

**HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN SUMBER DAYA MANUSIA
TERHADAP MUTU INTERNAL PELAYANAN LABORATORIUM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UMBU RARA MEHA
WAINGAPU**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan
Pendidikan Diploma IV Kesehatan
Program Studi Analis Kesehatan



Diajukan Oleh:

LULUK MAKHFUDLOTIN

G1C215056

**PROGRAM STUDI D IV ANALIS KESEHATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG**

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul “Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu” oleh Luluk Makhfudlotin (NIM : G1C215056)
Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan D IV Kesehatan Program Studi Analis Kesehatan

Telah disetujui oleh :

PembimbingI

PembimbingII

dr.Yunita Rumprakti S, M.Kes

NIP. 19570603 198801 2 001

Tanggal,

Dra.Yusrin, M.Pd

NIK. 28.6.1026.044

Tanggal,

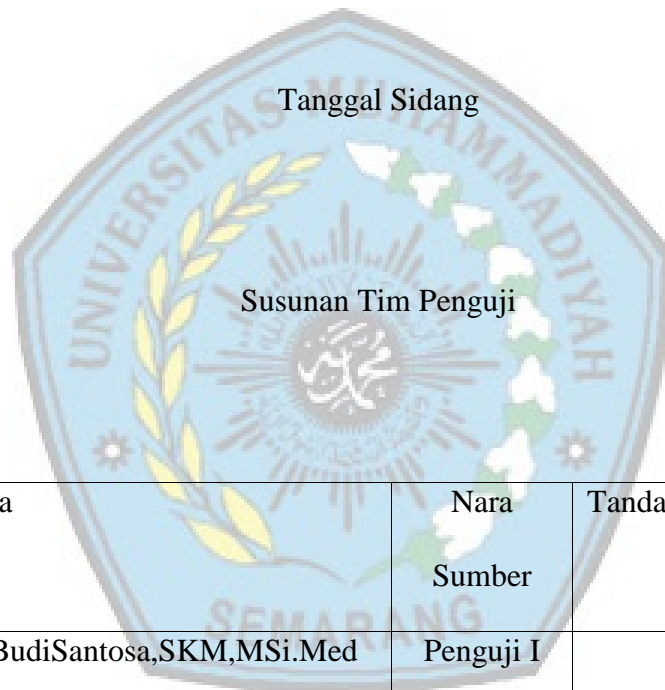
Mengetahui,
Ketua Program Studi D IV Analis Kesehatan
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan

Dra Sri SintoDewi, M.Si. Med

NIK. 28.6.1026.034

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini telah diajukan pada sidang Ujian Jenjang Pendidikan Tinggi Diploma IV Kesehatan Program Studi Analisis Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.



No	Nama	Nara Sumber	Tanda Tangan	Tanggal
1	DR. Budi Santosa, SKM, M.Si, Med	Penguji I		
2	dr. Yunita Rumprakti S, M Kes	Penguji II		
3	Dra. Yusrin, M.Pd	Penguji III		

**PROGRAM STUDI D IV ANALIS KESEHATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG**

Skripsi 2016

Luluk Makhfudlotin

**HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)
TERHADAP MUTU INTERNAL PELAYANAN LABORATORIUM DI RSUD
UMBU RARA MEHA WAINGAPU**

Abstrak

Latar belakang : Mutu pelayanan laboratorium di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh sumber daya dalam hal ini sumber daya manusia laboratorium kesehatan itu sendiri. Sebagai penentu diagnosa, laboratorium dalam kegiatannya melaksanakan program pemantapan mutu khususnya internal yang sesuai standar operasional prosedur untuk mengendalikan hasil dan mengetahui penyimpangan hasil sehingga dapat memberikan mutu yang baik dan memuaskan pelanggan laboratorium.

Tujuan Penelitian : Untuk mengetahui tingkat kepatuhan Sumber Daya Manusia dalam menjalankan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Prosedur terhadap mutu pelayanan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

Metode Penelitian : Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif analitik korelasi. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh sumber daya manusia laboratorium yang berjumlah 12 orang dan pasien laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu. Mutu pelayanan laboratorium di nilai berdasarkan kepatuhan sumberdaya manusia dan kepuasan pelanggan laboratorium

Hasil penelitian : Sumber daya manusia sebagian besar menerapkan kepatuhan dalam menjalankan pemantapan mutu internal sesuai SOP sebanyak 9 responden (75%), dan sebagian besar mempunyai mutu pelayanan internal yang baik sebanyak 6 responden (50,0%). Ada hubungan yang bermakna tingkat kepatuhan sumber daya manusia terhadap mutu internal pelayanan laboratorium RSUD Umu Rara Meha Waingapu p value sebesar 0,011.

Kata kunci : Sumber daya manusia dan mutu pelayanan internal

Kepustakaan : 22 (2005 – 2014)

**STUDY D IV ANALIS HEALTH
FACULTY OF NURSING AND HEALTH
UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH SEMARANG**

**Thesis 2016
Luluk Makhfudlotin**

**CORRELATION BETWEEN COMPLIANCE OF HUMAN RESOURCES (HR) IN
INTERNAL QUALITY OF SERVICE IN LABORATORY HOSPITAL UMBU
RARA MEHA WAINGAPU**

Abstract

Background: The quality of laboratory services at the hospital was very affected by the resources in this case the laboratory health workers themselves. As a determinant of diagnosis the laboratory in its activities implementing quality assurance especially suitable internal standard operating procedures to control the results and determine the result of irregularities so as to provide good quality and satisfying customers laboratory.

Objective: To determine the level of compliance of Human Resources in the running Strengthening Internal Quality according to Standard Operating Procedures for the quality of laboratory services Regional General Hospital Umbu Rara Meha Waingapu.

Methods: This study used quantitative research analytic correlation. The population in this study are all laboratory human resources amounting to 12 people and patients with laboratory at the General Hospital of Umbu Rara Meha Waingapu. Quality laboratory services at a value based on the adherence of human resources and customer satisfaction laboratory

Results: Human resources most of enforcing compliance in conducting internal quality assessment according to the SOP on phase as much as 9 respondents (75%), and most have a good internal service quality as much as 6 respondents (50.0%). There was a significant correlation of human resource level of compliance against internal quality of services laboratory Umbu Rara Meha Hospital Waingapu p value of 0.011.

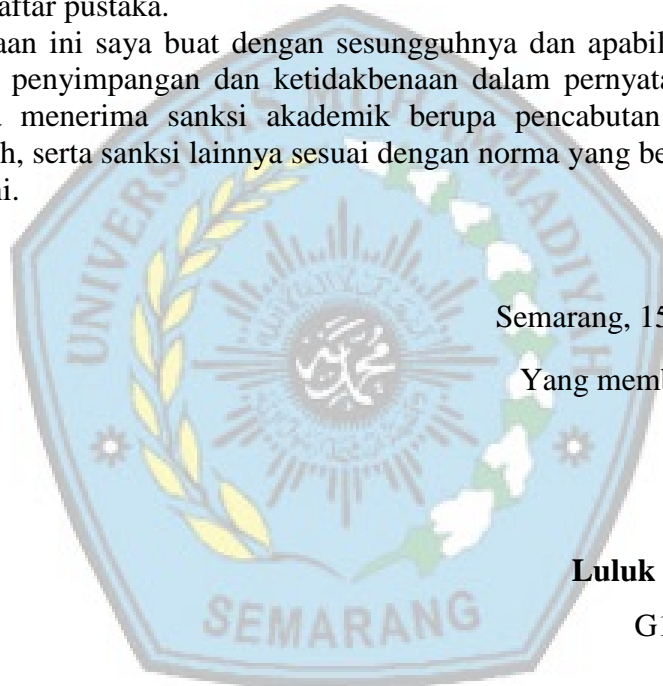
Keywords: Human resources and internal quality of services

Bibliography: 22 (2005 - 2014)

SURAT PERNYATAAN ORIGINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Skripsi ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana), baik di Universitas Muhammadiyah Semarang maupun di perguruan tinggi lain.
2. Skripsi ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing dan masukan Tim Penguji.
3. Dalam skripsi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai sumber acuan dengan disebutkan nama pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaan dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.



Semarang, 15 September 2016

Yang membuat pernyataan,

Luluk Makhfudlotin

G1C215056

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat, hidayah dan inayah-Nya, sholawat dan salam kepada junjungan kita Baginda Rasulullah SAW beserta keluarga dan para Sahabat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Dalam Melaksanakan Pemantapan Mutu Internal Sesuai Standar Operasional Prosedur Terhadap Mutu Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu”.

Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma IV Analisis Kesehatan di Universitas Muhammadiyah Semarang.

Penulis menyadari bahwa terselesainya skripsi ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, Penulis menyampaikan ucapan Terima Kasih kepada:

1. dr. Yunita Rumprakti, S.M Kes, selaku pembimbing pertama yang dengan sabar dan telaten memberikan bimbingan, saran koreksi dan petunjuk bagi penulis sehingga skripsi ini dapat di selesaikan.
2. Dra. Yusrin, MPd, selaku pembimbing kedua yang dengan sabar memberikan bimbingan, saran, koreksi dan petunjuk bagi penulis sehingga skripsi ini dapat di selesaikan.

3. Suamiku tersayang Kompol Abdullah Paoh, yang sudah memberikan ijin untuk melanjutkan pendidikan Diploma IV di Universitas Muhammadiyah Semarang.
4. Anak-anakku tercinta Kharisma Timor Nur Aulia Paoh dan Kharisma Alsid Nur Azizah Paoh yang selalu menjadi penyemangat tiada henti dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Kedua orang tuaku Drs.H.Moh.Amin Toha, Hj.Muniroh yang telah memberikan bantuan materi dan spiritual sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini
6. Pak Nurjani, Maghfira Lamer, Euis Istianah, Wisna yang sudah membantu secara teknis dalam menyelesaikan skripsi. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebut satu per satu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari masih banyak ketidak sempurnaan dan kekurangan dalam penulisan tugas akhir ini. Akhirnya, penulis berharap masukan, kritik dan saran yang membangun dari semua pihak. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca.

Semarang, September 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.3.1. Tujuan Umum.....	3
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Untuk Instalasi Laboratorium.....	4
1.4.2. Untuk Institusi atau Akademik.....	4
1.4.3. Untuk Peneliti.....	4
1.4.4. Untuk Masyarakat	5
1.5. Originalitas Penelitian	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Kepatuhan Sumber Daya Manusia	8
2.1.1. Pengertian Kepatuhan.....	8
2.1.2. Sumber Daya Manusia	9
2.1.3. Kepatuhan Sumber Daya Manusia	9
2.2. Tinjauan Umum Pemantapan Mutu	11
2.2.1. Pemantapan Mutu Laboratorium Kesehatan	11

2.2.2. Tujuan Pemantapan Mutu	12
2.2.3. Pemantapan Mutu Eksternal (PME).....	12
2.2.4. Pemantapan Mutu Internal (PMI).....	14
2.3. Definisi Standar Operasional Prosedur	33
2.3.1. Pengertian Standar.....	33
2.3.2. Pengertian Operasional	33
2.3.3. Pengertian Prosedur.....	33
2.3.4. Tujuan.....	34
2.3.5. Manfaat	34
2.3.6. Penulisan Standar Operasional Prosedur.....	35
2.3.7. Macam – macam Standar Prosedur.....	36
2.4. Mutu Pelayanan.....	36
2.4.1. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan	36
2.4.2. Tujuan Mutu Pelayanan	36
2.5. Laboratorium	36
2.6. Profil RSUD Umbu Rara Meha Waingapu	37
2.6.1 Alur Pelayanan Laboratorium	38
2.6.2 Prosedur Pendaftaran.....	39
2.7. Kerangka kerja	40
2.8. Kerangka Konsep	41
2.9. Desain Penelitian.....	42
2.10. Hipotesis	42
BAB III. METODE PENELITIAN	43
3.1. Jenis Penelitian	43
3.2. Populasi, Sampel, Kriteria Sampel.....	43
3.2.1. Populasi	43
3.2.2. Sampel	43
3.2.3. Kriteria Sampel	43
3.3. Tempat dan Waktu Penelitian	43
3.3.1. Lokasi Penelitian	43
3.3.2. Waktu Penelitian	44

3.4. Metode Pengumpulan Data	44
3.5. Prosedur Penelitian.....	44
3.6. Variabel Penelitian	44
3.6.1. Variabel Bebas	44
3.6.2. Variabel Terikat.....	44
3.7. Definisi Operasional.....	45
3.8. Metode Pengukuran.....	45
3.9. Metode Analisa	48
3.9.1. Analisa Univariat.....	48
3.9.2. Analisa Bivariat.....	48
BAB IV.HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	51
4.1. Hasil Penelitian	51
4.1.1. Gambaran Umum Obyek Penelitian	51
4.1.2. Analisa Univariat	52
4.1.3. Analisa Bivariat.....	54
4.2. Pembahasan	55
4.2.1. Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia	55
4.2.2. Mutu Internal Pelayanan Laboratorium	57
4.2.3. Analisa Bivariat	59
BAB V. PENUTUP	63
5.1. Kesimpulan.....	63
5.2. Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN-LAMPIRAN	65

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Originalitas.....	6
Tabel 4.1. Distribusi Frekwensi tingkat kepatuhan sumber daya manusia di laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu	53
Tabel 4.2. Distribusi Frekwensi tingkat kepatuhan sumber daya manusia di laboratorium pra analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.....	53
Tabel 4.3. Distribusi Frekwensi tingkat kepatuhan sumber daya manusia di laboratorium analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.....	54
Tabel 4.3. Distribusi Frekwensi tingkat kepatuhan sumber daya manusia di laboratorium analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.....	54
Tabel 4.2. Distribusi Frekwensi Mutu Internal Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.....	55
Tabel 4.3. Analisa Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium RSUD Umu Rara Meha Waingapu.....	56

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Pelanggaran Aturan 1-3S	28
Gambar 2. Pelanggaran Aturan 2-2S	29
Gambar 3. Pelanggaran Aturan R-4S	29
Gambar 4. Pelanggaran Aturan 4-1S	30
Gambar 5. Pelanggaran Aturan 10 (X)	31
Gambar 6. Alur Pelayanan Laboratorium	38
Gambar 7. Kerangka Kerja	40
Gambar 8. Kerangka Konsep	41
Gambar 9. Desain Penelitian	42



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Kuesioner Sumber Daya Manusia Laboratorium	65
Lampiran 2. Standar Operasional Prosedur dan Instruksi Kerja	67
Lampiran 3. Kuesioner Kualitas Mutu Pelayanan Laboratorium	94
Lampiran 4. Hasil Olah Data Menggunakan Program SPSS.....	98
Lampiran 5. Data Penelitian	104



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Mutu pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit sangat dipengaruhi oleh sumber daya manusia. Sumber daya manusia kesehatan yang diharapkan sekarang dan masa depan adalah dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan memuaskan pengguna jasa pelayanan serta diselenggarakannya sesuai dengan standar dan etika pelayanan profesi (Depkes, 2007). Sumber daya manusia mempunyai peran utama dalam setiap kegiatan pelayanan kesehatan walaupun didukung dengan sarana, prasarana, dan sumber dana yang berlebihan tanpa dukungan sumber daya manusia yang handal, kompeten dan professional, kegiatan pelayanan kesehatan tidak akan terselesaikan (Notoadmojo, 2010).

Laboratorium bagi rumah sakit merupakan salah satu penentu diagnosa oleh para dokter. Pemeriksaan Laboratorium yang datang tidak saja dari para dokter tetapi juga langsung dari masyarakat. Tuntutan ini merupakan tantangan yang cukup berat bagi sumber daya manusia Laboratorium kesehatan. Pelayanan kesehatan akhir- akhir ini menjadi sorotan masyarakat, baik dalam pelayanan dasar maupun pelayanan rujukan (Wiyono, 2008). Upaya yang nyata untuk menjawab tantangan itu diantaranya melaksanakan program pemantapan mutu internal Laboratorium yang bertujuan untuk mengendalikan hasil pemeriksaan Laboratorium setiap hari dan mengetahui penyimpangan hasil Laboratorium agar segera diperbaiki apabila ada kesalahan.

Pada perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang Laboratorium serta pesatnya arus informasi, tingkat pendidikan masyarakat yang semakin maju dan adanya peraturan perundang-undangan serta hukum kesehatan telah mendorong tingginya tuntutan akan mutu pelayanan Laboratorium klinik. Hal tersebut dapat dicapai bila suatu Laboratorium memilih, menerapkan, dan memelihara system manajemen mutu Laboratorium yang direncanakan dan di dokumentasikan.

Data hasil uji bisa dikatakan mempunyai mutu yang tinggi apabila data hasil uji tersebut dapat memuaskan pelanggan dengan tetap mempertimbangkan aspek teknis sehingga ketepatan dan ketelitian yang tinggi dapat dicapai. Peningkatan mutu pelayanan Laboratorium dilaksanakan dengan berbagai upaya, antara lain peningkatan kemampuan manajemen dan kemampuan teknis sumber daya Laboratorium, peningkatan teknologi Laboratorium, peningkatan rujukan dan peningkatan kegiatan pemantapan mutu internal (Depkes, 2007).

Pelaksanaan pemantapan mutu di dalam Laboratorium selain metode, penilaian hasil yang di keluarkan juga perlu diperhatikan. Seringkali sumber daya manusia Laboratorium dalam menjalankan Pemantapan Mutu Internal mengalami kendala baik yang bersifat Laboratorik menyangkut bahan pemeriksaan, peralatan, reagen maupun bersifat non Laboratorik misalnya tanggung jawab sumber daya manusia, ketelitian dan ketepatan (Wiyono, 2008).

Mutu pelayanan diharapkan untuk saat ini dan masa depan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan pemakai jasa pelayanan untuk mendukung sumber daya manusia dalam menjalankan

pemantapan mutu internal yang bermutu maka Laboratorium memerlukan suatu pedoman atau petunjuk pemeriksaan Laboratorium yang lebih dikenal dengan Standar Operasional Prosedur (Depkes RI, 2007).

Data yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu tahun 2015, didapatkan ada keluhan pasien yang mengatakan terlalu lama mendapatkan hasil dengan pelayanan yang diberikan dari sumber daya manusia, salah satunya dengan ketepatan hasil Laboratorium sebanyak 60 kasus (6%) per 1000 kali pemeriksaan.

Berdasarkan pengamatan penulis di lapangan, Laboratorium klinik yang merupakan salah satu fasilitas pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu melibatkan sumber daya manusia selain analis kesehatan diantaranya perawat, kimia, ekonomi, dalam kegiatan pelayanan Laboratorium. Hal ini yang mendorong penulis untuk Mengetahui Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian yaitu Adakah Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Untuk mengetahui Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengukur Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia di Laboratorium
- b. Mengukur Tingkat Pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Prosedur
- c. Menganalisis hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia terhadap Mutu Pelayanan Laboratorium

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Untuk Instalasi Laboratorium

- a. Sebagai bahan masukan dan koreksi untuk ditindak lanjuti sebagai upaya pencapaian hasil ketepatan dan ketelitian.
- b. Sebagai masukan tentang pentingnya pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal dalam pemeriksaan Laboratorium.
- c. Untuk meningkatkan Mutu kinerja analis kesehatan.
- d. Untuk meningkatkan kepercayaan pengguna jasa terhadap hasil Laboratorium.

1.4.2. Untuk Institusi/Akademik

Sebagai sumbangsih kepustakaan dan bahan bacaan bagi penelitian selanjutnya

1.4.3. Untuk Peneliti

1.4.3.1. Untuk menambah wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan ilmu khususnya pada Pemantapan Mutu Laboratorium.

1.4.3.2. Menyumbangkan perbaikan dan perkembangan manajemen di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu.

1.4.4. Untuk Masyarakat

Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap hasil Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu.



1.5. Originalitas Penelitian

Tabel 1. Originalitas Penelitian

Peneliti/ Penerbit Tahun	Judul	Hasil
Panggabean, Universitas Sumatra Utara, 2008	Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Petugas Laboratorium Terhadap Kepatuhan Menerapkan Standar Operasional Prosedur Di Puskesmas Kota Pekanbaru Tahun 2008	Ada hubungan antara pengetahuan dan sikap petugas Laboratorium dalam Standar Operasional Prosedur
La Ode Marsudi, Poltekkes Makassar (2013)	Studi penerapan mutu internal (PMI) pada pemeriksaan kimia klinik oleh petugas Laboratorium di Rumah Sakit Umum Haji Makassar	Sesuai dengan kriteria objektif 75% (13,5) dengan tingkat presentasi penerapan 88,9%-100%
RatihKhusnul K, Universitas Muhammadiyah Semarang (2014)	Hubungan tingkat kepatuhan sumber daya manusia(SDM) dalam menjalankan standar operasional prosedur (SOP) alat laboratorium terhadap mutu pelayanan Laboratorium di RSUD kota Semarang	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil tingkat kepatuhan SOP dilakukan oleh petugas Laboratorium dinyatakan baik - Hasil mutu yang diberikan kuesioner pada pasien dinyatakan baik - Terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan SDM dalam menjalankan SOP alat Laboratorium terhadap mutu pelayanan

Berdasarkan data originalitas di atas, dapat dibedakan pada penelitian yang dilakukan oleh saudara Panggabean (Universitas Sumatra Utara, 2008) bertujuan mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap petugas Laboratorium terhadap kepatuhan menerapkan Standar Operasional Prosedur di Puskesmas Kota Pekanbaru, sedangkan yang dilakukan saudara La ode Marsudi (Poltekkes Makassar, 2013) bertujuan mengetahui penerapan Pemantapan Mutu Internal khususnya pada pemeriksaan kimia klinik. Selain itu pada penelitian saudari Ratih Khusnul Khotimah (Unimus, 2014) bertujuan menghubungkan tingkat kepatuhan Sumber Daya Manusia dalam menjalankan Standar Operasional Prosedur alat Laboratorium terhadap mutu pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah kota Semarang. Perbedaan ketiga penelitian dengan penelitian yang saya lakukan adalah menghubungkan tingkat kepatuhan Sumber Daya Manusia terhadap Mutu Internal pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KEPATUHAN SUMBER DAYA MANUSIA

2.1.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti suka menurut, taat pada perintah, aturan dan disiplin. Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan kepatuhan sebagai kesetiaan, ketaatan atau loyalitas. Kepatuhan yang dimaksud di sini adalah ketaatan dalam pelaksanaan prosedur tetap yang telah di buat (purwodarminto, 2010). Sedangkan kepatuhan menurut Slamet (2006) adalah tingkat seseorang melaksanakan suatu cara atau berperilaku sesuai dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya. Dalam hal ini kepatuhan pelaksanaan prosedur tetap adalah untuk selalu memenuhi petunjuk atau peraturan-peraturan dan memahami etika kesehatan di tempat kerja.

Pengukuran kepatuhan dapat dilakukan menggunakan questioner yaitu dengan cara mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengukur indikator yang dipilih. Indikator tersebut sangat diperlukan sebagai ukuran tidak langsung mengenai standar dan penyimpangan yang diukur melalui ambang batas yang digunakan oleh organisasi yang merupakan penunjuk derajat kepatuhan. Jadi indikator merupakan suatu variable (karakteristik) terukur yang dapat digunakan untuk menentukan derajat kepatuhan terhadap pencapaian tujuan mutu. Kepatuhan sebagai pemeriksaan untuk melengkapai apakah aturan yang telah ditetapkan telah di taati oleh sumber daya manusia di organisasi tersebut (agoes, 2009).

2.1.2 Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia adalah semua manusia yang terlibat di dalam suatu organisasi dalam mengupayakan terwujudnya tujuan organisasi (Sayuti, 2005).

Nawawi (2003) membagi sumber daya manusia dalam dua jenis yaitu secara makro dan secara mikro. Secara makro pengertian sumber daya manusia adalah semua manusia sebagai penduduk atau warga negara dalam batas wilayah tertentu yang sudah memasuki usia angkatan kerja, baik yang sudah maupun yang belum memperoleh pekerjaan. Sedangkan pengertian sumber daya manusia secara mikro adalah manusia yang bekerja atau menjadi anggota suatu organisasi yang disebut sebagai pegawai, karyawan, pekerja, buruh, dan tenaga kerja.

Jadi pada dasarnya sumber daya manusia adalah semua orang yang terlibat bekerja untuk mencapai tujuan perusahaan atau instansi.

2.1.3 Kepatuhan Sumber Daya Manusia

2.1.3.1 Pengertian Kepatuhan Sumber Daya Manusia

Kepatuhan dalam hal ini adalah suatu kondisi yang tercipta melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai ketaatan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban (Purwodarminto, 2010).

Kepatuhan sumber daya manusia dalam hal ini tenaga kesehatan sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan oleh karena itu semua proses pelayanan kesehatan diharapkan mengacu pada standar operasional prosedur yang ditetapkan. Apabila petugas kesehatan mematuhi dan mengikuti standar pelayanan kesehatan dengan baik maka

diharapkan tingkat kesembuhan pasien meningkat sehingga tingkat kesakitan dan kematian bisa diturunkan (Wijono, 2008).

2.1.3.2 Tujuan Kepatuhan Sumber Daya Manusia

Kepatuhan sumber daya manusia untuk menetapkan kinerja dalam bentuk produktivitas sehingga tercapai tujuan yang ingin dicapai. Secara teknis dimulai dalam bentuk apa dan bagaimana kinerjanya. Selain itu, juga dapat untuk merespon kebutuhan dimana tantangan dari masyarakat melalui tindakan sebagai dampak terhadap organisasi (Agoes, 2009).

2.1.3.3 Fungsi Kepatuhan Sumber Daya Manusia

Kepatuhan sumber daya manusia memberikan perlindungan kepada sumber daya manusia Laboratorium dari penularan penyakit yang berbahaya. Di mana telah diatur pemerintah melalui UU kesehatan No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan dan PP No.102 tahun 2000 tentang Standar Nasional Indonesia (SNI). Bahwa kesadaran masing-masing individu sumber daya manusia akan mengurangi dampak buruk yang mungkin terjadi dalam menjalankan pekerjaan di Laboratorium.

2.1.3.4 Faktor Kepatuhan Sumber Daya Manusia

Perilaku sumber daya manusia merupakan salah satu keberhasilan suatu organisasi, hal ini dapat dilihat dari prestasi kerja dan semangat kerja. Perilaku karyawan berpengaruh pada sikap kerja, ini terlihat dari kepuasan kerja dan komitmen terhadap organisasi. Sikap kerja dipengaruhi oleh karakter individu, beban pekerjaan dan organisasi. Karakter individu terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia, masa kerja, status perkawinan, jumlah tanggungan

keluarga. Karakter beban pekerjaan terdiri dari keanekaragaman tugas, identitas tugas, tanggung jawab tugas. Karakter organisasi terdiri atas jumlah unit yang ada dalam organisasi, banyaknya pelaksanaan tugas yang bersandarkan pada peraturan dan sentralisasi dari siapa yang dapat mengambil keputusan (Robbins, 2006).

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan sumber daya manusia adalah adanya kebutuhan untuk mempunyai rasa perlu taat. Hal ini biasanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki. Sumber daya manusia di Laboratorium akan taat jika ada figur dari pimpinan atau teman sejawat yang disegani. Selain itu adanya pedoman yang jelas dalam melaksanakan tugas, kelengkapan alat, sarana dan kemudahan dalam melakukan pekerjaannya. Perilaku individu, kelompok atau masyarakat merupakan faktor yang berpengaruh dari kepatuhan sumber daya manusia.

2.2 TINJAUAN UMUM PEMANTAPAN MUTU

Dasar hukum undang-undang No.23 tahun 1992 tentang kesehatan. Undang-undang No.8 tahun 1990 tentang perlindungan konsumen. Keputusan MenKes RI No 04/Menkes/SK/I/2002 tentang Laboratorium kesehatan, Keputusan MenKes RI No 943/Menkes/SK/VIII/2002 tentang akreditasi Laboratorium kesehatan. Keputusan MenKes RI No 364/Menkes/SK/III/2003 tentang Laboratorium kesehatan.

2.2.1 Pemantapan Mutu Laboratorium Klinik

Adalah semua kegiatan yang ditujukan untuk menjamin ketelitian dan ketepatan hasil pemeriksaan Laboratorium, dilaksanakan melalui berbagai kegiatan, antara lain pemilihan metode yang tepat, pengambilan spesimen yang

benar, pelaksanaan pemeriksaan Laboratorium oleh tenaga yang memiliki kompetensi dan pelaksanaan kegiatan Pemantapan Mutu Eksternal dan Pemantapan Mutu Internal (Depkes,2007).

Program Pemantapan mutu merupakan suatu sistem Laboratorium klinik untuk mengetahui dan meminimalkan kesalahan analitik. Kegiatan pemantapan mutu mengandung komponen antara lain pemantapan mutu eksternal (PME) dan pemantapan mutu internal (PMI).

2.2.2 Tujuan Pemantapan Mutu

Tujuan Program Pemantapan Mutu dalam laboratorium klinik adalah untuk menjamin keandalan hasil pemeriksaan spesimen penderita. Dalam pengertian luas, tujuan program atau sistem pemantapan mutu Laboratorium adalah untuk memberikan informasi hasil pemeriksaan Laboratorium, dan semua data tentang latar belakang penderita yang berguna untuk menilai atau menafsirkan hasil secara benar.

2.2.3 Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

2.2.3.1 Pengertian Pemantapan Mutu Eksternal

Pemantapan mutu eksternal adalah kegiatan pemantapan mutu yang dilakukan secara periodik oleh pihak luar dalam hal ini Laboratorium pemerintah (Balai Laboratorium Kesehatan) atau Laboratorium swasta yang menjadi laboratorium rujukan.(Winoto, 2008).

2.2.3.2 Prinsip dasar Pemantapan Mutu Eksternal

- a. Dalam pemantapan mutu eksternal Laboratorium peserta di kirim serum kontrol dengan kadar yang tidak diketahui oleh Laboratorium peserta.
- b. Laboratorium peserta melaksanakan analisis serum control secara rutin, dengan prosedur dan metoda yang sama sebagaimana dilakukan terhadap serum pasien.
- c. Hasil analisis Laboratorium peserta dilakukan kepada penyelenggara dengan menggunakan formulir laporan yang seragam dalam waktu yang telah ditetapkan.
- d. Evaluasi hasil analisis dilaksanakan dengan komputer. Penilaian hasil peserta dilakukan berdasarkan hasil analisis Laboratorium rujukan.
- e. Sebagai umpan balik, para peserta akan menerima hasil evaluasi berupa suatu hasil cetak komputer yang mengandung hasil sebagai berikut: nilai rata-rata dan simpang baku, baik dari Laboratorium rujukan maupun dari seluruh peserta (Depkes, 2007).

2.2.3.3 Tujuan Pemantapan Mutu Eksternal

- a. Mencegah manipulasi dari pimpinan Laboratorium baik secara sadar maupun tidak sadar
- b. Meningkatkan kesesuaian hasil analisis antar Laboratorium

2.2.3.4 Manfaat Pemantapan Mutu Eksternal

- a. Hasil evaluasi yang diperoleh dapat menunjukkan *performance* (penampilan) Laboratorium yang bersangkutan dalam bidang pemeriksaan yang ditentukan.

- b. Digunakan untuk mencari penyebab dan mengambil langkah perbaikan (Depkes, 2007).

2.2.4 Pemantapan Mutu Internal (PMI)

2.2.4.1 Pengertian Pemantapan Mutu Internal

Pengertian Mutu Internal adalah kegiatan pencegahan dan pengawasan yang dilaksanakan oleh masing-masing Laboratorium secara terus menerus agar diperoleh hasil pemeriksaan yang tepat (Winoto,2008).

2.2.4.2 Prinsip Pemantapan Mutu Internal

Hingga saat ini masih belum ada peraturan pemerintah yang mengatur pelaksanaan program pemantapan mutu internal, maka ini hanya berdasarkan kesadaran sendiri dan secara sukarela. Namun demikian untuk mengendalikan mutu analisisnya pemantapan mutu internal harus dilakukan setiap hari. Prinsip pedoman pelaksanaan pemantapan mutu internal meliputi frekuensi pelaksanaan, kriteria mutu, serta interpretasi hasil.

2.2.4.3 Tujuan Pemantapan Mutu Internal

- a. Pemantapan dan penyempurnaan metode pemeriksaan dengan mempertimbangkan aspek analitik dan klinis.
- b. Mempertinggi kesiagaan tenaga, sehingga hasil yang salah tidak terjadi dan perbaikan kesalahan dapat dilakukan segera.
- c. Memastikan bahwa semua proses mulai dari persiapan pasien, pengambilan, pengiriman, penyimpanan dan pengolahan spesimen sampai dengan pencatatan dan pelaporan telah dilakukan dengan benar.
- d. Mendeteksi kesalahan dan mengetahui sumbernya.

- e. Membantu perbaikan pelayanan penderita melalui peningkatan mutu pemeriksaan Laboratorium.

2.2.4.4 Manfaat Pemantapan Mutu Internal

- a. Meningkatkan kualitas Laboratorium.
- b. Meningkatkan moral dalam kehidupan sumber daya manusia Laboratorium (kemantapan pemberian hasil).
- c. Merupakan suatu metode pengawasan (kontrol) yang efektif.
- d. Untuk melakukan pembuktian apabila terdapat hasil yang meragukan oleh pengguna jasa Laboratorium karena sering dianggap tidak sesuai dengan gejala klinis.
- e. Mengurangi kesalahan hasil.

Setiap tindakan dalam Laboratorium dapat merupakan sumber kesalahan pemeriksaan Laboratorium. Dalam melakukan pemantapan mutu terhadap suatu pemeriksaan tidak begitu saja dapat diinterpretasikan hanya dari hasil pemeriksaan tetapi haruslah dinilai secara keseluruhan pentahapan.

Pelaksanaan cakupan objek pemantapan mutu internal meliputi 3 tahap yaitu :tahap pra analitik, analitik dan tahap pasca analitik.

1. Tahap Pra Analitik

Pada tahap pra analitik yang diharapkan dapat mengurangi, meminimalisir kesalahan pra analitik. Untuk menghindari kesalahan dalam pra analitik maka semua tahapan tersebut harus memiliki Standar Operasional Prosedur yang dapat dilihat oleh semua sumber daya manusia Laboratorium yang meliputi:

- a. Persiapan Pasien dimulai saat seorang dokter merencanakan pemeriksaan Laboratorium bagi pasien. Perawat atau analis kesehatan diharapkan dapat memberikan informasi yang jelas agar tidak menimbulkan ketakutan atau persepsi yang keliru bagi pasien. Untuk persiapan yang tidak mungkin dilakukan oleh pasien perlu dicatat pada formulir permintaan pemeriksaan, buku penerimaan pasien, dan formulir hasil pemeriksaan agar pemeriksa di Laboratorium dan pengirim pasien dapat mengetahui keadaan tersebut (Depkes, 2007).
- b. Pemberian identitas pasien dan atau spesimen merupakan hal yang penting, baik pada saat pengisian surat pengantar/formulir permintaan pemeriksaan, pendaftaran, pengisian label wadah spesimen, maupun pada formulir hasil pemeriksaan.
- 1) Pada surat pengantar/formulir permintaan pemeriksaan Laboratorium sebaiknya memuat secara lengkap :
- a) Tanggal permintaan.
 - b) Tanggal dan jaminan pengambilan.
 - c) Identitas pasien (Nama, umur, jenis kelamin, alamat) atau identitas spesimen.
 - d) Identitas pengirim (Nama, alamat, nomor telpon).
 - e) Diagnosis/keterangan klinis.
 - f) Obat-obatan yang telah diberikan dan lama pemberian.
 - g) Jenis spesimen, lokasi pengambilan spesimen, dan volume spesimen.
 - h) Pemeriksaan Laboratorium yang diminta.

- i) Nama pengambil spesimen.
 - j) Transpor media/pengawet yang digunakan.
- 2) Label wadah spesimen yang akan dikirim ke Laboratorium harus memuat:
- a) Tanggal pengambilan spesimen.
 - b) Identitas pasien atau identitas spesimen.
 - c) Jenis spesimen.
- 3) Label wadah spesimen yang diambil di laboratorium harus memuat:
- a) Tanggal pengambilan spesimen.
 - b) Nomor/kode spesimen.
- 4) Formulir hasil pemeriksaan harus memuat :
- a) Tanggal pemeriksaan.
 - b) Identitas pasien (Nama, umur, jenis kelamin, alamat) atau identitas spesimen.
 - c) Nomor/kode laboratorium.
 - d) Hasil pemeriksaan, satuan nilai hasil pemeriksaan, nilai rentang/rujukan parameter.
 - e) Keterangan lain yang dianggap perlu, misalnya penjelasan mengenai persiapan pengambilan spesimen.
 - f) Tanggal hasil pemeriksaan Laboratorium dikeluarkan dan tanda tangan penanggungjawab Laboratorium (Depkes,2007).

5) Penerimaan Spesimen

Bagian penerimaan spesimen harus memeriksa kesesuaian antara spesimen yang diterima dengan permintaan formulir pemeriksaan dan mencatat kondisi spesimen tersebut pada saat diterima. Hal-hal yang perlu dicatat yaitu volume, warna, kekeruhan, bau, konsistensi dan lain-lain.

6) Pengambilan Spesimen

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengambilan spesimen sebagai berikut:

- a) Waktu pengambilan, umumnya pengambilan spesimen dilakukan pada pagi hari terutama untuk pemeriksaan kimia klinik, hematologi dan imunologi karena umumnya nilai normal berdasarkan nilai pada pagi hari. Namun ada beberapa pemeriksaan yang waktu pengambilan spesimennya harus disesuaikan dengan perjalanan penyakit dan fluktuasi harian, misalnya pemeriksaan enzim-enzim jantung.
- b) Volume spesimen yang diambil harus mencukupi kebutuhan pemeriksaan Laboratorium yang diminta atau dapat mewakili objek yang diperiksa.
- c) Cara pengambilan spesimen harus dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten dengan cara yang benar, agar spesimen tersebut mewakili keadaan yang sebenarnya.
- d) Lokasi pengambilan spesimen harus ditetapkan terlebih dahulu lokasi pengambilan yang tepat sesuai dengan jenis pemeriksaan yang diterima.
- e) Peralatan untuk pengambilan spesimen, secara umum peralatan yang digunakan harus memenuhi syarat-syarat : bersih, kering, tidak

mengandung bahan kimia atau deterjen, terbuat dari bahan yang tidak mengubah zat-zat yang ada pada spesimen, dan mudah dicuci dari bekas spesimen sebelumnya.

7) Wadah Spesimen

Wadah spesimen harus memenuhi syarat :

- a) Terbuat dari gelas atau plastik.
- b) Tidak bocor atau tidak merembes.
- c) Harus dapat ditutup rapat dengan tutup berulir.
- d) Besar wadah disesuaikan dengan volume spesimen.
- e) Bersih dan kering.
- f) Tidak mempengaruhi sifat zat-zat dalam spesimen.
- g) Untuk pemeriksaan zat dalam spesimen yang mudah rusak atau teruraikarena sinar matahari, maka perlu digunakan botol berwarna coklat (aktinis).
- h) Untuk pemeriksaan biakan dan uji kepekaan kuman, wadah harus steril.
- i) Untuk wadah spesimen urin, sputum, tinja sebaiknya menggunakan wadah bermulut lebar.

8) Pengawet Spesimen

Beberapa spesimen memerlukan bahan tambahan berupa bahan pengawet atau anti koagulan. Kesalahan dalam pemberian bahan tambahan tersebut dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan. Bahan tambahan yang dipakai harus memenuhi persyaratan yaitu tidak mengganggu atau mengubah zat yang akan diperiksa.

9) Pengiriman Spesimen

Laboratorium yang akan melakukan pengiriman spesimen ke Laboratorium lain harus segera mengirim spesimen yang telah terkumpul, agar kualitas dari spesimen dapat terjamin. Disamping itu, analis kesehatan yang akan melakukan pengiriman spesimen harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- a) Sebelum mengirim spesimen ke Laboratorium, pastikan bahwa spesimen telah memenuhi persyaratan seperti yang tertera dalam persyaratan masing-masing pemeriksaan. Lakukan pengambilan ulang pada spesimen yang tidak memenuhi persyaratan.
- b) Pengiriman spesimen harus disertai formulir permintaan yang diisi dengan data lengkap. Pastikan bahwa identitas pasien pada label dan formulir permintaan sudah sama.
- c) Secepatnya mengirim spesimen ke Laboratorium Penundaan pengiriman spesimen selambat-lambatnya 2 jam setelah pengambilan sampel. Penundaan yang terlalu lama akan menyebabkan perubahan fisik dan kimiawi serta dapat menjadi sumber kesalahan dalam pemeriksaan.
- d) Pengiriman spesimen sebaiknya menggunakan wadah khusus, misalnya berupa kotak atau tas khusus yang terbuat dari bahan plastik, gabus (stryro-foam) yang akan ditutup rapat dan mudah dibawa (Riswanto, 2010).

10) Penyimpanan Spesimen

Beberapa spesimen yang tidak langsung diperiksa dapat disimpan dengan memperhatikan jenis pemeriksaan yang akan diperiksa. Persyaratan penyimpanan beberapa spesimen untuk beberapa pemeriksaan harus memperhatikan jenis spesimen, antikoagulan/pengawet dan wadah serta stabilitasnya.

Beberapa cara penyimpanan spesimen, yaitu :

- a) Disimpan pada suhu kamar.
- b) Disimpan dalam lemari es dengan suhu 2-8°C.
- c) Dapat diberikan bahan pengawet.
- d) Penyimpanan spesimen darah sebaiknya dalam bentuk serum (Santoso Winoto, 2008).

11) Pengolahan Spesimen

Waktu antara pengambilan spesimen dengan pengolahan specimen harus dilakukan sesegera mungkin. Penundaan pengolahan specimen selambat- lambatnnya 2 jam setelah pengambilan specimen. Penundaan yang terlalu lama akan menyebabkan perubahan fisik, kimiawi dan dapat menjadi sumber kesalahan dalam pemeriksaan.

2. Tahap Analitik

Faktor-faktor yang berperan dalam proses analitik :

a. Peralatan

Dimasa sekarang ini peralatan laboratorium semakin canggih dan semakin kompleks pula permasalahan yang timbul. Stabilitas suatu alat yang digunakan

untuk mengukur sangat menentukan ketelitian suatu pemeriksaan. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan Laboratorium adalah peralatan Laboratorium baik alat yang otomatis maupun alat semi otomatis, oleh karena itu alat perlu dipelihara dan dikalibrasi secara berkala. Kalibrasi tersebut harus dilakukan oleh teknisi alat ataupun sumber daya manusia Laboratorium yang memiliki kompetensi. Disamping itu perawatan harus pula dilakukan secara rutin, untuk itu setiap peralatan harus dilengkapi dengan kartu kontrol pemeliharaan yang diletakkan dekat alat, sehingga semua masalah yang timbul pada alat dan tindakan yang dilakukan harus dicatat. Peralatan yang kita gunakan harus memiliki Standar Operasional Peralatan (SOP) yang tertulis sehingga semua petugas laboratorium dapat melakukan pemeriksaan dengan benar (Depkes, 2004).

b. Kualitas Reagen

Dalam proses pelaksanaan pemeriksaan, reagen memegang peranan penting terutama dalam interpretasi hasil pemeriksaan Laboratorium. Sebelum digunakan dalam pemeriksaan setiap reagen harus dilakukan uji mutu untuk melihat apakah suatu reagen baik digunakan dalam pemeriksaan sehingga tidak terjadi kesalahan dalam pemeriksaan dan didapatkan hasil yang baik. Oleh karena itu, reagen yang digunakan harus terdaftar oleh Kemenkes RI.

Penyimpanan reagen harus diperhatikan, sehingga kualitas reagen dapat terjamin. Penyimpanan reagen harus dalam botol tertutup, hindari paparan matahari langsung, disimpan pada refrigerator/kulkas suhu 2-8°C, serta dilengkapi dengan kartu kontrol. Suhu kulkas tempat penyimpanan harus selalu terkontrol (2-

8°C), dan catat suhu kulkas setiap hari pada kartu pencatatan suhu. Demikian pula batas kadaluarsa dari reagen serta keadaan fisik selalu diperhatikan, isi tidak boleh mengeras dan berubah warna. Kualitas dari reagen harus selalu diuji dengan cara melakukan uji ketelitian dan uji ketepatan menggunakan bahan kontrol yang diketahui nilainya (*assayed*) setiap hari dengan menggunakan reagen tersebut (Wiyono, 2008).

c. Metode

Beberapa faktor yang menjadi pertimbangan dalam memilih metode yaitu :

- 1) Tujuan pemeriksaan, misalnya uji saring, diagnostik dan evaluasi hasil pengobatan serta surveilan. Maka dibutuhkan metode yang memiliki sensitivitas dan spesifitas yang tinggi.
- 2) Kecepatan hasil yang diinginkan, karena mengingat hasil pemeriksaan laboratorium sangat diperlukan dalam pengambilan keputusan, maka waktu pemeriksaan yang diperlukan sampai diperolehnya hasil untuk berbagai metode perlu dipertimbangkan.
- 3) Rekomendasi resmi, yaitu berbagai metode pemeriksaan Laboratorium dapat dipilih berdasarkan rekomendasi dari suatu lembaga/badan yang diakui atau organisasi profesi, antara lain *World Health Organization (WHO)*, *International Federation of Clinical Chemistry (IFCC)*, *National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS)* (Santoso, Witono, dkk, 2008).

d. Volume sampel yang diperiksa

Volume sampel yang diperiksa sangat menentukan tingkat ketelitian pemeriksaan, oleh karena itu ketelitian dalam pemipetan sangat diperlukan. Bila menggunakan alat yang semi otomatis mikropipet yang digunakan harus selalu terkalibrasi. Sedangkan bila menggunakan alat yang full otomatis, waktu kalibrasi peralatan harus diperhatikan.

e. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia pemeriksa yang terampil, berkompeten, handal, serta profesional akan lebih teliti dan dapat memberikan hasil pemeriksaan yang lebih baik. Dengan menggunakan alat yang otomatis, maka intervensi oleh tenaga pemeriksa akan berkurang sehingga hasil pemeriksaan juga akan lebih teliti (Riswanto, 2010).

f. Waktu

Waktu pengambilan specimen harus diperhatikan, demikian pula waktu inkubasi pada proses pemeriksaan harus sesuai dengan Standar Operasional Pemeriksaan (SOP).

g. Uji Ketelitian (Presisi)

Kemampuan untuk memberikan hasil yang sama pada setiap pengulangan pemeriksaan disebut dengan presisi. Dalam praktek sehari-hari terkadang klinisi meminta suatu pemeriksaan diulang karena tidak yakin dengan hasilnya. Apabila alat memiliki ketelitian yang tinggi, pengulangan pemeriksaan terhadap spesimen yang sama akan memberikan hasil yang tidak berbeda jauh (Sukorini, dkk, 2010).

Nilai ketelitian menunjukkan seberapa dekat suatu hasil pemeriksaan bila dilakukan berulang dengan sampel yang sama. Ketelitian terutama dipengaruhi oleh kesalahan acak yang tidak dapat dihindari. ketelitian biasanya dinyatakan dalam nilai koefisien variasi (% KV atau % CV) yang dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$KV (\%) = \frac{SD \times 100}{\bar{X}}$$

Keterangan :

KV = Koefisien Variasi

SD = standar deviasi (simpangan baku)

\bar{X} = Rata – rata hasil pemeriksaan berulang

Semakin kecil nilai KV (%) semakin teliti metode tersebut atau sebaliknya semakin besar nilai KV semakin tidak teliti metode tersebut (santoso, 2008)

h. Uji Ketepatan (Akurasi)

Kemampuan mengukur dengan tepat sesuai dengan nilai benar (*true value*) disebut dengan akurasi.

Secara kuantitatif, akurasi diekspresikan dalam ukuran inakurasi. Inakurasi alat dapat diukur dengan dilakukan pengukuran terhadap bahan kontrol yang telah diketahui kadarnya. Perbedaan antara hasil pengukuran dengan nilai target bahan kontrol merupakan indikator inakurasi pemeriksaan. Perbedaan ini disebut sebagai bias dan dinyatakan dalam satuan persen (%). Semakin kecil bias, semakin tinggi akurasi pemeriksaan.

Nilai benar ini merupakan suatu konsep ideal yang tidak mungkin dicapai sehingga ukuran ketepatan biasanya cukup menggunakan nilai yang dapat diterima (*accepted true value*). Nilai benar ini ditetapkan dengan memeriksa kadar bahan kontrol menggunakan metode baku emas (*gold standard*). Pengukuran inakurasi dapat kita lakukan dengan memenuhi dua syarat. Pertama, kita memiliki kadar bahan kontrol yang diukur dengan metode baku emas. Kedua, bahan kontrol kita masih dalam kondisi yang baik sehingga kadar substansi di dalamnya belum berubah.

Penilaian inakurasi ini tidak bisa hanya dengan satu kali pengukuran, Perlu dilakukan beberapa kali pengukuran terhadap bahan kontrol yang sama dengan menggunakan metode baku emas dan dengan menggunakan alat/metode yang ingin diuji. Bias yang diperoleh selanjutnya dimasukkan dalam suatu plot untuk melihat sebarannya (Sukorini, 2010).

Akurasi dapat dinilai dari hasil pemeriksaan bahan kontrol dan dihitung sebagai nilai biasnya (d%) :

$$d(\%) = \frac{x - NA}{NA}$$

Keterangan :

x = Hasil pemeriksaan bahan kontrol

NA = Nilai aktual/sebenarnya dari bahan kontrol (Wiyono, 2008).

Cara Pemeriksaan Uji Ketelitian-Uji Ketepatan

i. Periode pendahuluan

Pada periode pendahuluan ditentukan nilai dasar yang merupakan nilai rujukan untuk pemeriksaan selanjutnya. Periode pendahuluan perlu dilakukan untuk bahan kontrol unassayed sedangkan bahan kontrol assayed menggunakan nilai rujukan dari pabrik. Cara pemeriksaan periode pendahuluan :

- 1) Periksa bahan kontrol bersamaan dengan pemeriksaan spesimen setiap hari kerja atau pada hari parameter yang bersangkutan 20-25 hari kerja.
- 2) Catat nilai yang diperoleh tiap hari kerja tersebut dalam formulir periode pendahuluan.
- 3) Hitung nilai rata-ratanya (mean), Standar deviasa (SD), Koefisien Variasi (KV), batas peringatan ($\text{Mean} \pm 2 \text{ SD}$), dan batas kontrol ($\text{Mean} \pm 3 \text{ SD}$).
- 4) Teliti apakah ada nilai yang melebihi batas $\text{mean} \pm 3 \text{ SD}$. Bila ada maka nilai tersebut dibuang dan ditulis kembali nilai pemeriksaan yang masih ada kedalam formulir periode pendahuluan, kemudian hitung kembali nilai Mean, SD, KV, $\text{Mean} \pm 2 \text{ SD}$, dan $\text{Mean} \pm 3 \text{ SD}$.
- 5) Nilai Mean dan SD yang diperoleh ini dipakai sebagai nilai rujukan pada periode berikutnya, yaitu periode kontrol. Nilai rujukan ini berlaku untuk bahan kontrol dengan nomor lot yang sama. Apabila nomor lot berlainan, harus dimulai dengan periode pendahuluan lagi untuk menentukan nilai rujukannya.

j. Periode Kontrol

Merupakan periode untuk menentukan baik atau tidaknya pemeriksaan pada hari tersebut. Dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Periksa bahan kontrol setiap hari kerja atau pada parameter yang bersangkutan diperiksa.
- 2) Catat nilai yang diperoleh pada formulir periode kontrol.
- 3) Hitung penyimpangannya terhadap nilai rujukan dalam satuan SD (Standar Deviasi Index) dengan rumus :

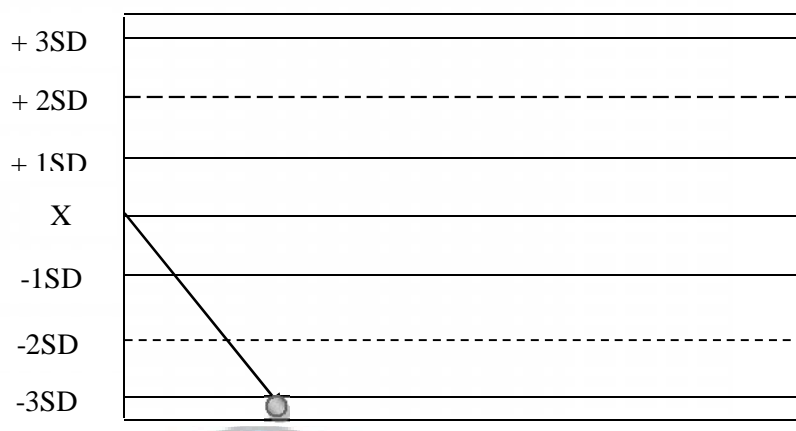
$$Sdi = \frac{Xi - Mean}{SD}$$

- 4) Satuan SD (Sdi) yang diperoleh diplot pada kertas grafik kontrol.

k. Penilaian

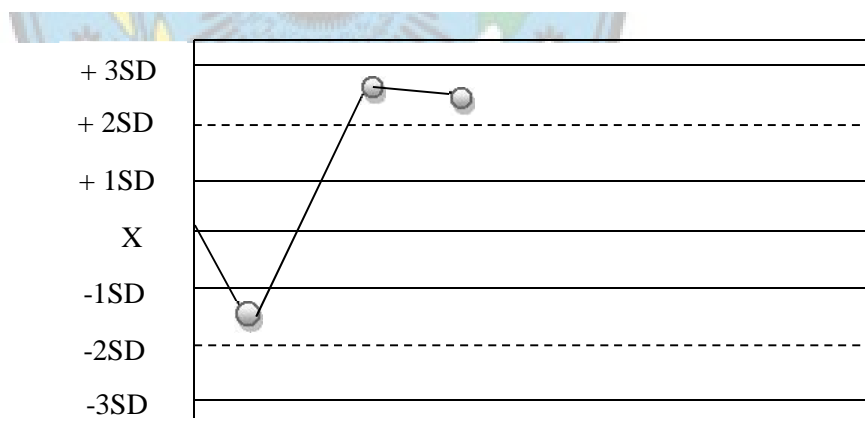
Uji Ketelitian-Uji Ketepatan menggunakan aturan Westgard multirules system yang dikembangkan oleh Westgard, dengan sejumlah ketentuan yang dapat menafsirkan data-data kontrol dengan ketentuan kontrol sebagai berikut :

- 1) 1 – 2S : Satu kontrol diluar nilai mean ± 2 SD (tetapi tidak melampaui ± 3 SD), merupakan ketentuan peringatan. Kemungkinan adanya masalah pada instrumen atau malfungsi metode.
- 2) 1 – 3S : Satu kontrol diluar nilai mean ± 3 SD, merupakan ketentuan penolakan yang mencerminkan adanya kesalahan acak. Bila hal ini terjadi maka instrumen tidak dapat digunakan untuk pelayanan hingga masalah teratasi. Evaluasi instrumen untuk menemukan adanya kesalahan acak.



Gambar 1. Pelanggaran Aturan 1-3S
(Sukorini, 2010)

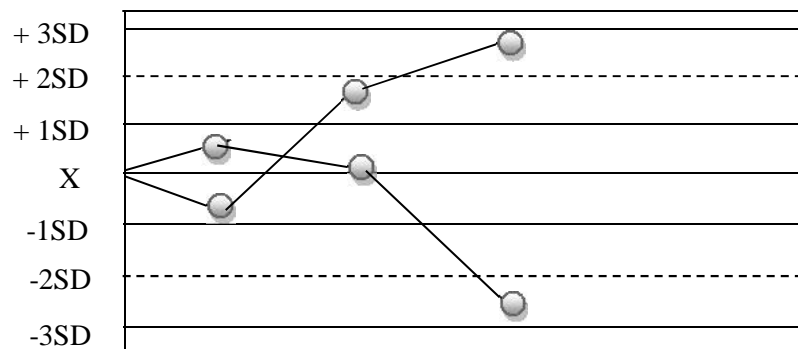
- 3) $2 - 2S$: Seluruh pemeriksaan dari satu seri dinyatakan keluar dari kontrol apabila hasil pemeriksaan 2 kontrol berturut-turut keluar dari batas yang sama yaitu $x + 2S$ atau $x - 2S$. Aturan ini mendeteksi kesalahan sistematis.



Gambar 2. Pelanggaran Aturan 2-2S

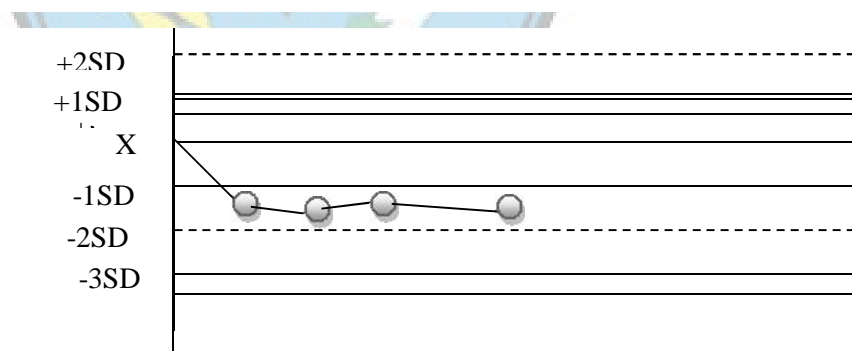
- 4) $R - 4S$: Seluruh pemeriksaan dari satu seri dinyatakan keluar dari kontrol, apabila rentang antara 2 hasil kontrol yang berbeda melebihi $4s$ (satu control diatas $+2s$, lainnya dibawah $-2s$). Aturan ini mendeteksi kesalahan acak dan sistemik. Aturan ini hanya dapat digunakan apabila menggunakan dua level

kontrol. Bila ditemukan keadaan ini, instrumen tidak boleh dipergunakan untuk pelayanan sebelum masalah teratasi.



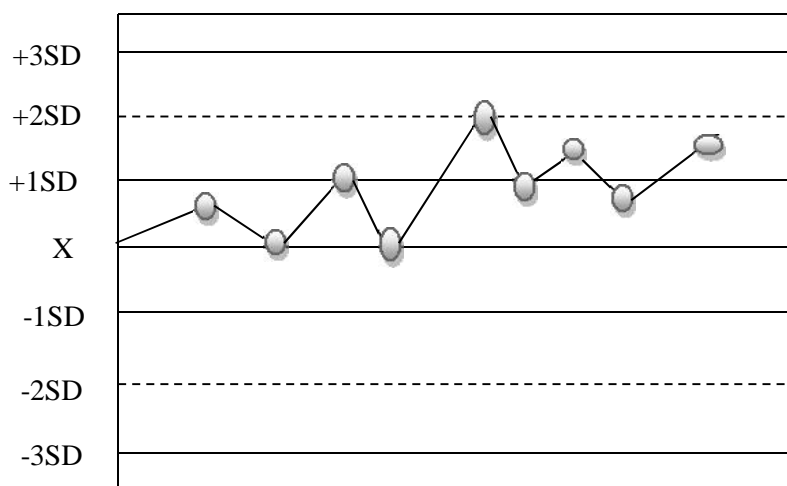
Gambar 3. Pelanggaran Aturan R-4S(Sukorini, 2010)

- 5) 4 – 1S : Seluruh pemeriksaan dari satu seri dinyatakan keluar dari kontrol, apabila 4 kontrol berturut-turut keluar dari batas yang sama baik $x + S$ maupun $x - S$. Aturan ini mendeteksi kesalahan sistematis. Instrumen tetap dapat digunakan untuk pelayanan, namun perlu maintenance terhadap instrumen atau dilakukan kalibrasi kit/instrumen.



Gambar 4. Pelanggaran Aturan 4-1S
(Sukorini, 2010)

- 6) 10 (X) : Seluruh pemeriksaan dari satu seri dinyatakan keluar dari kontrol, apabila 10 kontrol berturut-turut berada pada pihak yang sama dari nilai tengah. Aturan ini mendeteksi kesalahan sistematis. Instrumen tetap dapat digunakan untuk pelayanan, namun perlu maintenance terhadap instrumen atau dilakukan kalibrasi kit/instrumen.



Gambar 5. Pelanggaran Aturan 10 (X)
(Sukorini, 2010)

7) Tahap Pasca Analitik

Bagian dari tahap pasca analitik meliputi :

- Pembacaan hasil meliputi : penghitungan, pengukuran, dan penilaian sudah benar.
- Pelaporan hasil meliputi : format hasil bersih, tidak ada salah transkrip, tulisan jelas, dan tidak ada kesalahan penulisan angka dan satuan yang digunakan, pencantuman nilai normal, pencantuman keterangan yang penting bila dilakukan pengulangan pemeriksaan, penyampaian hasil segera dilakukan setelah pemeriksaan dilakukan, mempunyai dokumen/arsip yang lengkap jelas dan mudah dimengerti, disiapkan buku ekspedisi (Santoso, 2008).

Untuk menjaga kerahasiaan hasil pasien sebaiknya hasil yang diberikan tersegel. Hasil pemeriksaan harus memiliki rekaman dokumen yang dapat disimpan untuk pembuktian, memastikan ketertelusuran dan sebagai bantuan untuk tindakan pencegahan dan perbaikan. Disamping itu pula bukti pengambilan hasil harus tertelusur pula untuk menghindari kesalahan dalam pemberian hasil pasien (Siregar C, 2007).

2.2.4.5 Jenis-jenis kesalahan pada pemantapan mutu internal

Dalam pelaksanaan pemantapan mutu internal laboratorium sering terjadi kesalahan.

Bentuk Kesalahan dalam pelaksanaan dalam pelaksanaan pemantapan mutu internal Laboratorium meliputi:

a. Kesalahan Kasar

Pada umumnya terjadi pada tahap pra maupun paska analitik. Misalnya persiapan penderita, kesalahan pemberian label, tertukar, kesalahan pemakaian anti koagulasi, hemolisis, kerusakan specimen karena penyimpanan atau transportasi, kesalahan perhitungan. Kesalahan ini hanya dapat dihindari dengan system kerja yang baik, kesadaran sumber daya manusia laboratorium, penjelasan kepada dokter, perawat, dan penderita.

b. Kesalahan acak

Kesalahan ini menyebabkan presisi hasil pemeriksaan yang kurang baik. Sebagai penyebab terjadinya kesalahan acak adalah : kepekaan suhu, arus/tegangan listrik, waktu inkubasi, proses pemeriksaan, cara pipet. Kesalahan ini tidak dapat dihilangkan, hanya dapat di kurangi dengan

pemeriksaan yang teliti, penggunaan alat dan reagensia yang lebih baik dan prosedur yang benar.

c. Kesalahan sistematis

Kesalahan sistematis menyebabkan akurasi hasil pemeriksaan kurang baik. Penyebab terjadinya adalah metode pemeriksaan yang dipakai, pipet yang sudah tidak akurat, reagensia yang rusak atau salah dalam melarutkannya, panjang gelombang yang tidak tepat (Depkes, 2007).

2.3 STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

2.3.1 Pengertian Standar

Standar Adalah sesuatu yang digunakan sebagai ukuran, norma, atau model dalam evaluasi hasil.

2.3.2 Pengertian Operasional

Operasional adalah mengontrol fungsi (mesin, proses, atau system)

2.3.3 Pengertian Prosedur

Prosedur adalah cara yang tersusun atau resmi melakukan sesuatu. Jadi, pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator teknis, administratif, dan prosedur sesuai tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan.

Yang perlu diperhatikan dalam merancang standar operasional prosedur adalah mengetahui definisi standar operasional prosedur, fungsi standar

operasional prosedur, manfaat standar operasional prosedur serta tata cara pelaksanaan standar operasional prosedur.

2.3.4 Tujuan Standar Operasional Prosedur

Tujuan utama dari penyusunan standar operasional prosedur adalah untuk mempermudah setiap proses kerja dan meminimalisir adanya kesalahan dalam proses pengerjaannya. Adapun tujuan dari penyusunan Standar Operasional Prosedur diantaranya:

- a. Agar petugas atau pegawai menjaga konsistensi dan tingkat kinerja.
- b. Agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam organisasi.
- c. Memperjelas alur tugas, wewenang, dan tanggung jawab.
- d. Melindungi organisasi atau unit kerja dari malpraktek atau kesalahan administrasi.
- e. Untuk menghindari kesalahan atau kegagalan.
- f. Memberikan keterangan tentang dokumen-dokumen yang dibutuhkan dalam proses kerja.

2.3.5 Manfaat Standar Operasional Prosedur

Manfaat yang didapat dengan pembuatan standar operasional prosedur diantaranya:

- a. Efisiensi waktu, karena semua proses menjadi lebih cepat ketika pekerjaan itu sudah terstruktur secara sistematis dalam sebuah dokumen tertulis.
- b. Memudahkan tahapan pelayanan kepada masyarakat.
- c. Kesungguhan sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan.

- d. Dapat digunakan sebagai sarana untuk mengkomunikasikan pelaksanaan suatu pekerjaan
- e. Dapat digunakan sebagai sarana acuan dalam melakukan penilaian terhadap proses layanan.
- f. Dapat digunakan sebagai sarana mengendalikan dan mengantisipasi apabila terdapat suatu perubahan sistem.
- g. Dapat digunakan sebagai daftar yang digunakan secara berkala oleh pengawas ketika diadakan audit.
- h. Mengurangi tingkat kelalaian dan kesalahan yang mungkin dilakukan oleh sumber daya manusia dalam melaksanakan tugas.

2.3.6 Penulisan Standar Operasional Prosedur

Standar Operasional Prosedur (SOP) dapat dikaitkan baik jika semua yang tertulis didalamnya dapat dibaca dan dimengerti oleh setiap orang yang menggunakannya. Oleh sebab itu diperlukan suatu cara yang benar dalam pembuatan Standar Operasional Prosedur.

Berikut cara efektif dalam membuat Standar Operasional Prosedur :

- a. Menuliskan setiap tahapan proses pada suatu prosedur dalam kalimat yang pendek. Kalimat yang panjang lebih susah dimengerti.
- b. Menuliskan setiap tahapan proses pada suatu prosedur dalam bentuk kalimat perintah. Kalimat perintah menunjukkan langsung apa yang harus dilakukan.
- c. Mengkomunikasikan dengan jelas setiap kata yang digunakan pada suatu prosedur.

- d. Menggunakan istilah-istilah atau singkatan yang memang sudah umum digunakan dalam kegiatan sehari-hari.

2.3.7 Contoh macam-macam Standar Operasional Prosedur dan instruksi kerja - Terlampir

2.4 MUTU PELAYANAN

Menurut Wiyono (2008), mutu pada hakekatnya adalah tingkat kesempurnaan suatu produk atau jasa.

2.4.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu Pelayanan Kesehatan adalah mutu pelayanan Laboratorium klinik Rumah Sakit diartikan sebagai derajat kesempurnaan pelayanan Laboratorium klinik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia secara wajar.

2.4.2 Tujuan Mutu Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit

- a. Meningkatkan kepuasan pelanggan (pasien, dokter, dan pemakai jasa laboratorium lainnya).
- b. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan Laboratorium.
- c. Efisiensi penggunaan sumber daya yang ada.

2.5. Laboratorium

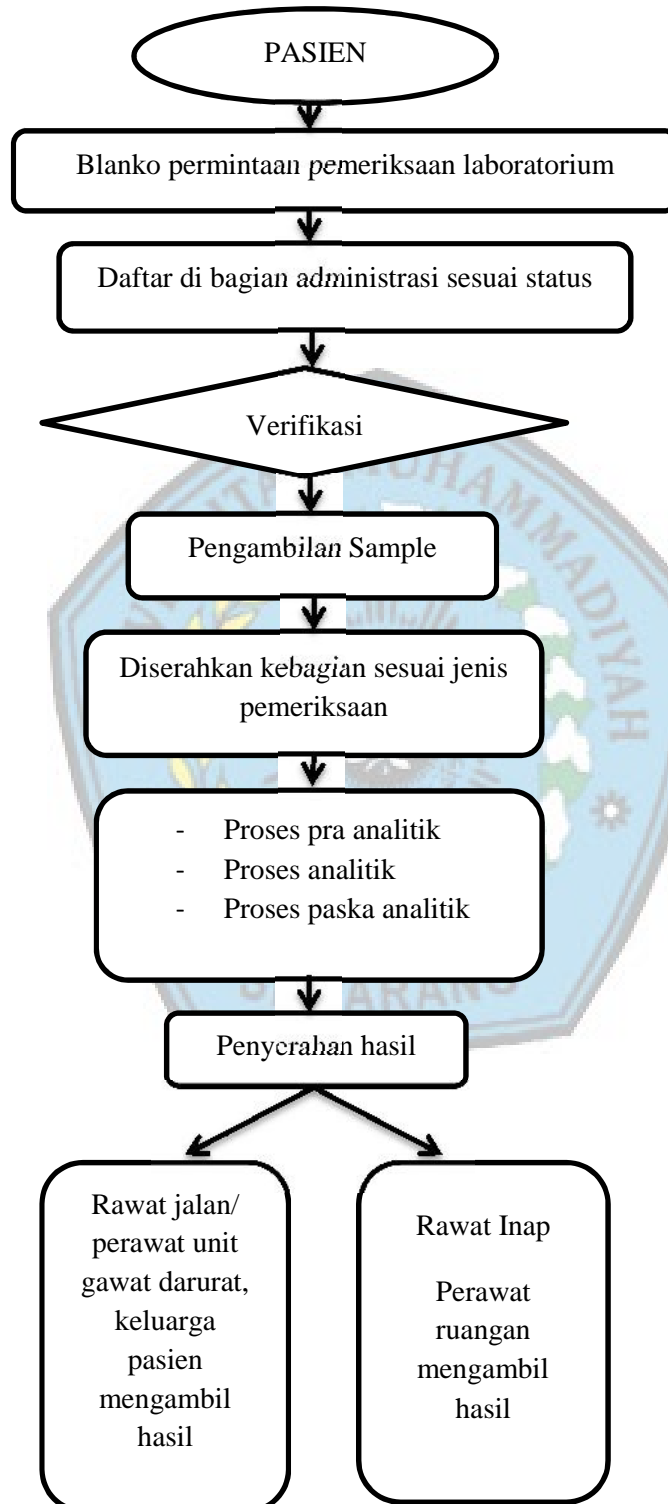
Laboratorium kesehatan adalah sarana kesehatan yang melaksanakan pemeriksaan terhadap bahan yang berasal dari manusia atau bahan yang berasal bukan dari manusia untuk menentukan jenis penyakit, penyebab penyakit, kondisi kesehatan yang berpengaruh terhadap kesehatan perorangan dan masyarakat (Depkes RI, 2010).

2.6 Profil Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu

Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu adalah rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Sumba Timur tipe C. Rumah sakit ini memberikan pelayanan kedokteran umum dan gigi. Rumah Sakit ini juga menampung rujukan yang berasal dari puskesmas. Tersedia tempat tidur rawat inap dewasa dan anak-anak. Dengan vasilitas ruang kelas I, II, III, utama dan VIP. Jumlah dokter yang tersedia 5 dokter umum, 6 dokter spesialis, dan 1 dokter gigi, yang masing-masing berstatus PNS. Vasilitas penunjang meliputi Farmasi, Laboratorium, Radiologi, Fisioterapi, Gizi, IPSRS, Rekam Medik



2.6.1 Alur Pelayanan Laboratorium



Gambar 6. Alur Pelayanan Laboratorium

2.6.2 Prosedur Pendaftaran Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha

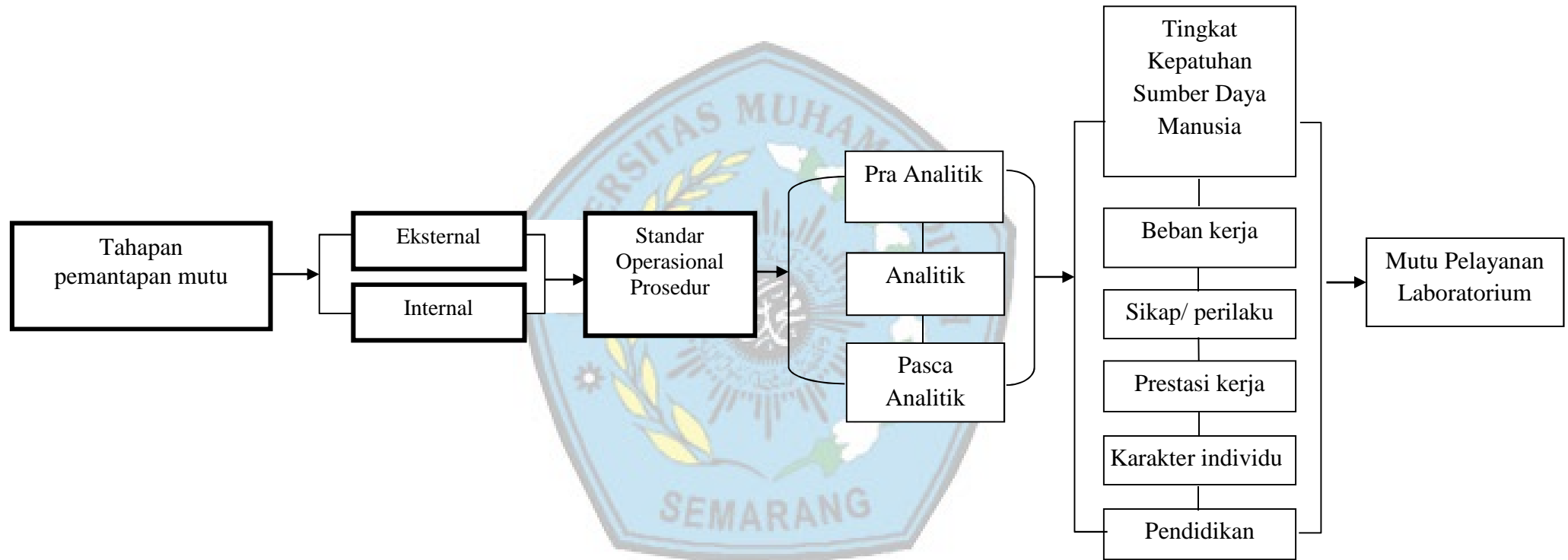
Waingapu

- a. Pasien rawat jalan membawa blanko permintaan pemeriksaan Laboratorium yang ditandatangani oleh dokter ke Instalasi Laboratorium di loket pendaftaran.

Administrasi Laboratorium

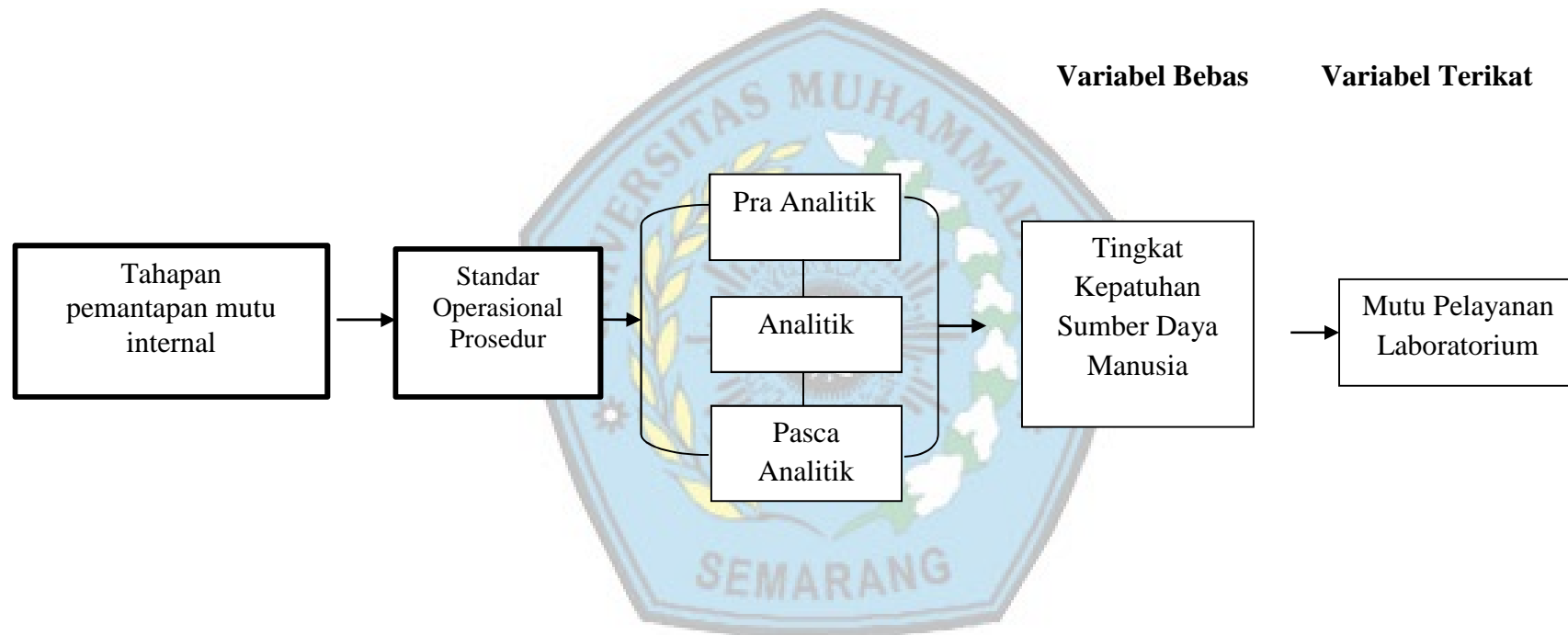
- 1) Pasien umum membayar ke kasir tindakan, sedangkan pasien asuransi cukup membawa kartu jaminan pasien selanjutnya diambil darahnya/ cairan tubuh lain, oleh perawat atau analis kesehatan dan menginformasikan waktu tunggu ke pasien.
 - 2) Pasien umum setelah membayar kembali ke Instalasi Laboratorium untuk diambil spesimen, kemudian perawat atau analis kesehatan menginformasikan waktu tunggu ke pasien.
- b. Pasien Unit Gawat Darurat, pengambilan spesimen darah oleh perawat, kemudian membawa blanko pemeriksaan Laboratorium yang ditanda tangani dokter ke Instalasi Laboratorium di loket pendaftaran, sama seperti pasien rawat jalan.
 - c. Pasien rawat inap, keluarga pasien mengantar spesimen ke Laboratorium dengan membawa pengantar dari ruangan. Kemudian analis kesehatan melakukan pencatatan jenis pemeriksaan dan status ruangan untuk disesuaikan dengan pembayaran sesuai dengan kelas ruangnya. Pengambilan hasil biasanya dilakukan keluarga pasien atau perawat dengan mengisi buku pengambilan hasil.

2.7 Kerangka Teori



Gambar 7. Kerangka Teori

2.8. Kerangka konsep



Gambar 8. Kerangka konsep

2.9. Hipotesis

Ada Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia dalam Melaksanakan Pemantapan Mutu Internal Sesuai Standar Operasional Prosedur Terhadap Mutu Pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif artinya penelitian analitik korelasi, dimana peneliti tidak hanya mendiskripsikan saja tetapi sudah menganalisa hubungan tiap variabel. Metode penelitian ini menggunakan analitik korelasi dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur hubungan tingkat kepatuhan sumber daya manusia dalam melaksanakan pemantapan mutu internal sesuai standar operasional prosedur terhadap mutu pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

3.2. Desain Penelitian

Dalam penelitian ini, menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yaitu penelitian yang dilakukan pada beberapa populasi diamati pada waktu yang sama. Bukan berarti semua responden diukur atau diamati pada saat bersamaan, tetapi artinya dalam penelitian cross sectional tiap responden hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel responden dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Notoatmodjo, 2012).

3.3. Populasi, Sampel, Kriteria Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek dalam suatu penelitian yang dikaji karakteristiknya, populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek atau subjek yang mempunyai karakteristik tertentu dan ditetapkan

oleh peneliti untuk dipelajari kemudian di tarik kesimpulannya (Ayu P, 2014).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh sumber daya manusia Laboratorium yang berjumlah 12 orang dan pengguna jasa Laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

3.3.2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagai jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Machfoedz,2009). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh sumber daya manusia Laboratorium yang berjumlah 12 orang, diambil menggunakan tehnik *total sampling* dari keseluruhan pasien pada saat penelitian. Sampel yang diambil sejumlah 12 responden tersebut harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria Inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sampel (Notoatmodjo,2010) Sedangkan Kriteria Esklusif adalah criteria yang ditetapkan sebelum penelitian atau penelaahan.

1. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :
 - a. Sumber daya manusia Laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu dengan latar belakang pendidikan analis kesehatan, perawat, ekonomi dan kimia.
 - b. Terlibat langsung dalam bagian teknis Laboratorium.
 - c. Bersedia menjadi responden

2. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Sumber daya manusia Laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu tapi tidak bekerja di Laboratorium
- b. Tidak bersedia atau mengundurkan diri menjadi responden

3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling adalah suatu proses seleksi sampling yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada (Hidayat,2010). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling yaitu pengambilan sampel dengan cara pada saat itu juga. Pengumpulan data dapat dilakukan pada sumber daya manusia yang terlibat langsung di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu yang memenuhi syarat dan bersedia menjadi responden diberikan kuesioner penelitian.

3.4. Tempat dan Waktu Penelitian

3.4.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

3.4.2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei - September 2016.

3.5. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan menggunakan alat ukur kuesioner yang telah dibuat oleh peneliti dengan mengacu pada kepustakaan yang terdiri dari beberapa

pertanyaan dan responden diminta untuk mengisi sendiri kuesioner yang diterima.(Notoatmodjo,2005).

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer diperoleh dari observasi langsung untuk melihat pelaksanaan pemantapan mutu internal dan dengan menggunakan kuesioner yang dipersiapkan.

3.6. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian dilakukan dengan tujuan pada saat pengambilan data penelitian dapat mendapat informasi berupa jawaban yang berikan oleh responden. Adapun langkah pengumpulan data adalah :

1. Meminta surat rekomendasi izin penelitian dari Universitas Muhammadiyah Semarang
2. Meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.
3. Memberikan lembar persetujuan atau *informed consent* kepada responden untuk penelitian tersebut.
4. Menjelaskan kepada responden bagaimana cara pengisian kuesioner.
5. Selanjutnya responden di beri kuesioner untuk menjawab semua kuesioner yang diberikan.
6. Mengecek kembali jawaban yang telah responden jawab.
7. Mengumpulkan lembar kuesioner.
8. Mengolah data tersebut satu persatu.

Prosedur penelitian dilakukan dengan cara observasi di lapangan untuk memperoleh gambaran tentang kepatuhan sumber daya manusia dalam

menjalankan pemantapan mutu internal sesuai Standar Operasional Prosedur Laboratorium.

3.7. Variabel Penelitian

3.7.1. Variabel Bebas

Variabel bebas adalah tingkat kepatuhan Sumber Daya Manusia dalam menjalankan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Laboratorium.

3.7.2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah mutu pelayanan pada Laboratorium.

3.8. Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat,2010).

Variabel penelitian	DO	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Kepatuhan SDM	Kepatuhan Sumber Daya Manusia adalah ketaatan atau ketidaktaatan Sumber Daya Manusia dalam menjalankan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Prosedur Laboratorium	27 item kuesioner kepatuhan SDM	1. Diterapkan: Jika skor jawaban 75% 2. Tidak diterapkan jika skor jawaban < 75%	Interval
Mutu internal pelayanan Laboratorium	Kualitas Laboratorium dalam melakukan pemeriksaan dan memberikan pelayanan terhadap masyarakat	20 kuesioner mutu pelayanan	1. Kategori Sangat Baik jika nilai skor 61 – 80 2. Kategori	Interval

dengan kegiatan pencegahan dan pengawasan yang dilakukan oleh laboratorium secara terus-menerus agar tidak terjadi atau mengurangi kejadian error/penyimpangan sehingga diperoleh hasil pemeriksaan yang tepat	Baik jika nilai skor 41–60 3. Kategori Cukup jika nilai skor 21–40 4. Kategori Kurang jika skor 20
--	--

3.9. Metode Pengukuran

3.9.1. Ketaatan Sumber Daya Manusia Laboratorium dalam Menjalankan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Prosedur Laboratorium

Untuk mengukur tingkat kepatuhan diukur dengan menggunakan kuesioner. Dengan menggunakan observasi dengan panduan standar operasional prosedur. Penilaian terdiri dari menerapkan (patuh), dan tidak menerapkan (tidak patuh). (Notoadmojo, 2005)

Berdasarkan total skor dari 27 pertanyaan yang diajukan, maka tingkat kepatuhan dalam menerapkan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Prosedur responden dikategorikan dalam 2 kategori :

1. Menerapkan (patuh) apabila responden melakukan (dari seluruh observasi tindakan Pemantapan Mutu Intrnal sesuai Standar Operasional Prosedur Laboratorium) yaitu interval 10-27 tindakan.
2. Tidak menerapkan (tidak patuh) apabila responden melakukan (dari seluruh observasi tindakan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Prosedur) yaitu interval 0-9 tindakan

Penilaian menggunakan skala Guttman dimana jawaban “ya” diberi skor 1 dan jawaban “tidak” diberi skor 0. Dengan demikian skor tertinggi jawaban(X) :

$$\begin{aligned} &= \frac{\text{Skor tertinggi jawaban}}{\text{Jumlah pertanyaan}} \times 100\% \\ &= \frac{54}{54} \times 100\% \\ &= 100\% \end{aligned}$$

Jadi, tingkat kepatuhan :

Diterapkan : Jika skor jawaban $\geq 75\%$

Tidak diterapkan : Jika skor jawaban $< 75\%$

3.9.2. Mutu Pelayanan Laboratorium

Untuk mengukur mutu pelayanan Laboratorium adalah dengan melakukan kuesioner yang dibagikan kepada pasien Laboratorium. Penilaian mutu melihat dari hasil jawaban kuesioner yang dibagikan dengan kategori sebagai berikut :

- a. Kategori Sangat Baik jika nilai skor 61 – 80
- b. Kategori Baik jika nilai skor 41 – 60
- c. Kategori Cukup jika nilai skor 21 – 40
- d. Kategori Kurang jika nilai skor ≤ 20

Jumlah pertanyaan untuk mengukur mutu pelayanan ada 20 pertanyaan dengan total skor 80. Dengan masing-masing kategori Sangat Baik (4), Baik (3), Cukup (2), dan Kurang (1).

3.10. Metode Analisa

3.10.1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendapatkan data tentang distribusi frekuensi dari masing-masing variabel, kemudian data ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Pada penelitian ini, analisa data dengan statistik univariat akan digunakan untuk menganalisa :

- a. Tingkat kepatuhan Sumber Daya Manusia Laboratorium dalam menjalankan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Prosedur Laboratorium
- b. Kualitas mutu pelayanan Laboratorium.

3.10.2. Analisa Bivariat

Analisa Bivariat adalah analisa statistik yang dapat digunakan dalam mencari hubungan tingkat kepatuhan Sumber Daya Manusia dalam menjalankan Pemantapan Mutu Internal sesuai Standar Operasional Prosedur Laboratorium dengan tingkat kualitas mutu pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu. Analisis ini bertujuan untuk mencari hubungan antar variabel. Uji korelasi Rank Spearman digunakan untuk mencari hubungan atau mencari hipotesis antara 2 variabel atau lebih dan data interval. Bila $p < 0,05$ maka ada hubungan yang signifikan antara variabel Sumber Daya Manusia Laboratorium dengan kualitas mutu pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Gambaran Umum Obyek Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu adalah rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Sumba Timur tipe C, terletak di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Rumah sakit ini memberikan pelayanan kedokteran umum, spesialis dan gigi, Rumah sakit ini juga menampung rujukan yang berasal dari puskesmas. Jumlah dokter yang tersedia 7 dokter umum, 6 dokter spesialis, dan 1 dokter gigi, yang masing-masing berstatus PNS. Pelayanan rawat inap yang tersedia ruang anak, dewasa dengan status pelayanan kelas III, II, I, utama, VIP. Didukung fasilitas penunjang Farmasi, Laboratorium, Gizi, Radiologi, Fisioterapi, IPSRS, Rekam Medik.

Penelitian tentang hubungan tingkat kepatuhan sumber daya manusia terhadap mutu internal pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu dilaksanakan di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei - September 2016 dengan 12 responden atau Sumber Daya Manusia di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu.

4.1.2. Analisa Univariat

4.1.2.1. Tingkat kepatuhan sumber daya manusia

Tabel 4.1.

Distribusi Frekwensi tingkat kepatuhan sumber daya manusia di laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu

Tingkat kepatuhan	Frekwensi	Persentase
Menerapkan	9	75,0%
Tidak menerapkan	3	25,0%
Jumlah	12	100%

Berdasarkan Tabel 4.1. tersebut diatas maka dapat diketahui bahwa sebagian besar sumber daya manusia di laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu menerapkan kepatuhan dalam menjalankan pemantapan mutu internal sesuai SOP sebanyak 9 responden (75%).

4.1.2.2. Tingkat kepatuhan sumber daya pra analitik

Tabel 4.2.

Distribusi Frekwensi tingkat kepatuhan sumber daya manusia di laboratorium pra analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu

Tingkat kepatuhan	Frekwensi	Persentase
menerapkan	7	58,3%
tidak menerapkan	5	41,7%
Jumlah	12	100%

Berdasarkan Tabel 4.2. tersebut diatas maka dapat diketahui bahwa sebagian besar sumber daya manusia di laboratorium pra analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu menerapkan kepatuhan sebanyak 7 responden (58,3%)

4.1.2.3. Tingkat kepatuhan sumber daya analitik

Tabel 4.3.**Distribusi Frekwensi tingkat kepatuhan sumber daya manusia di laboratorium analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu**

Tingkat kepatuhan	Frekwensi	Persentase
menerapkan	6	50.0%
tidak menerapkan	6	50.0%
Jumlah	12	100%

Berdasarkan Tabel 4.2. tersebut diatas maka dapat diketahui bahwa sebagian besar sumber daya manusia di laboratorium analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu menerapkan kepatuhan sebanyak 6 responden (50,0%)

4.1.2.4. Tingkat kepatuhan sumber daya pasca analitik

Tabel 4.4.**Distribusi Frekwensi tingkat kepatuhan sumber daya manusia di laboratorium analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu**

Tingkat kepatuhan	Frekwensi	Persentase
menerapkan	9	75.0
tidak menerapkan	3	25.0
Jumlah	12	100%

Berdasarkan Tabel 4.2. tersebut diatas maka dapat diketahui bahwa sebagian besar sumber daya manusia di laboratorium pasca analitik di Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu menerapkan kepatuhan sebanyak 9 responden (75,0%)

4.1.2.5. Mutu Internal Pelayanan Laboratorium

Tabel 4.5.

Distribusi Frekwensi Mutu Internal Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu

Mutu internal pelayanan	Frekwensi	Persentase (%)
Sangat baik	2	16.7
Baik	4	33.3
Cukup	4	33.3
Kurang	2	16.7
Jumlah	12	100%

Berdasarkan Tabel 4.2. tersebut diatas maka dapat diketahui bahwa sebagian besar sumber daya manusia di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu mempunyai mutu pelayanan internal yang baik sebanyak 6 responden (50,0%).

4.1.3. Analisa Bivariat

Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu

Sebelum dilakukan analisa hubungan tingkat kepatuhan sumber daya manusia terhadap mutu internal pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas dengan *Shapiro Wilks* untuk menentukan alat uji yang akan digunakan. Berdasarkan hasil uji normalitas didapatkan hasil p value tingkat kepatuhan sebesar 0,054 dan p value mutu internal pelayanan Laboratorium 0,504 ($<0,00$) sehingga dapat disimpulkan data terdistribusi normal. Kemudian dilakukan uji korelasi dengan *Pearson Correlation* dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.6.
Analisa Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium RSUD Umu Rara Meha Waingapu

		mutu pelayanan internal	kepatuhan SDM
mutu pelayanan internal	Pearson Correlation	1	.704*
	Sig. (2-tailed)		.011
	N	12	12
kepatuhan SDM	Pearson Correlation	.704*	1
	Sig. (2-tailed)	.011	
	N	12	12

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Berdasarkan hasil uji korelasi *Pearson Correlation* maka didapatkan hasil r hitung sebesar 0,704 dengan p value sebesar $0,011 < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna tingkat kepatuhan sumber daya manusia terhadap mutu internal pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

4.2. Pembahasan

4.2.1. Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia

Hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar sumber daya manusia di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu menerapkan kepatuhan dalam menjalankan pemantapan mutu internal sesuai Standar Operasional Prosedur pada tahap pra analitik sebanyak 75% menerapkan kepatuhan. Pada tahap analitik didapatkan 67% menerapkan kepatuhan sedangkan pada tahap pasca analitik didapatkan 84% menerapkan kepatuhan dalam menjalankan pemantapan mutu internal. Perlu adanya penyegaran pelatihan pemantapan mutu terhadap sumber daya Laboratorium untuk menjadi sumber

daya manusia yang kompeten, professional merupakan salah satu factor penyebab adanya sumber daya manusia tidak menerapkan kepatuhan.

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti suka menurut, taat pada perintah, aturan dan disiplin. Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan kepatuhan sebagai kesetiaan, ketaatan atau loyalitas. Kepatuhan yang dimaksud di sini adalah ketaatan dalam pelaksanaan prosedur tetap yang telah di buat (purwodarminto, 2010). Sedangkan kepatuhan menurut Slamet (2006) adalah tingkat seseorang melaksanakan suatu cara atau berperilaku sesuai dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya. Dalam hal ini kepatuhan pelaksanaan prosedur tetap adalah untuk selalu memenuhi petunjuk atau peraturan-peraturan dan memahami etika kesehatan di tempat kerja.

Sumber Daya Manusia adalah semua manusia yang terlibat di dalam suatu organisasi dalam mengupayakan terwujudnya tujuan oraganisasi (Sayuti, 2005). Lesli Rae(2005) membagi sumber daya manusia dalam dua jenis yaitu secara makro dan secara mikro. Secara makro pengertian sumber daya manusia adalah semua manusia sebagai penduduk atau warga negara dalam batas wilayah tertentu yang sudah memasuki usia angkatan kerja, baik yang sudah maupun yang belum memperoleh pekerjaan. Sedangkan pengertian sumber daya manusia secara mikro adalah manusia yang bekerja atau menjadi anggota suatu organisasi yang disebut sebagai pegawai, karyawan, pekerja, buruh, dan tenaga kerja.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar sumber daya manusia di Rumah Sakit Umum Daerah Waingapu patuh dalam menerapkan pemantapan mutu internal pelayanan Laboratorium. Hal ini dapat diasumsikan bahwa sumber

daya manusia Laboratorium sebagian besar sudah bekerja sesuai dengan standar operasional prosedur yang ditetapkan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh La Ode Marsudi tentang Studi penerapan mutu internal (PMI) pada pemeriksaan kimia klinik oleh petugas klinik Laboratorium RSUD Haji Makassar dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas Laboratorium bekerja sesuai dengan kriteria obyektif 75% (13,5 dengan tingkat presentasi penerapan 88,9% - 100%.

4.2.2. Mutu Internal Pelayanan Laboratorium

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar sumber daya manusia di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu mempunyai mutu pelayanan internal yang baik sebanyak 6 responden (50,0%)

Mutu internal adalah semua kegiatan yang ditujukan untuk menjamin ketelitian dan ketepatan hasil pemeriksaan Laboratorium, dilaksanakan melalui berbagai kegiatan, antara lain pemilihan metode yang tepat, pengambilan spesimen yang benar, pelaksanaan pemeriksaan Laboratorium oleh sumber daya manusia yang memiliki kompetensi dan pelaksanaan kegiatan Pemantapan Mutu Eksternal dan Pemantapan Mutu Internal (Depkes,2007).

Program Pemantapan mutu merupakan suatu sistem Laboratorium klinik untuk mengetahui dan meminimalkan kesalahan analitik. Kegiatan pemantapan mutu mengandung komponen antara lain pemantapan mutu eksternal (PME) dan pemantapan mutu internal (PMI).

Pohan (2007), menyatakan pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah suatu pelayanan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi pelayanan

kesehatan dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien / konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat. Menurut Wiyono (2008) mutu pelayanan kesehatan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu-pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.

Mutu dalam pelayanan kesehatan bukan hanya ditinjau dari sudut pandang aspek teknis medis yang berhubungan langsung antara pelayanan medis pasien saja, tetapi juga sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk manajemen administrasi, keuangan, peralatan dan sumber daya manusia kesehatan lainnya (Wijono, 2008)

Kesalahan karena pemberian identitas pasien, tertukar specimen, pemberian antikoagulan sebenarnya bisa dihindari. Kesalahan tersebut merupakan bagian dari kesalahan pra analitik, penggunaan metode yang kurang tepat, reagen yang sudah kadaluarsa salah satu penyebab kesalahan pra analitik. Sedangkan penulisan hasil secara manual yang tidak hati-hati bisa mengakibatkan kesalahan pasca analitik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mutu sumber daya manusia di Laboratorim Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu adalah **cukup**. Laboratorium adalah sarana penting yang menunjang pemeriksaan klinis bagi pasien sehingga keberadaan dari sumber daya manusia yang mengelola dan terlibat secara langsung di Laboratorium harus benar-benar teliti sehingga hasil uji Laboratorium dapat dipertanggungjawabkan dan dapat menunjang mempercepat kesembuhan pasien.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh La Ode Marsudi tentang Studi penerapan mutu internal (PMI) pada pemeriksaan kimia klinik oleh petugas klinik laboratorium RSUD Haji Makasar dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas Laboratorium bekerja sesuai dengan kriteria obyektif 75% (13,5 dengan tingkat presentasi penerapan 88,9% - 100%.

4.2.3. Analisa Bivariat

Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu

Berdasarkan hasil uji korelasi *rank Spearman* maka didapatkan hasil r hitung sebesar 0,504 dengan p value sebesar $0,011 < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna tingkat kepatuhan sumber daya manusia terhadap mutu internal pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

Patuh adalah sikap positif individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Ketidapatuhan merupakan suatu kondisi pada individu atau kelompok yang sebenarnya mau melakukannya, tetapi dapat dicegah untuk melakukannya oleh faktor-faktor yang menghalangi ketaatan terhadap anjuran. Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap aturan, perintah, prosedur dan disiplin.

Kepatuhan dalam hal ini adalah suatu kondisi yang tercipta melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai ketaatan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban (Purwodarminto, 2010).

Untuk memenuhi pengertian Sumber Daya Manusia (SDM) perlu dibedakan antara pengertiannya secara makro dan mikro. Pengertian SDM secara makro adalah semua manusia sebagai penduduk atau warga negara suatu negara atau dalam batas wilayah tertentu yang sudah memasuki usia angkatan kerja, baik yang sudah mampu memperoleh pekerjaan. Sumber Daya Manusia dalam arti mikro secara sederhana adalah manusia atau orang yang bekerja atau jadi anggota organisasi yang disebut personil, pegawai, karyawan, pekerja tenaga kerja dan lain-lain. Sedang secara lebih khusus sumber daya manusia dalam arti mikro di lingkungan sebuah organisasi/ perusahaan (Hadari, 2005).

Sumber daya manusia kesehatan dapat dikatakan merupakan jantung dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Tanpa adanya sumber daya manusia yang menjadi penggerak dan melayani, maka pilar-pilar yang lain dalam SKN menjadi tidak berjalan, begitu juga sebaliknya. Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah semua orang yang kegiatan pokoknya ditujukan untuk meningkatkan kesehatan. Mereka terdiri atas orang-orang yang memberikan pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, teknisi Laboratorium, manajemen dan sumber daya manusia pendukung lainnya (WHO, 2006). Definisi lain dari sumber daya manusia kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam kesehatan, serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (UU 36, 2009)

Kepatuhan sumber daya manusia dalam hal ini sumber daya manusia kesehatan sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan

pelayanan kesehatan oleh karena itu semua proses pelayanan kesehatan diharapkan mengacu pada standar operasional prosedur yang ditetapkan. Apabila sumber daya manusia kesehatan mematuhi dan mengikuti standar pelayanan kesehatan dengan baik maka diharapkan tingkat kesembuhan pasien meningkat sehingga tingkat kesakitan dan kematian bisa diturunkan (Wijono, 2008).

Kepatuhan sumber daya manusia memberikan perlindungan dari penularan penyakit yang berbahaya. Di mana telah diatur pemerintah melalui UU kesehatan No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan dan PP No.102 tahun 2000 tentang Standar Nasional Indonesia (SNI). Bahwa kesadaran masing-masing individu sumber daya manusia akan mengurangi dampak buruk yang mungkin terjadi dalam menjalankan pekerjaan di Laboratorium.

Perilaku sumber daya manusia merupakan salah satu keberhasilan suatu organisasi, hal ini dapat dilihat dari prestasi kerja dan semangat kerja. Perilaku karyawan berpengaruh pada sikap kerja, ini terlihat dari kepuasan kerja dan komitmen terhadap organisasi. Sikap kerja dipengaruhi oleh karakter individu, beban pekerjaan dan organisasi. Karakter individu terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia, masa kerja, status perkawinan, jumlah tanggungan keluarga. Karakter beban pekerjaan terdiri dari keanekaragaman tugas, identitas tugas, tanggung jawab tugas. Karakter organisasi terdiri atas jumlah unit yang ada dalam organisasi, banyaknya pelaksanaan tugas yang bersandarkan pada peraturan dan sentralisasi dari siapa yang dapat mengambil keputusan (Robbins, 2006).

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan sumber daya manusia adalah adanya kebutuhan untuk mempunyai rasa perlu taat. Hal ini biasanya dipengaruhi oleh

tingkat pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki. Sumber daya manusia di Laboratorium akan taat jika ada figur dari pimpinan atau teman sejawat yang disegani. Selain itu adanya pedoman yang jelas dalam melaksanakan tugas, kelengkapan alat, sarana dan kemudahan dalam melakukan pekerjaannya. Perilaku individu, kelompok atau masyarakat merupakan faktor yang berpengaruh dari kepatuhan sumber daya manusia.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan sumber daya manusia dengan mutu pelayanan di Laboratorium, hal ini dapat diasumsikan bahwa sumber daya manusia yang patuh dengan standar operasional prosedur dan aturan yang berlaku di Laboratorium maka akan menghasilkan mutu pelayanan yang baik bagi pasien, Rumah Sakit dan Laboratorium itu sendiri. Pasien akan merasa puas dengan hasil dan mutu serta proses yang terjadi di Laboratorium Rumah Sakit khususnya pihak medis akan sangat terbantu dengan cepatnya proses Laboratorium. Dan Laboratorium juga tidak akan menemui kendala dan permasalahan serta pekerjaan yang menumpuk karena semua sumber daya manusia di Laboratorium dapat bekerja sesuai porsinya masing-masing.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Panggabean (2008) tentang hubungan pengetahuan dan sikap petugas Laboratorium terhadap kepatuhan dalam menerapkan standard operasional prosedur di Puskesmas Kota Pekan Baru dengan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pengetahuan dan sikap petugas Laboratorium terhadap kepatuhan dalam menerapkan standard operasional prosedur.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan tingkat kepatuhan sumber daya manusia terhadap mutu internal pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 5.1.1. Sumber daya manusia di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu sebagian besar menerapkan kepatuhan dalam menjalankan pemantapan mutu internal sesuai SOP pada tahap pra analitik sebanyak 9 responden (75%), tahap analitik 67%, tahap pasca analitik 84%.
- 5.1.2. Sumber daya manusia di Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu sebagian besar mempunyai mutu pelayanan internal yang baik sebanyak 6 responden (50,0%).
- 5.1.3. Berdasarkan hasil uji korelasi *rank Spearman* maka didapatkan hasil r hitung sebesar 0,669 dengan p value sebesar $0,017 < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna tingkat kepatuhan sumber daya manusia terhadap mutu internal pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu

5.2.Saran

Dari hasil penelitian diatas, peneliti dapat memberi beberapa saran yaitu :

- 5.2.1. Bagi institusi pendidikan agar dapat senantiasa meningkatkan kualitas pendidikan dan membekali para mahasiswanya dengan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang cukup sehingga hasil yang di dapat saat ini dapat terus meningkat dan dipertahankan.
- 5.2.2. Bagi instansi kesehatan agar dapat terus meningkatkan kinerja sumber daya manusia di Laboratorium dan senantiasa mengontrol kesesuaian antara program yang sudah ditetapkan dengan kenyataan dilapangan.
- 5.2.3. Bagi sumber daya manusia kesehatan itu sendiri khususnya sumber daya manusia di Laboratorim dapat terus meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan kepada pasien sehingga rasa aman dan nyaman dapat terpenuhi dan juga dapat mempercepat proses kesembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agoes, 2009. [http : // blogspot. Com](http://blogspot.com) / *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Diakses 26 Juni 2016
- Arsip, 2015. *Instruksi Kerja Pemeriksaan Laboratorium RSUD Umu Rara Meha Waengapu*. Depkes RI. Cetakan -3. 2004. Pedoman Praktek Laboratorium Yang Benar. Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Direktorat Laboratorium Kesehatan.
- Depkes RI, Cetakan -4. 2007. *Pedoman Praktek Laboratorium Yang Benar*. Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Direktorat Laboratorium Kesehatan.
- Koentjoro, Tjahjono, 2011. *Regulasi Kesehatan Di Indonesia*. Yogyakarta: ANDI Yogyakarta
- Kemen. Kes, 2010. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 411/Menkes/PER/III/2010 *Tentang Laboratorium Klinik*.
- Permen. RI Nomor 1144/Menkes/PER/VII/2010 *Tentang Organisasi Kesehatan Dan Tata Kerja Kementrian Kesehatan*.
- Purwodarminto, 2010. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Cetakan -7, Jakarta : Aneka Cipta
- Santoso, Witono, 2008. *Praktik Laboratorium Kesehatan yang Benar (Good Laboratory Practice)*. Jakarta : Depertemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Sukorini, 2010. *Pemantapan Mutu Internal Laboratorium*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Univesitas Gadjah Mada.
- Swarsana, I Ketut, 2008. *Metedologi Penelitian Kesehatan*, Cetakan -2. Jakarta : Bintang Jaya
- Wiyono, 2008. *Mutu Pelayanan Kesehatan*. Cetakan -2, Airlangga University.
- Hadi, Anwar. 2010. *Sistim Manajemen Mutu Laboratorium*, cetakan -3, Jakarta: RAGIL Penerbit PT.Gramedia Pustaka Utama.

LAMPIRAN



Lampiran 1. Kuesioner Sumber Daya Manusia Laboratorium

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN SUMBER DAYA MANUSIA
TERHADAP MUTU INTERNAL PELAYANAN LABORATORIUM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UMBU RARA MEHA
WAINGAPU

Identitas Responden

1. No. responden :
2. Nama :
3. Umur :
4. JenisKelamin : LakiLaki Perempuan
5. Pendidikanterakhir : D III AnalisisKesehatan
 D III Keperawatan
 S1 Kimia
 SMAK
 SMEA

MOHON DIBERI () PADA JAWABAN YANG PALING SESUAI

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
	A. Pra Analitik		
1	Apakah saudara (i) melakukan registrasi pasien sebelum melakukan pengambilan specimen untuk pemeriksaan ?		
2	Apakah saudara (i) menginformasikan kepada pasien persiapan yang harus dilakukan sebelum pengambilan specimen pada pemeriksaan khusus ?		
3	Apakah saudara (i) melakukan cross check terhadap identitas dan jenis pemeriksaan sebelum melakukan pengambilan spesimen?		
4	Apakah saudara (i) yang melakukan pengambilan specimen darah sudah ikut pelatihan plebotomi ?		
5	Apakah tersedia standar operasional prosedur pengambilan Spesimen untuk pemeriksaan Laboratorium ?		
6	Apakah saudara (i) melakukan pengambilan specimen sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ada ?		
7	Apakah saudara (i) membentangkan label / identitas pasien pada wadah specimen sebelum melakukan pengambilan spesimen?		
8	Apakah saudara (i) melakukan pengambilan specimen kembali bila ada spesimen yang tidak memenuhi kriteria untuk pemeriksaan ?		

9	Apakah saudara (i) selalu memperhatikan wadah, suhu, dan waktu penyimpanan spesimen bila ada spesimen yang tidak sempat dianalisis ?		
B. Analitik			
10	Apakah saudara (i) selalu melakukan uji kualitas reagen sebelum reagen tersebut digunakan untuk pemeriksaan ?		
11	Apakah ada instruksi kerja alat (IKA) pemeriksaan Laboratorium ?		
12	Apakah ada instruksi kerja metode (IKM) pemeriksaan Laboratorium?		
13	Apakah saudara (i) melakukan tahapan semua pemeriksaan sesuai IKA dan IKM ?		
14	Apakah saudara (i) selalu melakukan kalibrasi alat yang digunakan seperti mikropipet, fotometer secara berkala atau setiap saat ?		
15	Apakah saudara (i) selalu melakukan uji ketelitian dan ketepatan ?		
16	Apakah ada kartu control yang diisi setiap hari pada saat melakukan uji ketelitian ?		
17	Apakah saudara (i) melakukan pengulangan pemeriksaan bila terdapat hasil yang abnormal ?		
18	Apakah saudara (i) selalu mengontrol dan mencatat suhu kulkas dan ruangan pemeriksaan setiap hari ?		
C. PascaAnalitik			
19	Apakah saudara (i) selalu melakukan pencatatan/ pembukuan terhadap hasil pemeriksaan ?		
20	Apakah saudara (i) melakukan verifikasi hasil pemeriksaan oleh sumber daya manusia yang bertanggung jawab pada pemeriksaan Laboratorium ?		
21	Apakah saudara (i) melakukan verifikasi hasil pemeriksaan oleh dokter spesialis patologi klinik sebelum diserahkan kepada pasien?		
22	Apakah ada bukti pemeriksaan Laboratorium yang diperlihatkan oleh pasien pada saat pengambilan hasil ?		
23	Apakah hasil yang diberikan selalu dicrosschek dengan bukti pemeriksaan Laboratorium ?		
24	Apakah tersedia buku pengambilan hasil pemeriksaan Laboratorium yang diisi dan ditandatangani oleh perawat atau keluarga pasien ?		
25	Apakah hasil pemeriksaan Laboratorium yang diberikan kepada pasien dalam amplop tertutup ?		

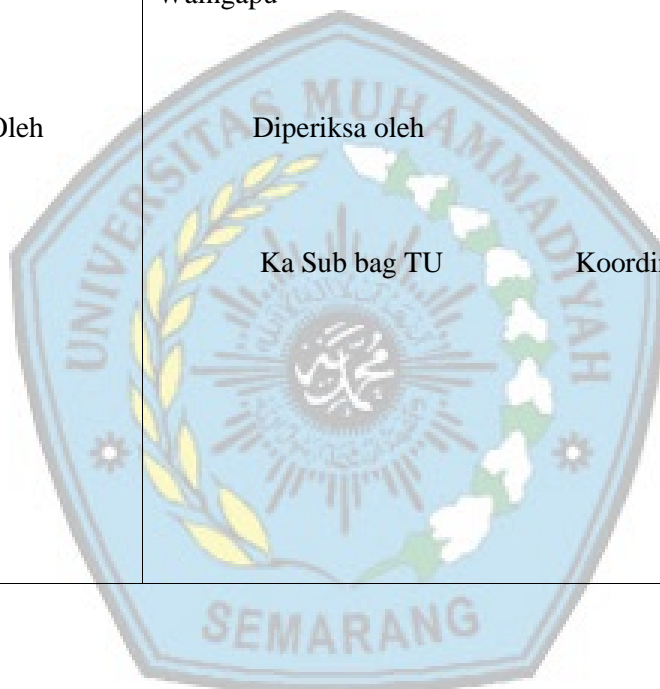
26	Apakah hasil pemeriksaan Laboratorium dapat diberikan tepat waktu ?		
27	Apakah ada dokumen/ arsip hasil pemeriksaan Laboratorium		

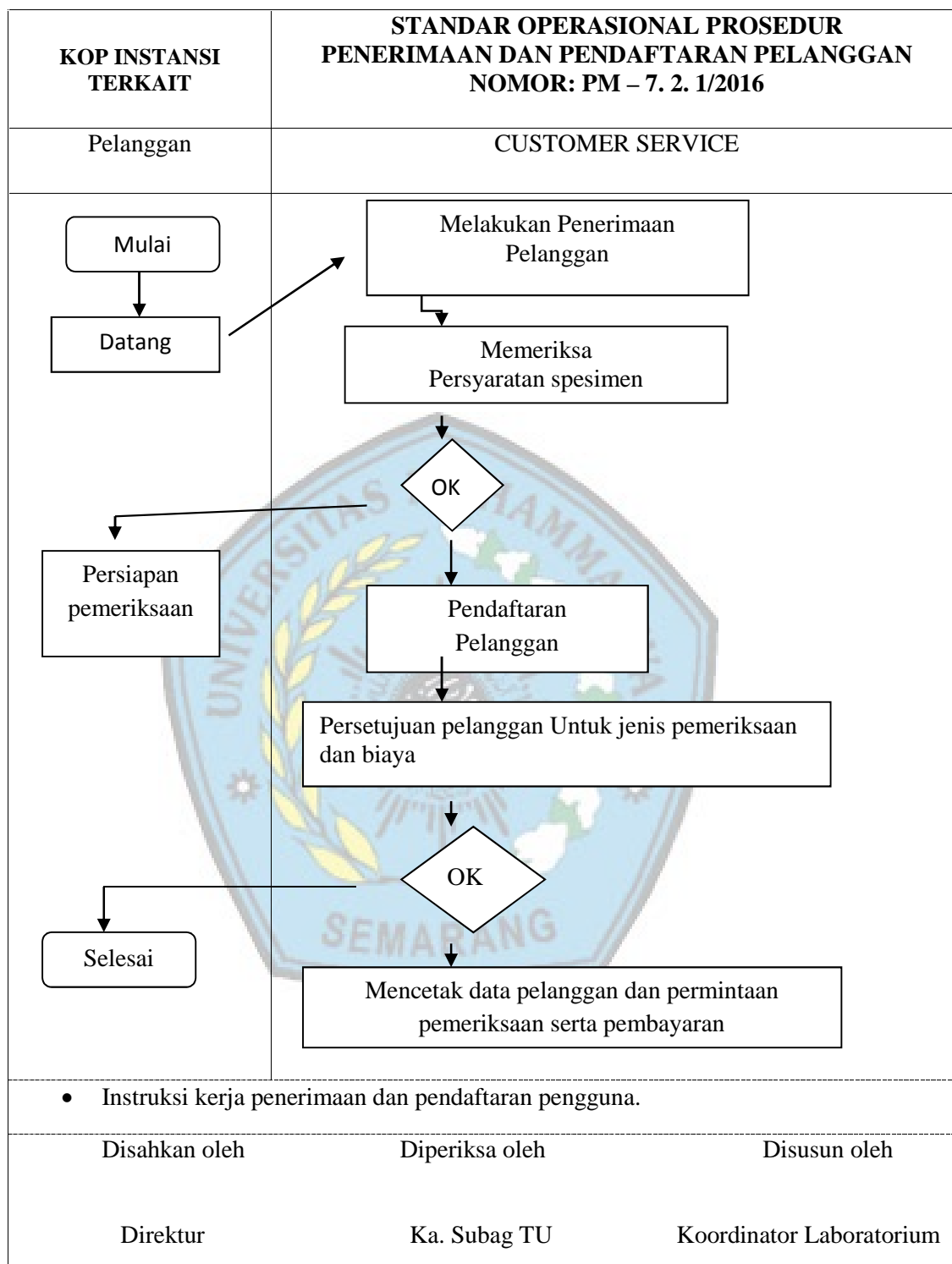
Lampiran 2. Standar Operasional Prosedur dan Instruksi Kerja

KOP INSTANSI TERKAIT	<p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENERIMAAN DAN PENDAFTARAN PELANGGAN NOMOR: PM – 7 .2. 1/2016</p> <p style="text-align: right;">Halaman: 1/3</p>
1. TUJUAN	<p>Prosedur ini ditetapkan untuk menjadi pedoman baku prosedur proses penerimaan dan pendaftaran pelanggan umum dan rekanan untuk mencapai standar pelayanan yang baik dan benar.</p>
2. RUANG LINGKUP	<p>Prosedur ini dimulai dari kedatangan pelanggan sampai dengan penyerahan formulir permintaan pemeriksaan yang sudah diverifikasi oleh pelaksana pelayanan medis.</p>
3. REFERENSI	<p>3.1. Internasional Standar ISO 9001 : 2008 (7.2.1,7.5.3) 3.2. Pedoman Praktek Laboratorium yang Benar Dep Kes RI th.2004</p>
4. PENJELASAN UMUM	<p>4.1. Formulir Permintaan Pemeriksaan adalah isian macam-macam pemeriksaan yang diminta atau dikehendaki oleh pelanggan, dokter dan rekanan. 4.2. Pelanggan Umum adalah manusia yang menjalani pemeriksaan atas permintaan dokter atau perawat. 4.3. Pelanggan Atas Permintaan Sendiri (APS) adalah manusia yang menjalani pemeriksaan atas permintaan sendiri. 4.4. Pelanggan Rekanan Instansi adalah manusia dan yang menjalani pemeriksaan di dalam maupun di luar kantor Laboratorium atas permintaan instansi atau perusahaan yang bersangkutan.</p>
5. TANGGUNG JAWAB	<p>4.5. Customer Service adalah orang yang mempunyai tugas utama sebagai penerima Pelanggan/spesimen dan melakukan pendaftaran pemeriksaan.</p>
6. SASARAN KINERJA	<p>4.6. Syarat pemeriksaan adalah ketentuan yang harus dijalani oleh Pelanggan sebelum dilakukan pemeriksaan.</p> <p>Prosedur ini berada dibawah tanggung jawab Kepala Sub bagian Tata Usaha.</p> <p>6.1.Ketidaksesuaian data dari proses penerimaan dan pendaftaran oleh Customer Service. 6.2.Jumlah keluhan Pelanggan terhadap pelayanan yang diterima.</p>

KOP INSTANSI TERKAIT	<p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENERIMAAN DAN PENDAFTARAN PELANGGAN NOMOR: PM – 7 .2. 1/2016</p> <p style="text-align: center;">Halaman: 2/3</p>
<p>7. PROSEDUR 7.1. CUSTOMER SERVICE</p>	<p>7.1.1. Pelanggan datang diterima oleh Customer Service 7.1.2. Melakukan penerimaan pelanggan sesuai Instruksi Kerja Pendaftaran pelanggan. 7.1.3. Melakukan pencatatan data pelanggan. 7.1.4. Meminta persetujuan kepada Pelanggan tentang jumlah atau macam pemeriksaan dan total biaya 7.1.4.1. Bila Pelanggan “setuju” dilanjutkan ke prosedur 7.1.5. Untuk Pelanggan atas permintaan sendiri, petugas Customer Service meminta validasi di formulir Permintaan Pemeriksaan kepada Pelanggan. 7.1.4.2. Untuk pelanggan yang memerlukan tindakan medis mengisi dan menandatangani persetujuan tindakan medis. 7.1.4.3. Bila Pelanggan “tidak setuju” maka proses penerimaan Pelanggan dihentikan. 7.1.5. Menerima pembayaran Pendaftaran Pelanggan. 7.1.6. Memberikan kuitansi. 7.1.7. Memberikan penjelasan tentang alur/tahapan pelayanan. 7.1.8. Pada akhir pekerjaan membuat Laporan Penerimaan Kas Harian. 7.1.9. Memasukkan Data Pelanggan ke dalam buku pendaftaran dan penerimaan bahan specimen</p>
<p>8.DOKUMEN/REKAMAN TERKAIT</p> <p>9. LAMPIRAN</p>	<p>8.1. Instruksi Kerja Penerimaan dan pendaftaran pelanggan.</p> <p>Alur proses penerimaan dan pendaftaran pelanggan.</p>

KOP INSTANSI TERKAIT	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENERIMAAN DAN PENDAFTARAN PELANGGAN NOMOR: PM – 7. 2. 1/2016 Halaman 3/3	
10. PENGESAHAN Edisi No Tanggal Berlaku Tanggal Tinjau Dokumen yang digantikan Lokasi	I 1 Agustus 2016 15 Juli 2016 - Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu	
Disahkan Oleh	Diperiksa oleh	Disusun oleh
Direktur	Ka Sub bag TU	Koordinator Laboratorium





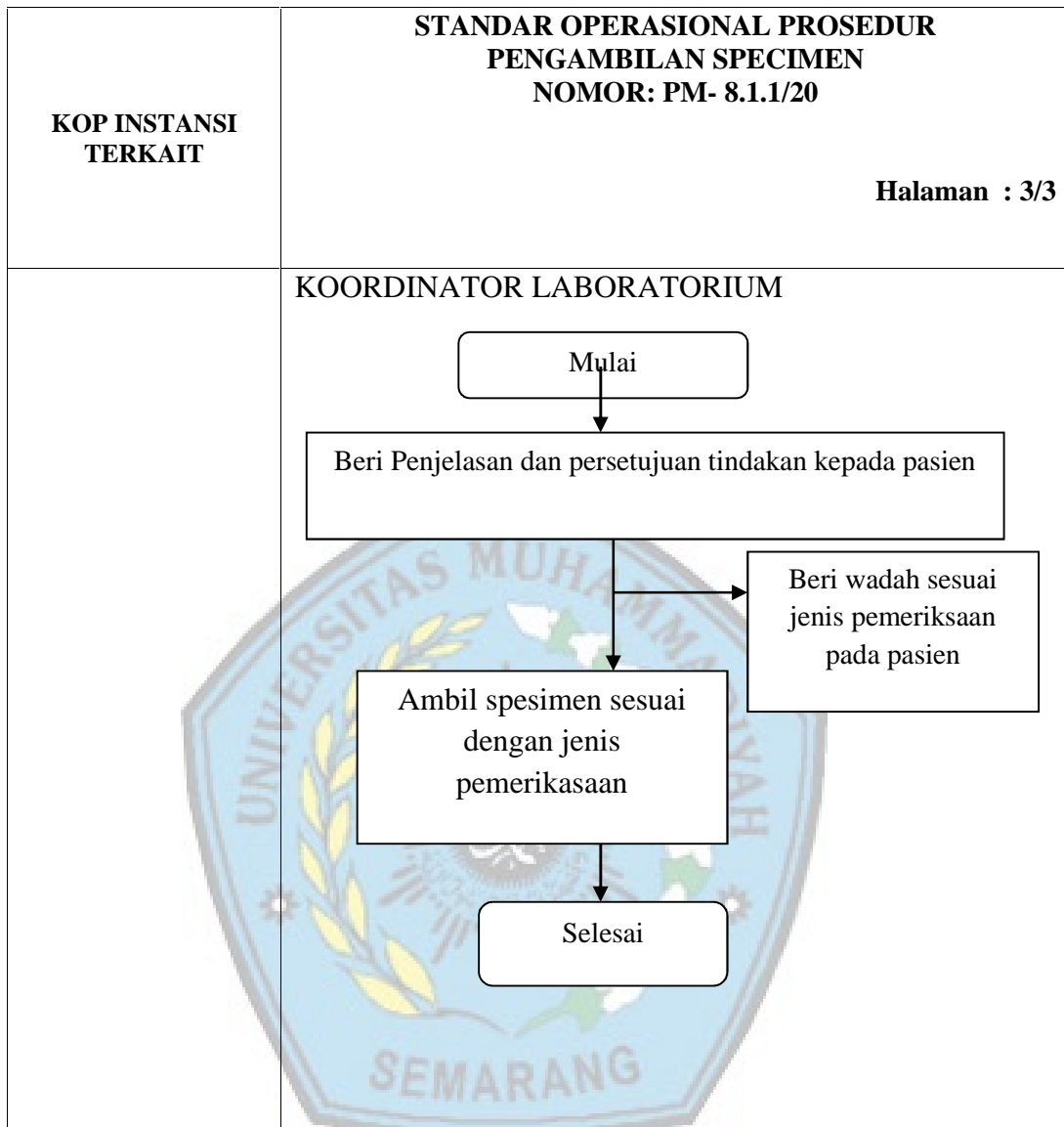
KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
		TANGGAL	20 Agustus 2016
	PENERIMAAN DAN PENDAFTARAN PELANGGAN UMUM	HALAMAN	1/2
I..PELAKSANA	Sumber daya manusia Laboratorium bagian pendaftaran dan penerimaan pelanggan		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Komputer • Printer • Alat tulis • Buku harian • Amplop • Buku ekspedisi 		
V. LANGKAH KERJA			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelanggan baru dengan permintaan sendiri atau membawa rujukan dari luar <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mendaftar dengan blangko pemeriksaan sesuai dengan permintaan pelanggan atau dokter yg merujuk 1.2 Memasukkan data pelanggan sesuai dengan blangko pemeriksaan kedalam computer 2. Pelanggan lama <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Menanyakan kartu untuk melihat nomer pada kartu CM nya. 2.2 Menanyakan apakah membawa rujukan atau permintaan sendiri. 2.3 Memasukkan data pelanggan sesuai dengan blangko pemeriksaan kedalam komputer. 3. Melengkapi data pelanggan yang belum lengkap. 4. Menyalin semua pemeriksaan kedalam komputer. 5. Merekap kembali print out ke buku harian 6. Mengecek ulang print out dan menyerahkan ke kasir. 7. Pelanggan membayar biaya Laboratorium ke kasir. 8. Memberikan kartu CM kepada pelanggan. 9. Pelanggan menuju keruang sampling untuk diambil spesimennya bagi pasien rawat jalan. 10. Pelanggan rawat inap specimen dikirim oleh perawat langsung ke Laboratorium diterima oleh costumer service. 			
VI. DAFTAR PUSTAKA : Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012			
Disetujui		Dibuat oleh	
Kasie Pelayanan		Kordinator Laboratorium	

KORPS INSTANSI	INSTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
	PENERIMAAN DAN PENDAFTARAN PELANGGAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	NO. REVISI	I
		TANGGAL	20 AGUSTUS 2016
		HALAMAN	1/1
I. PELAKSANA	Sumber daya manusia laboratorium bagian pendaftaran dan penerimaan pelanggan jaminan kesehatan nasional		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Komputer • Printer • Alat tulis • Buku harian • Buku ekspedisi 		
V. LANGKAH KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelanggan jaminan kesehatan nasional membawa rujukan dari dokter yang merujuk 2. Memasukkan data pelanggan sesuai dengan blanko pemeriksaan ke dalam computer 3. Melengkapi data pelanggan yang belum lengkap 4. Melengkapi persyaratan jaminan kesehatan nasional 5. Merekap kembali print out ke dalam buku harian 6. Pelanggan rawat jalan menuju ke ruang sampling untuk diambil spesimennya 7. Pelanggan rawat inap, spesimen di kirim oleh perawat langsung ke Laboratorium diterima oleh customer service 		
VI. DAFTAR PUSTAKA	: Good Laboratory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012		
Disetujui		Dibuat oleh	
Kasie Pelayanan		Koordinator Laboratorium	

KOP INSTANSI TERKAIT	<p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGAMBILAN SPECIMEN NOMOR: PM- 8.1.1/20</p> <p style="text-align: right;">Halaman : 1/3</p>
1. TUJUAN	Prosedur ini ditetapkan untuk menjadi pedoman baku proses pengambilan specimen Laboratorium yang memenuhi syarat dan sesuai kebutuhan.
2. RUANG LINGKUP	Prosedur ini dimulai dari penyerahan formulir permintaan pemeriksaan yang sudah diverifikasi kepada pelaksana sumber daya manusia Laboratorium untuk di ambil specimennya.
3. REFERENSI	3.1. Internaional Standar ISO 9001:2008 3.2. Pedoman Praktek Laboratorium yang Benar Dep Kes RI th 2012
4. PENJELASAN UMUM	4.1. Pengambilan specimen adalah proses mengambil specimen pada pengguna jasa sesuai permintaan pemeriksaan 4.2. Pengambilan specimen dilakukan oleh sumber daya manusia Laboratorium yang kompeten 4.3. Perawat didampingi oleh analis kesehatan merupakan sumber daya manusia yang berhak melakukan pengambilan specimen
5. TANGGUNG JAWAB	Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab kepala seksi pelayanan
6. SASARAN KERJA	Sumber daya manusia yang tidak kompeten melakukan pengambilan specimen.
7. PROSEDUR	7.1. Melakukan serah terima blanko permintaan pemeriksaan dari customer service 7.2. Melakukan pencatatan di buku register 7.3. Memberikan penjelasan kepada pengguna jasa dalam pengambilan specimen sesuai permintaan pemeriksaan. 7.4. Melakukan pengambilan specimen sesuai permintaan pemeriksaan.
8. DOKUMEN/ REKAMAN TERKAIT	Instruksi kerja pengambilan specimen
9. LAMPIRAN	Alur proses pengambilan specimen

KOP INSTANSI TERKAIT	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGAMBILAN SPECIMEN NOMOR: PM- 8.1.1/20	
10. PENGESAHAN - Edisi No - Tanggal berlaku - Tanggal tinjau ulang - Dokumen diganti - lokasi	11 1 Mei 2010 15 April 2010 Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu	Halaman : 2/3 Disahkan oleh Disusun oleh Diperiksa oleh Direktur Kasie Pelayanan Koordinator Laboratorium



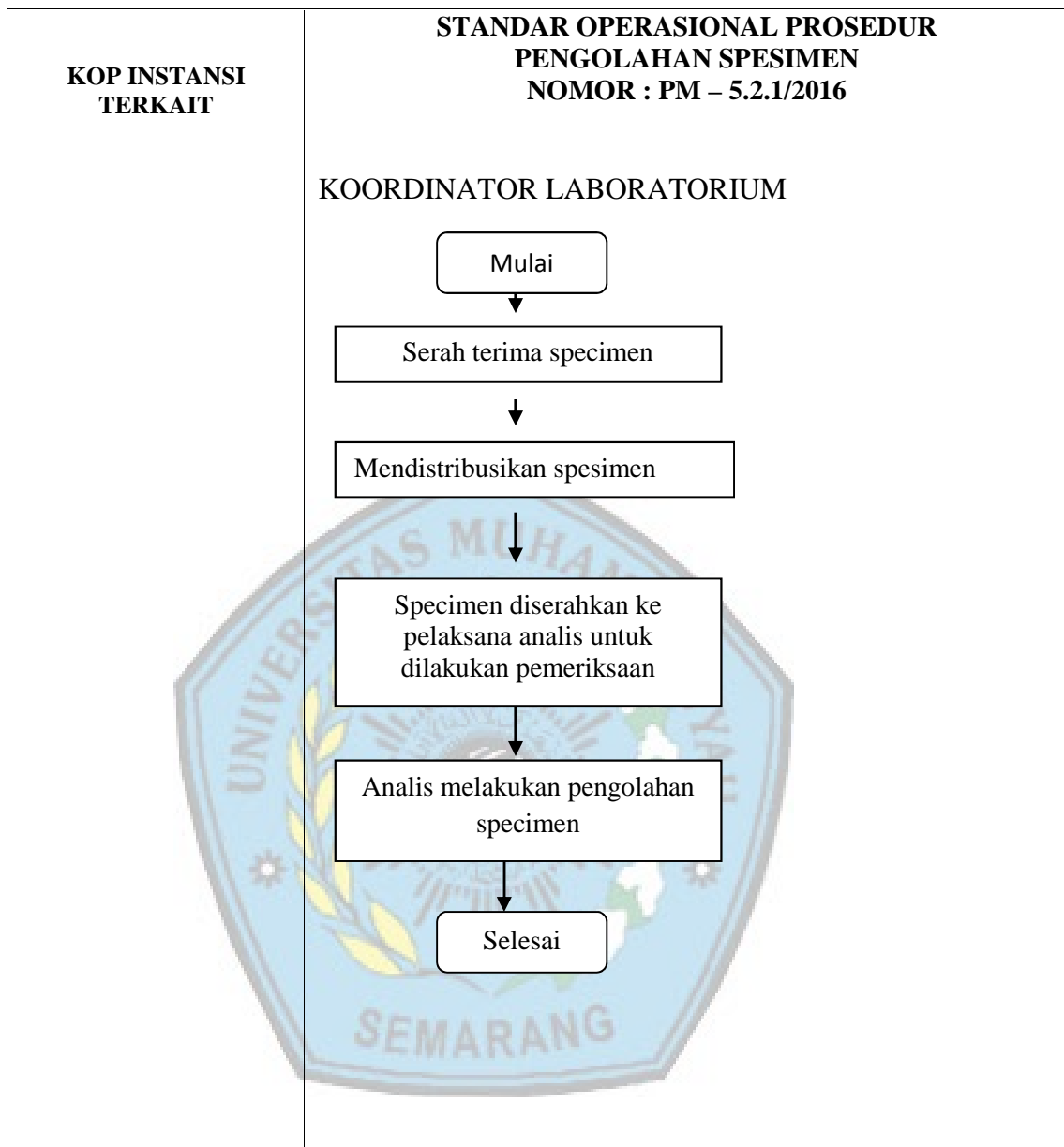


KORPS INSTANSI	INSTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
	PENGAMBILAN SPESIMEN URINE	NO. REVISI	I
		TANGGAL	20 AGUSTUS 2016
		HALAMAN	1/1
I. PELAKSANA	Sumber daya manusia laboratorium bagian pendaftaran dan penerimaan pelanggan jaminan kesehatan nasional		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Wadah urine 		
V. LANGKAH KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa pelanggan 2. Perkenalkan sumber daya Laboratorium 3. Minta pelanggan menyebutkan identitas 4. Berikan penjelasan tata cara menampung urine agar hati – hati tidak sampai terkontaminasi air 5. Beri petunjuk kamar mandi untuk pelanggan Laboratorium 6. Terima urine dari pelanggan letakkan dibagian pemeriksaan urine 7. Pelanggan rawat jalan beri penjelasan untuk menunggu hasil 8. Pelanggan rawat inap, spesimen urine diantar perawat ruangan hasil akan diberi tahu apabila sudah selesai dan perawat dipersilahkan kembali ke ruangan 		
VI. DAFTAR PUSTAKA	: Good Laboratory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012		
Disetujui		Dibuat oleh	
Kasie Pelayanan		Koordinator Laboratorium	

KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENGAMBILAN SPESIMEN SPUTUM	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I. PELAKSANA	Sumber daya manusia Laboratorium yang berkompeten melakukan pengambilan spesimen		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Wadah sputum 		
V. LANGKAH KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa pelanggan 2. Perkenalkan sumber daya manusia Laboratorium 3. Berikan tata cara yang akan dilakukan terhadap pelanggan 4. Minta pelanggan menyebutkan identitas. 5. Berikan penjelasan persetujuan tindakan pengambilan specimen sputum 6. Berikan penjelasan tata cara mengeluarkan sputum 7. Berikan penjelasan bahwa pengambilan spesimen sputum diambil sebanyak tiga kali dalam waktu yang berbeda yaitu sewaktu, pagi, sewaktu. 8. Sputum yang sudah diterima dari rawat jalan diletakkan di ruang pemeriksaan sputum kemudian pelanggan diperbolehkan pulang hasil akan diberitahu 9. Sputum dari pelanggan rawat inap diantar oleh perawat ruangan, hasil akan diberitahukan apabila sudah selesai 		
VI. DAFTAR PUSTAKA :	Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012		
	Disetujui	Dibuat oleh	
	Kasie Pelayanan	Koordinator Laboratorium	

<p style="text-align: center;">KOP INSTANSI TERKAIT</p>	<p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGOLAHAN SPESIMEN NOMOR : PM – 5.2.1/2016</p> <p style="text-align: right;">Halaman : 1/1</p>
<p>I. Tujuan</p> <p>2. Ruang lingkup</p> <p>3. Referensi</p> <p>4. Penjelasan Umum</p> <p>5. Tanggung jawab</p> <p>6. Sasaran kinerja</p> <p>7. Prosedur</p> <p>8. Dokumen / rekaman terkait</p> <p>9. Lampiran</p> <p>10. Pengesahan</p> <p>Edisi No</p> <p>Tanggal berlaku</p> <p>Tanggal tinjau Ulang</p> <p>Dokumen yang digantikan</p> <p>Lokasi</p> <p>Disahkan Oleh</p> <p>Direktur</p>	<p>1. Mendapatkan specimen yang memenuhi syarat</p> <p>2. Mendapatkan specimen yang teridentifikasi, terdistribusi, terdokumentasi dengan baik</p> <p>Prosedur ini menjelaskan mulai penerimaan specimen dari sumber daya manusia pencatatan specimen sampai dengan pengolahan specimen</p> <p>3.1 Pedoman praktek laboratorim yang benar, DepKss RI</p> <p>3.2 Standart operasional ISO 9001 : 2008</p> <p>4.1 Pengolahan specimen adalah proses untuk mendapatkan specimen yang siap diperiksa</p> <p>4.2 distribusi specimen adalah tindakan membagi / menyebarkan specimen ketiap- tiap bagian yang terkait</p> <p>Kepala seksi pelayanan</p> <p>Jumlah specimen yang tidak layak diperiksa</p> <p>7.1 Melakukan serah terima specimen dari sumber daya manusia pencatatan dibagian pendaftaran</p> <p>7.2 Melakukan pengolahn specimen sesuai dengan instruksi kerja</p> <p>8.1 Instruksi kerja pengolahan specimen</p> <p>8.2 Buku serah terima specimen</p> <p>Alur pengolahan specimen</p> <p>II</p> <p>25 Agustus 2016</p> <p>15 Juli 2016</p> <p>-</p> <p>Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu</p> <p>Diperiksa oleh</p> <p>Disusun oleh</p> <p>Kasie Pelayanan</p> <p>Koordinator Laboratorium</p>

KOP INSTANSI TERKAIT	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGOLAHAN SPESIMEN NOMOR : PM – 5.2.1/2016	
10. PENGESAHAN Edisi No Tanggal Berlaku Tanggal Tinjau Dokumen yang digantikan Lokasi Disahkan Oleh Direktur	I 1 Agustus 2016 15 Juli 2016 - Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu Diperiksa oleh Ka Sie pelayanan	Halaman : 2/3 Disusun oleh Koordinator Laboratorium



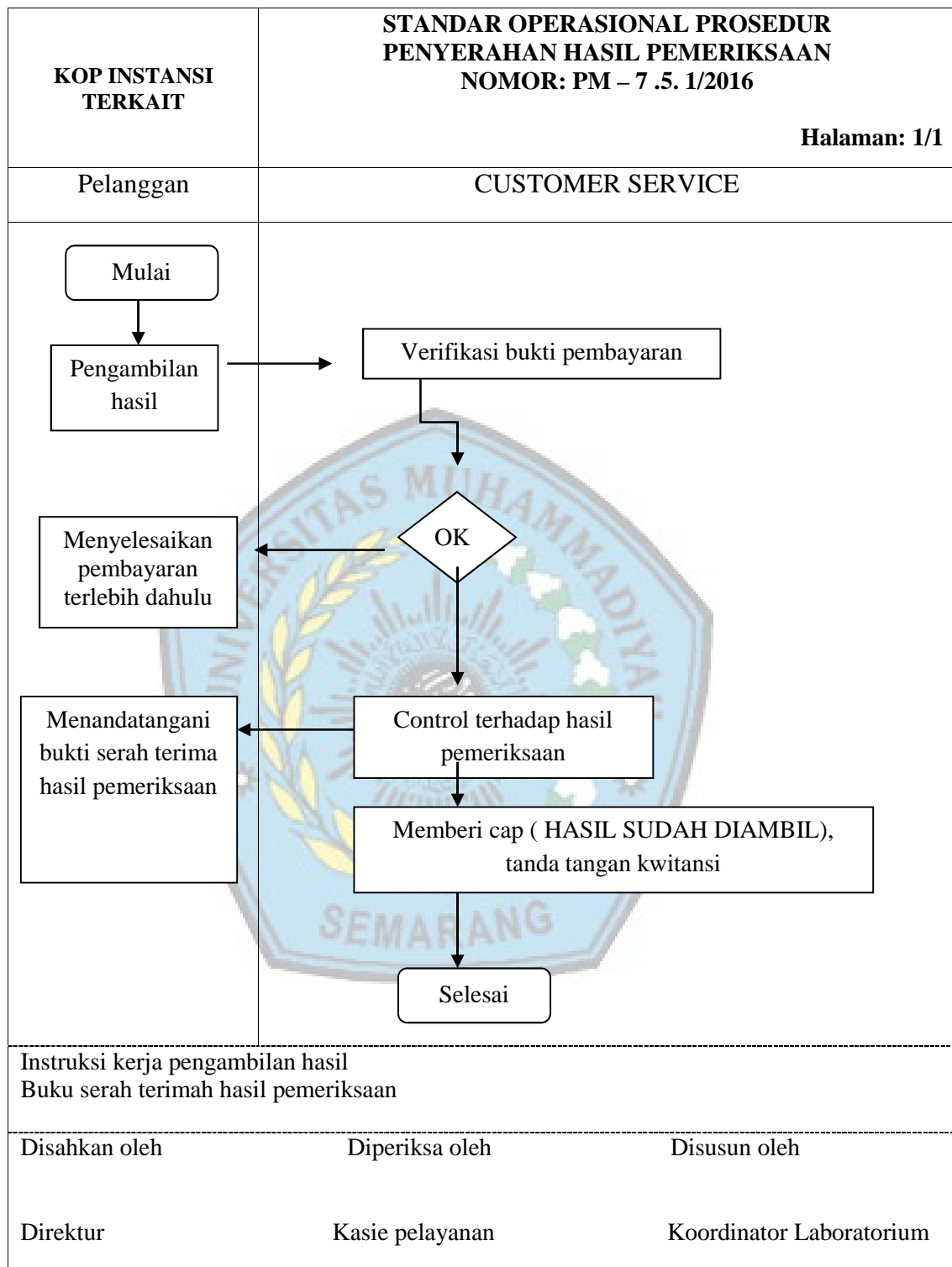
KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENGOLAHAN SPESIMEN DARAH	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I..PELAKSANA	Sumber daya manusia Laboratorium yang berkompeten melakukan pengolahan spesimen		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Centrifuge 		
V. LANGKAH KERJA <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan serum <ol style="list-style-type: none"> a) Biarkan darah membeku terlebih dahulu pada suhu kamar selama 20 sampai 30 menit. b) Centrifuge 3000 rpm selama 5 sampai 15 menit c) Pisahkan serum paling lambat 2 jam setelah pengambilan specimen 2. Homogenisasi <ol style="list-style-type: none"> a) Alirkan 2 ml darah kedalam botol yang sudah terisi EDTA melalui dinding botol b) Tutup botol dan segera campur dengan gerakan melingkar searah jarum jam diatas meja secara perlahan selama 60 detik c) Untuk pengambilan darah dengan vacuum tube dengan penambahan EDTA ata Na Citrat homogenisasi dengan cara membolak balikkan tabung 5 sampai 10 kali secara perlahan dan merata. 			
VI. DAFTAR PUSTAKA : Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012			
Disetujui		Dibuat oleh	
Kasie Pelayanan		Koordinator Laboratorium	

KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENGOLAHAN SPESIMEN URINE	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I..PELAKSANA	Sumber daya manusia Laboratorium yang berkompeten melakukan pengolahan spesimen		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Centrifuge • Tabung • Objek glass • Deck glass 		
V. LANGKAH KERJA	<p>1. Pembuatan sedimen urine</p> <p>a) Tuang urine kedalam tabung urine dengan volume 2/3 tabung</p> <p>b) Centrifuge 3000 rpm selama 10 sampai 15 menit</p> <p>c) Buang cairan yang bening hati – hati dan cepat dengan meninggalkan sisa sedimen</p> <p>d) Sisa sedimen diletakkan pada objek glass lalu tutup dengan deck glass</p> <p>e) Periksa dengan mikroskop pembesaran 45x</p>		
VI. DAFTAR PUSTAKA :	Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012		
	Disetujui	Dibuat oleh	
	Kasie Pelayanan	Koordinator Laboratorium	

KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENGOLAHAN SPESIMEN SPUTUM	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I..PELAKSANA	Sumber daya manusia Laboratorium yang berkompeten melakukan pengolahan spesimen		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Objek glass • Mikroskop • Ose • Lampu spirtus 		
V. LANGKAH KERJA	1. Pembuatan fiksasi sputum <ol style="list-style-type: none"> a) Ambil sputum dengan menggunakan ose diatas lampu spirtus b) Letakkan pada objek glass kemudian buat fiksasi c) Biarkan kering, lakukan pengecatan menggunakan Ziehl Nelsen d) Letakkan dibawah mikroskop periksa dengan pembesaran 100x 		
VI. DAFTAR PUSTAKA :	Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012		
	Disetujui	Dibuat oleh	
	Kasie Pelayanan	Koordinator Labororium	

KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENGECATAN SPUTUM	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I..PELAKSANA	Sumber daya manusia Laboratorium yang berkompeten melakukan pengolahan spesimen		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Cat Ziehl Nelsen • Lampu Spirtus • Objek glass 		
V. LANGKAH KERJA Pengecatan Sputum <ol style="list-style-type: none"> a) Teteskan Methylen Blue menutupi seluruh objek glass b) Panasi diatas lampu spirtus sampai menguap c) Diamkan selama 5 menit d) Buang cat, bilas dengan air mengalir e) Tetesi dengan alcohol HCl 0,1 N f) Biarkan selama 5 menit atau sampai warna biru hilang g) Tetesi carbol fuchsin h) Diamkan selama 5 menit i) Buang cat bilas dengan air mengalir biarkan kering j) Periksa dengan mikroskop pembesaran 100x 			
VI. DAFTAR PUSTAKA : Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012			
Disetujui		Dibuat oleh	
Kasie Pelayanan		Koordinator Laboratorium	

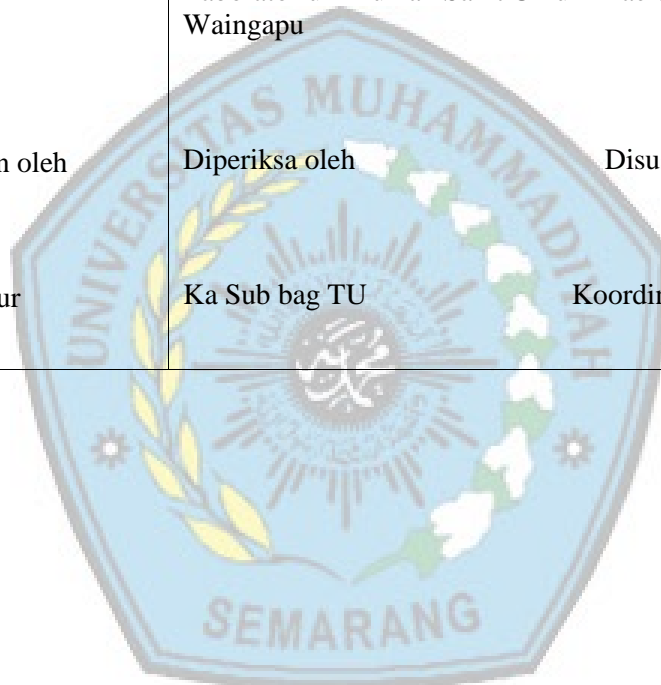
KOP INSTANSI TERKAIT	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENYERAHAN HASIL PEMERIKSAAN NOMOR: PM – 7 .5. 1/2016	
	Halaman: 1/1	
1. Tujuan 2. Ruang lingkup 3. Referensi 4. Penjelasan umum 5. Tanggung jawab 6. Sasaran kinerja 7. Prosedur 8. Dokumen terkait 9. Lampiran 10. Pengesahan Edisi No Tanggal berlaku Tanggal tinjau ulang Dokumen yang digantikan Lokasi Disahkan Oleh Direktur	<p>Memberikan hasil pemeriksaan dengan tepat waktu , benar dan lengkap</p> <p>Prosedur ini dimulai dari penerimaan hasil pemeriksaan yang telah divalidasi dari masing-masing unit kerja sampai dengan penyerahan hasil kepada pengguna jasa.</p> <p>Standart internasional ISO 9001 : 2008</p> <p>Hasil pemeriksaan adalah dokumen hasil pemeriksaan Laboratorium Kasie Pelayanan</p> <p>Jumlah ketidak sesuaian penyerahan hasil</p> <p>7.1 Sumber daya manusia sebelum menyerahkan hasil terlebih dahulu melakukan verifikasi terhadap kelengkapan hasil pemeriksaan yang serahkan oleh masing- masing bagian.</p> <p>7.1.1 Apabila terjadi ketidak sesuaian hasil maka berkoordinasi dengan bagian terkait untuk pemecahan masalahnya.</p> <p>7.1.2 Apabila sesuai maka sumber daya manusia Laboratorium menyerahkan hasil dengan mendatangi bukti serah terima.</p> <p>7.2 Pengguna jasa datang ke customer service untuk mengambil hasil pemeriksaan dengan memberikan bukti pembayaran</p> <p>7.3 Penggung jasa menandatangani bukti serah terima hasil pemeriksaan pada buku serah terima yang sudah tersedia</p> <p>7.4 customer service memberi cap (HASIL SUDAH DIAMBIL) dan tanda tangan pada kwitansi pembayaran Pelanggan</p> <p>7.5 Ucapkan terima kasih</p> <p>8.1 Instruksi kerja pengambilan hasil</p> <p>8.2 Buku serah terima hasil internal</p> <p>Alur penyerahan hasil pemeriksaan</p> <p>II</p> <p>25 Agustus 2016</p> <p>15 Juli 2016</p> <p>Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu</p> <p>Diperiksa Oleh Disusun Oleh</p> <p>Kasie Pelayanan Koordinator Laboratorium</p>	



KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENYERAHAN HASIL PEMERIKSAAN	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I..PELAKSANA	Customer service		
II. PRINSIP	Pelayanan prima		
III. METODE	-		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Computer • Atk • Buku tulis 		
V. LANGKAH KERJA			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelanggan mengambil hasil dengan bukti pembayaran / kwitansi 2. Bila pengambilan hasil diwakilkan, harus menunjukkan kwitansi pembayaran, meninggalkan foto copi KTP. 3. Hasil diserahkan ke pengambil hasil dengan menandatangani buku ekspedisi pengambilan hasil 4. Sumber daya manusia memberi stempel `Hasil Sudah Diambil` pada kwitansi. 5. Sumber daya manusia mengarsipkan foto copi KTP sebagai tanda bukti hasil sudah diambil 			
VI. DAFTAR PUSTAKA : Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012			
Disetujui		Dibuat oleh	
Kasie Pelayanan		Koordinator. Laboratorium	

KOP INSTANSI TERKAIT	<p align="center">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENANGANAN LIMBAH NOMOR: PM- 8.1.1/20</p> <p align="right">Halaman : 1/3</p>
1. TUJUAN	Prosedur ini menjelaskan proses pengendalian limbah
2. RUANG LINGKUP	Laboratorium sehingga tidak menimbulkan cemaran yang berdampak terhadap kesehatan manusia dan lingkungan
3. REFERENSI	Prosedur ini berlaku mulai dari identifikassi, pemilihan, penampungan, dan pengolahan limbah
3. REFERENSI	3.1. Internaional Standar ISO 9001:2008
4. PENJELASAN UMUM	3.2. Pedoman Praktek Laboratorium yang Benar Dep Kes RI th 2012
4. PENJELASAN UMUM	4.1. Limbah adalah bahan atau materi buangan yang berasal dari bahan Laboratorium yang sudah rusak/kadaluarsa, bahan habis pakai produk proses pemeriksaan
5.TANGGUNG JAWAB	4.2. Melakukan pengendalian limbah sehingga tidak ada cemaran lingkungan yang membahayakan kesehatan
6. PENGUKURAN HASIL KERJA	Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab direktur rumah sakit
7. PROSEDUR 7.1. BAGIAN TERKAIT	Limbah terkendali dengan baik
7.1. BAGIAN TERKAIT	7.1.1. Melakukan reduksi/pemilihan limbah sesuai dengan jenisnya dengan instruksi kerja
7.2.KOORDINATOR UMUM	7.1.2. Memisahkan limbah sesuai kategori limbah padat, cair, infeksius sesuai dengan instruksi kerja
8. DOKUMEN/ REKAMAN TERKAIT	7.1.3. Menampung masing – masing jenis limbah kedalam kantong yang telah disiapkan sesuai dengan ketentuan pemakaiannya
9.LAMPIRAN	7.1.4.Melakukan pengolahan limbah sesuai dengan instruksi kerja masing – masing jenis limbah
	7.1.5. Memeriksa hasil pengolahan limbah sesuai dengan instruksi kerja
	7.1.6. Membuatkan berita acara pengolahan limbah
	8.1.Instruksi kerja penanganan limbah padat
	8.2. Instruksi kerja penanganan limbah cair
	8.3. Instruksi kerja penanganan limbah infeksius
	8.4. Instruksi kerja pemeriksaan limbah
	Alur proses pengendalian limbah

KOP INSTANSI TERKAIT	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENANGANAN LIMBAH NOMOR: PM- 8.1.1/20	
10. PENGESAHAN - Edisi No - Tanggal berlaku - Tanggal tinjau ulang - Dokumen diganti - lokasi	11 1 Mei 2010 15 April 2010 Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu	Halaman : 2/3 Disahkan oleh Diperiksa oleh Disusun oleh Direktur Ka Sub bag TU Koordinator Laboratorium



KOP INSTANSI TERKAIT	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENANGANAN LIMBAH NOMOR: PM- 8.1.1/20	
<p>BAGIAN TERKAIT</p> <p>MULAI</p> <p>↓</p> <p>Melakukan reduksi pemilihan limbah sesuai dengan jenisnya sesuai dengan instruksi kerja</p> <p>↓</p> <p>Memisahkan limbah sesuai kategori limbah padat, cair, infeksius sesuai dengan instruksi kerja</p> <p>↓</p> <p>Menampung masing-masing jenis limbah ke dalam kantong yang telah disiapkan sesuai dengan ketentuan pemakaiannya</p> <p>↓</p> <p>Instruksi penanganan limbah padat Instruksi penanganan limbah cair Instruksi penanganan limbah infeksius Instruksi kerja pemeriksaan limbah</p> <p>Disahkan oleh</p> <p>Direktur</p>	<p style="text-align: right;">Halaman : 2/3</p> <p>KOORDINATOR UMUM</p> <p>Melakukan pengolahan limbah sesuai dengan instruksi kerja masing – masing jenis limbah</p> <p>↓</p> <p>Memeriksa hasil pengolahan limbah sesuai dengan instruksi kerja</p> <p>↓</p> <p>Membuatkan berita acara penanganan limbah</p> <p>↓</p> <p>Selesai</p> <p>Diperiksa oleh</p> <p>Ka Sub bag TU</p> <p>Disusun oleh</p> <p>Koordinator Laboratorium</p>	

KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENANGANAN LIMBAH PADAT	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I..PELAKSANA	Sumber daya manusia yang berkompeten melakukan penanganan limbah padat		
II. PRINSIP	Melakukan proses pengendalian limbah Laboratorium sehingga tidak menimbulkan cemaran yang berdampak terhadap kesehatan manusia dan lingkungan		
III. METODE	Penampungan		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Kantong Hitam 		
V. LANGKAH KERJA	<p>a) Sumber daya manusia pengumpul mengambil sampah padat dari tiap ruangan</p> <p>b) Sumber daya manusia pengumpul menimbang berat sampah dan dicatat di form limbah padat dan form ditanda tangani oleh penanggung jawab</p> <p>c) Sampah yang sudah ditimbang kemudian dibawa ke tempat Penampungan Sampah (TPS)</p>		
VI. DAFTAR PUSTAKA :	Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012		
Disetujui		Dibuat oleh	
Ka Sub Bag TU		Koordinator Labororium	

KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENGUMPULAN LIMBAH CAIR	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I..PELAKSANA	Sumber daya manusia yang berkompeten melakukan penanganan limbah padat		
II. PRINSIP	Melakukan proses pengendalian limbah Laboratorium sehingga tidak menimbulkan cemaran yang berdampak terhadap kesehatan manusia dan lingkungan		
III. METODE	Penampungan		
IV. ALAT	•		
V. LANGKAH KERJA	<p>a) Pembuangan limbah cair berasal dari suatu ruangan langsung ke instalasi IPAL limbah cair</p> <p>b) Dari IPAL limbah cair dilakukan pengolahan sesuai prosedur pengolahan limbah</p>		
VI. DAFTAR PUSTAKA :	Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012		
	Disetujui		Dibuat oleh
	Ka Sub Bag TU		Koordinator Laboratorium

KOP INSTANSI TERKAIT	INTRUKSI KERJA	NO. DOKUMEN	01/IK/PM.005/002/2016
		NO. REVISI	I
	PENGOPERASIAN INSENERATOR	TANGGAL	20 Agustus 2016
		HALAMAN	1/1
I..PELAKSANA	Sumber daya manusia yang berkompeten melakukan penanganan limbah padat		
II. PRINSIP	Melakukan proses pengendalian limbah Laboratorium sehingga tidak menimbulkan cemaran yang berdampak terhadap kesehatan manusia dan lingkungan		
III. METODEDE	Pembakaran		
IV. ALAT	<ul style="list-style-type: none"> • Insenerator 		
V. LANGKAH KERJA			
<p>a) Membuka handle pintu incinerator pembakaran</p> <p>b) Cek kapasitas volume ruang bakar</p> <p>c) Masukkan limbah padat ke dalam ruang bakar</p> <p>d) Tutup rapat cek pintu, menghindari terjadinya kebocoran asap</p> <p>e) Hidupkan listrik dan cek bahan bakar</p> <p>f) Buka switch batner api pembakaran yang ada di bak panel incinerator</p> <p>g) Tentukan panas dengan memutar pengaturan suhu sampai 700 C selama 15 menit</p> <p>h) Hidupkan blower atas (angka 1 dan 2 pada panel)</p> <p>i) Hidupkan batner apiyang menghubungkan pada switch pembakaran</p> <p>j) Setelah pembakaran diamkan selam 15 menit</p> <p>k) Buka handle pintu incinerator</p> <p>l) Cek sisa pembakaran jika masihada sampah yang belum terbakar ulangi proses pembakaran</p> <p>m) Sisa pembakaran berupa abu dibuang ke tempat pembungan sampah akhir</p>			
VI.PEMELIHARAAN			
<p>a) Cek ketebalan kerak pada filter</p> <p>b) Apabila sudah dibawah ketebalan setengah cm ambil filter dari cerobong, lalu bersihkan dengan menyemprotkan air ke dalam sisi tengah filter secara merata sampai kerak hitam benar – benar bersih dari permukaan filter</p> <p>c) Masukkan kembali filter kedalam cerobong incinerator</p> <p>d) Bersihkan abu didalam bak pembakaran</p>			
VI. DAFTAR PUSTAKA : Good Laboatory Practice Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik Dir. Labkes th. 2012			
Disetujui		Dibuat oleh	
Ka Sub Bag TU		Koordinator Laboratorium	

Lampiran 3. Kuesioner Kualitas Mutu Pelayanan Laboratorium

LEMBAR KUESIONER

KUALITAS MUTU PELAYANAN LABORATORIUM

A. DATA RESPONDEN

NAMA RESPONDEN :

UMUR :

JENIS KELAMIN :

PENDIDIKAN :

B. PETUNJUK SOAL :

Jawablah pertanyaan-pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda (x) pada jawaban yang anda anggap sesuai dengan pilihan anda.

C. Pertanyaan Mutu Pelayanan

1. Bagaimana kesiapan sumber daya manusia Laboratorium dalam melayani pendaftaran pengguna jasa Laboratorium?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
2. Bagaimana kecepatan sumber daya manusia Laboratorium dalam melakukan pelayanan penerimaan spesimen?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
3. Bagaimana kesiapan sumber daya manusia Laboratorium dalam pengambilan spesimen?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
4. Bagaimana kesopanan sumber daya manusia Laboratorium dalam melayani pengguna jasa Laboratorium?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang

5. Bagaimana keramahan sumber daya manusia Laboratorium dalam melayani pengguna jasa Laboratorium?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
6. Bagaimana keterampilan sumber daya manusia Laboratorium dalam memberikan penjelasan parameter pemeriksaan?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
7. Bagaimana pelayanan pemeriksaan sumber daya manusia Laboratorium?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
8. Bagaimana peralatan yang digunakan di Laboratorium?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
9. Bagaimana ketepatan waktu hasil pemeriksaan Laboratorium?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
10. Bagaimana kelengkapan jenis pemeriksaan Laboratorium yang tersedia?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
11. Bagaimana sikap sumber daya manusia Laboratorium pada saat menerima spesimen dari Unit Gawat Darurat?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
12. Bagaimana sikap sumber daya manusia Laboratorium pada saat memanggil pengguna jasa berdasarkan nomor urut antrian?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang

13. Bagaimana sikap sumber daya manusia Laboratorium sebelum melakukan pengambilan spesimen yang terlebih dahulu menyapa dan memperkenalkan dirinya?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
14. Bagaimana penampilan sumber daya manusia Laboratorium pada saat pengambilan spesimen dalam menggunakan alat pelindung diri?(jas Laboratorium, handscoon, masker)
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
15. Bagaimana sikap sumber daya manusia Laboratorium pada saat memberikan hasil pemeriksaan pengguna jasa yang terlebih dahulu mengisi buku pengambilan hasil?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
16. Bagaimana keadaan hasil pemeriksaan Laboratorium pada saat dimasukkan dalam amplop tertutup?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
17. Bagaimana kebersihan kamar kecil (toilet) pengguna jasa?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
18. Bagaimana kenyamanan dan ketenangan suasana Laboratorium pada saat berlangsungnya pengambilan spesimen?
 - a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang
19. Bagaimana kebersihan ruangan Laboratorium pada saat pengambilan spesimen?
 - a) Sangat baik

- b) Baik
- c) Cukup
- d) Kurang



20. Bagaimana kenyamanan dan kebersihan ruang tunggu pengguna jasa?
- a) Sangat baik
 - b) Baik
 - c) Cukup
 - d) Kurang



Lampiran 4. Hasil Olah Data Menggunakan Program SPSS

Frequencies

Statistics

Pra Analitik

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		1.4167
Median		1.0000
Mode		1.00
Std. Deviation		.51493
Minimum		1.00
Maximum		2.00

Pra Analitik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid diterapkan	7	58.3	58.3	58.3
tidak diterapkan	5	41.7	41.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

analitik

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		1.5000
Median		1.5000
Mode		1.00 ^a
Std. Deviation		.52223
Minimum		1.00
Maximum		2.00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

analitik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid diterapkan	6	50.0	50.0	50.0
tidak diterapkan	6	50.0	50.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	



Frequencies

Statistics

pasca analiditik

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		1.2500
Median		1.0000
Mode		1.00
Std. Deviation		.45227
Minimum		1.00
Maximum		2.00

pasca analiditik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid diterapkan	9	75.0	75.0	75.0
tidak diterapkan	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

total nilai tingkat kepatuhan SDM
laboratorium

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		21,7500
Median		23,0000
Mode		23,00 ^a
Std. Deviation		2,98861
Minimum		15,00
Maximum		25,00

a. Multiple modes exist. The
smallest value is shown

total nilai tingkat kepatuhan SDM laboratorium

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15,00	1	8,3	8,3	8,3
	18,00	1	8,3	8,3	16,7
	19,00	1	8,3	8,3	25,0
	21,00	1	8,3	8,3	33,3
	22,00	1	8,3	8,3	41,7
	23,00	3	25,0	25,0	66,7
	24,00	3	25,0	25,0	91,7
	25,00	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

kepatuhan SDM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diterapkan	9	75,0	75,0	75,0
	tidak diterapkan	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Frequencies

Statistics

total skor

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		46.1667
Median		47.0000
Mode		20.00 ^a
Std. Deviation		17.03383
Minimum		20.00
Maximum		75.00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

total skor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20.00	2	16.7	16.7	16.7
35.00	1	8.3	8.3	25.0
38.00	1	8.3	8.3	33.3
39.00	2	16.7	16.7	50.0
55.00	2	16.7	16.7	66.7
57.00	1	8.3	8.3	75.0
58.00	1	8.3	8.3	83.3
63.00	1	8.3	8.3	91.7
75.00	1	8.3	8.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

mutu pelayanan internal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sangat baik	2	16.7	16.7	16.7
baik	4	33.3	33.3	50.0
cukup	4	33.3	33.3	83.3
kurang	2	16.7	16.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kepatuhan SDM	12	100.0%	0	.0%	12	100.0%
mutu pelayanan internal	12	100.0%	0	.0%	12	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
kepatuhan SDM	Mean	21.7500	.86274	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19.8511	
		Upper Bound	23.6489	
	5% Trimmed Mean	21.9444		
	Median	23.0000		
	Variance	8.932		
	Std. Deviation	2.98861		
	Minimum	15.00		
	Maximum	25.00		
	Range	10.00		
	Interquartile Range	4.50		
	Skewness	-1.255	.637	
	Kurtosis	.958	1.232	
mutu pelayanan internal	Mean	46.1667	4.91724	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	35.3439	
		Upper Bound	56.9894	
	5% Trimmed Mean	46.0185		
	Median	47.0000		
	Variance	290.152		
	Std. Deviation	17.03383		
	Minimum	20.00		
	Maximum	75.00		
	Range	55.00		
	Interquartile Range	22.00		
	Skewness	-.120	.637	

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
kepatuhan SDM	Mean	21.7500	.86274	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19.8511	
		Upper Bound	23.6489	
	5% Trimmed Mean	21.9444		
	Median	23.0000		
	Variance	8.932		
	Std. Deviation	2.98861		
	Minimum	15.00		
	Maximum	25.00		
	Range	10.00		
	Interquartile Range	4.50		
	Skewness	-1.255	.637	
	Kurtosis	.958	1.232	
	mutu pelayanan internal	Mean	46.1667	4.91724
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	35.3439	
		Upper Bound	56.9894	
5% Trimmed Mean		46.0185		
Median		47.0000		
Variance		290.152		
Std. Deviation		17.03383		
Minimum		20.00		
Maximum		75.00		
Range		55.00		
Interquartile Range		22.00		
Skewness		-.120	.637	
Kurtosis		-.702	1.232	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
kepatuhan SDM	.245	12	.044	.864	12	.054
mutu pelayanan internal	.198	12	.200	.940	12	.504

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Correlations

Correlations

		mutu pelayanan internal	kepatuhan SDM
mutu pelayanan internal	Pearson Correlation	1	.704*
	Sig. (2-tailed)		.011
	N	12	12
kepatuhan SDM	Pearson Correlation	.704*	1
	Sig. (2-tailed)	.011	
	N	12	12

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

