

**LAPORAN KERJA DAN EVALUASI  
INSTALASI LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI  
TAHUN 2022**



**RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

## **A. PENDAHULUAN**

Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan dengan memberdayakan berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Menurut undang-undang no. 44 tahun 2009 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawatdarurat. Rumah sakit mempunyai beberapa fungsi, yaitu menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, administrasi umum, dan keuangan.

Fungsi rumah sakit selain yang diatas juga merupakan pusat pelayanan rujukan medik spesialistik dan sub spesialistik dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitasi pasien). Maka sesuai dengan fungsi utamanya tersebut perlu pengaturan sedemikian rupa sehingga rumah sakit mampu memanfaatkan sumber daya yang dimiliki dengan berdaya guna dan berhasil guna.

Pelayanan penunjang medis di rumah sakit merupakan salah satu pelayanan yang menunjang dalam proses pelayanan medik. Pelayanan penunjang medik adalah pelayanan kepada pasien untuk membantu penegakan diagnose dan terapi. Adapun salah satu pelayanan penunjang medis di rumah sakit Unhas yaitu Laboratorium Patologi Anatomi.

Laboratorium Patologi Anatomi di Rumah Sakit Unhas merupakan pelayanan diagnostik dan laboratorium terhadap jaringan dan/atau cairan tubuh. Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 52 ayat 1 menjelaskan bahwa setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan mengenai semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit.

Oleh karena perlu dilakukan evaluasi dan monitoring ke setiap pelayanan penunjang medis yang ada di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin secara terus-menerus dan sistematis dengan harapan adanya perbaikan kinerja kegiatan rumah sakit di masa yang datang.

## **B. TUJUAN**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk menciptakan lingkungan organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel.

### **2. Tujuan Khusus**

1. Untuk memonitoring kegiatan yang dilakukan
2. Untuk mengidentifikasi hambatan dan masalah
3. Untuk menilai efisiensi organisasi
4. Untuk mengevaluasi kinerja dan menilai mutu pelayanan rumah sakit khususnya pelayanan penunjang, sarana medis dan kerjasama

5. Untuk menilai pencapaian Standar Pelayanan Minimal setiap unit pada Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medis dan Kerjasama

### C. SUMBER DAYA MANUSIA

#### 1. Pola Ketenagaan

Tabel 1. Pola Ketenagaan Kualifikasi Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas

No	Nama Jabatan	Kebutuhan	Realisasi	Kalifikasi Pendidikan, Pelatihan, Pangkat dan Golongan	Kekurangan
1	Direktur Pelayanan Penunjang Sarana Medis dan Kerjasama	1	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan dokter spesialis dan atau dokter dengan pendidikan strata dua minimal (S2) di bidang kesehatan.</li> <li>2. Pengalaman kerja dibidang kesehatan selama 1 tahun</li> <li>3. Pelatihan <i>managerial</i></li> <li>4. Pelatihan <i>Leadership</i></li> <li>5.</li> </ol>	0
2	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medis	1	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan dokter spesialis dan atau dokter dengan pendidikan strata dua minimal (S2) di bidang kesehatan.</li> <li>2. Pengalaman kerja dibidang kesehatan selama 1 tahun</li> <li>3. Pelatihan <i>managerial</i></li> <li>4. Pelatihan <i>Leadership</i></li> <li>5.</li> </ol>	0
3	Kepala Instalasi	1	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan dokter spesialis dan atau dokter dengan pendidikan strata dua minimal (S2) di bidang kesehatan.</li> <li>2. Pengalaman kerja dibidang kesehatan selama 1 tahun</li> <li>3. Pelatihan <i>managerial</i></li> <li>4. Pelatihan <i>Leadership</i></li> <li>5.</li> </ol>	0
4	Laboran	4	2	1. Minimal DIII, atau DIV / S 1 Ahli Teknologi Laboratorium Medik	

				2. Pengalaman SOP, Pemeriksaan laboratorium kesehatan canggih, metode transportasi 3. Usia Minimal Usia Minimal 23 Tahun	
5	Admisi	1	1	1. Sarjana D3/S1 2. Pernah mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen.	

## 2. Kondisi Saat Ini

Tabel 2. Kondisi Tenaga dan Status Kepegawaian  
Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi  
Rumah Sakit Unhas

No	Jenis Tenaga	Status Kepegawaian				Kontrak Rektorat	PNS Non Unhas
		PNS Unhas		Pegawai Tetap Non PNS	Pegawai Tidak Tetap Non PNS		
		Perbantuan	Organik				
1	Direktur Pelayanan Penunjang Sarana Medis dan Kerjasama	1					
2	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medis	1					
3	Kepal instalasi Laboratorium Patologi Anatomi	1					
4	Laboran		2				
5	Admisi				1		

## 3. Evaluasi

Jumlah laboran yang hanya sebanyak 2 orang pada Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi mempengaruhi beban kerja laboran yang melakukan pelayanan karena belum dilakukan penambahan pegawai.

## D. KINERJA PRODUKTIVITAS

Tabel 3. Jumlah Pasien Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas

No.	Cara Bayar	Bulan								
		Januari	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Se
1	Tanpa Asuransi / Umum	15	17	13	14	6	30	18	16	
2	BPJS / JKN	138	92	157	123	89	203	162	167	2
3	PT. PERTAMINA (PERSERO)	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	PT. POS INDONESIA (PERSERO)	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	PT. MEDIKA YAKESPEN UTAMA ANTAM	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	PT. VALE INDONESIA, TBK	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	YAKES TELKOM	0	0	0	0	0	0	0	0	
8	YAKES PERTAMINA	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	BANK RAKYAT INDONESIA (BRI)	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	PT. ADMINISTRASI MEDIKA (ADMEDIKA)	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	PT. Lippo General Insurance tbk	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	PT. JASA RAHARJA (PERSERO)	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	PT. ASURANSI SINAR MAS	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	PT. ASIRANSI JIWA INHEALT INDONESIA	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	PT. APLIKANUSA LINTASARTA (OWLEXA)	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	PT. FULLERTON HEALTH INDONESIA	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	PT. PLN (Persero)	0	0	0	0	0	0	0	0	
18	RSUD BINTUNI PAPUA BARAT	4	0	0	0	4	0	0	0	1
19	BPJS JASA RAHARJA	0	0	0	0	0	0	0	0	
20	BPJS PT. VALE INDONESIA, TBK	0	1	0	0	0	0	0	0	
21	BPJS RSUD BINTUNI PAPUA BARAT	0	0	0	0	0	0	0	0	
22	RSUD KABUPATEN BARRU	12	15	29	12	8	11	22	4	2
23	RSK dr. Tadjuddin Chalid	35	36	20	28	27	56	8	0	
22	RSGM Unhas	4	1	3	1	3	2	3	10	
<b>TOTAL</b>		<b>208</b>	<b>162</b>	<b>222</b>	<b>178</b>	<b>137</b>	<b>302</b>	<b>213</b>	<b>197</b>	<b>2</b>

Sumber Data : Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi dan SIM Rumah Sakit Unhas Tahun 2022

Dari tabel 3 di atas menunjukkan kategori pasien BPJS/JKN merupakan pasien yang paling banyak dilayani di instalasi laboratorium patologi anatomi dibandingkan jenis kategori pasien layanan lainnya.

Tabel 4. Jumlah Pemeriksaan terbanyak Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas

No	Jenis Pemeriksaan	Jumlah
1	Histopatologi	1.819
2	Sitologi	514
3	Imunohistokimia	278
<b>TOTAL</b>		<b>2.611</b>

Sumber Data : Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi Tahun 2022

Dari tabel 5 di atas menunjukkan adanya jenis pemeriksaan terbanyak adalah pemeriksaan Histopatologi. Hal ini disebabkan karena banyaknya pengiriman sampel jaringan dari kamar operasi.

Tabel 6. Jumlah Pasien Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas

No	Bulan	Jumlah Pemeriksaan
1	Januari	208
2	Februari	162
3	Maret	222
4	April	178
5	Mei	137
6	Juni	302
7	Juli	213
8	Agustus	197
9	September	257
10	Oktober	224
11	November	242
12	Desember	220
<b>TOTAL</b>		<b>2.562</b>

Sumber Data : Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi Tahun 2022

Dari tabel 6 di atas menunjukkan jumlah pemeriksaan instalasi laboratorium patologi anatomi tahun 2022 mengalami peningkatan pada bulan Juni karena bertambahnya pengiriman sampel jaringan dari luar.

## E. FASILITAS

Berikut terlampir data inventaris alat kesehatan yang berada pada Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi

Tabel 6. Data Inventaris Laboratorium Patologi Anatomi  
Rumah Sakit Unhas

NO	NAMA BARANG	TAHUN ALAT	MERK / TYPE	JUMLAH	KEADAAN BARANG		
					BAIK	KURANG BAIK	RUSAK BERAT
1	Mikroskop	2012	Olympus CX 41/Double Head	1 Buah	√		
2	Mikroskop	2012	Olympus CX 31/Minokuler	2 Buah	√		
3	Water bath Laboratory	2012	Sakura/1451	1 Buah	√		
4	Centrifuges	2012	Horizon	1 Buah	√		
5	Centrifuges	2012	Sakura/Cyto-Tek	1 Buah	√		
6	Tissue Embedding Equipment	2012	Sakura/Tec5CMJ2/Tec5EMJ2	1 Buah	√		
7	Tissue Processors	2012	Sakura/Xpres50	1 Buah	√		
8	Bond Max	2020	Leica	1 Buah		√	
9	Tissue Processors		Thermo	1 Buah	√		
10	Lemari Asam Pol Eco	2019	Aparatura/DSM 1200 LTT/S	1 Buah	√		
11	Freezer-20 Degrees C	2021	GEA AB-1200-TX	1 Buah	√		
12	Kulkas	2012	LG	1 Buah	√		
13	Micropipet 10 µl	2010	Eppendorf 10 µl	1 Buah	√		
14	Micropipet 100 µl	2010	Eppendorf 100 µl	1 Buah	√		
15	Micropipet 1000 µl	2010	Eppendorf 1000 µl	1 Buah	√		
16							
17							
18							

Pada tabel 7 diatas data menunjukkan bahwa terdapat alat Bond Max yang mengalami kerusakan yang saat ini sedang dalam perbaikan oleh pihak ketiga.

## F. PEMANTAPAN MUTU INTERNAL

Tabel 8. Data hasil Pemantapan Mutu Internal Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas

NO.	PARAMETER	SKOR MAKSIMAL	SKOR
<b>FIKSASI</b>			
1	Jaringan terfiksasi sempurna, tidak tampak lisis, merata dari tepi hingga tengah jaringan (superfisial sampai profunda)	30	28
<b>PENGOLAHAN SAMPAI MENJADI BLOK PARAFIN</b>			
2	Tidak tampak bercak-bercak putih dalam blok	10	9
3	Tidak tampak fragmentasi/kerapuhan	5	5
4	Tidak dijumpai efek termal/kering	10	10
5	Orientasi jaringan pada <i>embedding</i> , menampilkan semua lapisan (kulit usus, dinding kista, dll)	5	5
<b>PEMOTONGAN BLOK PARAFIN</b>			
6	Pemotongan blok tipis (ketebalan 1 sel - maksimal 5 mikron)	8	8
7	Ketebalan merata	5	5
8	Tanpa lipatan	5	4
9	Tidak ada goresan mata pisau yang tidak rata/ tajam dan atau <i>Venetian blind phenomenon</i>	2	2
10	Tidak ada kontaminan jaringan lain/ kristal zat warna	4	4
11	Tidak ada bercak/ sidik jari pada slide/ <i>deck glass</i>	1	1
<b>PULASAN DAN MOUNTING</b>			
12	Kontras warna hematoksilin dan eosin cukup jelas	5	5
13	Sediaan jernih/bersih, dehidrasi pasca eosin sempurna	5	5
14	Tidak ada udara pada mounting	3	2
15	Mounting media tidak kurang/berlebihan	1	1
16	Seluruh jaringan tertutup oleh kaca penutup	1	1
	<b>JUMLAH</b>	100	95

Interpretasi skor:

- 95-100 : A (SESUAI STANDAR: Sediaan dapat dibaca, dengan hambatan pembacaan minimal hingga sediaan berkualitas sempurna)
- 70-94 : B (PERLU PENINGKATAN: Sediaan dapat dibaca, dengan hambatan pembacaan sedang hingga ringan)
- <70 : C (PERLU BIMBINGAN: Sediaan kurang/tidak layak dibaca, dengan hambatan pembacaan berat)

Pemantapan Mutu Internal Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi tahun 2022 telah dilakukan sesuai standar dengan skor penilain 95 dimana penilaian ini dilakukan setiap 2 minggu sekali oleh dokter spesialis laboratorium patologi anatomi dengan memperhatikan faktor-faktor penilaian terhadap mutu pelayanan patologi anatomi baik dari fiksasi jaringan, pengolahan sampai menjadi blok paraffin, pemotongan blok paraffin, hingga pulasan dan mounting.

## G. PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL

Tabel 9. Data hasil Pemantapan Mutu Eksternal Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas

No	Bagian	Hasil	Saran	Tidak Lanjut
1	Histopatologi	Dalam proses penilaian	-	Menunggu hasil
2	Immunohistokimia	Dalam proses pengiriman	-	Menunggu hasil

Berdasarkan tabel 9 Pemantapan Mutu Eksternal Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi pada tahun 2022 untuk saat ini masih menunggu hasil penilaian dari Badan Penjamin Mutu Pelayanan Patologi Indonesia (BPMPPPI).

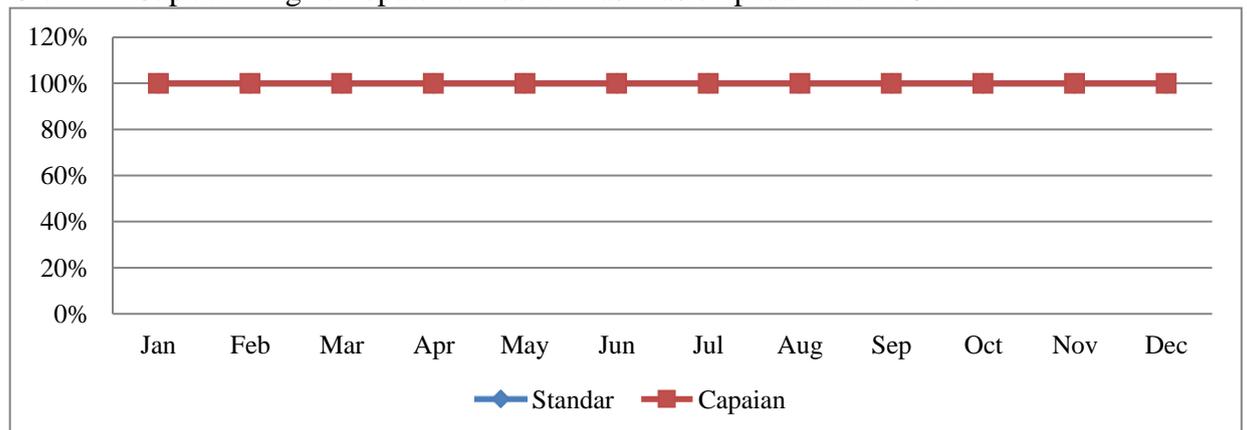
## H. PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Berikut ditampilkan capaian indikator mutu Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas tahun 2022 sebagai berikut :

Tabel 10. Capaian Angka Kepatuhan Identifikasi Pasien

Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rerata Capaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Grafik 1. Capaian Angka Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Tahun 2022



**Formula:**

Jumlah kepatuhan identifikasi secara benar terhadap pasien yang masuk di laboratorium patologi anatomi dibagi dengan Total pelayanan pasien laboratorium perhari di kali 100%.

Tabel 11. Rata-Rata Capaian Angka Kepatuhan Identifikasi Pasien Setahun

RERATA TRIWULAN I	RERATA TRIWULAN II	RERATA TRIWULAN III	RERATA TRIWULAN IV	RERATA SETAHUN
100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

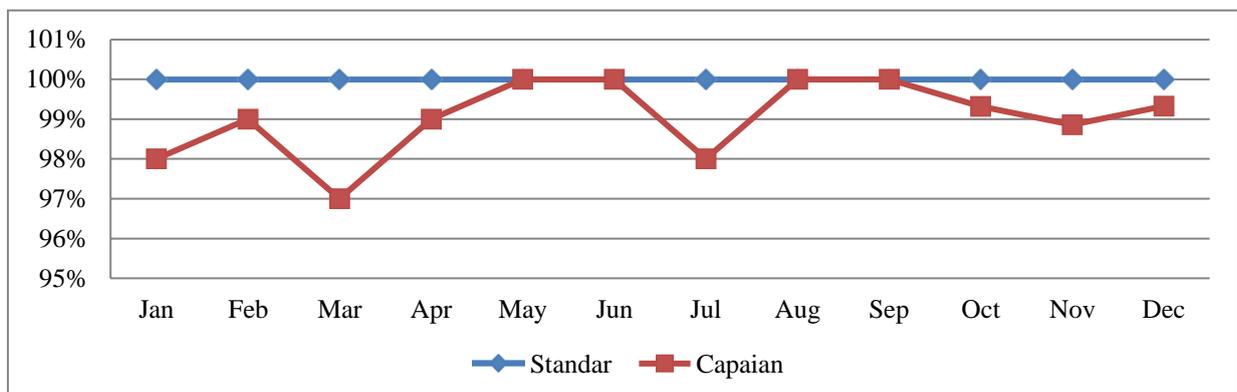
**Analisa dan Tindak Lanjut**

Identifikasi pasien sudah dilakukan dengan baik dan benar dengan selalu memperhatikan nama, RM, dan tanggal lahir yang tertera pada lembar pengantar pemeriksaan dengan label pada sampel yang masuk. Adapun tindak lanjut yang dilakukan yaitu tetap mempertahankan kepatuhan terhadap identifikasi pasien yang benar.

Tabel 12. Capaian Respon Time Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi

Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rerata Capaian	98%	99%	97%	99%	100%	100%	98%	100%	100%	99%	99%	99.33%

Grafik 2. Capaian Respon Time Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi



### Formula :

Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium PA yang memenuhi standar waktu yang telah ditentukan dibagi dengan total hasil pemeriksaan laboratorium PA yang dilakukan (1 pasien, 1 pemeriksaan) dikali 100%.

Tabel 13. Rata-Rata Capaian Respon Time Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi Setahun

RERATA TRIWULAN I	RERATA TRIWULAN II	RERATA TRIWULAN III	RERATA TRIWULAN IV	RERATA SETAHUN
98.00%	99.67%	99.33%	99.17%	99.04%

### Analisa dan Tindak Lanjut

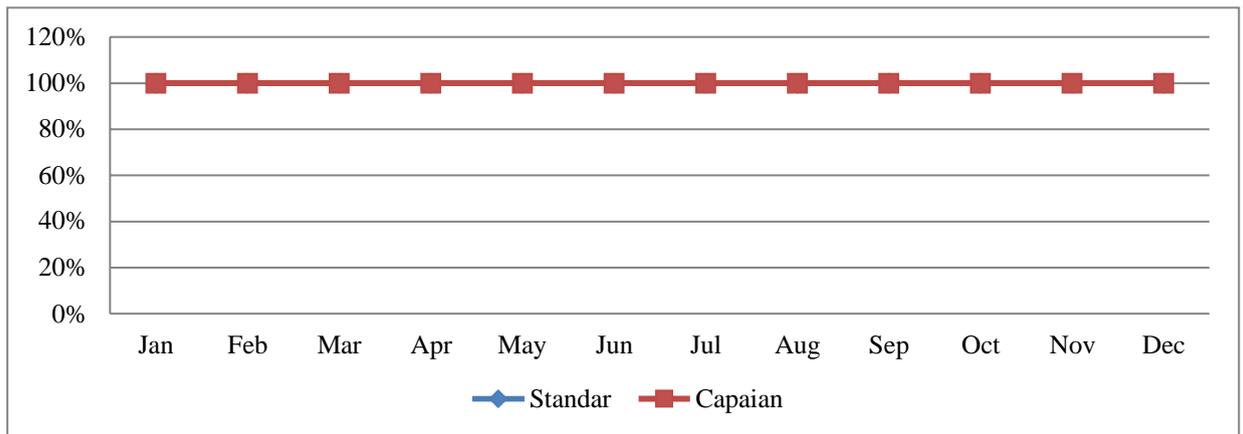
Capaian pada bulan Januari diperoleh 98%, karena terjadi keterlambatan diagnosa untuk 2 slide papsmear. Pada bulan Februari terjadi 1 keterlambatan hasil karena pengulangan tindakan FNAB. Pada bulan Maret terjadi keterlambatan hasil karena keterlambatan diagnosa. Keterlambatan diagnosa karena dokter yang bertugas pada saat itu sedang kurang sehat. Pada bulan April diperoleh 99% karena ada 1 pengulangan tindakan FNAB. Untuk bulan Mei dan Juni mengalami peningkatan menjadi 100%. Penurunan kembali terjadi di bulan Juli menjadi 98% karena adanya tindakan pengulangan FNAB sebanyak 2 orang pasien dimana pasien telah dihubungi namun karena berada di luar kota sehingga terlambat datang kembali untuk tindakan pengulangan. Untuk bulan Agustus dan September terjadi peningkatan kembali menjadi 100%. Pada bulan Oktober terdapat 1 tindakan pengulangan FNAB sehingga diperoleh 99.32%. Pada bulan November 98.86% dengan 2 pasien ulang FNAB. Pada bulan Desember 99.33% dengan 1 tindakan pengulangan FNAB. Sehingga diperoleh rata-rata 99.04% dalam setahun.

Adapun tindak lanjut yang dilakukan yaitu jika terjadi pengulangan tindakan FNAB, maka petugas segera menghubungi pasien untuk dilakukan pengulangan tindakan FNAB. Jika terjadi keterlambatan diagnosa, maka petugas di laboratorium segera menginformasikan kepada kepala laboratorium untuk menghubungi dokter penanggung jawab yang bertugas pada hari tersebut. Jika penilaian capaian diperoleh 100% maka diharapkan petugas tetap memperhatikan kinerjanya.

Tabel 14. Capaian Respon Time Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Rujukan Parsial

Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rerata Capaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Grafik 3. Capaian Respon Time Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Rujukan Parsial



**Formula :**

Jumlah hasil pemeriksaan pasien rujukan parsial laboratorium PA yang memenuhi standar waktu yang telah ditentukan dibagi dengan total pelayanan pasien rujukan parsial perhari dikali 100%.

Tabel 15. Rata-Rata Capaian Respon Time Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Rujukan Parsial Setahun

RERATA TRIWULAN I	RERATA TRIWULAN II	RERATA TRIWULAN III	RERATA TRIWULAN IV	RERATA SETAHUN
100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

**Analisa dan Tindak Lanjut**

Pada setiap bulannya diperoleh 100% untuk capaian respon time penyelesaian hasil pemeriksaan rujukan parsial. Adapun tindak lanjut yang dilakukan yaitu tetap mempertahankan kinerja petugas.

## I. ANALISA HASIL KEGIATAN

Dari hasil kegiatan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi pada tahun 2022 menunjukkan jumlah pemeriksaan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi mengalami peningkatan pada bulan Juni karena bertambahnya pengiriman sampel jaringan dari luar. Untuk pemantapan mutu internal instalasi laboratorium patologi anatomi tahun 2022 telah dilakukan sesuai dengan standar dimana penilaian ini dilakukan setiap 2 minggu sekali oleh dokter spesialis laboratorium patologi anatomi dengan hasil penilaian sesuai standar. Untuk hasil pemantapan mutu eksternal pemeriksaan laboratorium saat ini masih menunggu hasil penilaian dari Badan Penjamin Mutu Pelayanan Patologi Indonesia (BPMPPPI).

Indikator mutu pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi adalah Respon Time Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi tahun 2022 sebesar 99.04%. Hasil ini menunjukkan bahwa pelayanan di laboratorium patologi anatomi sesuai standar mutu pelayanan.

## J. PERMASALAHAN DAN HAMBATAN DAN TINDAK LANJUT

Permasalahan dan hambatan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi sebagai berikut :

No	Permasalahan dan Hambatan	Solusi
1	Tindakan FNAB yang berulang	Pengadaan larutan Diff-Quik Stain.
2	Perbaikan alat Bond Max	Pengadaan sparepart untuk alat yang sementara dalam perbaikan.

## K. KESIMPULAN

Dari analisa data indikator mutu pada tahun 2022 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pengumpulan data jumlah pemeriksaan dilakukan tepat waktu.
2. Risk Register dan FMEA Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi telah terlaksanakan.
3. Pengendalian Infeksi dan K3 berjalan dengan baik.

Mengetahui,  
Kepala Instalasi Lab. Patologi Anatomi



dr. Upik A. Miskad, PhD., SpPA(K)  
NIP. 197403302005012001

Menyetujui,  
Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang  
Medis



dr. Abdul Aziz, Sp.U., Subsp. Onkologi  
NIP. 197705172006041009