



Artikel Penelitian

Evaluasi Waktu Tunggu dan Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pascasurvei Akreditasi Tahun 2015 di Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

DEWI RATMASARI¹, TRISASI LESTARI², BUDI MULYONO³

¹RS Akademik, Universitas Gadjah Mada

²Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Departemen Patologi Klinik, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

Email korespondensi: dewiratmasari@gmail.com

Dikirimkan 16 Januari 2019, Diterima 12 Februari 2020

Abstrak

Latar Belakang: Akreditasi rumah sakit merupakan proses berkesinambungan yang tidak berakhir saat survei selesai. Terdapat rekomendasi KARS yang harus ditindaklanjuti terhadap indikator ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium, yaitu rumah sakit harus menggunakan prinsip peningkatan mutu dengan data indikator mutu yang diukur. Pencapaian indikator tersebut sebelum survei akreditasi sudah mendekati standar. Dalam rangka menindaklanjuti rekomendasi KARS, diharapkan setelah survei akreditasi, pencapaian indikator tersebut bisa dipertahankan dan ditingkatkan.

Tujuan: Mengevaluasi ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan setelah survei akreditasi, serta mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberlangsungan peningkatan mutu indikator tersebut, meliputi faktor motivasi, regulasi, kepemimpinan, budaya organisasi dan kerjasama tim.

Metode: Penelitian ini merupakan *mixed method* sekuensial eksplanatori. Penelitian kuantitatif merupakan observasional analitik untuk mengevaluasi ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan setelah survei akreditasi. Penelitian kualitatif dilakukan dengan *Focus Group Discussion* (FGD) kepada 10 orang analis kesehatan, dan wawancara mendalam kepada 2 orang dokter spesialis patologi klinik serta Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan.

Hasil: Rerata ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium setelah survei akreditasi (8,38%) lebih rendah dibandingkan sebelum survei akreditasi (9,55%), namun tidak berbeda bermakna ($p = 0,23$). Rerata kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium setelah survei akreditasi (0,01%) lebih rendah secara bermakna dibandingkan sebelum survei (0,06%), $p = 0,04$. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberlangsungan peningkatan mutu indikator ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium RS UGM meliputi faktor motivasi, regulasi, kepemimpinan, budaya organisasi dan kerjasama tim telah sesuai dengan yang seharusnya.

Kesimpulan: Tidak terdapat perbedaan bermakna pada pencapaian indikator mutu ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium di RS UGM antara sebelum dan setelah survei akreditasi, sedangkan indikator mutu kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium setelah survei akreditasi lebih rendah secara bermakna dibandingkan sebelum survei. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberlangsungan peningkatan mutu indikator tersebut, meliputi faktor motivasi, regulasi, kepemimpinan, budaya organisasi dan kerjasama tim telah sesuai dengan yang seharusnya.

Kata kunci: ketidaktepatan waktu tunggu, kesalahan hasil laboratorium, akreditasi rumah sakit, indikator mutu

Latar Belakang

Akreditasi rumah sakit merupakan proses berkelanjutan dan berkesinambungan, yang tidak berakhir pada saat survei

akreditasi selesai dilakukan (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2014). Mempertahankan kegiatan peningkatan mutu supaya terus berlangsung bukan hal yang mudah (Ziaee dan Bologna, 2015). Mempertahankan mutu merupakan proses sistematis antara

keterlibatan dan kerjasama tim semua unit kerja yang terus-menerus serta memerlukan keterampilan kepemimpinan untuk menjaga momentum perbaikan terus berlangsung (Al-Assaf, 2003).

Masih sedikit penelitian tentang kepatuhan terus-menerus organisasi pelayanan kesehatan yang telah terakreditasi. Penelitian di Abu Dhabi, Uni Emirat Arab bertujuan untuk mengevaluasi apakah rumah sakit yang telah terakreditasi mempertahankan standar mutu dan keselamatan pasien selama siklus akreditasi. Hasil penelitian adalah pada tahap sebelum survei akreditasi terjadi peningkatan kepatuhan standar, kemudian diikuti dengan penurunan kepatuhan standar setelah survei akreditasi. Penurunan kepatuhan standar ini diikuti oleh periode stagnan yang lama (Devkaran dan O'Farrell, 2014). Kegiatan peningkatan mutu yang telah sukses tidak selalu dapat bertahan terus-menerus (Ziaee dan Bologna, 2015).

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang tidak terus-menerus berlangsung merupakan hal yang sia-sia. Masih sedikit publikasi yang melaporkan mengenai keberlangsungan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Selain itu, penelitian tentang faktor yang mempengaruhi keberlangsungan peningkatan mutu masih sedikit dilakukan, sehingga penelitian mengenai hal tersebut diperlukan (Hovlid *et al.*, 2012). Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi peningkatan mutu yang berkelanjutan dapat berlangsung sukses adalah motivasi, regulasi, kepemimpinan, budaya organisasi dan kerjasama tim (Sollecito dan Johnson, 2013).

Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada (RS UGM) telah terakreditasi Paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada bulan Desember 2015. Instalasi Laboratorium Klinik Terpadu merupakan salah satu penunjang diagnostik di RS UGM dengan kegiatan yang *high volume* dengan rata-rata jumlah pemeriksaan laboratorium pada tahun 2015 adalah 9.374 pemeriksaan setiap bulan, rata-rata jumlah pemeriksaan pada tahun 2016 adalah 11.773 pemeriksaan setiap bulan. Pemeriksaan tersebut meliputi pemeriksaan hematologi, kimia klinik, imunoserologi, mikrobiologi, analisis cairan tubuh, urin dan feses, yang menunjang semua instalasi pelayanan di RS UGM.

Laboratorium memberikan pelayanan pemeriksaan penunjang yang sangat diperlukan dokter dalam mendiagnosis, memantau dan prognosis penyakit (Mulyono, 2007). Dokter klinisi mengharapkan hasil pemeriksaan laboratorium yang diminta terjamin mutunya. Demikian pula dengan pasien juga berharap pemeriksaan yang dipercayakan kepada laboratorium terjamin hasilnya (Kahar, 2005). Adanya kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium dapat menyebabkan kesalahan diagnostik dokter di pelayanan yang akan mempengaruhi proses terapi dokter. Hal tersebut dapat berdampak pada keselamatan pasien. Selain itu, dokter klinisi juga bergantung pada kecepatan waktu tunggu untuk segera menentukan diagnosis dan terapi pasien (Goswami *et al.*, 2010).

Berdasarkan hasil survei akreditasi KARS pada bulan Desember 2015, terdapat rekomendasi KARS yang harus ditindaklanjuti terhadap indikator mutu ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium, yaitu rumah sakit harus menggunakan prinsip peningkatan mutu dengan data indikator mutu yang diukur. Pencapaian indikator mutu tersebut sebelum survei akreditasi sudah mendekati standar. Dalam rangka menindaklanjuti rekomendasi KARS, maka pencapaian laboratorium tersebut tidak dapat berhenti hanya sampai saat survei akreditasi, diharapkan setelah survei akreditasi

pencapaian indikator mutu ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium dapat dipertahankan bahkan dapat ditingkatkan. Dengan demikian, akreditasi sebagai siklus berkelanjutan untuk menjaga keberlangsungan peningkatan mutu bisa terwujud dan bukan hanya sebuah momentum seremonial.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka tujuan penelitian ini adalah mengevaluasi ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium RS UGM sebelum dan setelah survei akreditasi, serta mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberlangsungan peningkatan mutu indikator ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium RS UGM, meliputi faktor motivasi, regulasi, kepemimpinan, budaya organisasi dan kerjasama tim. Manfaat penelitian ini adalah memberikan masukan kepada pimpinan rumah sakit sebagai dasar dalam pengambilan keputusan terkait kebijakan mutu pelayanan laboratorium dalam rangka menjaga keberlangsungan peningkatan mutu.

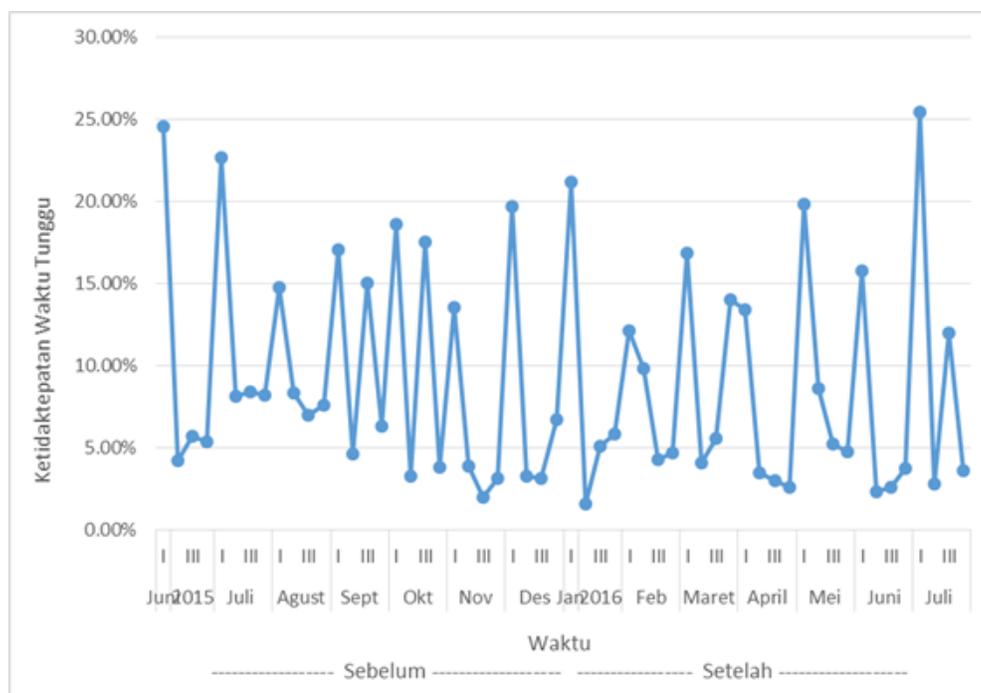
Metode

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian *mixed method* eksplanatori. Penelitian kuantitatif merupakan penelitian observasional analitik untuk mengevaluasi ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium RS UGM sebelum dan setelah survei akreditasi. Penelitian dimulai dengan pengambilan data indikator mutu ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium. Data yang diambil merupakan data sebelum survei akreditasi yakni periode Juni – Desember 2015 dan data setelah survei akreditasi pada periode Januari – Juli 2016. Data indikator mutu tersebut dibuat dalam bentuk data mingguan.

Penelitian dilanjutkan dengan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara mendalam untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberlangsungan peningkatan mutu indikator ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium RS UGM, meliputi faktor motivasi, regulasi, kepemimpinan, budaya organisasi dan kerjasama tim. FGD dilakukan kepada 10 orang analis kesehatan. Wawancara mendalam dilakukan kepada 2 orang dokter spesialis patologi klinik serta Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan. Penelitian ini telah mendapatkan *Ethical Clearance* dari Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM dengan nomor KE/FK/0087/EC/2017 pada 23 Januari 2017.

Hasil

Hasil penelitian pada indikator ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium adalah pada periode sebelum survei akreditasi ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium paling tinggi terjadi pada minggu pertama bulan Juni 2015 yaitu sebesar 24,58%, sedangkan paling rendah terjadi pada minggu ketiga bulan November 2015 yaitu sebesar 2,02%. Pada periode setelah survei akreditasi ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium paling tinggi terjadi pada minggu pertama bulan Juli 2016 yaitu sebesar 25,44%, sedangkan paling rendah terjadi pada minggu kedua bulan Januari 2016 yaitu sebesar 1,59%. Hal ini dapat dideskripsikan pada gambar 1.



Gambar 1. Ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan setelah survei akreditasi

Rerata ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan setelah survei akreditasi dapat dideskripsikan pada tabel 1. Rerata ketidaktepatan waktu

tunggu hasil pemeriksaan laboratorium setelah survei akreditasi lebih rendah dibandingkan sebelum survei akreditasi, namun tidak berbeda secara bermakna ($p = 0,23$).

Tabel 1. Rerata ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan setelah survei akreditasi

| Variabel | Sebelum Survei Akreditasi | | Setelah Survei Akreditasi | | p value |
|--|---------------------------|------|---------------------------|-------|---------|
| | Rerata (%) | SD | Rerata (%) | SD | |
| Ketidaktepatan Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium | 9,55 | 6,61 | 8,38 | 6,60 | 0,23 |
| Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium | 0,06 | 0,11 | 0,013 | 0,033 | 0,04 |

p value dari uji t berpasangan

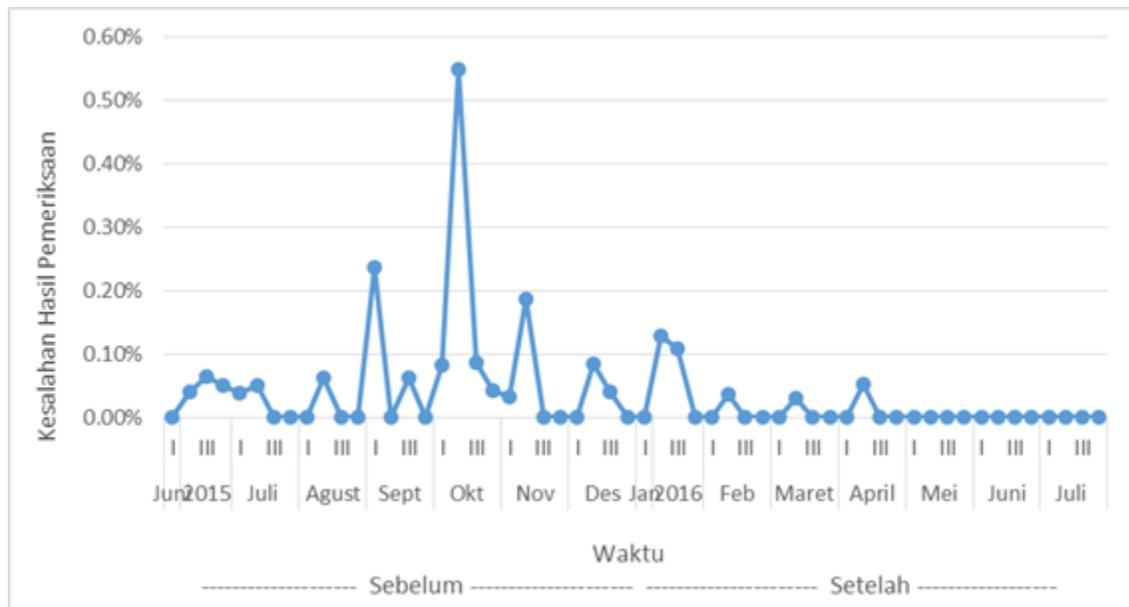
Berdasarkan hasil FGD dan wawancara mendalam, ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium dipengaruhi oleh belum adanya *Laboratory Information System* (LIS), printer alat hematologi rusak sehingga harus menulis dulu di kertas kemudian baru menyalin atau mengetik manual hasil pemeriksaan laboratorium ke *Electronic Health Record* (EHR) dan belum adanya *back up* alat kimia.

Hasil penelitian pada indikator kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium adalah pada periode sebelum survei akreditasi kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium paling tinggi terjadi pada minggu kedua bulan Oktober 2015 yaitu sebesar 0,55%, sedangkan paling rendah sebesar 0%. Pada periode setelah survei akreditasi kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium paling tinggi terjadi pada minggu kedua bulan Januari 2016 yaitu sebesar 0,13%, sedangkan paling rendah yaitu sebesar 0%. Hal ini

dijelaskan pada gambar 2. Pada gambar 2 tersebut juga tampak bahwa kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium mengalami penurunan pada periode setelah survei akreditasi dibandingkan pada periode sebelum survei akreditasi.

Rerata kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan setelah survei akreditasi dideskripsikan pada tabel 2. Rerata kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium setelah survei akreditasi lebih rendah secara bermakna dibandingkan sebelum survei akreditasi ($p = 0,04$).

Berdasarkan hasil FGD dan wawancara mendalam diketahui bahwa kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium dipengaruhi oleh belum adanya LIS, jumlah sampel pemeriksaan banyak dan kekurangan SDM analis kesehatan, koneksi internet lambat, serta printer alat hematologi rusak sehingga hasil dari alat harus ditulis dulu di kertas, kemudian hasil diketik ke EHR.



Gambar 2. Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan setelah survei akreditasi

Tabel 2. Rerata kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan setelah survei akreditasi

| Variabel | Sebelum Survei Akreditasi | | Setelah Survei Akreditasi | | p value |
|--|---------------------------|------|---------------------------|-------|---------|
| | Rerata (%) | SD | Rerata (%) | SD | |
| Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium | 0,06 | 0,11 | 0,013 | 0,033 | 0,04 |

p value dari uji t berpasangan

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa para petugas kesehatan di laboratorium mempunyai motivasi yang tinggi dalam menjaga keberlangsungan peningkatan mutu di laboratorium, yaitu motivasi ingin memberikan *performance* pelayanan laboratorium yang baik dan terpercaya, adanya nama RS UGM menjadi terpacu untuk selalu menjaga mutu dan memberikan yang terbaik, merasa malu bila tidak bermutu, meminimalkan komplain semua pelanggan, baik internal maupun eksternal, serta kepuasan pelanggan.

Berdasarkan hasil FGD dan wawancara mendalam diketahui bahwa regulasi akreditasi rumah sakit sangat berpengaruh dalam meningkatkan mutu, dengan akreditasi maka ada standar sebagai acuan, menciptakan kedisiplinan, serta dengan adanya akreditasi semua pihak dituntut untuk melakukan peningkatan. Selain itu, dengan adanya indikator mutu digunakan sebagai target yang harus dicapai dalam upaya peningkatan mutu di laboratorium. Dalam rangka menjaga keberlangsungan peningkatan mutu di laboratorium, kepatuhan terhadap standar dijalankan, baik itu kebijakan, panduan, pedoman maupun Standar Prosedur Operasional (SPO).

Berdasarkan responden penelitian, kepemimpinan saat ini bagus, tertib, pimpinan mengarahkan secara jelas bagaimana yang seharusnya dan menjadi *role model* yang baik serta ikut aktif terlibat dalam menjaga keberlangsungan peningkatan mutu di laboratorium. Staf juga memberikan dukungan kepada pimpinan, ketika ada perubahan, staf mengikuti, *support* dan menjalankan. Hubungan antara staf dengan pimpinan berjalan

harmonis dan seiring sejalan. Terdapat pula sistem monitoring dari pimpinan, yaitu adanya kegiatan *internal meeting* di laboratorium yang diadakan secara rutin tiap 2 bulan untuk monitoring dan evaluasi kegiatan mutu di laboratorium.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya organisasi yang positif telah berlangsung di laboratorium RS UGM. Komunikasi di laboratorium berjalan dengan lancar dan terbuka. Pengambilan keputusan dilakukan dengan diskusi dan musyawarah yang melibatkan semua dokter dan analis. Ada situasi informal di luar jam kantor untuk menjaga kekompakan dan keakraban di laboratorium serta selalu semangat bekerja. Dengan adanya budaya yang positif, para petugas di laboratorium merasakan pengaruhnya yang besar dalam mencapai peningkatan mutu di laboratorium. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa kerjasama tim di laboratorium selama ini berjalan sangat baik untuk mewujudkan pelayanan laboratorium yang semakin baik, solid dan saling membantu.

Pembahasan

Ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium dapat dianalisis pada setiap fasenya, meliputi fase praanalitik, analitik dan pascaanalitik. Pada fase praanalitik, yaitu fase yang dimulai saat permintaan pemeriksaan laboratorium sampai dengan sampel siap untuk diperiksa, dapat dikerjakan dengan cepat dan tidak menjadi masalah dalam pelayanan di RS UGM. Pada fase analitik, otomatisasi peralatan yang sudah terdapat di laboratorium membuat fase ini tidak menjadi masalah dalam pelayanan di RS UGM. Sebagian besar pemeriksaan laboratorium di RS UGM telah

dilakukan dengan menggunakan alat otomatis sehingga mempercepat waktu tunggu. Hal sebaliknya terjadi pada fase pascaanalitik yang berlangsung lama karena belum terdapat LIS di laboratorium RS UGM sehingga proses *input* data hasil pemeriksaan laboratorium dari peralatan laboratorium ke sistem EHR masih dilakukan secara manual. Selain memerlukan waktu yang lebih lama, proses ini memiliki risiko kesalahan pelaporan hasil. Dalam rangka meminimalisir risiko kesalahan tersebut, upaya yang telah dilakukan oleh laboratorium RS UGM adalah dengan verifikasi berjenjang. Verifikasi berjenjang dimulai dengan analisis pelaksana *input* hasil, kemudian dilanjutkan oleh analisis verifikasi dan terakhir oleh dokter spesialis patologi klinik, serta memberlakukan strategi *read back* (baca ulang) atas hasil yang telah diinput, yang pada akhirnya akan semakin memperpanjang waktu tunggu. Dengan adanya upaya-upaya tersebut, keberlangsungan peningkatan mutu indikator kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium di RS UGM setelah survei akreditasi tetap terjaga.

Sebagai unit penunjang pelayanan di rumah sakit dengan proses kerja yang kompleks dan kegiatan yang *high volume* serta sensitif terhadap waktu, maka laboratorium RS UGM memerlukan teknologi komputerisasi yaitu LIS untuk mendukung kinerja pelayanan laboratorium. Keberadaan LIS di laboratorium RS UGM menjadi hal yang sangat penting untuk diadakan, karena LIS dapat menghubungkan alat laboratorium dengan EHR, sehingga dengan adanya LIS dapat mengatasi 2 hal sekaligus, yaitu mengurangi waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium. Penggunaan LIS di laboratorium klinik rumah sakit merupakan hal yang sudah umum dilakukan untuk menunjang proses pelayanan di laboratorium. Dengan adanya ketepatan waktu tunggu pemeriksaan laboratorium maka penegakan diagnosis dan pemberian terapi kepada pasien oleh dokter klinisi dapat dilakukan dengan segera. Dengan demikian, usulan adanya LIS di laboratorium RS UGM merupakan upaya tindak lanjut untuk meningkatkan pencapaian indikator mutu laboratorium supaya semakin baik dan tidak berada dalam periode yang stagnan ataupun penurunan mutu laboratorium.

Fase pascaanalitik dapat diperbaiki dengan penggunaan LIS. Adanya LIS dapat mengatasi kesalahan penulisan sekaligus keterlambatan pelaporan hasil laboratorium (Goswami *et al.*, 2010).

Pada tahap sebelum survei akreditasi terjadi peningkatan kepatuhan standar, kemudian diikuti dengan penurunan kepatuhan standar setelah survei akreditasi. Penurunan kepatuhan standar ini diikuti oleh periode stagnan yang lama dengan karakteristik kepatuhan terhadap standar bergelombang naik turun. Fase penurunan dan stagnasi tersebut dapat dicegah dengan melakukan tindakan-tindakan proaktif untuk menjaga keberlanjutan mutu (Devkaran dan O'Farrell, 2014).

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang tidak terus-menerus berlangsung merupakan suatu hal yang sia-sia (Hovlid *et al.*, 2012). Akreditasi rumah sakit merupakan proses berkelanjutan dan berkesinambungan, yang tidak berakhir pada saat survei akreditasi selesai dilakukan (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2014).

Ketika sebuah tim telah menjalankan proses dan perbaikan telah tercapai, tidak berarti bahwa proses perbaikan tersebut berhenti. Perbaikan merupakan suatu proses, dan proses bersifat berkelanjutan. Pemantauan harus dilanjutkan dan

perbaikan harus dilakukan kapan pun. Peningkatan mutu secara terus-menerus harus tetap dilakukan meskipun standar telah dipatuhi. Jika pencapaian kepatuhan yang tinggi terhadap standar telah dilakukan, langkah selanjutnya adalah lebih meningkatkan target pencapaian standar tersebut, karena apabila hal ini tidak dilakukan maka organisasi tersebut akan tetap berada pada tahap kondisi yang sama tanpa ada perbaikan lebih lanjut (Al-Assaf, 2003).

Kesalahan dan kekeliruan yang terjadi perlu adanya upaya-upaya untuk mengidentifikasinya dan mengimplementasikan kebijakan yang lebih aman (Sciavovelli dan Plebani, 2009). Selain itu, laboratorium klinik tidak hanya menampilkan jenis pemeriksaan namun juga ketepatan dan kualitas informasi laboratorium (Plebani, 2017).

Motivasi yang tinggi tercermin dalam pencapaian indikator mutu ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak mengalami penurunan pada periode setelah survei akreditasi, bahkan terjadi peningkatan. Selain itu, selama ini juga terdapat upaya-upaya untuk menumbuhkan motivasi tersebut agar keberlangsungan peningkatan mutu dapat terus terjaga.

Faktor motivasi berkontribusi terhadap keberlangsungan antusiasme peningkatan mutu yang berkelanjutan di pelayanan kesehatan (Sollecito dan Johnson, 2013). Pekerja yang mempunyai motivasi tinggi akan sangat produktif dan efisien. Namun sebaliknya, apabila tidak ada motivasi maka potensi dari pekerja tidak akan maksimal. Motivasi dapat memberikan dorongan kuat untuk bekerja dan berprestasi (Sujudi, 2011). Staf dengan motivasi yang rendah akan memberikan kontribusi pelayanan kesehatan dengan mutu yang rendah. Motivasi staf akan berhubungan dengan peningkatan mutu kerja para staf (Alhassan *et al.*, 2013). Motivasi para profesional kesehatan diidentifikasi sebagai salah satu faktor yang berhubungan dengan peningkatan proses maupun *outcome* pada pelayanan diabetes di pelayanan kesehatan primer di Tunisia (Alhyas *et al.*, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua petugas kesehatan di laboratorium mempunyai kesadaran terhadap pentingnya regulasi akreditasi rumah sakit, kepatuhan terhadap standar dan indikator mutu dalam rangka menjaga keberlangsungan peningkatan mutu di laboratorium. Faktor regulasi merupakan faktor yang mempengaruhi peningkatan mutu berkelanjutan dapat terus berlangsung di kemudian hari, misalnya regulasi akreditasi rumah sakit (Sollecito dan Johnson, 2013). Uraian *systematic review* menyebutkan bahwa terdapat bukti secara konsisten yang menunjukkan program akreditasi dapat meningkatkan proses perawatan pasien yang diselenggarakan oleh pelayanan kesehatan, sehingga akreditasi harus didukung sebagai metode untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan (Alkhenizan dan Shaw, 2011). Penggunaan standar yang valid dan relevan serta akreditasi yang diterima secara menyenangkan oleh tenaga kesehatan akan mempengaruhi implementasi yang efektif program akreditasi (Hinchcliff *et al.*, 2013).

Kepemimpinan merupakan strategi penting dalam manajemen klinis yang harus didukung oleh unit kerja dan staf untuk mencapai mutu pelayanan yang lebih baik. Kepemimpinan harus komitmen dan mendorong semua aspek serta para unit pendukung untuk mencapai tujuan organisasi (Reyes-alcázar *et al.*, 2012).

Kinerja akreditasi berkorelasi positif secara signifikan dengan budaya organisasi dan kepemimpinan. Organisasi dengan budaya yang positif dan kepemimpinan yang bagus akan menunjukkan hasil akreditasi yang lebih bagus dibandingkan organisasi yang tidak memiliki karakteristik seperti itu (Braithwaite *et al.*, 2010). Dalam suatu tim peningkatan mutu, diharapkan ada budaya yang positif yaitu budaya komunikasi yang terbuka, saling menghargai, semangat kebersamaan, saling mendukung, adanya partisipasi aktif staf dalam pengambilan keputusan serta cara berpikir yang berkontribusi terhadap budaya yang bagus (Sollecito dan Johnson, 2013). Selain kondisi formal, situasi informal di antara para profesional juga merupakan hal yang penting dalam organisasi pelayanan kesehatan (Melo dan Beck, 2011).

Keberlangsungan peningkatan mutu merupakan kerja tim. Kerjasama tim merupakan salah satu komponen penting terhadap kesuksesan pelaksanaan keberlangsungan peningkatan mutu (Sollecito dan Johnson, 2013).

Kesimpulan

Tidak terdapat perbedaan bermakna pada pencapaian indikator mutu ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium di RS UGM antara sebelum dan setelah survei akreditasi. Indikator mutu kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium setelah survei akreditasi lebih rendah secara bermakna dibandingkan sebelum survei akreditasi. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberlangsungan peningkatan mutu indikator ketidaktepatan waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium RS UGM, meliputi faktor motivasi, regulasi, kepemimpinan, budaya organisasi dan kerjasama tim telah memenuhi sesuai dengan yang seharusnya. Saran untuk pimpinan rumah sakit adalah perlunya mengadakan LIS untuk memperpendek waktu tunggu dan mengurangi kesalahan pascaanalitik pada pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium sehingga dapat meningkatkan pencapaian indikator mutu laboratorium RS UGM.

Referensi

- Al-Assaf, A.F. (2003). Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional. Dalam M. Fauziah & A. Lukman (Ed). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Alhassan, R.K., Spieker, N., Ostenberg, P.V., Ogink, A., Nketiah-amponsah, E., dan Wit, T.F.R. (2013). Association Between Health Worker Motivation and Healthcare Quality Efforts in Ghana. *Human Resources for Health*. 11(37), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-37>.
- Alhyas, L., Jones, J.D., Dawoud, D., dan Majeed, A. (2013). Factors Affecting the Motivation of Healthcare Professionals Providing Care to Emiratis with Type 2 Diabetes. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*. 4(14), 1–13. Doi: 10.1177/2042533313476419.
- Alkhenizan, A., dan Shaw, C. (2011). Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: A Systematic Review of the Literature. *Annals of Saudi Medicine*. 31(4), 407–416. Doi: 10.4103/0256-4947.83204.
- Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M., dan Gibberd, R., et al. (2010). Health Service Accreditation As A Predictor of Clinical and Organisational Performance: A Blinded, Random, Stratified Study. *Qual Saf Health Care*. 19(1), 14–21. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.033928>.
- Devkaran, S. & O'Farrell, P.N. (2014). The Impact of Hospital Accreditation on Clinical Documentation Compliance: A Life Cycle Explanation Using Interrupted Time Series Analysis. *BMJ Open*. 4, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005240>.
- Goswami, B., Singh, B., Chawla, R., Gupta, V.K., dan Mallika, V. (2010). Turn Around Time (TAT) as a Benchmark of Laboratory Performance. *Ind J Clin Biochem*. 25(4), 376–379. Doi: 10.1007/s12291-010-0056-4.
- Hinchcliff, R., Greenfield, D., Westbrook, J. I., Pawsey, M., Mumford, V., dan Braithwaite, J. (2013). Stakeholder Perspectives on Implementing Accreditation Programs: A Qualitative Study of Enabling Factors. *BMC Health Services Research*. 13(1), 437. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-437>.
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, AB., dan Christian. (2012). Sustainability of Healthcare Improvement: What Can We Learn From Learning Theory? *BMC Health Services Research*. 12, 235. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-235>.
- Kahar, H. (2005). Mutu Pemeriksaan di Laboratorium Klinik Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*. 12(1), 38–40. <http://dx.doi.org/10.24293/ijcpml.v12i1.839>.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2014). Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit (3rd ed.). Jakarta: KARS.
- Melo, S., dan Beck, M. (2011). Improving Patient Safety Through Formal and Informal Learning Networks. York: The York Management School. Diakses dari: <https://pure.qub.ac.uk/en/publications/improving-patient-safety-through-formal-and-informal-learning-net>.
- Mulyono, B. (2007). Penentuan Strategik Prioritas Pelayanan Laboratorium Klinik Menggunakan Teknik SFAS (Strategic Factors Analysis Summary) Bersarana Acuan SWOT (Strategic Prioritization in Clinical Laboratory Services Using SFAS Technique by Means of SWOT Matrix). *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*. 13, 82–92. Doi: 10.24293/ijcpml.v13i2.889.
- Plebani, M. (2017). Quality In Laboratory Medicine: 50 Years On. *Clinical Biochemistry*. 50, 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2016.10.007>.
- Reyes-alcázar, V., Torres-olivera, A., Núñez-garcía, D., dan Almuedo-paz, A. (2012). Critical Success Factors for Quality Assurance in Healthcare Organizations. Spanyol: Intech Open. Diakses dari: <https://www.intechopen.com/books/quality-assurance-and-management/critical-success-factors-for-quality-assurance-in-healthcare-organizations>.
- Sciacovelli, L., dan Plebani, M. (2009). The IFCC Working Group on Laboratory Errors and Patient Safety. *Clinica Chimica Acta*. 404, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2009.03.025>.
- Sollecito, W.A., dan Johnson, J.K. (2013). McLaughlin and Kaluzny's: Continuous Quality Improvement In Health Care (4th ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Sujudji, A. (2011). Menjadi Seniman Organisasi: Seni Mengelola "Healthcare Industry." Jakarta: Rajut Publishing.
- Ziaee, R., dan Bologna, J. (2015). Preparing for Continuous Quality Improvement For Healthcare: Sustainability through Functional Tree Structure. Broken Sound Parkway NW: CRC Press Taylor and Francis Group.