

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/43375/2024
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMUM
BALAI BESAR BIOMEDIS DAN GENOMIKA KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

- Menimbang
- a. bahwa Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan memiliki tugas melaksanakan pengelolaan layanan biomedis dan genomika kesehatan, dan untuk melaksanakan tugas tersebut diperlukan standar pelayanan minimum sebagai acuan penyelenggaraan pelayanan;
 - b. bahwa penyusunan standar pelayanan minimum Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan diperlukan sebagai upaya penjaminan mutu pelayanan serta untuk memenuhi persyaratan administratif agar dapat ditetapkan sebagai satuan kerja yang menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, serta untuk melaksanakan ketentuan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Standar Pelayanan Minimum Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
3. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
4. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1300);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2023 tentang Organisasi dan Tata Kerja Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 503);
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/537/2024 tentang Pendelegasian Wewenang Penetapan Standar Pelayanan Minimum Bagi

Satuan Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan
Yang Akan Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan
Badan Layanan Umum;

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMUM BALAI BESAR
BIOMEDIS DAN GENOMIKA KESEHATAN.
- KESATU : Menetapkan Standar Pelayanan Minimum Balai Besar
Biomedis dan Genomika Kesehatan yang selanjutnya disebut
SPM BB Binomika sebagaimana tercantum dalam Lampiran
yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan
Direktur Jenderal ini.
- KEDUA : SPM BB Binomika sebagaimana dimaksud dalam Diktum
KESATU menjadi acuan bagi BB Binomika untuk
menyelenggarakan pelayanan dan memenuhi persyaratan
administratif agar dapat ditetapkan sebagai satuan kerja yang
akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan
Umum (PPK-BLU) serta untuk menjamin mutu pelayanan yang
diperoleh masyarakat sebagai pengguna jasa.
- KETIGA : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan melaksanakan
pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan SPM BB
Binomika sesuai dengan kewenangan dan ketentuan peraturan
perundang-undangan.
- KEEMPAT : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal
ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 4 Juli 2024

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya

Ketua Tim Kerja Hukum

Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan



Rico Marbiansyah, SH, MH
NIP. 1982603192010121004

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/43375/2024
TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMUM BALAI BESAR BIOMEDIS DAN
GENOMIKA KESEHATAN

STANDAR PELAYANAN MINIMUM BALAI BESAR BIOMEDIS
DAN GENOMIKA KESEHATAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan merupakan unit pelaksana teknis Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang dibentuk dalam rangka melaksanakan tugas berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan biomedis dan genomika kesehatan menuju pelayanan kedokteran presisi. Dalam rangka melaksanakan tugas tersebut, Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan memiliki berbagai fungsi antara lain penyelenggaraan bank biospesimen, pengelolaan biospesimen, pelaksanaan sekuensing genom, pengelolaan data dan informasi genomik yang terintegrasi dan pemeriksaan laboratorium kesehatan.

Untuk melaksanakan tugas dan fungsi tersebut, Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan memerlukan suatu standar pelayanan minimum yang disusun sebagai tahap awal dari program penjaminan mutu terhadap pelayanan yang diberikan. Standar pelayanan minimum tersebut secara garis besar menguraikan pelayanan-pelayanan yang diberikan Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan, beserta uraian setiap standar dan indikator pencapaiannya. Selain itu, penyusunan Standar Pelayanan Minimum ini diperlukan dalam rangka memenuhi persyaratan administratif untuk dapat ditetapkan sebagai satuan kerja yang akan menyelenggarakan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

Standar pelayanan minimum ini menjadi acuan bagi seluruh sumber daya manusia yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan pada Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan, baik dalam penyelenggaraan pelayanan teknis maupun administratif.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Penyusunan standar pelayanan minimum ini dimaksudkan sebagai panduan bagi BB Binomika dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimum.

2. Tujuan

Penyusunan standar pelayanan minimum ini bertujuan untuk:

- a. meningkatkan kualitas dan kuantitas layanan laboratorium sesuai dengan kebutuhan masyarakat secara profesional dan akurat;
- b. melaksanakan pelayanan laboratorium yang responsif, profesional, berkualitas, inovatif dan kompetitif;
- c. menerapkan sistem manajemen laboratorium kesehatan secara konsisten;
- d. meningkatkan kompetensi sumber daya manusia di bidang teknis dan manajemen laboratorium;
- e. meningkatkan sarana dan prasarana sesuai dengan perkembangan teknologi terkini;
- f. meningkatkan kemitraan dalam jejaring laboratorium kesehatan; dan
- g. mengembangkan tata kelola administrasi dan keuangan yang efektif, efisien, transparansi dan akuntabel.

C. Pengertian

1. Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan yang selanjutnya disebut BB Binomika adalah unit pelaksana teknis Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang melaksanakan pelayanan di bidang biomedis dan genomika kesehatan.
2. Standar Pelayanan Minimum yang selanjutnya disebut SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan yang berhak diperoleh setiap pengguna layanan sekaligus merupakan spesifikasi teknis

tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada pengguna layanan.

3. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh BB Binomika kepada masyarakat.
4. Mutu Pelayanan adalah ukuran seberapa bagus layanan yang diberikan sesuai dengan ekspektasi pengunjung atau pelanggan.
5. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
6. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
7. Definisi operasional adalah penjelasan mengenai pengertian dari indikator.
8. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

D. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM

Di dalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan unit terkait;
2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan anggaran yang tersedia;
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggungjawabkan kepada publik;
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMUM

BALAI BESAR BIOMEDIS DAN GENOMIKA KESEHATAN

A. Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan minimum yang wajib diselenggarakan oleh BB Binomika meliputi:

1. Pelayanan Pemeriksaan Sekuensing Biogenom dan Genebank

Pelayanan pemeriksaan sekuensing biogenom dan genebank dilaksanakan untuk memeriksa informasi genetik seseorang yang dijadikan data pendukung diagnosis penyakit atau profil risiko penyakit atau kondisi kesehatan lainnya oleh tenaga ahli yang bersangkutan. Pemeriksaan dapat digunakan untuk pemeriksaan awal maupun pemeriksaan lanjutan. Informasi genetik yang didapatkan akan digunakan untuk mengidentifikasi perubahan atau variasi genetik terkait dengan risiko penyakit, diagnosis kondisi genetik, atau membantu pemahaman tentang warisan genetik. Pemeriksaan yang dilakukan berupa *Next Generation Sequencing* dengan platform bervariasi. Jenis layanan yang disediakan meliputi:

- a. pelayanan pemeriksaan sekuensing;
- b. pelayanan genebank; dan
- c. pelayanan penyimpanan data.

2. Pelayanan Pemeriksaan Laboratorium Kesehatan meliputi:

- a. pemeriksaan hematologi;
- b. pemeriksaan kimia klinik;
- c. pemeriksaan urinalisa;
- d. pemeriksaan bakteriologi;
- e. pemeriksaan parasitologi;
- f. pemeriksaan imunologi;
- g. pemeriksaan kimia kesehatan;
- h. pemeriksaan toksikologi; dan
- i. pemeriksaan virologi.

3. Pelayanan Media dan Reagensia

4. Pelayanan Pengolahan Limbah

5. Pelayanan Pemeliharaan Sarana

6. Pelayanan Administrasi dan manajemen

B. SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar

Adapun Standar Pelayanan Minimum untuk setiap jenis pelayanan, indikator dan standar tertuang pada BAB III dan uraian standar pelayanan minimum setiap pelayanan tertuang pada BAB IV.

BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMUM
SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

1. Pelayanan Pemeriksaan Sekuensing Biogenom dan Genebank

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|----------------------------|--|---|
| a. | Pemeriksaan sekuensing | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana Interpretasi Hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan sekuensing 4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 1. ≤ 7 hari kerja 2. Dokter Sp.MK S1 Biologi 3. $>80\%$ 4. 100% 5. $>85\%$ |
| b. | Pelayanan Genebank | 1. Waktu layanan 2. Akurasi hasil penyimpanan 3. Tidak adanya kesalahan selama penyimpanan 4. Kepuasan pelanggan | 1. < 2 hari kerja 2. $>80\%$ 3. $>80\%$ 4. $>85\%$ |
| c. | Pelayanan Penyimpanan Data | 1. Waktu layanan 2. Akurasi Data 3. Tidak adanya kesalahan pemberian data 4. Kepuasan pelanggan | 1. ≤ 1 tahun 2. $>80\%$ 3. 100% 4. $>85\%$ |

2. Pelayanan Pemeriksaan Laboratorium Kesehatan

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|--------------------------|--|---|
| a. | Pemeriksaan Hematologi | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana interpretasi hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 1. ≤ 2 jam 2. Dokter Sp.PK Dokter Umum 3. 100% 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |
| b. | Pemeriksaan Kimia Klinik | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana Interpretasi Hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 1. ≤ 4 jam 2. Dokter Sp.PK Dokter Umum 3. 100% 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |
| c. | Pemeriksaan Urinalisa | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana interpretasi hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 1. ≤ 2 jam 2. Dokter Sp.PK Dokter Umum 3. 100% 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |
| d. | Pemeriksaan Bakteriologi | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana interpretasi hasil | 1. ≤ 10 hari kerja 2. Sarjana Biologi Dokter Umum |

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|-----------------------------|--|--|
| | | 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 3. $\geq 90\%$ 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |
| e. | Pemeriksaan Parasitologi | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana interpretasi hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 1. ≤ 3 jam 2. Sarjana Biologi Dokter Umum 3. 100% 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |
| f. | Pemeriksaan Imunologi | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana interpretasi hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 1. $\leq 3,5$ jam 2. Dokter Sp.PK Dokter Umum 3. 100% 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |
| g. | Pemeriksaan Kimia Kesehatan | 1. Waktu layanan 2. Pelaksanaan interpretasi hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium | 1. ≤ 7 hari kerja 2. S1 Kimia Apoteker S1 Farmasi 3. $\geq 95\%$ |

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|-------------------------|--|---|
| | | 4. Tidak adanya kesalahan pemberian Hasil Pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |
| h. | Pemeriksaan Toksikologi | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana Interpretasi Hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian Hasil Pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 1. ≤ 10 hari kerja 2. S1 Kimia Apoteker S1 Farmasi 3. $\geq 95\%$ 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |
| i. | Pemeriksaan Virologi | 1. Waktu layanan 2. Pelaksana Interpretasi Hasil 3. Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian Hasil Pemeriksaan 5. Kepuasan pelanggan | 1. ≤ 7 jam 2. Dokter Sp.PK Dokter Umum S1 Biologi 3. $\geq 90\%$ 4. 100% 5. $\geq 85\%$ |

3. Pelayanan Media dan Reagensia

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|-------------------------------|--|--|
| a. | Pelayanan Media dan Reagensia | 1. Waktu layanan 2. Tersedianya media dan reagensia 3. Hasil uji kualitas dan sterilitas media 4. Hasil uji kualitas reagen | 1. ≤ 4 jam 2. 100% 3. 100% 4. 100% |

4. Pelayanan Pengolahan Limbah

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|-------------------|---|--|
| a. | Pengolahan Limbah | 1. Air Limbah sesuai standar yang berlaku 2. Pengangkutan limbah ≤ 24 jam 3. <i>Effluent</i> sesuai standar | 1. Sesuai ketentuan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan 2. 100% 3. Sesuai ketentuan pada Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 58/MENLH/12/1995 |

5. Pelayanan Pemeliharaan Sarana

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|---------------------|---|---------|
| a. | Pemeliharaan Sarana | 1. Ketepatan waktu dalam menanggapi kerusakan alat: a. perbaikan ringan 4 hari kerja | 1. 100% |

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|-----------------|--|---------|
| | | b. perbaikan sedang 10 hari kerja 2. Peralatan laboratorium yang digunakan terkalibrasi tepat waktu | 2. 100% |

6. Pelayanan Administrasi Dan Manajemen

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|----------------------------|---|--|
| a. | Administrasi dan manajemen | 1. Surat kenaikan pangkat pegawai yang diusulkan dalam waktu 1 tahun berhasil diterbitkan 2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala 3. Pegawai yang mendapat pelatihan dalam satu tahun 4. Kinerja pegawai baik 5. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketentuan waktu 6. Efisiensi anggaran | 1. >80% 2. 100% 3. $\geq 80\%$ 4. > 90% 5. 100% 6. 100% |

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|-----------------|--|---------------|
| | | 7. Ketepatan pelaksanaan anggaran sesuai perencanaan | 7. 100% |
| | | 8. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 8. 100% |
| | | 9. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 9. 100% |
| | | 10. Kecepatan pelayanan penerimaan order pengujian | 10. ≤10 menit |
| | | 11. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan | 11. 100% |
| | | 12. Kepuasan pelanggan | 12. ≥ 85% |

BAB IV

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM
SETIAP JENIS PELAYANAN

1. Pelayanan Pemeriksaan Sekuensing Biogenom dan Genebank

A. Pemeriksaan Sekuensing

1) Waktu layanan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 7 hari kerja |
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan waktu layanan pemeriksaan sekuensing |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan melalui teknik sekuensing setiap pasien dari mulai spesimen diterima di laboratorium sampai dengan hasil selesai ≤ 7 hari kerja |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai ≤ 7 hari kerja dengan hasil yang selesai > 7 hari kerja</p> <p>c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium ≤ 7 hari kerja dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% waktu layanan adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya ≤ 7 hari kerja</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: semua pemeriksaan selesai ≤ 7 hari kerja</p> |

| | |
|------------------|--|
| | c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan pasien dan lama waktu pemeriksaan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Genebank |

2) Akurasi hasil pemeriksaan sekuensing

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan sekuensing, Standar >80% |
| Tujuan | Gambaran ketepatan hasil pemeriksaan sekuensing |
| Definisi Operasional | Akurasi hasil pemeriksaan sekuensing adalah ketepatan hasil pemeriksaan sekuensing dengan bahan kontrol berdasarkan nilai: <ul style="list-style-type: none"> a. Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan terjadwal sebelum mulai melakukan pemeriksaan bahan kontrol b. Pemantapan Mutu Eksternal terjadwal c. Uji Kualitas Reagen untuk pemeriksaan bahan uji/sampel yang hasilnya masih sesuai terhadap bahan kontrol |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <ul style="list-style-type: none"> a. Pada fase-fase tertentu dalam proses sekuensing, hasil yang dikerjakan akan dikontrol kualitasnya menggunakan beberapa metode kontrol kualitas b. Sampel yang dapat masuk ke tahap berikutnya hanya sampel yang lolos kontrol kualitas c. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan sesuai jadwal yang hasilnya masih sesuai dengan bahan kontrol d. Pemantapan Mutu Eksternal yang dilaksanakan secara terjadwal e. Uji Kualitas Reagen terhadap bahan kontrol sebelum melakukan pemeriksaan bahan uji/sampel f. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan dengan bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan jumlah hasil |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>pemeriksaan yang masih sesuai terhadap bahan kontrol</p> <p>g. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang sesuai dengan bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan uji setiap bulan dikalikan 100%</p> |
| <p>Formulasi Pengukuran</p> | <p>% akurasi pemeriksaan sekuensing adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan sekuensing berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih sesuai</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| <p>Implementasi</p> | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan dengan bahan kontrol sekuensing dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah bahan kontrol pemeriksaan yang masih sesuai</p> <p>d. Alat pengukur: rekaman pemeriksaan bahan uji dan bahan kontrol</p> |
| <p>Penanggung Jawab</p> | <p>Kepala Instalasi Sekuensing</p> |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|---------------------------------|---|
| <p>Judul</p> | <p>Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100%</p> |
| <p>Tujuan</p> | <p>Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan</p> |
| <p>Definisi Operasional</p> | <p>Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang bersangkutan</p> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang benar diberikan kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> <p>b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan</p> <p>X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang tepat dalam satu bulan</p> <p>c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang tidak tepat dalam satu bulan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Sekuensing |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar >85% |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | % Kepuasan Pelanggan adalah: $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan: X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas Y = Total seluruh responden</p> |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Sekuensing |

B. Pelayanan Genebank

1) Waktu layanan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Waktu layanan, Standar < 2 hari kerja |
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan waktu layanan data dan sampel di Genebank |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu mulai dari input data, penyimpanan dan pengeluaran sampel/data dari Genebank |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah sampel/data dan waktu yang diperlukan untuk <i>in/out</i> sampel/data ke Genebank b. Pada akhir bulan dihitung pencatatan jumlah sampel dan waktu yang diperlukan untuk <i>in/out</i> sampel/data ke Genebank selesai < 2 hari kerja c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil pencatatan < 2 hari kerja dibandingkan dengan total data sampel/data setiap bulan |
| Formula Pengukuran | % waktu layanan Genebank adalah: $= \frac{X}{N} \times 100\%$ |

| | |
|------------------|---|
| | <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah pelayanan < 2 hari kerja</p> <p>N = Jumlah pelayanan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pelayanan Genebank: semua pelayanan Genebank selesai < 2 hari kerja</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pelayanan Genebank</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Genebank |

2) Akurasi hasil penyimpanan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Akurasi hasil penyimpanan, Standar >80% |
| Tujuan | Gambaran ketepatan sampel/data <i>in</i> dan <i>out</i> di Genebank |
| Definisi Operasional | <p>Akurasi hasil penyimpanan adalah ketepatan penyimpanan identitas/kodifikasi sampel/data sekuensing dengan cara:</p> <p>a. pemantapan mutu internal yang dilaksanakan terjadwal, pemantauan aplikasi, akomodasi lingkungan (suhu penyimpanan)</p> <p>b. meng-<i>update</i> dan memelihara sistem aplikasi</p> |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Adanya permintaan/kebutuhan sampel/data hasil sekuensing dari calon pengguna layanan</p> <p>b. Identifikasi sampel/data yang dibutuhkan</p> <p>c. Penyetujuan sampel/data yang akan digunakan</p> <p>d. Pengeluaran atau penyerahan sampel/data sesuai kepada calon pengguna</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% akurasi hasil penyimpanan adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah sampel/data yang dibutuhkan sesuai Mutu</p> <p>N = Total jumlah sampel/data sesuai mutu setiap bulan</p> |
| Implementasi | a. Sampel/data diambil: tiap bulan |

| | |
|------------------|--|
| | <p>b. Pemantapan Mutu Internal terhadap sampel/data yang dilakukan dalam satu bulan</p> <p>c. Alat pengukur: rekaman/<i>log book</i> keadaan sampel/data</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Genebank |

3) Tidak adanya kesalahan selama penyimpanan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan selama penyimpanan, Standar >80% |
| Tujuan | Gambaran jaminan mutu identitas sampel/data |
| Definisi Operasional | Tidak adanya kesalahan adalah tidak adanya kesalahan sampel/data selama penyimpanan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Adanya permintaan/kebutuhan sampel/data hasil sekuensing dari calon pengguna layanan</p> <p>b. Penyetujuan sampel/data yang akan digunakan</p> <p>c. Penerimaan dan pengeluaran atau penyerahan sampel/data sesuai kebutuhan kepada calon pengguna layanan</p> |
| Formulasi Pengukuran | <p>% akurasi tidak adanya kesalahan selama penyimpanan adalah:</p> $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah data pengukuran mutu sampel/data yang diberikan kepada calon pengguna layanan</p> <p>Y = Jumlah seluruh data pengukuran mutu sampel/data yang ada di Genebank dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah seluruh sampel/data yang diberikan kepada calon pengguna layanan dalam satu bulan</p> <p>c. Alat Pengukur: rekaman data seluruh sampel/data yang diberikan kepada calon pengguna layanan</p> |

| | |
|------------------|---------------------------|
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Genebank |
|------------------|---------------------------|

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar >85% |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas terhadap kesesuaian sampel/data yang dibutuhkan pengguna layanan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kesesuaian standar baku hasil uji pelayanan |
| Formula Pengukuran | % kepuasan pelanggan adalah: $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ Keterangan: X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas Y = Total seluruh responden |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Genebank |

C. Pelayanan Penyimpanan Data

1) Waktu layanan

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 1 tahun |
| Tujuan | Gambaran ketepatan waktu dan akurasi identifikasi sampel/data pemeriksaan sekuensing yang akan disimpan |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu penyimpanan sampel/data sekuensing |

| | |
|-----------------------|---|
| Cara penyimpanan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah sampel/data hasil sekuensing yang masuk dan waktu yang diperlukan untuk penyimpanan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah sampel/data yang ada</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% waktu layanan adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah sampel/data yang disimpan sesuai waktu layanannya</p> <p>N = Jumlah total sampel/data setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah sampel/data: penyimpanan ≤ 1 tahun</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah sampel/data dan lama waktu penyimpanan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Genebank |

2) Akurasi data

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Akurasi data, Standar >80% |
| Tujuan | Gambaran ketepatan spesifikasi identitas sampel/data yang disimpan |
| Definisi Operasional | Akurasi data adalah ketepatan spesifikasi identitas sampel/data hasil pemeriksaan sekuensing yang disimpan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah sampel/data hasil sekuensing yang masuk dan waktu yang diperlukan untuk penyimpanan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah sampel/data yang ada</p> <p>c. Sampel/data yang memenuhi hanya yang lolos kontrol kualitas</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% akurasi data adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> |

| | |
|------------------|--|
| | <p>Y = Sampel/data yang memenuhi hanya yang lolos kontrol kualitas</p> <p>N = Jumlah seluruh penyimpanan sampel/data setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Sampel/data yang memenuhi hanya yang lolos kontrol kualitas</p> <p>c. Jumlah seluruh sampel/data yang tersimpan</p> <p>d. Alat pengukur: rekaman pencatatan sampel/data</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi genebank |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian data

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian data, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan keabsahan atau kesesuaian data yang dibutuhkan |
| Definisi Operasional | Tidak adanya kesalahan pemberian data adalah ketepatan spesifikasi identitas sampel/data hasil pemeriksaan sekuensing yang disimpan |
| Cara Pelayanan Penyimpanan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah sampel/data hasil sekuensing yang masuk dan waktu yang diperlukan untuk penyimpanan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah sampel/data yang ada</p> <p>c. Sampel/data yang memenuhi hanya yang lolos kontrol kualitas</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% tidak adanya kesalahan pemberian data adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Sampel/data yang memenuhi hanya yang lolos kontrol kualitas</p> <p>N = Jumlah seluruh penyimpanan sampel/data setiap bulan</p> |
| Implementasi | a. Data diambil: tiap bulan |

| | |
|------------------|---|
| | <p>b. Sampel/data yang memenuhi hanya yang lolos kontrol kualitas</p> <p>c. Jumlah seluruh sampel/data yang tersimpan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman pencatatan sampel/data</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Genebank |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar >85% |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | <p>% kepuasan pelanggan adalah:</p> $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas</p> <p>Y = Total seluruh responden</p> |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Genebank |

2. Pelayanan Pemeriksaan Laboratorium Kesehatan

A. Pemeriksaan Hematologi

1) Waktu layanan

| | |
|-------|----------------|
| Judul | Waktu layanan, |
|-------|----------------|

| | |
|--------------------------------------|---|
| | Standar ≤ 2 jam |
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan waktu layanan pemeriksaan Hematologi |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan hematologi setiap pasien dari mulai spesimen diterima di laboratorium sampai dengan hasil selesai ≤ 2 jam |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai ≤ 2 jam dengan hasil yang selesai > 2 jam</p> <p>c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium ≤ 2 jam dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% waktu layanan <u>adalah</u>:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya ≤ 2 jam</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai ≤ 2 jam</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan pasien dan lama waktu pemeriksaan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

2) Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|-------|--|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium, Standar 100% |
|-------|--|

| | |
|--------------------------------------|---|
| Tujuan | Gambaran ketepatan layanan pemeriksaan Hematologi |
| Definisi Operasional | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan Hematologi dengan bahan kontrol berdasarkan nilai Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan setiap hari sebelum mulai melakukan pemeriksaan sampel, yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <ol style="list-style-type: none">a. Setiap hari direkap hasil pemeriksaan Hematologi dari bahan kontrolb. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan setiap hari sebelum mulai pemeriksaan pasien yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuaic. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Hematologi bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan dengan hasil pemeriksaan yang masih dalam batas rentang nilai kontrol dengan yang tidak masuk rentang nilai kontrold. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih dalam rentang nilai bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan kontrol setiap bulan dikalikan 100% |
| Formula Pengukuran | <p>% akurasi hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Hematologi bahan kontrol berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas rentang nilai yang sesuai</p> |

| | |
|------------------|--|
| | N = Jumlah seluruh pemeriksaan Hematologi bahan kontrol dalam satu bulan |
| Implementasi | <ul style="list-style-type: none"> a. Data diambil: tiap bulan b. Jumlah pemeriksaan bahan kontrol dalam satu bulan dihitung c. Jumlah pemeriksaan pasien berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai d. Alat pengukur: rekaman hasil pemeriksaan dan rekaman hasil pemeriksaan bahan kontrol |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <ul style="list-style-type: none"> a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang benar diberikan kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan |
| Formula Pengukuran | <p>% Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan</p> |

| | |
|------------------|--|
| | X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang benar diberikan kepada pelanggan dalam satu bulan</p> <p>c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang salah kepada pelanggan dalam satu bulan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar >85% |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | <p>% kepuasan pelanggan adalah:</p> $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas</p> <p>Y = Total seluruh responden</p> |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |

| | |
|------------------|----------------------------------|
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Patologi Klinik |
|------------------|----------------------------------|

B. Pemeriksaan Kimia Klinik

1) Waktu layanan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 4 jam |
| Tujuan | Gambaran kecepatan layanan pemeriksaan Kimia Klinik |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan Kimia Klinik setiap pasien dari mulai <i>specimen</i> diterima di laboratorium sampai dengan hasil siap diambil ≤ 4 jam |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai ≤ 4 jam dengan hasil yang selesai > 4 jam</p> <p>c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium ≤ 4 jam dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% waktu layanan adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya ≤ 4 jam</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai ≤ 4 jam</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan pasien dan lama waktu pemeriksaan</p> |

| | |
|------------------|--------------------------------------|
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |
|------------------|--------------------------------------|

2) Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran ketepatan layanan pemeriksaan Kimia Klinik |
| Definisi Operasional | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan Kimia Klinik bahan kontrol berdasarkan nilai Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan setiap hari sebelum mulai melakukan pemeriksaan sampel, yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai. |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Setiap hari direkap hasil pemeriksaan Kimia Klinik dari bahan kontrol</p> <p>b. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan setiap hari sebelum mulai pemeriksaan pasien yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai</p> <p>c. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan kimia klinik bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan dengan hasil pemeriksaan yang masih dalam batas rentang nilai kontrol dengan yang tidak masuk rentang nilai kontrol</p> <p>d. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih dalam rentang nilai bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan kontrol setiap bulan dikalikan 100%</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% akurasi hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ |

| | |
|------------------|--|
| | <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Kimia Klinik bahan kontrol berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>N = Jumlah seluruh pemeriksaan Kimia Klinik dari bahan kontrol dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan bahan kontrol dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah pemeriksaan pasien berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>d. Alat pengukur: rekaman hasil pemeriksaan sampel dan hasil pemeriksaan bahan kontrol</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang benar diberikan kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> <p>b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> |
| Formula Pengukuran | % Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah: |

| | |
|------------------|--|
| | $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan</p> <p>X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang benar diberikan kepada pelanggan dalam satu bulan</p> <p>c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang salah kepada pelanggan dalam satu bulan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | <p>% kepuasan pelanggan adalah:</p> $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> |

| | |
|------------------|--|
| | X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas Y = Total seluruh responden |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Patologi Klinik |

C. Pemeriksaan Urinalisa

1) Waktu layanan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 2 jam |
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan ketepatan waktu layanan pemeriksaan Urinalisa |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan Urinalisa setiap pasien dari mulai <i>specimen</i> diterima di laboratorium sampai dengan hasil siap diambil ≤ 2 jam |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai ≤ 2 jam dengan hasil yang selesai > 2 jam c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium ≤ 2 jam dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100% |
| Formula Pengukuran | % waktu layanan adalah: $= \frac{X}{N} \times 100\%$ Keterangan: X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya ≤ 2 jam N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan |
| Implementasi | a. Data diambil: tiap bulan |

| | |
|------------------|---|
| | <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai ≤ 2 jam</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan pasien dan lama waktu pemeriksaan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

2) Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran ketepatan layanan pemeriksaan Urinalisa |
| Definisi Operasional | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan Urinalisa bahan kontrol berdasarkan nilai Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan setiap hari sebelum mulai melakukan pemeriksaan pasien, yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Setiap hari direkap hasil pemeriksaan Urinalisa dari bahan kontrol</p> <p>b. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan setiap hari sebelum mulai pemeriksaan pasien yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai</p> <p>c. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Urinalisa bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan dengan hasil pemeriksaan yang masih dalam batas rentang nilai kontrol dengan yang tidak masuk rentang nilai kontrol</p> <p>d. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih dalam rentang nilai bahan kontrol dibandingkan dengan total</p> |

| | |
|--------------------|---|
| | pemeriksaan bahan kontrol setiap bulan dikalikan 100% |
| Formula Pengukuran | <p>% akurasi hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Urinalisa bahan kontrol berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>N = Jumlah seluruh pemeriksaan Urinalisa dari bahan kontrol dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan bahan kontrol dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah pemeriksaan pasien berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>d. Alat pengukur: rekaman hasil pemeriksaan dan rekaman hasil pemeriksaan bahan kontrol</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan | a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang benar diberikan kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan |

| | |
|-----------------------|---|
| Data | b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan |
| Formula Pengukuran | % Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah: $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan: N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | a. Data diambil: tiap bulan b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang benar diberikan kepada pelanggan dalam satu bulan c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang salah kepada pelanggan dalam satu bulan d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |

| | |
|-------------------------|---|
| Formulasi Pengukuran | % kepuasan pelanggan adalah: $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ Keterangan: X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas Y = Total seluruh responden |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

D. Pemeriksaan Bakteriologi

1) Waktu layanan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 10 hari kerja |
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan ketepatan waktu layanan pemeriksaan Bakteriologi |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan Bakteriologi setiap pasien dari mulai <i>sample/specimen</i> diterima di laboratorium sampai dengan hasil siap diambil ≤ 10 hari kerja |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai ≤ 10 hari kerja dengan hasil yang selesai > 10 hari kerja c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium ≤ 10 hari kerja dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100% |
| Formulasi Pengukuran | % waktu layanan <u>adalah</u> : $= \frac{X}{N} \times 100\%$ Keterangan: |

| | |
|------------------|--|
| | <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya ≤ 10 hari kerja</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai ≤ 10 hari kerja</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan pasien dan lama waktu pemeriksaan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Mikrobiologi |

2) Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan Bakteriologi, Standar $\geq 90\%$ |
| Tujuan | Gambaran ketepatan hasil pemeriksaan Bakteriologi |
| Definisi Operasional | <p>Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan Bakteriologi dengan bahan kontrol berdasarkan nilai:</p> <p>a. Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan terjadwal sebelum mulai melakukan pemeriksaan bahan kontrol</p> <p>b. Pemantapan Mutu Eksternal terjadwal</p> <p>c. Uji Kualitas media terhadap bahan kontrol untuk pemeriksaan bahan uji/sampel yang hasilnya masih sesuai dengan reaksi biokimia</p> |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Setiap hari direkap hasil pemeriksaan Bakteriologi dari jumlah bahan uji yang dibandingkan dengan kuman kontrol</p> <p>b. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan sesuai jadwal dengan bahan kontrol yang hasilnya masih sesuai dengan reaksi Biokimia</p> |

| | |
|--------------------|---|
| | <p>c. Pemantapan Mutu Eksternal yang dilaksanakan secara terjadwal</p> <p>d. Uji Kualitas media terhadap bahan kontrol untuk pemeriksaan bahan uji/sampel yang hasilnya masih sesuai dengan reaksi Biokimia</p> <p>e. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Bakteriologi dengan bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibandingkan dengan hasil pemeriksaan yang masih sesuai dengan reaksi Biokimia</p> <p>f. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih sesuai dengan reaksi Biokimia dari bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan uji (<i>sample</i>) setiap bulan dikalikan 100%</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% akurasi hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Bakteriologi berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang sesuai dengan reaksi Biokimia</p> <p>N = Jumlah seluruh pemeriksaan Bakteriologi bahan uji (<i>sample</i>) dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan bahan kontrol Bakteriologi dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah bahan uji berdasarkan pemeriksaan yang masih sesuai dengan reaksi Biokimia</p> <p>d. Alat pengukur: rekaman pemeriksaan bahan kontrol dan hasil pemeriksaan bahan uji</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Mikrobiologi |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan |
| Formula Pengukuran | % Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah: $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ Keterangan: N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan |
| Implementasi | a. Data diambil: tiap bulan b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang tepat dalam satu bulan c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang tidak tepat dalam satu bulan d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Mikrobiologi |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | % kepuasan pelanggan adalah: $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ Keterangan: X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas Y = Total seluruh responden |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Mikrobiologi |

E. Pemeriksaan Parasitologi

1) Waktu layanan

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 3 jam |
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan ketepatan waktu layanan pemeriksaan parasitologi |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan Parasitologi setiap pasien dari mulai <i>specimen</i> diterima di laboratorium sampai dengan hasil siap diambil ≤ 3 jam |
| Cara Pengambilan | a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan |

| | |
|---------------------|--|
| Dan Pengolahan Data | <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai \leq 3 jam dengan hasil yang selesai $>$ 3 jam</p> <p>c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium \leq 3 jam dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% waktu layanan adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya \leq 3 jam</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai \leq 3 jam</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan pasien dan lama waktu pemeriksaan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Mikrobiologi |

2) Akurasi hasil pemeriksaan Laboratorium

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan Parasitologi, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran ketepatan hasil pemeriksaan Parasitologi |
| Definisi Operasional | <p>Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan parasitologi dengan bahan kontrol berdasarkan nilai:</p> <p>a. Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan terjadwal sebelum mulai melakukan pemeriksaan bahan kontrol</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>b. Pemantapan Mutu Eksternal terjadwal</p> <p>c. Uji Kualitas Reagen untuk pemeriksaan bahan uji/<i>sample</i> yang hasilnya masih sesuai terhadap bahan kontrol</p> |
| <p>Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data</p> | <p>a. Setiap hari direkap hasil pemeriksaan Parasitologi dengan bahan kontrol</p> <p>b. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan sesuai jadwal yang hasilnya masih sesuai dengan bahan kontrol</p> <p>c. Pemantapan Mutu Eksternal yang dilaksanakan secara terjadwal</p> <p>d. Uji Kualitas Reagen terhadap bahan kontrol sebelum melakukan pemeriksaan bahan uji/sampel</p> <p>e. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Parasitologi dengan bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan jumlah hasil pemeriksaan yang masih sesuai terhadap bahan kontrol</p> <p>f. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang sesuai dengan bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan uji setiap bulan dikalikan 100%</p> |
| <p>Formula Pengukuran</p> | <p>% akurasi hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Parasitologi berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih sesuai</p> <p>N = Jumlah seluruh pemeriksaan Parasitologi dalam satu bulan</p> |
| <p>Implementasi</p> | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan dengan bahan kontrol Parasitologi dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah bahan kontrol pemeriksaan yang masih sesuai</p> |

| | |
|------------------|---|
| | d. Alat pengukur: rekaman pemeriksaan bahan uji dan bahan kontrol |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Mikrobiologi |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan |
| Formula Pengukuran | % Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah: $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ Keterangan: N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan |
| Implementasi | a. Data diambil: tiap bulan b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang tepat dalam satu bulan c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang tidak tepat dalam satu bulan |

| | |
|------------------|--|
| | d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Mikrobiologi |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formulasi Pengukuran | % kepuasan pelanggan adalah: $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan: X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas Y = Total seluruh responden</p> |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Mikrobiologi |

F. Pemeriksaan Immunologi

1) Waktu layanan

| | |
|--------|---|
| Judul | Waktu layanan, Standar $\leq 3,5$ jam |
| Tujuan | Gambaran kecepatan layanan pemeriksaan Immunologi |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan Immunologi setiap pasien dari mulai <i>specimen</i> diterima di laboratorium sampai dengan hasil siap diambil $\leq 3,5$ jam |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai $\leq 3,5$ jam dengan hasil yang selesai $> 3,5$ jam</p> <p>c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium $\leq 3,5$ jam dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%</p> |
| Formulasi Pengukuran | <p>% waktu layanan adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya $\leq 3,5$ jam</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai $\leq 3,5$ jam</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan pasien dan lama waktu pemeriksaan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

2) Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan Immunologi, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran ketepatan layanan pemeriksaan Immunologi |
| Definisi Operasional | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil |

| | |
|---|---|
| | <p>terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan Immunologi bahan kontrol berdasarkan nilai:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan setiap hari/terjadwal sebelum mulai melakukan pemeriksaan bahan uji/<i>sample</i> pasienb. Pemantapan Mutu Eksternal terjadwalc. Verifikasi reagen/kit terhadap bahan kontrol untuk pemeriksaan bahan uji/<i>sample</i> yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang telah ditetapkan |
| <p>Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data</p> | <ul style="list-style-type: none">a. Setiap hari direkap hasil pemeriksaan Immunologi dari bahan uji/<i>sample</i>b. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan setiap hari sebelum mulai pemeriksaan bahan uji/<i>sample</i> pasien yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai yang telah ditetapkanc. Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan secara terjadwald. Pemantapan Mutu Eksternal yang dilaksanakan secara terjadwale. Verifikasi reagen/kit terhadap bahan kontrol sebelum digunakan untuk pemeriksaan bahan ujif. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Immunologi dengan bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan dengan hasil pemeriksaan yang masih dalam batas rentang nilai kontrol dengan yang tidak masuk rentang nilai kontrolg. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih dalam rentang nilai bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan kontrol setiap bulan dikalikan 100% |

| | |
|----------------------|---|
| Formulasi Pengukuran | <p>% akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Immunologi berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>N = Jumlah seluruh pemeriksaan Immunologi bahan kontrol dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan bahan kontrol dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah pemeriksaan pasien berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang telah ditetapkan</p> <p>d. Alat pengukur: rekaman hasil pemeriksaan dan rekaman catatan hasil pemeriksaan bahan kontrol</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan |

| | |
|--------------------|---|
| | b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan |
| Formula Pengukuran | <p>% Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan</p> <p>X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang tepat dalam satu bulan</p> <p>c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang tidak tepat dalam satu bulan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Klinik |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |

| | |
|--------------------|---|
| Formula Pengukuran | <p>% kepuasan pelanggan adalah:</p> $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas</p> <p>Y = Total seluruh responden</p> |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Medik |

G. Pemeriksaan Kimia Kesehatan

1) Waktu layanan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 7 hari kerja |
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan ketepatan waktu layanan pemeriksaan Kimia Kesehatan |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan Kimia Kesehatan setiap <i>sample/specimen</i> dari mulai diterima di laboratorium sampai dengan hasil selesai ≤ 7 hari kerja |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai ≤ 7 hari kerja dengan hasil yang selesai > 7 hari kerja</p> <p>c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium ≤ 7 hari kerja dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% waktu layanan adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> |

| | |
|------------------|--|
| | <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya ≤ 7 hari kerja</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil : tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai ≤ 7 hari kerja</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan dan lamanya waktu pemeriksaan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Kimia Kesehatan |

2) Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan Kimia Kesehatan, Standar $\geq 95\%$ |
| Tujuan | Gambaran ketepatan hasil pemeriksaan Kimia Kesehatan |
| Definisi Operasional | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan Kimia Kesehatan dari bahan kontrol berdasarkan nilai Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan setiap pengujian sebelum mulai melakukan pemeriksaan <i>sample/specimen</i> , yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Setiap pengujian direkap hasil pemeriksaan Kimia Kesehatan dan bahan kontrol</p> <p>b. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan setiap pengujian sebelum mulai pemeriksaan <i>sample/specimen</i> yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai</p> <p>c. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Kimia Kesehatan dan bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>dengan hasil pemeriksaan yang masih dalam batas rentang nilai kontrol dengan yang tidak masuk rentang nilai kontrol</p> <p>d. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih dalam rentang nilai bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan kontrol setiap bulan dikalikan 100%</p> |
| <p>Formula Pengukuran</p> | <p>% akurasi Akurasi hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Kimia Kesehatan bahan kontrol berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>N = Jumlah seluruh pemeriksaan Kimia Kesehatan dari bahan kontrol dalam satu bulan</p> |
| <p>Implementasi</p> | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan bahan kontrol dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah pemeriksaan sampel/<i>specimen</i> berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>d. Alat pengukur: rekaman hasil pemeriksaan dan rekaman hasil pemeriksaan bahan kontrol</p> |
| <p>Penanggung Jawab</p> | <p>Kepala Instalasi Kimia Kesehatan</p> |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------|---|
| <p>Judul</p> | <p>Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100%</p> |
|--------------|---|

| | |
|--------------------------------------|---|
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan</p> <p>b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan</p> <p>X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang tepat dalam satu bulan</p> <p>c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang tidak tepat dalam satu bulan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Kimia Kesehatan |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|-------|--|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
|-------|--|

| | |
|--------------------------------------|---|
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | % kepuasan pelanggan adalah: $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan: X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas Y = Total seluruh responden</p> |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Kimia Kesehatan |

H. Pemeriksaan Kimia Toksikologi

1) Waktu layanan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Waktu layanan, Standar \leq 10 hari kerja |
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan ketepatan waktu layanan pemeriksaan Toksikologi |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan Toksikologi setiap <i>sample/specimen</i> dari mulai <i>sample/specimen</i> diterima di laboratorium sampai dengan hasil selesai \leq 10 hari kerja |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai \leq |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>10 hari kerja dengan hasil yang selesai > 10 hari kerja</p> <p>c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium ≤ 10 hari kerja dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%</p> |
| <p>Formula</p> <p>Pengukuran</p> | <p>% waktu layanan adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya ≤ 10 hari kerja</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai ≤ 10 hari kerja</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan dan lamanya waktu pemeriksaan</p> |
| <p>Penanggung Jawab</p> | Kepala Instalasi Kimia Kesehatan |

2) Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|------------------------------------|--|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan Toksikologi, Standar ≥ 95% |
| Tujuan | Gambaran ketepatan hasil pemeriksaan Toksikologi |
| <p>Definisi</p> <p>Operasional</p> | <p>Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan Toksikologi dari bahan kontrol berdasarkan nilai Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan setiap pengujian sebelum mulai melakukan pemeriksaan <i>sample/specimen</i>, yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data</p> | <p>a. Setiap pengujian direkap hasil pemeriksaan Toksikologi dan bahan kontrol</p> <p>b. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan setiap kali pengujian sebelum mulai pemeriksaan <i>sample/specimen</i> yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai</p> <p>c. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Toksikologi dan bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan dengan hasil pemeriksaan yang masih dalam batas rentang nilai kontrol dengan yang tidak masuk rentang nilai kontrol</p> <p>d. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih dalam rentang nilai bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan kontrol setiap bulan dikalikan 100%</p> |
| <p>Formulasi Pengukuran</p> | <p>% akurasi hasil pemeriksaan adalah:</p> $\frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Toksikologi bahan kontrol berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>N = Jumlah seluruh pemeriksaan Toksikologi dari bahan kontrol dalam satu bulan</p> |
| <p>Implementasi</p> | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan bahan kontrol dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah pemeriksaan <i>sample/specimen</i> berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> |

| | |
|------------------|--|
| | d. Alat pengukur: rekaman hasil pemeriksaan <i>sample/specimen</i> dan hasil pemeriksaan bahan kontrol |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Kimia Kesehatan |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | a. Pemberian hasil pemeriksaan merupakan akhir dari rangkaian layanan b. Rangkaian pelayanan pemeriksaan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan |
| Formulasi Pengukuran | % Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah: $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ Keterangan: N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan |
| Implementasi | a. Data diambil: tiap bulan b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang tepat dalam satu bulan |

| | |
|------------------|---|
| | <p>c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang tidak tepat dalam satu bulan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Kimia Kesehatan |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | <p>% kepuasan pelanggan adalah:</p> $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas</p> <p>Y = Total seluruh responden</p> |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Kimia Kesehatan |

I. Pemeriksaan Virologi

1) Waktu layanan

| | |
|-------|--|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 7 jam |
|-------|--|

| | |
|--------------------------------------|--|
| Tujuan | Gambaran kecepatan dan ketepatan waktu layanan pemeriksaan Virologi |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pemeriksaan Virologi setiap <i>specimen</i> dari mulai <i>specimen</i> diterima di laboratorium sampai dengan hasil siap diambil ≤ 7 jam |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Tiap hari dilakukan pencatatan jumlah pemeriksaan dan waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan di laboratorium, kemudian dibedakan hasil laboratorium yang selesai ≤ 7 jam dengan hasil yang selesai > 7 jam</p> <p>c. Dihitung target pelayanan tepat waktu, dari hasil laboratorium ≤ 7 jam dibandingkan dengan total pemeriksaan setiap bulan, dikalikan 100%</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% waktu layanan adalah:</p> $X \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah pemeriksaan yang waktu layanannya ≤ 7 jam</p> <p>N = Jumlah pemeriksaan setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah pemeriksaan: pemeriksaan semua selesai ≤ 7 jam</p> <p>c. Alat pengumpul data: rekaman jumlah pemeriksaan dan lama waktu pemeriksaan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Kimia Kesehatan |

2) Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|--------|---|
| Judul | Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium, Standar $\geq 90\%$ |
| Tujuan | Gambaran ketepatan layanan pemeriksaan Virologi |

| | |
|---|---|
| <p>Definisi Operasional</p> | <p>Akurasi hasil pemeriksaan laboratorium adalah nilai akurasi menunjukkan kedekatan hasil terhadap nilai sebenarnya yang telah ditentukan oleh metode standar. Ketepatan hasil pemeriksaan Virologi dari bahan kontrol berdasarkan nilai Pemantapan Mutu Internal yang dilaksanakan setiap hari sebelum mulai melakukan pemeriksaan <i>specimen</i>, yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai.</p> |
| <p>Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data</p> | <ol style="list-style-type: none"> a. Setiap hari direkap hasil pemeriksaan Virologi dari bahan kontrol b. Pemantapan Mutu Internal dilaksanakan setiap hari sebelum mulai pemeriksaan <i>specimen</i> yang hasilnya masih dalam batas rentang nilai bahan kontrol yang sesuai c. Pada akhir bulan dihitung jumlah pemeriksaan Virologi bahan kontrol yang diperiksa, kemudian dibedakan dengan hasil pemeriksaan yang masih dalam batas rentang nilai kontrol dengan yang tidak masuk rentang nilai kontrol d. Dihitung target akurasi hasil, dari hasil laboratorium yang masih dalam rentang nilai bahan kontrol dibandingkan dengan total pemeriksaan bahan kontrol setiap bulan dikalikan 100% |
| <p>Formulasi Pengukuran</p> | <p>% akurasi hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pemeriksaan Virologi bahan kontrol berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>N = Jumlah seluruh pemeriksaan Virologi dari bahan kontrol dalam satu bulan</p> |
| <p>Implementasi</p> | <ol style="list-style-type: none"> a. Data diambil: tiap bulan |

| | |
|------------------|---|
| | <p>b. Jumlah pemeriksaan bahan kontrol dalam satu bulan dihitung</p> <p>c. Jumlah pemeriksaan <i>specimen</i> berdasarkan nilai pemeriksaan bahan kontrol yang masih dalam batas nilai yang sesuai</p> <p>d. Alat pengukur: rekaman hasil pemeriksaan dan rekaman hasil pemeriksaan bahan kontrol</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Medik |

3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian layanan berupa penyerahan hasil pemeriksaan yang benar kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan</p> <p>b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan</p> |
| Formulasi Pengukuran | <p>% Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah:</p> $= \frac{N-X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan</p> <p>X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan yang benar kepada pasien/pelanggan dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | a. Data diambil: tiap bulan |

| | |
|------------------|--|
| | <p>b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang tepat dalam satu bulan</p> <p>c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang tidak tepat dalam satu bulan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Laboratorium Medik |

4) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | <p>% kepuasan pelanggan adalah:</p> $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas</p> <p>Y = Total seluruh responden</p> |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Patologi Klinik |

3. Pelayanan Media dan Reagensia

1) Waktu layanan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Waktu layanan, Standar ≤ 4 jam |
| Tujuan | Gambaran kecepatan pelayanan media dan reagensia |
| Definisi Operasional | Waktu layanan adalah lama waktu pelayanan media dan reagensia adalah waktu yang dibutuhkan untuk pembuatan media dan reagensia sampai dengan digunakan adalah ≤ 4 jam |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Setiap selesai pembuatan media dan reagen, dicatat jenis dan jumlahnya</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah media dan reagen yang dibuat sesuai dengan jenisnya, kemudian dibedakan kesediaan pembuatan media dan reagen yang ≤ 4 jam dengan yang > 4 jam</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% waktu layanan adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah media dan reagen yang tersedia ≤ 4 jam</p> <p>N = Jumlah seluruh media dan reagen setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Alat pengumpul data: rekaman pembuatan media dan reagensia</p> <p>c. Jumlah ketersediaan media dan reagensia yang selesai ≤ 4 jam</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Media dan Reagensia |

2) Tersedianya media dan reagensia

| | |
|-------|--|
| Judul | Tersedianya media dan reagensia, Standar 100% |
|-------|--|

| | |
|--------------------------------------|---|
| Tujuan | Gambaran ketersediaan seluruh media dan reagensi |
| Definisi Operasional | Tersedianya media dan reagensia adalah ketersediaan seluruh media dan reagensia untuk pemeriksaan laboraorium |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Setiap permintaan media dan reagen dicatat jenis dan jumlahnya</p> <p>b. Setiap selesai pembuatan media dan reagen, dicatat jenis dan jumlahnya</p> <p>c. Pada akhir bulan dihitung jumlah media dan reagen yang dibuat apakah sesuai dengan permintaan</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% tersedianya media dan reagensia adalah:</p> $= \frac{X}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah seluruh media dan reagensia yang dibuat setiap bulan</p> <p>N = Jumlah permintaan media dan reagensia setiap bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Alat pengumpul data: rekaman pembuatan media dan reagensia, rekaman permintaan media dan reagensia</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Media dan Reagensia |

3) Hasil uji kualitas dan sterilitas media

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Hasil uji kualitas dan sterilitas media, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran kualitas dan sterilitas media |
| Definisi Operasional | Uji kualitas dan sterilitas adalah uji kualitas dan sterilitas yang dilaksanakan setiap pembuatan media dalam rangka pemantapan mutu internal, untuk menjaga mutu media |
| Cara Pengambilan | a. Setiap pembuatan media dilakukan pemantapan mutu internal untuk menjaga |

| | |
|---------------------|--|
| Dan Pengolahan Data | <p>kualitas media dengan cara uji kualitas dan sterilitas</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah media yang diuji kualitas dan sterilitasnya</p> <p>c. Dihitung persentasi media yang diuji kualitas dan sterilitasnya dan dibandingkan dengan seluruh media yang dibuat</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% kualitas dan sterilitas media adalah:</p> $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah media yang baik kualitas dan sterilitasnya</p> <p>N = Jumlah seluruh media yang dibuat</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Alat pengumpul data: buku laporan uji kualitas, sterilitas pembuatan media</p> <p>c. Jumlah pembuatan media dalam satu bulan dilaporkan sesuai jenisnya</p> <p>d. Jumlah media yang baik kualitas dan sterilitasnya</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Media dan Reagensia |

4) Hasil Uji Kualitas Reagensia

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Hasil uji kualitas reagensia, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran kualitas reagensia |
| Definisi Operasional | Uji kualitas adalah uji kualitas yang dilaksanakan setiap pembuatan reagen dalam rangka pemantapan mutu internal, untuk menjaga mutu reagen |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Setiap pembuatan reagen dilakukan pemantapan mutu internal untuk menjaga kualitas reagen dengan cara uji kualitas</p> <p>b. Pada akhir bulan dihitung jumlah reagen yang diuji kualitasnya</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| | c. Dihitung persentasi reagen yang diuji kualitasnya dan dibandingkan dengan seluruh reagen yang dibuat |
| Formula Pengukuran | % kualitas reagensia adalah: $= \frac{Y}{N} \times 100\%$ Keterangan: Y = Jumlah reagen yang baik kualitasnya N = Jumlah seluruh reagen yang dibuat |
| Implementasi | a. Data diambil: tiap bulan b. Alat pengumpul data: buku laporan uji kualitas pembuatan reagen c. Jumlah pembuatan reagen dalam satu bulan dilaporkan sesuai jenisnya d. Jumlah reagen yang baik kualitasnya |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Media dan Reagensia |

4. Pelayanan Pengelolaan Limbah

1) Pengangkutan limbah ≤ 24 jam terlaksana

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pengangkutan Limbah ≤ 24 jam, Standar terlaksana 100% |
| Tujuan | Kecepatan layanan Pengangkutan Limbah |
| Definisi Operasional | a. Limbah adalah limbah infeksius dan non infeksius. 1) Limbah infeksius adalah limbah yang dihasilkan dari proses kegiatan laboratorium mikrobiologi dan sampel yang berpotensi menularkan penyakit. 2) Limbah non infeksius adalah sampau umum yang diperoleh dari kegiatan laboratorium sehari-hari b. Limbah infeksius dan non infeksius diangkut setiap hari kerja atau setelah 2/3 bagian tempat limbah sudah terisi, walaupun belum satu hari |

| | |
|---|--|
| | <p>c. Limbah non infeksius dari Tempat Penampungan Sementara (TPS) diangkut dan dibuang ke Tempat Pembuangan Akhir (TPA)</p> <p>d. Limbah infeksius</p> <p>1) limbah infeksius dari tempat limbah di ruangan langsung diangkut dan dibawa ke ruang Carbonizer</p> <p>2) Limbah infeksius yang berasal dari kegiatan mikrobiologi, dan sampel biologis harus melalui tahapan sterilisasi basah, sebelum dimasukkan ke ruang Carbonizer atau IPAL untuk dimusnahkan.</p> |
| <p>Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data</p> | <p>a. Dihitung jumlah TPS dan tempat limbah infeksius dalam satu bulan</p> <p>b. Dihitung jumlah TPS dan tempat limbah infeksius yang sudah diangkut isinya ≤ 24 jam dalam satu bulan</p> <p>c. Dihitung target pencapaiannya dengan menggunakan rumus</p> <p>d. Dievaluasi hasil pencapaian yang diperoleh</p> |
| <p>Formula Pengukuran</p> | <p>% pencapaian pengangkutan limbah ≤ 24 jam adalah:</p> $P = \frac{N \times n}{S \times n} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>P = % pencapaian pengangkutan limbah ≤ 24 jam</p> <p>N = Jumlah tempat sampah sementara dan tempat limbah infeksius yang diangkut dalam waktu ≤ 24 jam</p> <p>S = Jumlah seluruh tempat sampah sementara dan tempat limbah infeksius</p> <p>n = Jumlah hari setiap bulan</p> |
| <p>Implementasi</p> | <p>a. Jumlah TPS dan tempat limbah infeksius dalam satu bulan</p> |

| | |
|------------------|---|
| | b. Jumlah TPS dan tempat limbah infeksius yang sudah diangkut isinya \leq 24 jam dalam satu bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana |

2) *Effluent* sesuai standar

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | <i>Effluent</i> sesuai standar, Standar Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 58/MenLH/12/1995 |
| Tujuan | Tergambarnya keakuratan pembuangan limbah |
| Definisi Operasional | a. <i>Effluent</i> adalah zat terlarut dalam air limbah, sebelum disalurkan ke pembuangan umum harus melalui proses pengolahan terlebih dahulu, agar tidak mencemari lingkungan b. Hasil uji coba pemeriksaan sampel air limbah adalah pengujian sampel air limbah setelah diproses secara berkala yang dilaksanakan oleh instansi/lembaga yang berkompeten untuk menguji air limbah tersebut apakah sesuai dengan baku mutu Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 58/MenLH/12/1995 |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Pengukuran <i>Effluent</i> 1) Catat hasil pengukuran temperatur dan bandingkan dengan standar yang berlaku ($< 30^{\circ}\text{C}$) 2) Catat hasil pengukuran pH dan bandingkan dengan standar yang berlaku (6-9) 3) Catat hasil pengukuran BOD dan bandingkan dengan standar yang berlaku (<30) 4) Catat hasil pengukuran COD dan bandingkan dengan satandar yang berlaku (<80 mg/l) |

| | |
|--------------------|--|
| | <p>5) Catat hasil pengukuran TSS dan bandingkan dengan standar yang berlaku (<30 ppm/mg padatan per liter air)</p> <p>6) Catat hasil pengukuran NH₃ bebas dan bandingkan dengan standar yang berlaku (<0.1 ppm)</p> <p>7) Catat hasil pengukuran PO₄ dan bandingkan dengan standar yang berlaku (<2 ppm)</p> <p>8) Catat hasil pengukuran E.Coli dan bandingkan dengan standar yang berlaku (<1000 cfu)</p> <p>b. Dievaluasi hasil pencapaiannya</p> |
| Formula Pengukuran | Untuk mengevaluasi hasil pengolahan air limbah dilakukan dengan cara membandingkan antara hasil pemeriksaan laboratorium dengan standar yang berlaku sesuai baku mutu yang ditetapkan dalam Keputusan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 58/MENLH/12/1995 |
| Implementasi | <p>a. Pengambilan sampel <i>Effluent</i> limbah</p> <p>b. Lakukan pengukuran <i>Effluent</i></p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana |

5. Pelayanan Pemeliharaan Sarana

1) Ketepatan waktu dalam menanggapi kerusakan alat

| | |
|----------------------|--|
| Judul | <p>Ketepatan waktu dalam menanggapi kerusakan alat.</p> <p>1. <i>Time response</i> perbaikan ringan 4 hari kerja, Standar terlaksana 100%</p> <p>2. <i>Time response</i> perbaikan sedang 10 hari kerja, Standar terlaksana 100%</p> |
| Tujuan | Kecepatan layanan Instalasi Pemeliharaan Sarana |
| Definisi Operasional | a. <i>Time response</i> adalah waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan perbaikan |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>setelah laporan permintaan diterima Instalasi Pemeliharaan Sarana</p> <p>b. Perbaikan ringan adalah perbaikan yang dapat dilakukan oleh SDM yang tersedia, umumnya berupa:</p> <ol style="list-style-type: none">1) melakukan penggantian bahan/barang yang rusak sebagian atau seluruhnya dengan bahan/barang yang baru2) membersihkan bagian-bagian yang rusak sehingga sarana tersebut dapat berfungsi kembali <p>c. Perbaikan sedang adalah perbaikan dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none">1) kerusakan yang terjadi masih dapat diatasi oleh SDM yang tersedia2) proses pengerjaannya lebih berat dari perbaikan ringan3) bahan yang dibutuhkan lebih banyak dari perbaikan ringan4) kandungan pekerjaan lebih besar dari perbaikan ringan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Setiap ada permintaan perbaikan dihitung waktu penyelesaiannya sesuai kriteria perbaikannya</p> <p>b. Data hasil perbaikan direkap dalam waktu satu bulan</p> <p>c. Dihitung jumlah jenis perbaikan yang sudah dapat diselesaikan dalam waktu sesuai kriteria perbaikannya</p> <p>d. Dihitung jumlah seluruh jenis permintaan perbaikan yang diterima</p> <p>e. Dihitung jumlah prosentase pencapaiannya dengan menggunakan formula yang sudah dibuat</p> <p>f. Dievaluasi hasil pencapaiannya</p> |
| Formula Pengukuran | <p>a. <i>Time response</i> perbaikan ringan adalah:</p> $Pr = \frac{Nr}{Sr} \times 100\%$ |

| | |
|------------------|--|
| | <p>Keterangan:</p> <p>Pr = % Pencapaian <i>time response</i> perbaikan ringan 4 hari kerja</p> <p>Nr = Jumlah jenis perbaikan ringan yang dapat diselesaikan dalam waktu 4 hari kerja</p> <p>Sr = Jumlah seluruh jenis permintaan perbaikan ringan yang diterima Instalasi Pemeliharaan Sarana</p> <p>b. <i>Time response</i> perbaikan sedang:</p> $Ps = \frac{Ns}{Ss} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Ps = % pencapaian <i>time response</i> perbaikan sedang 10 hari kerja</p> <p>Ns = Jumlah jenis perbaikan sedang yang dapat diselesaikan dalam waktu 10 hari kerja</p> <p>Ss = Jumlah seluruh permintaan perbaikan sedang yang diterima Instalasi Pemeliharaan Sarana</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: setiap tahun anggaran</p> <p>b. Alat pengumpul data: data realisasi</p> <p>c. Jumlah sampel: data realisasi setiap akhir tahun</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana |

2) Peralatan laboratorium yang digunakan terkalibrasi tepat waktu

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Peralatan laboratorium yang digunakan terkalibrasi tepat waktu Standar 100% |
| Tujuan | Efektivitas Peralatan |
| Definisi Operasional | a. Kalibrasi adalah kegiatan untuk menentukan kebenaran konvensional nilai penunjukan alat dengan cara membandingkan dengan |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>standar ukur yang mampu tertelusur kestandar nasional dan atau internasional</p> <p>b. Peralatan laboratorium yang digunakan adalah alat laboratorium yang digunakan untuk pelayanan pemeriksaan dan harus dikalibrasi</p> <p>c. Kalibrasi dilakukan oleh instansi yang berkompeten dan/atau kalibrasi internal</p> |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Dihitung berapa jumlah alat laboratorium yang dipergunakan untuk pelayanan pemeriksaan sampel</p> <p>b. Dihitung berapa jumlah alat laboratorium yang dipergunakan untuk pelayanan pemeriksaan sampel dan sudah terkalibrasi dengan hasil laik pakai</p> <p>c. Dihitung pencapaian target dengan menggunakan formula yang sudah dibuat</p> |
| Formula Pengukuran | <p>% Peralatan laboratorium yang digunakan terkalibrasi adalah:</p> $P = \frac{C}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p><i>P</i> = Pencapaian target</p> <p><i>C</i> = Jumlah alat laboratorium yang dipergunakan dalam pemeriksaan sampel dan sudah terkalibrasi dengan hasil laik pakai</p> <p><i>N</i> = Jumlah semua alat laboratorium yang dipergunakan dalam pelayanan pemeriksaan sampel</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: setiap tahun anggaran</p> <p>b. Alat pengumpulan data: data realisasi</p> <p>c. Jumlah sampel: data realisasi setiap akhir tahun</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana |

6. Administrasi dan Manajemen

- 1) Surat kenaikan pangkat pegawai yang diusulkan dalam waktu 1 tahun berhasil diterbitkan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Surat kenaikan pangkat pegawai yang diusulkan dalam waktu 1 tahun berhasil diterbitkan, Standar > 80% |
| Tujuan | Efektivitas |
| Definisi Operasional | Kenaikan pangkat adalah kenaikan pangkat pegawai negeri sipil dilaksanakan sesuai perodesasi kenaikan pangkat dan diberikan kepada pegawai yang telah memenuhi persyaratan untuk kenaikan pangkat |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dari Daftar Urut Kepangkatan (DUK), data dari sistem informasi manajemen kepegawaian (SIMKA) bagi kenaikan pangkat reguler, usulan dari tim penilai angka kredit bagi tenaga fungsional |
| Formula Pengukuran | % Surat kenaikan pangkat pegawai yang diusulkan dalam waktu 1 tahun berhasil diterbitkan adalah: $= \frac{Y}{X} \times 100\%$ Keterangan: Y = Jumlah surat keputusan yang diterbitkan X = Jumlah usulan kenaikan pangkat |
| Implementasi | Surat usulan kenaikan pangkat |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

- 2) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

| | |
|--------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala, Standar 100% |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pengusulan kenaikan gaji berkala pegawai yang efektif dan efisien |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Pengusulan kenaikan gaji berkala adalah proses pengusulan kenaikan gaji berkala yang sesuai dengan jadwal |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data pegawai yang naik gaji berkala dalam satu tahun b. Data pegawai yang diusulkan kenaikan gaji berkalanya dengan tepat waktu |
| Formula Pengukuran | % Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala adalah: $= \frac{X}{N} \times 100\%$ Keterangan: X = Jumlah pegawai yang diusulkan kenaikan gaji berkalanya dengan tepat waktu N = Jumlah pegawai yang naik gaji berkala setiap tahun |
| Implementasi | Usulan kenaikan gaji berkala |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

3) Pegawai mendapatkan pelatihan dalam satu tahun

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Pegawai mendapat pelatihan dalam satu tahun, Standar $\geq 80\%$ |
| Tujuan | Kompetensi |
| Definisi Operasional | Pelatihan adalah pelatihan pegawai yang dilakukan di dalam dan di luar BB Binomika yang terkait dengan kompetensi |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data pegawai yang mengikuti pelatihan di dalam kantor b. Data pegawai yang mengikuti pelatihan di luar kantor c. Data semua pegawai d. Data pegawai yang belum mengikuti pelatihan |
| Formula Pengukuran | % Pegawai dapat pelatihan dalam satu tahun adalah: |

| | |
|------------------|--|
| | $= \frac{Y}{X} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah Pelatihan yang diikuti</p> <p>X = Jumlah Pelatihan yang ada</p> |
| Implementasi | Implemantasi pengukuran/analisa data hasil pengukuran sasaran mutu: <ol style="list-style-type: none"> a. Setiap bulan sesuai kebutuhan b. Target pencapaian $\geq 80\%$ selama 1 tahun |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

4) Kinerja pegawai baik

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kinerja pegawai baik Standar >90% |
| Tujuan | Kompetensi dan peningkatan mutu pegawai |
| Definisi Operasional | Kinerja pegawai baik adalah prediket kinerja pegawai yang mendapat nilai baik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai penilaian kinerja pegawai |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil berdasarkan penilaian kinerja pegawai dari tiap-tiap kepala unit |
| Formula Pengukuran | % Kinerja pegawai baik adalah: $= \frac{Y}{X} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>Y = Jumlah pegawai yang mendapat nilai kinerja baik</p> <p>X = Jumlah pegawai yang dinilai</p> |
| Implementasi | Hasil penilaian Indeks Kinerja Individu |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

5) Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketentuan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketentuan, Standar 100% |
| Tujuan | Tergambarnya ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketentuan |
| Definisi Operasional | Pemberian imbalan (insentif) adalah proses pemberian imbalan (insentif) yang sesuai dengan ketentuan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data jumlah frekuensi pemberian imbalan (insentif) pegawai dalam satu tahun b. Data jumlah frekuensi pemberian imbalan (insentif) yang tepat waktu |
| Formula Pengukuran | % Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketentuan adalah: $= \frac{X}{N} \times 100\%$ Keterangan: X = Jumlah frekuensi pemberian imbalan (insentif) yang tepat N = Jumlah frekuensi pemberian imbalan (insentif) pegawai dalam satu tahun |
| Implementasi | Sesuai ketentuan yang telah ditetapkan pimpinan |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

6) Efisiensi anggaran

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Efisiensi anggaran Standar 100% |
| Tujuan | Tergambarnya manajemen keuangan |
| Definisi Operasional | Efisiensi anggaran adalah penekanan pengeluaran anggaran dengan memperhatikan proporsional masing-masing alokasi anggaran pada DIPA tanpa menurunkan kualitas dan mutu jasa/barang |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | <p>a. Data diambil dari realisasi pada akhir tahun</p> <p>b. Data terdiri dari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Realisasi anggaran DIPA (RM) 2) Realisasi anggaran PNBPN 3) Realisasi masing-masing MAK |
| Formula Pengukuran | <p>% Efisiensi anggaran adalah:</p> $= \frac{\partial}{N} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>∂ = Selisih realisasi pagu dan realisasi anggaran</p> <p>N = Pagu anggaran</p> |
| Implementasi | <ol style="list-style-type: none"> a. Data diambil setiap akhir tahun anggaran b. Alat pengumpulan data adalah data realisasi c. Jumlah sampel adalah data realisasi setiap akhir tahun |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

7) Ketepatan pelaksanaan anggaran sesuai dengan perencanaan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan pelaksanaan anggaran sesuai dengan perencanaan, Standar 100% |
| Tujuan | Efektivitas dan efisiensi |
| Definisi Operasional | Ketepatan pelaksanaan anggaran sesuai dengan perencanaan adalah kesesuaian baik dalam volume, waktu dan kondisi dari kegiatan yang direncanakan dengan realisasi pelaksanaan di unit kerja yang memiliki tugas perencanaan dan keuangan yang dinyatakan melalui evaluasi oleh pimpinan satuan kerja melalui tim pemeriksaan internal yang dilakukan secara periodik setiap 3 bulan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara mengumpulkan laporan realisasi pembayaran serta realisasi SPM dari bendahara pengeluaran dan berita acara penerimaan dari panitia penerima, pada setiap kegiatan pengadaan barang |

| | |
|-------------------------|--|
| Formulasi Pengukuran | % pelaksanaan anggaran sesuai rencana adalah: $\frac{Y}{X} \times 100\%$ Keterangan: Y = Realisasi pembayaran X = Alokasi anggaran |
| Implementasi | Diambil selama 1 minggu, setiap 3 bulan pada minggu pertama bulan ke 4, sesuai dengan target pencapaian |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

8) Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

| | |
|---|---|
| Judul | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja, Standar 100% |
| Tujuan | Efektivitas dan efisiensi laporan akuntabilitas kinerja |
| Definisi Operasional | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja adalah kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja yang meliputi program dan kegiatan, berupa persentase pencapaian kegiatan dan anggaran |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Seluruh data yang dibutuhkan dalam penyusunan laporan akuntabilitas kinerja b. Data laporan yang dapat tersedia untuk penyusunan laporan akuntabilitas kinerja |
| Formulasi Pengukuran | % kelengkapan laporan akuntabilitas adalah: $= \frac{Y}{X} \times 100\%$ Keterangan: Y = Data laporan yang dapat tersedia untuk penyusunan laporan akuntabilitas kinerja X = Jumlah seluruh data yang dibutuhkan dalam penyusunan laporan akuntabilitas kinerja |
| Implementasi | Data diambil setiap tahun |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

9) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan, Standar 100% |
| Tujuan | Tergambarnya ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan |
| Definisi Operasional | Ketepatan waktu adalah ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan yang tepat waktu |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data jumlah frekuensi penyusunan laporan keuangan dalam satu tahun b. Data jumlah frekuensi penyusunan laporan keuangan yang tepat waktu |
| Formula Pengukuran | % Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan adalah: $= \frac{X}{N} \times 100\%$ Keterangan: Y = Jumlah frekuensi penyusunan laporan keuangan yang tepat waktu X = Jumlah frekuensi penyusunan laporan keuangan dalam satu tahun |
| Implementasi | Laporan dibuat setiap tahun |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

10) Kecepatan pelayanan penerimaan order pengujian

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kecepatan pelayanan penerimaan order pengujian, Standar ≤10 menit |
| Tujuan | Kecepatan layanan penerimaan order pengujian |
| Definisi Operasional | Kecepatan pelayanan penerimaan order pengujian adalah kecepatan dalam pelayanan terhadap pelanggan terutama pada penerimaan order pengujian |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data penerimaan order pengujian ≤10 menit |

| | |
|-------------------------|--|
| Formulasi Pengukuran | % Kecepatan pelayanan penerimaan order pengujian adalah: $= \frac{Y}{X} \times 100\%$ Keterangan: X = Jumlah layanan penerimaan order pengujian ≤ 10 menit Y = Jumlah penerimaan order pengujian |
| Implementasi | Data diambil setiap hari berdasarkan jumlah pelanggan yang melakukan order pengujian selama 1 bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

11) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

| | |
|--------------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan, Standar 100% |
| Tujuan | Gambaran jaminan kerahasiaan hasil pemeriksaan dan mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Pemberian hasil pemeriksaan adalah akhir dari rangkaian pelayanan pemeriksaan berupa penyerahan hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang bersangkutan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | a. Data pemberian hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan b. Data pemberian hasil pemeriksaan yang salah diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan |
| Formulasi Pengukuran | % Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan adalah: $= \frac{N-X}{Y} \times 100\%$ N = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan |

| | |
|------------------|---|
| | <p>X = Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang bukan bersangkutan dalam satu bulan</p> <p>Y = Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan</p> |
| Implementasi | <p>a. Data diambil: tiap bulan</p> <p>b. Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan yang bersangkutan dalam satu bulan</p> <p>c. Jumlah pemberian hasil pemeriksaan kepada pelanggan yang bukan bersangkutan dalam satu bulan</p> <p>d. Alat Pengukur: rekaman data seluruh hasil pemeriksaan yang diberikan kepada pelanggan</p> |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

12) Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan, Standar $\geq 85\%$ |
| Tujuan | Gambaran persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas dan sangat puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan |
| Cara Pengambilan Dan Pengolahan Data | Data diambil dengan cara memberikan kuesioner kepada pelanggan yang antara lain meliputi aspek kecepatan pelayanan dan penanganan pengunjung dan sikap petugas |
| Formula Pengukuran | <p>% kepuasan pelanggan adalah:</p> $= \frac{X}{Y} \times 100\%$ <p>Keterangan:</p> <p>X = Jumlah responden yang menyatakan puas dan sangat puas</p> |

| | |
|------------------|-------------------------------------|
| | Y = Total seluruh responden |
| Implementasi | Data diambil: tiap bulan |
| Penanggung Jawab | Kepala Sub Bagian Administrasi Umum |

BAB V
PENUTUP

Penetapan SPM ini menjadi acuan bagi penyelenggaraan pelayanan BB Binomika sesuai dengan tugas dan fungsinya. Standar minimum yang tertuang pada Keputusan Direktur Jenderal ini memuat uraian pelayanan yang diselenggarakan BB Binomika, dilengkapi dengan indikator dan standar capaiannya. Mengingat kondisi sumber daya masing-masing pelayanan tidak sama maka diperlukan pentahapan dalam pemenuhan standar minimum oleh masing-masing unit pelayanan, sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas sarana, prasarana, serta kebutuhan masyarakat.

Oleh karena standar pelayanan yang tertuang pada SPM ini merupakan standar minimum, maka pemenuhan terhadap standar yang tertuang pada setiap pelayanan harus menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran BB Binomika sehingga pelayanan yang diselenggarakan memenuhi standar minimum yang tertuang dalam Keputusan Direktur Jenderal ini.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

