

TESIS

**PENGEMBANGAN INSTRUMEN SENSUS HARIAN
TERINTEGRASI SNARS 2018 DI RUANG RAWAT INAP**



SYANTI D TAMHER
(C012171045)

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020



PENGEMBANGAN INSTRUMEN SENSUS HARIAN TERINTEGRASI SNARS 2018 DI RUANG RAWAT INAP

Tesis

“Sabagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai
Gelar Magister Keperawatan”
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh:

**Syanti Dewi Tamher
C012171045**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS



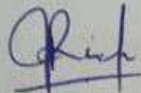
TESIS
**PENGEMBANGAN INSTRUMEN SENSUS HARIAN
TERINTEGRASI SNARS 2018 DI RUANG RAWAT INAP**

Disusun dan diajukan oleh

SYANTI DEWI TAMHER
Nomor Pokok: C012171045

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 03 Januari 2020
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat,



Rini Rachmawaty S.Kep, Ns, MN, Ph. D

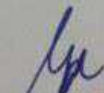
Ketua



Dr. Kadek Ayu Erika S. Kep, Ns., M. Kes

Anggota

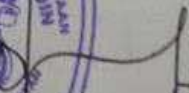
Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan



Dr. Elly L. Sijthar, S.Kp, M.Kes



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Akhmad Saleh, S.Kp, M.Si



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Syanti Dewi Tamher
NIM : C012171045
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : **PENGEMBANGAN INSTRUMEN SENSUS HARIAN
TERINTEGRASI SNARS 2018 DI RUANG RAWAT
INAP**

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik magister, baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi Lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah disertai nama penulis serta dimasukkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ternyata ada klaim dari pihak lain, maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola program studi magister ilmu keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pancabutan gelar magister yang saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 02 Januari 2020
Yang Menyatakan,

Syanti Dewi Tamher

C012171045



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas terselesaikannya tesis yang berjudul “Pengembangan Instrumen Sensus Harian Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien”. Penulisan tesis ini sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari dalam penyusunan tesis ini masih banyak kesalahan, baik struktur juga sistematika penulisan, karena adanya keterbatasan waktu, kemampuan juga sumber sebagai pedoman yang penulis gunakan dalam penyusunan tesis ini. Oleh karena itu penulis mengharapkan masukan berupa saran juga kritikan yang membangun guna penyempurnaan tesis ini.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih atas segala bantuan materi maupun non materi kepada ibu Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns., MN., Ph.D selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan, masukan selama penyusunan tesis ini, serta ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep, Ns., M.Kes selaku pembimbing II yang juga telah banyak memberikan masukan dan saran selama proses penyusunan tesis ini.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada Dr. Elly L. Syatar, SKp.,M.Kes. selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan yang telah banyak membantu penulis selama proses pendidikan. Tak terkecuali teman-teman PSMIK angkatan VIII, ibunda tercinta yang banyak memberikan dukungan dan doa serta anak-anakku tercinta, terkhususnya Zeyn Muhammad yang sudah memberikan dukungan selama penyusunan tesis ini serta semua pihak yang tidak disebutkan satu persatu.

Penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya atas segala perkataan dan tingkah laku yang tidak berkenan selama interaksi. Besar harapan penulis semoga tesis ini diterima sehingga dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu khususnya keperawatan.

Januari, 2020



ABSTRAK

Syanti Dewi Tamher, Pengembangan Instrumen Sensus Harian Terintegrasi SNARS 2018 di Ruang Rawat Inap (dibimbing oleh Rini Rachmawaty dan Kadek Ayu Erika)

Tujuan : Penelitian ini menghasilkan instrumen sensus harian terintegrasi SNARS 2018 di ruang rawat inap.

Metode : Penelitian *Development Research* modifikasi yang dilaksanakan di RSUD Haji, RSUD Labuang Baji dan RSUD Sayang Rakyat. Sebanyak 158 responden. Melalui beberapa tahap yaitu *Focus Group Discussion* dilakukan untuk membentuk domain dan item pernyataan, metode Delphi melibatkan *expert* untuk menghasilkan item pernyataan, *Pilot study* untuk melakukan penilaian pada kelompok kecil sejauh mana tingkat pemahaman dan cara mengisi item pernyataan, uji validitas antara lain melibatkan *Expert Judgement* menilai validitas konten, *Confirmatory Analysis Factor* untuk menguji validitas konstruk dan uji reliabilitas (*Internal consistency reliability*).

Hasil : *Expert Judgement* menilai validitas konten item pernyataan dengan nilai $CVI \geq 0.90$ artinya memuaskan, *Confirmatory Analysis Factor* mendukung 4 domain, 20 pernyataan dan model fit. nilai Koefisien alpha Cronbach 0.829.

Kesimpulan: Sensus harian terintegrasi berdasarkan SNARS 2018 adalah instrumen yang valid dan reliabel yang dapat digunakan untuk menilai kualitas kinerja perawat di ruang rawat inap dengan 4 domain (aktifitas, *Workforce*, indikator area klinik dan indikator keselamatan pasien) dan 20 pernyataan

Kata kunci : Pengembangan instrumen, sensus harian terintegrasi , SNARS 2018.



ABSTRACT

Syanti Dewi Tamher, Development of Integrated Daily Census Instrument Based on SNARS 2018 in the Inpatient Room (supervised by Rini Rachmawaty and Kadek Ayu Erika)

Aims: this study produced an integrated daily census instrument based on SNARS 2018 in the inpatient room.

Method: Modified Development Research was carried out at Haji Hospital, Labuang Baji Hospital and Sayang Rakyat Hospital. A total of 158 respondents. Through several stages, namely Focus Group Discussion conducted to form domains and statement items, the Delphi method involves experts to produce statement items, pilot studies to conduct assessments in small groups to what extent the level of understanding and how to fill statement items, validity tests include involving Expert Judgment assessing content validity, Confirmatory Analysis Factor to test the construct validity and internal consistency reliability.

Result: Expert Judgment assesses the validity of statement item content with a CVI value $\geq 0,90$ which means that it is satisfactory, Confirmatory Analysis Factor supports 4 domains, 20 statements and model fit. Cronbach alpha coefficient value 0.829.

Conclusion: The integrated daily census based on SNARS 2018 is a valid and reliable instrument that can be used to assess the quality of the performance of nurses in the inpatient room with 4 domains (activity, workforce, clinical area indicators and patient safety indicators) and 20 statements

Keywords: Instrument development, integrated daily census, SNARS 2018



DAFTAR ISI

	Hal.
Kata Pengantar.	iv.
Daftar isi.	v.
Daftar Tabel.	vi.
Daftar Gambar.	vii.
Daftar Lampiran.	viii.
Daftar Istilah	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan	4
D. Pernyataan Originalitas	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Algoritma Pencarian.....	6
B. Tinjauan Literatur	6
C. Kerangka Teori	29
BAB III KONSEP PENELITIAN	
A. Kerangka Konseptual Penelitian	30
B. Definisi Operasional	30
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	32
B. Populasi dan Sampel	35
C. Waktu dan Tempat Penelitian	38
D. Instrumen Metode, Prosedur Pengumpulan Data	38
E. Analisa Data	42
F. Etika Penelitian	43
G. Alur Penelitian	46



BAB V	Hasil Penelitian	47
BAB VI	A. Diskusi	72
	B. Implikasi dalam keperawatan	88
	C. Keterbatasan penelitian	88
	D. Rekomendasi.....	89
Daftar Pustaka.		
Lampiran		



DAFTAR TABEL

No.		Hal.
Tabel 3.1	Definisi Operasional	30
Tabel 4.1	Jadwal proses penelitian	38
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi karakteristik responden FGD.	47
Tabel 5.2	hasil FGD	48
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi karakteristik pakar Delphi.....	49
Tabel 5.4	Hasil Ronde pertama	51
Tabel 5.5	Hasil Ronde kedua	56
Tabel 5.6	Hasil Ronde ketiga	59
Tabel 5.7	Distribusi frekuensi karakteristik Pilot Study	62
Tabel 5.8	Distribusi frekuensi karakteristik ExpertJudgement.	65
Tabel 5.9	Hasil penilaian I-CVI	66
Tabel 5.10	Distribusi frekuensi karakteristik di ruang rawat Inap	67
Tabel 5.11	Regresion Weight	68
Tabel 5.12	Goodness Off Fit Indices Sensus harian modifikasi berdasarkan EMAS	69
Tabel 5.13	Releablity Statistic	70
Tabel 5.14	Sensus harian modifikasi berdasarkan EMAS.....	71



DAFTAR GAMBAR

No.		Hal.
Gambar 2.1.	Model Pengembangan Borg & Gall	21
Gambar 2.2	kerangka Teori	29
Gambar 3.1.	Kerangka Konseptual	30
Gambar 4.2.	Alur Penelitian	46
Gambar 5.1.	Flowchart Metode Delphi	61
Gambar 5.2	Analisis tingkat pemahaman Responden Pilot Study...	63
Gambar 5.3	Analisis tingkat pemahaman cara mengisi responden Pilot Study	64
Gambar 5.4	Hasil Uji Confirmatory Analysis	69



DAFTAR LAMPIRAN

No.	
Lampiran 1.	Rekomendasi persetujuan Etik
Lampiran 2.	Pencarian Literatur
Lampiran 3.	Surat Ijin Penelitian dinas Penanaman Modal
Lampiran 4.	Surat ijin Penelitian RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar
Lampiran 5.	Surat keterangan selesai penelitian RS Haji Makassar
Lampiran 6.	Surat ijin selesai penelitian RS Labuang Baji Makassar
Lampiran 7.	Permohonan menjadi Expert Judgement



DAFTAR ISTILAH

PS	: <i>Patient Safety</i>
KARS	: Komisi Akreditasi Rumah Sakit
JCI	: <i>Joint Comission Inetrnational</i>
WS	: <i>Workshop</i>
ACHS	: <i>Australian Council on Healthcare Standars</i>
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
PDCA	: <i>Plan, Do, Check, Action</i>
NHS	: <i>National Health Service</i>
AHRQ	: <i>Agency For Health Care Research Hard Quality</i>
IAK	: Indikator Area Klinik
IAM	: Indikator Area Manajemen
ISKP	: Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
SNARS	: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
KNC	: Kejadian Nyaris Cidera
PMKP	: Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
TQM	: <i>Total Quality Management</i>
HWQS	: <i>Hospital Wide Quality Safety</i>
QS	: <i>Quality and Safety</i>
SPRS	: Sistem Pelaporan Rumah Sakit



BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Setiap negara perlu memperkuat sistem kesehatan dalam hal menangani keselamatan pasien dan kualitas perawatan. Keselamatan pasien (*Patient safety*) menjadi tolak ukur atau tujuan utama pelayanan yang mesti dijalankan di rumah sakit dengan memantau peningkatan dan memastikan sistem untuk mendukung staf dalam memberikan perawatan yang berkualitas tinggi dan aman juga memfasilitasi perawatan berbasis bukti (Hananto, Nugroho, & Sujianto, 2017 ; WHO, 2017).

Saat ini rumah sakit sebagai *Core business* dimana pelayanan klinis yang berfokus pada *patient safety* dan menuntut profesionalisme dalam pelayanan dengan sistem yang dikembangkan salah satunya yaitu *good clinical governance*, dimana dokter berbagi tanggung jawab dengan profesi lain untuk perawatan pasien dengan meminimalkan risiko pada konsumen dengan terus memantau dan memperbaiki kualitas perawatan klinis (Braithwaite, Healy, Dwan, & Australian Council for Safety and Quality in Health Care., 2005).

Menurut kementerian kesehatan masih cukup tinggi angka kejadian pasien rumah sakit di Indonesia dan belum sepenuhnya dilaporkan. Hal ini karena kurang pemahaman pentingnya laporan insiden sebagai tindak lanjut perbaikan mutu rumah sakit. Insiden yang terjadi ditahun 2014 dan 2015 sebanyak 510 insiden antara lain kesalahan pemberian obat, kejadian pasien jatuh yang menyebabkan pasien cedera ringan sampai dengan berat bahkan kematian, yang tentunya hal ini sangat berpengaruh terhadap mutu dan kinerja rumah sakit (Kemenkes, 2016).

Dimensi utama dari mutu pelayanan adalah kinerja rumah sakit. penilaian kinerja rumah sakit dalam bentuk indikator diantaranya indikator finansial (n) dan indikator non finansial sebagai parameter untuk mengolah sumber i pelayanan kesehatan untuk menghasilkan informasi, fakta dan



pengetahuan berkaitan dengan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit (Dan & Selada, 2011).

Indikator yang digunakan di rumah sakit Indonesia bersumber dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan KARS versi 2012, tidak terkecuali RSUD Haji, RSUD Labunag Baji dan RSUD Sayang Rakyat Makassar. Indikator kinerja ini termuat dalam sensus harian yang menjadi alat ukur kinerja pelayanan petugas kesehatan. Hasil wawancara kepala ruangan di tiga rumah sakit tentang persepsi sensus harian yang digunakan antara lain, sensus harian tidak diisi setiap hari bisa beberapa hari bahkan minggu atau mendekati batas waktu pengumpulan, tidak dilakukan analisa bila nilai indikator tidak sesuai standar sehingga berpengaruh pada kinerja perawat seperti masih tinggi angka ketidakpatuhan cuci tangan oleh perawat, belum maksimal komunikasi SBAR dan TBAK oleh dokter, angka flebitis yang masih tinggi, pengisian asesmen awal perawat lebih dari 24 jam, identifikasi pasien saat melakukan tindakan belum maksimal. Adapun data evaluasi sensus harian rawat inap di RSUD Haji tahun 2017 dan 2018 antara lain identifikasi pasien 2017 (80%) dan 2018 (80%), pelaporan SBAR 2017 (80%) dan 2018 (80%), Kepatuhan cuci tangan 2017 (80%) dan 2018 (80%) dan Kejadian Phlebitis 2017 (20%) dan 2018 (25%) (RS, 2017).

Beberapa hasil penelitian mengemukakan bahwa indikator penilaian mutu pelayanan dengan menggunakan sensus harian di unit rawat inap keakuratan 62,6%, dan terlihat pada saat menganalisa, rekapitulasi tidak bisa dilakukan setiap hari, data tidak akurat sesuai aslinya karena tidak adanya prosedur dan juknis pengisian sensus harian sehingga evaluasi mutu rumah sakit tidak teranalisis dengan baik hanya sebagai pelengkap atau formalitas (Agung Kurniawan, Tri Lestari, 2010; Dan & Selada, 2011; Sungkar, Mustafid, & Widiyanto, 2011).

Selain sensus harian sebagai alat untuk menilai kinerja mutu di rumah sakit, saat ini alat ukur yang digunakan untuk menilai kinerja dan sudah banyak digunakan di rumah sakit Indonesia yaitu desain EMAS (*Ekspanding Maternal Survival*). Desain ini digunakan khususnya di ruangan maternal dengan kinerja petugas kesehatan di ruang kebidanan. Penggunaan desain EMAS



ini telah meningkatkan kinerja bidan, hal ini terlihat pada hasil evaluasi di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon tahun 2017 dimana terjadi penurunan angka kematian ibu dan anak sebanyak 70%, kepatuhan penggunaan patograf 90%. desain berdasarkan EMAS ini memberikan informasi yang jelas dan ringkas (*realtime*) dan terintegrasi dengan menggunakan parameter aktifitas klinik, *workforce*/tenaga kerja, indikator dalam bentuk pewarnaan untuk menandai parameter. Desain EMAS memiliki keakuratan data, teranalisis dengan baik karena setiap hari dilakukan pemantauan, analisis dan perbaikan dengan metode PDCA (USAID,2010).

Berdasarkan masalah yang ada sehingga peneliti tertarik untuk mengembangkan sensus harian dengan menggunakan desain EMAS guna memantau kinerja perawat khususnya di ruang rawat inap.

B. RUMUSAN MASALAH

1. Fenomena

Keselamatan pasien (*Patient safety*) menjadi tolak ukur atau tujuan utama pelayanan. *Core business* di rumah sakit saat ini adalah pelayanan klinis yang berfokus pada *patient safety* dan profesionalisme dimana dalam pelayanan memantau dan memperbaiki kualitas perawatan klinis yang merupakan bagian dari kinerja utama rumah sakit (Braithwaite et al., 2005; Hananto et al., 2017).

Menurut (Dan & Selada, 2011) kinerja rumah sakit sebagai dimensi utama dari mutu pelayanan rumah sakit yang dinilai dalam bentuk indikator yang termuat di dalam sensus harian. Sensus harian sebagai alat yang digunakan untuk mengukur indikator mutu baik indikator di area klinik, arena manajerial dan SKP (KARS, 2017).

2. Masalah Penelitian

Dari hasil wawancara beberapa kepala ruangan di tiga rumah sakit di kassar menyatakan bahwa desain sensus harian masih terpisah belum integrasi, pengisian tidak dilakukan setiap hari kadang minggu, hanya atas mengisi, tidak dilakukan analisa dan perbaikan sehingga berpengaruh



pada kinerja perawat seperti masih tinggi angka ketidakpatuhan cuci tangan oleh perawat, belum maksimal komunikasi SBAR dan TBAK oleh dokter, angka phlebitis yang masih tinggi, pengisian asesmen awal perawat lebih dari 24 jam, identifikasi pasien saat melakukan tindakan belum maksimal hal ini juga didukung oleh beberapa penelitian bahwa sensus harian sebagai alat ukur untuk menilai indikator mutu rumah sakit namun keakuratan tidak terjamin, waktu evaluasi yang lama sehingga tidak teranalisis dengan baik (Kurniawan & Tri Lestari, 2010 ; Sungkar et al., 2011).

Selain sensus harian sebagai alat ukur kinerja rumah sakit, saat ini Program EMAS mengembangkan sebuah alat menilai kinerja khususnya di ruang maternal. Berdasarkan evaluasi penggunaan desain EMAS di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon pada tahun 2017 terjadi penurunan angka kematian ibu dan anak sebanyak 70%, kepatuhan penggunaan patograf 90%. Desain EMAS ini memberikan informasi akurat, merekap data setiap hari, tepat waktu juga *realtime*. Desain EMAS ini juga memberikan bukti kinerja secara keseluruhan di bangsal perawatan maternal dengan fitur pewarnaan sebagai “lampu peringatan” sehingga analisa cepat dan membantu dalam pengambilan keputusan (Few, 2013; USAID, 2010)

3. Pertanyaan penelitian

Dengan hal ini apakah dengan mengembangkan desain sensus harian modifikasi berdasarkan EMAS menurut SNARS 2018 dapat meningkatkan keselamatan pasien di ruang rawat inap?

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan penelitian ini yaitu menghasilkan instrumen sensus harian terintegrasi berdasarkan SNARS 2018 di ruang rawat inap.



an Khusus

ikembangkannya sensus harian terintegrasi berdasarkan SNARS 2018 di ang rawat inap.

- b. Diketahuinya validitas dan reliabilitas instrumen sensus harian terintegrasi berdasarkan SNARS 2018 di ruang rawat inap.

D. PERNYATAAN ORIGINALITAS PENELITIAN

Alat untuk mengukur kinerja mutu pelayanan di rumah sakit saat ini dalam bentuk sensus harian dengan menggunakan indikator berdasarkan KARS versi 2012, Namun pengembangan sensus harian belum dilakukan terutama menggunakan desain EMAS dengan 4 parameter yaitu *Aktifitas*, *Workforce*, indikator dan insiden resiko juga pewarnaan berdasarkan SNARS 2018. Oleh karena itu originalitas penelitian ini adalah mengembangkan instrumen sensus harian modifikasi berdasarkan EMAS berpedoman SNARS 2018 di ruang rawat inap.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. ALOGARITMA PENCARIAN

Pencarian tinjauan literatur untuk mendukung penyusunan proposal dalam bentuk publikasi ilmiah ini dilakukan penelusuran pada 6 data base yaitu *PubMed*, *ProQuest*, *Wiley*, *ScinceDirect*, *Google Scholar* dan pencarian sekunder dengan rentang tahun 2008-2018. Pencarian pada database *PubMed* “*Advanced Search*” menggunakan kata kunci “*Performance dashboard OR clinical dashboard AND improve the quality of nursing AND patient safety*”

Ditemukan 2 artikel. Selanjutnya pencarian lietarur dilakukan pada 5 data base menggunakan kata kunci “*Performance dashboard improve the quality or daily census of nursing and patient safety*” pada *Scince Direct* ditemukan 3 artikel, *ProQuest* 3 artikel, *Wiley* ditemukan 6 artikel, *Google Scholar* ditemukan 12 artikel. Sedangkan pada pencarian sekunder yaitu dari referensi jurnal utama dan dari buku ditemukan 4 artikel dan 3 buku.

B. TINJAUAN LITERATUR

1. Peningkatan mutu Rumah Sakit

Program peningkatan mutu rumah sakit sudah diterapkan diawal tahun 1900 dengan tiga unsur elemen sturktur, proses dan *outcome*. Kualitas dan kinerja layanan kesehatan harus dilihat dari berbagai perspektif, dimana satu pendekatan ynag digunakan untuk mempertimbangkan layanan kesehatan dari perspektif struktur, proses dan hasil menurut Donabedian. Kerangka struktur, proses dan hasil (SPO) Donabedian telah digunakan untuk menilai kualitas di lembaga perawatan kesehatan yang terdiri dari komponen yang berhubungan dengan karakteristik organisasi penyedia layanan kesehatan (struktur), proses klinis dan nonklinis yang terlibat dalam pemberian perawatan (proses) dan efek perawatan pada kesehatan, status pasien dan populasi (hasil) (DepKes RI, 2008; Strome, 2013).



Menurut (DepKes RI, 2008), banyak konsep dan regulasi yang dibuat demi tercapainya peningkatan mutu rumah sakit dari program pelayanan antara lain *quality assurance*, *quality improvement* dan semuanya penilaian berdasarkan hasil akreditasi rumah sakit. *Quality Improvement* adalah mengidentifikasi indikator mutu dalam pelayanan, memonitor indikator mengukur hasil dari indikator mutu yang tentunya mengarah pada *outcome*, serta selalu berfokus dalam rangka peningkatan proses, sehingga tingkat mutu dari hasil yang dicapai akan meningkat (Cherry & R. Jacob, 2014).

Indikator mutu kinerja rumah sakit menurut Depkes RI Tahun 2005 dilaksanakan secara swanilai (*self Assessment*). Penilaian dilaksanakan setiap hari yang dikompilasi secara bulanan. Hasil penilaian ini dijadikan sebagai bahan rapat bulanan peningkatan mutu oleh Direksi rumah sakit dan Komite medik. Bagi kalangan medik, hasilnya dapat digunakan untuk menilai pelaksanaan tindakan medik di beberapa bagian/instalasi/departemen. Setiap analisis yang dilakukan dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan apakah kebutuhan dari bagian/instalasi/departemen ruangan/pelayanan telah dipenuhi sehingga mutu pelayanan dapat terjamin.

Agar suatu rumah sakit dapat diukur dan dimonitor mutu kinerjanya dibutuhkan metode tertentu. Ada beberapa macam metode yang dapat digunakan untuk mengukur indikator mutu kinerja rumah sakit antara lain :

- a. Inspeksi hanya untuk mengukur apakah suatu rumah sakit telah memenuhi persyaratan minimal untuk keamanan pasien.
- b. Survei Pelanggan ditujukan untuk mengidentifikasi hal-hal yang bernilai bagi pasien dan masyarakat, mengukur hal-hal yang spesifik terhadap pengalaman dan kepuasan.
- c. Penilaian oleh pihak ke tiga dilakukan baik melalui penilaian internal maupun eksternal secara nasional dan penilaian yang dilakukan oleh pihak internasional. Penilaian pihak ketiga antara lain seperti standar ISO dan akreditasi. Indikator statistik sebagai alat untuk menilai kinerja



suatu rumah sakit baik secara internal maupun eksternal. Indikator didesain agar dapat mencapai tujuan secara objektif.

Indikator yang dilaksanakan di rumah sakit bersumber dari standar pelayanan minimum (SPM) yang merupakan jenis pelayanan yang wajib dilaksanakan. Adapun yang menjadi indikator ruang rawat inap antara lain:

1) Ketersediaan pelayanan, 2) Pemberi pelayanan di Rawat, 3) Tempat tidur dengan pengaman, 4) Kamar mandi dengan pengaman, 5) Dokter penanggung jawab pasien rawat inap, 6) Jam Visite Dokter Spesialis, 7) Kejadian infeksi pasca operasi, 8) Kejadian infeksi nosocomial, 9) Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian, 10) Pasien rawat inap Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS, 11) Pencatatan dan pelaporan TB di RS, 12) Output Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh, 13) Kematian pasien ≥ 48 , 14) Outcome Kepuasan pasien (Kemenkes, 2013).

Indikator berdasarkan SPM dikembangkan menjadi indikator area klinik, sasaran mutu, indikator mutu. Pemilihan indikator di tiap rumah sakit menjadi tanggung jawab pimpinan program peningkatan mutu, yang dipilih berdasar atas prioritas baik indikator di unit pelayanan klinis maupun manajemen. Pemilihan indikator ini menggunakan indikator-indikator mutu antara lain indikator mutu area klinik (IAK) yang bersumber dari area pelayanan, indikator mutu area manajemen (IAM) yang bersumber dari area manajemen dan indikator mutu sasaran keselamatan pasien yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya (KARS, 2017).

Adapun indikator mutu area klinik (IAK) yang digunakan berdasarkan PMKP 5 SNARS 2018 yaitu :

1) Asesmen pasien, 2) Pelayanan laboratorium, 3) Pelayanan radiologi dan diagnostic imaging, 4) Prosedur bedah, 5) Penggunaan antibiotika



dan obat lainnya, 6) Kesalahan medikasi (medication error) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC), 7) Penggunaan anestesi dan sedasi, 8) Penggunaan darah dan produk darah, 9) Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien, 10) Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan, 11) Riset Klinik

Indikator area manajemen (IAM) yang digunakan berdasarkan PMKP 5 SNARS 2018 yaitu :

1) Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien, 2) Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang undangan, 3) Manajemen resiko, 4) Manajemen penggunaan sumber daya, 5) Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga, 6) Harapan dan kepuasan staf, 7) Demografi pasien dan diagnosis klinis, 8) Manajemen keuangan, 9) Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien , keluarga pasien dan staf.

Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yang digunakan berdasarkan PMKP 5 SNARS 2018 yaitu :

1) Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar, 2) Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif, 3) Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai (*High Alert Medications*), 4) Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar, 5) Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan, 6) Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Pemilihan indikator di tiap rumah sakit dipilih berdasar atas prioritas baik indikator di unit pelayanan klinis maupun manajemen. Bila indikator mutu sudah tercapai terus menerus selama setahun tidak lagi bermanfaat untuk melakukan perbaikan, sehingga perlu diganti dengan indikator mutu baru (KARS, 2017).



Prioritas indikator di unit baik indikator klink maupun manajemen menggunakan skoring berdasarkan masalah yang ditemukan dengan melihat pada *High Risk* dan *High Volume* dengan rentang nilai antara 1-5. Dari hasil pembobotan maka akan dinilai masalah yang akan diprioritaskan dan diselesaikan . Dari hasil yang didapatkan selanjutnya menjadi indikator priorotas yang mesti dinilai dan diperbaiki dengan rentang waktu 1 tahun. Metode yang digunakan dalam perbaikan mutu salah satunya yaitu PDCA (KARS, 2016).

Varkey, Reller, & Resar (2007) bahwa jenis kegiatan *quality improvement* yang paling konsisten menargetkan sistem tertentu, hasil atau proses dan menerapkan alat adalah metode PDCA (Plan-Do-Study-Act), Six Sigma, Manajemen Ramping dan TQM. Siklus PDCA adalah pendekatan yang paling umum digunakan untuk perbaikan siklus cepat dalam perawatan kesehatan juga menjadi model perbaikan untuk *Improvement*. Untuk mengevaluasi hasil indikator dan desain *dashboard* itu sendiri, rumah sakit menerapkan siklus manajemen mutu seperti siklus PDCA (Weggelaar, et. al, 2018).

Peningkatan mutu dibutuhkan komitmen dan dukungan kepemimpinan yang kuat. Kepemimpinan perlu memberdayakan staf, terlibat secara aktif, dan terus mendorong peningkatan kualitas. Tanpa komitmen dan dukungan dari kepemimpinan kualitas pelayanan tidak akan berhasil. Selain pentingnya peran pemimpin, budaya keselamatan dan peningkatan perbaikan untuk meningkatkan kualitas juga penting. Budaya diperlukan untuk mendukung infrastruktur berkualitas yang memiliki sumber daya dan modal manusia yang diperlukan untuk berhasil meningkatkan kualitas. Peningkatan kualitas membutuhkan lima elemen penting yaitu: membina dan mempertahankan budaya perubahan dan keselamatan, mengembangkan dan mengklarifikasi pemahaman masalah, melibatkan pemangku kepentingan utama,



menguji strategi perubahan dan pemantauan kinerja dan pelaporan temuan untuk mempertahankan perubahan (Barton, 2009).

2. Keselamatan pasien

Kemenkes (2016) bahwa keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sasaran keselamatan pasien (SKP) sebagai acuan (Permenkes RI no 1691 tahun, 2011).

1) Sasaran Keselamatan Pasien (KARS, 2017)

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan 6 Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

- a) Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar,
- b) Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif,
- c) Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai (*High Alert Medications*),
- d) Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar,
- e) Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan,
- f) Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Menurut Kemenkes (2016) selain kesalahan pada ketetapan identifikasi pasien dan peningkatan keamanan pada obat yang perlu diwaspadai (*High Alert*), angka kesalahan prosedur operasi juga banyak terjadi ditatanan pelayanan. Tahun 1990-2003 mencatat bahwa angka kejadian akibat *medican Error* pada pasien operasi dari *National*



Practitioner Data Bank (NPDP) sebanyak 6304 jiwa. Angka kejadian pada pasien jatuh cukup tinggi yang disebabkan karena kelalaian perawat dalam indentifikasi dan penanganan pasien beresiko jatuh. Sedikitnya penggunaan praktik keselamatan pasien dengan tidak patuh terhadap kebijakan serta prosedur yang diperlukan yang dibuktikan dengan tingkat infeksi dan ulkus decubitus yang tinggi, sehingga dibutuhkan pentingnya memahami langkah-langkah dalam penerapan *Patient Safety* (Susan Henry, 2017).

2) Langkah penerapan *patient safety*

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus mendesain (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien (DepKes RI, 2008).

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit” yaitu :

- a) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien,
- b) Pimpin dan dukung staf anda,
- c) Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko,
- d) Kembangkan sistem pelaporan,
- e) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien,
- f) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien,
- g) Cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien.

3) Menurut (Olsen, 2011) kerangka kerja keselamatan pasien berdasarkan tipologi komunikasi organisasi *Manchester* terdiri atas 10 faktor yaitu:



- a) Perbaikan terus menerus,
- b) Prioritas pada keselamatan,
- c) Kesalahan pada sistem dan tanggung jawab individu,
- d) Mencatat insiden,
- e) Mengevaluasi Insiden,
- f) Mempelajari dan melakukan perubahan,
- g) Komunikasi,
- h) Manajemen personalia,
- i) Pendidikan staf,
- j) Kerja tim.

Salah satu cara untuk mempertahankan keselamatan pasien, jauhnya dari resiko cedera pada pasien yaitu dengan cara meningkatkan kualitas mutu pelayanan. Peningkatan kualitas mutu pelayanan dengan beberapa langkah yang dilakukan yaitu mengidentifikasi indikator mutu dalam pelayanan, memonitor indikator, mengukur hasil *out come* dan berfokus pada proses sehingga mutu yang dicapai akan meningkat (Cherry & R. Jacob, 2014)

Menurut Susan Henry (2017) untuk mencapai kualitas mutu pelayanan dengan tujuan tercapainya budaya pasien *safety* di rumah sakit maka program pelatihan menjadi program prioritas rumah sakit demi meningkatkan pengetahuan dan kesadaran petugas akan pentingnya *patient safety*. Selain pengetahuan untuk menghindari dan menurunkan angka kejadian kesalahan (*Medican Error*) di dalam pelayanan diperlukan kesadaran dan budaya pentingnya *patient safety*, peningkatan mutu (*quality Improvement*) yang bisa dilakukan yaitu dengan beberapa langkah perbaikan dan menggunakan siklus PDCA (Cherry & R. Jacob, 2014)



Sensus Harian

Sensus harian adalah kegiatan pencacahan/ penghitungan pasien yang dilakukan setiap hari pada suatu ruang rawat inap. Berisi tentang

mutasi keluar masuk pasien selama 24 jam mulai dari pukul 00.00 sampai dengan 24.00. Sensus harian digunakan untuk merekap data indikator SPM dan indikator kunci rumah sakit (DepKes, 2005; KARS, 2016).

a. Tujuan Sensus Harian

- 1) Memperoleh informasi semua pasien yang masuk dan keluar Rumah Sakit selama 24 jam (DepKes, 2005)
- 2) Memperoleh informasi data indikator setiap hari (KARS, 2016)

b. Kegunaan Sensus Harian (DepKes, 2005)

- 1) Mengetahui jumlah pasien masuk, pasien keluar Rumah Sakit, meninggal di Rumah Sakit,
- 2) Mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur,
- 3) Mengitung penyediaan sarana atau fasilitas pelayanan kesehatan, Sumber data pelaporan sistem pelaporan rumah sakit,
- 4) Sarana penentuan kebijakan pemimpin,
- 5) Sebagai sumber data yang akurat dan valid,
- 6) Menilai indikator mutu berdasarkan SPM, IAK, IAM dan SKP (KARS, 2016).

c. Tanggung Jawab Pelaksanaan Sensus Harian

- 1) Kepala perawat pada masing-masing ruang rawat inap bertanggung jawab dalam pengisian sensus harian,
- 2) Perawat atau Bidan yang memutasikan pasien atau petugas yang ditunjuk oleh kepala perawat ruang rawat inap melaksanakan pengisian sensus harian sesuai petunjuk yang telah ditetapkan,
- 3) Formulir sensus harian disediakan oleh unit pencatatan medik Rumah Sakit.

d. Mekanisme Pengisian Sensus Harian

- 1) Sensus harian diisi segera setelah pasien masuk ruang rawat, pindah intern Rumah Sakit dan keluar Rumah Sakit,
- 2) Sensus Harian untuk satu hari ditutup jam 24.00 dan sesudah itu dibuat resume sensus harian untuk hari yang bersangkutan,



- 3) Jika ada pasien masuk Rumah Sakit atau keluar atau meninggal sesudah jam 24.00 maka harus dicatat pada formulir sensus harian berikutnya,
 - 4) Untuk Rumah Sakit kecil mekanisme pembuatan Sensus Harian disesuaikan dengan kebutuhan (DepKes, 2005),
 - 5) Data indikator SPM dan indikator mutu lainnya diisi setiap hari oleh penanggung jawab.
 - 6) Analisis sensus harian per bulan, triwulan dan semester.
- b. Langkah-langkah pengumpulan data
- 1) Penanggung jawab pengumpul data mencatat data kedalam formulir sensus harian atau input data ke dalam Sistem IT (bila RS sudah mempunyai sistem IT untuk data indikator),
 - 2) Data direkapitulasi dan dianalisa dalam bentuk grafik melalui sistem IT,
 - 3) Interpretasi data,
 - 4) Lakukan perbaikan untuk peningkatan mutu,
 - 5) Buat laporan dari unit ke pimpinan/komite PMKP sesuai SPO di RS (KARS, 2016)
- c. Validasi data
- 1) Komite/Panitia/Tim PMKP,
 - 2) Kepala Instalasi pelayanan/Kepala Unit Pelayanan,
 - 3) Prinsip : validator adalah bukan pengumpul data (orang ke dua),
 - 4) Dilakukan bila indikator klinik baru saja dikumpulkan,
 - 5) Bila ada perubahan sumber data, numerator, denominator, definisi operasional, subyek pengumpulan data dirubah (KARS, 2016).
- d. Analisa Data Hasil analisa melalui grafik sangat membantu memperlihatkan perubahan apakah menuju perbaikan sesuai yang diharapkan. Analisa data menggunakan alat statistic antara lain :

- 1) Run charts,
- Control charts,
- Histograms,
- Pareto charts.



Sensus harian sebagai alat pantau yang digunakan untuk menilai mutu kinerja rumah sakit, sumber data yang valid dan juga alat evaluasi untuk menilai indikator mutu berdasarkan SNARS 2018. Namun permasalahan yang terjadi dalam mengevaluasi dan menganalisis data dengan menggunakan sensus harian di ruang rawat inap yaitu kurang ketepatan dalam mengisi sensus harian sehingga ketidaktepatan perhitungan yang berdampak pada perbedaan hasil *performance* (statistik). Petugas mengentri data ke dalam komputer dan tidak melakukan *cross check*, tidak adanya buku register pasien rawat inap dan data sensus harian rawat inap yang tidak akurat menyebabkan petugas pengolah data dan pelaporan kesulitan melihat keakuratan sensus harian rawat inap sehingga keputusan yang diambil dapat berbeda (Dewi Yunita, 2012; Oktaviani, 2018).

Demikian halnya dalam sistem menginput dimana tidak semua data yang tersedia diformulir pasien diinput dalam buku register. Untuk mencatat semua data tersebut membutuhkan buku yang lebih "besar" dan waktu yang lama (± 15 menit/pasien) dan pendataan data belum menggunakan bantuan komputer, *software* maupun basis data (Dewi Yunita, 2012).

Kegiatan pencatatan sensus harian menyebabkan beban kerja yang tinggi bagi kepala ruangan dan staf yang diberi tanggung jawab. Selain melakukan pelayan keperawatan juga mengelola tugas administrasi, hal ini menyebabkan pengisian sensus harian tidak dilakukan setiap harinya karena menyita waktu yang seharusnya lebih utama digunakan untuk melayani pasien. Kadang kalanya sensus harian diisi beberapa hari kemudian, sepuluh hari atau pada akhir bulan. Sehingga sangat berpengaruh terhadap kelengkapan dan keakuratan hasil sensus itu sendiri dan berdampak pada laporan statistik, selain itu pula analisis yang lama minimal tiap bulan sehingga berdampak terhadap perbaikan mutu yang sifatnya operasional. Data yang diserahkan kepada rumah sakit menjadi tidak akurat sehingga kesulitan dalam melakukan akreditasi serta penjaminan mutu pelayanan rawat inap (HS, 2018; Oktaviani, 2018; Pelu, 2013).



Selain sensus harian sebagai pengumpul data pasien di rumah sakit dan menilai mutu kinerja rumah sakit saat ini sudah mulai dikembangkan salah satunya desain EMAS (*Ekspanding Maternal Antenatal Survival*) diberbagai rumah sakit khususnya di ruang maternal untuk menilai kinerja petugas kesehatan (USAID, 2010).

4. Pengembangan instrumen Sensus harian modifikasi berdasarkan EMAS (*Ekspanding Maternal Antenatal Survival*)

program EMAS (*Ekspanding Maternal Antenatal Survival*) telah membuat membuat sebuah desain sebagai alat ukur kinerja petugas kesehatan khususnya di ruang maternal dengan tujuan menurunkan angka kematian ibu dan anak yang mengacu pada 4 parameter (aktifitas, workforce, indikator dan insiden resiko) dengan indikator tiga warna sebagai parameter yaitu hijau, kuning dan merah (USAID, 2010).

Pengkodean warna pada tampilan desain EMAS ini memfasilitasi interpretasi cepat dari status kinerja. umumnya menggunakan hijau untuk "dapat diterima," kuning untuk "marininal," dan merah " untuk tidak dapat diterima. Salah satu keuntungan menggunakan warna adalah untuk menyediakan fitur perbandingan yang dapat menggambarkan apakah nilai indikator "baik," menginformasi sinyal peringatan atau bahaya ketika ada sesuatu di luar kisaran (Sprague et al., 2013).

a. Warna bagi parmeter

Warna hijau diberikan apabila parameter yang disepakati dicapai sesuai dengan standar yang ditentukan. Apabila standar tidak tercapai dengan selisih 10% maka disepakati diberi warna kuning. Sementara itu jika terdapat selisih 20% maka disepakati diberikan warna merah. Indikator warna hanya untuk memudahkan pembacaan(Arulkumaran, 2010; USAID, 2010).

Secara umum, jika suatu parameter menunjukkan warna kuning atau h maka harus segera dilakukan analisis dan diambil tindakan untuk gembalikannya kepada warna hijau. Bila warna kuning yang berulang- g perlu dilakukan analisis yang lebih jauh dan dalam. Manfaat panel ini



tidak akan didapatkan jika terjadi pembiaran terhadap jatuhnya parameter kepada warna kuning atau merah secara berulang-ulang (Arulkumaran, 2010; USAID, 2010).

Parameter yang menunjukkan warna merah membutuhkan analisis yang dalam dan segera, mengingat hal ini jika dianalisis dengan baik biasanya akan mengidentifikasi kekurangan di tempat lain. Misalnya; angka pasien jatuh hingga di angka merah, perlu diidentifikasi akar permasalahannya dapat berupa perlunya training atau pengawasan di lapangan dengan lebih baik, atau memang perlunya perbaikan peralatan yang berkaitan dengan pasien jatuh (Susan Henry, 2017).

b. Kelompok kategori parameter

1) Aktivitas klinik

Untuk aktifitas menampilkan dua aktifitas besar yang sudah dipahami dan diimplementasikan sesuai dengan SNARS 2018 dan SP2KP (Sistem Pemberian Pelayanan Keperawatan Profesional).

2) *Workforce*

Menampilkan hitungan real yang ada di rumah sakit. Untuk ruang perawatan perlu mempertimbangkan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan harus diketahui terlebih dahulu apakah beban kerja perawat berhubungan dengan jumlah pasien. Hal ini dapat dibuat dengan menggunakan standar perhitungan tenaga misalkan berdasarkan rasio perbandingan perawat dan tempat tidur, atau berdasarkan rumus perhitungan tenaga yang menjadi standar rumah sakit.

3) Indikator

Menurut Weggelaar et al (2018) dari beberapa penelitian yang dilakukan oleh peneliti di rumah sakit mengemukakan bahwa rumah sakit memiliki semacam HWQS (*hospital wide quality safety*) *dashboard* yang mengandung konten yang berbeda misalnya jenis indikator, presentasi visual yang melayani berbagai tujuan.



Sangatlah penting pemilihan indikator yang digunakan untuk kualitas pelayanan berdasarkan apa yang dibutuhkan dan penting untuk pasien dan tim keperawatan.

Indikator spesifik yang akan dapat memberikan gambaran kondisi pengelolaan kualitas pelayanan sehingga dapat segera dikenali kebutuhan-kebutuhan tentang sumber daya, ketrampilan dan peninjauan kembali pedoman-pedoman berdasarkan SPM, IAK, IAM dan ISKP menurut SNARS 2018.

Melihat fungsinya yang cukup baik dalam menampilkan hasil evaluasi, maka sensus harian dapat dimodifikasi dengan desain EMAS ini menjadi alat ukur untuk menilai mutu kinerja pelayanan di rumah sakit.

5. PDCA

Saat ini hampir seluruh jenis usaha dan rumah sakit baik umum maupun swasta menerapkan standar sistem manajemen mutu yaitu ISO 9001: 2008. Sistem ISO 9001:2008 berfokus pada efektivitas dan proses perbaikan yang berkelanjutan dengan menggunakan pola pikir PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). Dalam PDCA setiap proses dilakukan dengan perencanaan yang matang, implementasi yang terukur dan jelas, dilakukan evaluasi dan analisis data yang akurat, serta tindakan perbaikan yang sesuai dengan monitoring pelaksanaannya agar benar- benar bisa menyelesaikan masalah yang terjadi di organisasi (Dewi, Susanta. Listyorini, 2013).

Plan-Do-Study-Act adalah pendekatan umum untuk meningkatkan proses dalam perawatan kesehatan juga instansi lainnya atau yang biasa dikenal dengan *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) yang mana mendorong inovasi, bereksperimen dengan perubahan proses, mempelajari hasil, dan membuat penyempurnaan yang diperlukan untuk mencapai dan mempertahankan hasil yang diinginkan, PDCA dianggap sebagai pokok *Quality Improvement* sebagai siklus cepat dalam perawatan kesehatan dengan melibatkan pendekatan “*trial-and-learning*” di mana hipotesis atau



solusi yang disarankan untuk perbaikan dibuat dan pengujian dilakukan pada skala kecil sebelum perubahan yang dibuat untuk seluruh sistem. Model perbaikan ini juga menjadi prinsip utama kerangka kerja Pelayanan Kesehatan Nasional di Inggris (Strome, 2013; Varkey et al., 2007; Weggelaar-Jansen et al., 2018).

Tujuan dari upaya peningkatan kualitas PDCA adalah untuk membangun hubungan fungsional atau kausal antara perubahan dalam proses (khususnya perilaku dan kemampuan) dan hasil. Hal ini terlihat pada siklus Shewhart terdiri dari empat langkah: perencanaan, melakukan, memeriksa / mempelajari, dan bertindak (Strome, 2013)

- a. *Plan* → pelajari prosesnya
 - b. *Do* → lakukan perubahan dalam skala kecil
 - c. *Check* → amati efek
 - d. *Act* → identifikasi apa yang dipelajari
- Siklus sedang berlangsung dan berkelanjutan



Gambar 2.1 Shewhart Cycle, 1986 dikutip dalam Kelly, 2003

- e. *Plan* : Mulailah dengan merencanakan perubahan pada proses yang akan dilaksanakan dan diuji.

Selama fase "Rencana" PDCA, pastikan bahwa masalahnya didefinisikan dengan baik dan hasil yang diinginkan telah diputuskan. Memiliki pernyataan masalah atau tujuan proyek yang jelas membantu mempertahankan fokus tim pada apa yang harus dicapai. Agar efektif, tujuan perbaikan harus dibingkai dalam jangka waktu tertentu dan terukur (Strome, 2013)

Do : Lakukan Lanjutkan dengan menjalankan rencana dan membuat perubahan yang diinginkan untuk proses yang ditentukan.



Implementasi aktual dan eksperimen dengan perubahan proses terjadi selama fase “Do” PDCA. Selain membuat perubahan pada proses dan prosedur, pengumpulan data dan analisis awal terjadi selama fase ini. Jika pengumpulan data manual diperlukan, itu dilakukan dengan frekuensi dan pada formulir yang sesuai yang ditentukan dalam rencana pengumpulan data. Jika data elektronik tersedia, evaluasi awal dari data ini harus mencakup pemeriksaan untuk memastikan bahwa metrik dan laporan yang ditetapkan dan digunakan untuk inisiatif sensitif terhadap perubahan yang dibuat dalam proses. Dengan kata lain, tentukan apakah hal-hal yang benar diukur dengan cara yang benar (Strome, 2013).

Selama fase siklus PDCA ini, informasi dapat dikomunikasikan kepada anggota tim dan pemangku kepentingan melalui *dashboard* dan pelaporan rutin. Analisis data awal sangat penting untuk menerapkan perubahan saat melakukan kegiatan. Koreksi disaat kegiatan berjalan mungkin diperlukan jika metrik dan data lain tidak peka terhadap perubahan yang dibuat, atau jika perubahan yang dilakukan tidak memiliki efek yang diinginkan. Apakah karena hasilnya tidak maksimal sesuai keinginan atau karena perubahan tersebut memiliki dampak negative (Strome, 2013).

g. *Check* : Tinjau dampak dan hasil dari perubahan yang diterapkan. Apa hasil dari perubahan proses; Apakah hasil yang diharapkan tercapai?

Pada fase ini dimana sebagian besar analisis terjadi dalam siklus PDCA. Pada titik ini dalam siklus, tim *Quality Improvement* akan menganalisis data secara lebih rinci untuk menentukan apakah suatu perubahan telah terjadi, dan seberapa besar perubahan yang sebenarnya. Dalam siklus PDCA, *run chart* dan diagram kontrol proses statistik biasanya digunakan untuk memantau tren dalam kinerja dan untuk mendeteksi perubahan hasil (Strome, 2013)

. *Act* : Tentukan apakah perubahan dapat diimplementasikan apa adanya, atau jika diperlukan siklus lebih lanjut untuk memperbaiki pendekatan.



ACT Langkah terakhir dalam siklus PDCA adalah “Bertindak,” di mana keputusan dibuat tentang apa yang harus dilakukan selanjutnya berdasarkan apa yang dipelajari dalam fase *Act*. Ada tiga hasil umum dari siklus PDCA:

- 1) Perubahan berhasil (target dan sasaran telah dipenuhi; tidak diperlukan pengujian lebih lanjut).
- 2) Perubahan itu menjanjikan (prosesnya lebih dekat untuk mencapai tujuan dan target, tetapi revisi dan eksperimen lebih lanjut diperlukan)
- 3) Perubahan tidak berhasil, dan tidak menjanjikan (diperlukan pendekatan berbeda untuk mengatasi masalah; peluang atau pendekatan yang berbeda perlu diupayakan).

Metode PDCA diterapkan dalam perbaikan mutu berdasarkan hasil data rekapitulasi dan analisa indikator mutu RS yang bersumber dari sensus harian. Indikator yang termuat di dalam sensus harian antara lain indikator SPM dan kars versi 2012 dan Indikator PMKP. Data direkapitulasi, dianalisa dan diinterpretasi melalui sistem IT dalam bentuk grafik. dalam bentuk grafik melalui sistem IT, interpretasi data dan perbaikan dalam bentuk PDCA untuk peningkatan mutu (WS PMKP, 2017).

6. Konsep Perancangan dan Penelitian Pengembangan

Instrumen adalah alat bantu yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data dengan cara melakukan pengukuran dengan tujuan memperoleh data yang bersifat objektif untuk menghasilkan kesimpulan yang juga objektif (Purwanto, 2012).

Penyusunan instrumen penelitian selalu dilakukan dalam sebuah penelitian karena instrumen dibutuhkan untuk mengumpulkan data penelitian yang diperlukan. Instrumen dapat disusun sendiri atau menggunakan instrumen yang telah ada atau dengan kata lain mengadopsi instrumen yang tersedia dari penelitian sebelumnya yang instrumennya memiliki keterkaitan dengan penelitian yang dilakukan saat ini. Namun



jika penelitian yang dilakukan belum ada dan belum pernah dibuat instrumennya maka peneliti harus membangun sendiri instrumennya. Kegiatan membangun dan menyusun sendiri instrumen penelitian ini disebut pengembangan instrumen (Adib, 2015).

Design and Development Research (perancangan dan penelitian pengembangan) merupakan kajian sistematis untuk meneliti, merancang, memproduksi dan menguji validitas produk yang telah dihasilkan (Sugiyono, 2015). Dalam makna yang lain, perancangan dan penelitian pengembangan merupakan kajian sistematis dari proses perancangan, pengembangan dan evaluasi dengan tujuan membangun dasar empiris untuk membuat produk, alat-alat dan model yang dapat digunakan dalam pembelajaran dan non pembelajaran (Richey & Klein, 2007). Pengembangan produk tidak hanya merupakan membuat instrumen dari awal tapi dapat juga memperbaharui instrumen yang telah ada dengan memodifikasi atau menggabungkan beberapa instrumen dengan ketentuan dan keperluan yang tepat. (Adib, 2015).

Design and Development Research (perancangan dan penelitian pengembangan) terbagi menjadi tiga kategori, yaitu:

1. *Research on Product and Tool*

Product & Tool Research (penelitian produk dan alat) menjelaskan tentang proses pengembangan yang digunakan dalam situasi tertentu kemudian dijelaskan, dianalisis dan final product dapat dievaluasi. Penelitian tentang Produk dan alat dapat dilakukan dengan terlebih dahulu memilih dan menggambarkan produk atau instrumen yang dikembangkan untuk situasi tertentu (Richey & Klein, 2007).

2. *Product Development Research*

Product Development Research berasal dari desain dan pengembangan produk atau program instruksional atau non-instruksional. Mereka menunjukkan serangkaian prinsip desain dan pengembangan yang tersedia bagi para praktisi. Prosedur yang digunakan mengikuti desain sistem



instruksional yang mencakup analisis ujung depan melalui evaluasi (Richey & Klein, 2007).

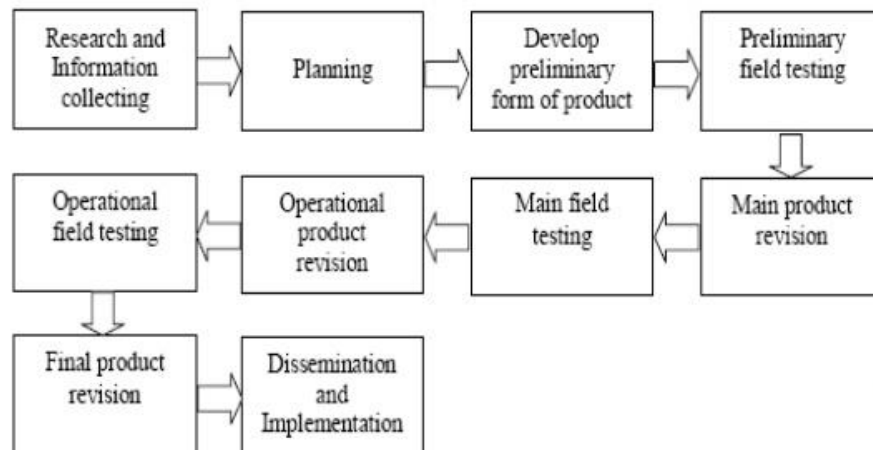
3. *Validation of a Model Research*

Validation of a model research adalah bentuk desain dan pengembangan penelitian yang paling digeneralisasikan. Jenis penelitian ini menyoroti model komprehensif atau teknik atau proses desain tertentu (Richey & Klein, 2007).

Langkah – langkah pengembangan instrumen penelitian dengan model pengembangan Borg and Gall (2003) antara lain dengan konsep sebagai berikut :

PROSEDUR PENELITIAN R&D

◦ Model Borg and Gall



Gambar 2.1 Model pengembangan Borg & Gall (2003)

- a. *Research and information collecting*, penelitian dan pengumpulan informasi meliputi analisis kebutuhan, review literature, penelitian dalam skala kecil dan persiapan membuat laporan terkini.



- b. *Planning*, melakukan perencanaan yang meliputi pendefinisian ketrampilan yang harus dipelajari, perumusan tujuan, menentukan *performance* yang akan dinilai.
 - c. *Develop preliminary form of product*, mengembangkan instrumen awal menyiapkan kisi-kisi instrumen, metode pengumpulan data dan *asesmen*.
 - d. *Preliminary testing*, memvalidasi instrumen (produk) awal yang dihasilkan pada tahap 3.
 - e. *Main product revision*, melakukan revisi produk berdasarkan masukan dari tes awal. Melakukan interview, observasi dan angket terhadap subyek penelitian.
 - f. *Main field testing*, melakukan ujicoba lapangan terhadap 50 responden atau lebih sebagai responden pengguna produk. Mengumpulkan data kuantitatif.
 - g. *Operational product revision*, merevisi produk berdasarkan saran pada ujicoba lapangan.
 - h. *Operational fiels testing*, melakukan ujicoba lapangan melibat 100 responden pengguna produk, mengumpulkan data kuantitatif.
 - i. *Final product revision*, merevisi instrumen berdasarkan saran dari ujicoba lapangan operasional hingga menghasilkan produk akhir.
 - j. *Dissemination and implementation*, membuat laporan produk akhir dan dipresentasikan melalui seminar hasil penelitian .
7. Konsep Metode Metode Delphi

Dunn (2008) mendefinisikan teknik Delphi sebagai cara untuk memperkirakan peristiwa di masa yang akan datang dengan jalan menanyakan, mencari, mengumpulkan dan mengembangkan pendapat para ahli secara individual. Dalam studi lainnya Metode delphi didefinisikan sebagai metode digunakan dengan cara penilaian suatu produk oleh para kelompok ahli an tujuan membuat keputusan, menilai prioritas atau membuat prakiraan ney, Hasson, & McKenna, 2011).



Pada penerapan teknik Delphi proses verifikasi prediksi melibatkan para ahli (*expert*), prediksi peristiwa yang akan datang didasarkan pada data empiris, dan hasil verifikasi berupa konsensus. Dalam pengembangan instrumen sebagai produk memang dimaksudkan untuk mendapat dukungan (konsensus) dari para ahli dalam bidang terkait dengan instrumen yang dikembangkan (Adib, 2015).

Dunn (2008) menjelaskan penerapan teknik delphi didasarkan oleh lima prinsip, yaitu:

- a. *Anonymity*, semua ahli yang terlibat dijaga agar tidak saling berkomunikasi tentang aspek yang sedang dibahas.
- b. *Iteration*, informasi atau *judgement* dari ahli dilakukan proses perulangan (siklus) dua hingga tiga putaran.
- c. *Controlled feedback*, pendapat partisipan berupa skor dari kuesioner.
- d. *Statistical group responses*, hasil pendapat atau penilaian para ahli dianalisis kemudian dibentuk tendensi terpusat.
- e. *Expert consensus*, menghasilkan pendapat para ahli berupa dukungan dan kesepakatan diantara para ahli.

Adib (2015) menguraikan teknik Delphi sebagai suatu siklus atau proses perulangan dalam pelaksanaan pengembangan instrumen melalui langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Menentukan tujuan yang ingin dicapai dalam membuat instrumen
- b. Menyusun draft dengan membuat kisi-kisi draft terlebih dahulu.
- c. Menentukan para ahli (*expert*) sebagai partisipan.
- d. Mengumpulkan draft, menganalisis data yang terkumpul, dan menyimpulkan hasilnya. Memperbaiki instrumen berdasarkan masukan dari partisipan, perbaikan dapat berupa menambah / mengurangi butir draft, mengubah struktur kalimat, mengubah pertanyaan menjadi pernyataan dan lainnya.
- e. Mengirim kembali instrumen yang telah diperbaiki untuk kedua kali kepada partisipan yang sama atau partisipan yang berbeda.

Meminta para ahli untuk mengklarifikasi jawaban yang mereka berikan, hal ini untuk menghindari pengendalian secara ketat oleh peneliti. Teknik



ini juga menghindari dominasi oleh partisipan tertentu dan konflik pendapat antar partisipan.

- g. Menganalisis dan menyimpulkan hasil berdasarkan dukungan para ahli. Keputusan diambil apabila dukungan para ahli ini lebih besar dari 70% dari keseluruhan partisipan.

Metode delphi dapat dilakukan dengan 10 cara (Keeney, Hasson, & Mckenna, 2011) yaitu:

- a. *Delphi Klasik* karakteristiknya menggunakan pertanyaan terbuka untuk memperoleh ide atau pendapat sehingga mendapatkan konsensus,. Diberikan melalui pertemuan tatap muka, email dengan menggunakan tiga atau lebih putaran Teknik Delphi sering digunakan dalam pendidikan keperawatan, manajemen, dan pekerjaan klinis (Powel, 2003; Wilkes, 2015).
- b. *Modified Delphi* pada putaran pertama melakukan tatap muka dan wawancara langsung serta fokus group, kurang dari tiga putaran melalui email
- c. *Decision Delphi* karakteristiknya diadopsi dari delphi klasik dan fokus pada membuat keputusan bukan dari hasil kesepakatan
- d. *Policy Delphi* menggunakan pendapat expert untuk membuat kesepakatan dan menyetujui sebuah kesepakatan yang digunakan dimasa mendatang
- e. *Real time Delphi* sama dengan delphi klasik, hanya saja para expert berkumpul dalam satu ruangan dan membuat kesepakatan atau kadang disebut konferensi khusus
- f. *E-delphi* karakteristik pelaksanaann e-delphi adalah proses administrasinya menggunakan email atau web.
- g. *Technology Delphi*, mirip dengan real time delphi tetapi menggunakan teknologi seperti keypad sehingga para expert merespon dengan segera dan diikuti dengan feedback untuk menghasilkan pendapat dari kelompok



- h. *Online delphi*, hampir sama dengan delphi klasik tetapi kuesioner disampaikan secara online
 - i. *Argument Delphi*, fokus untuk menghasilkan argumen yang relevan dan faktual, tidak menghasilkan kesepakatan delphi
 - j. *Dissagregative Delphi*, kesepakatan yang dihasilkan bukan dari adopsi tetapi memuat skenario dan didiskusikan dengan metode analysis cluster.
8. Validitas dan Releabilitas
- a. Validitas

Validitas mencerminkan seberapa akurat pengukuran menghasilkan informasi tentang variabel yang diukur atau sedang dipelajari (Grove & Gray, 2015). Ada tiga jenis validitas yaitu: content validity, construct validity, dan *criterion related validity* (Fawcett & Garity, 2013).

1) *Content validity*

Validasi konten untuk menilai seberapa baik item dikembangkan untuk mengoperasionalkan dan membangun arti yang memadai sehingga tidak ada statistik yang dapat mengukur konten ini dan biasanya tergantung pendapat para ahli. Validasi konten mengacu pada kecukupan cakupan item yang membentuk kuesioner yang berhubungan dengan definisi dari konsep instrumen yang dirancang untuk diukur. Validitas ini juga biasanya diperkirakan untuk kuesioner dan instrumen penelitian lainnya seperti panduan wawancara terstruktur dan tidak terstruktur atau semi-terstruktur yang digunakan dalam penelitian kuantitatif dan kualitatif. Validasi isi ini dapat dilakukan dengan beberapa cara *face validity*, *a systematic examination of the literature*, dan *judgment by experts*

- (a) *Face validity* untuk memperkirakan validitas konten ditentukan oleh pemeriksaan item instrumen dengan melihat apakah setiap item tersebut terlihat sesuai tujuan dan dikatakan valid. Pendekatan ini dianggap sangat lemah.



- (b) *Systematic examination of the literature* menggunakan daftar periksa dengan melihat setiap item instrumen sudah sesuai konsep kemudian menghitung presentase kesepakatan untuk setiap item instrumen. Pendekatan ini dianggap lebih teliti.
- (c) *Judgment by experts* para ahli diminta menilai setiap item dengan skala tidak relevan, tidak diputuskan relevan namun nilai relevan dilaporkan dalam *Content Validity Index* (CVI) (Fawcett & Garity, 2013). Prosedur penilaian tingkat CVI dinilai dengan skala 1-4, dimana 1 merupakan item yang tidak relevan dan 4 merupakan item yang paling relevan. Kategori penilaian CVI ≥ 0.78 dikategorikan excellent validity, $\geq 0.60 - < 0.78$ good validity, $\geq 0.40 - < 0.60$ fair validity dan jika < 0.4 dikategorikan poor validity (Halek, Holle, & Bartholomeyczik, 2017). Pendekatan yang lebih ketat untuk memperkirakan validitas konten.

2) *Construct validity*

Construct validity merupakan validitas yang mendeskripsikan seberapa jauh instrumen memiliki item-item pertanyaan yang dilandasi oleh konstruksi tertentu, dengan menunjukkan bahwa instrumen yang disusun secara rasional berdasarkan konsep yang sudah mapan, dinilai dengan uji statistik untuk menilai apakah item-item pertanyaan berkorelasi tinggi satu dengan yang lainnya atau sebaliknya (Fawcett & Garity, 2013). Adapun jenis-jenis metode dari *construct validity* yaitu:

- (a) *The known-groups technique*, untuk memperkirakan validitas konstruksi, melibatkan pemberian kuesioner kepada dua atau lebih kelompok yang secara teoritis harus memiliki skor berbeda pada kuesioner dan kemudian membandingkan skornya.
- (b) *The test of a theoretical proposition*, metode untuk memperkirakan validitas konstruksi yang melibatkan penggunaan teori atau kerangka konseptual yang mendasari instrumen untuk mengemukakan hipotesa mengenai perilaku individu dengan berbagai nilai pada instrumen, kemudian peneliti mengumpulkan data untuk menguji hipotesa dan membuat kesimpulan.



(c) *The factor analysis*, metode memperkirakan validitas konstruksi yang melibatkan pemberian kuesioner kepada sejumlah besar sampel, paling sedikit 5 sampai 10 kali jumlah item dan kemudian menganalisa skor menggunakan prosedur statistik faktor analisa. Prosedur statistik ini digunakan untuk mengidentifikasi kelompok item terkait yang disebut faktor.

Confirmatory Factor Analysis adalah salah satu teknik yang cukup adekuat dalam menganalisis model sederhana dalam melihat berfungsinya konstruk empirik (faktor) disebuah model struktural. Salah satu kelebihan Analisis Faktor Konfirmatori adalah tingkat fleksibilitasnya ketika diaplikasikan dalam sebuah model hipotesis yang kompleks. Teknik Analisis Faktor Konfirmatori yang paling banyak dipakai adalah *Maximum Likelihood* yang dapat menentukan nilai yang optimal pada *factor loading* dalam Analisis Faktor Konfirmatori (Mccrae et al., 1996).

(d) *Criterion-related validity*, jenis validitas ini memberikan bukti tentang seberapa baik nilai pada ukuran kemudian berkorelasi dengan ukuran lain dari konstruksi yang sama atau mirip secara teoritis yang dikaitkan. Pengukuran kriteria diperoleh pada suatu waktu setelah administrasi pengujian, dan kemampuan pengujian untuk memprediksi secara akurat kriteria yang dievaluasi (Kimberlin & Winterstein, 2008).

9. Reliabilitas

Reliabilitas berarti suatu ukuran dapat diandalkan secara konsisten untuk memberikan hasil yang sama jika aspek yang diukur belum berubah (Rebar et al., 2011). Uji reliabilitas berfokus pada 3 aspek yaitu stabilitas, kesetaraan dan homogenitas. Stabilitas atau test-retest reliability dilakukan dengan cara instrumen digunakan dua kali pada waktu yang berbeda dan responden yang sama. Kesetaraan atau *interrater reliability* dimaksudkan sebagai pengukuran untuk membandingkan penggunaan instrumen terhadap 2 atau lebih observer pada waktu yang sama dan masing-masing



memiliki persepsi yang sama terhadap apa yang dinilai atau diobservasi sedangkan homogenitas atau *internal consistency* untuk melihat adanya korelasi dari setiap variabel dari instrumen yang akan digunakan (Grove & Gray, 2015; Kusuma Kelana Dharma, 2017). Ketiga hal ini dibutuhkan untuk melihat konsistensi dari instrumen yang akan digunakan

a. Homogenitas

Homogenitas mengacu pada sejauh mana item yang dibuat mempunyai konsep yang sama dan saling terkait (Fawcett & Garity, 2015) dan dinilai dengan menggunakan *Item-To-Total Correlation*, *Kuder-Richardson Coefficient*, *Split-Half Reliability*, and *Cronbach's Alpha*. *Split-Half reliability* melibatkan pembagian item membentuk satu kuesioner menjadi dua kelompok seperti item bernomor genap dan item bernomor ganjil. Korelasi kuat menunjukkan kehandalan yang tinggi sedangkan korelasi lemah menunjukkan instrumen mungkin tidak dapat diandalkan. Untuk tes *Kuder-Richardson Coefficient* diperoleh berdasarkan konsistensi respon dari subjek terhadap seluruh item instrument. *Cronbach's alpha* merupakan tes untuk mengukur rata-rata konsistensi internal diantara item-item pertanyaan. Pengukuran dalam uji ini dapat dilakukan dalam satu waktu dan merupakan alat ukur multiscale. Hasil dari *Cronbach's alpha* antara 0 dan 1. Skor reliabilitas yang dapat diterima adalah nilai 0.7 atau lebih (Grove & Gray, 2015; Kusuma Kelana Dharma, 2017).

b. Stabilitas

Menurut Kusuma Kelana Dharma (2011) stabilitas instrumen dapat diuji menggunakan uji statistik *test-retest correlation* yaitu instrumen diberikan kepada responden lebih dari sekali pada kondisi yang sama. Pengukuran sebaiknya dilakukan setelah 2 minggu karena jika waktunya terlalu singkat diasumsikan responden masih mengingat jawaban pada uji pertama dan mengisi jawaban yang sama pada uji kedua. Semakin tinggi nilai reliabilitas suatu instrumen, maka semakin stabil instrumen tersebut. Pada umumnya, koefisien korelasi kurang dari 0.3



menandakan korelasi lemah, 0.3-0.5 adalah moderat dan lebih dari 0.5 memiliki korelasi yang kuat ((Kusuma Kelana Dharma, 2017; Notoatmojo, 2010).



Gambar 2.2: KERANGKA TEORI

