

LAPORAN EVALUASI PROGRAM KERJA UNIT LABORATORIUM



**Dharma
Nugraha**
Hospital
Est.1996

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

TAHUN 2023

**LAPORAN EVALUASI 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 labotorium
 - i. TAT hematologi rutin ≤ 60 menit
 - ii. TAT pemeriksaan hematologi rutin cito ≤ 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 ≤ 60 menit	$\geq 90\%$
b.	TAT pemeriksaan hematologi rutin cito ≤ 30 menit	100%
c.	Pelaporan nilai kritis	100%
d.	Kelengkapan identifikasi pasien	100%
e.	Kelayakan sampel	95%
f.	Jumlah kantong darah tidak terpakai	$< 5\%$

2. Tidak terjadi kecelakaan kerja di Unit laboratorium
3. Seluruh hasil PMI dalam rentang 2 SD dan memenuhi kriteria 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

NO	KEGIATAN	WAKTU	EVALUASI	REKOMENDASI	TINDAKLANJUT	KENDALA
1	Peningkatan mutu a. TAT hematologi rutin ≤60 menit	2022	≥85% TAT hematologi rutin ≤60 menit	Mempertahankan TAT hematologi rutin ≤60 menit dengan target ≥90%	Lakukan monitoring secara konsisten	Tidak ada kendala
	b. TAT hematologi rutin cito ≤30 menit	2022	≥90% TAT hematologi rutin cito ≤30 menit	Mempertahankan TAT hematologi rutin cito ≤30 menit dengan target 100%	Lakukan monitoring secara konsisten	Tidak ada kendala
	c. Pelaporan nilai kritis	2022	100% pelaporan nilai kritis	Mempertahankan pelaporan nilai kritis	Lakukan monitoring secara konsisten	Tidak ada kendala
	d. Kelengkapan identifikasi pasien	2022	100% kelengkapan identifikasi pasien	Mempertahankan kelengkapan identifikasi pasien	Lakukan monitoring secara konsisten	Tidak ada kendala
	e. Kelayakan sampel	2022	95% sampel layak	Mempertahankan kelayakan sampel dengan target 95%	Lakukan monitoring secara konsisten	Tidak ada kendala
	f. Jumlah kantong darah tidak terpakai	2022	<5% jumlah kantong darah tidak terpakai	Mempertahankan jumlah kantong darah tidak terpakai <5%	Lakukan monitoring secara konsisten	Tidak ada kendala
2.	Keselamatan kerja a. Pencegahan paparan infeksi	2022	Tidak ada kejadian petugas laboratorium yang terpapar infeksi	Pencegahan paparan infeksi terus dilaksanakan	Pencegahan paparan infeksi terus dilaksanakan	Tidak ditemukan
	b. Pencegahan tertusuk jarum	2022	Tidak ada kejadian tertusuk jarum	Pencegahan tertusuk jarum terus dilaksanakan	Pencegahan tertusuk jarum terus dilaksanakan	Tidak ditemukan
	c. Pencegahan risiko kebakaran	2022	Tidak ada kejadian	Pencegahan risiko kebakaran terus dilaksanakan	Pencegahan risiko kebakaran terus dilaksanakan	Tidak ditemukan

			kebakaran di laboratorium			
	d. Pencegahan kejadian tersengat listrik	2022	Tidak ada kejadian tersengat listrik di laboratorium	Pencegahan risiko tersengat listrik terus dilaksanakan	Pencegahan risiko tersengat listrik terus dilaksanakan	Tidak ditemukan
	e. Pencegahan risiko terpapar bahan kimia	2022	Tidak ada kejadian terpapar bahan kimia di laboratorium	Pencegahan risiko terpapar bahan kimia terus dilaksanakan	Pencegahan risiko terpapar bahan kimia terus dilaksanakan	Tidak ditemukan
	f. Pencegahan kejadian terpeleset	2022	Tidak ada kejadian terpeleset di laboratorium	Pencegahan kejadian terpeleset terus dilaksanakan	Pencegahan kejadian terpeleset terus dilaksanakan	Tidak ditemukan
3	Pemantapan mutu a. PMI	2022	Seluruh parameter PMI masuk rentang ± 2 SD	PMI terus dilaksanakan sesuai prosedur	PMI terus dilaksanakan sesuai prosedur	Tidak ditemukan
	b. PME	2022	Mengikuti PME yang diselenggarakan Ikatan Lembaga Pemantapan Mutu Laboratorium Kesehatan Indonesia (LPMLKI) Siklus 1 dilakukan tgl 29 Juni 2022 Siklus 2 dilakukan tgl 7 September 2022	Teruskan PME 1x/tahun	Terus laksanakan PME 1x/tahun	Tidak ditemukan
4	Pendidikan dan pelatihan					

	a. Orientasi petugas laboratorium baru	Bila ada petugas laboratorium baru	Tidak ada petugas laboratorium baru	Teruskan orientasi petugas laboratorium baru	Teruskan orientasi petugas laboratorium baru	Tidak ditemukan
	b. Refresh training alat	2022	Sudah dilakukan refresh training alat	Lakukan refresh training alat minimal 1x/tahun	Lanjutkan refresh training alat minimal 1x/tahun	Tidak ditemukan
	c. Pelatihan alat baru	Bila ada alat baru	Tidak terdapat pemasangan alat baru	Pelatihan alat baru diteruskan	Lanjutkan pelatihan alat baru bila ada pemasangan alat baru	Tidak ditemukan

Demikian laporan evaluasi program kerja instalasi laboratorium tahun 2022. Laporan evaluasi ini digunakan sebagai dasar penentuan program kerja instalasi laboratorium tahun 2023.

Jakarta, 5 Januari 2023

Dibuat oleh



dr. Fahrulia Karmanita
Kepala Unit Laboratorium



Dr. Cussi Lestari Siladjaja, Sp.PK
Kepala Pelayanan Laboratorium

Mengetahui,



Manajer Penunjang Medis

Menyetujui,



drg. Purwanti Aminingsih, MARS, PhD
Direktur