

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
NOMOR : 0011.2/RSSK/SK/I/2016

TENTANG

**KEBIJAKAN PELAYANAN LABORATORIUM
DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Siti Khodijah pekalongan, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan Laboratorium yang bermutu tinggi;
- b. bahwa agar pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan pelayanan laboratorium sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan laboratorium;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Kebijakan Pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Laboratorium
4. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 Tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Kota Pekalongan;
5. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 117-B/YAI/IV/VI/2015 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti

Khodijah Pekalongan;

6. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan

Nomor 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa
Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PELAYANAN LABORATORIUM DI RUMAH SAKIT SITI
KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini;
- KEDUA : Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan
Laboratorium oleh Manajer Pelayanan Rumah Sakit Siti Khodijah
Pekalongan;
- KETIGA : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan
apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat
Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana
mestinya

Ditetapkan di : PEKALONGAN

Pada Tanggal : 11 Januari 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Manajer Pelayanan
2. Komite Medik
3. Komite Keperawatan
4. Koordinator Instalasi / Urusan / Unit Kerja Ruangan yang Terkait
5. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Kebijakan Pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

Nomor : 0011.2/RSSK/SK/I/2016

Tanggal : 11 Januari 2016

KEBIJAKAN PELAYANAN LABORATORIUM RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

Kebijakan Umum

1. Peralatan di Unit harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
2. Pelayanan di unit harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien.
3. Semua petugas unit wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja).
5. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, dan menghormati hak pasien.
6. Pelayanan unit dilaksanakan dalam 24 jam.
7. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan.
8. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi akan dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali.

Kebijakan Khusus

1. Kebijakan pelayanan laboratorium 24 jam

- a. Unit Kerja Laboratorium dipimpin oleh Koordinator Unit Kerja Laboratorium yang bertanggung jawab kepada Asisten Manajer Pelayanan Medik dan Penunjang.
- b. Laboratorium memberi pelayanan dalam batas-batas anggaran yang ada untuk mencapai pelayanan yang tepat waktu dan tepat guna dengan memanfaatkan tenaga-tenaga dan sarana yang tepat.
- c. Laboratorium memberi pelayanan 24 jam yang dibagi dalam 3 shift.
- d. Sarana dan prasarana laboratorium disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit.
- e. Pembuangan limbah cair dimasukkan dalam wastafel yang sudah disalurkan ke IPAL sedangkan limbah padat dibuang pada sampah infeksius.
- f. Pelayanan pemeriksaan pada kasus pidana harus ada rujukan dokter yang disertai surat dari Kepolisian.

- g. Setiap pemeriksaan laboratorium harus berdasarkan atas permintaan dokter secara tertulis dengan menggunakan blanko permintaan pemeriksaan laboratorium atau menggunakan permintaan dengan menggunakan kertas resep atau surat resmi lainnya.
- h. Pemberian hasil laboratorium pada kasus – kasus yang kritis harus dikonsultasikan terlebih dahulu ke dokter spesialis Patologi Klinik sebelum dikeluarkan ke dokter yang meminta.

2. Kebijakan Pelayanan pemeriksaan laboratorium pasien rawat jalan

- a. Pelayanan laboratorium pada pasien poliklinik rawat jalan jam 08.00-21.00 WIB.
- b. Pelayanan labotorium pada pasien rawat jalan yang masuk kategori *false emergency* dilayani dari jam 21.00-08.00 WIB.
- c. Waktu tunggu pemeriksaan laboratorium pasien rawat jalan di sesuaikan jadwal pengambilan hasil pasien rawat jalan, kecuali untuk pemeriksaan yang harus dirujuk ke laboratorium luar.
- d. Waktu tunggu pemeriksaan laboratorium pasien rawat jalan di sesuaikan jadwal pengambilan hasil pasien rawat jalan ,kecuali untuk pemeriksaan yang harus dirujuk ke laboratorium luar.
- e. Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium yang dirujuk ke laboratorium luar akan dikonfirmasi setelah hasil laboratorium jadi.
- f. Pengambilan sampel dilakukan di ruang sampling kecuali untuk kasus – kasus emergensi bisa dilakukan di IGD.
- g. Hasil pemeriksaan laboratorium yang sudah jadi diberikan ke poliklinik maupun IGD.
- h. Hasil laboratorium rawat jalan diberikan ke pasien melalui poliklinik maupun IGD.

3. Kebijakan Pelayanan pemeriksaan laboratorium pasien rawat inap

- a. Pengambilan sampling ke ruang perawatan secara reguler yaitu :
 - Shift Siang di mulai dari jam 16.00 WIB -17.00 WIB
 - Shift Malam di mulai dari jam 05.00 WIB – 06.30 WIB
- b. Hasil pemeriksaan laboratorium diambil oleh petugas ruang perawatan secara reguler, yaitu :
 - Hasil pemeriksaan sampel Shift Pagi jam 12.00 WIB
 - hasil pemeriksaan sampel Shift Siang jam 20.00 WIB
 - hasil pemeriksaan sampel Shift Malam jam 08.00 WIB
 - untuk hasil pemeriksaan cito bisa diberikan setelah 1 jam dari pengambilan sample pemeriksaan .

- c. Pasien rawat inap melalui poliklinik maupun IGD
- Pengambilan sampel dilakukan di poliklinik maupun IGD
 - Hasil pemeriksaan diberikan ke ruangan sesuai dengan prosedur pasien regular
 - Pada pasien pemeriksaan cito, hasil pemeriksaan dilaporkan via telpon
 - Jenis pemeriksaan cito hanya meliputi:
 - Hematologi rutin : *Hemoglobin, Hematokrit, Eritrosit, Leukosit, Trombosit, MCV, MCH, MCHC (QBC)*
 - Protein urine
 - Kimia darah (*Glukosa, Ureum, Kreatinin,*).

4. Kebijakan Pelayanan pemeriksaan laboratorium yang dirujuk ke laboratorium luar

- a. Pemeriksaan laboratorium yang tidak dapat dikerjakan di laboratorium internal .
- b. Pengiriman pemeriksaan rujukan ke laboratorium luar yang sudah bekerjasama dengan RS Siti Khodijah dan dituangkan dalam Perjanjian Kerja Sama (*MOU*).
- c. Laboratorium yang bekerjasama dengan rumah sakit Siti Khodijah harus memiliki sertifikat kelayakan operasional.
- d. Laboratorium rujukan harus memberikan nilai normal sesuai dengan standar laboratorium tersebut.
- e. Laboratorium yang bekerjasama dengan Rumah Sakit Siti Khodijah adalah Laboratorium Cito, RSUD Kraton, RSUD Bendan.

5. Kebijakan pengelolaan reagen dan bahan habis pakai laboratorium

- a. Pengelolaan reagen dan bahan habis pakai meliputi : seleksi, perencanaan, pengadaan, penyimpanan dan penggunaan.
- b. Pemilihan bahan reagensia harus berdasarkan Sensitifitas, Spesifisitas, Metode yang digunakan.
- c. Perencanaan kebutuhan reagen dan bahan habis pakai laboratorium sesuai kebutuhan pemeriksaan 1 bulan dengan mengacu pada kebutuhan bulan sebelumnya
- d. Pengadaan bahan habis pakai dan reagen laboratorium melalui logistik.
- e. Penerimaan bahan laboratorium oleh bagian logistik / farmasi dengan dibuatkan berita acara penerimaan barang dan diserahkan ke laboratorium .
- f. Penyimpanan bahan/reagensia laboratorium harus sesuai ketentuan atau petunjuk yang terlampir pada bahan/reagensia.

- g. Reagensia dan bahan laboratorium yang kadaluarsa dibuatkan berita acara dan dimusnahkan sesuai ketentuan yang ada.

6. Kebijakan menetapkan nilai rentang/rujukan pemeriksaan laboratorium

- a. Setiap pelaporan hasil pemeriksaan harus menyertakan rentang nilai, satuan, dan metode pemeriksaan
- b. Rentang nilai/rujukan yang digunakan harus rekomendasi dari suatu lembaga/badan yang diakui atau organisasi profesi, dan dievaluasi secara berkala minimal 1 kali dalam setahun.

7. Pemantapan mutu

- a. Pemantapan mutu internal dilaksanakan setiap Hari
- b. Menetapkan indikator mutu pelayanan laboratorium untuk dilaksanakan dan dievaluasi dan menjadi tolok ukur dalam pengembangan mutu.
- c. Menetapkan staff laboratorium dalam mengelola dan mengevaluasi kontrol mutu baik didalam maupun diluar laboratorium rumah sakit (rujukan).
- d. Menentukan laboratorium rujukan tracking spesimen (uji banding) pemeriksaan secara berkala dan dievaluasi.
- e. Pemantapan mutu eksternal diikuti sesuai jadwal dari pihak penyelenggara
- f. Hasil pemantapan mutu dilaporkan ke kepala Laboratorium dan dievaluasi secara berkala.

8. Pemeliharaan dan kalibrasi peralatan di unit laboratorium

- a. Alat – alat laboratorium harus dikalibrasi sesuai dengan ketentuan masing – masing alat untuk presisi dan akurasi alat
- b. Pemeliharaan alat laboratorium dikerjakan secara teratur oleh petugas laboratorium sesuai dengan ketentuan setiap alat.
- c. Kalibrasi alat laboratorium KSO diatur dalam MOU dari masing-masing alat dan dilaksanakan oleh teknisi dari perusahaan rekanan alat tersebut
- d. Sertifikat kalibrasi harus ada sebagai bukti pelaksanaan /dokumentasi kalibrasi dan diarsipkan oleh petugas teknisi Rumah Sakit .

9. Rapat unit laboratorium

- a. Rapat unit laboratorium meliputi rapat rutin bulanan dan rapat isidentil yang dilakukan setiap saat ketika ada permasalahan .
- b. Pertemuan rutin dilakukan sebulan sekali yang di hadiri staff laborat dan kepala unit laboratorium.

10. Administrasi

a. Pencatatan dan pelaporan

- a. Setiap spesimen yang masuk dicatat dalam buku register penerimaan specimen
- b. Hasil pemeriksaan dicatat dalam buku register hasil pemeriksaan
- c. Hasil pemeriksaan laboratorium diinput di komputer dan di print sebagai bukti hasil pemeriksaan laboratorium.
- d. Hasil laboratorium yang sudah jadi diberikan keperawat disertai tanda tangan yang mengambil hasil pemeriksaan pada buku serah terima hasil
- e. Buku pertukaran shift berisi kegiatan operasional harian yang belum terlaksana sehingga diperlukan koordinasi dengan shift berikutnya
- f. Hasil pemeriksaan nilai kritis dilaporkan oleh petugas laboratorium kepada petugas ruangan yang meminta pemeriksaan laboratorium melalui via telepon dalam waktu ≤ 1 Jam setelah hasil jadi
- g. Setiap 6 bulan melakukan stok opnam reagen dan bahan habis pakai laboratorium dan selanjutnya dilaporkan ke bagian farmasi
- h. Membuat berita acara pemusnahan reagen dan bahan habis pakai yang sudah kadaluarsa dan rusak

11. Penyimpanan Arsip

Arsip hasil pemeriksaan yang dilakukan di laboratorium rumah sakit disimpan dalam buku hasil dengan pengelompokan menurut kelompok jenis pemeriksaan dan diberi identitas (kelompok apa, bulan dan tahun berapa). Kelompok yang dimaksud adalah :

- a. Hematologi
 - b. Kimia Klinik
 - c. Bakteriologi
 - d. Immunologi
 - e. Serologi
 - f. Urinalisa
 - g. Feses
 - h. Elektrolit
 - i. HBAIC & Troponin
 - j. Petanda tiroid
- Arsip hasil pemeriksaan rujukan keluar disimpan dalam lemari arsip
- Pemusnahan dilakukan setelah 5 tahun dengan pembuatan berita acara .

- Untuk arsip hasil pemeriksaan khusus (Mikrobiologi, sperma analysis dan HIV) disimpan selamanya.
- Semua formulir permintaan pemeriksaan dari pasien rawat jalan, rawat inap atau rujukan dari luar harus disimpan secara baik dan rapi.
- Hasil PME dan PMI
- Buku Bantu Hematologi, Kimia Darah dan BTA dll
- Formulir laporan Bulanan & Tahunan
- Buku rujukan ke laboratorium luar
- Kartu stok reagen, dll
- Arsip laboratorium yang sudah terisi disimpan dilemari arsip dengan rapi. Dilakukan pemusnahan dengan menggunakan berita acara pemusnahan setelah 5 tahun.

Ditetapkan di : PEKALONGAN

Pada Tanggal : 11 Januari 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes