

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Subyek dan Obyek Penelitian

###### a Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah didirikan oleh K.H. Ahmad Dahlan sebagai Ketua Persyarikatan Muhammadiyah atas inisiatif muridnya, K.H. Sudjak, yang pada awalnya berupa klinik dan poliklinik pada tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta.

Pada tahun 1928 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang Jalan K.H. Ahmad Dahlan). Pada tahun 1936 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi lagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini. Pada tahun

1970-an status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta maka Pimpinan Pusat perlu mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah bidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam Surat Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Berbagai perubahan yang berkembang di luar lingkungan maupun yang terjadi secara internal di dalam organisasi RS PKU Muhammadiyah. tentang keselamatan pasien, keterbatasan akses pelayanan kesehatan pada sebagian masyarakat tertentu, perkembangan ilmu dan teknologi, *huge burden disease*, hingga semakin terbukanya batas-batas informasi yang berimbas terhadap makin kritisnya pelanggan terhadap pelayanan kesehatan serta perubahan regulasi pemerintah, diantisipasi dengan berbagai langkah dari perbaikan saran prasarana dan Sumber Daya Insani, sehingga menjadikan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta selain mampu bersaing dengan sarana pelayanan kesehatan yang lain juga patuh terhadap regulasi pemerintah (“RS PKU Jogja,” n.d.).

Visi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah menjadi rumah sakit Muhammadiyah rujukan terpercaya dengan kualitas pelayanan yang Islami,

bermutu dan terjangkau. Dalam perjalanan mewujudkan visi, maka misi yang diterapkan adalah :

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi semua lapisan masyarakat sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan.
- 2) Menyelenggarakan upaya peningkatan mutu Sumber Daya Insani melalui pendidikan dan pelatihan secara profesional yang sesuai ajaran Islam
- 3) Melaksanakan da'wah Islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan, yang peduli pada kaum dhuafa'.

Sebagai upaya melaksanakan visi dan misi tersebut lebih operasional, maka RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai motto “AMANAHAH“(Antusias, Mutu, Aman, Nyaman, Akurat, Handal) Melayani Setulus Hati.

Fasilitas kamar yang ada di RS PKU

Muhammadiyah adalah :

- 1) UGD 24 jam
- 2) Rawat Jalan
- 3) Rawat Inap
- 4) ICU/PICU
- 5) ICCU
- 6) HCU
- 7) NICU
- 8) Hemodialisa
- 9) ODC
- 10) IBS
- 11) Ruang Bersalin
- 12) Ruang Fisioterapi
- 13) Ruang Isolasi
- 14) Ruang Skin Care

## b Gambaran Umum Responden Penelitian

Responden penelitian ini adalah perawat di ruang R yang berjumlah 21 orang dengan karakteristik seperti pada tabel 4.1

Tabel 4. 1 Karakteristik Perawat di Ruang R Tahun 2019

no	Karakteristik responden	frekuensi	Prosentase
1	Jenis kelamin :		
	a Perempuan	17	81
	b laki-laki	4	19
2	Umur :		
	a 21-25	2	10
	b 26-30	5	24
	c 31-35	7	33
	d $\geq$ 36	7	33
3	Pendidikan :		
	a D3	18	85
	b S1	1	5
	c S2	2	10
4	Jabatan		
	a kepala ruang	1	5
	b koordinator shift	8	38
	c pelaksana perawatan	12	57

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar perawat di ruang R adalah perempuan (81%) dengan usia terbanyak adalah 31-35 tahun (33%) dan jenjang pendidikan terbanyak adalah D3.

Ruang R merupakan ruangan gabungan antara ruang R dengan kapasitas 14 TT (merupakan ruang kelas 2 putra) dan ruang A dengan kapasitas 25 (merupakan ruang kelas 3 laki-laki). Penggabungan tersebut merupakan implementasi lean hospital dengan analisis efisiensi tenaga.

## 2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrument telusur rawat inap dari buku Redowsko yang diterbitkan oleh KARS.



Gambar 4. 1 Aplikasi Redowsko serta Buku Redowsko dari KARS

### 3. Gambaran Kondisi Awal

RS PKU Muhammadiyah sudah melaksanakan akreditasi rumah sakit oleh KARS versi 2012 pada tahun 2015 serta akreditasi SNARS edisi 1 pada tahun 2018. Akreditasi rumah sakit merupakan upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit yang dilakukan terus-menerus, sehingga kontinuitas implementasinya harus terus dilakukan. Upaya yang dilakukan selama ini adalah

audit internal, sosialisasi dan drilling, namun masih ada beberapa masalah implementasi akreditasi yang harus dilakukan dengan upaya yang lain, seperti misalnya dengan lean managemen.

Capaian unit terhadap implementasi akreditasi belum diukur secara periodik, bahkan unit yang sudah berusaha mencapai target belum diapresiasi secara khusus. Pernah dilakukan kaizen event di rumah sakit, tetapi belum berbasis akreditasi, masih sebatas mencari waste di masing-masing ruangan, dan itupun belum rutin dilakukan.

#### 4. Gambaran Hasil Siklus I (bulan Desember 2018)

##### a Tahap Perencanaan

Pada tahap ini peneliti mengidentifikasi masalah implementasi akreditasi di rawat inap menggunakan skenario rawat inap dari buku Redowsko, meliputi observasi, wawancara, simulasi maupun konfirmasi.

Proses observasi di rawat inap dimulai ketika pasien dinyatakan harus menjalani proses opname

baik dari IGD maupun dari poliklinik. Ketika pasien sampai di ruang rawat inap, beberapa perawat dan dokter belum memperkenalkan diri, sehingga implementasi standar HPK 2.2 belum sesuai. Proses selanjutnya adalah asesmen awal oleh perawat maupun dokter, didapatkan asesmen awal dokter belum lengkap, sehingga capaian standar AP belum tercapai.

Implementasi selanjutnya yang belum optimal adalah proses edukasi oleh PPA. Beberapa dokter menjelaskan tentang kondisi dan diagnosis pasti kepada pasien dan keluarga tetapi tidak mendokumentasikan proses tersebut di rekam medik, sehingga capaian implementasi standar HPK belum sesuai standar. Beberapa perawat ketika menerima pasien baru maupun menerima pasien pindahan dari ruang lain, ketika memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga juga belum membuktikan di rekam



belum sesuai target. Implementasi SKP 2 pada hand over juga belum optimal karena nama dan tanggal belum rutin dituliskan, begitu juga ketika hand over melibatkan pasien, bukti form komunikasi antar ruang juga belum sesuai standar. Bukti asesmen ulang nyeri dan jatuh juga belum rutin dilakukan oleh perawat, sehingga standar PAP, HPK, AP serta SKP 6 belum mencapai target.

Setelah masalah diidentifikasi dengan observasi, maka langkah selanjutnya adalah memprioritaskan masalah, seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 4. 2 Identifikasi Masalah Implementasi Akreditasi di Rawat Inap Beserta Prioritas Penyelesaian

No	Standar	Masalah	prioritas
1	MKE	Bukti verifikasi untuk memastikan informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga belum optimal	1
2	SKP	Identifikasi pasien masih menggunakan nomer kamar	2
		Identifikasi visual belum dilakukan	3
		Bukti handover belum menuliskan nama dan tanggal	4
		Asesmen ulang risiko jatuh belum optimal	5
3	HPK	Dokter dan perawat belum memperkenalkan diri	6
4	PAP	Asesmen ulang nyeri optimal	7
		DPJP belum rutin melakukan verifikasi kepada semua PPA	8
		Belum cukup bukti di rekam medik tentang perkembangan pasien dievaluasi berkala dan dibuat notasi pada CPPT oleh DPJP	9

Dari tabel hasil observasi, maka implementasi akreditasi yang menjadi prioritas untuk diselesaikan adalah standar MKE 11, dimana bukti verifikasi untuk memastikan informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga belum rutin dilakukan.

Penentuan prioritas juga didasarkan pada hasil pemilihan unit melalui kartu ide visual dari daftar masalah implementasi akreditasi di unit, 87% memilih

masalah MKE sebagai prioritas utama masalah yang akan diselesaikan oleh unit.

Proses identifikasi masalah selanjutnya adalah dengan wawancara kepada kepala ruang, koordinator shift serta perawat pelaksana.

Tabel 4. 3 Identifikasi Masalah Dengan Wawancara

No	Materi wawancara	Coding
1	Masalah ketidaklengkapan bukti edukasi kepada pasien dan keluarga.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sibuk</li> <li>- Lupa</li> <li>- Banyak pasien</li> <li>- Transfer pasien dari ruangan ke kamar operasi</li> <li>- Transfer pasien dari kamar operasi ke ruangan</li> <li>- Tidak sempat</li> <li>- Pasien pindahan dari unit lain</li> <li>- Jam operan jaga</li> </ul>
2	Upaya yang dilakukan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pingin melengkapinya tetapi sering lupa</li> <li>- Sudah dioperkan ke shift berikutnya tetapi shift berikutnya lupa lagi</li> <li>- Sampai pasien pulang belum sempat melengkapinya</li> <li>- Ingin diberikan reward bila upaya yang dilakukan mencapai target.</li> <li>- Memasang sticky note</li> <li>- Memnberikan tanda pada lembar yang belum lengkap dengan dilipat.</li> </ul>
3	Informasi tentang lean hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pernah disosialisasikan oleh kepala ruang</li> <li>- Tentang efisiensi</li> <li>- Membatasi pemborosan</li> <li>- Mengoptimalkan tindakan</li> </ul>

dengan langkah yang berulang ketika mengunjungi pasien dengan membawa alat ke dekat pasien saat pasien memanggil perawat dengan memencet bel.

- Menghindari memasang infus yang berulang kepada pasien dengan memilih perawat yang sudah kompeten memasang infus.
- Berasal dari ide karyawan.
- Menulis di kartu ide visual.

---

Dari hasil wawancara kepada perawat, didapatkan data bahwa sebenarnya perawat tahu dan faham bahwa formulir verifikasi tersebut harus dilengkapi, tetapi karena sibuk, lupa dan banyaknya pasien, maka sampai pasien tersebut pulang, bukti verifikasinya belum diisi. Terkait dengan informasi tentang lean manajemen, perawat sebagian besar sudah pernah mendengar dari kepala ruang.

Setelah menentukan masalah yang akan diselesaikan sesuai prioritas, maka langkah selanjutnya adalah mendiskusikan dengan perawat di ruang R cara penyelesaian masalah tersebut dengan cara lean manajemen melalui visual manajemen yaitu menempel alat pengingat berupa post id atau stick note

berwarna-warni pada lembar yang berisi bukti verifikasi yang belum lengkap.



Gambar 4. 3 Diskusi Dengan Perawat Di Ruang Untuk Menentukan Cara Penyelesaian Masalah

Setelah melaksanakan diskusi, agar pelaksanaannya dapat dimonitor hasilnya, maka peneliti menyiapkan formulir observasi seperti dibawah ini.

#### b Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini yang dilakukan adalah mengingatkan tentang pentingnya melengkapi asesmen pada pasien baru dalam waktu 24 jam pertama ketika pasien masuk rawat inap.

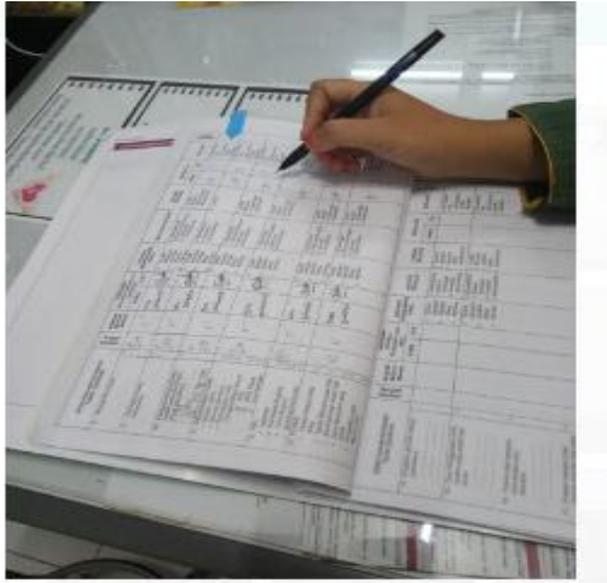
Peneliti mengobservasi kelengkapan rekam medik sejumlah 30 , yang diikuti sejak pasien tersebut masuk

rawat inap, sampai pulang. kemudian mengidentifikasi rekam medik yang belum lengkap bukti verifikasinya kemudian memasang post id pada lembar yang belum lengkap pada pojok kanan atas.

KEBUTUHAN EDUKASI TOPIC EDUKASI	DURASI WAKTU (Menit)	SASARAN (Pemerik/ Keluarga/ Lain-lain)	TINGKAT PEMANAHAN AWAL	METODE EDUKASI	SARANA EDUKASI	EDUKATOR		EVALUASI
						NAMA	TTD	
8. Mengenai Aspi			<input type="checkbox"/> Sudah Mengerti <input type="checkbox"/> Ekstasi Ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	<input type="checkbox"/> Wawancara <input type="checkbox"/> Diskusi Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audiovisual			<input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi <input type="checkbox"/> Sudah Mengerti
9. Cermat Ulang Pemasukan			<input type="checkbox"/> Sudah Mengerti <input type="checkbox"/> Ekstasi Ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	<input type="checkbox"/> Wawancara <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet			<input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi <input type="checkbox"/> Sudah Mengerti
10. Pemasukan masalah media yang efektif dan aman (jeldakur)			<input type="checkbox"/> Sudah Mengerti <input type="checkbox"/> Ekstasi Ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	<input type="checkbox"/> Wawancara <input type="checkbox"/> Diskusi Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audiovisual			<input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi <input type="checkbox"/> Sudah Mengerti
11. Konsentrasi Pasien • Risiko Jelek • Gula darah • Pengobatan dan Pengendalian risiko • APD • Ektasi Balik • Cara Terang			<input type="checkbox"/> Sudah Mengerti <input type="checkbox"/> Ekstasi Ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	<input type="checkbox"/> Wawancara <input type="checkbox"/> Diskusi Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audiovisual			<input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi <input type="checkbox"/> Sudah Mengerti
12. AZL • Manfaat • Pemasukan Hipertensi • Nuka Bpna • Mencegah/ambulasi			<input type="checkbox"/> Sudah Mengerti <input type="checkbox"/> Ekstasi Ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	<input type="checkbox"/> Wawancara <input type="checkbox"/> Diskusi Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audiovisual			<input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi <input type="checkbox"/> Sudah Mengerti
13. PACU • Tanda bahaya pada Nias • Tanda Bahaya pada Isp • Menawat dan setelah ter • Cara Menyusul yang benar • Pemasukan risiko • Manfaat ASI			<input type="checkbox"/> Sudah Mengerti <input type="checkbox"/> Ekstasi Ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	<input type="checkbox"/> Wawancara <input type="checkbox"/> Diskusi Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	<input type="checkbox"/> Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar Balik <input type="checkbox"/> Audiovisual			<input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi <input type="checkbox"/> Sudah Mengerti

Gambar 4. 4 Pemasangan Post It Pada Lembaran Yang Belum Lengkap

Setelah diskoring, maka capaiannya disampaikan kepada supervisor dan staf di ruangan dan menyampaikan bahwa yang belum lengkap sudah ditandai dengan post id sehingga perawat di ruangan tinggal melengkapi yang belum lengkap.



Gambar 4. 5 Perawat Melengkapi Form Yang Sudah Dipasang Penanda Yang Belum Lengkap

Dari sejumlah 30 rekam medik yang diobservasi terdapat 33% rekam medik yang lengkap, dan 67% tidak lengkap. Ketidaklengkapan rekam medik tersebut pada point :

1. evaluasi oleh perawat terkait pemahaman pasien dan keluarga sebesar 46%
2. tingkat pemahaman awal pasien sebanyak 46%
3. metode edukasi 37%

4. durasi waktu edukasi yang belum terisi sebanyak 25%
5. tanggal dan jam edukasi yang belum terisi 20%.

c Tahap Observasi

Perawat belum semuanya perhatian kepada form yang ditemplei post it sehingga capaian pada siklus 1 baru mencapai 33%. Post id yang dipasang terlalu kecil, sehingga beberapa rekam medik tertutup dengan berkas lain yang ukurannya lebih besar.

d Tahap Refleksi

Pada tahap ini, dilakukan evaluasi terhadap upaya yang dilakukan beserta capaiannya.. Berdasarkan wawancara kepada perawat di ruangan, ternyata perawat menyampaikan kalau post idnya kekecilan dan beberapa tidak terlihat sehingga mengusulkan untuk diganti post id yang lebih besar.

“...bu, ini post it nya kekecilan, kadang nggak keliatan karena ketutupan berkas SEP, mbok diganti yang agak besar biar keliatan”.(P2)

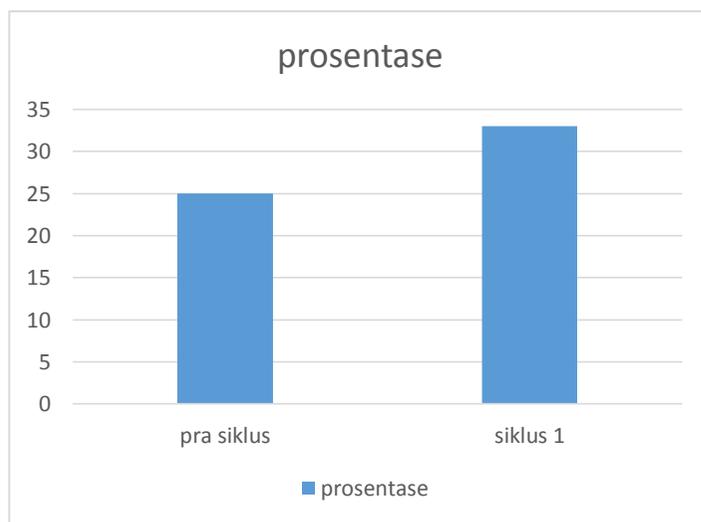
“...wah....ini kecil banget bu, nggak keliatan“(P5)

Beberapa perawat menyampaikan kalau yang ditemplei post id itu belum jelas point apa yang belum lengkap, karena perawat sudah merasa melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga, sehingga pada diskusi dengan perawat diputuskan bahwa pada post id yang lebih besar nanti ditulisi point apa yang belum lengkap, misalnya tanggal dan jam, waktu edukasi, media edukasi belum dicentang, nama educator, verifikasi kefahaman pasien dan keluarga.

Pada siklus 1 penerapan lean managemen dalam implementasi akreditasi di rawat inap pada standar MKE 11 EP 4 belum optimal. Pemilihan metode pengingat yang dilakukan berupa post id kurang besar dan beberapa rekam medik tertutup dengan berkas yang lain karena ukuran kertas yang lebih besar.

Perhatian perawat di ruangan juga belum optimal karena banyaknya aktifitas yang dilakukan oleh perawat pada shift tersebut.

Hasil siklus 1 bila dibandingkan dengan hasil pra siklus memang ada peningkatan, tetapi belum memenuhi standar (80%). Adapun hasil pra siklus dan siklus 1 dapat dilihat pada gambar dibawah ini .



Gambar 4. 6 Capaian Pra Siklus Dibandingkan Dengan Siklus 1

Gambar 4.6 menunjukkan capaian pra siklus 25% dan capaian siklus 33%. Dari capaian siklus 1, beberapa pengamatan yang dilakukan peneliti adalah:

- 1) pembagian tugas tim dalam 1 shift belum optimal.
- 2) Penanda yang disepakati (post id) sudah dipilih yang berwarna tetapi ukurannya kecil.

- 3) Lembaran yang ditemplei post id belum jelas apa saja yang harus dilengkapi.
- 4) Perlu monitoring capaian dan hasilnya disampaikan kepada staf
- 5) capaian siklus 1 adalah 33%, sehingga terlihat bahwa belum mencapai target, karena targetnya adalah minimal 80%. Upaya di siklus 1 perlu dilakukan evaluasi dengan siklus 2.

## 5. Gambaran Hasil Siklus II

### a Tahap Perencanaan

Pada tahap perencanaan di siklus 2 ini merupakan evaluasi langkah siklus 1 yang belum mencapai target, sehingga diperlukan modifikasi berupa penggantian post id yang ukurannya lebih besar disertai keterangan point apa yang belum lengkap. Keterangan yang ditambahkan dalam post id adalah tanggal edukasi, waktu edukasi, pemilihan cara edukasi dengan mencentrang yang dipilih, bukti verifikasi kepada



supervisor ruangan juga sangat diharapkan agar kontinuitas implementasi terjaga.

b Tahap Pelaksanaan

Pemasangan post id yang ukurannya lebih besar, serta penjelasan point mana yang belum lengkap (tanggal dan jam, durasi, nama pasien atau keluarga), tingkat kefahaman, media edukasi, nama educator, verifikasi keahaman, nama educator, tanda tangan educator.

Semua perawat dengan dipandu SPO menjadi seragam dalam implementasinya, sehingga capaian pada siklus 2 mencapai 93%.

c Tahap Observasi

Pada tahap ini, semua perawat sudah menyadari bahwa bila menerima pasien baru harus memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga serta mendokumentasikan dalam rekam medik sampai pada tingkat kepahamannya sebelum 24 jam pasien berada di unit rawat inap.

#### d Tahap Refleksi

Umpan balik dari supervisor ruangan pada saat wawancara sebagai berikut :

- 1) “Perubahan terlihat jelas, karena post it tersebut sangat membantu..perawat akan langsung mengetahui apa-apa yang belum lengkap dan bisa langsung melakukan pengecekan dan melengkapi. Juga post it tersebut bisa sebagai langkah cepat dan menghemat waktu,karena masing-masing perawat tidak usah berulang kali untuk melakukan pengecekan (karena sudah ada alat bantu post it tersebut), terbukti seperti prinsip lean managemen (waste waktu)”
- 2) “Akan melanjutkan langkah tersebut sampai terbentuk budaya tertib (habit) perawat untuk selalu melengkapi form-form edukasi dan juga bisa di terapkan untuk hal-hal yg masih belum tertib dikerjakan oleh perawat”.
- 3) “Factor pendukung upaya ini sangat terbantu dengan sikap terbuka masing-masing perawat yang mau menerima masukan dan saling mengingatkan antar perawat untuk saling melengkapi”.
- 4) “Factor yang menghambat adalah banyaknya pekerjaan yg harus di lakukan perawat,sehingga terkadang edukasi sudah di kerjakan tapi belum sempat melengkapi centangan sudah harus mengerjakan pekerjaan lain (misal ada bel pasien) yang hal tersebut membuat perawat lupa untuk melengkapi centangan”

Sedangkan umpan balik dari perawat pelaksana di ruangan adalah :

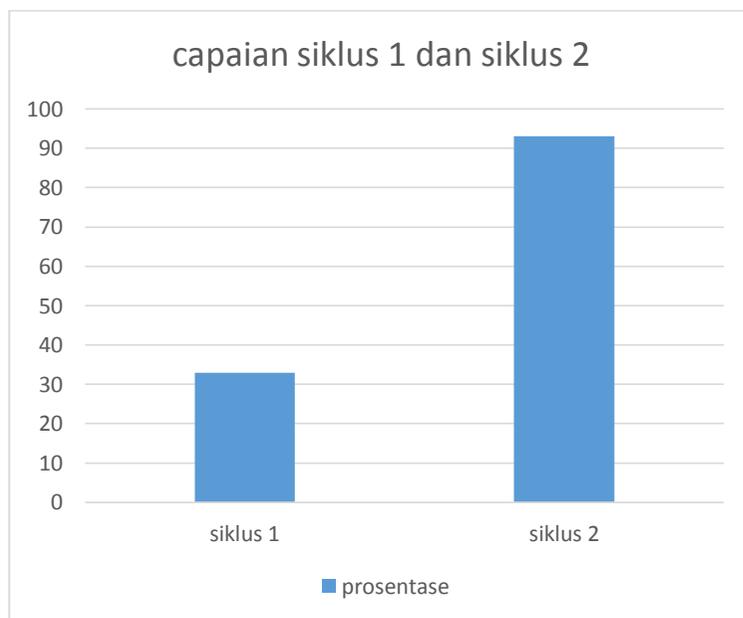
- 1) “Manfaat dipasang post it pada form yang belum lengkap sangat membantu karena sebagai pengingat yang belum lengkap”. (P2), (P6), (P7)
- 2) “Bila shift sebelumnya sudah menempel post it maka shift berikutnya sudah langsung otomatis melengkapi”.(P3)
- 3) “Sekarang sudah tidak perlu post id lagi karena sudah menjadi budaya untuk melengkapi form tersebut”.(P4), (P5), (P6)
- 4) “Senang sekali kalo setiap saat dievaluasi dan diingatkan apa yang belum sesuai sehingga kami lebih baik lagi”. (P4)
- 5) “Kami senang kalau dikaruhke dan diberi tahu apa yang belum sesuai, sehingga kami tahu harus melakukan apa agar sesuai target”.(P8).
- 6) “Sekarang kami terbiasa melengkapi edukasi pasien dan keluarga sebelum 24 jam”.

Siklus 2 merupakan pembelajaran dan kelanjutan dari siklus 1. Dalam siklus 2, perawat sudah lebih perhatian dengan capaian standar pada siklus 1, sehingga menyepakati evaluasi dari siklus 1 yaitu :

1. post id kurang besar sehingga dipilih post id yang lebih besar.
2. post id yang besar dan ditulisi point apa yang belum lengkap, misalnya tanggal edukasi, waktu edukasi, pemilihan centang pada metode edukasi, nama edukator, tanda tangan

3. kepala ruang selalu mengingatkan pentingnya dokumentasi edukasi pada form edukasi terintegrasi melalui WA group.
4. Peneliti menyampaikan hasil capaian siklus 2
5. Perawat sudah menyadari bahwa harus melengkapi lembar edukasi sebagai bukti bahwa edukasi sudah disampaikan sebelum 24 jam.

Secara garis besar, capaian pada siklus 2 sudah memenuhi target (80%) dan dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 4. 8 Perbandingan Capaian Siklus 1 dan Siklus 2

Pada gambar tersebut menunjukkan bahwa capaian implementasi standar MKE 11 EP 4 mencapai 93%. Dari pengamatan yang dilakukan peneliti, dari capaian tersebut beberapa hal yang terkait dengan capaian adalah :

1. perawat perlu dilibatkan memilih cara penyelesaian masalah yang terjadi di ruangan/unit
2. Cara yang dipilih oleh unit perlu diapresiasi dan difasilitasi agar optimal.
3. Sampaikan hasil monitoring capaian secara berkala.
4. Pendampingan untuk mencapai target perlu dilakukan.
5. Bagi unit yang mencapai target dengan upaya yang berasal dari unit perlu diapresiasi melalui penilaian kinerja unit.

## B. Pembahasan

Penelitian ini merupakan penelitian partisipatori yang terbagi dalam 2 siklus, merupakan metode penelitian yang berkaitan dengan organisasi penilaian diri, di mana subyek penelitian berpartisipasi secara kolaboratif dengan peneliti

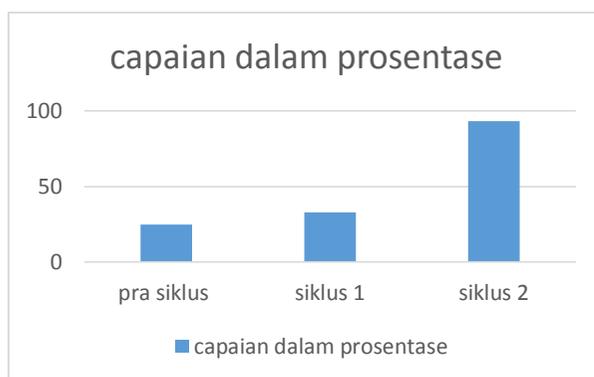
profesional dalam seluruh proses penelitian yang dilakukan dengan ciri yang paling khas dari proses penelitian tindakan partisipatoris yaitu urutan langkah kerjanya umumnya adalah siklus spiral refleksi diri meliputi perencanaan perubahan, bertindak dan mengamati proses, refleksi, perencanaan ulang, bertindak lagi, refleksi lagi begitu seterusnya (Yaumi and Damopolii, 2014).

Pemilihan prioritas menggunakan metode Delphi, dimana prioritas dilakukan dengan kesepakatan sekelompok orang, masalah yang paling banyak dikemukakan adalah prioritas masalah yang dicari (Symond, 2013). Menurut Santosa (2017), sangat penting untuk melakukan prioritas karena terbatasnya sumber daya yang tersedia tidak mungkin menyelesaikan semua masalah.

Penerapan lean manajemen dengan menempel pengingat pada dokumen bukti bahwa perawat sudah memberikan edukasi dan sudah memverifikasi tingkat

kepemahaman pasien dan keluarga dalam standar MKE 11 terbukti efektif.

Capaian pra siklus, siklus 1 dan siklus 2 dapat dilihat dari gambar dibawah ini.



Gambar 4. 9 Capaian Pra Siklus-Siklus 1-Siklus 2

Capaian tersebut terkait dengan beberapa hal, diantaranya adalah peran media pengingat yang dipasang pada lembar yang belum lengkap, adanya monitoring dan evaluasi berkala, kemudian staf diberikan apresiasi serta peran serta kepala ruang.

1. Peran pengingat untuk melengkapi bukti verifikasi pada rekam medik.

Implementasi proses akreditasi rumah sakit pada standar manajemen komunikasi dan edukasi,

membutuhkan proses komunikasi antara professional pemberi asuhan yang sudah terlatih untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga. Sebelum edukasi disampaikan kepada pasien dan keluarga, langkah yang harus dilakukan adalah melakukan asesmen kebutuhan edukasi sehingga tujuan edukasi akan tercapai.

Proses edukasi akan berlangsung dengan optimal apabila metode yang digunakan sesuai dengan kebutuhan, sehingga sangat dibutuhkan proses verifikasi untuk memastikan bahwa edukasi yang diberikan sudah difahami (Sutoto et al., 2017) dengan bukti dokumen berupa kelengkapan formulir pemberian edukasi serta dikonfirmasi kepada pasien dan keluarga.

Peran PPA khususnya perawat pada proses verifikasi ini sangat penting, sehingga ketika perawat di ruang rawat inap menerima pasien baru atau pasien pindahan dari unit lain, maka proses pemberian

edukasi berdasarkan hasil asesmen kebutuhan edukasi harus dilaksanakan sebelum 24 jam (Sutoto and Atmodjo, 2018).

Ketika perawat di ruangan sibuk dengan berbagai aktifitas, maka tidak jarang bila proses edukasi tersebut terlewatkan, sehingga diperlukan alat pengingat sebagai media antar perawat untuk melengkapi proses verifikasi agar implementasi pada standar tersebut sesuai target. Di dalam lean manajemen, terdapat beberapa tools, diantaranya adalah *visual management* yaitu sebuah metode untuk membuat masalah terlihat jelas, dengan alat sederhana dan bahasa yang digunakan dapat diakses dan mudah difahami (Costa et al., 2014) menyediakan respon yang cepat dalam penyelesaian masalah.

Visual management merupakan system manajemen yang mencoba untuk meningkatkan kinerja organisasi melalui hubungan antara visi misi dan tujuan, proses kerja, unsur tempat kerja dan

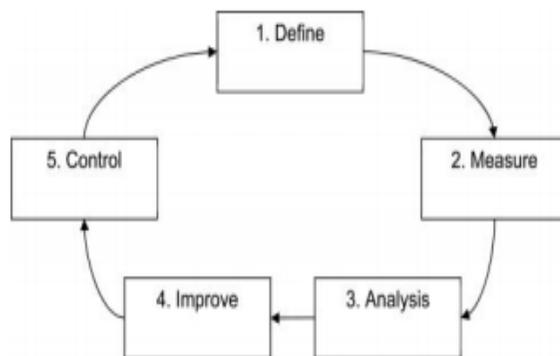
pemangku kepentingan dengan cara rangsangan yang secara langsung dari indra manusia (penglihatan, pendengaran, perasaan, bau dan rasa (Tezel et al., 2009). Rangsangan ini mengkomunikasikan informasi yang berkualitas (relevan, tepat, segera, mudah difahami) yang membantu orang memahami konteks organisasi sekilas hanya dengan melihat, sehingga informasi tersebut merupakan sinyal untuk mengurangi kesalahan, mencegah terjadinya kecacatan, *zero defect* (prinsip poka yoke) dan memotong gerakan yang sia-sia (Galsworth, 2006)

Tezel (2009) menyebutkan fungsi visual manajemen sebagai berikut :

1. transparansi
2. disiplin
3. perbaikan terus menerus
4. fasilitasi kerja
5. latihan sambil bekerja
6. Membuat kepemilikan bersama

7. Manajemen oleh fakta
8. Penyederhanaan
9. Penyatuan

Setelah diberikan pengingat dengan visual management, langkah selanjutnya adalah kaizen dengan siklus PDSA yang berbasis pada unit, sehingga capaian yang diinginkan, dengan upaya yang sudah dilakukan, kemudian dievaluasi, sehingga penyelesaiannya akan sesuai dengan target.



Gambar 4. 10 Langkah-Langkah Metode Lean, diadopsi dari Lean Six Sigma

Langkah yang lain sebagai media analisis lean adalah DMAIC (define, measure, analyze, improve,

control) (Godinho Filho et al., 2015) yang dilakukan pada siklus yang terus menerus.

Langkah PDSA dan DMAIC pada penelitian action research terlihat pada masing-masing siklus mulai dari perencanaan, pelaksanaan, observasi dan refleksi.

Penelitian ini senada dengan Rosyada and Lazuardi (2016) dimana system manajemen informasi di rumah sakit, kedepan akan semakin berkembang dengan adanya pengingat yang berbasis IT, sehingga dapat mengurangi kesalahan pengobatan, karena dilengkapi dengan fitur canggih yang dapat dioptimalkan sebagai reminder dan alert pengobatan sehingga safety pasien akan selalu terjaga (Rosyada and Lazuardi, 2016)

Selain itu peran pengingat e-mail otomatis yang disesuaikan dengan penyedia terkait dengan catatan kesehatan elektronik dengan pelatihan pendidikan secara signifikan meningkatkan kepatuhan penduduk

dengan penggunaan alat elektronik untuk dokumentasi rekonsiliasi obat rumah pada saat masuk rumah sakit (Johnson et al., 2018) Persentase pasien tanpa rekonsiliasi obat menurun dari 32% pada awal menjadi 22% dengan pendidikan ( $P < 0,001$ ), menjadi 15% dengan penggunaan pengingat email otomatis ( $P < 0,001$ ) dan mengalami peningkatan pada tahun berikutnya.

2. Implementasi akreditasi terkait dengan kelengkapan bukti verifikasi pada rekam medik perlu dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala (Ulfa et al., 2018) agar tetap menjaga mutu.

Kegiatan monitoring dan evaluasi dalam kaizen dikenal dengan istilah gembu (Suárez- Barraza et al., 2012) dimana proses identifikasi terdapat langsung dari unit, serta mendapatkan peran serta aktif dari karyawan dalam upaya perbaikan yang berkelanjutan. Metode penilaian mandiri atau self asesmen (Permenkes 34 Tahun 2017, 2017) juga dapat

digunakan sebagai metode monitoring dan evaluasi, kemudian dilanjutkan dengan siklus PDSA agar dapat dilakukan upaya perbaikan melalui kegiatan survei internal, ronde keselamatan pasien dan lain-lain. Upaya yang lain adalah kaizen event (Natale et al., 2014) yaitu sebuah metode perbaikan dalam organisasi kesehatan dimana pelaksanaannya melibatkan tim lintas fungsional yang didedikasikan untuk peningkatan area kerja yang ditargetkan dengan tujuan yang spesifik dengan kerangka waktu yang dipercepat (Aken et al., 2010)

3. Pentingnya penilaian kinerja unit sebagai reward bagi karyawan.

Sebagai apresiasi unit kerja yang dapat mencapai target dengan upaya berbasis unit, maka perlu diberikan reward, begitu juga ketika unit tidak mencapai target, maka perlu diberikan punishment (Aryanti, 2014) serta difasilitasi dengan pengembangan teknologi rekam medik yang

terkomputerisasi untuk meningkatkan mutu dari rekam medik pasien rawat inap(Aryanti, 2014). Penilaian kinerja juga bisa dilakukan dengan kaizen event.

4. Peran supervisor dalam melakukan pemantauan kelengkapan rekam medis.

Penelitian ini senada dengan Sukardjo (2010) dalam Oleh dan Silawati (2014) bahwa supervisi merupakan hal yang utama dan menjadi tugas pokok seorang pimpinan, dalam hal ini termasuk tugas pengarahan. Pada saat supervisi secara langsung pimpinan dapat mengetahui kesulitan sehingga dapat segera memberikan solusi.



Gambar 4. 11 Fundamental Principle Of Lean Leadership

Peran kepemimpinan dalam lean (Dombrowski and Mielke, 2014) adalah :

1. Improvement culture, dimana harus berjuang menuju kesempurnaan serta kegagalan itu adalah kesempatan untuk meningkatkan diri.
2. Self development, pemimpin adalah panutan dan pemimpin harus punya ketrampilan yang baru
3. Qualification, karyawan harus dikembangkan untuk jangka panjang dan pembelajaran berkelanjutan.
4. Gemba, pemimpin harus turun ke lapangan dan memutuskan setelah mengetahui secara langsung.  
hoshin kanri, harus berfokus kepada pelanggan dan menyelaraskan sasaran di semua tingkatan.