

**PROGRAM KERJA UNIT LABORATORIUM**



**Dharma  
Nugraha  
Hospital**  
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
TAHUN 2023**

**PROGRAM KERJA UNIT LABORATORIUM  
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
TAHUN 2023**

**I. PENDAHULUAN**

Laboratorium Klinik adalah sarana kesehatan yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan di bidang hematologi, kimia klinik, mikrobiologi klinik, parasitologi klinik, imunologi klinik, patologi anatomi dan atau bidang lain yang berkaitan dengan kepentingan kesehatan perorangan terutama untuk menunjang upaya diagnosis penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.364/MENKES/SK/III/2003)

**II. LATAR BELAKANG**

Laboratorium klinik sebagai subsistem pelayanan kesehatan menempati posisi terpenting dalam diagnostik invitro. Dengan pengukuran dan pemeriksaan laboratorium akan didapatkan data ilmiah tajam untuk digunakan dalam menghadapi masalah yang diidentifikasi melalui pemeriksaan klinis dan merupakan bagian esensial dari data pokok pasien.

Kenyataan menunjukkan bahwa laboratorium tidak hanya berfungsi membantu penetapan diagnosis dan penatalaksanaan penderita, tetapi juga dapat berfungsi sebagai sarana untuk memastikan diagnosa. Oleh karena itu laboratorium di rumah sakit menempati kedudukan sentral, sehingga tanggung jawab laboratorium makin lama makin bertambah besar, baik tanggung jawab profesional, tanggung jawab teknis maupun tanggung jawab pengelolaan.

Hasil pemeriksaan harus akurat dan tepat waktu agar dapat membantu dokter dalam menegakkan diagnosis penyakit atau mengetahui perkembangan penyakit pasien. Untuk mencapai tujuan tersebut maka Laboratorium harus menjaga mutu secara rutin, yang hasilnya harus dievaluasi dan ditindaklanjuti bila diperlukan. Ada tiga faktor yang mempengaruhi hasil pemeriksaan yaitu pra-analitik, analitik dan pasca-analitik. Pra-analitik meliputi persiapan pasien, kelayakan sampel, kecocokan sampel dan pencatatan administrasi. Analitik adalah ketepatan alat pemeriksaan sampel, sedangkan pasca-analitik adalah meliputi kegiatan administrasi. Terjadinya kecelakaan dapat disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang bahan-bahan kimia, kurang jelasnya petunjuk kegiatan, kurangnya bimbingan, tidak mengikuti petunjuk atau aturan-aturan

yang semestinya, tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) dan tidak bersifat hati-hati dalam melakukan pemeriksaan. Kebutuhan akan peralatan diselaraskan kemampuan serta hasil yang diharapkan, untuk itu pada saat pengadaan peralatan harus dilakukan seleksi dan pengetesan agar alat yang dibutuhkan sesuai hasil yang diharapkan. Untuk memudahkan dalam hal pemantauan, maka peralatan harus dilakukan inventarisasi per tahun. Untuk peralatan juga harus dilakukan kalibrasi, kontrol kualitas dan pemeliharaan secara berkala. Agar semua hal tersebut diatas dapat terlaksana, maka perlu disusun suatu Program Kerja Instalasi Laboratorium

### **III. TUJUAN**

#### **A. UMUM**

Laboratorium RS Dhrama Nugraha dapat secara konsisten memberikan pelayanan yang memenuhi kebutuhan pelanggan, para pengguna Sistem Manajemen Mutu, serta memenuhi ketentuan, peraturan, dan perundang-undangan yang berlaku

#### **B. KHUSUS**

1. Membantu penegakan diagnosis dan monitoring terapi pasien RS Dhrama Nugraha
2. Memastikan semua karyawan mengetahui praktek yang baik (good laboratory practice), sehingga dapat mencegah terjadinya healthcare associated infection dan terhindar dari bahaya kecelakaan kerja
3. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) di laboratorium
4. Menjaga kualitas peralatan yang tersedia di laboratorium
5. Meningkatkan kualitas pemeriksaan laboratorium untuk menjamin pelayanan laboratorium yang baik

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

Program kerja instalasi laboratorium meliputi:

1. Peningkatan mutu
2. Keselamatan kerja
3. Pemantapan mutu
4. Pendidikan dan pelatihan

#### **4.1. Peningkatan mutu**

- a. Menyusun program mutu Instalasi Laboratorium
- b. Melakukan pemantauan indikator mutu dan standar mutu pelayanan laboratorium
  - i. TAT hematologi rutin  $\leq 60$  menit
  - ii. TAT pemeriksaan hematologi rutin cito  $\leq 30$  menit
  - iii. Pelaporan nilai kritis
  - iv. Kelengkapan identifikasi pasien
  - v. Kelayakan sampel
  - vi. Jumlah kantong darah tidak terpakai
- c. Membuat analisa terhadap parameter standar mutu pelayanan yang tidak mencapai sasaran.

#### 4.2. Keselamatan kerja

- a. Meminimalisasi resiko paparan infeksi yang diterima oleh staf laboratorium dari pasien.
- b. Mencegah terjadinya resiko tertusuk jarum.
- c. Mencegah terjadinya resiko kebakaran di Instalasi Laboratorium.
- d. Mencegah terjadinya kejadian tersengat listrik.
- e. Mencegah terjadinya resiko paparan bahan kimia.
- f. Mencegah kejadian terpeleset.

#### 4.3. Pemantapan mutu

- a. PMI
  - i. Validasi tes
  - ii. Surveilans harian oleh staf yang berkompeten
  - iii. Tes reagen
  - iv. Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan
  - v. Dokumentasi hasil pemeriksaan dan tindakan koreksi
- b. PME
  - i. Ikut serta dalam program PME LPMLKI

#### 4.4. Pendidikan dan pelatihan

- a. Orientasi petugas laboratorium baru
  - i. Orientasi umum

- ii. Orientasi khusus :hematologi/hemostasis, kimia, imunologi, mikrobiologi sederhana
- b. Refresh training alat
- c. Pelatihan alat baru
- d. Pelatihan flebotomi

## **V. CARA MELAKUKAN KEGIATAN**

Untuk melaksanakan program tersebut di atas dilakukan dengan cara :

1. Program peningkatan mutu dilakukan dengan pengukuran indikator mutu secara harian. Program ini juga dilaksanakan dengan berkoordinasi dengan komite mutu risiko dan keselamatan kerja
2. Program keselamatan kerja dilakukan dengan petugas laboratorium wajib mengikuti pelatihan K3 yang diselenggarakan rutin oleh bagian diklat HRD. Selanjutnya petugas laboratorium juga wajib mengikuti aturan K3 sesuai dengan panduan K3 laboratorium.
3. Pemantapan mutu dilakukan dengan beberapa cara yaitu
  - a. Pemantapan mutu internal
    - i. Validasi tes dengan melakukan evaluasi nilai PMI kemudian dihitung CV sehingga dapat melihat akurasi dan presisinya
    - ii. Melakukan surveilans harian dengan bahan kontrol komersial
    - iii. Melakukan tes reagensia
    - iv. Melakukan koreksi cepat bila ditemukan hasil pemantapan mutu internal tidak sesuai
    - v. Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi cepat.
  - b. Pemantapan mutu eksternal
    - i. Mengikuti pemantapan mutu eksternal sebanyak 2 siklus
4. Program pendidikan dan pelatihan berkoordinasi dengan sub bagian diklat dan teknisi alat.
  - a. Kebijakan, pedoman pelayanan dan standar prosedur operasional terkait laboratorium patologi anatomi sejalan dengan Kebijakan dan pedoman pelayanan rumah sakit, dilakukan dengan berkoordinasi penanggung jawab laboratorium patologi anatomi.

## **VI. SASARAN**

1. Peningkatan mutu

INDIKATOR MUTU		TARGET
a.	TAT hematologi rutin $\leq 60$ menit	$\geq 90\%$
b.	TAT pemeriksaan hematologi rutin cito $\leq 30$ menit	100%
c.	Pelaporan nilai kritis	100%
d.	Kelengkapan identifikasi pasien	100%
e.	Kelayakan sampel	100%
f.	Penggunaan Kantong Darah Yang Diminta	$< 5\%$

2. Tidak terjadi kecelakaan kerja di Unit laboratorium
3. Seluruh hasil PMI dalam rentang 2 SD dan memenuhi criteria Westgard
4. Seluruh hasil PME masuk penilaian cukup atau baik
5. Seluruh analis laboratorium dapat mengikuti program pendidikan dan pelatihan

## VII. JADWAL PELAKSANAAN

No	KEGIATAN	BULAN											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Peningkatan mutu												
	a. Pemantauan indikator mutu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Keselamatan kerja												
	a. Pencegahan paparan infeksi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	b. Pencegahan tertusuk jarum	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	c. Pencegahan risiko kebakaran	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	d. Pencegahan kejadian tersengat listrik	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	e. Pencegahan paparan bahan kimia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	f. Pencegahan kejadian terpeleset	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	g. Pelatihan K3 petugas laboratorium	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Pemantapan mutu												
	a. PMI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	b. PME												X
4	Pendiidkan dan pelatihan												

	a. Orientasi petugas lab baru	bila ada petugas lab baru											
	b. Refresh training alat									X	X	X	
	c. Pelatihan alat baru	bila ada alat baru											
	d. Pelatihan flebotomi									X			

### VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

Evaluasi dilakukan setiap tahun. Pelaporan evaluasi ditujukan kepada Manajer Penunjang Medis.

### IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

Pencatatan dilakukan analis laboratorium, pelaporan dilakukan ketua unit laboratorium dibantu oleh analis laboratorium. Evaluasi kegiatan dilakukan 1x setahun.

Jakarta, 5 Januari 2023

Kepala Unit

Kepala Pelayanan



**dr.Fahrulia Karmanita**



**dr. Cussi Lestari Siladjaja, Sp.PK**

Mengetahui  
DIREKTUR



**dr.Agung Darmanto, SpA**