

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa ditandai dengan gangguan yang signifikan secara klinis dalam kognisi, regulasi emosi atau perilaku individu yang biasanya berhubungan dengan distress. Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Secara global, satu dari setiap delapan orang atau 970 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan jiwa dan sekitar 1 dari 4 keluarga memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (WHO, 2022).

Di Indonesia terjadi peningkatan prevalensi gangguan jiwa, dimana tahun 2013 sebanyak <5% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 7% atau sekitar 450 ribu orang, sementara di Provinsi Sulawesi Selatan berada pada peringkat 5 terbanyak penderita skizofrenia sebanyak 8.677 (8.8%) dan 22.798 (12.8%) gangguan mental emosional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan per Desember 2024 menunjukkan jumlah penyandang ODGJ berat sebanyak 35.022 jiwa, dengan diagnosa skizofrenia 21.855, psikotik akut 3.223 jiwa, ansietas 5.083 jiwa, depresi 3.288 dan gangguan lainnya 1.361 jiwa. Jumlah ODGJ terbanyak di kota Makassar, Kab. Bone dan Kab. Gowa (Dinkes Sulsel, 2024). Data rata-rata pasien RSKD Dadi yang dirawat selama 5 tahun terakhir sejumlah 2.028 pasien (Bag. Penunjang, 2024).

Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis dengan kerentanan tinggi terhadap kekambuhan. Studi menunjukkan bahwa 30–60% pasien mengalami relapse dalam dua tahun setelah episode pertama, meningkat hingga 80% dalam lima tahun (Pelayo-Terán et al., 2014). Kekambuhan berdampak pada biaya rawat inap yang tiga kali lebih tinggi dan total biaya perawatan lima kali lebih besar dibandingkan pasien tanpa relapse (Ascher-Svanum et al., 2010). Di samping aspek klinis yang memerlukan penanganan intensif untuk mencegah relapse, aspek sosial seperti stigma dan keterbatasan layanan sosial menjadi hambatan signifikan dalam perawatan dan reintegrasi pasien.

Stigma sebagai label negatif yang dilekatkan masyarakat berdampak pada penolakan keluarga terhadap ODGJ, sehingga banyak penderita terlantar tanpa identitas dan sulit dipulangkan dari rumah sakit (Alfianto et al., 2019). Kurangnya fasilitas, perhatian pemerintah daerah, dan peran instansi terkait menjadikan regulasi belum optimal. Di Sulawesi Selatan belum tersedia panti sosial khusus ODGJ, sehingga pasien terlantar dialihkan ke RSKD Dadi untuk perawatan jangka panjang (Keswamas, 2021). Permasalahan lain yang dihadapi rumah sakit adalah readmisi, pasien pasung, pasien kesehatan, dan LOS yang melebihi standar (Kandar et al., 2021).

komunitas dan fasilitas rehabilitasi jangka panjang turut menunda Al-Sughayir (2016), sementara jarak tempat tinggal pasien juga rawat (Basnet et al., 2018). Kendala lain terjadi karena tahap penyaluran pasien belum berjalan optimal, sehingga rumah sakit dropping pasien yang melewati batas rawat 42 hari atau lama tidak



dikunjungi keluarga (Laury M.G Korobu, 2015). Situasi ini semakin kompleks ketika rumah sakit harus beradaptasi dengan berbagai perubahan lingkungan pelayanan kesehatan.

Dalam era transformasi, rumah sakit di Indonesia menghadapi berbagai tekanan eksternal dan internal yang mempengaruhi keberlangsungan mutu pelayanan. Studi menunjukkan tujuh tantangan besar bagi rumah sakit, yaitu kebijakan, politik, ekonomi, perubahan paradigma manajemen rumah sakit, perubahan perilaku pasar dan konsumen, bencana, serta konflik. Hambatan dalam menciptakan rumah sakit yang tangguh juga mencakup budaya organisasi yang belum mendukung, lemahnya kerja sama lintas sektor, keterbatasan kepemimpinan, kekurangan sumber daya manusia, minimnya pola pikir bisnis, dan resistensi terhadap perubahan (Sari et al., 2024). Kondisi ini turut mempengaruhi rumah sakit jiwa, termasuk RSKD Dadi.

Peningkatan LOS di RSKD Dadi dari 88 hari pada 2017 menjadi 137 hari pada 2019, melampaui standar ideal 42 hari, bahkan lebih panjang dari batas INA-CBGs untuk fase kronis. Pemulangan ODGJ menjadi tantangan tersendiri karena pasien tidak dapat pulang mandiri, sehingga proses dropping sering gagal akibat keluarga menolak menerima pasien. Clinical pathway yang belum optimal semakin memperpanjang LOS. Berbagai upaya telah dilakukan, seperti program dropping dan penyediaan ruang rehabilitasi mental, namun belum berjalan maksimal. Pembentukan Unit KESWAMAS sejak 2020 menjadi langkah strategis untuk mengatasi pengendapan pasien melalui koordinasi lintas sektor. Inovasi SILEWAI yang dikembangkan KESWAMAS berhasil menurunkan AVLOS dari 138 hari menjadi 67 hari, meningkatkan jumlah pemulangan pasien, dan meraih penghargaan inovasi tingkat provinsi. Meski demikian, capaian LOS tahun 2023 masih belum memenuhi target rencana strategis rumah sakit, sehingga diperlukan upaya lanjutan untuk penguatan layanan transisi dan integrasi perawatan berbasis komunitas.

Beberapa upaya telah dilakukan RSKD Dadi untuk mengatasi masalah pengendapan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan, di antaranya program Dropping yang memulangkan pasien pulih ke keluarganya. Namun, implementasi program ini belum optimal karena pasien sering kembali (readmisi) atau keluarga menolak menerima saat dilakukan dropping. Selain itu, ruang rehabilitasi mental yang disediakan belum dimanfaatkan maksimal (Kalsum et al., 2022). Sebagai langkah strategis, Unit Kesehatan Jiwa Masyarakat (KESWAMAS) dibentuk sejak 2020 untuk mengatasi hambatan pemulangan pasien. Melalui sistem alarm lama hari rawat, KESWAMAS berhasil memulangkan 320 pasien dalam tiga bulan dengan koordinasi lintas sektor, sehingga AVLOS turun signifikan dari 138 hari pada 2019 menjadi 67 hari pada 2020. Berdasarkan keberhasilan ini, KESWAMAS mengembangkan inovasi SILEWAI (Sistem Layanan Kesehatan Jiwa Terintegrasi) sebagai layanan promotif, rehabilitatif yang mendapatkan penghargaan juara kedua inovasi 2023. Implementasi SILEWAI berdampak pada peningkatan jumlah yaitu 1.777 pasien pada 2021, 2.131 pasien pada 2022, dan 2.383 serta tidak ada lagi pasien yang melebihi batas hari rawat BPJS. LOS belum mencapai target rencana strategis rumah sakit 2018–2023 dan LOS 25 hari pada 2023.



Tabel 1. 1 LOS Psikiatri tahun 2019 - 2024

No.	Tahun	LOS (Hari)	LOS (SPM)	LOS (RENSTRA)
1	2019	138	≤ 42 Hari	25 Hari
2	2020	67		
3	2021	42		
4	2022	55		
5	2023	42		
6	2024	41		

Sumber data: Bagian Penunjang, 2024

Hingga saat ini, masih terdapat berbagai kendala dalam penerapan program inovasi SILEWAI, terutama terkait kecepatan penyampaian informasi, akurasi data, dan proses dropping pasien yang belum berjalan sesuai rencana. Penyaluran pasien ke instansi lain, seperti panti rehabilitasi, juga belum optimal, serta belum tersedia mekanisme monitoring dan evaluasi program secara sistematis. Oleh karena itu, peneliti bermaksud melakukan evaluasi penerapan program SILEWAI dan merumuskan strategi peningkatan mutu program tersebut di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

1.2 Kajian Masalah

Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, sebagai pusat rujukan layanan kesehatan jiwa di Indonesia Timur, menghadapi tantangan serius dalam pengelolaan lama hari rawat (*Length of Stay/LOS*) pasien. Berdasarkan data internal, LOS di RSKD Dadi secara konsisten melebihi standar ideal yang ditetapkan, dengan tren peningkatan dari 88 hari pada tahun 2017 menjadi 137 hari pada tahun 2019. Kondisi ini berdampak pada menurunnya efisiensi pemanfaatan tempat tidur serta meningkatkan beban biaya rumah sakit. Semakin lama pasien dirawat, maka semakin besar akumulasi biaya langsung berupa pembiayaan perawatan, obat-obatan, dan layanan penunjang. Selain itu, LOS yang panjang juga menimbulkan konsekuensi biaya tidak langsung, seperti hilangnya produktivitas keluarga, beban pengeluaran sosial, serta risiko stigma berkepanjangan bagi pasien (Aulia et al., 2017). Masalah ini semakin mengemuka karena LOS erat kaitannya dengan proses pemulangan pasien yang belum berjalan optimal, termasuk keterbatasan keterlibatan keluarga, kurangnya dukungan komunitas, dan hambatan koordinasi lintas sektor.

Masalah LOS erat kaitannya dengan proses pemulangan pasien yang belum berjalan optimal, termasuk keterbatasan keterlibatan keluarga, kurangnya dukungan komunitas, dan hambatan koordinasi lintas sektor. Sebagai upaya strategis, RSKD Dadi



ogram inovasi Sistem Layanan Kesehatan Jiwa Terintegrasi nancang untuk mempercepat proses pemulangan pasien sekaligus layanan komprehensif. SILEWAI meliputi penguatan koordinasi an, pemberian psikoedukasi kepada pasien dan keluarga, licine, serta kerja sama dengan Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan SILEWAI meliputi penguatan koordinasi antar unit perawatan, asi kepada pasien dan keluarga, pemanfaatan telemedicine, serta

kerja sama dengan Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan Kementerian Sosial. Langkah-langkah tersebut menjadi fondasi utama keberhasilan program dalam memperbaiki proses discharge planning dan mempercepat pemulihan pasien.

Sejak diluncurkan pada tahun 2021, SILEWAI terbukti memberikan kontribusi positif dalam menurunkan LOS menjadi kurang dari 42 hari, sesuai standar Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS (Kepmenkes, 2008). Namun demikian, capaian tersebut belum memenuhi target ideal Rencana Strategis rumah sakit, yakni LOS sebesar 25 hari. Selain itu, tren LOS masih menunjukkan fluktuasi dari bulan ke bulan. Data Maret 2024 menunjukkan *Average LOS* (AVLOS) kembali meningkat melampaui 50 hari, bahkan terdapat pasien skizofrenia tanpa komorbiditas dengan LOS lebih dari 103 hari yang secara signifikan memengaruhi rerata LOS keseluruhan. Fenomena ini memperlihatkan bahwa keberhasilan program dalam aspek administratif belum sepenuhnya berdampak pada penurunan LOS secara konsisten maupun pengendalian biaya perawatan secara berkelanjutan.

Temuan ini diperkuat oleh penelitian sebelumnya yang menunjukkan pencapaian indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR), LOS, dan *Turnover Interval* (TOI) di RSKD Dadi masih berada di bawah standar yang ditetapkan. Ketidaksesuaian ini dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal, seperti kurangnya dukungan keluarga, overload pasien, dan ketidakseimbangan jumlah tempat tidur dengan pasien yang dirawat (Kalsum et al., 2022). Selain itu, belum optimalnya discharge planning dan reintegrasi pasien ke komunitas membuat risiko readmisi dan pengendapan pasien tetap tinggi.

Penelitian terdahulu menyebutkan bahwa mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat pemenuhan standar pelayanan yang ditetapkan, mencakup dimensi efektivitas, keamanan, efisiensi, dan berorientasi pada pasien (Institute of Medicine, 2001; World Health Organization, 2006a). Strategi dalam memaksimalkan mutu pelayanan dilakukan melalui penerapan standar operasional yang konsisten, penguatan monitoring, dan evaluasi berkala guna memastikan keberlanjutan perbaikan mutu (Donabedian, 1980).

Dalam konteks implementasi program, evaluasi menjadi komponen penting yang tidak hanya mengkaji pencapaian tujuan secara eksplisit, tetapi juga memeriksa relevansi indikator keberhasilan, kesesuaian proses, serta kontribusinya pada outcome klinis. Evaluasi program, menurut Muryadi (2017), bukan hanya menilai hasil akhir, tetapi juga memetakan faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan pelaksanaan sebagai dasar pengambilan keputusan strategis. Pendekatan evaluasi program yang mengacu pada kerangka Rossi et al., (2004), melalui tahapan *needs assessment*, *program theory assessment*, *process evaluation*, *outcome evaluation*, dan *impact evaluation*, dapat membantu melihat keterkaitan antara pelaksanaan program dengan hasil yang dicapai. Selain itu, *theory-driven evaluation* menurut Chen (2023) relevan digunakan untuk memastikan model intervensi sesuai dengan tujuan yang diharapkan, sehingga



kan SILEWAI dilakukan untuk menilai keberhasilan pelaksanaan, faktor-faktor yang memengaruhi, serta merumuskan strategi dalam rangka mendukung kualitas layanan kesehatan jiwa di RSKD. Penerapan harus layak secara teknis dan administratif, dapat diterima, efektif, efisien, berorientasi pada hasil, serta selaras dengan nilai dan

tujuan organisasi guna menciptakan manfaat publik yang berkelanjutan (Bryson, 2011; OECD, 2010).

Oleh karena itu, evaluasi komprehensif terhadap implementasi SILEWAI menjadi penting untuk memastikan efektivitas program tidak hanya sekadar berorientasi pada pencapaian angka administratif, tetapi juga dapat mempercepat pemulihan pasien, menurunkan LOS secara konsisten, serta mengendalikan biaya pelayanan rumah sakit. Hasil evaluasi diharapkan menjadi dasar rumusan strategi peningkatan mutu layanan kesehatan jiwa di RSKD Dadi yang berkelanjutan, efektif, dan berorientasi pada pemulihan pasien. Untuk memberikan gambaran capaian program secara lebih konkret, berikut data indikator keberhasilan SILEWAI selama tahun 2024.

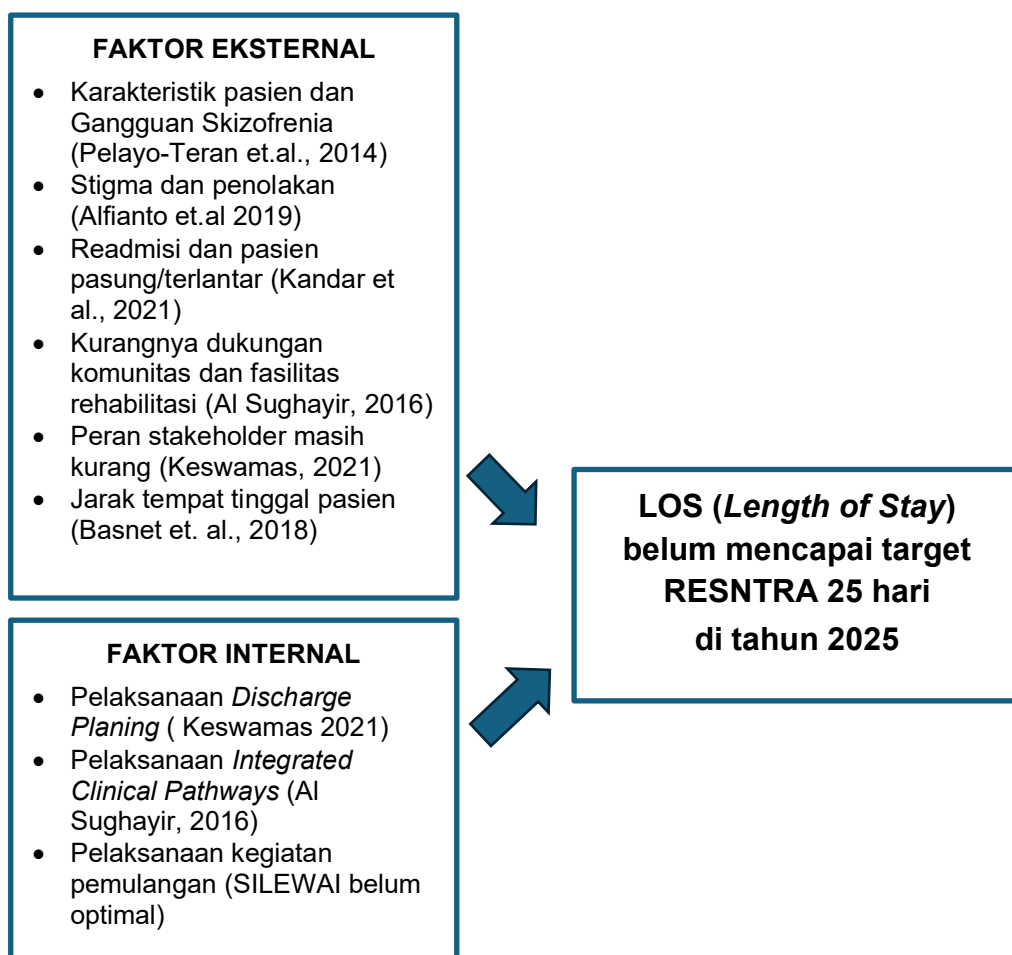
Tabel 1. 2 Hasil Evaluasi Program SILEWAI Tahun 2024

No	Indikator Keberhasilan Program	TW I	TW II	TW III	TW IV
1	Pemulangan pasien minimal 60 % berdasarkan pada jumlah pasien masuk per triwulan	97%	70%	83%	94%
2	Cara pemulangan pasien dengan metode pemulangan pasif maksimal 30% dari total pemulangan per triwulan	10%	28%	12%	30%
3	Pemulangan pasien dengan LOS 30 hari minimal 40% dari total pemulangan pertiulan	53%	46%	46%	44%

Sumber Data: KESWAMAS Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 1.2, indikator pemulangan pasien telah melampaui target minimal 60% di seluruh triwulan, dengan capaian tertinggi pada triwulan I (97%). Pemulangan pasif relatif rendah, kecuali pada triwulan IV yang mencapai ambang batas. Sementara itu, proporsi pemulangan dengan LOS ≤ 30 hari belum konsisten memenuhi target. Capaian ini dipengaruhi oleh pelaksanaan *discharge planning* yang belum optimal, keterbatasan koordinasi lintas sektor, serta kesiapan pasien dan keluarga dalam proses reintegrasi. Oleh karena itu berdasarkan penjelasan di atas dibuat kajian masalah sebagai berikut:





Gambar 1 1. Kajian Masalah Penelitian

1.3 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimana pelaksanaan input program SILEWAI RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan?
2. Bagaimana pelaksanaan proses program SILEWAI RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan?
3. Bagaimana output program SILEWAI RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan?
4. Bagaimana strategi untuk meningkatkan mutu program SILEWAI RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan?



Sulawesi Selatan.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengevaluasi pelaksanaan input program SILEWAI RSKD Dadi Prov. Sulawesi Selatan
- b. Untuk mengevaluasi pelaksanaan proses program SILEWAI RSKD Dadi Prov. Sulawesi Selatan
- c. Untuk mengevaluasi output program SILEWAI RSKD Dadi Prov. Sulawesi Selatan
- d. Untuk menyusun strategi peningkatan mutu program SILEWAI RSKD Dadi Prov. Sulawesi Selatan

1.5 Manfaat Penelitian

- a. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini mampu memberikan masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bagian manajemen mutu dan strategi peningkatan mutu program.

- b. Bagi Institusi Rumah Sakit

Penelitian ini mampu memberikan manfaat untuk masukan rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan mutu program, mutu layanan rumah sakit dan mengembangkan kualitas layanan rumah sakit.

- c. Bagi Penulis

Diharapkan bisa digunakan sebagai langkah untuk menerapkan pengetahuan dari pembelajaran masa perkuliahan. Selain itu, bisa dijadikan wadah mengembangkan pengetahuan di bidangnya yang terkait dengan mutu layanan kesehatan jiwa. Selain itu, juga digunakan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Gangguan Jiwa

Kesehatan jiwa telah menjadi masalah kesehatan global di hampir setiap negara. Di era globalisasi dan persaingan bebas, terjadi peningkatan masalah gangguan jiwa. Hakekatnya, masalah kesehatan jiwa menjadi bagian yang tidak bisa terpisahkan dari kesehatan secara keseluruhan, walaupun tidak tercatat sebagai penyebab kematian atau kesakitan yang utama, bukan berarti kesehatan jiwa tidak ada atau menjadi masalah yang kecil (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan Undang- Undang Kesehatan Nomor 17 tahun 2023, kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III di Indonesia, gangguan jiwa didefinisikan sebagai sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik dan gangguan itu tidak hanya terletak didalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Yosep & Sutini, 2016).

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan mental berat yang paling banyak ditemukan di layanan kejiwaan di Indonesia. Menurut Riskesdas 2018, prevalensinya mencapai 7 per 1000 rumah tangga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Gangguan ini bersifat kronis, memerlukan penanganan jangka panjang, dan memiliki tingkat kekambuhan yang tinggi, yakni mencapai 50–80% dalam dua tahun pertama apabila tidak dilakukan penatalaksanaan secara berkelanjutan (Robinson et al., 1999; WHO, 2019).

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang ditandai oleh gangguan serius dalam persepsi dan perilaku individu, termasuk munculnya gejala seperti delusi yang menetap, halusinasi, pola pikir yang tidak teratur, serta perilaku yang tidak terkendali atau agitasi yang berlebihan (Ausin et al., 2017). Individu yang mengalami skizofrenia umumnya juga menghadapi kesulitan yang berkelanjutan dalam fungsi kognitifnya. Meski demikian, kondisi ini dapat dikelola melalui berbagai intervensi yang terbukti efektif, seperti terapi farmakologis, psikoedukasi bagi keluarga, serta rehabilitasi psikososial (Andreas et al., 2022). Manajemen gangguan jiwa yang tepat sangat penting untuk memastikan pasien memperoleh perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Intervensi tersebut dapat berupa penggunaan obat psikotropika untuk meredakan gejala, terapi psikososial seperti konseling, serta psikoterapi yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dalam kehidupan sehari-hari (WHO, 2022).



of Stay (LOS)

ah sakit biasanya ditentukan oleh dokter yang terlibat dalam
n didorong oleh kebutuhan klinis. Kurangnya alternatif yang sesuai,
omunitas dan tempat tidur rehabilitasi jangka panjang, dapat

menunda pemulangan dari bangsal psikiatri akut. Namun, LOS berkepanjangan belum tentu akibat dari penundaan pemulangan jika pasien terus memerlukan perawatan rumah sakit atas dasar klinis. Hal ini harus ditekankan bahwa mengurangi LOS tidak berarti pemulangan prematur, yang dapat menimbulkan tekanan pada unit gawat darurat dan menyebabkan lebih banyak morbiditas psikiatrik dalam jangka panjang (Al-Sughayir, 2016).

LOS menurut Huffman (1994) adalah "*the average hospitalization stay of inpatient discharged during the period under consideration*". Cara menghitung Length of Stay (LOS):

LOS: Tanggal Keluar – Tanggal Masuk

Average Length of Stay (ALOS) yaitu rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut (Kemenkes, 2011). Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari.

ALOS : Jumlah Lama Dirawat
Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)

Durasi rawat inap yang panjang (Length of Stay/LOS) pada pasien psikiatri kerap dikaitkan dengan faktor sosial ekonomi yang rendah. Pasien yang menerima layanan rumah sakit dengan jaminan pemerintah umumnya berasal dari kelompok sangat miskin, tidak memiliki pekerjaan tetap, minim dukungan keuangan dari keluarga, atau bahkan tidak memiliki tempat tinggal tetap. Keterbatasan layanan pasca perawatan, seperti tempat tinggal yang layak, pekerjaan yang terfasilitasi, dan layanan rehabilitasi psikososial di komunitas, turut menghambat proses pemulangan dini dari fasilitas psikiatri akut (Saraceno B et al., 2007). Beberapa penelitian mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan LOS, antara lain skor Global Assessment of Functioning (GAF) di atas 50 saat masuk, tidak memiliki diagnosis gangguan jiwa berat seperti skizofrenia (kode F2), usia di bawah 50 tahun, dan rujukan dengan ambulans. Selain itu, psikiater dengan pengalaman praktik di bawah 12 tahun cenderung merawat pasien dengan masa rawat yang lebih singkat, dibandingkan dengan psikiater yang lebih lama bertugas di ruang gawat darurat atau bangsal akut, yang justru cenderung menangani kasus rawat inap lebih lama (Badriah et al., 2013).

Penelitian lain menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti tidak memiliki penghasilan pribadi, riwayat rawat inap dalam dua tahun terakhir, skor *Brief Psychiatric Rating Scale* dan riwayat percobaan bunuh diri turut berkontribusi terhadap layanan psikiatri akut (Baeza et al., 2018). LOS juga bervariasi medis, di mana pasien dengan skizofrenia dan gangguan sejenis rawat yang paling panjang (rata-rata $20,9 \pm 14,7$ hari), sedangkan gangguan mental organik memiliki LOS terendah ($12,9 \pm 8,4$ hari) (Basnet et al., 2013). Tingkat keparahan penyakit dan jenis asuransi menjadi prediktor



LOS, dengan pasien berpenyakit parah dan pengguna Medicaid/Medicare memiliki masa rawat lebih lama dibandingkan dengan pasien berpenyakit ringan atau pengguna asuransi swasta. Faktor demografis juga turut memengaruhi LOS, seperti usia yang lebih tua, jenis kelamin perempuan, serta latar belakang ras dan tingkat pendapatan wilayah tempat tinggal, yang masing-masing menunjukkan variasi dalam lama rawat inap (Bessaha et al., 2017).

Faktor sosial dan klinis lainnya turut memperkuat pemahaman tentang determinan LOS. Dimitri et al., (2018) melaporkan bahwa pasien yang mengalami kerugian sosial seperti tunawisma, ketergantungan pada bantuan sosial, dan kurangnya kontak sosial sebelum masuk rumah sakit yang memiliki kecenderungan menjalani rawat inap lebih lama. Selain itu, kondisi klinis yang lebih berat, ditunjukkan dengan skor *Clinical Global Impression* (CGI) yang tinggi, diagnosis gangguan psikotik, komorbiditas gangguan penggunaan zat, riwayat rawat inap sebelumnya, serta status hukum yang memaksa perawatan, juga berkontribusi pada peningkatan LOS. Menariknya, dampak spesifik dari faktor-faktor prediktif tersebut dapat berbeda-beda antar negara, mencerminkan konteks sistem pelayanan kesehatan dan sosial yang beragam. Misalnya, status tunawisma menunjukkan prediksi LOS yang bertolak belakang tergantung pada wilayah, sedangkan faktor lain menunjukkan arah hubungan yang serupa tetapi dengan tingkat kontribusi yang berbeda secara statistik.

Pasien dengan kerugian sosial (menjadi tunawisma, menerima tunjangan dan tidak ada kontak dengan teman dalam seminggu sebelum masuk) dan tingkat keparahan klinis yang lebih tinggi (skor CGI lebih tinggi, memiliki diagnosis gangguan psikotik, memiliki gangguan penggunaan zat dalam komorbiditas, riwayat rawat inap sebelumnya dan status hukum paksa) memiliki LOS yang lebih panjang. Namun, dampak spesifik dari prediktor ini pada LOS sangat bervariasi di berbagai negara. Satu variabel, tunawisma, memprediksi LOS yang berbeda bahkan dalam arah yang berlawanan, sedangkan untuk prediktor lain arah asosiasinya sama, tetapi nilai prediksi karakteristik tingkat pasien berbeda secara signifikan (Dimitri et al., 2018).

Penyalahgunaan zat secara konsisten terbukti terkait dengan masa tinggal yang lebih pendek. Gangguan suasana hati dan psikotik telah terbukti memperpanjang masa tinggal di rumah sakit jiwa akut. Wanita cenderung tinggal lebih lama di rumah sakit jiwa akut. Variabel demografis lainnya seperti usia dan pendidikan memiliki hasil yang samar-samar, sementara status pernikahan dan pekerjaan secara konsisten terkait dengan lama tinggal yang lebih pendek. Penggunaan pengekangan dan ECT selama rawat inap telah terbukti memperpanjang masa tinggal di rumah sakit (Gopalakrishna et al., 2015). Usia, status perkawinan, rawat inap paksa dan diagnosis gangguan afektif atau gangguan psikotik terbukti menjadi variabel independen yang memprediksi lama tinggal (Ithman, 2014).



il Cost

sakit atau hospital cost merujuk pada tarif yang dikenakan sebagai inap yang diberikan oleh rumah sakit, baik yang bersifat pelayanan pun nonmedis pendukung. Penetapan tarif rawat inap dilakukan rawatan, dengan struktur berjenjang: tarif kelas III ditentukan paling

rendah, kelas II disesuaikan dengan titik impas atau break even point, sedangkan tarif kelas I dan kelas VIP ditetapkan lebih tinggi dari kelas II berdasarkan prinsip kewajaran atau asas kepatutan. Khusus bagi pasien yang memperoleh jaminan dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), tarif layanan mengacu pada standar tarif nasional yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku (Permenkes, 2015). Dengan demikian, sistem tarif rumah sakit di Indonesia dirancang untuk mengakomodasi aspek efisiensi ekonomi sekaligus mempertimbangkan keadilan dalam akses pelayanan kesehatan.

Biaya rumah sakit mencakup keseluruhan aktivitas yang berkaitan dengan operasional inti layanan kesehatan, baik yang berhubungan langsung maupun tidak langsung dengan proses perawatan pasien. Secara umum, biaya ini diklasifikasikan menjadi dua kategori utama, yaitu biaya langsung dan biaya tidak langsung. Biaya langsung mencakup seluruh pengeluaran yang berkaitan secara langsung dengan pelayanan medis selama pasien menjalani rawat inap, seperti biaya kamar per malam, pemeriksaan klinis, konsultasi dokter, layanan penunjang (laboratorium dan penggunaan alat medis), tindakan medis, pengadaan obat, serta administrasi pelayanan. Sementara itu, biaya tidak langsung mengacu pada pengeluaran yang tidak secara langsung terlibat dalam proses penyembuhan pasien, seperti biaya transportasi yang dikeluarkan pasien atau keluarganya untuk datang dan kembali dari rumah sakit. Keseluruhan pengeluaran tersebut dihitung sebagai total cost, yaitu akumulasi dari biaya langsung dan tidak langsung selama periode perawatan di rumah sakit (Aulia et al., 2017).

Tarif INA-CBG (Indonesian Case-Based Groups) merupakan sistem pembayaran klaim yang digunakan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), berdasarkan kelompok diagnosis penyakit dan tindakan medis yang telah distandarkan. Sistem ini mencakup seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam proses pelayanan, baik aspek medis maupun nonmedis. Sebagai contoh, untuk pasien dengan diagnosis skizofrenia ringan, tarif klaim yang berlaku adalah sebesar Rp5.748.200 untuk kelas perawatan III, Rp6.696.600 untuk kelas II, dan Rp7.645.100 untuk kelas I (Menteri Kesehatan RI, 2023). Dalam konteks pembiayaan, hospital cost atau biaya rumah sakit merujuk pada selisih antara total biaya riil yang dikeluarkan oleh rumah sakit untuk merawat pasien dengan besaran klaim asuransi kesehatan yang diterima. Perhitungan hospital cost dapat dirumuskan sebagai:

$\text{Hospital Cost} = \text{Biaya riil rumah sakit} - \text{Klaim asuransi kesehatan}$

Dengan demikian, perbedaan ini mencerminkan beban finansial yang harus ditanggung rumah sakit di luar pembiayaan dari sistem jaminan kesehatan yang berlaku (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Biaya perawatan rumah sakit (*hospital cost*) ternyata sangat dipengaruhi oleh



nis. Studi menunjukkan bahwa biaya perawatan wanita sekitar 7% kan pria secara signifikan ($p < 0,001$). Berdasarkan ras atau etnis, a dan Hispanik memiliki biaya yang lebih rendah masing-masing , dibandingkan pasien kulit putih, sedangkan pasien Asia atau istri memiliki biaya sekitar 10% lebih tinggi ($p < 0,001$). Ketika rata-rata observasi tertimbang yang telah disesuaikan, nilai *cost of* rendah 1% untuk pasien kulit putih, 6% lebih rendah untuk pasien

Afrika-Amerika, dan 4% lebih rendah untuk pasien Hispanik. Sebaliknya, COS untuk pasien Asia/Kepulauan Pasifik tercatat 9% lebih tinggi ($p < 0,001$). Faktor sosioekonomi juga berkontribusi terhadap variasi biaya, di mana pasien dari wilayah dengan pendapatan rumah tangga tertinggi memiliki biaya perawatan 6% lebih tinggi dibandingkan mereka yang berasal dari daerah berpendapatan rendah ($p < 0,001$).

Selain karakteristik demografis, sumber pembayaran dan tipe rumah sakit turut memengaruhi besar kecilnya biaya rawat inap. Pasien dengan jaminan Medicare menempati posisi tertinggi dalam hal pengeluaran biaya, diikuti oleh pasien Medicaid, sedangkan pasien yang membiayai sendiri pengobatannya memiliki biaya paling rendah. Biaya rawat inap di rumah sakit pendidikan tercatat 6% lebih tinggi daripada di rumah sakit non-pendidikan ($p < 0,001$), dan rumah sakit besar memiliki biaya yang 17% lebih tinggi dibandingkan rumah sakit kecil ($p < 0,001$). Lokasi geografis rumah sakit juga memainkan peran penting; rumah sakit yang berada di wilayah Timur Laut Amerika Serikat mencatat biaya antara 11% hingga 55% lebih tinggi dibandingkan rumah sakit di wilayah lain ($p < 0,001$). Rumah sakit yang berlokasi di daerah perkotaan memiliki biaya rawat inap 38% lebih tinggi dibandingkan rumah sakit di pedesaan ($p < 0,001$). Faktor klinis seperti derajat kehilangan fungsi pasien turut berpengaruh, di mana individu dengan kehilangan fungsi ekstrim memiliki biaya perawatan yang 102% lebih tinggi dibandingkan individu dengan kehilangan fungsi ringan ($p < 0,001$) (Bessaha et al., 2017).

Salah satu pertimbangan utama dalam kebijakan kesehatan jiwa yang mendorong pemendekan lama hari rawat inap (*length of stay/LOS*) di fasilitas psikiatri adalah efisiensi biaya. Tujuan pengurangan biaya ini didukung oleh temuan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam tingkat kekambuhan atau luaran klinis lainnya antara pasien yang menjalani rawat inap jangka pendek dan jangka panjang (Babalola et al., 2014). LOS merupakan indikator penting dalam penggunaan sumber daya rumah sakit dan menunjukkan korelasi yang kuat dengan total biaya pelayanan, terutama pada perawatan yang bersifat padat karya seperti dalam layanan kesehatan mental (Mason et al., 2011). Dengan demikian, optimalisasi durasi rawat inap menjadi strategi penting dalam pengelolaan efisiensi layanan psikiatri.

2.4 Program Sistem Layanan Kesehatan Jiwa Terintegrasi (SILEWAI)

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna (komprehensif dan holistik) (Permenkes, 2018). Rumah sakit tidak hanya sekedar tempat merawat pasien tetapi dapat juga dipandang sebagai pusat kesehatan mandiri bagi masyarakat. UPT RSKD Dadi adalah institusi layanan kekhususan jiwa di Sulawesi Selatan yang merupakan pusat rujukan Indonesia Timur. Oleh karena itu, UPT RSKD Dadi harus mampu melaksanakan fungsinya sebagai layanan kesehatan jiwa yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif tertancup dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan jiwa yang bernama SILEWAI.

Program Sistem Layanan Kesehatan Jiwa Terintegrasi (SILEWAI). Kata SILEWAI berasal dari kata Sili (saling) dan Wai (membantu), sebagai kearifan lokal mengandung arti saling membantu, saling



menguatkan, bersama-sama berusaha menyelesaikan masalah kesehatan jiwa di masyarakat baik sebelum perawatan, saat perawatan dan sesudah perawatan dalam hal ini kontinuitas pelayanan rumah sakit. Program SILEWAI berkontribusi dalam mencapai SDGs (tujuan pembangunan berkelanjutan) poin 3, yaitu menjamin kehidupan sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk. Salah satu indikator yang sesuai dengan tujuan 3 SDGs (3.4) adalah untuk mengurangi angka kematian dini akibat penyakit tidak menular hingga sepertiga pada tahun 2030.

Pelaksanaan program Sistem Layanan Terintegrasi ODGJ dan Wilayah (SILEWAI) melibatkan berbagai pemangku kepentingan lintas sektor, antara lain Kementerian Sosial, dinas kesehatan dan dinas sosial di tingkat kabupaten/kota, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, Badan Amil Zakat Nasional (BAZNAS), Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI), Ikatan Psikiatri Klinis Indonesia (IPKJI), pelaku usaha, serta komunitas pemerhati kesehatan jiwa seperti Halo Jiwa Indonesia dan Komunitas Pejuang Pulih (KOPI). Keterlibatan multipihak ini menunjukkan pendekatan holistik dalam penanganan permasalahan kesehatan jiwa, khususnya dalam mengatasi pengendapan pasien di rumah sakit jiwa.

Pendekatan *patient center* yakni pasien yang telah selesai menjalani perawatan medis namun tidak dapat segera dipulangkan karena kendala sosial dan administratif, maka SILEWAI menginisiasi beberapa strategi. Pertama, SILEWAI meningkatkan kualitas layanan intra-rumah sakit melalui penguatan koordinasi antar-ruangan perawatan, terutama dalam proses persiapan pemulangan pasien serta pelaksanaan psikoedukasi selama perawatan dan menjelang kepulangan. Kedua, program ini aktif melakukan psikoedukasi kepada pasien, keluarga, dan masyarakat luas mengenai fungsi dan peran rumah sakit jiwa serta pentingnya penghapusan stigma terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Ketiga, SILEWAI berkoordinasi secara intensif dengan dinas kesehatan dan dinas sosial setempat untuk mempercepat proses pemulangan pasien pasca-perawatan.

Selanjutnya, SILEWAI juga menyediakan layanan telemedicine sebagai bentuk pendampingan pasca-pemulangan, yang ditujukan untuk pengelola program kesehatan jiwa di tingkat kabupaten/kota dalam upaya mencegah rawat ulang (readmisi). Kelima, program ini membangun sinergi dengan dinas kesehatan, dinas sosial, serta Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil dalam rangka penanganan pasien pasung dan ODGJ terlantar. Keenam, SILEWAI bekerjasama dengan Instalasi Rehabilitasi Psikososial rumah sakit, komunitas, akademisi, organisasi profesi, dan stakeholder lainnya dalam merancang dan mempersiapkan program rehabilitasi psikososial bagi pasien sebelum dipulangkan. Terakhir, dalam kerangka rehabilitasi sosial, SILEWAI menggandeng Kementerian Sosial untuk menyalurkan pasien ODGJ pasca-rawat ke layanan sosial yang sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu. Dengan keterpaduan dan integratif ini, SILEWAI diharapkan mampu secara efektif melayani pasien di rumah sakit jiwa serta mendukung keberlanjutan ODGJ di lingkungan komunitas.



Program SILEWAI

- a. Meningkatkan mutu layanan RSKD Dadi utamanya layanan kesehatan jiwa.
- b. Mengatasi masalah pemulangan dan pengendapan pasien yang menyebabkan terjadinya kerugian dalam pelayanan RSKD Dadi.
- c. Mengoptimalkan kerja sama dengan instansi terkait dalam mengatasi masalah pasien terlantar, pasien pasung, pasien tanpa jaminan, pasien tertolak keluarga dan masyarakat.
- d. Bersama-sama stakeholder mematahkan stigma masyarakat terhadap ODGJ sehingga ODGJ dapat kembali pulih beraktivitas di Masyarakat.

2.4.2 Manfaat Program SILEWAI:

Manfaat dari Sistem Layanan Kesehatan Jiwa Terintegrasi (SILEWAI), yaitu:

- a. Pasien: mendapatkan perawatan yang berkualitas, pasien pulih dapat kembali produktif di masyarakat, mendapatkan hak nya kembali dan mengurangi biaya perawatan pasien
- b. Keluarga: dapat mengurangi beban sosial ekonomi keluarga, mendapatkan edukasi sehingga dapat lebih terlibat dalam penanganan pasien
- c. RSKD Dadi: peningkatan mutu layanan, peningkatan pendapatan rumah sakit, mengurangi kerugian RS
- d. Instansi terkait (Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dukcapil, dan lain-lain): pelaksanaan program lintas sektor dapat berjalan dengan optimal.

Indikator keberhasilan program adalah sebagai berikut :

- a. Pemulangan pasien minimal 60 % berdasarkan pada jumlah pasien masuk per triwulan
- b. Cara pemulangan pasien dengan metode pemulangan pasif maksimal 30% dari total pemulangan per triwulan
- c. Pemulangan pasien dengan LOS 30 hari minimal 40% dari total pemulangan per triwulan.
- d. Hasil Inovasi program SILEWAI:
- e. Setelah diimplementasikannya program SILEWAI, terdapat beberapa hal signifikan yang didapatkan diantaranya:
- f. Jumlah pemulangan pasien meningkat dari tahun sebelumnya 2020 (1.777 pasien) tahun 2021 (2.131 pasien) dan pada tahun 2022 (2.383 pasien)

Terjadinya penurunan lama hari rawat dimana tidak ada lagi pasien yang melebihi apkan oleh BPJS. Hal tersebut berdampak pada penurunan nilai dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit dan peningkatan



kannya integrasi layanan dengan instansi terkait, permasalahan erah dapat teratasi lebih cepat dan sistem rujukan lebih optimal. ampingan yang dilakukan oleh RSKD Dadi mampu mengatasi pi daerah yang belum memiliki dokter spesialis jiwa, memudahkan

pengelola keswa kabupaten/ kota dalam memberi penatalaksanaan awal dan dalam proses merujuk pasien

Hingga saat ini SILEWAI telah menghasilkan beberapa MOU dengan dinas kesehatan/dinas sosial di antaranya:

- a. MOU dengan Dinkes Kab. Jeneponto
- b. MOU dengan Dinkes Kab. Sinjai
- c. MOU dengan Dinkes Kab. Barru
- d. MOU dengan Dinkes Kab. Bone
- e. MOU dengan Dinkes Kab. Maros
- f. MOU dengan Dinsos Makassar
- g. MOU dengan Dinsos Pare-Pare
- h. MOU dengan Dinsos Prov Mimika Papua
- i. MOU dengan Dukcapil Kota Makassar
- j. MOU dengan Sentra Wirajaya Makassar
- k. MOU dengan Sentra Gau Mabaji Gowa
- l. MOU dengan Sentra Pangurangi Takalar

Dengan melakukan MOU dengan dinas terkait dalam hal ini dinas kesehatan dan dinas sosial kabupaten/kota dapat mengatasi permasalahan pembiayaan ODGJ terlantar/ pasung sehingga ODGJ terlantar/pasung dapat menerima manfaat pelayanan kesehatan jiwa secara optimal. Pihak kabupaten telah menyelesaikan masalah pembiayaan sebelum dibawa ke RSKD Dadi sehingga tidak ada lagi masalah penolakan pasien saat diterima di IGD akibat pembiayaan.

Dengan melakukan MOU dengan dinas sosial dan dinas kesehatan kabupaten, proses pemulangan pasien dalam bentuk dropping luar kota dapat dilakukan lebih mudah. Pasien cukup diantarkan ke dinas sosial setempat dan dinas sosial dibantu dinas kesehatan mempersiapkan keluarga dalam proses penerimaan pasien sehingga menurunkan angka penolakan keluarga saat pasien dipulangkan.

2.5 Konsep Evaluasi

Keberhasilan sebuah program dapat dilihat dari apa yang direncanakan dengan apa yang dilakukan, apakah hasil yang diperoleh berkesesuaian dengan hasil perencanaan yang dilakukan. Evaluasi Program dapat dilakukan dengan pendekatan *Theory of Change*. Dalam mengevaluasi program yang kompleks dan bersifat dinamis seperti SILEWAI, pendekatan tradisional yang hanya berfokus pada input dan output sering kali tidak memadai. Oleh karena itu, dibutuhkan pendekatan evaluasi yang mampu



n jalur perubahan dan interaksi antar faktor yang memengaruhi satu pendekatan yang relevan untuk kondisi ini adalah Theory of

nge adalah suatu pendekatan yang menjelaskan bagaimana dan /ensi diharapkan menghasilkan hasil tertentu, dengan memetakan input, aktivitas, output, hingga outcome dan impact dalam konteks

yang spesifik. Evaluasi dengan pendekatan ToC tidak hanya menilai apakah tujuan tercapai, tetapi juga memeriksa validitas asumsi-asumsi yang mendasari jalur perubahan dan sejauh mana konteks eksternal berpengaruh terhadap hasil.

Karakteristik program yang cocok dievaluasi menggunakan *Theory of Change* antara lain:

- a. Bersifat eksploratif atau developmental, masih dalam tahap pengembangan dan adaptasi;
- b. Berlangsung dalam lingkungan yang dinamis, di mana faktor sosial, politik, dan ekonomi berubah-ubah;
- c. Jangka waktu pelaksanaan menengah hingga panjang, sehingga memerlukan evaluasi formatif dan sumatif;
- d. Memiliki jalur kausalitas yang kompleks, tidak linear, serta melibatkan berbagai aktor dan level intervensi;
- e. Pelaksanaan program bervariasi antar wilayah atau unit kerja;
- f. Outcome bersifat tidak langsung atau lunak (*soft outcomes*), seperti peningkatan partisipasi, perubahan sikap, atau keberdayaan komunitas;
- g. Konteks sangat memengaruhi hasil, sehingga evaluasi harus mempertimbangkan faktor eksternal seperti budaya lokal, dukungan lintas sektor, dan dinamika sosial (Vogel, 2012).

Dalam konteks program SILEWAI, yang bertujuan memperkuat layanan kesehatan jiwa melalui kolaborasi lintas sektor dan pendekatan komunitas, pendekatan ToC dapat digunakan untuk memetakan kontribusi berbagai komponen program terhadap penurunan LOS, peningkatan kepatuhan rawat jalan, hingga reintegrasi sosial ODGJ. Dengan ToC, evaluasi tidak hanya fokus pada angka capaian, tetapi juga mampu menjawab "apa yang bekerja, dalam konteks apa, dan bagaimana cara kerjanya."

Untuk dapat memperoleh implementasi rencana yang sesuai dengan apa yang direncanakan manajemen harus menyiapkan sebuah program yaitu monitoring. Monitoring ditujukan untuk memperoleh fakta, data dan informasi tentang pelaksanaan program, apakah proses pelaksanaan kegiatan dilakukan sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Selanjutnya, temuan-temuan hasil monitoring adalah informasi untuk proses evaluasi sehingga hasilnya apakah program yang ditetapkan dan dilaksanakan memperoleh hasil yang berkesuaian atau tidak (Arifin et al., 2019).

2.6 Evaluasi Internal

Dari Kaufman dan Thomas dikutip dari Suharsimi dan Cepi membedakan model evaluasi menjadi beberapa model yaitu diantaranya sebagai berikut:



oriented Evaluation Model

na kali dikembangkan oleh Tyler. Yang dijadikan objek penelitian ini adalah tujuan program yang sudah ditetapkan jauh sebelum luasi ini menggunakan tujuan-tujuan tersebut untuk menentukan

1.

Free Evaluation Model

Dikembangkan oleh Scriven, dari model ini bukan dilihat dari tujuan namun dari bagaimana kerjanya program dengan jalan mengidentifikasi penampilan-penampilan yang terjadi, Baik dari segi positif maupun negative. Dari uraian ini yang dimaksud dengan “evaluasi lepas dari tujuan” dalam model ini bukannya lepas sama sekali dari tujuan, tetapi hanya lepas dari tujuan khusus. Model ini hanya mempertimbangkan tujuan umum yang akan dicapai.

c. Formative-Summative Evaluation Model

Model ini lebih menunjuk pada tahapan dan lingkup objek yang dievaluasi. Arti dari summative itu sendiri adalah program yang sudah terselesaikan sedangkan formatif yaitu program yang sedang dilaksanakan. Tujuan dari model sumatif adalah untuk mengetahui ketercapaian program yang telah dilaksanakan sedangkan untuk yang formatif adalah untuk mengetahui hambatan apa saja yang dialami dan seberapa jauh program yang dirancang dapat terlaksana.

d. Countenance Evaluation Program

Model ini dikembangkan oleh Stake. pada model ini lebih mengedepankan dua dasar kegiatan dalam evaluasi yakni *Judgement* dan *Description*. setiap hal tersebut ada 3 aspek yang membedakan yaitu *Antecedents* (Context), *Transaction* (Process), *Outcomes* (Output).

e. Responsive Evaluation Model

Sesuai namanya, dalam model ini evaluator lebih peka terhadap berbagai pandangan dan persepsi dari luar sehingga menjadikan lebih ambisius dan kritis dalam menyimpulkan. keputusan kekurangan dari model ini adalah menjadikan tidak fokus terhadap program yang ada, evaluator sulit menentukan prioritas informasi, keterbatasan menampung semua sudut pandangan yang berbeda.

f. CSE-UCLA Evaluation Model

Model ini merupakan kepanjangan dari *Center For Study of Evaluation*. Sedangkan UCLA kepanjangan dari University Of California in Los Angeles. Ada 5 tahapan yang dilakukan dalam evaluasi yakni perencanaan, pengembangan, implementasi, hasil, dan dampak.

g. Discrepancy Model

Model ini pertama kali dikembangkan oleh Provus. Makna Discrepancy itu sendiri adalah kesenjangan atau ketidakseimbangan. Dalam model ini lebih menekankan pada sudut pandang kesenjangan dalam pelaksanaan program. Evaluator bertugas untuk mengukur kesenjangan yang ada di setiap komponen program.

h. CIPP Evaluation model

Model ini pertama kali dikembangkan oleh Stufflebeam. Pada model ini lebih banyak keputusan yang tujuannya untuk membantu evaluator dalam



ini berisikan konteks, input, proses, dan produk.

si context menentukan kebutuhan, masalah-masalah, dan tahapan untuk menentukan tujuan dan prioritas serta menentukan hasilnya. Evaluasi input menentukan pendekatan alternatif, untuk

menentukan keputusan sebagai sarana perencanaan program dan mengalokasikan sumber daya.

- b. Evaluasi proses menilai pelaksanaan rencana untuk mengarahkan kegiatan, kemudian membantu menjelaskan hasilnya.
- c. Evaluasi produk menilai hasil baik yang sesuai dengan yang direncanakan ataupun yang tidak direncanakan serta mengukur keefektifan proses tersebut (Arikunto & Cepi, 2004).

2.7 Evaluasi Eksternal

Evaluasi eksternal, diselenggarakan oleh staf yang di luar pelaksana program. Evaluasi ini biasanya dimotivasi oleh pertanyaan-pertanyaan dari luar dan memerlukan respon yang akurat terhadap pertanyaan yang diajukan pihak luar. Evaluasi eksternal bersifat sumatif yaitu keputusan tentang penggantian pemeriksaan, penghargaan atau keputusan akuntabilitas adalah hasil akhir. Evaluator eksternal lebih efektif karena kemampuan mereka untuk melangkah kembali mengambil pandangan objektif pada gambaran besar. Komunitas, daerah bagian, dan persoalan pemerintah menjadi berperan dalam evaluasi sumatif. Evaluator eksternal sering berperan sebagai pembina evaluasi yang profesional. Pelaksanaan evaluasi dapat dilakukan juga dengan pihak lain. Hal tersebut penting dilakukan agar tercipta transparansi, objektivitas, dan akuntabilitas yang benar-benar terjaga (Arikunto, 2004).

2.8 Ruang Lingkup Evaluasi

Menurut Azwar (2008), evaluasi program kesehatan mencakup berbagai hal yang harus dinilai secara sistematis untuk memastikan program berjalan sesuai tujuan. Sementara itu, Notoatmodjo (2003) dan Muninjaya (2004) menjelaskan bahwa ruang lingkup evaluasi setidaknya mencakup empat aspek utama, yaitu evaluasi input, process, output, dan outcome, yang menjadi kerangka dasar dalam penilaian keberhasilan program kesehatan.

a. Evaluasi Terhadap Input

Termasuk dalam evaluasi *input* berhubungan dengan pendayagunaan beberapa jenis sumber, seperti Sumber Daya Manusia (*man*), anggaran (*money*), Sarana-Prasarana (*material and machines*), dan juga metode (*methode*). Tujuan dari evaluasi ini adalah mengetahui pemanfaatan sumber daya telah sesuai dengan standar dan kebutuhan.

b. Evaluasi Terhadap Proses (*Process*)

Evaluasi ini lebih ditekankan pada pelaksanaan program yang sesuai dengan pendayagunaan sumber daya semisal tenaga, dana, dan fasilitas lain, apakah telah sesuai yang telah ditetapkan atau tidak. Pada penelitian ini juga diketahui apakah metode yang dipilih sudah efektif, bagaimana komunikasi diantara staf dan lain-lain.



c. Evaluasi Terhadap Output (Keluaran)

meliputi evaluasi terhadap hasil yang dicapai dari dilaksanakannya program ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana program tersebut

berhasil, apakah hasil yang dicapai suatu program sudah sesuai dengan target yang ditetapkan sebelumnya.

d. Evaluasi Terhadap Dampak (*Impact*).

Penilaian terhadap dampak (*impact*) suatu program mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari dilaksanakannya suatu program, biasanya mempunyai dampak terhadap peningkatan kesehatan masyarakat.

e. Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi suatu program bervariasi, tergantung dari pihak yang memerlukan informasi hasil tersebut. Pimpinan tingkat atas memerlukan informasi hasil evaluasi berbeda dengan pimpinan tingkat menengah atau pelaksana. Menurut Supriyanto & Damayanti (2007), evaluasi program kesehatan dilakukan dengan berbagai tujuan, termasuk menilai kesesuaian pelaksanaan terhadap rencana, mengukur pencapaian tujuan, memberikan dasar pengambilan keputusan manajerial, serta memenuhi tuntutan pertanggungjawaban kepada pemangku kepentingan.

Menurut Donabedian (1981) untuk mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan tiga variabel yaitu struktur, proses dan outcomes.

Input

Input adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan. Karakteristik yang relatif stabil dari penyedia perawatan, alat dan sumber daya yang mereka miliki, pengaturan fisik dan organisasi di mana mereka bekerja. Konsep struktur mencakup sumber daya manusia, fisik, dan keuangan yang diperlukan untuk memberikan perawatan medis. Karakter yang mendasar dari struktur adalah kestabilan penggunaan struktur sebagai ukuran tidak langsung dalam pelayanan kesehatan tergantung pada pengaruhnya dalam pelayanan struktur mempengaruhi secara tidak langsung baik tidaknya pelayanan atau kinerjanya. Struktur memberikan kontribusi baik diinginkan atau tidak dalam pelayanan. Struktur yang dimaksud disini adalah tenaga, dana, obat, sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, dan informasi (Bustami, 2011).

Proses

Proses adalah sesuatu yang menyangkut semua aspek pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan, melakukan prosedur dan kebijaksanaan. Proses pelayanan kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang berlangsung di antara praktisi dan pasien. Standar proses akan menjelaskan apa yang harus dilakukan, bagaimana melakukannya dan bagaimana sistem bekerja (Pohan, 2017). Mutu proses diketahui dari hasil pengamatan langsung atau review dari catatan atau informasi yang merupakan rekonstruksi yang cermat, apa yang kurang lebih terjadi. Kalau proses merupakan obyek utama penilaian maka dasar penetapan mutu merupakan hubungan antara karakter-



pelayanan medis dan konsekuensinya terhadap kesehatan serta itu dan masyarakat yang berhubungan dengan nilai-nilai yang itu pelayanan kesehatan pada sisi proses pelayanan kesehatan langsung dengan praktik medis dokter atau paramedis dengan rese, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang lainnya seperti gi, diagnosis, terapi, perawatan, dan konsultasi lanjutan serta

rujukan apakah telah mengacu pada standar dan prosedur pelayanan medis yang ditetapkan secara profesional. Kepatuhan para profesional pemberi asuhan dalam memberikan pelayanan mengacu kepada standar dan prosedur tersebut, sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien. Setiap tindakan medis/keperawatan harus selalu mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Baik tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses.

Outcomes

Outcomes adalah hasil akhir atau akibat dari layanan kesehatan dan outcomes harus diukur untuk mengetahui apakah input dan proses yang telah dilakukan berhasil atau gagal (Bustami, 2011). Menurut McKenna (2016), hasil akhir (*outcome*) dalam konteks pelayanan kesehatan mengacu pada perubahan terukur dalam status kesehatan atau perilaku pasien sebagai dampak dari perawatan yang diterima. Ukuran hasil yang bersifat tradisional mencakup indikator-indikator seperti angka mortalitas (kematian), angka morbiditas (kesakitan), readmisi yang tidak terjadwal, operasi ulang atau prosedur berulang yang tidak direncanakan dan tindakan rumah sakit yang tidak perlu. Ukuran - ukuran tersebut sering dikategorikan sebagai *intermediate care outcomes* dan umumnya fokus pada proses perawatan yang terjadi di rumah sakit.

Sementara itu, menurut Bowling (2017), pengukuran *outcomes* dalam pelayanan kesehatan tidak hanya terbatas pada hasil klinis seperti mortalitas atau morbiditas, tetapi juga mencakup dimensi yang lebih subjektif seperti kesejahteraan pasien, persepsi kualitas hidup, serta kesehatan mental dan sosial, yang mencerminkan pendekatan holistik dalam evaluasi layanan kesehatan.

Dimulai dari tersedianya input atau struktur yang bermutu dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dan adanya proses pelayanan medis sesuai dengan standar atau kepatuhan terhadap standar pelayanan yang baik diharapkan hasil pekerjaan pelayanan medis yang bermutu. Standar keluaran (outcomes) ialah hasil layanan kesehatan yang telah dilaksanakan sesuai dengan standar layanan kesehatan dan ini sangat penting. Hasil pelayanan kesehatan yaitu berupa perubahan yang terjadi pada konsumen. Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula (Iman & Lena, 2017). Kriteria outcomes yang umum digunakan antara lain: 1) kepuasan pasien; 2) pengetahuan pasien; 3) fungsi pasien; 4) indikator kesembuhan, kematian, komplikasi; 5) lama hari rawat 6) keadaan pasien pulang; 7) keluhan; 8) selisih tarif (Pohan, 2017).

2.9 Manajemen Strategi

Menurut Wheelen & Hunger (2012) manajemen strategi adalah serangkaian dari pada an kegiatan-kegiatan yang menentukan keberhasilan perusahaan g. Kegiatan tersebut terdiri dari perumusan/perencanaan strategi, entasi, dan evaluasi.



Optimized using
trial version
www.balesio.com

strategis dalam organisasi pelayanan kesehatan tidak hanya rangka kerja untuk mencapai tujuan jangka panjang, tetapi juga untuk mewujudkan keberlanjutan organisasi di tengah dinamika n kesehatan, baik secara internal (seperti kebutuhan sumber daya,

kualitas SDM) maupun eksternal (regulasi, teknologi, kompetisi).

Menurut Ginter et al., (2018), proses manajemen strategis di fasilitas layanan kesehatan mencakup tiga tahap utama:

- a. Formulasi strategi (*strategy formulation*): dimulai dari penilaian lingkungan eksternal dan internal, hingga penyusunan visi, misi, dan tujuan strategis.
- b. Implementasi strategi (*strategy implementation*): pelaksanaan program dan kebijakan berdasarkan strategi yang telah dirumuskan.
- c. Evaluasi dan pengendalian (*strategy evaluation and control*): menilai efektivitas strategi dan melakukan penyesuaian jika diperlukan.

Selanjutnya, Harrison (2016) menekankan bahwa *strategic planning* menjadi alat untuk menjamin bahwa setiap unit organisasi bergerak selaras dengan arah yang telah ditentukan melalui penyusunan visi dan misi, yang kemudian dijabarkan dalam sasaran jangka pendek (operasional) dan jangka panjang (strategis). Ini penting dalam pengambilan keputusan, alokasi sumber daya, serta penguatan daya saing.

2.10 Strategi Peningkatan Mutu Program

Strategi peningkatan mutu program melibatkan identifikasi masalah, pengembangan solusi, implementasi, dan evaluasi berkelanjutan. Berikut adalah beberapa strategi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan mutu program:

a. Analisis dan Evaluasi:

Identifikasi Masalah: Identifikasi kekurangan dan masalah yang ada dalam program.

Pengumpulan Data: Kumpulkan data melalui survei, wawancara, atau pengamatan.

Analisis Data: Analisis data untuk memahami masalah dan kebutuhan.

Evaluasi Kualitas: Evaluasi layanan, dan sumber daya.

b. Perbaikan dan Pengembangan:

Peningkatan Kualitas SDM: Latih dan berdayakan SDM agar memiliki kompetensi yang lebih baik.

Penggunaan Teknologi: Manfaatkan teknologi untuk meningkatkan kualitas layanan.

c. Sumber Daya dan Anggaran:

Identifikasi Sumber Daya: Identifikasi sumber daya yang tersedia dan diperlukan.

Rencana Anggaran: Buat rencana anggaran yang jelas dan realistis.



Infrastruktur: Perbaiki dan tingkatkan infrastruktur yang ada.

dan Partisipasi:

Manajemen Rs: Libatkan Manajemen dalam proses monitoring dan

lasyarakat: Buka peluang untuk partisipasi masyarakat dalam

Kemitraan: Bangun kemitraan dengan berbagai pihak (misalnya, dinas sosial, lembaga swadaya masyarakat).

Empat usulan strategi yang disebutkan dalam policy brief bertema Quality of Care: What are effective policy options for governments in low-and middle-income countries to improve and regulate the quality of ambulatory care?

Pertama, menginvestasikan sumber daya untuk membangun definisi operasional dan pengukuran mutu layanan kesehatan. Semua standar yang diperlukan untuk menjamin mutu layanan perlu dikembangkan lengkap dengan metode pengukurannya. Pemerintah dapat bekerja sama dengan organisasi profesi dan provider untuk melakukan hal ini.

Kedua, menyediakan sumber daya dan panduan strategi peningkatan mutu di pusat layanan kesehatan publik. Strategi ini terbukti dapat meningkatkan mutu layanan di fasilitas kesehatan umum di Singapura dan Thailand. Pemerintah di kedua negara tersebut berinvestasi cukup besar untuk menjalankan strategi ini dan melakukan pengawasan berkala. Peningkatan mutu layanan kesehatan publik dapat mendorong fasilitas kesehatan swasta untuk meningkatkan mutu layanannya.

Ketiga, memperbaiki pemanfaatan pembiayaan dan strategi berbasis pasar untuk menghasilkan insentif bagi perbaikan mutu layanan kesehatan. Upaya yang dapat dilakukan dalam strategi ini diantaranya adalah mengaitkan pengukuran indikator mutu dengan sistem pembayaran *provider*. Investasi secara simultan untuk peningkatan kapasitas dan pelatihan juga perlu dilakukan agar provider dapat memberi layanan bermutu sesuai standar. Implementasi strategi ini juga dapat berupa pembuatan definisi operasional untuk tiap layanan dan melakukan pengawasan berkala. Keempat, kombinasi pelaksanaan berbagai strategi. Tidak ada strategi tunggal yang dapat berhasil optimal saat dijalankan. Implementasi berbagai strategi berdasar diagnosis masalah akan sangat dibutuhkan untuk memecahkan masalah mutu layanan kesehatan.

World Health Organization (2021) menekankan integrasi layanan jiwa ke layanan primer, pendekatan pemulihan, pelibatan masyarakat, dan penguatan sistem informasi. Donabedian (1980) menegaskan pentingnya evaluasi struktur, proses, dan hasil, sedangkan Kemenkes RI (2016) mendorong siklus PDCA dan integrasi data sebagai strategi penguatan mutu layanan kesehatan.

Strategi yang dapat dilakukan oleh penyedia layanan untuk mempertahankan dan terus meningkatkan mutunya, yaitu:

a. Quality Assurance (Jaminan Mutu)

Quality Assurance diartikan sebagai penataan dan kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk menjaga keselamatan, memelihara, dan meningkatkan mutu pelayanan (Iman & Lena, 2017). Program disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau



serta kewajaran asuhan terhadap pasien menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pada pasien dan memecahkan masalah yang ditemukan (Asmuji, 2014).

Quality Improvement

Perkesinambungan merupakan upaya peningkatan mutu secara terus-menerus yang dimotivasi oleh keinginan pasien untuk meningkatkan mutu yang

tinggi dalam pelayanan keperawatan yang komprehensif dan baik, tidak hanya memenuhi harapan aturan yang ditetapkan standar yang berlaku (Asmuji, 2014).

c. Total Quality Management (TQM)

Manajemen mutu terpadu merupakan suatu cara meningkatkan performance secara terus menerus pada setiap level operasi atau proses dalam setiap area fungsional dari suatu organisasi dengan menggunakan semua sumber daya manusia dan modal yang tersedia serta berfokus pada kepuasan pasien dan perbaikan mutu menyeluruh.



2.11 Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Matriks Penelitian Terdahulu

No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
1.	Arfella Dara Tristantia, 2018	Evaluasi sistem pelaporan insiden keselamatan Pasien di rumah sakit	Ketua Komite PMKP, Sekretaris Komite PMKP, Koordinator Keselamatan Pasien Rumah Sakit, <i>Champion</i> Mutu dan Keselamatan Pasien di unit	Mengevaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.	Studi deskriptif observasional dengan <i>cross sectional</i> yang ditunjang dengan data kualitatif	Input telah ada kebijakan yang mengatur pelaporan insiden keselamatan pasien akan tetapi pada pelaksanaan kebijakan ini sayangnya masih belum sesuai, tidak ada dana yang secara langsung namun diberikan fasilitas untuk pembuatan laporan, para petugas telah diberikan sosialisasi namun adanya perbedaan pemahaman serta rasa tanggung jawab petugas, struktur organisasi tim keselamatan pasien telah ada, metode penyelesaian masalah belum menggunakan PDSA (<i>Plan, Do, Study, Action</i>), teknologi yang digunakan sudah terkomputerisasi
	t	Evaluasi pelaksanaan program upaya kesehatan jiwa	Dua orang dokter pelaksana, seorang koordinator	Mengevaluasi pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa di wilayah kerja	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Pelaksanaan program kesehatan jiwa di Puskesmas Bandarharjo belum optimal. Hal ini dikarenakan jumlah pasien



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
		di Puskesmas Bandarharjo kota Semarang tahun 2018	Program Kesehatan Jiwa, dan seorang perawat. Informan triangulasi adalah perwakilan keluarga penderita penyakit jiwa dan kader.	Puskesmas Bandarharjo	analitik	gangguan jiwa berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar hanya 94,7%. Dengan demikian masih sekitar 5,3% pasien yang belum mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa. Masih kurangnya Standar Operasional Prosedur (SOP) pada setiap tahapan pelaksanaan program terutama pada tahap manajemen awal (pemberian obat) dan sosialisasi mengenai Program Kesehatan Jiwa.
3	Rahmadanoor at al.,2020	Inovasi Pelayanan Sistem Antrian Berbasis Online (Studi Di Rumah Sakit Umum Daerah H.Badaruddin Kasim Kabupaten Tabalong	Data yang dikumpulkan dengan menggunakan teknik keputakaan, dokumentasi, dan wawancara kepada 2 (dua) orang informan	Mengetahui gambaran bagaimana Karakteristik, faktor pendukung dan penghambat serta upaya Pelayanan Sistem Antrian Berbasis Online di Rumah Sakit Umum Daerah H.Badaruddin Kasim	Kualitatif deskriptif	Karakteristik Inovasi Pelayanan Sistem Antrian Berbasis Online di Rumah Sakit Umum Daerah H.Badaruddin Kasim di Kabupaten Tabalong dengan menggunakan indikator Kesesuaian, Kemungkinan dicoba, Kemudahan diamati, Kerumitan dan Keuntungan Relatif. Sistem antrian online ini sudah berjalan dengan baik dimana masyarakat



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
				di Kabupaten Tabalong		terbantu dengan adanya sistem ini agar tidak perlu berdesakan lagi dalam mengantri nomor antrian
4	Septian, 2021	Penerapan Sistem Pelayanan Aplikasi Pendaftaran Online di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta	Kepala Instalasi Catatan Medik (ICM) Kepala Instalasi Teknologi Informasi (INSTI) Kepala Hukum dan Hub-ungan Masyarakat (HUKMAS) Petugas Verifikasi Pendaftaran Online Petugas Teknisi Petugas Informasi Pendaftaran Online Pasien Pendaftar Online Pasien Pendaftar	Untuk melihat sejauh mana penerapan sistem pelayanan pendaftaran online di RSUP Dr. Sardjito dan faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan sistem pelayanan aplikasi pendaftaran online di RSUP Dr. Sardjito	Deskriptif kualitatif	Penerapan sistem pelayanan aplikasi pendaftaran online di RSUP Dr. Sardjito cukup berjalan dengan optimal. Kesederhanaan aplikasi pendaftaran online menjadi mudah dan cepat. Transparansi pada keterbukaan informasi telah dilakukan melalui media sosial, <i>website</i> , aplikasi maupun petugas. Keadilan ditinjau dari kemampuan pasien yang berbeda-beda dari segi kemampuan menggunakan aplikasi dan kemampuan secara finansial. Sedangkan partisipasi dalam menyampaikan informasi penggunaan aplikasi secara langsung dan spanduk informasi masih sedikit serta belum memuat informasi secara detail.



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
			Offline			Akuntabel aplikasi pendaftaran <i>online</i> menunjukkan kinerja petugas mengalami hambatan dalam memberikan <i>feedback</i> verifikasi berkas pasien. Berkelanjutan, terkait sistem antrian di pelayanan poliklinik belum terdapat nomor antrian. Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan aplikasi pendaftaran <i>online</i>, yaitu faktor komitmen RSUP Dr. Sardjito terhadap kebijakan, penggunaan aplikasi, dan sarana dan prasarana
5	Nugroho & Hariani.2018	Inovasi Pendaftaran Online Di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota	Teknik pemilihan informan yang digunakan penulis adalah dengan menetapkan <i>key informan</i>	Untuk menganalisis proses inovasi,faktor yang menunjang dan menghambat Inovasi Pendaftaran Online	Kualitatif deskriptif	Pembuatan inovasi pendaftaran online di RSUD K.M.R.T Wongsonegoro Kota Semarang terdapat proses inovasi yang dapat dilihat dari melihat peluang, menemukan ide, mengkaji ulang ide, dan implementasi. Sedangkan



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
		Semarang				terdapat faktor pendukung dan penghambat yang terlihat dari proses inovasi pendaftaran online. Faktor pendukung inovasi pendaftaran online yaitu (1) Adanya keinginan untuk mengubah diri sendiri, dari tidak mampu dan dari tidak tahu menjadi tahu; (2) Adanya kebebasan berpendapat; (3) Tersedianya sarana dan prasarana. Sedangkan faktor penghambat inovasi pendaftaran online yaitu (1) Tidak ada reward atau insentif; (2) Tekanan dan hambatan administratif dan (3) Budaya Penghindaran Risiko
6	Nadiatusilmi at al, 2022	Inovasi Program Sakera Mesem dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Publik	Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan observasi serta dokumentasi.	Untuk mendeskripsikan dan menganalisis inovasi program Sakera Mesem dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik di Dinas	Kualitatif	Program Sakera Mesem yang telah diaplikasikan dan terealisasi dengan baik dan benar dalam pengimplementasian untuk melakukan peningkatan pelayanan bagi masyarakat. Berdasarkan hal ini, terdapat 6



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
				Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Sampang		teori standar pelayanan yang dilihat dari sisi pelayanan masyarakat untuk penunjang terealisasikannya program "Saekera Mesem" yaitu Tata cara pelayanan, Waktu selesai, tarif dalam pelayanan, produk pelayanan, tempat dan alat pendukung serta profesionalitas aparat pelayanan, namun terdapat analisis penghambat yaitu layanan internet yang belum memadai secara keseluruhan dan terdapat analisis pembantu yaitu sarana yang diambil dari sumber pemasukan Desa yaitu PC, Scanner dan Printer, alat perekam, internet dan operator, dan terdapat dana alokasi yang berasal dari pemerintah dalam pengimplementasian program ini.
		Analisis Inovasi Pelayanan	Sampel: 3 orang staf pegawai Diskominfo Kota	Menganalisis pelaksanaan dan faktor pendukung	Kualitatif deskriptif	Pelaksanaan Inovasi Pelayanan Publik Kota Tangerang sudah berjalan dengan baik karena



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
		Publik Berbasis Aplikasi Tangerang Live di Kota Tangerang	Tangerang dan 7 orang warga telah memiliki Aplikasi Tangerang Live dan telah menggunakannya.	serta penghambat pelaksanaan Inovasi Pelayanan Publik Berbasis Aplikasi Tangerang Live		telah menjawab kebutuhan masyarakat dan banyak memberikan keuntungan baik dari segi waktu, kepraktisan dan kemudahan dalam mendapatkan pelayanan. Meskipun masih perlu adanya sosialisasi secara persuasive guna memastikan bahwa masyarakat benar-benar dapat menggunakan menggunakan pelayanan berbasis teknologi Aplikasi Tangerang Live
8	Ariyani al.,2016	et Inovasi Pelayanan Publik (Studi pada Pelayanan Kesehatan Melalui Program Gebrakan Suami Siaga di Puskesmas Gucialit	Sumber data dibagi menjadi tiga yaitu: (1) informan meliputi: Kepala Puskesmas, Kasubag Tata Usaha, Bidan Puskesmas Gucialit, Masyarakat Gucialit	Untuk mengetahui proses, hasil dan faktor pendukung dan penghambat inovasi	Kualitatif deskriptif	Inovasi gebrakan suami siaga sudah dilaksanakan dengan baik. Banyak pelayanan yang diberikan, kualitas pelayanan lebih baik, dan menunjukkan keberhasilan penurunan angka kematian ibu dan bayi di wilayah Gucialit, selain itu keberhasilan inovasi gebrakan suami siaga mampu dikembangkan kedalam wadah yang lebih luas ditahun 2013 melalui program sayang



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
		Kabupaten Lumajang)	Kabupaten Lumajang, (2) dokumen, (3) peristiwa.			ibu dan anak
9	Basnet et al., 2018	Length of Stay of Psychiatric Admissions in a Tertiary Care Hospital	Sampel: 3687 pasien	Mengeksplorasi tentang lama rawat inap psikiatri dan faktor yang mempengaruhinya	studi cross-sectional	Rata-rata lama menginap adalah 19,36 ($\pm 13,14$) hari. Pada regresi logistik, faktor yang terkait dengan lama tinggal yang lebih pendek adalah: jenis kelamin laki-laki (aOR= 0,79, 95%CI: 0,68-0,93), wiraswasta (aOR= 0,17, 95%CI: 0,12-0,22), ibu rumah tangga (aOR = 0,18, 95%CI: 0,14-0,24), petani (aOR= 0,20, 95%CI: 0,15-0,27) dan mahasiswa (aOR= 0,23, 95%CI:0,17-0,32). Demikian pula, faktor yang terkait dengan lama tinggal yang lebih lama adalah: berasal dari distrik Terai Timur lainnya (aOR=1,37, 95%CI: 1,11-1,70), distrik Eastern Hill lainnya (aOR= 1,68; 95%CI: 1,29-2,20), diagnosis skizofrenia dan gangguan terkait (aOR=4,01, 95%CI: 1,34- 12,0),



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
						memiliki komorbiditas medis (aOR= 3.47; 95%CI: 2.49-4.84) dan diterima kembali (aOR= 1.23, 95%CI: 1.03-1.47).
10	Baeza et al., 2018	Predictors of length of stay in an acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study	Sampel terdiri dari semua pasien berusia 18 tahun atau lebih yang dirawat di tempat tidur psikiatri di fasilitas penelitian antara Juni 2011 dan Desember 2013	Faktor-faktor terukur pada penerimaan yang akan memprediksi LOS dalam pengaturan psikiatri akut.	Observasional prospektif.	Median LOS adalah 25 hari. Dalam model terakhir, enam variabel menjelaskan 14,6% dari variasi LOS: tidak memiliki pendapatan sendiri, rawat inap psikiater dalam 2 tahun sebelumnya, skor Clinical Global Impression dan Brief Psychiatric Rating Scale yang tinggi, diagnosis skizofrenia, dan riwayat percobaan bunuh diri. Semua variabel dikaitkan dengan LOS yang lebih lama, selain riwayat percobaan bunuh diri.
		Factors Related to the Length of Stay for Patients With Schizophrenia:	Sampel: 1.160 pasien skizofrenia	Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan LOS pasien skizofrenia dapat	Retrospektif epidemiologi	Status belum menikah (lajang, berpisah, bercerai, atau janda) dan kelainan thyroid-stimulating hormone (TSH) merupakan



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
		A Retrospective Study		membantu mengoptimalkan penatalaksanaannya oleh pihak rumah sakit		faktor risiko LOS pasien skizofrenia yang lebih lama
12	Ram dini et al., 2022	Gambaran Lama Rawat Inap Pada Pasien Skizofrenia dengan Terapi Kombinasi Antipsikotik dan Kombinasi Antipsikotik dengan <i>Mood- stabilizer</i> Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung	Sampel: pasien skizofrenia	71 Evaluasi lama rawat inap pasien skizofrenia yang menggunakan antipsikotik risperidon- klorpromazin dan kombinasi risperidon- klorpromazin-asam valproat pada pasien rawat inap di rumah sakit jiwa Provinsi Lampung pada tahun 2018-2019	Observasional retrospektif	Rata-rata lama hari rawat terapi kombinasi risperidon- klorpromazin pada fase akut psikotik adalah 4,12 hari dan pasca fase akut psikotik adalah 36,08 hari, sedangkan pada terapi kombinasi risperidon- klorpromazin-asam valproat pada fase akut adalah 3,05 hari dan pada pasca akut psikotik yaitu selama 27,62 hari. Hasil pemeriksaan enzim hati, pada terapi risperidon-klorpromazin terdapat peningkatan SGOT sebanyak 46% pasien, dan peningkatan SGPT sebesar 16% pasien. Pasien yang menerima risperidon- klorpromazin-asam valproat juga mengalami peningkatan enzim SGPT sebanyak 62% dan



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
						SGOT 14% pasien. Hasil ini menggambarkan bahwa terdapat hubungan antara penggunaan kombinasi antipsikotik <i>mood-stabilizer</i> dengan lama hari rawat inap
13	Bessaha et al., 2017	Predictors of Hospital Length and Cost of Stay in a National Sample of Adult Patients with Psychotic Disorders	Sampel dari 677.684 pasien dewasa dengan besar di rumah sakit Timur Laut dan di rumah sakit umum. diagnosis utama gangguan psikotik diambil dari Biaya Perawatan Kesehatan 2003-2011 dan Proyek Pemanfaatan Sampel Rawat Inap Nasional.	Studi ini meneliti efek karakteristik tingkat pasien dan tingkat rumah sakit terhadap lama dan biaya rawat inap di antara pasien dewasa dengan gangguan psikotik	Desain survei	Tingkat penerimaan berbeda secara dramatis menurut wilayah, dengan tingkat yang lebih mental dan kebijakan rumah sakit. tinggi di Timur Laut. Dibandingkan dengan pasien kulit putih, orang Afrika-Amerika memiliki tingkat penerimaan yang lebih tinggi tetapi masa inap yang lebih pendek dan biaya lebih rendah, dan orang Asia/Kepulauan Pasifik dan penduduk asli Amerika tinggal lebih lama. Masa inap yang lebih lama juga dikaitkan dengan keparahan penyakit yang lebih tinggi versus lebih rendah dan penggunaan Medicaid dan Medicare versus asuransi



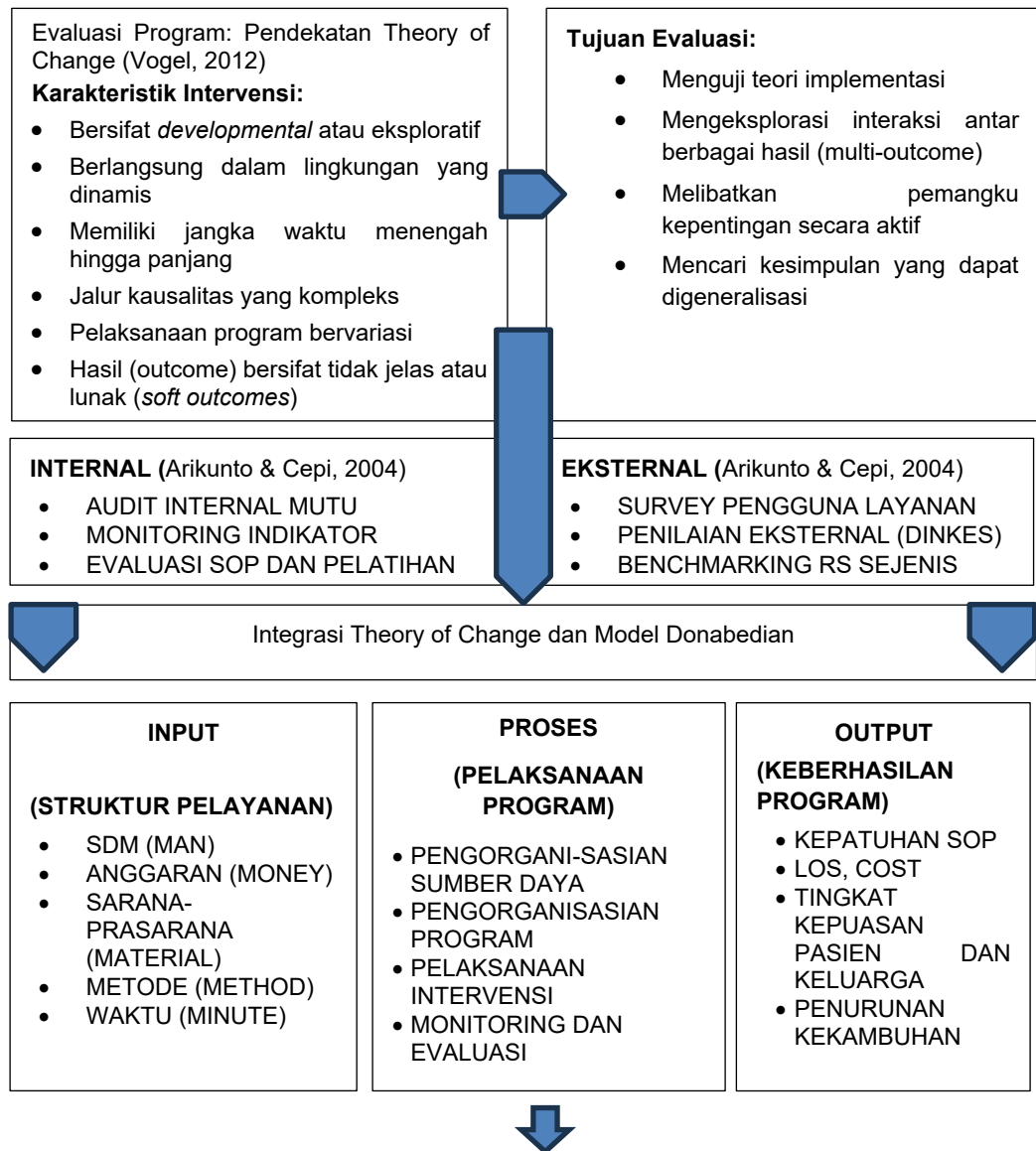
No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
						swasta. Lama dan biaya rawat inap lebih besar di rumah sakit Timur Laut dan di rumah sakit umum.
14	Smith et al., 2020	Use of Data psychiatric hospitals and social integration of patients with psychiatric disorders: a prospective cohort study in five European countries	Data dikumpulkan pada 2181 pasien dengan diagnosis utama ICD-10 gangguan psikotik, afektif, atau kecemasan, dirawat di Inggris, Italia, Jerman, Polandia, dan Belgia pada tahun 2015	Untuk menganalisis apakah lama LoS atau rawat inap berulang di bangsal psikiatri dikaitkan dengan cara yang berbeda dengan perubahan integrasi sosial pasien	Studi kohort prospektif	Los yang lebih lama secara signifikan dikaitkan dengan penurunan integrasi sosial ($\beta = -0,23$, 95%CI $-0,32$ hingga $-0,14$, $P=0,03$), khususnya terkait pekerjaan (OR=2,21, 95%CI 1,18–3,24, $P=0,02$), perumahan (OR=3,45, 95%CI 1,74–5,16, $P<0,001$), dan situasi keluarga (OR= 1,94, 95%CI 1,10–2,78, $P=0,04$). Sebaliknya, penerimaan berulang hanya dikaitkan dengan penurunan kontak pertemanan (OR = 1,15, 95%CI% 1,08-1,22, $P=0,03$)
15	Alm et al., 2015	Determinants of Length of Stay in a Psychiatric Ward: a Retrospective Chart Review	Sampel: Jumlah total rawat inap 5177, dimana 1419 catatan diterima kembali di bangsal psikiatri Rumah	Untuk menyelidiki faktor penentu LOS	Tinjauan grafik retrospektif	Variabel secara signifikan berkorelasi dengan LOS pasien termasuk jenis kelamin, usia, status pekerjaan, status perkawinan, jumlah perceraian, tingkat kecacatan, diagnosis keluar, komorbiditas fisik, jumlah



No	Penulis/Tahun	Judul	Sampel	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
			Sakit Baqiatallah, Teheran, Iran dari 21 Maret 2011 hingga 19 Maret 2016			rawat inap sebelumnya, ide bunuh diri, jumlah upaya bunuh diri, riwayat penyerangan, konsumsi tembakau, riwayat penyalahgunaan obat narkotika Dan jumlah sesi ECT. Melalui analisis regresi linier berganda, terungkap bahwa prediktor signifikan LOS dalam model akhir dapat diperhitungkan 37,9% dari varian di LOS



2.12 Kerangka Teori



STRATEGI PENINGKATAN MUTU PROGRAM

Gambar 2.1. Kerangka Teori Evaluasi Program

ry of Change (ToC) Hills, D. dan Junge, K. (2010) dan Model Donabedian (Donabedian, 1988))

2.13 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2 2. Kerangka Konsep Penelitian

2.14 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah Strategi Peningkatan Mutu Program inovasi SILEWAI dan penerapan program inovasi SILEWAI.



2.15 Definisi Operasional Variabel

Tabel 2. 2 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur
Strategi Peningkatan Mutu	Rekomendasi perbaikan program yang terencana, sistematis, untuk memperbaiki pelaksanaan program SILEWAI guna mencapai mutu layanan kesehatan jiwa yang optimal di RSKD Dadi	Wawancara, FGD	Pedoman wawancara
Evaluasi Penerapan Program Inovasi SILEWAI	Evaluasi terhadap pelaksanaan Sistem Layanan Kesehatan Jiwa Terintegrasi (SILEWAI) dalam proses input, proses dan output	Wawancara	Pedoman Wawancara
Evaluasi Input	Evaluasi terhadap input adalah yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik tenaga pelaksana, sumber dana ataupun sarana dan prasarana	Wawancara	Pedoman Wawancara
Evaluasi Proses	Evaluasi terhadap proses adalah pelaksanaan program inovasi SILEWAI.	Studi dokumen dan Wawancara	Pedoman Wawancara
Evaluasi Hasil	Evaluasi hasil adalah evaluasi terhadap jumlah pemulangan pasien dan LOS pasien jiwa	Studi dokumen Dan Wawancara	Pedoman Wawancara

