

**PROGRAM KONTROL MUTU**  
**UNIT KERJA LABORATORIUM**  
**RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH**  
**PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah**  
**Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan**

**2016**

# **PROGRAM KONTROL MUTU LABORATORIUM RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

## **I. PENDAHULUAN**

Semakin meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan, maka fungsi laboratorium sebagai pemberi pelayanan kesehatan secara bertahap terus ditingkatkan agar menjadi efektif dan efisien serta memberi kepuasan terhadap pasien, keluarga dan masyarakat. Berdasarkan hal itu, maka peningkatan mutu pelayanan laboratorium perlu dilakukan

## **II. LATAR BELAKANG**

RS Siti Khodijah saat ini sedang mengembangkan diri menuju "Rumah Sakit pilihan masyarakat". Hal ini tidak lain bertujuan agar Rumah Sakit Siti Khodijah dapat bersaing dengan Rumah Sakit Umum lainnya baik Pemerintah maupun Swasta, sehingga visi Rumah Sakit dapat tercapai.

Laboratorium Patologi Klinik merupakan salah satu Unit Kerja dalam Rumah Sakit Siti Khodijah yang juga ingin berkembang seiring dengan perkembangan Rumah Sakit. Kami ingin menggapai visi kami menjadi Laboratorium yang juga mempunyai standar pelayanan yang berkualitas dan profesional. Agar tujuan tersebut dapat tercapai, maka laboratorium harus meningkatkan mutu pelayanan.

## **III. TUJUAN**

### **A. Tujuan Umum**

Meningkatkan pelayanan Laboratorium Patologi Klinik dan menyelenggarakan program pengelolaan peralatan laboratorium

### **B. Tujuan Khusus**

- a. Memberikan hasil pemeriksaan laboratorium yang lebih cepat dan akurat
- b. Hasil lebih spesifik dan sensitif sehingga mempermudah menegakkan diagnosa.

## **IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN**

- a. Kontrol Mutu Internal.
- b. Kontrol Mutu Eksternal

- c. Validasi metode tes
- d. Surveilen harian atas hasil tes
- e. Koreksi cepat untuk kekurangan
- f. Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi

## **V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN**

### **a. Kontrol Mutu Internal**

#### **1. Pra Analitik**

- Identifikasi pasien
- Persiapan Pasien
- Antikoagulan
- Pemilihan Lokasi Pengambilan Spesimen
- Waktu Pengambilan
- Pengambilan Spesimen
- Identifikasi Spesimen
- Pengiriman spesimen
- Penangan Spesimen
- Penyimpanan Spesimen

#### **2. Analitik**

- Kalibrasi peralatan
- Uji Kualitas Reagen
- Uji Ketelitian dan Uji Ketepatan

#### **3. Pasca Analitik**

- Pelaporan Hasil

### **b. Kontrol Mutu eksternal**

Kontrol Mutu Eksternal dilakukan satu tahun sekali sesuai jadwal dari pihak penyelenggara

Kontrol Mutu Eksternal meliputi

- Bidang Hematologi
- Bidang Kimia Klinik

### **c. Verifikasi**

Verifikasi meliputi :

#### **1. Tahap Pra Analitik**

##### **a. Surat permintaan pemeriksaan laboratorium**

- Apakah identitas pasien, identitas pengirim dan permintaan pemeriksaan sudah lengkap dan jelas
- Apakah semua permintaan pemeriksaan sudah ditandai

- b. Persiapan Pasien : Apakah persiapan pasien sesuai persyaratan
- c. Pengambilan dan penerimaan spesimen : apakah pengambilan spesimen secara benar dengan memperhatikan jenis spesimen
- d. Penangan spesimen
  - Apakah pengolahan spesimen dilakukan sesuai persyaratan
  - Apakah kondisi penyimpanan spesimen sudah tepat
  - Apakah penangan spesimen sudah benar untuk pemeriksaan – pemeriksaan khusus
  - Apakah kondisi pengiriman spesimen sudah tepat
- e. Persiapan sampel untuk analisa
  - Apakah kondisi spesimen memenuhi persyaratan
  - Apakah volume spesimen cukup
  - Apakah identifikasi sampel sudah benar

## 2. Tahap Analitik

- a. Persiapan reagen
  - Apakah reagen memenuhi syarat
  - Apakah masa kadaluwarsa tidak terlampaui
- b. Pipetasi Reagen dan sampel
  - Apakah semua peralatan laboratorium yang digunakan bersih dan memenuhi persyaratan
  - Apakah pipet yang digunakan sudah dikalibrasi
  - Apakah pipetasi dilakukan dengan benar
  - Apakah urutan prosedur dilakukan dengan benar
- c. Inkubasi
  - Apakah suhu inkubasi sesuai dengan persyaratan
  - Apakah waktu inkubasi tepat
- d. Pemeriksaan

Apakah alat berfungsi dengan baik ( dapat dipercaya ) hasil pemeriksaan fungsi dan hasil perawatannya
- e. Pembacaan hasil

Apakah perhitungan, pengukuran, identifikasi dan penilaian sudah benar

## 3. Tahap Pasca Analitik

### Pelaporan hasil

- Apakah tidak salah ketik hasil

- Apakah tulisan sudah jelas

d. Validasi hasil

Validasi hasil pemeriksaan merupakan upaya untuk memantapkan kualitas hasil pemeriksaan yang telah diperoleh melalui pemeriksaa ulang oleh laboratorium rujukan.

e. Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan dan latihan tenaga laboratorium merupakan hal yang sangat penting dalam program pemantapan mutu.

Pendidikan dan latihan tenaga harus direncanakan secara berkelanjutan dan berkesinambungan, serta dilaksanakan dan dipantau

f. Pelayanan Laboratorium

1. Kepuasan Pasien  $\geq 80\%$

2. Pelaporan Hasil Kritis 100%

3. Pelaporan Hasil pemeriksaan cito  $\leq 30$  menit dari pengambilan

4. Hasil Pemeriksaan Laboratorium :

a. Rawat Inap

- Hasil Pemeriksaan Laboratorium dengan waktu tunggu 120 Menit
- Hasil Pemeriksaan GD I / GD II dan HDL LDL dengan waktu tunggu 140 menit

b. Rawat Jalan

- Hasil pemeriksaan Trombosit Paket, Urinalisa dan Faeces dengan waktu tunggu 60 menit
- Hasil pemeriksaan Serologi dengan waktu tunggu 60 menit, kecuali yang di rujuk
- Hasil pemeriksaan Darah Rutin dan Kimia Klinik dengan waktu tunggu 90 menit
- Hasil pemeriksaan GD I / GD II dan HDL LDL dengan waktu tunggu 140 menit.

## VI. SASARAN

- Meningkatkan kepuasan dan kepercayaan pelanggan
- Meningkatkan kecepatan pelayanan laboratorium
- Meningkatkan kualitas SDM
- Pemeliharaan, kalibrasi dan pemeriksaan kontrol dilakukan pada semua alat yang ada di laboratorium

VII. SKEDUL (JADUAL) PELAKSANAAN KEGIATAN

| No | Kegiatan                  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----|---------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 1  | Pemantapan Mutu Internal  |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 2  | Pemantapan Mutu Eksternal | Sesuai Jadwal Penyelenggara |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 3  | Verifikasi                |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 4  | Validasi Hasil            |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 5  | Pendidikan dan Pelatihan  | Sesuai Jadwal Penyelenggara |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 6  | Pelayanan Laboratorium    |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

- a. Setiap bulan laboratorium mengadakan rapat rutin dengan analis dan dokter penanggung jawab laboratorium untuk mengevaluasi dan merencanakan kegiatan-kegiatan yang akan datang
- b. Semua kegiatan dievaluasi setiap 6 bulan untuk pelaksanaannya dan dibuat laporannya agar terus dapat dievaluasi keberhasilan pelaksanaan program

IX. PENCATATAN PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

- a. Setiap ada Masalah akan dilaporkan kepada kepala Penanggung Jawab Ruangan dan Koordinator Ruangan.
- b. Setiap tahun kepala Instalasi melaporkan kepada direktur Rumah Sakit untuk dilakukan evaluasi.

Pekalongan 11 Januari 2016

Mengetahui

Direktur RS Siti Khodijah

Kepala Instalasi Laboratorium

**drg. SAID HASSAN.M.Kes**

**dr. MARIA ABD KADIR, Sp.PK**