

FORM RISK REGISTER UNIT (2)

NO	UNIT	Risk Area	KATEGORI RISIKO	ANALISA RISIKO					
				BANDS (low/ high/ medium/ extreme)	Rangking Risiko	Risiko diterima atau tidak (cegah/ mitigasi/ reduce)	Tindakan yang sdh ada Man, Methode (SOP), Money, machine, material (BHP, reagen)	Rekomendasi (FMEA/Failure Mode Effect Analysis)(Analisis Dampak Modus Kegagalan)-- Langkah2 pekerjaan yg belum terjadi	
I Risiko Pelayanan Pasien									
	Lab PA	Ruang Lab PA	Spesimen tertukar (Kesalahan pemberian label)	12	Extreme	2	Cegah	Ada SOP dan pelabelan untuk identifikasi pasien.	Pengadaan barcode.
	Lab PA	Ruang Admisi Lab PA	Kesalahan identifikasi penyerahan hasil PA	12	Extreme	3	Cegah	Ada SOP pemberian hasil ke pasien.	Selalu memperhatikan kesesuaian antara lembar pengambilan hasil dan hasil yang akan diberikan kepada pasien agar tidak terjadi kesalahan pemberian hasil.
	Lab PA	Ruang Lab PA	Keterlambatan hasil	16	Extreme	1	Cegah	Residen menghubungi dokter spesialis patologi anatomi yang mempunyai jadwal baca slide sehari sebelum jadwal bacanya.	Dokter spesialis patologi anatomi berada di tempat sesuai jadwal diagnosa yang telah ditentukan.
II Risiko									
	Lab PA	Ruang Lab PA	Teriris pisau pemotongan jaringan atau pisau mikrotom (fisik dan biologi)	8	High	5	Cegah	Ada SOP penanganan bagi petugas yang tertusuk benda tajam.	Sosialisasi SOP tindakan maupun alur penanganan staf tertusuk benda tajam lebih di optimalkan ke semua staf.
	Lab PA	Ruang Lab PA	Terkena tumpahan reagen berbahaya (fisik dan kimia)	8	High	6	Cegah	Ada SOP penanganan bagi petugas yang terkena tumpahan reagen berbahaya	Sosialisasi SOP tindakan maupun alur penanganan staf terkena tumpahan reagen berbahaya lebih di optimalkan ke semua staf.
III Risiko Aset/Fasilitas									
	Lab PA	Ruang Lab PA	Alat pemeriksaan Lab Rusak/error	6	Moderate	7	Mitigasi	Maintenance sudah dilakukan sesekali oleh bagian terkait	Koordinasi dengan bagian IPSRS Alkes untuk melaksanakan maintenance aset/fasilitas secara teratur oleh bagian terkait
IV Risiko Lingkungan									
	Lab PA	Ruang Lab PA	Plafon laboratorium patologi anatomi berjamur	3	Low	9	Reduce		Koordinasi ke bagian Rumah Tangga
V Risiko Keuangan/Bisnis									
	Lab PA	Ruang Admisi Lab PA	Pasien lolos bayar	4	Low	8	Cegah	Meminta bukti pembayaran.	Koordinasi dengan bagian Pelayanan untuk memberikan jalur pelayanan yang jelas antara pasien BPJS dan pasien umum serta koordinasi dengan kasir agar tidak terjadi pasien lolos bayar.
VI Komplain									
	Lab PA	Ruang Admisi Lab PA	Waktu tunggu hasil lebih lambat dari jadwal yang ditetapkan	9	High	4	Mitigasi	Admisi menginformasikan ke pasien bahwa hasil lebih lama dari yang dijadwalkan.	Untuk hasil yang dikonsultasikan, akan dilakukan pembahasan internal di Intalasi PA RS Unhas mengenai penambahan waktu untuk slide yang dikonsulkan.

FORM RISK REGISTER UNIT (3)

NO	UNIT	Risk Area	KATEGORI RISIKO	EVALUASI RISIKO		
				Cost Benefit Analysis		Prioritas risiko
				Biaya upaya pengurangan risiko	Biaya jika risiko terjadi	
I Risiko Pelayanan Pasien						
	Lab PA	Ruang Lab PA	Spesimen tertukar (Kesalahan pemberian label)	Pengadaan alat barcode Rp. 150.000.000,-	Komplain pasien Rp. 1.000.000.000,-	2
	Lab PA	Ruang Admisi Lab PA	Kesalahan identifikasi penyerahan hasil PA	Pengadaan speaker Rp. 2.000.000,-	Komplain pasien Rp. 1.000.000.000,-	3
	Lab PA	Ruang Admisi Lab PA	Keterlambatan hasil	Menghubungi dokter spesialis PA Rp. 50.000,-	Komplain pasien Rp. 1.000.000.000,-	1
II Risiko pada Staf						
	Lab PA	Ruang Lab PA	Teriris pisau pemotongan jaringan atau pisau mikrotom (fisik dan biologi)	Pembuatan SOP dan supervisi berkala Rp. 5.000.000,-	Pengobatan Rp. 100.000.000,-	5
	Lab PA	Ruang Lab PA	Terkena tumpahan reagen berbahaya (fisik dan kimia)	Pengadaan APD Rp. 1.000.000,-	Pengobatan Rp. 300.000.000,-	6
III Risiko Aset/Fasilitas						
	Lab PA	Ruang Lab PA	Alat pemeriksaan Lab Rusak/error	Maintenance alat rutin Rp. 20.000.000,-	Perbaikan alat Rp. 100.000.000,-	7
IV Risiko Lingkungan						
	Lab PA	Ruang Lab PA	Plafon laboratorium patologi anatomi berjamur	Maintenance AC secara rutin Rp. 10.000.000,-	Perbaikan plafon Rp. 20.000.000,-	9
V Risiko Keuangan/Bisnis						
	Lab PA	Ruang Admisi Lab PA	Pasien lolos bayar	Supervisi berkala di bagian -	Pasien lolos bayar Rp. 2.000.000,-	8
VI Komplain						
	Lab PA	Ruang Admisi Lab PA	Waktu tunggu hasil yang lama / tidak sesuai dengan seharusnya	Menghubungi dokter spesialis Rp. 50.000,-	Komplain pasien Rp. 1.000.000.000,-	4
VII Lain-lain						

VI	Komplain																	
	Lab PA	Total hasil pemeriksaan	Waktu tunggu hasil lebih lambat dari jadwal yang ditetapkan			Yunita	Jan-Des 2023											
VII	Lain-lain																	
		Kriteria Inklusi : 1. Seluruh pengerjaan sampel pasien diluar kasus sulit. 2. Semua unit pelayanan 3. Pasien ruiukan																
r waktu yang telah ditentukan dibagi Total hasil pemeriksaan laboratorium PA yang dilakukan (1 pasien, 1 pemeriksaan) dikali 100%																		
		1. Buku registrasi																

**INDIKATOR MUTU LAB PA
TAHUN 2023**

Indikator Mutu Unit SPI

Judul Indikator	Respon Time Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi.						
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. SNARS Edisi 1.1 2. Surat edaran Direktur Utama terkait respon time pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi. 3. Pedoman Pengorganisasian Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi. 4. Pedoman Pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi. 						
Dimensi Mutu	<p>Beri tanda ceklist (√) jika termasuk</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 1. Efisiensi</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3. Aksesibilitas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5. Fokus pada Pasien</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 2. Efektifitas</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 4. Keselamatan</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 6. Kestinambungan</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Efisiensi	<input type="checkbox"/> 3. Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> 5. Fokus pada Pasien	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Efektifitas	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Kestinambungan
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Efisiensi	<input type="checkbox"/> 3. Aksesibilitas	<input type="checkbox"/> 5. Fokus pada Pasien					
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Efektifitas	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Keselamatan	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Kestinambungan					
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk efesiensi waktu lama pelayanan dan lama rawat pasien. 2. Meningkatkan pelayanan laboratorium Patologi Anatomi. 3. Menjamin keamanan dan keselamatan pasien dan spesimen. 4. Meningkatkan kestinambungan pelayanan dan dasar perencanaan pelayanan berikutnya. 						

Defenisi Operasional	<p>Kecepatan pelayanan pemeriksaan Lab PA yang diukur sejak permintaan diterima sampai hasil baca divalidasi oleh dokter spesialis PA sesuai jadwal pembacaan hasil. Dimungkinkan 1 pasien memiliki lebih dari 1 pemeriksaan.</p> <p>Standar pemeriksaan : Sitologi : 3 – 4 hari. Histopatologi : 6 – 7 hari. Imunohistokimia : 9 – 10 hari.</p> <p>Jika permintaan pemeriksaan pasien lebih dari 1 pemeriksaan maka pemberian hasil mengikuti respon time yang lebih lama.</p> <p>Tidak dilakukan pengukuran indikator pada kasus sulit karena tidak dapat langsung didiagnosa dan membutuhkan konsultasi (baik dengan ahli patologi yang lain atau dengan klinisi) dan pemeriksaan tambahan (pemotongan ulang/potong susul jaringan, potong lebih dalam blok paraffin, atau pun pewarnaan khusus Imunohistokimia).</p>
Jenis Indikator	<p>Beri tanda ceklist (√) jika termasuk</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome</p>
Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium PA yang memenuhi standar waktu yang telah ditentukan
Denominator	Total hasil pemeriksaan laboratorium PA yang dilakukan (1 pasien, 1 pemeriksaan)
Target Capaian	100%

Kriteria Inklusi dan Eksklusi	<p>Kriteria Inklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seluruh pengerjaan sampel pasien diluar kasus sulit. 2. Semua unit pelayanan 3. Pasien rujukan parsial 4. 1 Pasien dengan lebih dari 1 pemeriksaan dengan waktu permintaan yang berbeda (setelah hasil pertama keluar) <p>Kriteria Eksklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kasus sulit 2. Pasien yang memiliki lebih dari 1 jenis pemeriksaan dalam 1 waktu bersamaan
Formula	Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium PA yang memenuhi standar waktu yang telah ditentukan dibagi Total hasil pemeriksaan laboratorium PA yang dilakukan (1 pasien, 1 pemeriksaan) dikali 100%
Sumber Data	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku registrasi spesimen 2. Rekam medic dalam sistem Khanza
Frekuensi Pengumpulan Data	Perbulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisa persentasi
Instrumen Pengambilan Data	Ms Excel, sistem Khanza
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi

PDSA

Topik: Pengontrolan petugas terhadap respon time hasil pemeriksaan lab patologi anatomi.

Cara: Observasi

Siklus : 1

Plan:

Saya berencana memberikan hasil yang tepat waktu kepada pasien laboratorium patologi anatomi.

Saya berharap hasil pemeriksaan tidak lebih dari 6 hari kerja sehingga rencana tindak lanjut pelayanan pasien di poliklinik atau pun di ruang perawatan lebih jelas.

Tindakan yang akan dilakukan:

1. Perhatikan waktu selesai operasi yang tertera di lembar pengantar. Jika waktu fiksasi telah 24 jam, maka jaringan segera diproses untuk meminimalisir keterlambatan hasil.
2. Menghubungi dokter spesialis patologi anatomi yang bertugas sehari sebelum jadwal diagnosa.
3. Untuk kasus sulit, permintaan potong susul jaringan, permintaan potong lebih dalam (PLD) blok paraffin jaringan, serta permintaan pewarnaan tambahan diberikan penambahan waktu tunggu hasil.
4. Meningkatkan monitoring dan evaluasi dari atasan (kepala instalasi dan kepala ruangan) ke staf dan dokter yang bertugas terkait pengontrolan waktu hasil pemeriksaan.

Do:

Yang sudah dilakukan:

1. Jaringan yang masuk hari ini langsung diproses keesokan harinya.
2. Dokter spesialis telah dihubungi sehari sebelumnya.
3. Adanya kasus sulit, permintaan potong susul jaringan, permintaan potong lebih dalam (PLD) blok paraffin jaringan, serta permintaan pewarnaan tambahan sehingga waktu tunggu menjadi lebih lama.
4. Monitoring dan evaluasi telah dilakukan.

Study:

Yang dapat dipelajari/hasil pengamatan disesuaikan dengan tujuan:

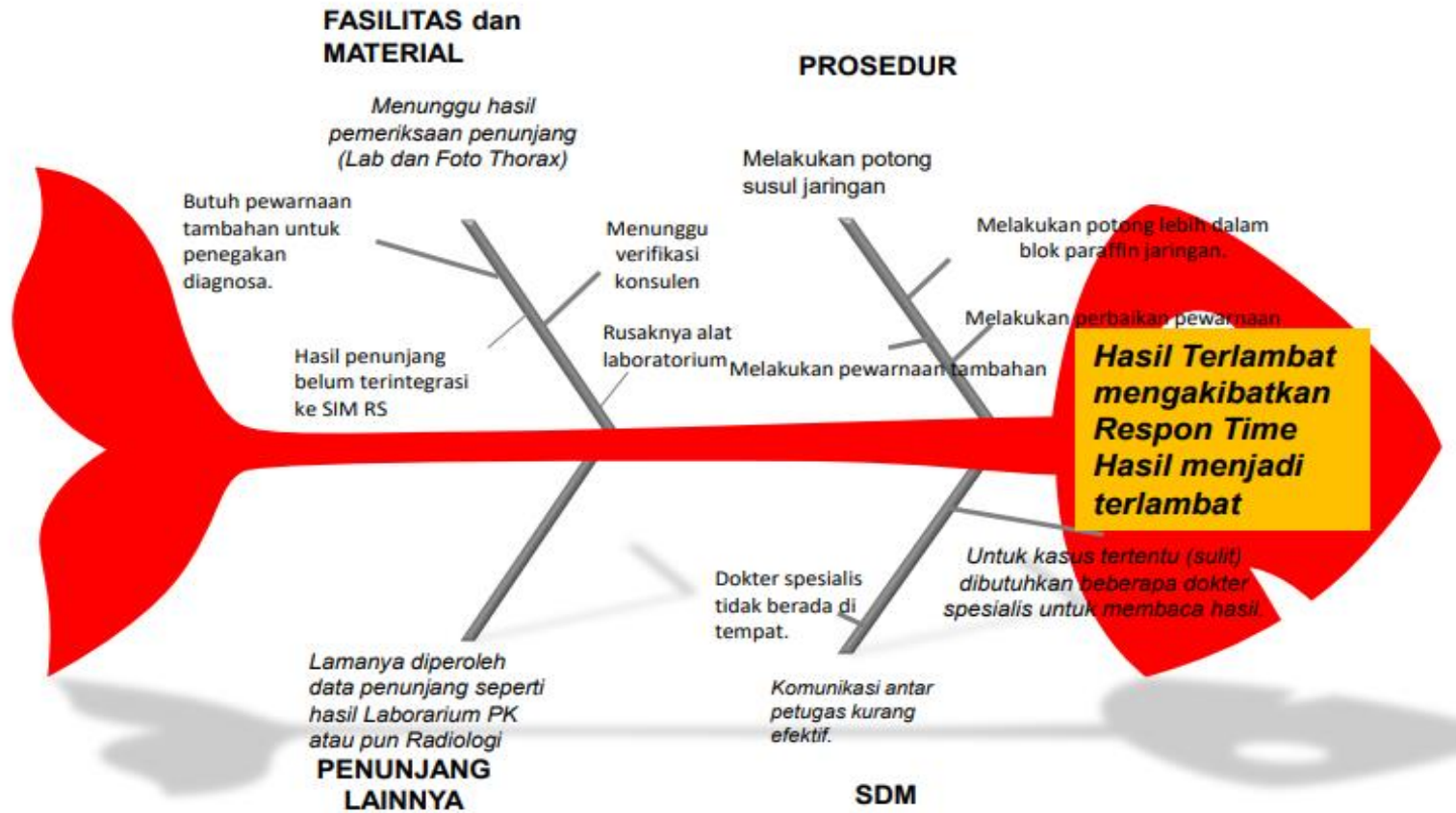
1. Jaringan yang masuk hari ini langsung diproses keesokan harinya, namun untuk jaringan yang masuk sehari sebelum hari libur belum dapat diproses sehingga terjadi penambahan waktu tunggu hasil.
2. Dokter spesialis telah dihubungi sehari sebelumnya tetapi terkadang jadwal diagnosa bertepatan dengan kegiatan lainnya.
3. Untuk kasus sulit, permintaan potong susul jaringan, permintaan potong lebih dalam (PLD) blok paraffin jaringan, serta permintaan pewarnaan tambahan diberikan penambahan waktu tetapi terkadang waktu yang diberikan belum cukup disebabkan konsulen tidak berada di tempat karena tugas luar.
4. Monitoring dan evaluasi telah dilakukan tetapi belum maksimal.

Action

Kesimpulan dalam siklus ini:

1. Melakukan regulasi kembali mengenai penetapan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium patologi anatomi.
2. Memberikan jadwal diagnosa setiap awal bulan kepada seluruh dokter spesialis patologi anatomi. Mengingatkan setiap awal minggu dan sehari sebelum jadwal diagnosa dokter yang bersangkutan.
3. Memastikan konsulen yang dituju berada di tempat agar diagnosa menjadi lebih cepat.
4. Memaksimalkan monitoring dan evaluasi dari atasan (kepala instalasi dan kepala ruangan) ke staf dan dokter yang bertugas terkait pengontrolan waktu hasil pemeriksaan.

Hasil Terlambat



Resiko : Keterlambatan Hasil Yang Menyebabkan Responstime Menjadi Terlambat

LANGKAH ALUR PROSES

Tahapan Proses :

1	2	3	4	5	6
Sampel diterima bagian administrasi.	Serah terima sampel dari bagian administrasi ke teknisi laboratorium.	Sampel diproses hingga menjadi slide siap baca.	Serah terima hasil pewarnaan slide ke dokter spesialis patologi anatomi.	Hasil yang sudah diperiksa dokter spesialis diketik dan diprint untuk pasien dan untuk arsip hasil.	Serah terima hasil ke bagian administrasi untuk diserahkan ke pasien.
Tahapan sub proses	Tahapan sub proses	Tahapan sub proses	Tahapan sub proses	Tahapan sub proses	Tahapan sub proses
a. Admisi mengecek kesesuaian label pada wadah sampel yang masuk dengan lembar permintaan pemeriksaan dan orderan pada sistem Simpel di komputer.	a. Teknisi menerima formulir permintaan pemeriksaan beserta sampel.	a. Jaringan dipotong dan dimasukkan kedalam kaset jaringan yang telah diberi label sesuai label wadah sampel.	a. Slide siap baca diserahkan ke dokter spesialis beserta dengan lembar permintaan pemeriksaan.	a. Hasil pemeriksaan yang sudah dibaca oleh dokter spesialis patologi anatomi diketik dikomputer.	a. Hasil print out pemeriksaan beserta formulir pemeriksaan diserahkan ke bagian admisi untuk diarsipkan serta untuk diberikan kepada pasien.
b. Admisi menerima orderan pada sistem Simpel dan menginput pemeriksaan yang akan dilakukan serta menuliskan pada buku penerimaan sampel.	b. Mencocokkan kesesuaian data di label wadah sampel dan di formulir permintaan pemeriksaan.	b. Deskripsi jaringan dituliskan pada lembar permintaan pemeriksaan.	b. Slide dibaca oleh dokter spesialis patologi anatomi.	b. Hasil ketikan diprint.	a. Untuk hasil dengan waktu tunggu lebih lama karna dikonsulkan, disusul, atau pun dipotong lebih dalam, maka petugas admisi harus menghubungi pihak pasien untuk menginfokan keterlambatan hasil.
c. Admisi memberi label pada wadah sampel yang berisi : Nama pasien, tanggal lahir, Rekam Medis, dan Nomor Sampel.		c. Jaringan diproses dalam alat otomatis.		c. Hasil yang telah diprint diperlihatkan kembali ke dokter spesialis untuk diperiksa kembali dan ditandatangani.	

		d. Jaringan dikeluarkan dari alat, diblok paraffin, dipotong tipis menggunakan mikrotom, dan direkatkan pada slide yang telah diberi label pensil.		d. Jika ada kesalahan hasil ketikan, maka ketikan diulang kembali dan diprint kembali.	
		e. Jaringan diwarnai.			

LANGKAH ALUR SUB PROSES

Serah terima hasil pewarnaan slide ke dokter spesialis patologi anatomi.

1	2
Slide siap baca diserahkan ke dokter spesialis beserta dengan lembar permintaan pemeriksaan.	Slide dibaca oleh dokter spesialis patologi anatomi.
Modus Kegagalan :	Modus Kegagalan :
Dokter spesialis patologi anatomi tidak berada di RS sehingga waktu pembacaan slide terhambat	a. Kasus sulit
	b. Adanya permintaan dokter spesialis patologi anatomi untuk melakukan Potong Lebih Dalam jaringan dari blok paraffin.
	c. Adanya permintaan dokter spesialis patologi anatomi untuk melakukan Potong Susul jaringan dari jaringan dalam formalin.
	d. Adanya permintaan penambahan pewarnaan khusus ataupun IHC dari dokter spesialis patologi anatomi.
	e. Hasil pulasan kurang baik sehingga sulit dibaca.

LEMBAR AMKD (FORM HFMEA)

MODUS KEGAGALAN	POTENSI EFEK	KEPARAHAN(S)	POTENSI PENYEBAB	KEJADIAN (C)	PENDETEKSIAN (D)	METODE DETEKSI/KONTROL	APR (ANGKA PRIORITAS)	PERINGKAT
Dokter spesialis patologi anatomi tidak berada di RS sehingga waktu pembacaan slide terhambat	Waktu tunggu hasil menjadi lebih lama.	3	Ketidak konsistenan konsulen dengan jadwal yang telah disepakati.	4	5	1. Membuat SOP <i>Reminder</i> Jadwal Pembacaan Konsulen PA. 2. Sosialisasi SOP. (Siapkan bukti sosialisasi) UMAN (Undangan, Materi, Absen, Notulensi/Dokumentasi) 3. Melakukan monitoring ketepatan waktu baca sesuai standar. 4. Melakukan evaluasi hasil monitoring dalam rapat internal instalasi.	60	1
		3	Belum adanya sistem pembacaan sistem elektronik pembacaan hasil patologi anatomi.	5	1	Berkoordinasi dengan IPSRS untuk membuat sistim hasil baca Online.	15	
MODUS KEGAGALAN	POTENSI EFEK	KEPARAHAN (S)	POTENSI PENYEBAB	KEJADIAN (C)	PENDETEKSIAN (D)	METODE DETEKSI/KONTROL	APR (ANGKA PRIORITAS)	PERINGKAT
a. Kasus sulit	Waktu tunggu hasil menjadi lebih lama.	3	Kasus sulit untuk jaringan tertentu sehingga dibutuhkan konsulen yang lebih ahli dibidang tertentu.	3	2	1. Membuat SOP Pembacaan Kasus Sulit. 2. Sosialisasi SOP. (Siapkan bukti sosialisasi) UMAN (Undangan, Materi, Absen, Notulensi/Dokumentasi) 3. Melakukan monitoring ketepatan waktu baca dari kasus sulit sesuai standar. 4. melakukan evaluasi hasil monitoring dalam rapat internal instalasi.	18	1

b. Adanya permintaan dokter spesialis patologi anatomi untuk melakukan Potong Lebih Dalam jaringan dari blok paraffin.	Dilakukan proses pemotongan kembali / potong lebih dalam dari jaringan blok paraffin.	2	Potongan jaringan pada slide belum dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa karena dokter spesialis patologi anatomi ingin melihat bentuk sel dengan posisi pemotongan yang lain ataupun lebih dalam dari jaringan dari blok yang sama.	3	2	1. Mengadakan rapat penentuan standarisasi untuk pemotongan jaringan. 2. Mengajukan SK standar pemotongan jaringan.	12	3
						3. Melakukan monitoring ketepatan waktu Potong Lebih Dalam jaringan dari blok paraffin sesuai standar. 4. Melakukan evaluasi hasil monitoring dalam rapat internal instalasi.		
	Waktu tunggu hasil menjadi lebih lama.	2						
c. Adanya permintaan dokter spesialis patologi anatomi untuk melakukan Potong Susul jaringan dari jaringan dalam formalin.	Dilakukan proses pemotongan kembali jaringan dalam formalin.	2	Hasil potongan jaringan yang diambil belum dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa.	2	2	1. Mengadakan rapat penentuan standarisasi untuk pemotongan jaringan. 2. Mengajukan SK standar pemotongan jaringan. 3. Melakukan monitoring ketepatan waktu potong susul jaringan dari blok paraffin sesuai standar. 4. Melakukan evaluasi hasil monitoring dalam rapat internal instalasi.	8	4
	Waktu tunggu hasil menjadi lebih lama.	2						

d. Adanya permintaan penambahan pewarnaan khusus ataupun IHC dari dokter spesialis patologi anatomi.	Waktu tunggu hasil menjadi lebih lama.	2	Untuk kasus tertentu dibutuhkan pulasan tambahan untuk menunjang hasil diagnosa yang tepat.	2	2	1. Mengadakan rapat penentuan standarisasi untuk pemotongan jaringan. 2. Mengajukan SK standar pewarnaan khusus atau pun IHC. 3. Melakukan monitoring ketepatan waktu pewarnaan khusus ataupun IHC sesuai standar. 4. Melakukan evaluasi hasil monitoring dalam rapat internal instalasi.	8	5
e. Hasil pulasan kurang baik sehingga sulit dibaca.	Waktu tunggu hasil menjadi lebih lama.	4	Reagen yang digunakan sudah tidak bagus.	2	2	1. Mengadakan rapat penentuan standarisasi untuk hasil pulasan. 2. Mengajukan SK standar pewarnaan. 3. Melakukan monitoring ketepatan hasil pulasan sesuai standar. 4. Melakukan evaluasi hasil	16	2
						monitoring dalam rapat internal instalasi.		

LEMBAR REKOMENDASI

NO	POTENSI EFEK	KEGAGALAN	DAMPAK	PROBABILITAS	PENDETEKSIAN	REKOMENDASI TINDAKAN PENGENDALIAN	INDIKATOR KEBERHASILAN	PENANGGUNGJAWAB
----	--------------	-----------	--------	--------------	--------------	-----------------------------------	------------------------	-----------------

1	Waktu tunggu hasil menjadi lebih lama.	Kasus sulit	3	3	2	Monitoring hasil dari admisi patologi anatomi ke dokter spesialis patologi anatomi.	Kepatuhan terhadap respon time.	Kepala instalasi Laboratorium Patologi Anatomi dan Karu.
2	Waktu tunggu hasil menjadi lebih lama.	Hasil pulasan kurang baik sehingga sulit dibaca.	4	2	2	Monitoring pemakaian dan penggantian reagen.	Kepatuhan teknisi laboratorium terhadap SOP pewarnaan.	Kepala instalasi Laboratorium Patologi Anatomi dan Karu.