

TESIS

**EVALUASI MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RUANG ICU
RSUD KOLONODALE KABUPATEN MOROWALI UTARA**



KURNIASIH

R012211029

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

TESIS
EVALUASI MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RUANG ICU
RSUD KOLONODALE KABUPATEN MOROWALI UTARA

Disusun dan diajukan oleh

KURNIASIH
Nomor Pokok: R012211029

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 27 Juli 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D
NIP. 19800717 200812 2 003



Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19840924 201012 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly S. Siattar, S.Kp.,M.Kes
NIP. 197404221999032002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. Arivanti Saleh, S.Kp.,M.Si
NIP. 196804212001122002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Kumiasih
NIM : R012211029
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul : Evaluasi Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang ICU
RSUD Kolonodale Kabupaten Morowali Utara.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini, asli hasil pemikiran sendiri 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 dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain, maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

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

Makassar, 27 Juli 2023

Yang menyatakan


(Kumiasih)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Alhamdulillah Wasyukurillah, tiada kata yang pantas penulis ucapkan selain puji dan syukur ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Evaluasi Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang ICU RSUD Kolonodale Kabupaten Morowali Utara”**.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik dari keluarga, dosen mata kuliah, maupun rekan-rekan PSMIK. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D. sebagai pembimbing I dan Ibu Dr. Suni Hariati, S. Kep.,Ns.,M.Kep sebagai pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu dengan tulus dalam membimbing dan mengarahkan penulis.
4. Para Dewan Penguji tesis (1) Ibu Kusriani S. Kadar, S.Kp.,MN.,Ph.D, (2) bapak Syahrul, S. Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D (3) ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si, yang sudah meluangkan waktunya untuk menguji, memberikan masukan, saran untuk kesempurnaan tesis ini.

5. Direktur RSUD Kolonodale dr. Sherly Pede, M. Kes dan bidang kepegawaian RSUD Kolonodale, yang sudah mengizinkan dalam proses penelitian Tesis ini.
6. Kepala ruangan ICU dan seluruh perawat ICU yang sudah meluangkan waktu dalam proses penelitian di ruang ICU RSUD Kolonodale.
7. Kedua orang tuaku ayahanda Laode Aporo, S.Ag, ibunda Rabiah, Ibunda mertua Anti Daeng, suamiku Muhammad Nur, S.T, kedua anakku Rifat dan Rifqi, kakakku Rahmayani, S.T, adik-adikku Laode Abdul Basith Mohamad, S.H, Laode Zubaerdhon, S. Farm, adik ipar Hartati, S.H, Agustini dan Opan, keponakan Aina, Anissa dan Aisyah yang sudah memberikan doa dan dukungannya dengan tulus ikhlas.
8. Teman-teman PSMIK angkatan 2021, staf administrasi PSMIK Unhas, dan semua keluarga, kerabat, dan teman-teman yang turut mendoakan dan mendukung proses penyusunan tesis ini.

Dalam penyusunan tesis ini, kami menyadari bahwa terdapat beberapa kekurangan. Olehnya itu, kami sebagai penyusun berharap dapat memperoleh masukan, baik saran maupun kritik yang bersifat membangun agar kami dapat melakukan perbaikan-perbaikan. Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 27 Juli 2023

Kurniasih

ABSTRAK

KURNIASIH. Evaluasi mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU RSUD Kolonodale Kabupaten Morowali Utara (dibimbing oleh **Rini Rachmawaty** dan **Suni Hariati**).

Latar Belakang: Mutu pelayanan merupakan pelayanan efisien, efektif sesuai standar profesi, standar pelayanan secara menyeluruh, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang mempunyai indikator kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. *Intensive Care Unit (ICU)* sebagai salah satu unit di rumah sakit yang memberikan perawatan intensif pada pasien kritis. Indikator nasional mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU menjadi tolak ukur dari suatu rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Tujuan: Untuk mengevaluasi mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU RSUD Kolonodale Kabupaten Morowali Utara.

Metode: Desain penelitian mixed method dengan pendekatan *concurrent mixed method* yaitu penelitian kuantitatif dan kualitatif dilakukan secara bersamaan. Jumlah responden pada tahap kuantitatif dan kualitatif sebanyak 17 perawat dan 41 pasien. Instrumen yang digunakan adalah Indikator Nasional Mutu rumah sakit menggunakan lembar observasi, kuesioner survei sesuai Indikator Nasional Mutu RS. Data kualitatif diperoleh melalui wawancara semi terstruktur.

Hasil: Hasil Observasi kepatuhan kebersihan tangan masih belum patuh 77,93%, sedangkan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), kepatuhan identifikasi pasien, pelaporan hasil kritis Laboratorium, kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh dengan hasil 100%. Dan hasil survei kepuasan pasien ICU 90,1%. Hasil wawancara perawat ICU menghasilkan enam tema, yaitu (1) Pemahaman perawat tentang mutu pelayanan keperawatan untuk meningkatkan kepuasan pasien, (2) Kebermanfaatan kebersihan tangan perawat ICU, (3) Kualitas penggunaan APD perawat ICU, (4) Pentingnya identifikasi pasien, (5) Ketepatan pelaporan hasil kritis Laboratorium, (6) Pentingnya upaya pencegahan risiko pasien jatuh.

Kesimpulan: Lebih dari setengah perawat ICU sudah memahami peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), kepatuhan identifikasi pasien, pelaporan hasil kritis Laboratorium, kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh serta kepuasan pasien sudah sesuai Indikator Nasional Mutu, sedangkan kepatuhan kebersihan tangan belum optimal, sehingga diharapkan pihak manajemen RS lebih disosialisasikan kembali kepada perawat untuk patuh dalam melakukan kebersihan tangan, meningkatkan proses supervisi, monitoring, dan evaluasi, serta mengadakan seminar dan pelatihan perawat ICU.

Kata Kunci: Mutu pelayanan keperawatan, ICU, Indikator Nasional Mutu

ABSTRACT

KURNIASIH. *Evaluation of the quality of nursing services in the ICU room of the Kolonodale General Hospital, North Morowali Regency (supervised by Rini Rachmawaty and Suni Hariati).*

Background: *Quality of service is an efficient, effective service according to professional standards, service standards as a whole, so as to improve the quality of nursing services which have health service quality indicators as one of the determining factors for the image of health service institutions in the eyes of the public. The Intensive Care Unit (ICU) is a unit in a hospital that provides intensive care for critical patients. The national indicator for the quality of nursing services in the ICU room is a benchmark for a hospital in improving the quality of nursing services.*

Objective: *To evaluate the quality of nursing services in the ICU room of the Kolonodale General Hospital, North Morowali Regency.*

Methods: *A mixed method research design with a concurrent mixed method approach, namely quantitative and qualitative research conducted simultaneously. The number of respondents in the quantitative and qualitative stages were 17 nurses and 41 patients. The instrument used is the National Quality Indicators for hospitals using observation sheets, survey questionnaires according to the National Quality Indicators for Hospitals. Qualitative data were obtained through semi-structured interviews.*

Results: *Observation results for compliance with hand hygiene were still not 77.93% compliance, while adherence to the use of Personal Protective Equipment (PPE), compliance with patient identification, reporting of critical laboratory results, adherence to patient fall risk prevention efforts with a 100% result. And the results of the ICU patient satisfaction survey were 90.1%. The results of interviews with ICU nurses produced six themes, namely (1) Nurses' understanding of the quality of nursing services to increase patient satisfaction, (2) Benefits of ICU nurse hand hygiene, (3) Quality of ICU nurse PPE use, (4) Importance of patient identification, (5)) Accurate reporting of critical laboratory results, (6) The importance of efforts to prevent the patient's risk of falling.*

Conclusion: *More than half of the ICU nurses have understood improving the quality of nursing services and compliance with the use of Personal Protective Equipment (PPE), compliance with patient identification, reporting of critical Laboratory results, compliance with efforts to prevent patient falls and patient satisfaction according to National Quality Indicators, while hygiene compliance hands have not been optimal, so it is hoped that the hospital management will be socialized more to nurses to comply with hand hygiene, improve supervision, monitoring and evaluation processes, as well as hold seminars and training for ICU nurses.*

Keywords: *Quality of nursing services, ICU, National Quality Indicators*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
E. Pernyataan Originalitas	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	19
A. Konsep <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	19
B. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan	31
C. Konsep Manajemen Pelayanan Keperawatan	41
D. Konsep Fungsi-Fungsi Manajemen Pelayanan Keperawatan	44
E. Konsep Asuhan Keperawatan	47
F. Konsep Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	49

G. Kerangka Teori Penelitian.....	71
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN	72
A. Kerangka Konsep	73
B. Variabel Penelitian	73
C. Definisi Operasional.....	73
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	77
A. Desain Penelitian.....	77
B. Waktu dan tempat	78
C. Metode Kuantitatif	78
1. Populasi dan sampel dalam penelitian Kuantitatif	78
2. Metode Pengumpulan Data Kuantitatif.....	82
3. Prosedur Teknik Data Kuantitatif	86
4. Analisis Data Kuantitatif.....	86
D. Metode Kualitatif	87
1. Teknik Sampling Data Kualitatif	87
2. Partisipan.....	88
3. Instrumen Penelitian Data Kualitatif.....	89
4. Metode dan Prosedur Pengambilan Data Kualitatif.....	90
5. Analisa Data Kualitatif.....	93
6. Keabsahan Data Kualitatif	95
E. Rencana Penelitian (<i>Time Schedule</i>).....	98
F. Etika Penelitian	99
G. Alur Penelitian.	101
BAB V HASIL PENELITIAN	102
A. Hasil	102

1. Hasil Penelitian Kuantitatif	103
a. Karakteristik demografi Responden ICU	103
b. Identifikasi Kepatuhan Kebersihan Tangan	104
c. Identifikasi Kepatuhan Penggunaan APD	106
d. Identifikasi Kepatuhan Identifikasi Pasien	107
e. Identifikasi Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	111
f. Identifikasi Kepatuhan Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	112
g. Identifikasi Kepuasan Pasien di ICU	114
2. Hasil Penelitian Kualitatif	116
a. Karakteristik Partisipan ICU	116
b. Analisis Tema Hasil Penelitian	118
3. Hasil Penggabungan Data Kuantitatif dan Kualitatif	127
BAB VI DISKUSI.....	137
A. Diskusi	137
1. Kepatuhan kebersihan tangan perawat ICU	137
2. Kepatuhan penggunaan APD perawat ICU	140
3. Kepatuhan identifikasi Pasien ICU	141
4. Pelaporan hasil kritis Laboratorium	142
5. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	143
6. Kepuasan pasien	143
7. Gambaran umum kepatuhan perawat terhadap INM	144
B. Implikasi Penelitian	145
C. Keterbatasan Penelitian	145
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	146
A. Kesimpulan	146

B. Saran.....	146
DAFTAR PUSTAKA	148
LAMPIRAN.....	154

DAFTAR TABEL

Tabel. 1.1	: Originalitas Penelitian.....	13
Tabel. 2.1	: INM Kepatuhan Kebersihan Tangan	52
Tabel. 2.2	: INM Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).....	54
Tabel. 2.3	: INM Kepatuhan Identifikasi Pasien.....	55
Tabel. 2.4	: INM Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi.....	56
Tabel. 2.5	: INM Waktu Tunggu Rawat Jalan	58
Tabel. 2.6	: INM Penundaan Operasi Elektif.....	59
Tabel. 2.7	: INM Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter.....	60
Tabel. 2.8	: INM Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	61
Tabel. 2.9	: INM Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.....	63
Tabel. 2.10	: INM Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>).....	64
Tabel. 2.11	: INM Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh.....	66
Tabel. 2.12	: INM Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	67
Tabel. 2.13	: INM Kepuasan Pasien.....	68
Tabel. 3.1	: Definisi Operasional Data Kuantitatif	74
Tabel. 3.2	: Definisi Data Kualitatif.....	76
Tabel. 4.1	: Rencana Penelitian (<i>Time Schedule</i>).....	98
Tabel. 5.1	: Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat ICU.....	103
Tabel. 5.2	: Kepatuhan Kebersihan Tangan Sesuai 5 Momen	105
Tabel. 5.3	: Kepatuhan Penggunaan APD.....	106
Tabel. 5.4	: Kepatuhan Perawat Melalui 6 Benar Obat.....	107
Tabel. 5.5	: Kepatuhan Pemberian Darah	108
Tabel. 5.6	: Kepatuhan Pemberian Cairan Intravena.....	109
Tabel. 5.7	: Kepatuhan Pemberian Nutrisi	109
Tabel. 5.8	: Kepatuhan Identifikasi Pasien Tidak Sadar	110
Tabel. 5.9	: Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	111
Tabel. 5.10	: Distribusi Frekuensi Pasien Risiko Jatuh.....	112
Tabel. 5.11	: Kepatuhan Pencegahan Risiko Jatuh	113
Tabel. 5.12	: Distribusi Frekuensi Responden Kepuasan Pasien	114
Tabel. 5.13	: Indeks Kepuasan Pasien Berdasarkan 9 Unsur Pelayanan.....	115
Tabel. 5.14	: Data Demografi Partisipan.....	117
Tabel. 5.15	: Hasil Analisis Tema.....	119
Tabel. 5.16	: Hasil Penggabungan Data Kuantitatif dan Kualitatif.....	128

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Konsep kualitas layanan.....	35
Gambar 2.2 : Kerangka Teori Penelitian	71
Gambar 3.1 : Kerangka Konsep Penelitian.....	72
Gambar 4.1 : Alur Penelitian	101
Gambar 5.1 : Aktivitas Cuci Tangan Berdasarkan Indikasi 5 Momen	106

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Partisipan
- Lampiran 2 Penjelasan Responden
- Lampiran 3 Persetujuan Menjadi Partisipan (*Informed Consent*)
- Lampiran 4 Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 5 Persetujuan Menjadi Responden Observasi (*Informed Consent*)
- Lampiran 6 Data Demografi Partisipan
- Lampiran 7 Panduan Wawancara
- Lampiran 8 Lembar Instrumen Observasi
- Lampiran 9 Lembar Kuesioner Kepuasan Pasien di ruang ICU
- Lampiran 10 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 11 Surat Izin Pengambilan Data
- Lampiran 12 Surat Rekomendasi Etik
- Lampiran 13 Surat Persetujuan Atasan
- Lampiran 14 Surat Rekomendasi persetujuan Etik
- Lampiran 15 Surat Keterangan Selesai Meneliti di RSUD Kolonodale
- Lampiran 16 *Curriculum Vitae* Peneliti
- Lampiran 17 Hasil Jawaban Wawancara Partisipan
- Lampiran 18 Hasil Analisis Data Kualitatif
- Lampiran 19 Master Tabel, Tabulasi Kepatuhan Perawat dan Kepuasan Pasien
- Lampiran 20 Hasil SPSS

DAFTAR SINGKATAN

CFU	: <i>Colony-Forming Unit</i>
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
EDIA	: Evaluasi, Dokumen, Instrumen, Audit
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
INM	: Indikator Nasional Mutu
ISO	: <i>International Organization for Standardization</i>
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kepmenkes	: Keputusan Menteri Kesehatan
Menkes	: Menteri Kesehatan
PMK	: Peraturan Menteri Kesehatan
SERVQUAL	: <i>Service Quality</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SK	: Surat Keputusan
TTV	: Tanda-Tanda Vital
RATER	: <i>Responsiveness, Assurance, Tangible, Empathy dan Reliability.</i>
RI	: Republik Indonesia
UPS	: <i>Uninterruptible Power Supply</i>

BAB. I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien (Kemenkes, 2022). Peningkatan mutu pelayanan merupakan pelayanan efisien, efektif sesuai standar profesi, standar pelayanan secara menyeluruh menyesuaikan kebutuhan pasien, menggunakan teknologi yang tepat serta hasil penelitian dalam pengembangan pelayanan untuk mencapai hasil kesehatan yang maksimal (Dedi, 2019). Pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki berbagai persyaratan seperti ketersediaan (*Available*) dan berkesinambungan (*Continuous*), dapat diterima (*Acceptable*) dan wajar (*Appropriate*), mudah dicapai (*Accessible*), mudah dijangkau (*Affordable*), serta bermutu (*Quality*) sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan (Sriyanti Cut, 2016). Dalam kerangka kerja untuk pemantauan pelayanan kesehatan dan mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan sesuai model konseptual oleh Donabedian (1969) dalam Persolja (2021) menjelaskan kualitas melalui struktur terkait organisasi dan administrasi, kepegawaian, sumber daya yang tersedia, dukungan fasilitas pendidikan, tingkat pengetahuan perawat, serah terima pasien yang aman dan efisien, multidisiplin, kepemimpinan, profesionalisme, kolaborasi staf dan jam asuhan

keperawatan per hari pasien, proses terkait kualitas asuhan keperawatan dan hasil yang dicapai. Oleh sebab itu, mutu pelayanan harus semakin ditingkatkan untuk mencapai hasil kesehatan yang maksimal.

Mutu pelayanan keperawatan mengacu pada tingkat rangkaian praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien (Kim & Seo, 2021). Mutu pelayanan keperawatan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang menjadi faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan (Nursalam, 2014). Pelayanan keperawatan yang bermutu sangat diharapkan oleh setiap individu dan masyarakat yang menerima pelayanan yang terstandar dan keselamatan pasien yang semakin tinggi. Sehingga peningkatan keselamatan pasien merupakan dorongan kuat dalam pelayanan rumah sakit, namun implementasi dalam pelayanan promotif, rehabilitatif, integrasi masih terbatas, serta belum tersedia sistem pemantauan, evaluasi, dan umpan balik sesuai kepatuhan pelayanan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal yang ditetapkan (F. Hanum, 2020). Oleh karena itu, perlu ditingkatkan mutu pelayanan keperawatan untuk mendorong pelayanan yang optimal pada pasien.

Pelayanan pasien di ruang ICU berbeda dengan pasien di ruang rawat biasa, karena pasien ICU mempunyai tingkat ketergantungan yang sangat tinggi terhadap perawat dan dokter. Di ruang ICU, pasien kritis kehilangan kesadaran maupun yang mengalami kelumpuhan, dan segala sesuatu yang terjadi dalam diri pasien hanya dapat diketahui melalui monitoring yang baik dan teratur, karena setiap perubahan yang terjadi harus

dianalisa secara cermat untuk mendapatkan tindakan yang cepat dan tepat (Saragih, 2019). Hasil penelitian oleh Pardede (2020) angka kematian di ICU 25,6% dan angka kematian cenderung lebih tinggi pada usia kurang dari 10 tahun serta usia lebih dari 50 tahun. Oleh sebab itu, pelayanan keperawatan di ruang ICU perlu ditingkatkan dengan tepat dan bermutu.

Tingginya tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, maka indikator kualitas keperawatan ICU harus ditingkatkan melalui mutu pelayanan keperawatan yang aman, efektif, tepat waktu, berpusat pada pasien, efisien, serta adil sebagai kerangka kerja untuk mengembangkan indikator kualitas keperawatan (Zhang & Zhu, 2021). Kebutuhan pasien memainkan peran utama dalam membuat keputusan yang tepat tentang asuhan keperawatan yang aman serta persyaratan staf (Caron *et al.*, 2021). Menjelaskan informasi yang tepat dapat meningkatkan partisipasi pasien dan perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan serta hasil yang maksimal (Pannick *et al.*, 2019). Ada 6 faktor mengidentifikasi dimensi stres perawat di ICU yaitu kurangnya kesesuaian dengan keluarga dan fungsi organisasi, beban emosional yang berhubungan dengan pasien dan keluarga, situasi yang kompleks/berisiko dan masalah terkait keterampilan, beban kerja dan masalah manajemen sumber daya manusia, kesulitan terkait dengan kerja tim, dan perawatan kurang optimal (Laurent *et al.*, 2021). Sehingga dalam memberikan perawatan pasien di ICU harus semakin khusus dalam kondisi yang kompleks, secara bersamaan mengelola penerimaan pasien akut, kekurangan staf dan pasien yang memburuk sangat cepat dengan kondisi yang

mengancam jiwa. ICU sebagai ruangan terspesialisasi dan berfungsi sebagai ruangan darurat, unit perawatan intensif, dan ruangan pra dan pasca operasi, yang membutuhkan beragam tim multi-profesional yang saling terkait untuk beroperasi serta terkoordinasi (Hybinette *et al.*, 2021). Intervensi yang dilakukan untuk mencegah konsekuensi psikologis, kognitif dan fisik selama rawat inap di ICU sampai keluar dari ruang ICU (Cuzco *et al.*, 2021). Dengan demikian di ruang ICU sangat penting untuk meningkatkan manajemen pelayanan keperawatan.

Intensive Care Unit (ICU) merupakan area staf dengan perlengkapan khusus, terpisah dan mandiri dari rumah sakit yang dikhususkan untuk melayani pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa, cedera, komplikasi, serta pemantauan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa. Hal ini menyediakan keahlian dan fasilitas khusus untuk mendukung fungsi vital dan menggunakan keterampilan medis, keperawatan dan personal lain yang berpengalaman dalam pengelolaan masalah ini. Di Australia Syarat minimal 1:1 staf perawat untuk pasien dengan ventilasi dan pasien sakit kritis lainnya, 1:2 staf perawat untuk pasien dengan ketajaman yang lebih rendah (ditentukan secara klinis). Rasio yang lebih besar untuk pasien yang membutuhkan manajemen kompleks. Perawat terdaftar harus kompeten memberikan pelayanan keperawatan dan melakukan pelatihan penyegaran setiap tahun (*College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand*, 2016). Kurangnya pengetahuan tentang intervensi dan pentingnya kompetensi dalam pengelolaan alur pasien menjadi hambatan berkelanjutan dari intervensi.

Begitu juga kekurangan komunikasi yang dilaporkan di dalam ICU, antara ICU dan ruangan lain (Ros *et al.*, 2021). Kualitas keperawatan merupakan indikator penting dalam mengukur kualitas tenaga keperawatan, beberapa tahun terakhir teknologi khusus kedokteran keperawatan intensif terus dikembangkan, namun dengan belum adanya standar evaluasi kualitas keperawatan ICU terpadu di Cina, kualitas keperawatan ICU tidak berjalan dengan baik, yang sangat mempengaruhi kualitas rumah sakit (Zhang & Zhu, 2021). Berdasarkan uraian diatas perlu di evaluasi mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU.

Kebijakan mengenai pelayanan ICU tentang pedoman penyelenggaraan ICU di rumah sakit tercantum pula dalam Kepmenkes (2010) dan Indikator Nasional Mutu (INM) RS terkait kepatuhan kebersihan tangan \geq 85%, kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) 100%, kepatuhan identifikasi pasien 100%, waktu tanggap operasi Seksio Sesarea Emergensi \geq 80%, waktu tunggu Rawat Jalan \geq 80%, penundaan Operasi Elektif \leq 5%, kepatuhan waktu *visite* Dokter \geq 80%, pelaporan hasil kritis Laboratorium 100%, kepatuhan penggunaan Formularium Nasional \geq 80%, Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical Pathway*) \geq 80%, kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%, kecepatan waktu tanggap komplain \geq 80%, dan kepuasan Pasien \geq 76,61% (Kemenkes, 2022). Serta standar pelayanan minimal ICU di RSUD Undata provinsi Sulawesi Tengah yaitu tenaga dokter Spesialis Anastesi dan tenaga perawat dengan sertifikat mahir ICU, ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator 1:1, kepatuhan

terhadap *hand hygiene* 100%, kejadian infeksi nosocomial $\leq 9\%$, serta pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam (Undata, 2018).

Perubahan kondisi pasien ICU dapat terjadi dalam hitungan detik, dan tanda vital pasien dapat menunjukkan apabila kondisi pasien akan memburuk. Sehingga dengan cepat berkembang mengancam jiwa yang dapat dicegah dengan observasi dan dikelola dengan benar (Romare *et al.*, 2022). Pelaksanaan dalam pelayanan intensif untuk pasien ICU 60 menit/pasien, visite dengan dokter 1 kali sehari selama 5 menit/pasien, menyusun laporan selama 30 menit, dan *partial care* yang membutuhkan 3-4 jam perawatan langsung per 24 jam, dan *total care* yang membutuhkan 5-6 jam perawatan langsung per 24 jam (Kartika & Estari, 2013). Hasil wawancara dan observasi pada perawat di ruang ICU RSUD Kolonodale dalam melakukan visite ke pasien *partial care* dan *total care* belum mengikuti sesuai standar pelayanan. Pasien yang dirawat di ruang ICU adalah pasien kritis dewasa serta pasien anak di atas usia 28 hari dengan tingkat ketergantungan *partial care* dan *total care*. Pasien ICU dapat berasal dari Instalasi Gawat Darurat, Kamar Operasi, maupun ruang perawatan. Berdasarkan uraian diatas pelayanan intensif perlu ditinjau kembali disetiap rumah sakit salah satunya adalah RSUD Kolonodale.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 47 tahun 2021 tentang penyelenggaraan bidang perumahsakitian tentang jumlah tempat tidur perawatan ICU paling sedikit 10 % (sepuluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, atau swasta dan

jumlah tempat tidur perawatan intensif untuk rumah sakit umum, terdiri atas 6 % (enam persen) untuk pelayanan unit perawatan *Intensive Care Unit* dan 4 % (empat persen) untuk pelayanan intensif lain yang terdiri dari perawatan intensif neonatus (*Neonatal Intensive Care Unit*) dan perawatan intensif pediatrik (*Pediatric Intensive Care Unit*) (Kementrian Sekretariat Negara, 2021). Di RSUD Kolonodale jumlah tempat tidur secara keseluruhan berjumlah 135 tempat tidur, di ruang ICU berjumlah 11 tempat tidur atau 8% dari seluruh tempat tidur rumah sakit, dan jumlah perawat di ruang ICU berjumlah 18 orang.

Rumah sakit umum daerah Kolonodale, sebagai rumah sakit rujukan dengan kelas tipe C satu-satunya yang berada di kabupaten Morowali Utara, provinsi Sulawesi Tengah, sangat berkomitmen terhadap mutu pelayanan sebagai salah satu kegiatan yang dilakukan dalam menjamin keselamatan pasien, menjadi salah satu prioritas utama dalam pelaksanaan pelayanan diseluruh unit pelayanan di rumah sakit. Pelayanan intensif di rumah sakit umum daerah Kolonodale hanya 1 jenis yaitu ruang ICU. Hasil observasi dokumen dan wawancara di ruang ICU yaitu jumlah kunjungan ICU RSUD Kolonodale didapatkan bahwa jumlah kunjungan pasien di ICU tahun 2021 sebanyak 409 orang. Jumlah pasien sesuai derajat ketergantungan *total care* dan *parsial care* di ruang ICU RSUD Kolonodale tahun 2021 didapatkan pasien *total care* berjumlah 178 orang dan pasien *parsial care* berjumlah 231 orang.

Indikator nasional mutu ruang ICU yaitu indikator nasional mutu kepatuhan kebersihan tangan 80%, kepatuhan penggunaan APD 98%, kepatuhan identifikasi pasien 98%, pelaporan hasil kritis Laboratorium 98%, kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 98%, dan kepuasan pasien 76%. Dari ke enam hasil analisis didapatkan petugas masih belum semua melakukan kepatuhan sesuai INM dengan benar karena sering terburu-buru atau lupa, APD yang kurang lengkap, kebersihan cuci tangan 5 momen yang belum lengkap, laporan hasil kritis yang belum tepat dan kepuasan pasien yang belum optimal. Serta wawancara bersama perawat di ruang ICU, sebelum pasien masuk biasanya menunggu jadwal masuk untuk mendapatkan layanan di ruang ICU. Tenaga pelayanan di ruang ICU masih kurang pada bagian dokter anastesi dan perawat. Di ruang ICU pelayanan pasien belum maksimal akibat kekurangan tenaga perawat dan visite perawat ke pasien *partial care* dan pada pasien *total care* belum optimal, visite perawat belum maksimal sesuai standar pelayanan, pendokumentasian pelayanan dalam asuhan keperawatan belum lengkap terisi sesuai indikator nasional mutu. Fasilitas alat yang belum lengkap, sebagian perawat ICU belum melakukan pelatihan khusus ICU, pasien kritis belum mendapatkan perawatan optimal, sehingga mutu di ruang ICU belum optimal, belum mencapai target-target indikator nasional mutu di ruang ICU. Maka peneliti akan melanjutkan dalam bentuk penelitian.

Dari penelitian evaluasi mutu pelayanan keperawatan di ICU bertujuan untuk bahan evaluasi dan masukan dalam pengambilan keputusan

bagi rumah sakit khususnya pelayanan ICU, sehingga dapat mengantisipasi jika hasil prediksi mengalami peningkatan pada jumlah kunjungan, jumlah pasien yang dirujuk, jumlah pasien yang meninggal, jumlah perawat di ruang ICU, jumlah pasien di ICU dengan penyakit spesifik dapat melakukan evaluasi yaitu meningkatkan mutu dengan cara penambahan fasilitas, meningkatkan manajemen pelayanan keperawatan, meningkatkan fungsi manajemen keperawatan dan melaksanakan asuhan keperawatan yang lebih baik untuk pelayanan ICU serta penambahan tenaga perawat dan pelatihan ICU untuk perawat dan dokter pada pelayanan ICU.

Dari pemaparan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Evaluasi mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU RSUD Kolonodale kabupaten Morowali Utara.

B. Rumusan Masalah

Mutu pelayanan merupakan pelayanan efisien, efektif sesuai standar profesi, standar pelayanan secara menyeluruh, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang mempunyai indikator kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. ICU sebagai salah satu unit di rumah sakit yang memberikan perawatan intensif pada pasien kritis dengan tingkat derajat ketergantungan *parsial care* dan *total care*. Indikator nasional mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU menjadi tolak ukur dari suatu rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, namun dari beberapa penelitian, hasil wawancara, observasi dan pengambilan data

pelayanan intensif di rumah sakit, pelaksanaan indikator nasional mutu di ruang ICU masih belum maksimal, sehingga mutu di ruang ICU belum optimal, belum mencapai target-target indikator nasional mutu ICU. Maka pertanyaan penelitian yaitu bagaimana pelaksanaan mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU RSUD Kolonodale?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Diketuainya mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU RSUD Kolonodale.

2. Tujuan khusus

- a. Diketuainya kepatuhan kebersihan tangan di ruang ICU RSUD Kolonodale.
- b. Diketuainya kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di ruang ICU RSUD Kolonodale.
- c. Diketuainya kepatuhan identifikasi pasien di ruang ICU RSUD Kolonodale.
- d. Diketuainya kepatuhan pelaporan hasil kritis Laboratorium di ruang ICU RSUD Kolonodale.
- e. Diketuainya kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh di ruang ICU RSUD Kolonodale.
- f. Diketuainya kepuasan pasien di ruang ICU RSUD Kolonodale
- g. Diketuainya gambaran umum kepatuhan perawat terhadap indikator nasional mutu di ruang ICU RSUD Kolonodale.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan menjadi bahan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan serta bahan evaluasi untuk pihak manajemen rumah sakit untuk mengetahui manajemen dan pelayanan yang ada di ruang ICU RSUD Kolonodale.

2. Manfaat praktis

Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU, menjadi data dasar untuk perbaikan dan bagi pengambil kebijakan membuat perencanaan yang lebih baik.

E. Pernyataan Originalitas

Kualitas pelayanan sangat tergantung pada kerja tim yang sukses, yang pada gilirannya membutuhkan komunikasi yang efektif antara profesional kesehatan. Untuk berkomunikasi dengan sukses dalam tim, profesional kesehatan perlu berjuang untuk tujuan yang sama. Namun, sebagian besar belum terselesaikan tujuan mana yang dianggap penting oleh para profesional (Mensen *et al.*, 2021). Pada penelitian Krupp *et al.*, (2021) Pekerjaan dimasa depan harus fokus pada pentingnya komunikasi yang efektif dan kejelasan peran dalam mengintegrasikan layanan. Dan pada penelitian Haave *et al.*, (2021) hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga sangat puas dengan porsi tinggal di ICU yang cukup besar. Keluarga kurang puas dengan informasi yang mereka terima dan proses pengambilan keputusan dibandingkan dengan perawatan dan perawatan yang dilakukan selama tinggal

di ICU. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dua variabel demografi hubungan dengan pasien dan kelangsungan hidup pasien secara signifikan mempengaruhi kepuasan keluarga. Pada penelitian Vatani J *et al.*, (2021) Pengetahuan, keterampilan, serta sikap perawat yang bekerja di ICU dengan penilaian melalui pelatihan dan mengadakan pelatihan terus menerus adalah syarat utama untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik kepada masyarakat. Untuk memastikan keselamatan pasien dan pekerjaan, rumah sakit semakin mensurvei staf tentang kondisi kerja yang dirasakan dan budaya keselamatan (Sturm *et al.*, 2019). Pada hasil penelitian Ros *et al.*, (2021) kurangnya pengetahuan tentang intervensi dan kompetensi dalam pengelolaan alur pasien diyakini menjadi hambatan untuk efek berkelanjutan dari intervensi. Begitu juga kekurangan komunikasi yang dilaporkan di dalam ICU, antara ICU dan departemen lain.

Pelayanan keperawatan mempunyai kontribusi sangat besar pada citra rumah sakit dan sangat perlu untuk melakukan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan. Oleh karena itu, Originalitas Penelitian ini adalah evaluasi mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU RSUD Kolonodale kabupaten Morowali Utara.

Tabel 1.1. Originalitas Penelitian

No	Peneliti/Tahun & Judul	Latar Belakang	Tujuan	Metode	Hasil	Kesimpulan	Persamaan/Perbedaan
1.	Mensen <i>et al.</i> , (2021) Apa yang paling penting dan untuk siapa? Sebuah studi cross-sectional yang mengeksplorasi tujuan profesional kesehatan di unit perawatan intensif neonatal Jerman	Kualitas perawatan sangat tergantung pada kerja tim yang sukses, komunikasi yang efektif antara profesional kesehatan.	Untuk mengidentifikasi tujuan ini dan menganalisis apakah perbedaan antara (1) tujuan pribadi dan organisasi, (2) profesi yang berbeda dan (3) tingkat hierarki ada di unit perawatan intensif neonatal (NICU).	Tinjauan literatur dan lokakarya dengan profesional kesehatan dan diuji dalam studi percontohan. Selanjutnya, dalam studi utama, survei karyawan cross sectional dilakukan.	Perbedaan yang signifikan antara profesi yang berbeda dan tingkat hierarki yang berbeda: dokter menilai tujuan pasien dengan rata-rata (95% CI) pentingnya 6,37 (6,32 hingga 6,43), yang secara signifikan lebih tinggi dari pada perawat dengan rata-rata (95% CI) pentingnya 6,15 (6,12 hingga 6,19) ($p < 0,01$)	Tujuan karyawan yang berbeda perlu dipertimbangkan dalam proses pengambilan keputusan untuk meningkatkan motivasi karyawan dan efektivitas kerja tim. Dengan menggabungkan alur kerja staf ICU tradisional dengan teknologi komputer dan teknologi informasi, metode ini memaksimalkan efisiensi tenaga medis.	a. Persamaan: 1) Pengambilan sampel di unit perawatan intensif. b. Perbedaan: 1) Penelitian sebelumnya diuji dalam studi percontohan dan survei cross sectional sedangkan pada penelitian ini berfokus pada metode <i>mixed methods</i> dengan rancangan <i>concurrent</i> (campuran). 2) Penelitian sebelumnya menggunakan sampel perawat dan dokter, sedangkan penelitian ini untuk kuantitatif sampel perawat serta pasien ICU dan kualitatif sampel perawat ICU.

<p>2. Ros <i>et al.</i>, (2021) Keberlanjutan intervensi alur pasien di unit perawatan intensif di rumah sakit regional di Australia: metode campuran, studi tindak lanjut 5 tahun.</p>	<p>Pada tahun 2014, rencana eskalasi dan pertemuan serah terima pagi dilaksanakan di unit perawatan intensif (ICU) untuk mengurangi blok akses untuk perawatan pasca operasi.</p>	<p>Untuk melihat apakah perubahan tersebut berkelanjutan dan untuk memahami faktor-faktor yang keberlanjutan.</p>	<p>Pendekatan metode campuran digunakan, dengan analisis kuantitatif data administrasi ICU dan analisis kualitatif wawancara dengan manajemen rumah sakit dan staf ICU.</p>	<p>Setelah penurunan operasi elektif yang dibatalkan pada tahun pertama setelah intervensi, terjadi peningkatan pembatalan pada tahun-tahun berikutnya ($\chi^2=16,38$, $p=0,003$). Kurangnya pengetahuan tentang intervensi dan kepentingan kompetitif dalam pengelolaan alur pasien diyakini menjadi hambatan untuk efek berkelanjutan dari intervensi asli.</p>	<p>Intervensi perbaikan dalam perawatan kesehatan yang tampaknya berhasil pada awalnya tidak harus dipertahankan dari waktu ke waktu, seperti yang terjadi dalam penelitian ini.</p>	<p>a. Persamaan: 1) Pengambilan sampel di ruang ICU. 2) Metode <i>mixed methods</i>. b. Perbedaan: 1) Penelitian sebelumnya analisis kuantitatif data administrasi ICU dan analisis kualitatif wawancara dengan manajemen rumah sakit dan staf ICU. Sedangkan penelitian ini berfokus pada metode <i>mixed methods</i> dengan rancangan <i>concurrent</i> (campuran). 2) Penelitian sebelumnya menggunakan sampel perawat dan dokter, sedangkan penelitian ini untuk kuantitatif sampel perawat ICU serta pasien ICU dan kualitatif wawancara perawat ICU.</p>
---	---	---	---	--	--	--

<p>3. Vatani J <i>et al.</i>, (2021)</p> <p>Penilaian kebutuhan pelatihan perawat perawatan intensif di rumah sakit Zabol <i>University of Medical Sciences.</i></p>	<p>Peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap perawat yang bekerja di unit perawatan intensif (ICU) melalui pelaksanaan penilaian kebutuhan pelatihan.</p>	<p>Untuk mengidentifikasi dan prioritas kebutuhan pelatihan perawat perawatan intensif di rumah sakit Universitas Ilmu Kedokteran Zabol.</p>	<p>Studi deskriptif cross-sectional, termasuk dua fase identifikasi dan prioritas kebutuhan pelatihan perawat ICU, kuesioner yang dibuat oleh peneliti tertutup untuk mengumpulkan data tentang kebutuhan pelatihan dari pemimpin keperawatan, supervisor, dan kepala perawat ICU pada fase pertama dan tes ilmiah pilihan ganda ditambah daftar periksa untuk mengukur pengetahuan dan keterampilan perawat di ICU pada fase kedua.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan pengaturan ventilator sesuai dengan pengambilan sampel dan interpretasi gas darah arteri (77,81), pemantauan jantung, deteksi disritmia dan intervensi segera (73,04), pengaturan ventilator sesuai dengan status pernapasan pasien (68,61), manajemen jalan napas, oksigenasi dan intubasi (64,39), dan resusitasi cardiopulmonary dewasa (61,77) adalah kebutuhan pelatihan prioritas tinggi perawat berturut-turut.</p>	<p>Untuk meningkatkan kualitas program pelatihan dan peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap perawat yang bekerja di ICU, signifikansi dan bobot masing-masing judul pelatihan harus ditentukan sesuai standar dan rencana <i>in-service training</i> yang berkesinambungan bersama dengan pelatihan perawat. kebutuhan dan tugas pelatihan.</p>	<p>a. Persamaan: 1) Pengambilan sampel di ruang ICU.</p> <p>b. Perbedaan: 1) Penelitian sebelumnya Studi deskriptif cross-sectional, sedangkan penelitian ini menggunakan metode <i>mixed methods</i> dengan rancangan <i>concurrent</i> (campuran). 2) Penelitian sebelumnya fase 1 kuesioner yang dibuat oleh peneliti tertutup untuk mengumpulkan data kebutuhan pelatihan dari pemimpin keperawatan, supervisor, dan kepala perawat ICU dan fase 2 tes ilmiah pilihan ganda ditambah daftar periksa mengukur pengetahuan dan keterampilan perawat di ICU, sedangkan penelitian ini untuk kuantitatif observasi perawat dan survei kepuasan pasien di ICU. Dan kualitatif wawancara perawat ICU.</p>
--	--	--	--	--	---	---

4	<p>Haave <i>et al.</i>, (2021)</p> <p>Kepuasan keluarga di unit perawatan intensif, sebuah studi cross-sectional dari Norwegia.</p>	<p>Mengalami sakit kritis tidak hanya mewakili pergolakan besar bagi pasien yang bersangkutan, tetapi juga bagi keluarga terdekat pasien. Dalam beberapa tahun terakhir, telah terjadi perubahan dalam cara mengukur kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Saat ini ada fokus bagaimana pasien dan keluarga mereka memandang kualitas pengobatan dan perawatan.</p>	<p>Untuk menggambarkan bagaimana keluarga mengevaluasi kepuasan mereka dengan tinggal di ICU. Tujuan lebih lanjut adalah untuk mengidentifikasi variabel demografi yang dikaitkan dengan perbedaan kepuasan keluarga.</p>	<p>Desain potong lintang. Sebuah sampel dari 57 anggota keluarga di dua ICU di Norwegia menyelesaikan kuesioner: Kepuasan keluarga di unit perawatan intensif 24 (FS-ICU 24). Analisis statistik dilakukan dengan menggunakan uji Mann-Whitney U (U), Kruskal Wallis, Spearman rho dan plot performance-importance.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga sangat puas dengan porsi tinggal ICU yang cukup besar. Keluarga kurang puas dengan informasi yang mereka terima dan proses pengambilan keputusan dibandingkan dengan perawatan dan perawatan yang dilakukan selama tinggal di ICU. Hasil penelitian bahwa dua variabel demografi—hubungan dengan pasien dan kelangsungan hidup pasien secara signifikan mempengaruhi kepuasan keluarga.</p>	<p>Meskipun keluarga sangat puas dengan masa inap di ICU, beberapa area diidentifikasi memiliki potensi untuk perbaikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa variabel demografi keluarga berpengaruh signifikan terhadap kepuasan keluarga. Temuan ini relevan secara klinis karena hasilnya dapat memperkuat pengetahuan perawat perawatan intensif saat bertemu keluarga pasien perawatan intensif.</p>	<p>a. Persamaan: 1) Pengambilan sampel di ruang ICU.</p> <p>b. Perbedaan: 1) Penelitian sebelumnya desain potong lintang sedangkan penelitian ini menggunakan metode <i>mixed methods</i> dengan rancangan <i>concurrent</i> (campuran). 2) Penelitian sebelumnya sampel dari 57 anggota keluarga di dua ICU di Norwegia menyelesaikan kuesioner: kepuasan keluarga, sedangkan penelitian ini kuantitatif observasi perawat dan survei kepuasan pasien di ICU. Dan kualitatif wawancara perawat ICU.</p>
---	---	--	---	---	--	---	--

<p>5. Krupp <i>et al.</i>, (2021). Komunikasi dan kejelasan peran menginformasikan penggunaan TeleICU: analisis kualitatif tentang peluang dan hambatan dalam program yang telah ditetapkan menggunakan kerangka kerja AACN</p>	<p>Memahami penggunaan layanan unit perawatan intensif (ICU) adalah komponen penting dalam mengevaluasi praktik saat ini menginformasi penggunaan di masa mendatang seiring dengan meluasnya adopsi dan penerapan layanan teleICU.</p>	<p>Mengeksplorasi apakah cara-cara baru untuk memanfaatkan layanan teleICU dapat muncul dalam model teleICU bergaya konsultasi yang mapan dengan mempertimbangkan operasi program yang fleksibel dan didorong oleh penyedia</p>	<p>Studi kualitatif dari satu pasangan teleICU/rumah sakit menggunakan wawancara semi-terstruktur dari sampel kenyamanan ICU (n =19) dan teleICU (n =13) perawat. Wawancara dianalisis menggunakan analisis konten terarah untuk mengidentifikasi tema yang menggambarkan pengalaman mereka dengan teleICU</p>	<p>Tiga tema diidentifikasi melalui analisis isi kualitatif: (1) perawat dijelaskan pengetahuan teleICU yang unik, termasuk pemikiran sistem dan keterampilan teknologi, (2) kemitraan teleICU didukung perbaikan mutu, dan (3) elemen dari lingkungan kerja mempengaruhi persepsi teleICU dan penggunaannya.</p>	<p>Pendekatan yang fleksibel dan didorong oleh penyedia untuk mengintegrasikan layanan teleICU ke dalam praktik sehari-hari dapat membantu menentukan penerapan model teleICU dimasa mendatang. Pekerja dimasa depan harus fokus pada pentingnya komunikasi yang efektif dan kejelasan peran dalam mengintegrasikan layanan teleICU yang muncul ke dalam praktik teleICU.</p>	<p>a. Persamaan: 1) Pengambilan sampel di ruang ICU. 2) Menggunakan wawancara semi terstruktur b. Perbedaan: 1) Penelitian sebelumnya studi kualitatif dari satu pasangan teleICU/rumah sakit sedangkan penelitian ini menggunakan metode <i>mixed methods</i> dengan rancangan <i>concurrent</i> (campuran). 2) Penelitian sebelumnya mengeksplorasi apakah cara-cara baru untuk memanfaatkan layanan teleICU. Sedangkan penelitian ini kuantitatif observasi perawat dan survei kepuasan pasien di ICU. untuk kualitatif mengeksplorasi kepatuhan perawat terkait INM.</p>
--	--	---	--	---	---	--

<p>6. Sturm <i>et al.</i>, (2019).</p> <p>Mengerjakan serta dirasakan kondisi kerja dan budaya keselamatan pasien berkorelasi dengan objektif beban kerja dan hasil pasien: Sebuah studi eksploratif crosssectional dari rumah sakit universitas Jerman.</p>	<p>Beban kerja dan tuntutan staf rumah sakit telah meningkat selama beberapa tahun terakhir. Untuk memastikan keselamatan pasien dan pekerjaan, rumah sakit semakin mensurvei staf tentang kondisi kerja yang dirasakan dan budaya keselamatan.</p>	<p>Untuk memahami hubungan antara ukuran survei tentang bagaimana staf memandang stres dan ketegangan terkait pekerjaan mereka dan keselamatan pasien disatu sisi, dan ukuran data rutin beban kerja dan kualitas perawatan (keselamatan pasien) di sisi lain.</p>	<p>Kuesioner tertulis kepada semua dokter dan perawat di unit rawat inap di rumah sakit universitas Jerman. Kuesioner adalah campuran dari <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i> (COPSOQ), skala <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI) untuk menilai kelelahan yang berhubungan dengan pasien dan bagian dari survei rumah sakit tentang budaya keselamatan pasien.</p>	<p>Tingkat respon adalah 37% (224) untuk dokter dan 39% (351) untuk perawat. Lembur dokter berkorelasi kuat dengan persepsi tuntutan kuantitatif (.706, 95% CI: 0,634 hingga 0,766), tuntutan emosional (.765; 95% CI: 0,705 hingga 0,814), dan dirasakan konflik peran (0,655, 95% CI: 0,573 hingga 0,724).</p>	<p>Persepsi personal rumah sakit mengenai keselamatan kerja yang kurang optimal dan masalah kerja tim berkorelasi dengan ukuran hasil pasien yang lebih buruk. Lebih lagi objektif langkah-langkah kerja lembur serta objektif ukuran beban kerja berkorelasi jelas dengan subjektif stres dan ketegangan terkait pekerjaan.</p>	<p>a.Persamaan: 1) Pengambilan sampel pada perawat ICU. b.Perbedaan: 1) Penelitian sebelumnya Sebuah studi eksploratif crosssection sedangkan penelitian ini menggunakan metode <i>mixed methods</i> dengan rancangan <i>concurrent</i> (campuran). 2) Penelitian sebelumnya menggunakan kuesioner tertulis kepada semua dokter dan perawat di unit rawat inap sedangkan penelitian ini kuantitatif observasi perawat dan survei kepuasan pasien di ICU, untuk kualitatif mengeksplorasi kepatuhan perawat terkait INM dengan wawancara semi terstruktur.</p>
--	---	--	--	--	--	---

BAB. II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Intensive Care Unit* (ICU)

1. Definisi *Intensive Care Unit* (ICU)

Intensive Care Unit (ICU) merupakan ruang berteknologi tinggi dimana pasien sakit kritis menerima perawatan. Alasan untuk masuk ke perawatan ICU banyak dan kompleks (Haave *et al.*, 2021).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1778/Menkes/SK/XII/2010 Kepmenkes (2010) tentang *Intensive Care Unit* (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus, terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa.

Di Indonesia, kriteria ketenagaan perawat di ruang ICU diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 Kepmenkes (2010) tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan ICU di rumah sakit yaitu, untuk ICU level I maka perawatnya adalah perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan lanjut, untuk ICU level II diperlukan minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU, dan

untuk ICU level III diperlukan minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU.

2. Ruang lingkup pelayanan di ruang *Intensive Care Unit* (ICU)

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU menurut Saragih (2019) yaitu:

- a. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari (Saragih, 2019).
- b. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh dan melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar (Saragih, 2019).
- c. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang timbul oleh penyakit latrogenik (Saragih, 2019).
- d. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain (Saragih, 2019).

3. Kriteria pasien masuk di ruang ICU menurut Kepmenkes (2010) yaitu:

a. Pasien prioritas 1

Kelompok ini adalah pasien kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi seperti: dukungan ventilasi, alat penunjang fungsi organ, infus, obat vasoaktif/inotropik obat anti aritmia. Sebagai contoh pasien pasca bedah kardioraksis, sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa (Kepmenkes, 2010).

b. Pasien prioritas 2

Kelompok pasien ini yaitu pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Contoh pasien yang mengalami penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat atau pasien yang telah mengalami pembedahan mayor. Terapi pada golongan pasien prioritas 2 tidak mempunyai batas karena kondisi mediknya senantiasa berubah (Kepmenkes, 2010).

c. Pasien prioritas 3

Pasien golongan ini adalah pasien kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil. Sebagai contoh antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan nafas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelolaan pada pasien golongan ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru (Kepmenkes, 2010).

d. Pengecualian

Pertimbangan luar biasa, dan atas persetujuan kepala ICU, indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan, dengan catatan bahwa pasien-pasien golongan demikian sewaktu-waktu harus bisa dikeluarkan dari ICU agar fasilitas ICU yang terbatas dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, 3. Pasien yang tergolong ini (Kepmenkes, 2010):

- 1) Pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi perawatan yang aman saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah “DNR (*Do Not Resuscitate*)”. Sebenarnya pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di ICU (Kepmenkes, 2010).
- 2) Pasien dalam keadaan vegetative permanen (Kepmenkes, 2010).
- 3) Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak. Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU untuk menunjang fungsi organ hanya untuk kepentingan donor organ (Kepmenkes, 2010).

4. Kriteria pasien keluar dari ruang ICU menurut (Dewi Aliana *et al.*, 2018):

Berdasarkan pertimbangan medis dari kepala ICU maupun tim lain kriteria pasien dapat dipindahkan dari ICU:

- a. Kondisi pasien yang sudah membaik dan cukup stabil sehingga tidak lagi memerlukan terapi dan pemantauan intensif lebih lanjut (*Dewi Aliana et al., 2018*).
- b. Sesuai perhitungan maupun perkiraan terapi dan pemantauan intensif tidak bermanfaat atau tidak memberi hasil yang berarti bagi pasien. Jika pada saat pasien dirawat di ruang intensif tidak menggunakan alat bantu ventilasi mekanik (*Dewi Aliana et al., 2018*).
- c. Pasien dan keluarga menolak untuk dirawat di ruang ICU (Pulang atas permintaan sendiri) (*Dewi Aliana et al., 2018*).
- d. Pasien hanya memerlukan observasi intensif saja, sedangkan ada pasien lain yang lebih gawat yang memerlukan terapi dan observasi secara intensif (*Dewi Aliana et al., 2018*).

5. Klasifikasi Pasien Berdasarkan Tingkat Ketergantungan

Pasien diklasifikasikan berdasarkan sistem klasifikasi yang dibagi dalam tiga kelompok berdasarkan tingkat ketergantungan klien menurut Douglas (1984) dalam (Sumekar Titik, 2012):

a. Kategori I: Perawatan mandiri/*Self care/Minimal care*

Perawatan mandiri/*Self care/Minimal care* adalah klien memerlukan 1-2 jam perawatan langsung per 24 jam. Dalam hal ini untuk kegiatan sehari-hari dapat dilakukan sendiri, penampilan secara umum baik, tidak ada reaksi emosional, pasien memerlukan orientasi waktu, tempat dan

pergantian shift, tindakan pengobatan biasanya ringan dan sederhana (Sumekar Titik, 2012):

- 1) Pasien bisa mandiri/hampir tdk memerlukan bantuan:
 - a) Pasien mampu naik turun tempat tidur.
 - b) Pasien mampu ambulasi dan berjalan sendiri.
 - c) Pasien mampu makan dan minum sendiri.
 - d) Pasien mampu mandi sendiri/mandi sebagian dengan bantuan.
 - e) Pasien mampu membersihkan mulut (sikat gigi sendiri).
 - f) Pasien mampu berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan.
 - g) Pasien mampu BAB dan BAK dengan sedikit bantuan.
 - 2) Status psikologis pasien stabil.
 - 3) Pasien dirawat untuk prosedur diagnostik.
 - 4) Pasien operasi ringan.
- b. Kategori II: Perawatan sedang/*Parsial Care*

Perawatan sedang/*Parsial Care* adalah klien memerlukan 3-4 jam perawatan langsung per 24 jam.

- 1) Pasien memerlukan bantuan perawatan sebagian:
 - a) Membutuhkan bantuan 1 orang untuk naik turun tempat tidur.
 - b) Membutuhkan bantuan untuk ambulasi/berjalan
 - c) Dalam hal ini untuk kegiatan sehari-hari untuk makan dibantu, mengatur posisi waktu makan, memberi dorongan agar mau

makan, dan membutuhkan bantuan untuk kebersihan mulut, membutuhkan bantuan untuk berpakaian dan berdandan.

- d) Eliminasi dan kebutuhan diri juga dibantu atau menyiapkan alat untuk ke kamar mandi/tempat tidur.
- e) Tindakan perawatan pada pasien ini monitor tanda-tanda vital setiap 4 jam, periksa urin reduksi, fungsi fisiologis, status emosional, kelancaran drainase atau infus.
- f) Pasien memerlukan bantuan pendidikan kesehatan untuk mendukung emosi 5 – 10 menit/shift.
- g) Tindakan dan pengobatan 20–30 menit/shift atau 30–60 menit/shift untuk mengobservasi efek samping obat atau reaksi alergi (Sumekar Titik, 2012).

- 2) Pasca operasi minor (24 Jam).
- 3) Melewati fase akut dari post operasi mayor.
- 4) Fase awal penyembuhan.
- 5) Gangguan emosional ringan.

c. Perawatan total (*Total Care*)

Perawatan total (*Total Care*) adalah klien memerlukan 5-6 jam perawatan langsung per 24 jam. Untuk kebutuhan sehari-hari tidak bisa dilakukan sendiri, semua dibantu oleh perawat, penampilan sakit berat. Pasien memerlukan observasi terus menerus (Sumekar Titik, 2012).

- 1) Pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat yang lebih lama:
 - a) Pasien membutuhkan 2 orang atau lebih untuk mobilisasi dari tempat tidur ke kereta dorong/kursi roda.
 - b) Pasien membutuhkan latihan pasif.
 - c) Kebutuhan nutrisi dan cairan melalui terapi intra vena (infus) dan NGT.
 - d) Pasien membutuhkan bantuan untuk kebersihan mulut.
 - e) Pasien membutuhkan bantuan penuh untuk berpakaian dan berdandan.
 - f) Memandikan pasien.
 - g) Pasien dalam keadaan inkontinensia menggunakan kateter.
- 2) Setelah 24 jam pasca operasi mayor.
- 3) Pasien tidak sadar.
- 4) Keadaan pasien tidak stabil.
- 5) Observasi TTV setiap kurang dari 2 jam.
- 6) Perawatan luka bakar.
- 7) Perawatan kolostomi.
- 8) Menggunakan alat bantu pernapasan.
- 9) Menggunakan WSD.
- 10) Irigasi kandung kemih secara terus-menerus.

- 11) Menggunakan alat traksi (Skeletal traksi).
- 12) Fraktur atau pasca operasi tulang belakang/ leher.
- 13) Gangguan emosional berat, bingung dan disorientasi.

6. Bidang kerja ICU menurut (Kepmenkes, 2010):

- a. Pengelolaan pasien langsung dilakukan secara primer oleh dokter intensif dengan melaksanakan pendekatan pengelolaan total pasien sakit kritis, menjadi ketua tim dari berbagai pendapat konsultan atau dokter yang ikut merawat pasien. Cara kerja ini untuk mencegah pengelolaan yang terkotak-kotak dan menghasilkan pendekatan yang terkordinasi pada pasien serta keluarganya (Kepmenkes, 2010).
- b. Administrasi unit pelayanan ICU untuk memastikan suatu lingkungan yang menjamin pelayanan yang aman, tepat waktu dan efektif. Untuk tercapainya tugas ini diperlukan partisipasi dokter pada aktivitas manajemen (Kepmenkes, 2010).
- c. Pendidikan, pelatihan dan penelitian yakni ICU melakukan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga medis dan non medis yang terkait dengan ICU (Kepmenkes, 2010):
 - 1) Pelatihan pemantauan (Monitoring).
 - 2) Pelatihan ventilasi mekanik.
 - 3) Pelatihan terapi cairan, elektrolit, dan asam basa.
 - 4) Pelatihan penatalaksanaan infeksi.

- 5) Pelatihan manajemen ICU.
 - 6) ICU merupakan tempat penelitian.
7. Perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan nomor 66 tahun 2017 tentang petunjuk operasional dan alokasi khusus fisik bidang kesehatan tahun anggaran 2018 di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) (Kemenkes, 2018):
- a. Ruang-ruang penunjang di tiap unit perawatan intensif:
 - 1) *Nurse station*
 - 2) Gudang alat medik
 - 3) Ruang linen bersih
 - 4) *Dirty utility/spoelhoek* (Tempat penyimpanan alat-alat kotor)
 - 5) Ruang petugas (Kepala ICU, staf)
 - 6) Ruang administrasi
 - 7) Depo farmasi
 - 8) Ruang dokter
 - 9) Ruang tunggu keluarga pasien dilengkapi toilet
 - 10) Janitor (Ruang petugas kebersihan)
 - b. Persyaratan teknis ruang perawatan intensif menurut Kemenkes (2018) sebagai berikut:
 - 1) Terletak dekat atau memiliki akses yang mudah dengan ruang operasi, ruang gawat darurat dan ruang penunjang medik lainnya (Kemenkes, 2018).

- 2) Ukuran ruangan rawat intensif tergantung dari jumlah tempat tidur. Luas lantai untuk setiap tempat tidur pasien pada ruang perawatan intensif harus cukup untuk meletakkan peralatan dan ruang gerak petugas yang berhubungan dengan pasien (Kemenkes, 2018).
- 3) Dalam hal ruang perawatan intensif menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang perawatan intensif harus merupakan satu kompartemen (Kemenkes, 2018).
- 4) Dalam hal ruang perawatan intensif memiliki ruang perawatan isolasi untuk pasien dengan penyakit menular, desain tata ruang dan alur sirkulasi petugas dan pasien harus dapat meminimalkan risiko penyebaran infeksi (Kemenkes, 2018).
- 5) Komponen arsitektur (lantai, dinding, plafon) tidak memiliki porositas yang tinggi, sambungan lantai dengan dinding, dinding dengan dinding, dinding dengan plafon konus (Kemenkes, 2018).
- 6) Bahan penutup lantai harus dari bahan anti statik dan anti bakteri (Kemenkes, 2018).
- 7) Untuk menjamin kualitas udara, konsentrasi maksimum mikroorganisme 200 CFU/m³, suhu 22°-23°C, kelembapan 35-60% dan tekanan positif (Kemenkes, 2018).
- 8) Total pertukaran udara 6 kali per jam dengan pertukaran udara dari luar minimum 2 kali per jam (Kemenkes, 2018).

- 9) Jumlah kotak kontak di setiap tempat tidur pasien minimal 6 untuk peralatan medik yang membutuhkan daya listrik besar (diluar untuk ventilator, suction dan monitor) dan kotak kontak dipasang minimal 1,20 m diatas permukaan lantai dan tidak boleh menggunakan percabangan/sambungan langsung tanpa pengaman arus (Kemenkes, 2018).
- 10) Sistem kelistrikan di ruang ICU tidak boleh terputus penyalurannya, oleh karena itu harus didukung dengan ketersediaan suplai listrik dari generator set dan didukung ketersediaan UPS (Kemenkes, 2018).
- 11) Dilengkapi pengaman arus bocor (trafo isolasi) (Kemenkes, 2018).
- 12) Kelengkapan outlet utilitas bangunan yang terdapat di *bedhead* untuk tiap-tiap tempat tidur menurut (Kemenkes, 2018):
 - a) Kotak kontak listrik minimal 6–16 titik untuk peralatan medik yang membutuhkan daya listrik besar, semua titik tersambung dengan generator set dan UPS, dengan tiap-tiap titik berasal dari grup pengaman arus yang beda. Kotak kontak dipasang minimal 1,20 m diatas permukaan lantai.
 - b) Outlet oksigen 1 titik, compress air 1 titik, vacum medik 1 titik.
 - c) Lampu periksa
- 13) Sistem tata udara tersaring dan terkontrol.

- 14) Dalam hal ruang perawatan intensif menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang perawatan intensif harus merupakan satu kompartemen.
- 15) Sistem proteksi kebakaran aktif harus dipilih yang aman bagi peralatan kesehatan terhadap percikan air.
- 16) Ruang *dirty utility spoelhoek* harus dilengkapi *sloop sink*, *service sink* dan *jet spray*.

B. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan

1. Definisi Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan merupakan tindakan memberikan pelayanan dengan efisien dan efektif mengikuti standar profesi, standar pelayanan dilakukan dengan menyeluruh menyesuaikan kebutuhan pasien, menggunakan teknologi yang tepat serta hasil penelitian dalam pengembangan pelayanan kesehatan/keperawatan untuk mencapai hasil kesehatan yang maksimal (Dedi, 2019). Dalam menjaga mutu pelayanan asuhan keperawatan di Indonesia telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 49 Tahun 2013 tentang komite keperawatan yaitu untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan mengatur tata kelola klinis yang baik sehingga mutu pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi (RI, 2013). Dan PMK Nomor 40 Tahun 2017 tentang jenjang karir. PMK dibuat dalam

memberikan kesempatan bagi SDM keperawatan untuk meningkatkan kinerja keperawatan melalui karir keperawatan profesional (Rico-Blazquez *et al.*, 2021). Maka seorang perawat apabila mampu bekerja sesuai dengan kompetensi klinis akan lebih percaya diri saat bekerja dan meningkatkan kepuasannya serta kepuasan pasien dalam meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan (Supri *et al.*, 2019).

Mutu pelayanan keperawatan merupakan kualitas pelayanan kesehatan sebagai faktor pencetus institusi pelayanan kesehatan di masyarakat. Faktor ini karena keperawatan adalah kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, paling depan serta terdekat dengan penderita, kesakitan, dan kesengsaraan pada pasien dan keluarganya (Nursalam, 2014). Perawat memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit melalui asuhan keperawatan dan sangat penting untuk *outcome* pasien. Sebagai perawat apabila dikelola serta dipantau dengan baik, maka perawat akan bekerja secara profesional serta memberikan kontribusi sangat besar saat bekerja dan meningkatkan mutu rumah sakit (Munawar *et al.*, 2019). Sehingga mutu pelayanan keperawatan merupakan upaya pelayanan yang dilakukan secara mandiri maupun berkolaborasi dalam memenuhi kebutuhan pasien secara maksimal (Gide, 2020).

Pada penelitian Shafiq *et al.*, (2017) hasil menunjukkan ada 5 dimensi Servqual valid di negara-negara Asia misalnya Pakistan, ada 13 item

didapatkan. Keandalan, wujud, daya tanggap, empati, serta jaminan telah menempati urutan pertama, kedua, ketiga, keempat, serta kelima, dari ukuran kesenjangan kualitas. Kesenjangan tersebut signifikan secara statistik, dengan nilai .05. Dengan demikian, administrator rumah sakit harus fokus dengan item ini. Jika berfokus dengan area perbaikan yang teridentifikasi, otoritas perawatan kesehatan, manajer, praktisi, dan pengambil keputusan akan membawa perubahan substansial. Dan menurut Badrin *et al.*, (2019) dalam menilai kepuasan pasien menggunakan instrumen dan dimensi yang dapat dipakai. Tetapi perlu pengembangan instrumen kepuasan pasien dengan menggunakan perspektif dari pemberi pelayanan serta memasukkan dimensi *caring* pada esensi dengan pelayanan keperawatan.

2. Pengukuran Mutu Pelayanan

Menurut Donabedian dalam (Dedi, 2019), mutu pelayanan dapat diukur dengan menggunakan tiga variabel yaitu input, proses, dan output/outcome:

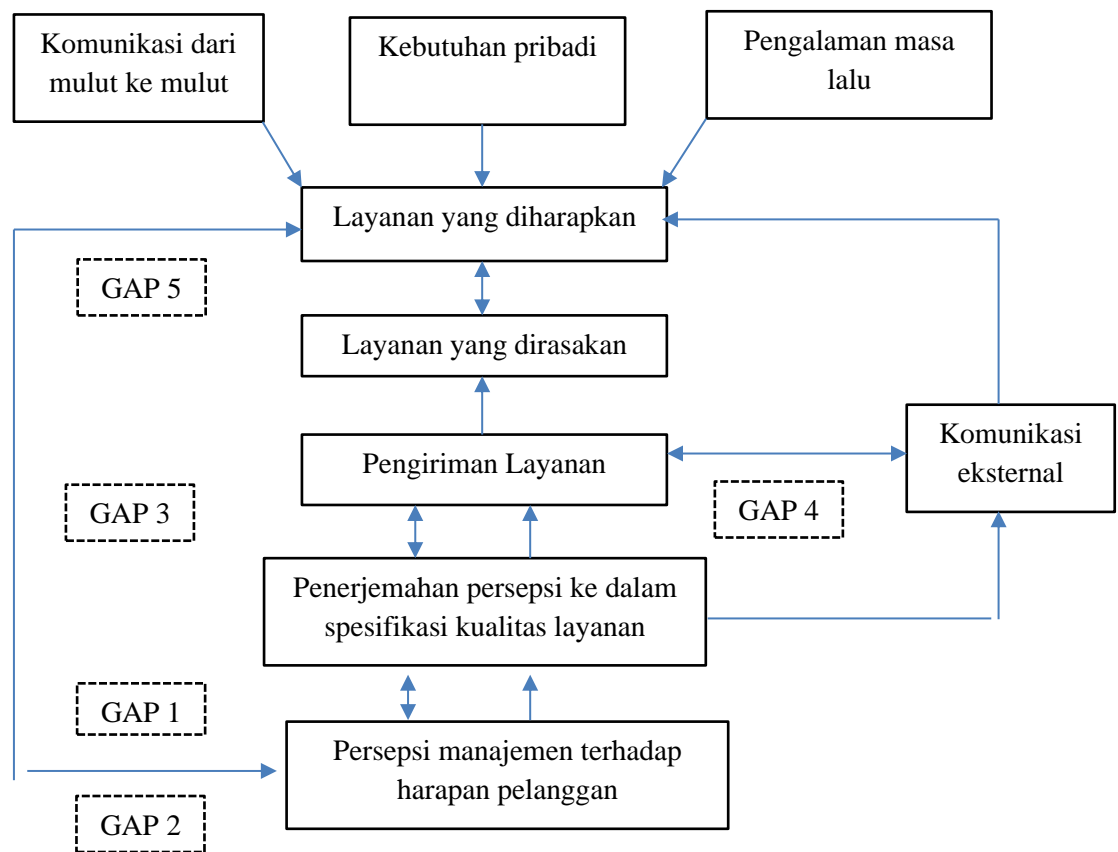
- a. Struktur/input yaitu sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas peralatan, teknologi, organisasi dan informasi.
- b. Proses yaitu interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien dan masyarakat). Setiap tindakan medis/keperawatan harus mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Setiap

tindakan korektif dibuat dan meminimalkan risiko terulangnya keluhan atau ketidakpuasan pada pasien lainnya.

- c. *Output/outcome* yaitu hasil pelayanan kesehatan atau pelayanan keperawatan, yang berupa perubahan terjadi pada konsumen terkait kepuasan dari konsumen. Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit/keperawatan tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula.

3. Konsep Mutu Berdasar Servqual (*Service Quality*)

Penjelasan tentang konsep kualitas layanan akan ditentukan dari berapa besar kesenjangan (*gap*) antara persepsi pelanggan terhadap kenyataan pelayanan yang diterima, dibandingkan dengan harapan pelanggan terhadap pelayanan yang harus diterima. Kelima kesenjangan (*gap*) itu disajikan bentuk skema *grand theory* Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985) dalam (Dedi, 2019) sebagai berikut ini:



Gambar 2.1 konsep kualitas layanan

Penyampaian jasa dari pihak penyedia jasa bisa terancam gagal jika beberapa kesenjangan dibiarkan berkembang tanpa adanya perencanaan dalam mencegahnya, atau tidak ada usaha khusus dalam mengurangi dampak buruknya. Penjelasan mengenai kelima kesenjangan tersebut yakni:

- a. Kesenjangan antara harapan pengguna jasa dengan persepsi manajemen. Manajemen institusi pelayanan kesehatan belum dapat secara tepat mengidentifikasi serta memahami harapan pengguna jasa pelayanan Kesehatan (Dedi, 2019).

- b. Kesenjangan antara persepsi manajemen dengan spesifikasi kualitas jasa.
Hal ini terjadi kalau pemahaman manajemen RS/Puskesmas tentang harapan pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak diartikan dengan aksi nyata yang spesifik. Contohnya, standar prosedur pelayanan atau pelaksanaan penyampaian jasa belum disusun sesuai harapan pengguna jasa yang selalu menuntut pelayanan yang bermutu (cepat, ramah, tepat, serta biaya terjangkau) (Dedi, 2019).
- c. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dengan penyampaiannya.
Standar pelayanan serta cara penyampaian jasa sudah tersusun dengan baik, namun muncul kesenjangan akibat staf pelaksana pelayanan di garis depan (*front line staff*) seperti perawat, bidan serta dokter umum di sebuah rumah sakit belum ada pelatihan khusus tentang teknik penyampaian jasa pelayanan. Akhirnya, jasa pelayanan kesehatan yang dijelaskan pada pasien tidak sesuai terhadap standar yang sudah ditetapkan oleh komite medik rumah sakit (Dedi, 2019).
- d. Kesenjangan antara penyampaian jasa dengan harapan pihak eksternal.
Harapan pengguna jasa dipengaruhi dengan cara staf serta manajemen rumah sakit berkomunikasi dengan masyarakat calon pengguna jasanya (Dedi, 2019).
- e. Kesenjangan antara jasa yang diterima pengguna dengan yang diharapkan.
Hal ini terjadi jika konsumen mengukur kinerja institusi pelayanan

kesehatan dengan cara berbeda, seperti persepsi pengguna berbeda dari kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diharapkan (Dedi, 2019).

Konsep kualitas layanan disebut bermutu jika pelayanan yang diharapkan lebih kecil dari pelayanan yang dirasakan (bermutu). Disebutkan konsep kualitas layanan memenuhi harapan, jika pelayanan diharapkan sama dengan dirasakan (memuaskan). Dengan ini disebutkan persepsi tidak memenuhi harapan jika pelayanan yang diharapkan lebih besar dari pelayanan yang dirasakan (tidak bermutu).

Konsep kualitas layanan dari harapan yang diharapkan ditentukan dengan empat faktor akan saling terkait dengan memberikan persepsi jelas oleh harapan pelanggan untuk mendapatkan pelayanan (Dedi, 2019). Keempat faktor itu sebagai berikut ini:

- a. Komunikasi dari mulut ke mulut (*word of mouth communication*), Hal ini sangat menentukan terhadap pembentukan harapan pelanggan atas suatu jasa/pelayanan.
- b. Kebutuhan pribadi (*personal need*), yakni harapan pelanggan bervariasi tergantung pada karakteristik serta keadaan individu di pengaruhi oleh kebutuhan pribadinya.
- c. Pengalaman masa lalu (*past experience*), yakni pengalaman pelanggan merasakan suatu pelayanan jasa tertentu di masa lalu dan mempengaruhi

tingkat harapannya agar memperoleh pelayanan jasa yang sama di masa kini hingga yang akan datang.

- d. Komunikasi eksternal (*company's external communication*) yakni digunakan oleh organisasi jasa untuk pemberi pelayanan melalui berbagai bentuk promosi dan memegang peranan untuk pembentukan harapan pelanggan.

Berdasarkan pengertian tersebut ada tiga tingkat konsep kualitas layanan sebagai berikut:

- a. Bermutu (*quality surprise*), jika kenyataan pelayanan yang diterima melebihi pelayanan yang diharapkan pelanggan.
- b. Memuaskan (*satisfactory quality*), jika kenyataan pelayanan yang diterima sama dengan pelayanan yang diharapkan pelanggan.
- c. Tidak bermutu (*unacceptable quality*), jika kenyataan pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan pelanggan.

Konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan ditentukan oleh lima unsur yang biasa dikenal dengan istilah kualitas layanan "RATER" (*responsiveness, assurance, tangible, empathy* dan *reliability*). Inti konsep kualitas layanan untuk menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan sehingga memuaskan orang-orang yang menerima pelayanan sesuai daya tanggap (*responsiveness*), menimbulkan suatu jaminan (*assurance*), menunjukkan bukti fisik (*tangible*) yang akan dilihatnya,

menurut empati (*empathy*) dari orang-orang yang memberikan pelayanan terhadap keandalannya (*reliability*) melakukan tugas pelayanan yang diberikan secara konsekuen agar memuaskan penerima pelayanan (Dedi, 2019).

Berdasarkan inti konsep kualitas layanan “RATER” kebanyakan organisasi kerja akan menjadikan konsep ini sebagai acuan dalam menerapkan aktualisasi layanan dalam organisasi kerjanya, dalam memecahkan berbagai bentuk kesenjangan (*gap*) atas berbagai pelayanan yang diberikan oleh pegawai dalam memenuhi tuntutan pelayanan masyarakat. Aktualisasi konsep “RATER” juga diterapkan agar penerapan kualitas layanan pegawai, baik pegawai pemerintah maupun non pemerintah untuk meningkatkan prestasi kerjanya (Dedi, 2019).

4. Upaya Peningkatan Mutu

Peningkatan mutu dilaksanakan dengan berbagai macam cara Dedi (2019), yaitu:

- a. Mengembangkan akreditasi dengan meningkatkan mutu rumah sakit sesuai indikator pemenuhan standar pelayanan yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI.
- b. ISO 9001:2000 yakni standar internasional dalam sistem manajemen kualitas bertujuan menjamin kesesuaian proses pelayanan dengan

kebutuhan persyaratan yang dispesifikasikan dengan pelanggan dan rumah sakit.

- c. Memperbarui keilmuan dalam menjamin tentang tindakan medis/keperawatan yang dilakukan sudah didukung oleh bukti ilmiah yang mutakhir.
- d. *Good corporate governance* yakni mengatur aspek institusional serta aspek bisnis dalam penyelenggaraan sarana pelayanan kesehatan agar memperhatikan transparansi serta akuntabilitas sehingga tercapai manajemen yang efisien dan efektif.
- e. *Clinical governance* yakni bagian dari *corporate governance*, merupakan kerangka kerja organisasi pelayanan kesehatan bertanggung jawab terhadap peningkatan mutu secara berkesinambungan. Tujuannya agar tetap menjaga standar pelayanan yang tinggi dan menciptakan lingkungan menjadi kondusif. *Clinical governance* menjelaskan hal penting yang harus dilakukan seorang dokter dalam menangani konsumennya (pasien dan keluarga).
- f. Membangun aliansi strategis terhadap rumah sakit lain baik di dalam atau luar negeri. Kerja sama lintas sektor dan lintas fungsi harus menjadi bagian dari budaya rumah sakit misalnya kerja sama tim yang baik. Budaya dikotomi pemerintah dengan swasta harus diubah menjadi falsafah bauran

pemerintah swasta (*public-private mix*) sehingga saling mengisi dan konstruktif.

- g. Melaksanakan evaluasi dengan strategi pembiayaan, agar tarif pelayanan bisa bersaing secara global, misalnya *outsourcing investasi*, *contracting out* untuk fungsi tertentu seperti *cleaning service*, gizi, laundry, perparkiran.
- h. Orientasi pelayanan sering terjadi benturan nilai, disatu pihak masih kuatnya nilai masyarakat secara umum tentang rumah sakit yaitu institusi yang mengutamakan fungsi sosial. Sementara itu dipihak lain, etos para pemodal/investor dalam dan luar negeri yang menganggap rumah sakit adalah industri dan bisnis jasa, sehingga orientasi mencari laba merupakan sesuatu yang sah.
- i. Orientasi bisnis besar dampak positifnya bila potensial negatif dapat dikendalikan. Seperti, tindakan medis yang berlebihan dan sebenarnya tidak bermanfaat bagi pasien menciptakan peluang terjadinya manipulasi pasien demi keuntungan finansial bagi pemberi layanan kesehatan. Perlu mekanisme pembinaan etis yang mengimbangi dua sistem nilai yang dapat bertentangan, yaitu antara fungsi sosial dan fungsi bisnis.

C. Konsep Manajemen Pelayanan Keperawatan

1. Definisi Manajemen Pelayanan Keperawatan

Menurut pendapat serta pemikiran para ahli manajemen mengatakan yaitu seorang manajer akan berhasil jika bekerja melalui orang lain/kelompok

orang dalam mencapai tujuannya. Disebut juga sebagai suatu proses mengumpulkan dan mengorganisir sumber-sumber daya agar tercapai tujuan organisasi. Seorang manajer dalam mencapai tujuan harus memperhatikan visi, misi dan filosofi suatu institusi, lembaga atau organisasi agar tidak menyimpang atau melewati rambu-rambu yang telah digariskan oleh *the founding father of organization*. Fungsi-fungsi manajemen klasik menurut Henry Fayol dalam Dedi (2019) yang banyak diikuti para ahli yaitu perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*directing*) dan pengendalian (*controlling*).

Perubahan, inovasi serta kreativitas harus dilakukan oleh para manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit seperti:

- a. Pelayanan kesehatan yang dulunya mengarah pada tindakan kuratif (pengobatan) seharusnya diubah menjadi preventif. Perlu kemampuan mengantisipasi jika tingginya keinginan pelanggan untuk mendapatkan pelayanan yang cepat, tepat dengan biaya yang murah.
- b. Akibat permintaan pelayanan prima maka peran serta fungsi perawat yang selama ini menunggu instruksi dokter bisa berubah seperti proaktif serta inovatif menentukan asuhan keperawatan profesional. Sebenarnya yang menjadi tuan rumah klien diruangan adalah kepala ruangan, sedangkan dokter adalah mitra bekerja yang diundang untuk memberikan pelayanan medis. Pelayanan keperawatan di ruang rawat inap, mengharuskan

perawat untuk lebih tau dan memahami perkembangan status kesehatan pasien dan keluarganya secara *bio-psiko-sosio-spiritual*.

- c. Pelayanan kesehatan yang dulu banyak didominasi oleh kebijakan pemilik institusi *share holder* yang bersifat sentralisasi akan berubah ke arah *desentralisasi* dimana tenaga kesehatan dibolehkan mengelola pelayanan yang terbaik terhadap pasien berdasarkan keilmuan serta keterampilan yang ilmiah. Contohnya antar bagian sudah berusaha melakukan integrasi serta koordinasi yang saling menguntungkan pasien.
- d. Adanya masa transisi yang melihat bahwa semua tenaga kesehatan adalah sama-sama bermanfaat, tidak ada yang lebih tinggi kedudukannya dari yang lain dan saling melengkapi sebagai tim kesehatan untuk meningkatkan kesehatan pasien serta keluarganya setinggi-tingginya.

Pengertian kebutuhan psikologis dasar menurut teori penentuan nasib sendiri, setiap individu berkembang untuk memenuhi tiga kebutuhan psikologis dasar (otonomi, kompetensi, keterkaitan). Otonomi sesuai dengan rasa kemauan serta kemauan yang dirasakan seseorang ketika melakukan perilaku tertentu. Hal ini memungkinkan staf dalam mendukung tindakan mereka sendiri. Kebutuhan kompetensi berarti perasaan efikasi diri ketika mengalami kesempatan kerja yang memungkinkan individu untuk mengekspresikan dan menggunakan kemampuan dan keterampilannya. Keterkaitan berarti bahwa staf perlu

merasa saling menghormati, pertimbangan dari orang lain, keterhubungan dan rasa memiliki kelompok sosial (Belrhiti *et al.*, 2020).

Budaya organisasi menurut Cameron dan Quinn dalam Belrhiti *et al.*, (2020) sebagai berikut:

- a. Budaya hierarkis: Penekanan kuat pada stabilitas, prediktabilitas, dan efisiensi. Formalisasi, prosedur dan aturan mengatur perilaku individu.
- b. Budaya Iklan: Penekanan pada kohesi, kerja tim, moral karyawan tingkat tinggi, keterlibatan dan komitmen karyawan dalam lingkungan yang mendukung otonomi.
- c. Budaya pasar: Penekanan pada produktivitas karyawan, orientasi hasil dan keuntungan, individualisme dan daya saing, dalam lingkungan yang dianggap bermusuhan.
- d. Budaya *adhocratic*: Penekanan pada kreativitas, inovasi, individualitas, eksperimen, pengambilan risiko dan kemampuan beradaptasi. Kekuasaan didesentralisasikan ke tim tugas (Belrhiti *et al.*, 2020).

D. Konsep Fungsi-Fungsi Manajemen Pelayanan Keperawatan

Fungsi-fungsi manajemen keperawatan sebagai berikut:
merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan, dan mengendalikan.

1. Fungsi-fungsi manajemen menurut Henri Fayol (1949) dalam Dedi (2019) dapat digambarkan sebagai berikut : *Planning, organizing, directing* dan *Controlling*:
 - a. Perencanaan (*Planning*) adalah tindakan melakukan tujuan jangka pendek, menengah serta jangka panjang yang berkaitan dengan aktivitas yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan. Definisi yang lain perencanaan adalah pertimbangan seorang kepala ruangan dalam menyeimbangkan antara kebutuhan pasien, perawat dan dokter serta administrator.
 - b. Pengorganisasian (*Organizing*) adalah menggerakkan sumber daya manusia serta sumber daya yang dimiliki institusi untuk mencapai tujuan organisasi. Pengorganisasian manajemen keperawatan yaitu pengelompokan pengaturan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi yang meliputi supervisi, koordinasi dengan unit kerja lain baik secara vertikal maupun horizontal.
 - c. Pengarahan (*Directing*) adalah memberikan arahan dan bimbingan kepada perawat pelaksana agar melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang berlaku. Pengarahan pelayanan keperawatan merupakan proses penerapan pelayanan keperawatan untuk mencapai tujuan pelayanan yang optimal meliputi kegiatan motivasi, komunikasi dan kepemimpinan.
 - d. Pengendalian (*Controlling*) yaitu kegiatan untuk mengendalikan aktivitas pelayanan keperawatan agar tetap berada pada koridor standar yang

berlaku, aktivitas membandingkan hasil kerja dengan standar penampilan kerja yang diinginkan dan mengambil kegiatan perbaikan bila ada kekurangan. Pengendalian pelayanan keperawatan adalah upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan secara berkesinambungan. Kompetensi manajer pelayanan keperawatan harus memiliki:

- 1) Kompetensi sebagai pemimpin.
- 2) Kompetensi sebagai manajer.
- 3) Kompetensi melakukan kajian analisis.
- 4) Kompetensi melakukan *fish bone* analisis.
- 5) Merumuskan prioritas masalah.
- 6) Kompetensi melakukan manajemen strategi keperawatan di rumah sakit, pendidikan tinggi, keperawatan dan organisasi lainnya.
- 7) Komunikasi efektif *leaders* dan manajer.
- 8) Menjalin *Relationship* dalam konteks profesionalisme.
- 9) Melakukan Negosiasi.
- 10) Melakukan *lobbying*

e. Manajemen Sumber Daya Manusia

- 1) Pemberian penghargaan sebagai perawat teladan
- 2) Memberikan *punishment* dengan terencana dan terprogram bagi yang melanggar kode etik dan peraturan organisasi.

- 3) Melalui seminar pelatihan dan workshop.
- 4) Melalui studi lanjut di dalam dan luar negeri.
- 5) *Training* di dalam dan luar negeri.
- 6) Pembinaan profesional.
- 7) *Cavacity building*.
- 8) *Outbond*.
- 9) *Spiritualitas*

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Definisi Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (RI, 2019).

Mutu asuhan kesehatan di rumah sakit akan selalu terkait dengan struktur, proses, dan outcome sistem pelayanan RS tersebut. Mutu asuhan pelayanan RS akan dapat dikaji dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan oleh masyarakat, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi RS. Secara umum aspek penilaian meliputi evaluasi, dokumen, instrumen, audit (EDIA) (Nursalam, 2014).

a. Aspek struktur (input)

Struktur merupakan semua input untuk sistem pelayanan sebuah RS yang meliputi M1 (tenaga), M2 (sarana prasarana), M3

(metode asuhan keperawatan), M4 (dana), M5 (pemasaran), dan lainnya. Ada sebuah asumsi yang menyatakan bahwa jika struktur sistem RS tertata dengan baik akan lebih menjamin mutu pelayanan. Kualitas struktur RS diukur dari tingkat kewajaran, kuantitas, biaya (efisiensi), dan mutu dari masing-masing komponen struktur.

b. Proses

Proses yaitu semua kegiatan dokter, perawat, dan tenaga profesi lain yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasien. Interaksi ini diukur antara lain dalam bentuk penilaian tentang penyakit pasien, penegakan diagnosis, rencana tindakan pengobatan, indikasi tindakan, penanganan penyakit, dan prosedur pengobatan.

c. *Outcome*

Outcome yaitu hasil akhir kegiatan dokter, perawat, dan tenaga profesi lain terhadap pasien.

2. Audit internal pelayanan keperawatan

Audit internal yaitu suatu kegiatan penjagaan mutu (menilai kesesuaian antara fakta dan kriterianya) serta konsultasi oleh tim independen dan objektif yang dirancang untuk memberikan nilai tambah sekaligus memajukan kegiatan organisasi dalam mencapai tujuannya (Nursalam, 2014). Auditor internal membantu manajemen dalam hal:

- a. Memonitor aktivitas yang tidak dapat dilakukan manajemen, ketika tim audit setiap tahun mengajukan jadwal audit ke manajemen eksekutif contoh (audit asuhan keperawatan, audit infeksi nosokomial).
- b. Mengidentifikasi serta meminimalkan risiko.
- c. Memvalidasi laporan untuk manajemen dengan melakukan tinjauan terhadap laporan untuk meyakinkan akurasi, ketepatan waktu dan maknanya, sehingga keputusan manajemen yang didasarkan pada laporan tersebut lebih valid.
- d. Meninjau kegiatan yang sudah berlalu dan sedang berjalan.
- e. Kegiatan audit program berupa penilaian kebijakan atau program pada saat masih dalam rancangan, pada saat diimplementasikan, dan hasil aktual yang dicapai oleh kebijakan atau program tersebut.
- f. Membantu manajer karena masalah dapat timbul bila manajer tidak cermat mengendalikan aktivitasnya auditor internal pada umumnya dapat menemukan masalah tersebut dan memberikan rekomendasi perbaikannya.

F. Konsep Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

1. Definisi indikator nasional mutu rumah sakit menurut (Kemenkes, 2022).

Rumah sakit umum daerah sebagai salah satu unit milik pemerintah daerah yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat mempunyai peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan

masyarakat. Oleh karena itu, rumah sakit umum daerah dituntut dalam memberikan pelayanan yang bermutu serta profesional sehingga menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Indikator nasional mutu di rumah sakit ada 13 indikator diantaranya:

- a. Kepatuhan kebersihan tangan
 - b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
 - c. Kepatuhan identifikasi pasien
 - d. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
 - e. Waktu tunggu rawat jalan
 - f. Penundaan operasi elektif
 - g. Kepatuhan waktu visite dokter
 - h. Pelaporan hasil kritis laboratorium
 - i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
 - j. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
 - k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - l. Kecepatan waktu tanggap komplain
 - m. Kepuasan pasien
2. Kebijakan pelayanan keperawatan ICU merujuk dari:
- a. Pengembangan dan penerapan standar pelayanan keperawatan ICU rumah sakit dilaksanakan untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas melalui peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

- b. Pengembangan dalam kemampuan teknis maupun manajerial tenaga keperawatan dalam pelayanan keperawatan ICU di rumah sakit untuk mewujudkan kompetensi di ruang ICU.
 - c. Penerapan standar pelayanan keperawatan ICU rumah sakit memerlukan dukungan dari rumah sakit dan pihak terkait.
3. Strategi penerapan standar pelayanan keperawatan ICU:
- a. Mengoptimalkan pendayagunaan sumber daya yang ada dalam pelayanan keperawatan ICU.
 - b. Meningkatkan kemampuan teknis maupun manajerial keperawatan ICU pada semua tenaga keperawatan yang bekerja di ICU.
 - c. Mendorong sarana dan prasarana, peralatan dan SPO yang mendukung terlaksananya standar pelayanan keperawatan ICU.
4. Tujuan penerapan standar pelayanan keperawatan ICU secara umum bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU sesuai dengan standar. Dan secara khusus bertujuan:
- a. Adanya perencanaan pelayanan keperawatan ICU.
 - b. Adanya pengorganisasian pelayanan keperawatan ICU.
 - c. Adanya pelaksanaan pelayanan keperawatan ICU.
 - d. Adanya asuhan keperawatan ICU.
 - e. Adanya pembinaan keperawatan ICU.
 - f. Adanya pengendalian mutu pelayanan keperawatan ICU.

Tabel 2.1 Indikator Nasional Mutu Terkait Kepatuhan Kebersihan Tangan
Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. 5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang

	<p>dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. 9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan. 10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. 11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). 12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. 13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Sumber data	Hasil observasi
Target pencapaian	≥ 85%
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir kepatuhan kebersihan tangan
Penanggung jawab	Komite PPI RS

Tabel 2.2 Indikator Nasional Mutu Terkait Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kepatuhan petugas rumah sakit dalam menggunakan APD 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. 4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. 5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.
Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Sumber data	Hasil observasi
Target pencapaian	100%
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>

Formula	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir observasi kepatuhan penggunaan APD
Penanggung jawab	Komite PPI RS

Tabel 2.3 Indikator Nasional Mutu Terkait Kepatuhan Identifikasi Pasien
Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul indikator	Kepatuhan identifikasi pasien
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain. d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
Jenis indikator	Proses

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi.
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi.
Sumber data	Hasil observasi
Target pencapaian	100%
Kriteria	Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan. Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100 \%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penanggung jawab	Kepala bidang pelayanan medik/Keperawatan

Tabel 2.4 Indikator Nasional Mutu Terkait Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
Dimensi mutu	Tepat waktu, efektif, dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.
Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Sumber data	Data sekunder menggunakan data dari Rekam Medis
Target pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi: Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya: fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif.</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100 \%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir waktu tanggap Seksio Sesarea Emergensi

Besar Sampel	1. Total sampel
Penanggung jawab	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Tabel 2.5 Indikator Nasional Mutu Terkait Waktu Tunggu Rawat Jalan Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Waktu tunggu rawat jalan
Dimensi mutu	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu
Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. 2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online. <ol style="list-style-type: none"> a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. b. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. c. Pasien kunjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada kunjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi

Sumber data	Sumber data sekunder antara lain dari: 1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 2. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan
Target pencapaian	≥ 80%
Kriteria	Kriteria inklusi : Pasien yang berobat di rawat jalan Kriteria eksklusi: a. Pasien <i>medical check up</i> , pasien poli gigi b. Pasien yang mendaftar online atau kunjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan c. Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya
Formula	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit ————— x 100 % Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir waktu tunggu rawat jalan
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Tabel 2.6 Indikator Nasional Mutu Terkait Penundaan Operasi Elektif Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Penundaan Operasi Elektif
Dimensi mutu	Tepat waktu, efisiensi, dan berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
Definisi operasional	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.

Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif
Sumber data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.
Target pencapaian	$\leq 5\%$
Kriteria	Kriteria Inklusi: Pasien operasi elektif Kriteria Eksklusi: Penundaan operasi atas indikasi medis
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir penundaan operasi elektif
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah/Bedah Sentral

Tabel 2.7 Indikator Nasional Mutu Terkait Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	kepatuhan waktu <i>visite</i> dokter
Dimensi mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
Definisi operasional	1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan <i>visite</i> kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.

Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi
Sumber data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik
Target pencapaian	≥ 80%
Kriteria	Kriteria Inklusi: <i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap Kriteria Eksklusi: a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i{visite} \text{ dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100\%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

Tabel 2.8 Indikator Nasional Mutu Terkait Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Dimensi mutu	Tepat waktu, keselamatan
Tujuan	1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. 2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan \leq 30 menit.
Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan \leq 30 menit
Denominator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Sumber data	Data sekunder dari: Catatan data laporan hasil tes kritis Laboratorium
Target pencapaian	100%
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi: Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis.</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak ada</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah hasil kritis Laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis Laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total sampel (apabila jumlah populasi \leq 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $>$ 30)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

Tabel 2.9 Indikator Nasional Mutu Terkait Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Dimensi mutu	Tepat waktu, keselamatan
Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah persepsian obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
Denominator	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi
Sumber data	Lembar resep di Instalasi Farmasi
Target pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi: Resep yang dilayani di RS</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong.
Formula	$\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$

Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

Tabel 2.10 Indikator Nasional Mutu Terkait Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Permenkes mengenai Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan <i>clinical pathway</i>. 3. Kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> adalah kepatuhan seluruh Profesional Pemberi Asuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan. 4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> sesuai dengan prioritas nasional adalah: <ol style="list-style-type: none"> a. Hipertensi b. Diabetes melitus c. TB d. HIV e. Keganasan 5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/<i>clinical pathway</i> untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut.
Dimensi mutu	Efektif, integrasi
Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.

Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. 2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit
Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
Sumber data	Data sekunder dari rekam medis pasien
Target pencapaian	≥ 80%
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi: Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang diukur</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan. 2. Pasien yang meninggal 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.
Formula	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100\%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)

	2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penanggung jawab	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain

Tabel 2.11 Indikator Nasional Mutu Terkait Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Asesment awal risiko jatuh b. Assesment ulang risiko jatuh c. Intervensi pencegahan risiko jatuh 2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.
Jenis indikator	Proses
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi.
Sumber data	Data sekunder menggunakan data dari Rekam Medis
Target pencapaian	100%
Kriteria	<p>Kriteria Inklusi: Pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi</p>

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100 \%$
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penanggung jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

Tabel 2.12 Indikator Nasional Mutu Terkait Kecepatan Waktu Tanggap Komplain Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Kecepatan waktu tanggap komplain
Dimensi mutu	Berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
Definisi operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. 2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain: <ol style="list-style-type: none"> a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain. c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.
Jenis indikator	Proses

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Numerator	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading
Denominator	Jumlah komplain yang disurvei
Sumber data	Data sekunder dari catatan komplain
Target pencapaian	≥ 80%
Kriteria	Kriteria inklusi: Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa) Kriteria eksklusi: Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan } \textit{grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%$
Instrumen Pengambilan Data	1. Formulir komplain 2. Laporan tindak lanjut komplain
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Penanggung jawab	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani komplain

Tabel 2.13 Indikator Nasional Mutu Terkait Kepuasan Pasien Berdasarkan (Kemenkes, 2022)

Judul	Kepuasan Pasien
Dimensi mutu	Berorientasi pada pasien
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
Definisi operasional	1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi

- unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.
3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.
 4. Survei kepuasan pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.
 5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.
 6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:
 - a. Persyaratan.
 - b. Sistem, mekanisme, dan prosedur.
 - c. Waktu penyelesaian.
 - d. Biaya/tarif.
 - e. Produk spesifikasi jenis pelayanan.
 - f. Kompetensi pelaksana.
 - g. Perilaku pelaksana.
 - h. Penanganan pengaduan, saran dan masukan.
 - i. Sarana dan prasarana.
 7. Indeks kepuasan adalah hasil pengukur dari kegiatan survei kepuasan berupa angka.

Jenis indikator	<i>Outcome</i>
Frekuensi pengumpulan data	Semesteran
Numerator	Tidak ada
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Hasil survei
Target pencapaian	$\geq 76,61$
Kriteria	Kriteria Inklusi: Seluruh pasien Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
Formula	Total nilai persepsi seluruh responden
	x 25%
	Total unsur yang terisi dari seluruh responden

Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner
Besar Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Penanggung jawab	Kepala Bagian Humas

G. Kerangka Teori Penelitian

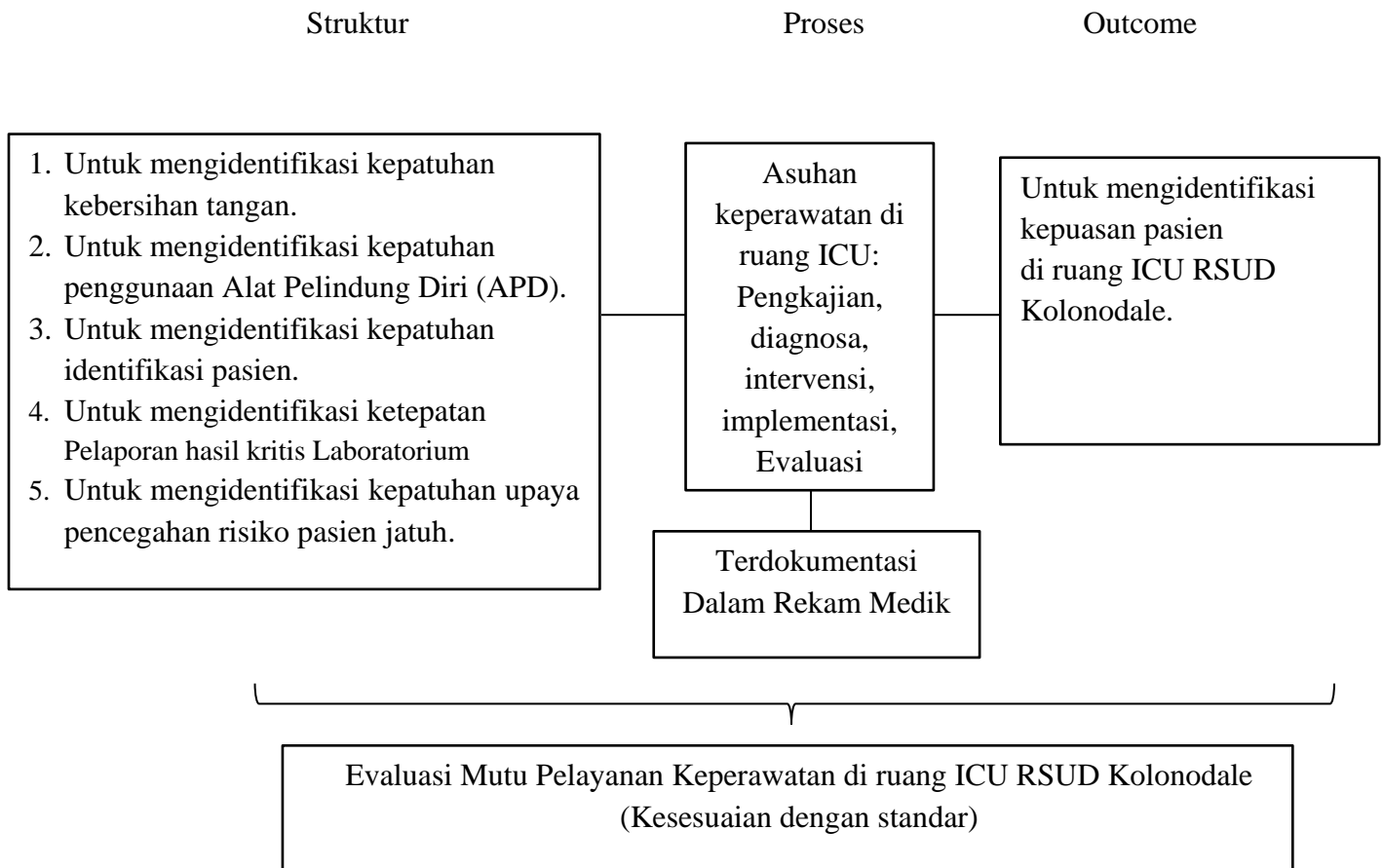


Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian

BAB. III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian

Variabel yaitu karakteristik dari individu maupun organisasi yang dapat diukur atau diobservasi dan bervariasi antara orang dan organisasi yang ditetapkan oleh peneliti untuk ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2021).

1. Pada penelitian kuantitatif variabel yang digunakan yaitu untuk mengidentifikasi kepatuhan kebersihan tangan, kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), kepatuhan identifikasi pasien, pelaporan hasil kritis Laboratorium, kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh dan kepuasan pasien di ruang ICU RSUD Kolonodale.
2. Pada penelitian kualitatif yang akan diekplorasi yaitu kepatuhan perawat terhadap indikator nasional mutu di ruang ICU RSUD Kolonodale.

C. Definisi Operasional

1. Definisi operasional penelitian kuantitatif pada penelitian ini yaitu untuk mengidentifikasi kebersihan tangan, kepatuhan penggunaan APD, kepatuhan identifikasi pasien, pelaporan hasil kritis Laboratorium, kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh dan kepuasan pasien di ruang ICU RSUD Kolonodale kabupaten Morowali Utara.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Data Kuantitatif

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Kepatuhan kebersihan tangan	Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.	Observasi kebersihan tangan dengan 5 momen cuci tangan. 0 = Tidak dilakukan 1 = Dilakukan	Diukur dengan formula: $\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$ Patuh : $\geq 85\%$ Tidak Patuh: $\leq 85\%$	Ordinal
2.	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne) (Kemenkes, 2022). Ruang ICU yang tidak menangani pasien Covid-19 menggunakan APD sebagai berikut: masker bedah, sarung tangan, sepatu pelindung, baju kerja ICU dan tutup kepala (Sulistomo et al., 2020).	Observasi kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD). 0 = Tidak dilakukan 1 = Dilakukan	Patuh jika menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) dengan lengkap yaitu masker bedah, sarung tangan, sepatu pelindung, baju kerja ICU, tutup kepala. Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi $\frac{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$ Patuh : 100% Tidak Patuh: ≤ 100	Ordinal
3.	Kepatuhan identifikasi pasien	Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti:	Observasi mengidentifikasi pasien, dengan 5 indikator penilaian: pemberian obat, pemberian darah,	Patuh jika mengidentifikasi menggunakan minimal 2 penanda nama dan tanggal lahir. Tidak patuh jika hanya menggunakan 1 penanda.	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		nama lengkap, tanggal lahir, nomor Rekam Medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.	pemberian cairan intravena, pemberian nutrisi lewat NGT, identifikasi pasien tidak sadar. 0 = Tidak dilakukan 1 = Dilakukan	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi _____ x 100 % Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi Patuh : 100% Tidak Patuh: ≤ 100%	
4.	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.	Observasi mengidentifikasi sesuai Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.	Patuh jika hasil kritis Laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit dan tidak patuh jika ≥ 30 menit. Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit _____ x 100% jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi Patuh : 100% Tidak Patuh: ≤ 100%	Ordinal
5.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit (Kemenkes, 2022)	Observasi kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh, dengan 3 indikator penilaian: Asesment awal risiko jatuh, Asesment ulang risiko jatuh, intervensi pencegahan risiko jatuh. 0 = Tidak dilakukan 1 = Dilakukan	Patuh jika melakukan 3 upaya a. Asesment awal risiko jatuh b. Asesment ulang risiko jatuh c. Intervensi pencegahan risiko jatuh Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh _____ x 100% Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi Patuh : 100% Tidak Patuh: ≤ 100%	Ordinal
6.	Kepuasan pasien	Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian	Unsur survei kepuasan pasien	Untuk menentukan kepuasan pasien dengan menggunakan	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.	dalam peraturan ini meliputi: a. Persyaratan. b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. c. Waktu Penyelesaian. d. Biaya/Tarif. e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. f. Kompetensi Pelaksana. g. Perilaku Pelaksana. h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan. i. Sarana dan prasarana.	formula: Total nilai persepsi seluruh responden $\frac{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25\%$ Puas $\geq 76,61$ Tidak puas $\leq 76,61$	

2. Definisi penelitian kualitatif pada penelitian ini yaitu kepatuhan perawat terhadap indikator nasional mutu di ruang ICU RSUD Kolonodale.

Tabel 3.2 Definisi Data Kualitatif

No	Data Kualitatif	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur
1.	Kepatuhan perawat terhadap Indikator Nasional Mutu	Tolak ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan	Wawancara semi terstruktur	Dilakukan transkrip dan menentukan tema