

Vol. 21, No. 1 November 2014

ISSN 0854-4263

INDONESIAN JOURNAL OF  
**Clinical Pathology and  
Medical Laboratory**

Majalah Patologi Klinik Indonesia dan Laboratorium Medik

IJCP & ML (Maj. Pat. Klin. Indonesia & Lab. Med.)	Vol. 21	No. 1	Hal. 1-110	Surabaya November 2014	ISSN 0854-4263
---	---------	-------	------------	---------------------------	-------------------

Diterbitkan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Patologi Klinik Indonesia

*Published by Indonesian Association of Clinical Pathologists*

Terakreditasi No: 66b/DIKTI/KEP/2011, Tanggal 9 September 2011

INDONESIAN JOURNAL OF  
**CLINICAL PATHOLOGY AND  
 MEDICAL LABORATORY**

Majalah Patologi Klinik Indonesia dan Laboratorium Medik

**DAFTAR ISI**

**PENELITIAN**

Kadar IL-6 Plasma Pasien Diabetes Melitus dengan dan Tanpa Pengidap Retinopati Diabetika ( <i>The Level of Interleukin-6 Plasma in Diabetes Mellitus Patients with and Without Diabetic Retinopathy</i> ) <b>I Wayan Putu Sutirta Yasa, I Nyoman Wande, Ni Ketut Niti Susila, Putu Budhiastra, Cokorda Istri Dewiyani Pemayun, Sianny Herawati</b> .....	1-4
Kenasaban Fibrinogen Plasma dengan Penebalan Arteri Intima-Media Karotis Komunis di Diabetes Melitus ( <i>Correlation Plasma Fibrinogen with Intima-Media THickness of Carotid Artery in Diabetes Mellitus</i> ) <b>Dwi Aryani, Budi Mulyono, Osman Sianipar</b> .....	5-10
Matriks Metaloproteinase-2 di Metastasis Karsinoma Payudara ( <i>Matrix Metalloproteinase-2 in Breast Cancer Metastasis</i> ) <b>Besse Rosmiati, Uleng Bahrn, Ruland DN Pakasi</b> .....	11-15
Kalium di <i>Multidrug Resistance</i> Tuberkulosis dengan Pengobatan Kanamisin ( <i>Potassium in Multidrug Resistance Tuberculosis with Kanamycin</i> ) <b>J.B. Suparyatmo, B. Rina AS, Harsini, Sukma</b> .....	16-19
Darah Aman dan Pendonor Darah Sukarela ( <i>Safe Blood and Voluntary Non-Remunerated Blood Donors</i> ) <b>Teguh Triyono, Veronica Fridawati, Usi Sukorini, Budi Mulyono</b> .....	20-23
Rerata Volume Trombosit di Diabetes Melitus ( <i>Mean Platelet Volume in Diabetes Mellitus</i> ) <b>Maria Enrica, Nina Tristina, Anna Tjandrawati</b> .....	24-27
Angka Banding Kadar Asam Urat Air Kemih terhadap Serum di Diabetes Melitus Tipe 2 ( <i>Ratio of Urinary Uric Acid Levels and Serum Uric Acid in Type 2 Diabetes Mellitus</i> ) <b>Amarensi Milka Betaubun, Fitriani Mangarengi, Ruland DN Pakasi</b> .....	28-31
Kadar Hemoglobin Retikulosit di Anemia dan Nonanemia Akibat Defisiensi Besi Absolut di Gagal Ginjal Terminal Terkait Hemodialisis ( <i>Reticulocyte Hemoglobin Level of Absolute Iron Deficiency Anemia and Nonabsolute Iron Deficiency Anemia in End State Renal Disease Undergoing Maintenance Hemodialysis</i> ) <b>Amelia Rachmiwati, Noormartany, Rubin Surachno Gondodiputro, Delita Prihatni</b> .....	32-39
<i>Immature Platelet Fraction</i> di Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue ( <i>Immature Platelet Fraction in Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic Fever</i> ) <b>Izzuki Muhashonah, Juli Soemarsono, Puspa Wardhani, Aryati</b> .....	40-44
Pemeriksaan <i>Cryptococcal</i> Antigen antara Metode Sistem Aglutinasi Lateks Antigen Kriptokokus dan <i>Lateral Flow Assay</i> di Pasien AIDS ( <i>Cryptococcal Antigen of Acquired Immune Deficiency Syndrome with Lateral Flow Assay and Cryptococcus Antigen Latex Agglutination System</i> ) <b>Artiti Aditya, Indrati AR, Ganiem AR</b> .....	45-49
T-Cd4 <sup>+</sup> dan Profil Lipid di HIV ( <i>T-Cd4<sup>+</sup> and Lipid Profile in HIV</i> ) <b>Yulia Hayatul Aini, Coriejati Rita, Agnes Rengga Indrati, Rudi Wisaksana</b> .....	50-56

Tolak Ukur Fungsi Hati Berdasarkan Derajat Fibrosis Penyakit Hati Kronis ( <i>Liver Function Parameters Based on Degree of Liver Fibrosis in Chronic Liver Disease</i> ) <b>Rahmafitria, Mutmainnah, Ibrahim Abdul Samad</b> .....	57-60
Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) Pascacedera Kepala Berat sebagai Faktor Peramalan Perjalanan Penyakit {( <i>Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) as A Prognostic Factor in severe Head Injury</i> )} <b>Ridha Dharmajaya</b> .....	61-66
Genotipe HPV dan Pola Infeksinya Terkait Jenis Histopatologi Kanker Leher Rahim ( <i>HPV Genotype and HPV Infection Pattern Related to the Histopathological Type of Cervical Cancer</i> ) <b>Roudhotul Ismaillya Noor, Aryati, Pudjo Hartono</b> .....	67-74
Glut 4 di Jaringan Adiposa ( <i>Glut 4 in Adipose Tissue</i> ) <b>Dewi Ratna Sari, Rimbun, Tri Hartini Yulawati, Joni Susanto, Ari Gunawan, Harjanto JM</b> .....	75-81
Nilai Diagnostik Anti Dengue IgA dan Ns1, serta IgM/IgG di Infeksi Virus Dengue ( <i>The Diagnostic Value of Anti Dengue IgA and Anti Dengue IgM/IgG in Dengue Virus Infection</i> ) <b>Resna, Aryati, Puspa Wardhani, Erwin Triyono</b> .....	82-89
<b>TELAAH PUSTAKA</b>	
Defisiensi Vitamin D Terhadap Penyakit ( <i>Vitamin D Deficiency and Diseases</i> ) <b>Pusparini</b> .....	90-95
<b>LAPORAN KASUS</b>	
<i>Lineage Switch</i> Leukemia Limfoblastik Akut Menjadi Leukemia Mielomonositik Akut pada Perempuan Usia 26 Tahun ( <i>Lineage Switch from Acute Lymphoblastic Leukemia to Acute Myelomonocytic Leukemia at A 26 Years Old Woman</i> ) <b>Burhanuddin Said, Maimun ZA, Budiman</b> .....	96-101
<b>MANAGEMENT LABORATORIUM</b>	
Peran Dokter Spesialis Patologi Klinik dalam Akreditasi Rumah Sakit ( <i>The Role for Clinical Pathologist In Hospital Accreditation</i> ) <b>Anak Agung Wiradewi Lestari</b> .....	102-108
<b>INFORMASI LABORATORIUM MEDIK TERBARU</b> .....	109-110

**Ucapan terimakasih kepada penyunting Vol 21 No. 1 November 2014**

Budi Mulyono, Mansyur Arif, Sudewa Djelantik, Purwanto, Edi Widjajanto, Sidarti Soehita,  
Yolanda Probahoosodo

## PERAN DOKTER SPESIALIS PATOLOGI KLINIK DALAM AKREDITASI RUMAH SAKIT

*(The Role For Clinical Pathologist in Hospital Accreditation)*

Anak Agung Wiradewi Lestari

### ABSTRACT

The hospital accreditation of 2012 version assessment, performed through the evaluation of the implementation of hospital accreditation standards. It's consisting of four (4) standards groups. The laboratory service is one component of the Assessment of Patients (AOP) chapters. The role of Clinical Pathologist in this accreditation can be internal as well as external. In the laboratory services standard, there are 13 sections each with element of judgment. Some of the challenges are still encountered in the meeting for the accreditation standards include the need for an agreement between the Clinical Pathologist and the Physician, perhaps even the role of the Indonesian Association of Clinical Pathologist and Laboratory Medicine (IACPLM) to determine the values of which one has the critical value, that should be reported by the laboratory to physician. In addition, most laboratories currently in Indonesia do not have a reference value corresponding to the population and geography. This would be the task of the specialist (us) together/IACPLM to be able to formulate the reference value or discuss it with the Hospital Accreditation Committee in order to obtain the same perception of the reference value. But considering the determination of the reference value is not a simple matter and this will require cost as well. Another challenge is controlling the laboratory equipment used in wards, such as Point of Care Testing (POCT) devices. Most POCT is used in wards is not provided by the laboratory. The hospitals should regularly receive reports and review the quality control of the reference laboratory. But so far, most of the reference laboratories do not report the results of quality control to the hospital laboratory. In one assessment standard, stated that the hospitals should have access to contact an expert of diagnostics specialist such concerned to parasitological, virological, or toxicological. The question is whether the Clinical Pathologist can not be regarded as an expert in parasitological and virological diagnostics?

**Key words:** Hospital accreditation, role and challenges, clinical patologist

### ABSTRAK

Penilaian akreditasi rumah sakit versi tahun 2012, dilakukan melalui penilaian penerapan baku yang terkait akreditasi rumah sakit yang terdiri dari empat (4) kelompok. Pelayanan laboratorik merupakan salah satu komponen di bab pengajuan/Asesmen Pasien (AP). Peran Dokter Spesialis Patologi Klinik (DSPK) dalam akreditasi ini dapat bersifat internal maupun eksternal. Dalam baku layanan laboratorik ini, terdapat 13 bagian dengan unsur masing-masing penilaian. Beberapa tantangan yang masih dihadapi dalam pemenuhan baku akreditasi ini di antaranya adalah diperlukan kesepakatan antara DSPK dan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), bahkan mungkin peran PDS PatKlin mengenai nilai manakah yang merupakan nilai gawat, yang perlu segera dilaporkan oleh penanggung jawab di laboratorium kepada DPJP. Di samping itu, saat ini sebagian besar laboratorium di Indonesia belum memiliki nilai rujukan yang sesuai dengan populasi dan geografi masing-masing. Hal tersebut diperkirakan menjadi tugas dari para pakar bersama/PDS PatKlin untuk dapat merumuskan nilai rujukan tersebut atau mendiskusikannya dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) agar diperoleh pendapat yang sama tentang nilai rujukannya. Mengingat penentuan nilai rujukan bukan merupakan hal yang sederhana dan memerlukan biaya yang tidak sedikit. Tantangan lain yang dihadapi adalah dalam mengawasi peralatan laboratorium yang digunakan di ruangan lain, seperti misalnya alat *Point Of Care Testing* (POCT), karena kebanyakan POCT yang digunakan bukanlah yang disediakan oleh laboratorium. Rumah sakit hendaknya secara teratur menerima laporan dan menelaah pengawasan mutu dari laboratorium rujukan. Namun selama ini, kebanyakan laboratorium rujukan tersebut tidak melaporkan kendalian mutunya kepada penanggung jawab laboratorium rumah sakit. Dalam salah satu baku penilaian, dinyatakan bahwa rumah sakit harus menetapkan ahli dalam bidang diagnostik kepakaran seperti yang terkait parasitologi, virologi, atau toksikologi. Muncul pertanyaan dalam pikiran penulis apakah seorang DSPK tidak dapat dianggap sebagai ahli dalam diagnostik yang terkait parasitologi dan virologi?

**Kata kunci :** Akreditasi rumah sakit, peranan dan tantangan, dokter spesialis patologi klinik

---

## PENDAHULUAN

Akreditasi rumah sakit adalah hal yang dilakukan oleh Lembaga Independen penyelenggaranya, yang dilaksanakan setelah menilai dan menyimpulkan bahwa Rumah Sakit (RS) tersebut memenuhi bakuhan terkait pelayanannya untuk meningkatkan mutunya secara berkesinambungan.<sup>1,2</sup> Perkembangan ilmu pengetahuan yang semakin pesat akhir ini, maka pembakuan pelayanan RS pun mengalami perubahan. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan tujuan yang utama dari pembakuan ini. Peningkatan mutu yang dimaksud bukan merupakan peningkatan sesaat, akan tetapi merupakan yang berkesinambungan yang didasari dengan keberadaan perencanaan, pelaksanaan, penilaian dan tindak lanjut tertentu dari kegiatan tersebut.<sup>3</sup> Penilaian akreditasi RS versi tahun 2012, dilakukan melalui penerapan bakuannya yang terdiri dari dua (2) kelompok terkait<sup>3-5</sup> dan dua (2) sasaran, yaitu : (a) bakuhan pelayanan yang berfokus kepada pasien, terdiri dari tujuh (7) bab dan (b) bakuhan pengelolaan RS, terdiri dari enam (6) bab, (c) Sasaran keselamatan pasien RS, terdiri dari satu (1) bab, (d) Sasaran *Milennium Development Goals (MDGs)*, terdiri dari satu (1) bab.<sup>3,5</sup> Pelayanan laboratorik terdapat di bab Asesmen Pasien (AP) yang terdapat dalam kelompok bakuhan pelayanan yang berfokus kepada pasien.<sup>4,5</sup>

### Bakuhan Pelayanan Laboratorik

Peran Dokter Spesialis Patologi Klinik (DSPK) dalam akreditasi ini dapat dibedakan menjadi peran internal dan eksternal. Peran internal yang dimaksud adalah sebagai seorang pengelola atau pemimpin laboratorium yang bertanggung jawab terhadap pelayanan laboratorik, mulai dari pengambilan bahan sampai penyerahan hasil, mulai dari pemilihan alat dan reagen, pengujian, pemesanan, penyimpanan, penggunaan, pemeliharaan dan perbaikan kerusakan yang terjadi. Demikian juga dengan sumberdaya manusia, dimulai dari perencanaan jumlah yang diperlukan, pelatihan yang direncanakan sampai pada penilaian pelaksanaan tugas dan tindakan selanjutnya. Peran eksternal seorang DSPK adalah peran aktif dalam program keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit (K3RS), panitia Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), penjaminan mutu hasil membaca BTA dan memeriksa anti HIV (program MDGs).

Pada bab asesmen pasien, terdapat enam (6) bakuhan dan pelayanan laboratorik adalah merupakan yang ke-5. Dalam bakuhan pelayanan laboratorik ini, terdapat 13 bagian dengan unsur masing-masing penilaian.<sup>4,5</sup> Ketiga belas bagian dalam bakuhan pelayanan laboratorik akan dibahas sebagai berikut.

### Keberadaan Pelayanan Laboratorik Untuk Memenuhi Keperluan Pasien dan Semua Jenis Pemeriksaan Sesuai Bakuhan Nasional, Undang-Undang dan Peraturan Terkait

Unsur penilaian dalam bakuhan ini adalah (a) pelayanan laboratorik harus memenuhi bakuhan nasional, undang-undang dan peraturan terkait, (b) pelayanan laboratorik yang memadai, teratur dan nyaman, tersedia untuk memenuhi semua keperluannya, (c) pelayanan laboratorik untuk gawat darurat tersedia, termasuk di luar jam kerja, (d) pelayanan laboratorik di luar rumah sakit dipilih berdasarkan reputasi yang baik dan memenuhi undang-undang serta peraturan terkait dan terakhir (e) pasien harus diberi tahu bila ada hubungan antara dokter yang merujuk dengan pelayanan laboratorik di luar rumah sakit.<sup>4-6</sup>

Pelayanan laboratorik yang ada di RS harus mencakup pelayanan untuk gawat darurat, baik yang dikerjakan di dalam RS maupun yang dilakukan dengan bekerjasama dengan pihak lain, atau keduanya. Pelayanan laboratorik untuk gawat darurat harus tersedia, walaupun di luar jam kerja. Dalam bakuhan ini, sangat jelas peran DSPK untuk memilih dan menilai pelayanan laboratorik di luar rumah sakit (laboratorium rujukan), yang kemudian akan dilaporkan kepada direktur RS untuk dijadikan dasar pembuatan maupun perpanjangan perjanjian kerjasamanya. Pelayanan laboratorik di luar rumah sakit harus memenuhi undang-undang dan peraturan terkait, serta mempunyai reputasi ketelitian dan pelayanan yang tepat waktu. Pasien diberikan penjelasan apabila pelayanan laboratorik di luar rumah sakit tersebut dimiliki oleh dokter yang merujuk.<sup>4,5</sup>

### Keberadaan Program Keamanan di Laboratorium, Pelaksanaan dan Pencatatannya

Unsur penilaian dalam bakuhan ini adalah (a) terdapat program keselamatan/keamanan pekerjaan laboratorik yang mengatur pencegahan bahaya yang terkait keselamatan dan berkemungkinan di laboratorium dan di kawasan lain yang mendapat pelayanan laboratorik, (b) program ini adalah bagian dari pengelolaan keselamatan/keamanan rumah sakit dan harus dilaporkan ke struktural pengelolaan keselamatan tersebut, sekurang-kurangnya setahun sekali atau bila terjadi kejadian terkait keselamatan, (c) terdapat kebijakan dan tatalangkah tertulis tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya, (d) identifikasi bahaya terkait keselamatan dijabarkan melalui pelaksanaan yang khas dan atau peralatan untuk mengurangnya, (e) staf laboratorium diberikan pengetahuan orientasi tatalangkah dan berlatih untuk

keselamatan/keamanan kerja, (f) staf laboratorium mendapat pelatihan-pendidikan untuk tatalangkah dan cara menggunakan bahan berbahaya yang baru.<sup>4-6</sup>

Dalam memenuhi bakuan ini, laboratorium harus memiliki program keselamatan/keamanan terkait laboratorium yang dipadukan dengan yang program K3RS. Petugas laboratorium membuat laporan pelaksanaan program keselamatan/keamanan kepada K3RS. Pelaporan paling sedikit sekali setahun atau setiap ada kejadian seperti: tertusuk jarum, terkena tumpahan sampel/bahan berbahaya, kebakaran dan kejadian gangguan keselamatan lainnya. Dalam memberi pengetahuan orientasi kepada karyawan baru dan pertemuan rutin di laboratorium, disosialisasikan program keselamatan/keamanan dan penggunaan tatalangkah baru. Terdapat kebijakan, panduan/pedoman dan bakuan tatalangkah penyelenggaraan penanganan dan pembuangan bahan berbahaya, termasuk daftar *Material Safety Data Sheets* (MSDS) dan penyimpanannya serta penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) untuk mengurangi bahaya terkait keselamatan. Pengaturan rekaman catatan yang ada di unit laboratorium, terdiri dari kebijakan pelayanan serta pedoman/panduannya, bakuan tatalangkah penyelenggaraannya/Standar Prosedur Operasional (SPO) dan program terkait rencana kerja tahunan.<sup>7</sup>

### **Terdapat Staf yang Benar-Benar Cakap dan Berpengalaman Melaksanakan Pengujian dan Menafsirkan Hasilnya**

Unsur penilaian dalam bakuan ini adalah (a) para petugas yang melaksanakan pengujian dan mereka yang mengarahkan atau mengawasi uji ditetapkan, (b) terdapat staf yang cakap dan cukup berpengalaman melaksanakan pengujian, (c) terdapat staf yang cakap dan cukup berpengalaman menafsirkan hasil pengujinya, (d) tersedia sejumlah staf yang mencukupi untuk memenuhi keperluan pasien dan terakhir (e) terdapat staf pengawas yang cakap (memenuhi syarat) dan berpengalaman.<sup>4-6</sup>

Dalam memenuhi bakuan ini, rumah sakit menetapkan staf laboratorium yang melaksanakan pengujian dan yang mengarahkan atau mengawasi pelaksana pemeriksaan. Staf pengawas dan yang teknis mendapat latihan secara baik dan memadai, berpengalaman, memiliki keterampilan dan diorientasikan pekerjaannya. Staf teknis diberi tugas sesuai dengan latihan dan pengalamannya. Jumlah staf untuk melaksanakan pemeriksaan cukup tersedia, termasuk untuk melayani pemeriksaan gawat darurat, yang ditunjukkan dengan keberadaan analisis/pola ketenagaannya.<sup>4,5</sup>

### **Hasil Memeriksa Laboratorik Tersedia dan dapat Menyelesaikan dalam Waktu Yang Sesuai dengan Ketentuan Rumah Sakit**

Unsur penilaian dalam bakuan ini adalah (a) rumah sakit menetapkan waktu yang diharapkan untuk pelaporan hasil memeriksa, (b) ketepatan waktu melaporkan hasil memeriksa yang mendesak/gawat darurat dapat diukur dan yang terakhir (c) hasil laboratorik dilaporkan dalam kerangka waktu, guna memenuhi keperluan pasien.<sup>4-6</sup>

Rumah sakit menetapkan jangka waktu yang diperlukan untuk melaporkan hasil menguji laboratorik. Hasil pemeriksaan yang mendesak, seperti dari: unit gawat darurat, kamar bedah dan pelayanan intensif, diberikan perhatian khusus dalam pengukuran waktu dan mutu.<sup>4,5</sup> Ketepatan waktu pemberian hasil direkam/didokumentasikan dengan baik.

### **Terdapat Tatalangkah Pelaporan Uji Diagnostik yang Gawat**

Unsur penilaian dalam bakuan ini adalah (a) metode bekerjasama digunakan untuk mengembangkan tatalangkah untuk pelaporan hasil dari pemeriksaan diagnostik yang gawat, (b) tatalangkah ini menetapkan nilai ambang kegawatan untuk setiap pengujian, (c) tatalangkah menetapkan oleh dan kepada siapa hasil yang kegawatan dari pemeriksaan diagnostik harus dilaporkan, (d) tatalangkah menetapkan apa yang dicatat di dalam rekam medis pasien dan yang terakhir (e) pelaksanaan dipantau agar ketentuan dapat terpenuhi dan dimodifikasi berdasarkan hasilnya.<sup>4-6</sup>

Pelaporan uji diagnostik yang gawat adalah bagian dari pokok persoalan keselamatan pasien. Hasil menguji yang secara bermakna di luar batas nilai yang normal dapat memberi petunjuk keberadaan bahaya yang tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien.<sup>4,5</sup> Hal inilah yang mesti dipahami dan disepakati antara DSPK dan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Nilai manakah yang merupakan kegawatan, sebab akan ada sistem pelaporan nilai terkait yang mengikutinya. Pelaporan tersebut ditetapkan dari dan untuk siapa, melalui dan seperti apa bentuk perekaman catatannya. Di samping kesepakatan tolok ukur nilai kegawatan, tentu perlu disepakati juga mekanisme pemantauan dan penilaiannya. Tantangan yang ada bakuan ini adalah terdapat nilai kegawatan yang berbeda di antara dokter penanggung jawab pasien, meskipun berasal dari disiplin ilmu yang sama. Apakah nilai kegawatan ini dapat dibuatkan ketentuan secara nasional atau tetap bersifat kesepakatan lokal, hal tersebut sebaiknya perlu didiskusikan.

### **Semua Peralatan untuk Pemeriksaan Laboratorik Diperiksa Secara Teratur dan Ada Upaya Pemeliharaan dan Kalibrasi Ulang, Serta Ada Pencatatan Terus Menerus untuk Kegiatan tersebut**

Unsur penilaian dalam bakuan ini adalah: (a) terdapat program pengelolaan peralatan laboratorium dan bukti pelaksanaannya, (b) dalam program termasuk pemilihan dan pengadaan alat, (c) dalam program termasuk pencatatan kepemilikan alat, (d) program termasuk inspeksi dan alat pengujian, (e) program termasuk kalibrasi dan pemeliharaan alat, (f) dalam program termasuk pemantauan dan tindak lanjutnya dan yang terakhir (g) semua pengujian, pemeliharaan dan kalibrasi alat direkam-catat secara memadai.<sup>4-6</sup>

Setiap tahun, penanggung jawab laboratorium wajib menyusun program dan rencana biaya untuk tahun berikutnya. Salah satu program yang disusun adalah yang terkait pengelolaan peralatan laboratorium. Program tersebut mencakup peremajaan alat yang di dalamnya termasuk proses memilih pengadaan alat, pencatatan kepemilikan, inspeksi dan pengujian. Program pengelolaan peralatan ini juga mencakup kalibrasi dan pemeliharaan peralatan yang dipantau/dinilai dan ditindaklanjuti. Segala tindakan dalam program ini hendaknya disertai dengan jadwal pelaksanaan dan bukti yang direkam dengan baik.

### **Selalu Tersedia Reagensia yang Mendasar dan Bahan Lain yang Diperlukan Sehari-hari dan Dinilai untuk Memastikan Ketelitian dan Ketepatan Hasil**

Penanggung jawab laboratorium menetapkan reagensia dan bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorik (daftar reagensia). Diperlukan pedoman tertentu dalam melakukan proses yang tepat guna untuk penyediaan reagen mulai dari pemesanan, penerimaan, penyimpanan dan penggunaan penilaian berkala untuk memastikan ketelitian serta ketepatan hasil memeriksa. Diperlukan pula pedoman tertulis untuk memastikan pemberian tanda yang lengkap dan teliti untuk reagensia dan larutan serta pedoman untuk menjamin ketersediaan reagensia yang perlu sekali dan bahan lain yang diperlukan.<sup>4,5</sup> Dalam hal ini, laboratorium harus memiliki sistem perbekalan/logistik yang baik. Unsur penilaian untuk bakuan ini adalah: (a) penetapan reagensia esensial dan bahan lain, (b) reagensia esensial dan bahan lain tersedia dan ada pemberitahuan untuk menyatakan bilamana bahan tersebut tidak tersedia, (c) semua reagensia disimpan dan disebarluaskan sesuai pedoman pembuatnya atau petunjuk kerja di kemasannya, (d) Pedoman tertulis telah dimiliki laboratorium dan

harus diikuti untuk menilai semua reagensia agar menghasilkan bahan yang teliti dan tepat dan yang terakhir (e) semua reagensia dan larutan diberi tanda yang lengkap dan teliti.<sup>4-6</sup>

Terdapat tatalangkah untuk pengambilan spesimen, identifikasi, penanganan, pengiriman yang aman dan pembuangannya yang harus dipatuhi

Terdapat beberapa unsur penilaian dalam bakuan ini, yang meliputi: (a) tatalangkah memandu permintaan pemeriksaan, (b) tatalangkah memandu pengambilan dan identifikasi spesimen, (c) tatalangkah memandu pengiriman, penyimpanan dan pengawetan spesimen, (d) tatalangkah memandu penerimaan dan *tracking* spesimen, (e) pelaksanaan tatalangkah dan terakhir (f) tatalangkah yang perlu diperhatikan pada pemeriksaan yang dilakukan di laboratorium di luar rumah sakit.<sup>4-6</sup>

Untuk memenuhi bakuan ini, rancangan acara laboratorium harus memiliki hal yang terkait tatalangkah penyelenggaraan tertentu tentang permintaan, pengambilan, identifikasi, pengiriman, penyimpanan, pengawetan dan *tracking* spesimen, baik untuk pemeriksaan yang dikerjakan di laboratorium tersebut maupun yang dirujuk. Tatalangkah tersebut dilaksanakan dan direkam-catat dengan baik.

### **Nilai Normal dan Rentang yang Digunakan Ditetapkan untuk Penafsiran dan Pelaporan Hasil Laboratorik Klinis**

Unsur penilaian dalam bakuan ini terdiri dari: (a) laboratorium telah menetapkan nilai/ rentang rujukannya untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan, (b) rentang-nilai rujukan ini harus disertakan dalam catatan klinis pada waktu hasil memeriksa dilaporkan, (c) rentang-nilai dilengkapi bila pemeriksaan dilaksanakan laboratorium luar, (d) rentang-nilai sesuai dengan geografi dan demografi rumah sakit dan terakhir (e) rentang-nilai ditelaah dan diperbaiki seperlunya secara berkala.<sup>4-6</sup>

DSPK pimpinan laboratorium menetapkan nilai/ rentang rujukannya untuk setiap pengujian yang dilaksanakan dan rentang nilai tersebut harus tercantum dalam hasil laboratorik, baik yang dikerjakan di laboratorium RS maupun dari yang rujukan. Nilai rujukan ini disesuaikan dengan geografi dan demografi rumah sakit dan selalu harus dinilai dan diperbaiki apabila cara memeriksa berubah.<sup>4,5</sup>

### **Terdapat Seorang yang Cakap Bertanggung Jawab Untuk Mengelola Pelayanan Laboratorik Klinik Atau Patologis**

Unsur penilaian dalam bakuan ini adalah: (a) pelayanan laboratorik klinis dan jenis lain di seluruh rumah sakit, ada dalam pengarahannya dan

pengawasan dari seorang atau lebih yang cakap, (b) bertanggung jawab untuk mengembangkan, menerapkan dan menjaga terlaksananya kebijakan dan rencana tatalangkah yang telah ditetapkan dan pelaksanakannya, (c) bertanggung jawab atas pengawasan administrasi yang telah ditetapkan dan pelaksanakannya, (d) bertanggung jawab untuk menjaga keterlaksanaan program pengawasan mutu yang telah ditetapkan dan pelaksanakannya, (e) bertanggung jawab untuk menyarankan laboratorium rujukan yang telah ditetapkan dan pelaksanakannya dan yang terakhir (f) bertanggung jawab untuk memantau dan menelaah semua pelayanan laboratorik di dalam dan di luar laboratorium yang telah ditetapkan dan pelaksanakannya.<sup>4-6</sup>

Pelayanan laboratorik klinik dipimpin/diarahkan oleh seorang yang cakap berdasarkan pelatihan, keahlian, dan pengalaman, sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang terkait dan berlaku. Individu ini memikul tanggung jawab profesional atas prasarana di laboratorium, pelayanannya dan pemeriksaan yang dilaksanakan di luar tempat tersebut seperti pada pemeriksaan di ruang perawatan (*Point of Care Testing/POCT*). Bila pimpinan laboratorium ini memberikan penyaranan klinis atau pendapat medis, maka yang bersangkutan harus seorang dokter, sedapat mungkin ahli patologi. Pelayanan laboratorik khusus dan di bawahnya harus dalam pengawasan yang terampil dan berpengalaman. Tanggung jawab kepala laboratorium adalah meliputi hal sebagai berikut: (a) mengembangkan, menerapkan dan menjaga terlaksananya kebijakan dan tatalangkah yang telah ditetapkan, (b) pengawasan administratif, (c) menjaga terlaksananya setiap program pengawasan mutu yang penting, (d) memberi saranan pelayanan kepada laboratorium luar lingkungannya dan yang terakhir (e) memantau dan menelaah semua pelayanan laboratorik.<sup>4,5</sup>

Tanggung jawab sebagai kepala laboratorium tersebut bukan merupakan tugas yang ringan. Tantangan yang dihadapi adalah mengawasi peralatan laboratorium yang ada di luar ruangan/digunakan di tempat lain, seperti misalnya alat POCT untuk pemeriksaan glukosa darah atau untuk jenis lainnya. Kebanyakan alat POCT tersebut bukan disediakan oleh laboratorium dan proses kalibrasi, pengendalian mutu maupun pemeliharannya tidak dalam pengawasan laboratorium. Semua tanggung jawab yang diemban oleh DSPK dalam kemampuannya sebagai kepala laboratorium tersebut, harus dituangkan dalam surat keputusan khusus, yang disertai dengan uraian tugasnya, dan dilengkapi dengan bukti pelaksanaannya.

### **Terdapat Tatalangkah Pengawasan Mutu, Dilaksanakan, Direkam dan Ada Pengujian Kecakapan/Keahlian (*Proficiency Testing*)**

Tatalangkah pengawasan mutu yang dimaksud adalah termasuk: (a) pengabsahan metode menguji untuk ketelitian, ketepatan dan rentang yang dapat dilaporkan, (b) penelitian/pengamatan harian atas hasil yang dikerjakan oleh staf laboratorium yang cakap, (c) langkah pembetulan yang cepat bila dijumpai ada kekurangan, (d) pengujian reagensia dan yang terakhir (e) perekamcatatan hasil langkah membetulkannya.

Pengujian berdasarkan keahlian menunjukkan bagaimana baiknya hasil laboratorik individual dibandingkan dengan jenis yang lain menggunakan cara yang sama. Di program laboratorium terdapat cara memelihara catatan kumulatif dari peranserta dalam pengujian secara keahlian. Pengujian secara keahlian atau penggantinya dilaksanakan untuk semua program laboratorik khusus.<sup>4,5</sup> Secara garis besar, laboratorium harus menyusun program pengawasan mutu yang mencakup hal tersebut di atas, baik yang bersifat internal (pemantapan mutunya/internal) maupun eksternal (pemantapan mutunya/eksternal). Setiap hasil memantapkan mutu internal maupun luar direkamcatat, dinilai dan ditidakanjuti bila tidak mencapai sasaran. Unsur penilaian dalam bakuan ini adalah: (a) terdapat program pengawasan mutu untuk pemeriksaan laboratorik klinis, (b) program tersebut termasuk pengabsahan cara menguji, (c) program yang termasuk surveilens harian atas hasil menguji, (d) program yang termasuk pembetulan cepat terkait keberadaan kekurangan, (e) program termasuk perekamcatatan hasil dan tindakan membetulkan, (f) unsur program tertera di a) s/d e) tersebut di atas ditetapkan dalam maksud dan tujuan serta pelaksanakannya, (g) program yang terdapat di laboratorium termasuk pula dalam pengujian secara keahlian, atau penggantinya untuk semua pelayanan yang terkait dan yang terakhir (h) catatan yang kumulatif dari keikutsertaannya dapat terpelihara.<sup>4-6</sup>

### **Rumah Sakit Secara Teratur Terdapat Program Menelaah Hasil Mengawasi Mutu Untuk Semua Pelayanan oleh Laboratorium Luar**

Unsur penelitian dalam bakuan ini adalah: (a) kekerapan dan tipe data pengawasan mutu dari laboratorium luar ditetapkan oleh rumah sakit, (b) staf yang cakap bertanggung jawab atas pengawasan mutu laboratorium atau seorang yang berkeahlian ditunjuk untuk menelaah hasil mengawasi mutu dari sumber luar rumah sakit, (c) staf yang bertanggung jawab

atau orang yang berkeahlian ditunjuk melakukan langkah atas dasar hasil mengawasi tersebut dan yang terakhir (d) diprogramkan laporan tahunan data pengawasan mutu dari laboratorium luar rumah sakit dan diserahkan kepada pimpinan untuk digunakan dalam memudahkan penyediaan sarana pengelolaan kontrak dan pembaharuannya.<sup>4-6</sup>

Rumah sakit secara teratur menerima laporan dan menelaah pengawasan mutu dari pelayanan laboratorik rujukan dan menetapkan individu yang cakap untuk mengerjakan telaahan tersebut. Selama ini, kebanyakan laboratorium rujukan tidak melaporkan hasil mengawasi mutunya kepada rumah sakit, baik yang mutu internal (untuk tolok ukur yang dirujuk) maupun eksternal. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi DSPK untuk dapat secara teratur menerima dan menilai hasil mengawasi mutu laboratorium rujukan, sebab berdasarkan pengalaman penulis, perlu komunikasi berulang kali untuk dapat memperoleh hasilnya tersebut.

### **Rumah Sakit Mempunyai Jangkauan dengan Ahli dalam Bidang Diagnostik Khusus Bila Diperlukan.**

Unsur penilaian dalam bakuan ini adalah: (a) daftar nama ahli untuk diagnostik khusus dijaga/dipertahankan keberadaannya (disimpan baik-baik) dan terakhir, (b) ahli dalam bidang diagnostik spesialisik dapat segera dihubungi dengan mudah bila diperlukan. Rumah sakit harus menetapkan dan memiliki penjangkauan untuk menghubungi ahli dalam bidang diagnostik khusus, terutamanya seperti yang terkait parasitologi, virologi, atau toksikologi bila diperlukan.<sup>4,5</sup>

## **PEMBAHASAN**

Dalam bakuan pelayanan laboratorik, terdapat 13 bagian dengan unsur masing-masing penilaiannya. Ketiga belas bagian tersebut adalah: 1) ada pelayanan laboratorik untuk memenuhi keperluan pasien yang sesuai dengan bakuan Nasional, undang-undang dan peraturan terkait, 2) ada program keamanan, ada staf yang benar-benar berkecakapan dan berpengalaman melaksanakan pengujian dan menafsir hasil lab, 3) terdapat staf yang benar-benar cakap dan berpengalaman melaksanakan pengujian dan menafsirkan hasilnya, 4) hasil memeriksa di laboratorium dapat cepat tersedia/selesai dalam waktu (sesuai ketetapan rumah sakit), 5) terdapat tatalangkah pelaporan hasil menguji diagnostik yang gawat, 6) semua peralatan untuk pemeriksaan laboratorik diperiksa secara teratur (pemeliharaan dan kalibrasi), reagensia yang penting dan bahan

lain yang diperlukan sehari-hari wajib tersedia dan dinilai, 7) terdapat tatalangkah untuk pengambilan spesimen, identifikasi, penanganan, pengiriman yang aman dan pembuangan spesimen, 8) terdapat nilai rujukan dan rentangnya yang digunakan untuk penafsiran dan pelaporan hasil memeriksa di laboratorium, 9) terdapat seorang yang cakap untuk bertanggung jawab dalam mengelola pelayanan laboratorik klinik atau patologi, 10) keberadaan tatalangkah pengawasan mutu yang dilaksanakan dan direkam catat, 11) pengujian kecakapan/keahlian (*proficiency testing*), 12) keberadaan telaahan hasil mengawasi mutu untuk pelayanan laboratorik rujukan dan 13) penjangkauan untuk penyaranan dengan ahli dalam bidang diagnostik kepakaran. Beberapa tantangan yang masih dihadapi dalam upaya untuk memenuhi bakuan tersebut adalah diperlukannya pemahaman dan kesepakatan antara DSPK dan DPJP, bahkan mungkin peranan PDS PatKlin mengenai nilai manakah yang merupakan gawat. Di samping itu, sebagian besar RS di Indonesia belum memiliki nilai rujukan laboratorium. Selama ini, nilai rujukan yang digunakan di laboratorium bersumber dari nilai rujukan alat/reagen yang digunakan, kesepakatan dari organisasi profesi/perkumpulan seminar dan nilai rujukan dari beberapa pustaka lainnya. Belum ada nilai rujukan yang disusun berdasarkan populasi dan geografi Indonesia. Pada pengalaman penulis beberapa kali mengikuti penilaian akreditasi di beberapa RS, tim surveyor tetap menginginkan nilai rujukan yang disusun berdasarkan populasi dan geografi masing-masing, bahkan walau telah ditunjukkan dengan yang pernah disusun oleh PDS PatKlin Cabang Jakarta. Hal ini sebaiknya menjadi tugas dari PDS PatKlin bersama untuk dapat merumuskan nilai rujukan untuk populasi atau mendiskusikannya dengan Tim Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) agar diperoleh pendapat yang sama tentang nilai terkait, mengingat penentuan nilainya bukan merupakan hal yang sederhana dan memerlukan biaya yang tidak sedikit. Tantangan lain yang dihadapi adalah dalam mengawasi peralatan laboratorium yang digunakan di ruangan lain, seperti misalnya alat POCT, karena kebanyakan alat tersebut bukan disediakan oleh laboratorium dan kalibrasi, pengawasan mutu maupun pemeliharaannya tidak dalam pengendalian laboratorium. Rumah sakit hendaknya secara teratur menerima laporan dan meralat pengawasan mutu dari pelayanan laboratorik rujukan. Selama ini, kebanyakan laboratorium rujukan tidak melaporkan hasil mengawasi mutunya kepada penanggung jawab laboratorium rumah sakit. Dalam salah satu bakuan penilaian, dinyatakan bahwa rumah sakit harus menetapkan dan memiliki jangkauan untuk menghubungi ahli dalam bidang diagnostik kepakaran seperti yang terkait parasitologi, virologi,

atau toksikologi. Pengalaman penulis setelah beberapa kali dinilai oleh tim pemantau KARS bahwa yang bersangkutan harus selalu menanyakan dan meminta daftar nama ahli diagnostik parasitologi, virologi dan toksikologi. Muncul pertanyaan dalam pikiran penulis apakah seorang DSPK tidak dapat dianggap sebagai seorang ahli dalam diagnostik parasitologi dan virologi? Dalam sertifikat kecakapan DSPK memang tidak secara jelas disebutkan ada keterkaitannya dengan bidang parasitologi dan virologi.

## **SIMPULAN**

Akreditasi RS adalah peringkat yang diberikan oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi, setelah dilakukan penilaian dan disimpulkan bahwa yang bersangkutan (RS tersebut) memenuhi bakuan pelayanannya untuk meningkatkan mutu terkait secara berkesinambungan. Pelayanan laboratorik merupakan salah satu komponen yang ada di bab Asesmen Pasien (AP), yang merupakan bagian dari kelompok bakuan pelayanan yang berfokus kepada pasien. Peranan Dokter Spesialis Patologi Klinik dalam akreditasi ini dapat bersifat internal maupun eksternal. Beberapa tantangan masih dihadapi dalam upaya untuk memenuhi bakuan tersebut. Sebaiknya menjadi tugas dari PDS PatKlin bersama untuk dapat merumuskan nilai rujukan untuk populasi atau mendiskusikannya dengan Tim Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Perlu pemahaman dan kesepakatan antara DSPK dan

DPJP, bahkan mungkin peranan PDSPatKlin mengenai nilai manakah yang merupakan gawat. Hendaknya kalibrasi, pengawasan mutu, maupun pemeliharaan alat POCT di seluruh ruangan rumah sakit, berada dalam pengendalian laboratorium. Rumah sakit hendaknya secara teratur menerima laporan dan meralat pengawasan mutu dari pelayanan laboratorik rujukan. Dalam sertifikat kecakapan DSPK hendaknya dipertimbangkan untuk menambahkan keterkaitannya dengan bidang parasitologi dan virologi.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit. 2<sup>nd</sup> Ed., Jakarta, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2013; 24–64
2. Atmodjo D. Survei Akreditasi RS versi 2012. Disampaikan dalam Workshop Asesor Internal Akreditasi Rumah Sakit, 2013; 19–52
3. Sutoto. Perubahan Paradigma Akreditasi Versi 2012 untuk Asesor Internal. Disampaikan dalam Workshop Asesor Internal Akreditasi Rumah Sakit, 2013; 16–22
4. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 5<sup>th</sup> Ed., USA, Department of Publications Joints Commission Resources, 2013; 79–104
5. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Standar Akreditasi Rumah sakit. Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011; 51–59
6. Lumenta NA. Telusur Pasien APK-AP-PP-PAB. Disampaikan dalam Workshop Asesor Internal Akreditasi Rumah Sakit, 2013; 66–75
7. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi. Jakarta, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012; 7–21