D-3 Analis Kesehatan Pendidikan non formal : - Masa kerja : 2 tahun Pengalaman jabatan : Pelaksana di Laboratorium sebelumnya Pengalaman jabatan : Telah memenuhi kompetensi sebelumnya sebagai PIC Pelayanan Darah

G. PIC Administrasi

1.	NAMA JABATAN	Penanggung Jawab Pelayanan Darah
2.	UNIT KERJA	Unit Laboratorium
3.	JENIS DAN KEDUDUKAN JABATAN : a. Jenis Jabatan b. Atasan Langsung c. Bawahan Langsung	Struktural Kepala Unit Laboratorium -
4.	HUBUNGAN KERJA : a. Internal b. Eksternal	Pelayanan Medis Keperawatan Penunjang Medis Departemen Non Medis -

5.	TUGAS POKOK	Membantu Kepala Unit Laboratorium dalam melaksanakan kegiatan administrasi.
6.	TANGGUNG JAWAB	Bertanggung jawab terhadap kegiatan administrasi unit Laboratorium sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	URAIAN TUGAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinasi pelaksanaan kegiatan administrasi penerimaan pasien. 2. Menyiapkan ATK termasuk formulir-formulir Laboratorium dan laporan penggunaannya. 3. Melaksanakan kegiatan pengelolaan arsip 4. Membantu pembuatan laporan pemeriksaan harian dan bulanan 5. Melaksanakan pembuatan laporan pendapatan harian dan bulanan 6. Melaksanakan penerimaan dan pengiriman hasil rujukan dan menginput pembiayaan. 7. Memantau, menilai, dan membuat laporan pengeluaran uang/kasbon untuk keperluan pelayanan laboratorium
9.	WEWENANG	Memberikan masukan / usulan kepada Kepala Unit Laboratorium untuk administrasi di Unit Laboratorium
10.	PERSYARATAN JABATAN	<p>Pendidikan formal : Minimal SMA semua jurusan</p> <p>Pendidikan non formal : -</p> <p>Masa kerja : 1 tahun</p> <p>Pengalaman jabatan : sebelumnya</p> <p>Pengalaman jabatan : Telah memenuhi kompetensi sebelumnya sebagai PIC Administrasi</p>

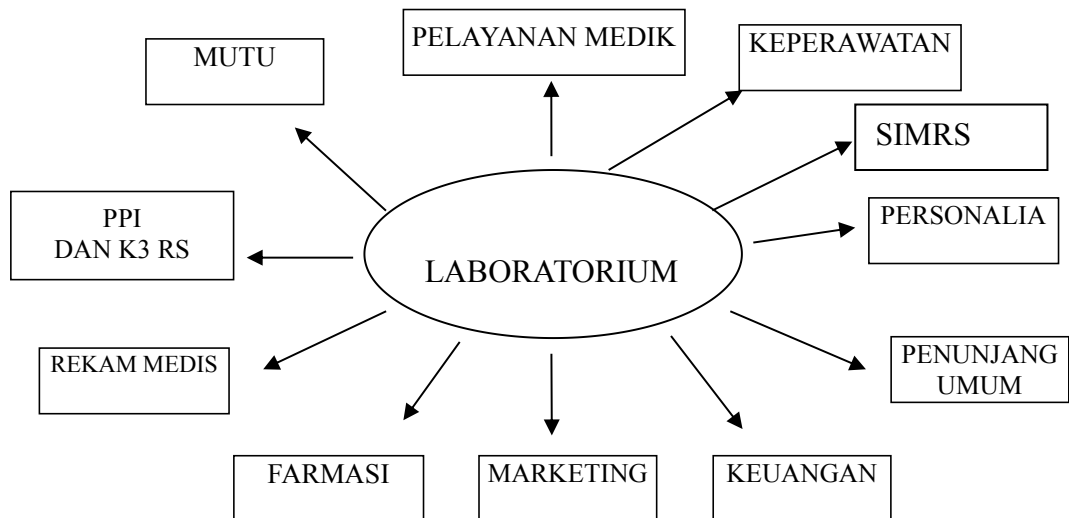
H. Analis Pelaksana

1.	NAMA JABATAN	Analisis Pelaksana
2.	JENIS DAN KEDUDUKAN JABATAN : b. Atasan Langsung d. Bawahan Langsung	Kepala Unit Laboratorium -
3.	HUBUNGAN KERJA : a. Internal b. Eksternal	Pelayanan Medis Keperawatan Penunjang Medis Departemen Non Medis Laboratorium Rujukan Dinas Kesehatan PMI Organisasi Profesi terkait
4.	TUGAS POKOK	Melakukan kegiatan teknis pemeriksaan laboratorium
4.	TANGGUNG JAWAB	Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan tugas pelayanan unit laboratorium yang meliputi pemeriksaan hematologi, kimia klinik, serologi.
5.	URAIAN TUGAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pelayanan Laboratorium meliputi proses administrasi penerimaan pemeriksaan, sampling, pemeriksaan dan verifikasi hasil pemeriksaan. 2. Mengajukan validasi hasil pemeriksaan oleh dokter spesialis Patologi Klinik 3. Melakukan koordinasi dengan dokter spesialis atau konsultan dalam pelayanan laboratorium. 4. Melaksanakan pengelolaan sarana, prasarana dan fasilitas di unit Laboratorium. 5. Melaksanakan standar prosedur/SPO, kebijakan dan keputusan manajerial yang diberlakukan di unit Laboratorium. 6. Mengawasi kegiatan PPI dan keselamatan pasien serta

		<p>melakukan upaya pencegahan dan penanganan kejadian yang tidak diharapkan di unit Laboratorium.</p> <p>7. Melakukan upaya pencegahan terhadap pasien potensial bermasalah dan penanganannya di Unit Laboratorium.</p> <p>8. Memberikan pelayanan dengan selalu memperhatikan etika profesi.</p> <p>9. Melaksanakan pemeliharaan alat laboratorium dan alat kesehatan lainnya di Laboratorium.</p> <p>10. Melaksanakan koordinasi kegiatan pelayanan Unit Laboratorium dengan instalasi/urusan dari bidang/bagian yang terkait hubungan kerja.</p>
6.	HASIL KERJA	<p>1. Terlaksananya pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus.</p> <p>2. Terlaksananya kegiatan Pemantapan Mutu Internal.</p> <p>3. Terlaksananya operasional dan melakukan pemeliharaan rutin dan pelaporan kegiatan yang dilakukan dan masalah yang ditemui kepada PJ Shift</p> <p>4. Terlaksananya pengeluaran reagen dan alkes per transaksi.</p>
6.	WEWENANG	Memberikan masukan/usulan kepada Kepala Unit Laboratorium untuk pengembangan teknis di Laboratorium
7.	PERSYARATAN JABATAN	<p>a. Pendidikan formal : D3 analis kesehatan</p> <p>b. Pendidikan non formal : -</p> <p>c. Masa kerja : 3 bulan</p> <p>d. Pengalaman jabatan : - sebelumnya</p>

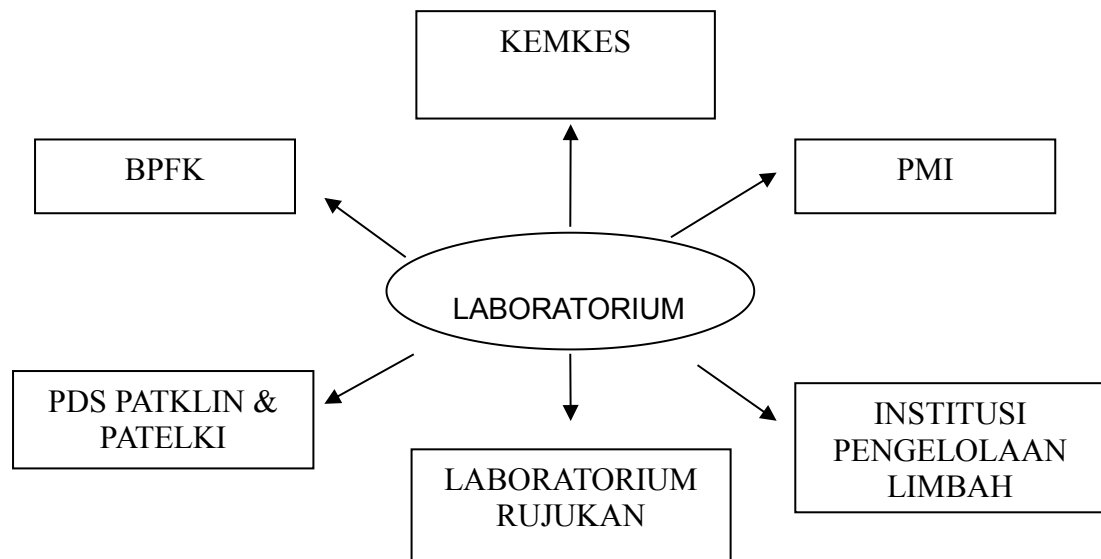
BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA

A. Hubungan Internal (dengan unit lain didalam RS) :



- a. YanMed : Penyusunan SPM dan SOP Pelayanan Medis Laboratorium
- b. Perawatan : Menerima pasien rujukan pemeriksaan laboratorium
- c. Personalia : Rekrutmen, Diklat Karyawan
- d. Penunjang Umum :
 - a. Tata Graha : Kebersihan Ruangan
 - b. IPSRS : Pemeliharaan, Perbaikan, Kalibrasi Alat dan Pembuangan Limbah
 - c. Laundry : Penyediaan Linen
 - d. Gudang Umum : Pengadaan ATK.
- e. Keuangan/Kasir : Pembayaran tindakan rawat jalan dan rawat inap, pembayaran honor dokter
- f. Marketing : Penetapan tarif dan promosi
- g. SIMRS : Koordinasi tentang system informasi yang berkaitan dengan pemeriksaan penunjang / laboratorium
- h. Farmasi : Pengadaan perbekalan farmasi (reagen dan material laboratorium)
- i. Rekam Medis : Pendokumentasian hasil pemeriksaan
- j. PPI dan K3RS : Penggunaan APD, Laporan Penyakit Akibat Kerja (PAK), Laporan BHP
- k. Mutu : Kegiatan kontrol mutu pelayanan laboratorium

B. Hubungan Eksternal (dengan institusi diluar RS) :



1. KEMKES :
 - a. Program Nasional Pemantapan Mutu Eksternal (Hematologi, Kimia Klinik, Hemostatis, Imunologi, dll) oleh Seksi Standarisasi Sub Dit Bina Yan Patologi dan Toksikologi Ditjen Upaya Bina Kesehatan
 - b. Ijin dan Registrasi Ketenagaan oleh Dinas Kesehatan
2. BPFK (Badan Pemeriksa Fasilitas Kesehatan) untuk kalibrasi alat laboratorium
3. PMI untuk pelayanan darah dan pelatihan tenaga paramedis teknologi tranfusi darah (PTTD)
4. PDS PATKLIN & PATELKI
 - a. Peningkatan mutu hasil laboratorium sesuai keputusan perhimpunan dokter spesialis patologi klinik
 - b. Peningkatan Kompetensi Analis Laboratorium
5. PT JALUR HIJAU untuk pengelolaan limbah laboratorium
6. LABORATORIUM RUJUKAN :
 - a. Tempat pemeriksaan laboratorium dimana di RS tidak memiliki fasilitas pemeriksaan tertentu.
 - b. Untuk melakukan perbandingan hasil laboratorium yang meragukan

BAB VIII
POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

A. Tabel Perencanaan Kebutuhan SDM Unit Laboratorium

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Tenaga Saat ini	Standar	Kebutuhan
1	PIC Mutu	DIII ATLM	1	1	0
2	PIC Alat dan Perbekalan	DIII ATLM	1	1	0
3	PIC Pelayanan Medis	DIII ATLM	1	1	0
4	PIC Administrasi	SMA	1	1	0
5	Analisis Pelaksana	SMF	3	3	0
	Total		7	7	0

B. Pola Ketenagaan

Pola Ketenagaan Laboratorium :

Nama jabatan	Pendidikan		Tenaga Yang dibutuhkan	Tersedia	Kurang
	Formal	Informal			
Kepala Unit	Dokter Umum	-	1	1	0
Dokter spesialis Patologi Klinik	Dokter Spesialis Patologi Klinik	-	1	1	0
Analisis Penanggung Jawab Shift	D3 Analisis Kesehatan	Diklat Mutu Diklat BHD Diklat Pasien Safety Diklat Disaster Diklat k3 Diklat PPI	3	3	0

Analisis pelaksana	D3 Analisis Kesehatan	Diklat Mutu Diklat BHD Diklat Pasien Safety Diklat Disaster Diklat k3 Diklat PPI	3	3	0
Administrasi	SMA	-	1	1	0
Total			9	9	0

Pola Ketenagaan di Instalasi Laboratorium ditentukan berdasarkan :

1. Pola Shiffting : 1 (satu) analisis /shift dan 1 (satu) tenaga administrasi/shift
2. Pola Beban Kerja : Shift pagi : 07.00 – 14.00 WIB
Shift Siang : 14.00 – 21.00 WIB
Shift Malam : 21.00 – 07.00 WIB
3. Rincian kegiatan pemeriksaan laboratorium dan alokasi waktu :

No	Rincian kegiatan pemeriksaan laboratorium	Alokasi waktu
1	Proses pemeriksaan (oleh tenaga analisis) Pengambilan sampling Proses pengolahan sampling Proses pemeriksaan Verifikasi hasil pemeriksaan	3 menit 2 menit 14 menit 1 menit
Jumlah		20 menit
2	Proses administrasi (oleh tenaga administrasi atau analisis) Menerima formulir permintaan pemeriksaan laboratorium Input data ke komputer Input hasil pemeriksaan Penyerahan hasil pemeriksaan	0,50 menit 1,00 menit 0,75 menit 0,50 menit
Jumlah		2,75 menit

4. Waktu kerja setiap shift

Shift pagi : 7 jam

Shift siang : 7 jam

Shift malam : 10 jam

5. Cara perhitungan analisa kebutuhan tenaga Instalasi Laboratorium

a. Tenaga ATLM

1) Shift pagi

$$\text{Kebutuhan tenaga} = \frac{\Sigma \text{ pemeriksaan rata-rata shift pagi} \times 20 \text{ menit}}{7 \times 60 \text{ menit}}$$

$$\begin{aligned} &= \frac{10 \times 20 \text{ menit}}{7 \times 60 \text{ menit}} = \frac{200}{420} \\ &= 0,48 \approx 1 \end{aligned}$$

2) Shift siang

$$\begin{aligned} \text{Kebutuhan tenaga} &= \frac{\Sigma \text{ pemeriksaan rata-rata shift siang} \times 20 \text{ menit}}{7 \times 60 \text{ menit}} \\ &= \frac{8 \times 20 \text{ menit}}{7 \times 60 \text{ menit}} = \frac{160}{420} = 0,38 \rightarrow 1 \text{ (pembulatan)} \end{aligned}$$

Shift malam

$$\begin{aligned} \text{Kebutuhan tenaga} &= \frac{\Sigma \text{ pemeriksaan rata-rata shift malam} \times 20 \text{ menit}}{10 \times 60 \text{ menit}} \\ &= \frac{4 \times 20 \text{ menit}}{10 \times 60 \text{ menit}} = \frac{80}{600} = 0,13 = 1 \text{ (pembulatan)} \end{aligned}$$

$$\text{Jumlah kebutuhan tenaga ATLM} = 1) + 2) + 3)$$

$$= 1 + 1 + 1$$

$$= 3 \text{ tenaga}$$

Berdasarkan perhitungan pola ketenagaan sesuai KEPMENKES RI No 370/MENKES/SK/III/2007 Tentang Standar Ahli Teknologi Laboratorium maka jumlah ketenagaan yang dibutuhkan yaitu sebanyak 3 ATLM.

C. Kualifikasi Personil

1. Kepala Pelayanan Laboratorium, dengan kualifikasi dokter spesialis patologi klinik, memiliki Surat Ijin Praktek (STR dan SIP)
2. Kepala Unit Laboratorium, dengan kualifikasi dokter umum, memiliki STR dan SIP
3. Koordinator Laboratorium, dengan kualifikasi D3 Analis Laboratorium atau Ahli Teknologi Laboratorium Medik, memiliki Surat Ijin Praktek (STR dan SIP)
4. PIC Mutu, dengan kualifikasi D3 Analis Laboratorium atau Ahli Teknologi Laboratorium Medik, memiliki Surat Ijin Praktek (STR dan SIP)
5. PIC Alat dan Perbekalan, dengan kualifikasi D3 Analis Laboratorium atau Ahli Teknologi Laboratorium Medik, memiliki Surat Ijin Praktek (STR dan SIP)
6. PIC Pelayanan Darah , dengan kualifikasi D3 Analis Laboratorium atau Ahli Teknologi Laboratorium Medik, memiliki Surat Ijin Praktek (STR dan SIP)
7. PIC Administrasi, dengan kualifikasi SMA atau sederajat
8. Analis Pelaksana, dengan kualifikasi D3 Analis Laboratorium atau Ahli Teknologi Laboratorium Medik, memiliki Surat Ijin Praktek (STR dan SIP)

D. MEKANISME / PROSEDUR UNTUK MENANGGAPI JIKA TERJADI KEKURANGAN TENAGA:

1. Melemburkan SDM di unit laboratorium
2. Pengaturan ketenagaan internal

BAB IX

KEGIATAN ORIENTASI DAN PENILAIAN KINERJA

A. Kegiatan Orientasi

Staf baru yang diterima di Unit Laboratorium, diberikan suatu kegiatan orientasi pelayanan Unit Laboratorium, agar siap bekerja dan siap memberikan pelayanan yang optimal di Instalasi Laboratorium.

Berkoordinasi dengan bagian Diklat Rumah Sakit, Kepala Unit Laboratorium memberikan silabus dan materi terkait kegiatan pelayanan di Unit laboratorium yang dibutuhkan bagi seluruh staf Unit Laboratorium baik staf baru maupun kebutuhan pendidikan dan pelatihan bagi staf lama.

Materi Diklat Orientasi Karyawan antara lain :

1. Pembinaan
2. Bantuan Hidup Dasar
3. Product Knowledge dan Terminologi Medis
4. Kesejahteraan
5. Patient Safety
6. Disaster Plan dan B3
7. Etika dan Komunikasi
8. Profil RS dan Budaya Organisasi
9. Mutu RS
10. PPI
11. Pengenalan PMO
12. Kompetensi Dasar
13. Service Excellent

Materi orientasi khusus :

1. Pengenalan Unit Laboratorium
 - a. Visi, Misi, Falsafah, moto dan tujuan
 - b. Struktur organisasi
 - c. Uraian tugas ATLM di Unit Laboratorium
 - d. Ketenagaan Unit Laboratorium
 - e. Denah ruang Unit Laboratorium

2. Pelayanan Laboratorium rawat jalan dan rawat inap
 - a. Prosedur input permintaan pemeriksaan laboratorium rawat inap, rawat jalan dan umum
 - b. Prosedur pencocokan untuk setiap transaksi rawat jalan dan umum dengan kasir
 - c. Prosedur penyerahan hasil laboratorium
3. Prosedur pemeriksaan laboratorium
 - a. Jenis pemeriksaan laboratorium
 - b. SPO administrasi pelayanan di Unit Laboratorium
 - c. SPO profesi di Unit Laboratorium
 - d. Prosedur pengambilan, pemeriksaan, penyimpanan dan pengiriman spesimen serta pemberian label spesimen di Unit Laboratorium
 - e. Prosedur universal precaution
 - f. Prosedur pengelolaan limbah di Unit Laboratorium
4. Peralatan, Reagen dan Alkes Laboratorium
 - a. Pengenalan peralatan dan pemakaian
 - b. Pengenalan reagensia dan alkes laboratorium
 - c. Prosedur penyimpanan reagensia dan alkes
 - d. Prosedur penginputan alkes dan bahan habis pakai
5. Pelayanan Darah
 - a. Alur permintaan darah
 - b. Prosedur administrasi permintaan darah dan pelaporannya
6. Program komputer Unit Laboratorium
 - a. Aplikasi transaksi rawat jalan, rawat inap dan umum
 - b. Aplikasi hasil laboratorium klinik
 - c. Aplikasi rujukan
 - d. Aplikasi pemesanan barang
 - e. Aplikasi Laporan
 - f. Aplikasi utility
 - g. Aplikasi *Laboratory Information System* (LIS)
7. Sistem Administrasi Pelaporan
 - a. Jenis pencatatan di Unit Laboratorium
 - b. Jenis Laporan

- c. Sistem pengarsipan
- d. Sistem rujukan pemeriksaan

Kebutuhan pendidikan staf dapat diketahui dengan mengevaluasi seluruh kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh para staf sehingga diklat yang diperoleh sesuai dengan kebutuhan para staf untuk meningkatkan kinerjanya selama bekerja di Unit Laboratorium.

Setiap staf di Unit Laboratorium mempunyai kesempatan yang sama dalam memperoleh pendidikan dan pelatihan, dan Kepala Instalasi Laboratorium bertanggung jawab dalam pengembangan seluruh stafnya melalui program pendidikan.

Pendidikan dan pelatihan staf dapat melalui pelatihan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi, perkumpulan atau instansi terkait, diklat yang diberikan dapat berupa : teknik laboratorium, pendidikan berkelanjutan, kegiatan pelayanan di Instalasi Laboratorium, dll.

B. Penilaian Kinerja

1. Penilaian kinerja merupakan penilaian kompetensi yang meliputi :
 - a. Kompetensi Dasar
 - b. Kompetensi Teknis
 - c. Kompetensi Manajerial dan Kepemimpinan (khusus untuk Kepala Ruangan)
2. Penilaian kinerja dilakukan satu tahun dua kali sesuai dengan SOP Penilaian Kompetensi karyawan RS Dharma Nugraha.
3. Evaluasi hasil penilaian dilakukan oleh Manajer Penunjang Medis dan dibahas dalam Rapat Tim Pembinaan RS

BAB X

PERTEMUAN / RAPAT

Pertemuan / rapat yang dilakukan oleh Instalasi Laboratorium ada 2 (dua) macam yaitu rapat yang dilakukan internal yaitu pertemuan antara Kepala pelayanan, kepala unit dengan seluruh staf Instalasi Laboratorium, dan rapat koordinasi yaitu pertemuan / rapat antara unit Laboratorium dengan unit lainnya di rumah sakit

Pelaksanaan Rapat

1. Rapat Internal : 3 bulan sekali

Dihadiri oleh Manajer Penunjang Medis, Kepala Unit Laboratorium, dan seluruh analis

2. Rapat koordinasi : 3 bulan sekali

Dihadiri oleh Wakil direktur medis/umum, para manajer keperawatan/marketing/keuangan, personalia/penunjang umum, manajer penunjang medis, kepala unit laboratorium

BAB XI

PELAPORAN

Pelaporan di Unit Laboratorium merupakan kegiatan pelaporan hasil pencatatan dan kegiatan administrasi, ketenagaan, perbekalan dan lain-lain yang dibutuhkan oleh unit terkait.

Tujuan pelaporan adalah tersedianya data dan informasi yang akurat sebagai bahan evaluasi, tersedianya data yang cukup dan memudahkan dalam penelusuran laporan serta diperoleh data yang lengkap untuk membuat suatu kegiatan perencanaan.

Pelaporan rutin di Laboratorium dilaksanakan berkala sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan, yaitu :

1.Laporan Harian

- a. Laporan jumlah pasien, jenis pemeriksaan
- b. Jumlah persediaan
- c. Absensi, lembur, cuti

2.Laporan Mingguan

- a. Laporan stok random
- b. Laporan kecepatan pelayanan

3.Laporan Bulanan

- a. Laporan kinerja Instalasi Laboratorium
- b. Laporan pengeluaran BHP
- c. Laporan pengeluaran ATK
- d. Laporan pendapatan
- e. Laporan Pemeriksaan Rujukan
- f. Laporan KSO alat

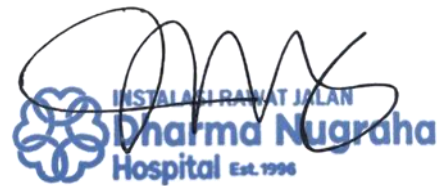
4.Laporan Triwulan

- a. Laporan evaluasi triwulan Program kerja instalasi laboratorium
- b. Laporan standar mutu pelayanan
- c. Laporan keselamatan pasien

5.Laporan Tahunan

Laporan evaluasi program kerja

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 17 April 2023
DIREKTUR,



INSTALASI RAWAT JALAN
Dharma Nugraha
Hospital Est. 1996

dr.Agung Darmanto, SpA