

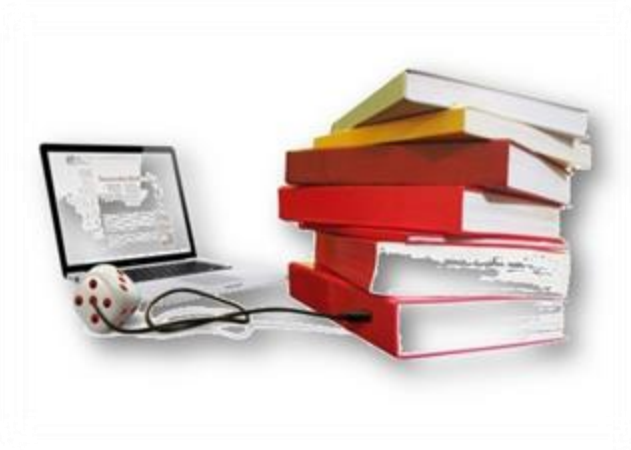
PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI LABORATORIUM KESEHATAN

Purwanto AP



LAY OUT PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI LABORATORIUM KESEHATAN

- Pengantar
- Definisi dan pembuatan
- Mengenal standar dan elemen penilaian
- Pemenuhan dokumen sesuai standar
- Pengendalian dokumen
- Short message



DOKUMEN

Adalah semua tulisan yang disiapkan oleh organisasi yang berisi informasi dalam rangka pengelolaan organisasi tersebut



DOKUMEN AKREDITASI LABKES

Adalah semua dokumen yang harus disiapkan Labkes dalam pemenuhan standar akreditasi.



DASAR HUKUM



PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI LAORATORIUM KESEHATAN

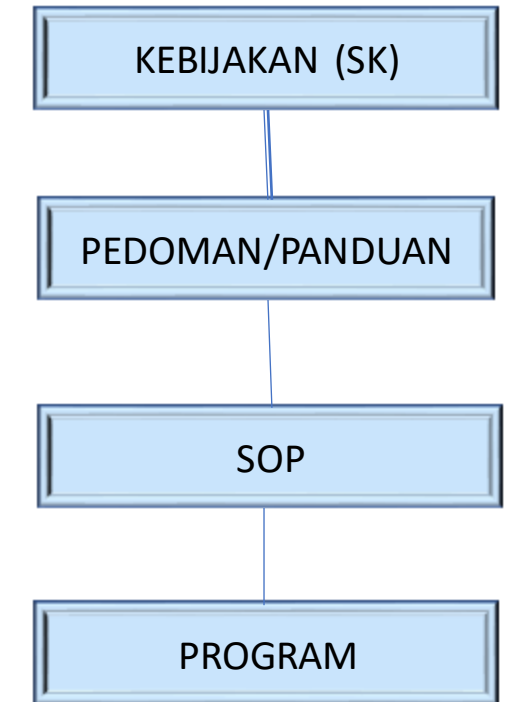
01

PERATURAN DAERAH TENTANG PEDOMAN TATA NASKAH

02

PERMENKES NO 14 TAHUN 2017 TENTANG TATA NASKAH DILINGKUNGAN KEMENKES

HIERARKI DOKUMEN



Laboratorium kesehatan memiliki struktur organisasi

MAKSUD DAN TUJUAN

Laboratorium kesehatan memiliki struktur organisasi. Struktur organisasi digambarkan dalam bagan yang memperlihatkan hubungan kerja seluruh petugas laboratorium kesehatan.

ELEMEN PENILAIAN

Laboratorium kesehatan memiliki struktur organisasi

STANDAR TKK 1.1

Struktur Organisasi

STANDAR TKK 1.1.1

Kualifikasi pimpinan laboratorium kesehatan

Kepala laboratorium kesehatan memenuhi kualifikasi sesuai peraturan perundang-undangan

MAKSUD DAN TUJUAN

Kepala laboratorium kesehatan ditunjuk dan diangkat oleh pemilik untuk bertanggung jawab terhadap seluruh operasional dan administrasi laboratorium kesehatan baik manajemen maupun teknis. Pelayanan laboratorium kesehatan dipimpin oleh orang yang kompeten, memenuhi syarat pendidikan, pelatihan dan pengalaman sesuai peraturan perundang-undangan.

Tanggung jawab pimpinan laboratorium kesehatan meliputi:

- 1) Penetapan rencana program kerja;
- 2) Pengembangan dan implementasi kebijakan serta prosedur;
- 3) Pengawasan pencatatan dan pelaporan;
- 4) Penjaminan pelaksanaan program mutu; dan
- 5) Pemantauan dan evaluasi seluruh pelayanan laboratorium kesehatan.

ELEMEN PENILAIAN

- 1) Kepala laboratorium kesehatan memenuhi kualifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Kepala laboratorium kesehatan mempunyai uraian tugas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Kepala laboratorium kesehatan melakukan pelaporan berkala kepada pemilik.

KEBIJAKAN

Kebijakan adalah **Surat Keputusan (SK)**, ditetapkan oleh Pimpinan organisasi, merupakan garis besar yang bersifat mengikat, wajib dilaksanakan oleh penanggung jawab maupun pelaksana

HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN DALAM PENYUSUNAN KEBIJAKAN (SK)

1. SESUAI PERATURAN PEDOMAN TATA NASKAH DAERAH
2. PENYUSUNAN SK DAPAT BERUPA SK PAYUNG/ SK SATUAN DISESUAIKAN DENGAN ANALISIS KEBIJAKAN YANG DIPERLUKAN
3. POIN MEMNGINGAT → PERATURAN YG TERKAIT JUDUL SK, URUTAN PERUNDANG-UNDANGAN, TAHUN TERBIT.


KEPALA

KONSIDERAN

DIKTUM

BATANG TUBUH

KAKI

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
Jalan H.R. Rasuna Said Blok P-5 Daring P-1 Jakarta 12950
Telpom (021) 5015191 (Haring) 

KEPUTUSAN
NOMOR
TENTANG
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
NAMA JABATAN

Membang
a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m. n. o. p. q. r. s. t. u. v. w. x. y. z. aa. ab. ac. ad. ae. af. ag. ah. ai. aj. ak. al. am. an. ao. ap. aq. ar. as. at. au. av. aw. ax. ay. az. ba. bb. bc. bd. be. bf. bg. bh. bi. bj. bk. bl. bm. bn. bo. bp. bq. br. bs. bt. bu. bv. bw. bx. by. bz. ca. cb. cc. cd. ce. cf. cg. ch. ci. cj. ck. cl. cm. cn. co. cp. cq. cr. cs. ct. cu. cv. cw. cx. cy. cz. da. db. dc. dd. de. df. dg. dh. di. dj. dk. dl. dm. dn. do. dp. dq. dr. ds. dt. du. dv. dw. dx. dy. dz. ea. eb. ec. ed. ee. ef. eg. eh. ei. ej. ek. el. em. en. eo. ep. eq. er. es. et. eu. ev. ew. ex. ey. ez. fa. fb. fc. fd. fe. ff. fg. fh. fi. fj. fk. fl. fm. fn. fo. fp. fq. fr. fs. ft. fu. fv. fw. fx. fy. fz. ga. gb. gc. gd. ge. gf. gg. gh. gi. gj. gk. gl. gm. gn. go. gp. gq. gr. gs. gt. gu. gv. gw. gx. gy. gz. ha. hb. hc. hd. he. hf. hg. hh. hi. hj. hk. hl. hm. hn. ho. hp. hq. hr. hs. ht. hu. hv. hw. hx. hy. hz. ia. ib. ic. id. ie. if. ig. ih. ii. ij. ik. il. im. in. io. ip. iq. ir. is. it. iu. iv. iw. ix. iy. iz. ja. jb. jc. jd. je. jf. jg. jh. ji. jj. jk. jl. jm. jn. jo. jp. jq. jr. js. jt. ju. jv. jw. jx. jy. jz. ka. kb. kc. kd. ke. kf. kg. kh. ki. kj. kl. km. kn. ko. kp. kq. kr. ks. kt. ku. kv. kw. kx. ky. kz. la. lb. lc. ld. le. lf. lg. lh. li. lj. lk. ll. lm. ln. lo. lp. lq. lr. ls. lt. lu. lv. lw. lx. ly. lz. ma. mb. mc. md. me. mf. mg. mh. mi. mj. mk. ml. mm. mn. mo. mp. mq. mr. ms. mt. mu. mv. mw. mx. my. mz. na. nb. nc. nd. ne. nf. ng. nh. ni. nj. nk. nl. nm. nn. no. np. nq. nr. ns. nt. nu. nv. nw. nx. ny. nz. oa. ob. oc. od. oe. of. og. oh. oi. oj. ok. ol. om. on. oo. op. oq. or. os. ot. ou. ov. ow. ox. oy. oz. pa. pb. pc. pd. pe. pf. pg. ph. pi. pj. pk. pl. pm. pn. po. pp. pq. pr. ps. pt. pu. pv. pw. px. py. pz. qa. qb. qc. qd. qe. qf. qg. qh. qi. qj. qk. ql. qm. qn. qo. qp. qq. qr. qs. qt. qu. qv. qw. qx. qy. qz. ra. rb. rc. rd. re. rf. rg. rh. ri. rj. rk. rl. rm. rn. ro. rp. rq. rr. rs. rt. ru. rv. rw. rx. ry. rz. sa. sb. sc. sd. se. sf. sg. sh. si. sj. sk. sl. sm. sn. so. sp. sq. sr. ss. st. su. sv. sw. sx. sy. sz. ta. tb. tc. td. te. tf. tg. th. ti. tj. tk. tl. tm. tn. to. tp. tq. tr. ts. tt. tu. tv. tw. tx. ty. tz. ua. ub. uc. ud. ue. uf. ug. uh. ui. uj. uk. ul. um. un. uo. up. uq. ur. us. ut. uu. uv. uw. ux. uy. uz. va. vb. vc. vd. ve. vf. vg. vh. vi. vj. vk. vl. vm. vn. vo. vp. vq. vr. vs. vt. vu. vv. vw. vx. vy. vz. wa. wb. wc. wd. we. wf. wg. wh. wi. wj. wk. wl. wm. wn. wo. wp. wq. wr. ws. wt. wu. wv. ww. wx. wy. wz. xa. xb. xc. xd. xe. xf. xg. xh. xi. xj. xk. xl. xm. xn. xo. xp. xq. xr. xs. xt. xu. xv. xw. xx. xy. xz. ya. yb. yc. yd. ye. yf. yg. yh. yi. yj. yk. yl. ym. yn. yo. yp. yq. yr. ys. yt. yu. yv. yw. yx. yy. yz. za. zb. zc. zd. ze. zf. zg. zh. zi. zj. zk. zl. zm. zn. zo. zp. zq. zr. zs. zt. zu. zv. zw. zx. zy. zz.

MEMUTUSKAN

Menetapkan KEPUTUSAN TENTANG

KESATU)
KEDUA)
KETIGA)

Ditapkan di
Pada tanggal
DIREKTUR JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN
Tanda Tangan dan Cap Jabatan
Nama Lengkap

Logo Instansi dan Nama Jabatan / Nama Instansi yang telah di cetak

Pemomoran mengacu pada Pola Klasifikasi Arsip dan menggunakan tinta biru

Judul Keputusan yang ditulis dengan huruf kapital

Memuat alasan tentang pe-ditetapkannya Keputusan

Memuat peraturan yang menjadi dasar ditetapkannya Keputusan

Memuat substansi tentang kebijakan yang ditetapkan

Kota sesuai dengan alamat satuan kerja dan tanggal penandatanganan

Nama Jabatan dan Nama yang ditulis dengan huruf kapital di cetak tebal dan tidak mencantumkan gelar

CONTOH KEBIJAKAN DALAM STANDAR AKREDITASI LABKES

Elemen Penilaian Tata Kelola Kepemimpinan 3	Dokumen Telusur
Terdapat kebijakan pengembangan sistem dan peningkatan mutu pelayanan mengacu pada peraturan yang berlaku (R)	SK sistem dan peningkatan mutu pelayanan mengacu pada peraturan yang berlaku

Elemen Penilaian KKS 5	Dokumen Telusur
Terdapat kebijakan / prosedur evaluasi kinerja dan kompetensi SDM laboratorium (R)	SK tentang pemanfaatan, penilaian dan evaluasi terhadap kinerja dan kompetensi setiap SDM laboratorium

**SURAT KEPUTUSAN
KEPALA LABORATORIUM KESEHATAN DAERAH
KABUPATEN SUMEDANG**

NOMOR : / / / 2021

**TENTANG
PENYENGGARAAN MUTU LABORATORIUM KESEHATAN DAERAH
KABUPATEN SUMEDANG**

Menimbang :

- a. bahwa Laboratorium Kesehatan harus menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
- b. bahwa upaya peningkatan mutu Laboratorium Kesehatan dilakukan baik secara internal maupun eksternal;
- c. bahwa untuk peningkatan mutu pelayanan tersebut perlu disusun tim, panduan, prosedur, dan rencana penyelenggaraan mutu;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b, dan c perlu ditetapkan kebijakan penyelenggaraan mutu Laboratorium Kesehatan Daerah Kabupaten Sumedang, dengan Surat Keputusan Kepala Laboratorium Kesehatan.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Kesehatan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 tentang Tata Naskah Dinas Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA LABORATORIUM KESEHATAN DAERAH KABUPATEN SUMEDANG TENTANG PENYELENGGARAAN MUTU

KESATU : Penyelenggaraan mutu di Laboratorium Kesehatan Daerah Kabupaten Sumedang dilaksanakan oleh Tim yang telah ditetapkan bersama sebagaimana terlampir;

KEDUA : Penyelenggaraan mutu di Laboratorium Kesehatan Daerah Kabupaten Sumedang dilakukan sesuai dengan panduan dan prosedur mutu sebagaimana terlampir;

KETIGA : Kegiatan mutu dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang disusun oleh tim mutu baik tahunan maupun bulanan;

KELIMA : Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, apabila dikemudian hari terdapat kesalahan dan atau kekeliruan dalam surat keputusan ini, akan dilakukan perbaikan-perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sumedang
Pada tanggal : Desember 2020

KEPALA LABORATORIUM KESEHATAN DAERAH
KABUPATEN SUMEDANG

DEWI NIRMALA

PEDOMAN/PANDUAN



- Pedoman/Panduan adalah hal atau pokok yang menjadi dasar, pegangan, acuan, atau petunjuk untuk menentukan atau melaksanakan sesuatu.
- Pedoman/ panduan ini menjadi dasar dan acuan dalam menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP)

CONTOH PEDOMAN & PANDUAN DALAM STANDAR AKREDITASI LABKES

DOKUMEN PEDOMAN DENGAN PANDUAN

	PEDOMAN	PANDUAN
Pengertian	Kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan	Petunjuk dalam melakukan kegiatan (hanya meliputi satu kegiatan)
Ruang lingkup	Seluruh kegiatan	Perkegiatan

NO	MFK	PEDOMAN/ PANDUAN
	1	MFK 6.2
2	MFK 7.1	Sistem pemadam kebakaran

Tersedia prosedur untuk mengurangi risiko infeksi dengan mengacu pada peraturan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

MAKSUD DAN TUJUAN

- 1) Terdapat kebijakan, prosedur dan tindakan untuk mengurangi bahaya paparan B3 yang dilaporkan secara internal dan eksternal.
- 2) Prosedur tersebut mencakup:
 - a) Kewaspadaan isolasi, tentang Kewaspadaan Standard dan Kewaspadaan berbasis transmisi.
 - b) Pencegahan paparan kontak, droplet dan aerosol.
 - c) Pencegahan terhadap paparan TBC.
 - d) Pencegahan pajanan jarum suntik dan benda tajam lainnya (perlu dicegah dengan cara tidak boleh *recapping*, bila terpaksa boleh *one hand recapping*).
 - e) Penggunaan APD oleh petugas sesuai standar.
 - f) Profilaksis Paska Pajanan (HIV, Hepatitis B).

Standar MFK 6.2

Prosedur pengendalian dan pencegahan infeksi

Standar MFK 6.2

Prosedur pengendalian dan pencegahan infeksi

MAKSUD DAN TUJUAN

- g) Dekontaminasi permukaan meja kerja dan lingkungan.
- h) Dekontaminasi peralatan, misalnya sentrifuge, instrumen, POCT.
- i) Pembuangan limbah infeksius padat maupun cair.
- j) Identifikasi vaksinasi yang diperlukan.
- k) Pengumpulan, pengangkutan dan penanganan spesimen yang aman.
- l) Larangan untuk makan, minum, merokok, menggunakan kosmetik, melepas dan memasang lensa kontak di ruang pemeriksaan laboratorium kesehatan.
- m) Prosedur *Biosafety*.

ELEMEN PENILAIAN

Standar MFK 6.2

Prosedur pengendalian dan pencegahan infeksi

- 1) Terdapat kebijakan, pedoman dan prosedur untuk mengurangi risiko infeksi yang meliputi huruf a) sampai huruf m).
- 2) Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di laboratorium kesehatan dilakukan sesuai prosedur
- 3) Terdapat bukti penilaian kepatuhan terhadap prosedur *biosafety* seperti huruf a) sampai huruf m).
- 4) Terdapat dokumentasi tindak lanjut PPP (Profilaksis Paska Paparan) dan tindakan perbaikan

Pedoman dan Prosedur pembuangan limbah



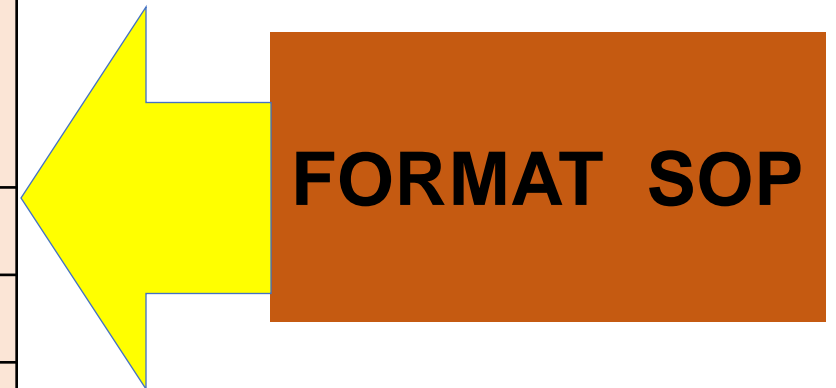


Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan (Permenpan No. 035 tahun 2012).

Tujuan Penyusunan SOP

Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku

NAMA LABKES DAN LOGO`	JUDUL SOP		
	No. Dokumen	No Revisi	Halaman
SOP	Tanggal Terbit	Ditetapkan TTD Kepala Laboratorium Kesehatan	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			





ISI

- ◆ **PENGERTIAN** Berisi penjelasan atau pengertian SOP
- ◆ **TUJUAN** Berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci: sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk
- ◆ **KEBIJAKAN** Berisi Kebijakan atau SK Kepala Laboratorium Kesehatan yang mendasari dibuatnya SOP
- ◆ **PROSEDUR** Berisi langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu
- ◆ **UNIT TERKAIT** Berisi Unit terkait dalam proses kerja tersebut

PENYIMPANAN

- ◆ SOP asli disimpan di sekretariat Tim Akreditasi
- ◆ SOP fotocopy disimpan dimasing-masih Unit kerja yang menggunakan SOP tersebut
- ◆ SOP di Unit kerja harus disimpan di tempat yang mudah dilihat , mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana

REVISI

- ◆ Alur di SOP tidak sesuai lagi dengan keadaan yang ada
- ◆ Adanya perkembangan IPTEK
- ◆ Perubahan organisasi atau kebijakan baru
- ◆ Adanya perubahan fasilitas

TUJUAN PROGRAM

Sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatan sehingga tujuan program dapat tercapai

SISTEMATIKA PROGRAM

- 1 **Pendahuluan**
- 2 **Latar Belakang**
- 3 **Tujuan**
- 4 **Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan**
- 5 **Cara Melaksanakan Kegiatan**
- 6 **Sasaran**
- 7 **Jadwal Pelaksanaan Kegiatan**
- 8 **Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan**
- 9 **Pelaporan**

CONTOH PROGRAM DALAM STANDAR AKREDITASI LABKES

NO	KKS	Elemen Penilaian
	1	
2	KKS 2	program orientasi SDM

(Langkah-langkah kegiatan untuk tercapainya program)

(Metode untuk melaksanakan kegiatan dan rincian kegiatan)

BAB IV.

KUALIFIKASI DAN KOMPETENSI STAF (KKS)

KUALIFIKASI STAF MEDIK

- SPK dan RKK
- Ijazah, STR, SIP, bukti pelatihan *cardiac life support*
- Evaluasi Kompetensi Praktisi Klinik
 - Asuhan pasien:
 - Pengetahuan medis/klinis:
 - Pembelajaran dan peningkatan berbasis praktek:
 - Keterampilan hubungan antar manusia dan komunikasi:
 - Profesionalism:
 - Praktek berbasis sistem:pemahaman terhadap konteks dan sistem dimana pelayanan kesehatan diberikan

Standar KKS 1 Kualifikasi dan Kompetensi SDM

Pimpinan laboratorium kesehatan menetapkan persyaratan kualifikasi dan kompetensi bagi SDM laboratorium kesehatan

MAKSUD DAN TUJUAN

Pimpinan laboratorium kesehatan menentukan kualifikasi petugas laboratorium kesehatan sesuai dengan tugas dan wewenang serta menentukan program peningkatan kompetensi bagi seluruh petugas laboratorium kesehatan

ELEMEN PENILAIAN

- 1) Pimpinan laboratorium kesehatan menyusun perencanaan SDM laboratorium kesehatan sesuai kebutuhan, berdasarkan visi dan misi laboratorium kesehatan, analisis beban kerja, dan teknologi kesehatan yang digunakan di laboratorium kesehatan.
- 2) Pimpinan laboratorium kesehatan menetapkan persyaratan kualifikasi dan kompetensi bagi SDM laboratorium kesehatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi.
- 3) Tersedia SDM laboratorium kesehatan yang memiliki kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan kebutuhan laboratorium kesehatan.

SDM laboratorium kesehatan yang baru mengikuti program orientasi sebelum bertugas agar memahami tugas dan tanggung jawab di laboratorium kesehatan

MAKSUD DAN TUJUAN

Standar KKS 2
Program orientasi bagi
SDM

SDM laboratorium kesehatan yang baru adalah SDM pemula yang baru mulai bertugas atau SDM yang dimutasi atau SDM yang diorientasi di lingkungan laboratorium kesehatan, termasuk petugas dalam program Pendidikan dan petugas magang

ELEMEN PENILAIAN

- 1) Semua SDM laboratorium kesehatan mengikuti program orientasi.
- 2) Pelaksanaan orientasi didokumentasikan

Program Orientasi

G. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

NO	KEGIATAN	MINGGU		
		1	2	3
1	Melaksanakan kegiatan laboratorium klinik			
	Pra Analitik	■		
	Analitik	■		
	Post Analitik	■		
2	Melaksanakan pengoperasian peralatan laboratorium			
	Melaksanakan tata cara pemakaian peralatan laboratorium		■	
	Melaksanakan pemeliharaan peralatan dan kalibrasi		■	
	Melaksanakan tindakan pemecahan masalah		■	
	Menyediakan kebutuhan reagen		■	
3	Melaksanakan kegiatan Pemantapan Mutu Laboratorium			
	Pemantapan Mutu Internal			■
	Pemantapan Mutu Eksternal			■

**PENGENDALIAN DOKUMEN
AKREDITASI LABORATORIUM KESEHATAN**



ALUR PENGENDALIAN DOKUMEN



Penyusunan Dokumen



Pengesahan Dokumen
Dilakukan oleh Pimpinan



Penomoran Dokumen
Disesuaikan dgn ketentuan tata naskah



Pendistribusian Dokumen
Dokumen dicap terkendali



Penyimpanan Dokumen
Dpt disesuaikan dengan kode pengarsipan



Pemusnahan Dokumen
Perlu diperhatikan waktu pemusnahan dokumen sesuai ketentuan



RAPI

CATCH EYE

AKSESIBILTAS





PEMERINTAH KOTA PONTIANAK
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS KECAMATAN PONTIANAK SELATAN

Jalan Tani Makmur 78121 ☎ (0561)8102656 Pontianak Selatan

Pontianak, 26 Januari 2019

Kepada .Yth.
Kepala UPTD Puskesmas Kecamatan
Pontianak Selatan

Nomor :
Perihal : Undangan Rapat Penentuan Hasil Kritis Laboratorium
Lampiran : -

Dengan Hormat,

Dalam rangka meningkatkan mutu kualitas pelayanan laboratorium UPTD puskesmas kecamatan pontianak selatan, maka perlu dilakukan koordinasi terkait nilai rujukan yang menjadi hasil kritis pada pemeriksaan laboratorium di Puskesmas. Oleh karena itu, kami bermaksud mengundang kepala puskesmas dan unit terkait untuk rapat koordinasi yang akan diselenggarakan pada:

Waktu : Sabtu, 26 Januari 2019 Pukul 12.30- selesai
Tempat : Aula Rapat Lantai 2
Tema : Rapat Koordinasi Penentuan Hasil Kritis Laboratorium

Demikian surat undangan ini kami buat. Atas perhatian dari ibu kami ucapkan terima kasih.

Ketua Pokja UKP

NOTULEN
RAPAT

Hari/ tanggal :
Waktu :
Acara :

No	Pokok Bahasan	Usulan/ Keputusan	Keterangan
	Kesimpulan :		

Semarang,

Notulis,

Nama lengkap

Menyetujui :
Nama Jabatan,

Nama lengkap

1) **Daftar Hadir**

Daftar Hadir terdiri atas :

a) Kepala Daftar Hadir terdiri atas :

- (1) Tulisan “Daftar Hadir” ditempatkan ditengah-tengah lembar naskah;
- (2) Tempat, hari, tanggal, waktu, dan acara ditulis dibawah tulisan Daftar Hadir sebelah kiri

b) Isi Daftar Hadir terdiri atas :

- (1) Kolom nomor urut;
- (2) Kolom nama;
- (3) Kolom jabatan;
- (4) Kolom tanda tangan/ paraf.

2) **Notulen**

Bentuk dan susunan notulen terdiri dari :

a) Kepala

- (1) Kop pada Notulen terdiri atas logo Rumah Sakit St. Elisabeth Semarang
- (2) Tulisan Notulen dengan huruf kapital diletakkan di tengah margin.
- (3) Disebelah kiri atas ditulis hari, tanggal, waktu, dan tempat pelaksanaan rapat.

b) Batang Tubuh

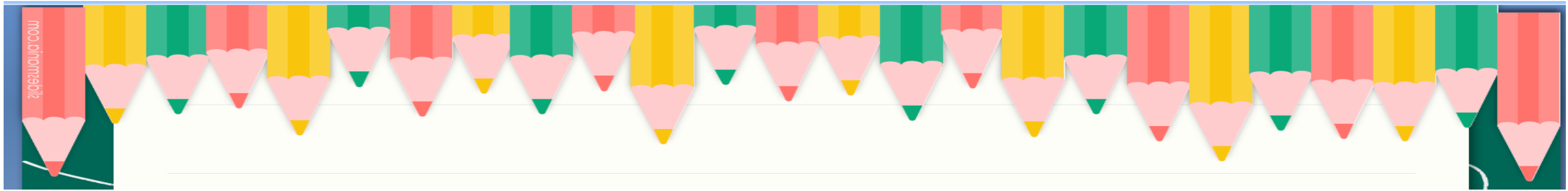
- (1) Penyusunan risalah rapat dalam form yang dibagi dalam 4 kolom, yang berisi No., Pokok Bahasan, Usulan/ Keputusan, Keterangan.
- (2) Notulen berisi tentang hal-hal yang menjadi pokok bahasan dan keputusan-keputusan rapat.

c) Kaki Notulen memuat :

- (1) Tempat dan tanggal notulen dibuat
- (2) Nama Jabatan & nama lengkap pemimpin rapat
- (3) Nama jabatan dan nama lengkap pembuat notulen

Capai ya
Berat ya
Susah ya

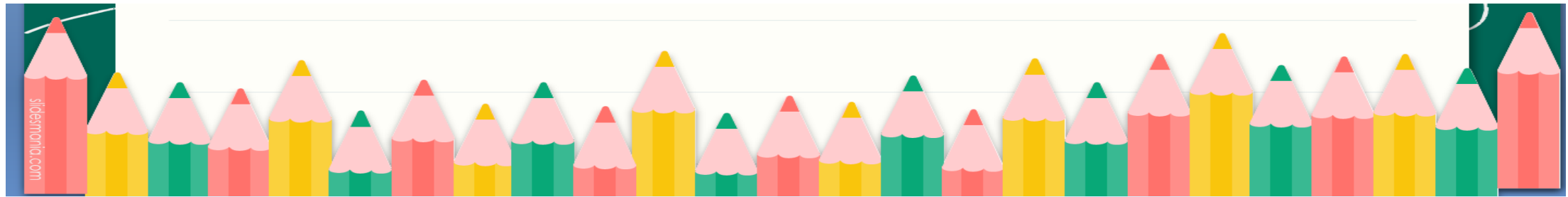




Laprida

Tidak kenal tidak sayang

Bijak dalam menyelesaikan masalah





**Terima
Kasih**