

BUKU AJAR
EVIDENCE BASED DALAM PRAKTIK KEBIDANAN
UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN



**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA
DAN PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
PROGRAM PROFESI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANG TUAH PEKANBARU
T.A 2020/2021**

BUKU AJAR

EVIDENCE BASED DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN

PENULIS

INTAN WIDYA SARI, S.ST, M.Keb
OCTA DWIENDA, SKM, M.Kes
RINA YULVIANA, SKM, M.Kes

PENERBIT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
HANG TUAH PEKANBARU
JL. Mustafa Sari No. Tangkerang Selatan Pekanbaru
Telp. (0761)33815, 7891765
Fax (0761) 86364. Website: hangtuhpekanbaru.ac.id
Email: info.stikes@hangtuhpekanbaru.ac.id

BUKU AJAR
EVIDENCE BASED DALAM PRAKTIK KEBIDANAN
UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN

Penulis:

Intan Widya Sari, SST, M.Keb
Okta Dwienda, SKM, M.Kes
Rina Yulviana, SKM, M.Kes

Desain cover dan Editor
Intan Widya Sari, S.ST, M.Keb
Cecen Suci Hakameri, S.Tr.Keb, M.Keb

Sumber

...

Tata letak :

...

Ukuran :

iv, hlm.; 133 Uk:15.5x23 cm

ISBN :

xxx-xxx-xxx-xxx

Cetakan Pertama:

Maret 2019

Hak Cipta 2019, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2019 by STIKes Hang Tuah

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang Dilarang
keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DAN REDAKSI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
HANG TUAH PEKANBARU
Jl. Mustafa Sari No. Tangkerang Selatan Pekanbaru
Telp. (0761)33815, 7891765
Fax (0761) 86364. Website: hangtuhapekanbaru.ac.id
Email: info.stikes@hangtuhapekanbaru.ac.id

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) HANG TUAH PEKANBARU

Visi

Terwujudnya institusi yang unggul dan kompeten dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi kesehatan yang berbasis teknologi tepat guna dan mampu bersaing di tingkat nasional dan regional tahun 2036.

Misi

- a. Melaksanakan pendidikan kesehatan yang bermutu untuk menghasilkan lulusan yang profesional berorientasi kepada peningkatan kesehatan masyarakat;
- b. Mengembangkan ilmu dan teknologi kesehatan melalui kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat untuk peningkatan kesehatan masyarakat;
- c. Melaksanakan penjaminan mutu yang konsisten dan berkelanjutan;
- d. Mewujudkan atmosfir akademik yang kondusif melalui kinerja akademik;
- e. Menjalin kerjasama dengan berbagai pihak dalam penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi;
- f. Mengembangkan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI**

Visi

Menghasilkan Bidan Profesional Dan Unggul dalam Penerapan Massage pada Ibu dan Anak dengan Pendekatan Teknologi Tepat Guna Tahun 2036

Misi

1. Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Bidan Yang Berkualitas melalui penguatan sumber-sumber belajar untuk menghasilkan lulusan yang profesional
2. Menyelenggarakan Penelitian berkesinambungan khususnya pada massage Ibu dan Anak dengan pendekatan Teknologi Tepat Guna
3. Menyelenggarakan Pengabdian Kepada Masyarakat berdasarkan pada prinsip kemitraan untuk meningkatkan kesehatan Ibu dan Anak dengan mengimplementasikan hasil-hasil penelitian
4. Menjalin Kerjasama Dengan Berbagai instansi, serta aktif dalam organisasi profesi (IBI) dan Asosisasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) dalam rangka peningkatan kualitas pendidikan dan pemanfaatan lulusan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kepada Allah SWT berkat rahmat dan hidayahNya kami dapat menyelesaikan buku ajar ini. Buku Ajar yang berjudul “Evidence Based dalam Praktik Kebidanan” disusun dari berbagai sumber literatur yang telah disesuaikan dengan silabus mata kuliah, sehingga relevan digunakan untuk pembelajaran pada mata kuliah Evidence Based dalam Praktik Kebidanan.

Buku ajar ini dibuat dengan mengacu pada kurikulum pendidikan Sarjana Kebidanan sehingga bertujuan agar mahasiswa mampu mengetahui Evidence Based dalam praktik kebidanan. Evidence Based dalam praktik kebidanan yang didasari oleh sikap, keterampilan dan pengetahuan. Setelah menempuh mata kuliah ini secara khusus mahasiswa mampu mengidentifikasi Konsep Metodologi Penelitian, Evidence Based Pelayanan kebidanan dan kesehatan masyarakat.

Akhir kata, semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca. Meskipun penulis telah berusaha menyusun buku ini secara sistematis dan mendalam, tetapi buku ini masih jauh dari kata sempurna. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan tulisan di edisi berikutnya.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Pekanbaru, 27 Agustus 2020

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I Critical Appraisal	1
BAB II Konsep Evidence Base Practice	7
BAB III Literatur Review.....	15
BAB IV Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	32
BAB V Metode Pengumpulan Data	46
BAB VI Teknik Pengolahan dan Analisa Data	56
BAB VII Pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif.....	61
BABVIII Ethical Considerations of Research, Dissemination Strategies, Midwifery Knowledge	76
BAB IX Evidence Based Clinical Decisions and Scope of Practice, Evidence Based for Hospital Based Care	82
BAB X Hasil Penelitian Terbaik, Implikasi dan Pentingnya EBP dalam Praktik Kebidanan	90
BAB XI Prinsip dan Langkah Evidence Based Midwifery Care, Kekuatan dan Kelemahan dalam Penerapan Evidence Based dalam Praktik	94
BAB XII Kekuatan dan Kelemahan dalam Penerapan Evidence Based dalam Praktik.	99
BAB XIII Evidence dengan Memperhatikan Prinsip Women-Centered Care	102
BAB XIV Tantangan dalam Evidence Based.....	108
BAB XV Kepakaran Klinis	131

BAB I

QUALITY APPRAISAL

A. PENDAHULUAN

Quality appraisal adalah telaah kritis dimana para klinisi mampu menilai secara efisien apakah suatu literatur kedokteran dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan klinis dan mampu menilai metodologi penelitian yang digunakan dalam penelitian tertentu sehingga dapat diputuskan apakah hasil penelitian tersebut dapat diterima atau tidak.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah sebagai berikut :

1. Mahasiswa mampu menguasai konsep Quality appraisal
2. Mahasiswa mampu menjelaskan langkah-langkah Quality appraisal

B. PENYAJIAN MATERI

1. Definisi

Quality appraisal adalah proses sistematis untuk menguji validitas, hasil, dan relevansi dari sebuah bukti ilmiah (hasil penelitian) sebelum digunakan untuk mengambil keputusan. Telaah kritis merupakan bagian penting dari *evidence-based medicine* karena dapat menjembatani jurang antara hasil riset dengan aplikasi praktis. (Chamber, R. 1998).

Quality appraisal adalah telaah kritis dimana para klinisi mampu menilai secara efisien apakah suatu literatur kesehatan dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan klinis dan mampu menilai metodologi penelitian yang digunakan dalam penelitian tertentu sehingga dapat diputuskan apakah hasil penelitian tersebut dapat diterima atau tidak.

Quality appraisal menjadi suatu keharusan bagi seorang klinisi (ex. Dokter, bidan, perawat) untuk menerapkan pengetahuan baru dalam praktek sehari-hari. Quality appraisal digunakan untuk menilai validitas (kebenaran) dan kegunaan dari suatu artikel atau journal ilmiah. Adapun evaluasi dari *critical appraisal* ini meliputi ;

1. Relevansi
2. Peneliti : pakar, pemula, tempat
3. Sponsor : sumber dana
4. Rancangan penelitian : sesuai dengan tujuan penelitian
5. Performace penelitian : keandalan definisi operasional, alat
6. Prosedur menganalisa data
7. Pembahasan
8. Kesimpulan

Sedangkan Quality appraisal memiliki fungsi sebagai:

- Secara sistematis mengevaluasi literatur ilmiah
- Dapat memilih literatur yang akan diambil
- Memutuskan artikel manakah yang akan mempengaruhi pekerjaan yang akan dilakukan
- Memisahkan penghalang antara peneliti dengan hasil penelitian
- Mendukung perkembangan dari Evidence Based Practice (EBP).

2. Kelebihan dan kekurangan Quality appraisal

Kelebihan Quality appraisal adalah:

- Merupakan metode yang sistematis utk menilai hasil, validitas, dan kegunaan dari publikasi artikel ilmiah.
- Jalan untuk mengurangi jurang antara riset dengan praktis.
- Mendorong penilaian objektif tentang kegunaan sebuah informasi ilmiah.
- Critical appraisal merupakan keterampilan yang tidak sulit dikuasai dan dikembangkan.

Kekurangan critical appraisal adalah:

- Membutuhkan banyak waktu, terutama pada awal.
- Tidak selalu memberikan jawaban yang mudah.
- Mengurangi semangat, terutama bila akses terhadap hasil penelitian yang baik pada bidang tertentu sangat terbatas.

3. Langkah-langkah yang perlu dilakukan

Secara formal penilaian kritis (critical appraisal) perlu dilakukan terhadap kualitas bukti-bukti yang dilaporkan oleh artikel riset pada jurnal. Penilaian kritis kualitas bukti dari artikel riset meliputi penilaian tentang validitas (validity), kepentingan (importance), dan kemampuan penerapan (applicability) buktibukti klinis tentang etiologi, diagnosis, terapi, prognosis, pencegahan, kerugian, yang akan digunakan untuk pelayanan medis individu pasien, disingkat “VIA”.

1. Validity

Setiap artikel laporan hasil riset perlu dinilai kritis tentang apakah kesimpulan yang ditarik benar (valid), tidak mengandung bias. Bias adalah kesalahan sistematis (systematic error) yang menyebabkan kesimpulan hasil riset yang salah tentang akurasi tes diagnosis, efektivitas intervensi, akurasi prognosis, maupun kerugian/ etiologi penyakit.

Validitas (kebenaran) bukti yang diperoleh dari sebuah riset tergantung dari cara peneliti memilih subjek/ sampel pasien penelitian, cara mengukur variabel, dan mengendalikan pengaruh faktor ketiga yang disebut faktor perancu (confounding factor). Untuk memperoleh hasil riset yang benar (valid), maka sebuah riset perlu menggunakan desain studi yang tepat.

2. Importance

Bukti yang disampaikan oleh suatu artikel tentang intervensi medis perlu dinilai tidak hanya validitas (kebenaran)nya tetapi juga apakah intervensi tersebut memberikan informasi diagnostik ataupun terapeutik yang substansial, yang cukup penting (important), sehingga berguna untuk menegakkan diagnosis ataupun memilih terapi yang efektif.

Suatu tes diagnostik dipandang penting jika mampu mendiskriminasi (membedakan) pasien yang sakit dan orang yang tidak sakit dengan cukup substansial, sebagaimana ditunjukkan oleh ukuran akurasi tes diagnostik. Suatu intervensi medis yang mampu secara substantif dan konsisten mengurangi risiko terjadinya hasil buruk (bad outcome), atau meningkatkan probabilitas terjadinya hasil baik (good outcome), merupakan intervensi yang penting dan berguna untuk diberikan kepada pasien. Suatu intervensi disebut penting hanya

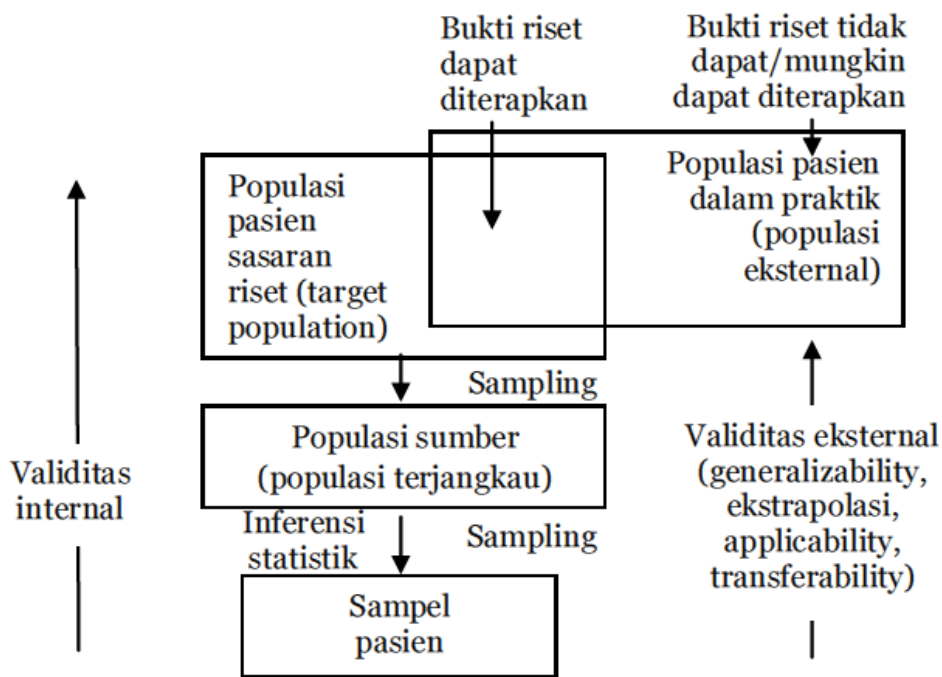
jika mampu memberikan perubahan yang secara klinis maupun statistik signifikan, tidak bisa hanya secara klinis signifikan atau hanya secara statistik signifikan.

Ukuran efek yang lazim digunakan untuk menunjukkan manfaat terapi dalam mencegah risiko terjadinya hasil buruk adalah absolute risk reduction (ARR), relative risk reduction (RRR), dan number needed to treat (NNT). Ukuran efek yang lazim digunakan untuk menunjukkan manfaat terapi dalam meningkatkan kemungkinan terjadinya hasil baik adalah absolute benefit increase (ABI), relative benefit increase (RBI), dan number needed to treat (NNT).

Setiap intervensi medis di samping berpotensi memberikan manfaat juga kerugian (harm). Ukuran efek yang digunakan untuk menunjukkan meningkatnya risiko terjadi kerugian oleh suatu intervensi medis adalah rasio risiko (RR), odds ratio (OR), absolute risk increase (ARI), relative risk increase (RRI), dan number needed to harm (NNH).

3. Applicability

Bukti yang valid dan penting dari sebuah riset hanya berguna jika bisa diterapkan pada pasien di tempat praktik klinis. ‘Bukti terbaik’ dari sebuah setting riset belum tentu bisa langsung diekstrapolasi (diperluas) kepada setting praktik klinis bidan. Untuk memahami pernyataan itu perlu dipahami perbedaan antara konsep efikasi (efficacy) dan efektivitas (effectiveness). Efikasi (efficacy) adalah bukti tentang kemaknaan efek yang dihasilkan oleh suatu intervensi, baik secara klinis maupun statistik, seperti yang ditunjukkan pada situasi riset yang sangat terkontrol. Situasi yang sangat terkontrol sering kali tidak sama dengan situasi praktik klinis sehari-hari. Suatu intervensi menunjukkan efikasi jika efek intervensi itu valid secara internal (internal validity), dengan kata lain intervensi itu memberikan efektif ketika diterapkan pada populasi sasaran (target population) (Gambar 1).



Gambar 1. Populasi sasaran, populasi eksternal, dan kemampuan penerapan (applicability) bukti riset

Agar intervensi efektif ketika diterapkan pada populasi yang lebih luas, yang tidak hanya meliputi populasi sasaran tetapi juga populasi eksternal (external population), maka intervensi tersebut harus menunjukkan efektivitas. Efektivitas (effectiveness) adalah bukti tentang kemaknaan efek yang dihasilkan oleh suatu intervensi, baik secara klinis maupun statistik, sebagaimana ditunjukkan/diterapkan pada dunia yang nyata (“the real world”).

Efektivitas menunjukkan manfaat praktis-pragmatis dari sebuah intervensi ketika diterapkan pada lingkungan pelayanan kebidanan yang sesungguhnya, di mana banyak terdapat ketidakteraturan (irregularity) dan ketidakpastian (uncertainty), meskipun pada lingkungan yang sangat terkontrol alias terkendali intervensi itu mungkin efektif.

Kemampuan penerapan intervensi dipengaruhi oleh banyak faktor, misalnya kesesuaian antara karakteristik populasi pasien dalam riset dan pasien di tempat praktik, kesesuaian antara variabel hasil yang diteliti dalam riset dan hasil yang diinginkan pada pasien (perbaikan klinis), akseptabilitas dan kepatuhan pasien,

keamanan (jangka pendek maupun jangka panjang), biaya, cost-effectiveness, fisibilitas (kelayakan), perbandingan dengan alternatif intervensi lainnya, preferensi pasien, akseptabilitas sosial, dan sebagainya. Pertimbangan semua faktor tersebut diperlukan untuk menentukan kemampuan penerapan intervensi.

Dokter bekerja di dunia nyata, bukan dunia maya atau —dunia lain. Karena itu keputusan untuk menggunakan/ tidak menggunakan intervensi perlu mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas (effectiveness) intervensi. Suatu riset yang menemukan efektivitas intervensi, dengan kata lain intervensi yang efektif ketika diterapkan pada populasi umum (populasi eksternal), maka temuan riset itu dikatakan memiliki validitas eksternal (external validity). Berdasarkan fakta tersebut maka dalam praktik EBM, “bukti efektivitas” (“evidence of effectiveness”) lebih bernilai daripada “bukti efikasi” (“evidence of efficacy”)

4. Apa yang dinilai pada critical appraisal

1. Deskripsi umum

- Desain
- Populasi target, terjangkau, sampel.
- Cara pemilihan sampel.
- Variabel bebas.
- Variabel tergantung.

2. Validitas interna, hubungan non-kasual

- Bias
- Chance
- Confounding

3. Validitas interna, hubungan kausal

- Hubungan waktu
- Asosiasi kuat
- Hubungan dosis
- Hasil konsisten
- Hubungan bersifat spesifik
- Koherensi

- Hasil biologically plausible.

4. Validitas eksterna

- Hasil dapat diterapkan pada subjek terpilih.
- Hasil dapat diterapkan pada populasi terjangkau.
- Hasil dapat diterapkan pada populasi yang lebih luas.

C. RANGKUMAN

Quality appraisal adalah proses sistematis untuk menguji validitas, hasil, dan relevansi dari sebuah bukti ilmiah (hasil penelitian) sebelum digunakan untuk mengambil keputusan. Telaah kritis merupakan bagian penting dari *evidence-based medicine* karena dapat menjembatani jurang antara hasil riset dengan aplikasi praktis. (Chamber, R. 1998).

Quality appraisal adalah telaah kritis dimana para klinisi mampu menilai secara efisien apakah suatu literatur kesehatan dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan klinis dan mampu menilai metodologi penelitian yang digunakan dalam penelitian tertentu sehingga dapat diputuskan apakah hasil penelitian tersebut dapat diterima atau tidak.

D. SOAL

1. Jelaskan pengertian Quality appraisal ?
2. Jelaskan kelebihan dan kekurangan Quality appraisal ?
3. Jelaskan langkah-langkah Quality appraisal ?

E. RUJUKAN

Cooper, Donald R. Dan C. William Emory, Alih Bahasa: Ellen G. Sitompul, 1996, *Metode Penelitian Bisnis*, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Dina Aliana Ikhwani., M.Kep / Wibowo Hanai Ari Susanto., M.Kep. (2019). *Evidence Based Practice Dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Trans Info Media

Jayanti Ira. (2019). *Evidence Based dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish

Joint Comissions International. (2011). *Hospital Patient Safety Goals*. 4th Edition. Oarkbrook Terrace-Illinois: Department of Publication Joint Comission Resources

BAB II

KONSEP EVIDENCE BASED PRACTICE

A. PENDAHULUAN

EBP didefinisikan sebagai intervensi dalam perawatan kesehatan yang berdasarkan pada fakta terbaik yang didapatkan. EBP merupakan proses yang panjang, adanya fakta dan produk hasil yang membutuhkan evaluasi berdasarkan hasil penerapan pada praktek lapangan.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah sebagai berikut :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep *Evidence Based Midwifery Practice (EBP)*
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang model *Evidence Based Midwifery Practice (EBP)*

B. PENYAJIAN MATERI

1. Definisi

EBP merupakan salah satu perkembangan yang penting pada dekade ini untuk membantu sebuah profesi, termasuk kedokteran, kebidanan, keperawatan, sosial, psikologi, public health, konseling dan profesi kesehatan dan sosial lainnya (Briggs & Rzepnicki, 2004; Brownson et al., 2002; Sackett et al., 2000). Menurut (Goode & Piedalue, 1999) : Praktik klinis berdasarkan bukti melibatkan temuan pengetahuan dari penelitian, review atau tinjauan kritis. EBP didefinisikan sebagai intervensi dalam perawatan kesehatan yang berdasarkan pada fakta terbaik yang didapatkan. EBP merupakan proses yang panjang, adanya fakta dan produk hasil yang membutuhkan evaluasi berdasarkan hasil penerapan pada praktek lapangan.

EBP merupakan suatu pendekatan pemecahan masalah untuk pengambilan keputusan dalam organisasi pelayanan kesehatan yang terintegrasi di dalamnya adalah ilmu pengetahuan atau teori yang ada dengan pengalaman dan bukti-bukti nyata yang baik (pasien dan praktisi). EBP dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan external serta memaksa untuk berpikir kritis dalam penerapan pelayanan secara bijaksana terhadap pelayanan pasien individu, kelompok atau system (newhouse, dearholt, poe, pough, & white, 2005).

Clinical Based Evidence atau Evidence Based Practice (EBP) adalah tindakan yang teliti dan bertanggung jawab dengan menggunakan bukti (berbasis bukti) yang berhubungan dengan keahlian klinis dan nilai-nilai pasien untuk menuntun pengambilan keputusan dalam proses perawatan (Titler, 2008). EBP merupakan salah satu perkembangan yang penting pada dekade ini untuk membantu sebuah profesi, termasuk kedokteran, kebidanan, keperawatan, sosial, psikologi, public health, konseling dan profesi kesehatan dan sosial lainnya (Briggs & Rzepnicki, 2004; Brownson et al., 2002; Sackett et al., 2000).

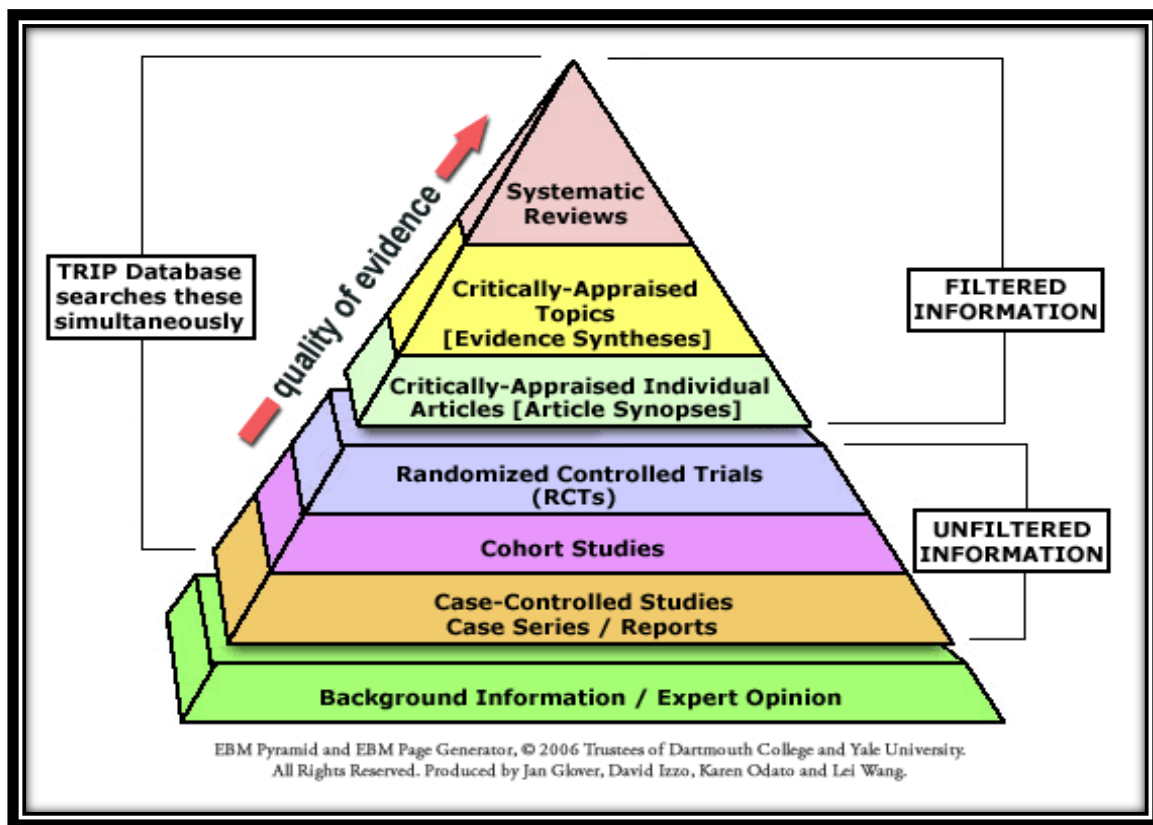
EBP menyebabkan terjadinya perubahan besar pada literatur, merupakan proses yang panjang dan merupakan aplikasi berdasarkan fakta terbaik untuk pengembangan dan peningkatan pada praktek lapangan. Pencetus dalam penggunaan fakta menjadi pedoman pelaksanaan praktek dalam memutuskan untuk mengintegrasikan keahlian klinikal individu dengan fakta yang terbaik berdasarkan penelitian sistematis.

Beberapa ahli telah mendefinisikan EBP dalam kebidanan sebagai :

1. Penggabungan bukti yang diperoleh dari hasil penelitian dan praktek klinis ditambah dengan pilihan dari pasien ke dalam keputusan klinis (Mulhall, 1998).
2. Penggunaan teori dan informasi yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian secara teliti, jelas dan bijaksana dalam pembuatan keputusan tentang pemberian asuhan keperawatan pada individu atau sekelompok pasien dan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan pilihan dari pasien tersebut (Ingersoll G, 2000).

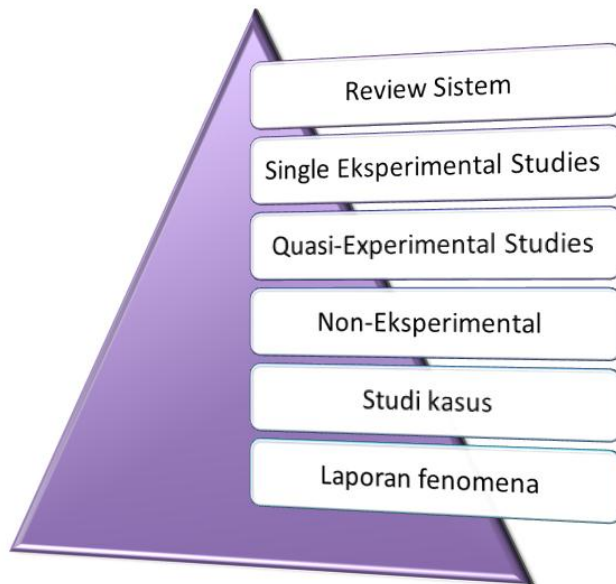
2. Tingkatan dan Hierarki dalam penerapan EBP

Tingkatan evidence disebut juga dengan hierarchy evidence yang digunakan untuk mengukur kekuatan suatu evidence dari rentang bukti terbaik sampai dengan bukti yang paling rendah. Tingkatan evidence ini digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam EBP. Hirarki untuk tingkatan evidence yang ditetapkan oleh Badan Kesehatan Penelitian dan Kualitas (AHRQ), sering digunakan dalam kebidanan (Titler, 2010). Adapun level of evidence tersebut adalah sebagai berikut :



Hierarki dalam penelitian ilmiah terdapat hieraraki dari tingkat kepercayaannya yang paling rendah hingga yang paling tingi. Dibawah ini mulai dari yang paling rendah hingga yang paling tinggi :

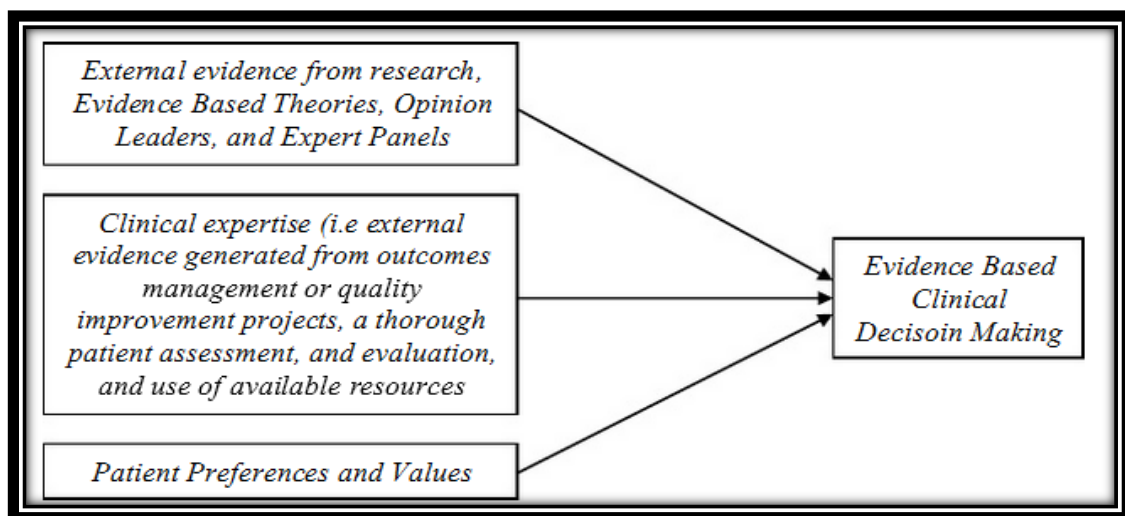
- Laporan fenomena atau kejadian-kejadian yang kita temui sehari-hari
- Studi kasus
- Studi lapangan atau laporan deskriptif
- Studi percobaan tanpa penggunaan tehnik pengambilan sampel secara acak (random)
- Studi percobaan yang menggunakan setidaknya ada satu kelompok pembanding, dan menggunakan sampel secara acak
- *Systemic reviews* untuk kelompok bijak bestari atau meta-analisa yaitu pengkajian berbagai penelitian yang ada dengan tingkat kepercayaan yang tinggi.



Hierarki dalam penerapan Evidence Based

3. Evidence Based Practice dengan Decision Making

Melnyk & Fineout-Overholt (2011), menggambarkan keterkaitan antara evidence based practice dengan proses decision making yang digambarkan dalam kerangka sebagai berikut :



Pengambilan keputusan untuk melakukan perubahan berdasarkan bukti-bukti nyata atau EBP di pengaruhi oleh tiga factor yaitu, hasil penelitian atau riset termasuk teori-teori pendukung, pengalaman yang bersifat klinis, serta feedback atau sumber-sumber dari pengalaman yang dialami oleh pasien.

4. Model Implementasi Evidence Based Practice

1) Model Settler

Merupakan seperangkat perlengkapan/media penelitian untuk meningkatkan penerapan Evidence based. 5 langkah dalam Model Settler:

Fase 1 : Persiapan

Fase 2 : Validasi

Fase 3 : Perbandingan evaluasi dan pengambilan keputusan

Fase 4 : Translasi dan aplikasi

Fase 5 : Evaluasi

2) Model IOWA Model of Evidence Based Practice to Promote Quality Care

Model EBP IOWA dikembangkan oleh Marita G. Titler, PhD, RN, FAAN, Model IOWA diawali dari pemicu/masalah. Pemicu/masalah ini sebagai focus ataupun focus masalah. Jika masalah mengenai prioritas dari suatu organisasi, tim segera dibentuk. Tim terdiri dari stakeholders, klinisian, staf perawat, staf bidan, dan tenaga kesehatan lain yang dirasakan penting untuk dilibatkan dalam EBP. Langkah selanjutnya adalah mensistesis EBP. Perubahan terjadi dan dilakukan jika terdapat cukup bukti yang mendukung untuk terjadinya perubahan . kemudian dilakukan evaluasi dan diikuti dengan diseminasi (Jones & Bartlett, 2004; Bernadette Mazurek Melnyk, 2011).

3) Model konseptual Rosswurm & Larrabee

Model ini disebut juga dengan model Evidence Based Practice Change yang terdiri dari 6 langkah yaitu :

Tahap 1 :mengkaji kebutuhan untuk perubahan praktis

Tahap 2 : tentukkan evidence terbaik

Tahap 3 : kritikal analisis evidence

Tahap 4 : design perubahan dalam praktek

Tahap 5 : implementasi dan evaluasi perubahan

Tahap 6 : integrasikan dan maintain perubahan dalam praktek

Model ini menjelaskan bahwa penerapan Evidence Based ke lahan praktek harus memperhatikan latar belakang teori yang ada, kevalidan dan kereliabilisan metode yang digunakan, serta penggunaan nomenklatur yang standar.

5. Pengkajian dan Alat dalam EBP

Terdapat beberapa kemampuan dasar yang harus dimiliki tenaga kesehatan profesional untuk dapat menerapkan praktek klinis berbasis bukti, yaitu :

- 1) Mengidentifikasi gap/kesenjangan antara teori dan praktek
- 2) Memformulasikan pertanyaan klinis yang relevan,
- 3) Melakukan pencarian literature yang efisien,
- 4) Mengaplikasikan peran dari bukti, termasuk tingkatan/hierarki dari bukti tersebut untuk menentukan tingkat validitasnya
- 5) Mengaplikasikan temuan literature pada masalah pasien, dan
- 6) Mengerti dan memahami keterkaitan antara nilai dan budaya pasien dapat mempengaruhi keseimbangan antara potensial keuntungan dan kerugian dari pilihan manajemen/terapi (Jette et al., 2003).

6. Langkah-langkah dalam EBP

- 1) **Langkah 1: Kembangkan semangat penelitian.** Sebelum memulai dalam tahapan yang sebenarnya didalam EBP, harus ditumbuhkan semangat dalam penelitian sehingga klinikan akan lebih nyaman dan tertarik mengenai pertanyaan-pertanyaan berkaitan dengan perawatan pasien
- 2) **Langkah 2: Ajukan pertanyaan klinis dalam format PICOT.** Pertanyaan klinis dalam format PICOT untuk menghasilkan evidence yang lebih baik dan relevan.
 - a) Populasi pasien (P),
 - b) Intervensi (I),
 - c) Perbandingan intervensi atau kelompok (C),
 - d) Hasil / Outcome (O), dan
 - e) Waktu / Time (T).

Format PICOT menyediakan kerangka kerja yang efisien untuk mencari database elektronik, yang dirancang untuk mengambil hanya artikel-artikel yang relevan dengan pertanyaan klinis. Menggunakan skenario kasus pada waktu respon cepat sebagai contoh, cara untuk membingkai pertanyaan tentang apakah penggunaan waktu tersebut akan menghasilkan hasil yang positif akan menjadi: "Di rumah sakit di ruangan perawatan ibu nifas (populasi pasien), bagaimana memiliki time respon cepat (intervensi) dibandingkan dengan tidak memiliki time respon cepat (perbandingan)

mempengaruhi jumlah intensitas nyeri luka perineum (hasil) selama periode 2minggu (waktu)? "

- 3) **Langkah 3: Cari bukti terbaik.** Mencari bukti untuk menginformasikan praktek klinis adalah sangat efisien ketika pertanyaan diminta dalam format PICOT. Jika bidan dalam skenario respon cepat itu hanya mengetik "Apa dampak dari memiliki time respon cepat?" ke dalam kolom pencarian dari database, hasilnya akan menjadi ratusan abstrak, sebagian besar dari mereka tidak relevan. Menggunakan format PICOT membantu untuk mengidentifikasi kata kunci atau frase yang ketika masuk berturut-turut dan kemudian digabungkan, memperlancar lokasi artikel yang relevan dalam database penelitian besar seperti MEDLINE atau CINAHL. Untuk pertanyaan PICOT pada time respon cepat, frase kunci pertama untuk dimasukkan ke dalam database akan perawatan luka perineum, subjek umum yang kemungkinan besar akan mengakibatkan ribuan kutipan dan abstrak. Istilah kedua akan dicari akan rapid respon time, diikuti oleh luka perineum dan istilah yang tersisa dalam pertanyaan PICOT. Langkah terakhir dari pencarian adalah untuk menggabungkan hasil pencarian untuk setiap istilah. Metode ini mempersempit hasil untuk artikel yang berkaitan dengan pertanyaan klinis, sering mengakibatkan kurang dari 20. Hal ini juga membantu untuk menetapkan batas akhir pencarian, seperti "subyek manusia" atau "English," untuk menghilangkan studi hewan atau artikel di luar negeri bahasa.

- 4) **Langkah 4: Kritis menilai bukti.** Setelah artikel yang dipilih untuk review, mereka harus cepat dinilai untuk menentukan yang paling relevan, valid, terpercaya, dan berlaku untuk pertanyaan klinis. Studi-studi ini adalah "studi kiper." Salah satu alasan bidan khawatir bahwa mereka tidak punya waktu untuk menerapkan EBP adalah bahwa banyak telah diajarkan proses mengkritisi melelahkan, termasuk penggunaan berbagai pertanyaan yang dirancang untuk mengungkapkan setiap elemen dari sebuah penelitian. Penilaian kritis yang cepat menggunakan tiga pertanyaan penting untuk mengevaluasi sebuah studi :
 - a. Apakah hasil penelitian valid? Ini pertanyaan validitas studi berpusat pada apakah metode penelitian yang cukup ketat untuk membuat temuan sedekat mungkin dengan kebenaran. Sebagai contoh, apakah para peneliti secara acak menetapkan mata pelajaran untuk pengobatan atau kelompok kontrol dan memastikan bahwa

mereka merupakan kunci karakteristik sebelum perawatan? Apakah instrumen yang valid dan reliabel digunakan untuk mengukur hasil kunci?

- b. Apakah hasilnya bisa dikonfirmasi? Untuk studi intervensi, pertanyaan ini keandalan studi membahas apakah intervensi bekerja, dampaknya pada hasil, dan kemungkinan memperoleh hasil yang sama dalam pengaturan praktek dokter sendiri. Untuk studi kualitatif, ini meliputi penilaian apakah pendekatan penelitian sesuai dengan tujuan penelitian, bersama dengan mengevaluasi aspek-aspek lain dari penelitian ini seperti apakah hasilnya bisa dikonfirmasi.
- c. Akankah hasil membantu saya merawat pasien saya? Ini pertanyaan penelitian penerapan mencakup pertimbangan klinis seperti apakah subyek dalam penelitian ini mirip dengan pasien sendiri, apakah manfaat lebih besar daripada risiko, kelayakan dan efektivitas biaya, dan nilai-nilai dan preferensi pasien. Setelah menilai studi masing-masing, langkah berikutnya adalah untuk mensintesis studi untuk menentukan apakah mereka datang ke kesimpulan yang sama, sehingga mendukung keputusan EBP atau perubahan.

- 5) **Langkah 5: Mengintegrasikan bukti dengan keahlian klinis dan preferensi pasien dan nilai-nilai.** Bukti penelitian saja tidak cukup untuk membenarkan perubahan dalam praktek. Keahlian klinis, berdasarkan penilaian pasien, data laboratorium, dan data dari program manajemen hasil, serta preferensi dan nilai-nilai pasien adalah komponen penting dari EBP. Tidak ada formula ajaib untuk bagaimana untuk menimbang masing-masing elemen; pelaksanaan EBP sangat dipengaruhi oleh variabel kelembagaan dan klinis. Misalnya, ada tubuh yang kuat dari bukti yang menunjukkan penurunan kejadian depresi pada pasien luka bakar jika mereka menerima delapan sesi terapi kognitif-perilaku sebelum dikeluarkan dari rumah sakit. Anda ingin pasien Anda memiliki terapi ini dan begitu mereka. Tapi keterbatasan anggaran di rumah sakit Anda mencegah mempekerjakan terapis untuk menawarkan pengobatan. Defisit sumber daya ini menghambat pelaksanaan EBP.
- 6) **Langkah 6: Evaluasi hasil keputusan praktek atau perubahan berdasarkan bukti.** Setelah menerapkan EBP, penting untuk memantau dan mengevaluasi setiap perubahan hasil sehingga efek positif dapat didukung dan yang negatif diperbaiki. Hanya karena intervensi efektif dalam uji ketat dikendalikan tidak berarti ia akan bekerja dengan cara yang sama dalam pengaturan klinis. Pemantauan efek perubahan EBP pada kualitas

perawatan kesehatan dan hasil dapat membantu dokter melihat kekurangan dalam pelaksanaan dan mengidentifikasi lebih tepat pasien mana yang paling mungkin untuk mendapatkan keuntungan. Ketika hasil berbeda dari yang dilaporkan dalam literatur penelitian, pemantauan dapat membantu menentukan.

- 7) **Langkah 7: Menyebarkan hasil EBP.** Perawat dapat mencapai hasil yang indah bagi pasien mereka melalui EBP, tetapi mereka sering gagal untuk berbagi pengalaman dengan rekan-rekan dan organisasi profesi kesehatan mereka sendiri atau lainnya. Hal ini menyebabkan perlu duplikasi usaha, dan melanggengkan pendekatan klinis yang tidak berdasarkan bukti-bukti. Di antara cara untuk menyebarkan inisiatif sukses adalah putaran EBP di institusi Anda, presentasi di konferensi lokal, regional, dan nasional, dan laporan dalam jurnal peer-review, news letter profesional, dan publikasi untuk khalayak umum.

7. Pelaksanaan EBP Pada Kebidanan

- 1) Mengakui status atau arah praktek dan yakin bahwa pemberian perawatan berdasarkan fakta terbaik akan meningkatkan hasil perawatan klien.
- 2) Implementasi hanya akan sukses bila seorang bidan menggunakan dan mendukung “pemberian perawatan berdasarkan fakta”.
- 3) Evaluasi penampilan klinik senantiasa dilakukan bidan dalam penggunaan EBP.
- 4) Praktek berdasarkan fakta berperan penting dalam perawatan kesehatan.
- 5) Praktek berdasarkan hasil temuan riset akan meningkatkan kualitas praktek, penggunaan biaya yang efektif pada pelayanan kesehatan.
- 6) Penggunaan EBP meningkatkan profesionalisme dan diikuti dengan evaluasi yang berkelanjutan.
- 7) Bidan membutuhkan peran dari fakta untuk meningkatkan intuisi, observasi pada klien dan bagaimana respon terhadap intervensi yang diberikan. Dalam tindakan diharapkan bidan memperhatikan etnik, sex, usia, kultur dan status kesehatan.

8. Hambatan Pelaksanaan EBP

- 1) Berkaitan dengan penggunaan waktu.
- 2) Akses terhadap jurnal dan artikel.
- 3) Keterampilan untuk mencari.
- 4) Keterampilan dalam melakukan kritik riset.

- 5) Kurang paham atau kurang mengerti.
- 6) Kurangnya kemampuan penguasaan bahasa untuk penggunaan hasil-hasil riset.
- 7) Salah pengertian tentang proses.
- 8) Kualitas dari fakta yang ditemukan.
- 9) Pentingnya pemahaman lebih lanjut tentang bagaimana untuk menggunakan literatur hasil penemuan untuk intervensi praktek yang terbaik untuk diterapkan pada klien.

C. RANGKUMAN

EBP merupakan suatu pendekatan pemecahan masalah untuk pengambilan keputusan dalam organisasi pelayanan kesehatan yang terintegrasi di dalamnya adalah ilmu pengetahuan atau teori yang ada dengan pengalaman dan bukti-bukti nyata yang baik (pasien dan praktisi). EBP dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan external serta memaksa untuk berpikir kritis dalam penerapan pelayanan secara bijaksana terhadap pelayanan pasien individu, kelompok atau system (newhouse, dearholt, poe, pough, & white, 2005).

D. SOAL

1. Jelaskan tentang konsep *Evidence Based Midwifery Practice (EBP)*?
2. Jelaskan tentang model *Evidence Based Midwifery Practice (EBP)*?
3. Jelaskan langkah-langkah dalam *Evidence Based Midwifery Practice (EBP)*?

E. RUJUKAN

- Dina Aliana Ikhwani., M.Kep / Wibowo Hanai Ari Susanto., M.Kep. (2019). *Evidence Based Practice Dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Trans Info Media
- Jayanti Ira. (2019). *Evidence Based dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish
- Pratami, Evi. (2016). *Evidence Based dalam Kebidanan*. Yogyakarta: EGC

BAB III

LITERATUR REVIEW

A. PENDAHULUAN

Literatur review merupakan suatu kerangka, konsep atau orientasi untuk melakukan analisis dan klasifikasi fakta yang dikumpulkan dalam penelitian yang dilakukan. Sumber-sumber rujukan (buku, jurnal, majalah) yang diacu hendaknya relevan dan terbaru (*state of art*) serta sesuai dengan yang terdapat dalam pustaka acuan.

Capaian Pembelajaran pada bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Literatur review
2. Mahasiswa mampu menjelaskan manfaat Literatur review
3. Mahasiswa mampu menjelaskan langkah Literatur review
4. Mahasiswa mampu menjelaskan sumber Literatur review

B. PENYAJIAN MATERI

1. Pengertian Literatur Review

Literatur review berisi uraian tentang teori, temuan dan bahan penelitian lain yang diperoleh dari bahan acuan untuk dijadikan landasan kegiatan penelitian. Uraian dalam literatur review ini diarahkan untuk menyusun kerangka pemikiran yang jelas tentang pemecahan masalah yang sudah diuraikan dalam sebelumnya pada perumusan masalah.

Penelitian dimulai dengan penelusuran pustaka yang berhubungan dengan subyek penelitian. Penelusuran pustaka merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan informasi yang relevan bagi penelitian. Penelusuran pustaka berguna untuk menghindari duplikasi dari pelaksanaan penelitian. Dengan penelusuran pustaka maka akan dapat diketahui penelitian yang pernah dilakukan.

Dalam membuat sebuah tulisan ilmiah, diperlukan sejumlah literatur yang mendukung tulisan ataupun penelitian yang kita lakukan. Untuk mendapatkan literatur tersebut, maka kita bisa mendapatkannya dengan cara membaca, memahami, mengkritik, dan mereview literatur dari berbagai macam sumber. Tinjauan literatur sangat penting peranannya dalam membuat suatu tulisan ataupun karangan ilmiah, dimana tinjauan

literatur memberikan ide dan tujuan tentang topik penelitian yang akan kita lakukan.

Literatur review berisi ulasan, rangkuman, dan pemikiran penulis tentang beberapa sumber pustaka (dapat berupa artikel, buku, slide, informasi dari internet, dan lain-lain) tentang topik yang dibahas, dan biasanya ditempatkan pada bab awal. Hasil-hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti lain dapat juga dimasukkan sebagai pembandingan dari hasil penelitian yang akan dicobakan disini. Semua pernyataan dan/atau hasil penelitian yang bukan berasal dari penulis harus disebutkan sumbernya, dan tatacara mengacu sumber pustaka mengikuti kaidah yang ditetapkan. Suatu literatur review yang baik haruslah bersifat relevan, mutakhir (tiga tahun terakhir), dan memadai.

Landasan teori, tinjauan teori, tinjauan pustaka semuanya merupakan cara untuk melakukan tinjauan literatur. Literatur review merupakan suatu cara untuk menemukan, mencari artikel-artikel, buku-buku dan sumber-sumber lain seperti tesis, disertasi, prosiding, yang relevan pada suatu isu tertentu atau teori atau riset yang menjadi *interest* kita. Literatur review yang kita dapatkan masih bersifat umum atau general (*general problem*).

Misalnya bila kita tertarik dengan suatu kasus dalam bidang kebidanan misalnya tentang *emesis gravidarum*, maka kita harus mencari sumber ilmiah yang membahas atau terkait dengan kajian ilmu tersebut. Dari berbagai literatur yang kita kumpulkan kita bisa melihat bagaimana artikel ilmiah-ilmiah terutama pada ringkasan-ringkasannya tersebut memberikan gambaran atau ringkasan-ringkasan dan mencoba meringkas dari gambaran-gambaran itu. Kita *anotyape bibliographi* yang disebut catatan-catatan kecil dan berikan kritikan (*critical evaluation*) pada artikel tersebut.

Literatur review merupakan suatu kerangka, konsep atau orientasi untuk melakukan analisis dan klasifikasi fakta yang dikumpulkan dalam penelitian yang dilakukan. Sumber-sumber rujukan (buku, jurnal, majalah) yang diacu hendaknya relevan dan terbaru (*state of art*) serta sesuai dengan yang terdapat dalam pustaka acuan. Tujuan melakukan literatur review adalah untuk mendapatkan landasan teori yang bisa mendukung pemecahan masalah yang sedang diteliti. Teori yang didapatkan merupakan langkah awal agar peneliti dapat lebih memahami permasalahan yang

sedang diteliti dengan benar sesuai dengan kerangka berpikir ilmiah.

Dalam melakukan review terhadap literatur yang perlu diingat adalah hindari kutipan pendapat pakar tanpa adanya pembahasan dan sikap kritisnya mengenai suatu topik bidang ilmu. Dari literatur review itu yang perlu dilihat adalah perlunya menganalisis, mensintesis, meringkas, membandingkan hasil-hasil penelitian yang satu dengan yang lainnya.

Literatur review membantu peneliti dalam pencarian tujuan serta membantu dalam menguraikan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Dalam menguraikan penelitian perlu dijelaskan mengenai peubah atau variabel yang digunakan, model yang digunakan, rancangan penelitian, sampling dan teknik pengumpulannya, analisis data, dan cara penafsirannya. Tujuannya adalah agar orang lain bisa melakukan pengulangan terhadap penelitian yang sama.

Dalam literatur review ada dua komponen utama yang harus diperhatikan yaitu kerangka teori (*theoretical framework*) dan kajian yang terkait dengan topik maupun tema penelitian. Literatur review merupakan diskusi dari pengetahuan tentang topik yang sedang dipelajari atau bisa juga berupa hasil pengetahuan yang di dukung dengan literatur riset, dan merupakan pondasi dari penelitian. Terdapat tiga macam tipe literatur review yaitu literatur review naratif (*narrative literature review*), literatur review kualitatif (*qualitative systematic literature review*), dan literatur review kuantitatif (*quantitative systematic literature review* atau *meta-analysis*).

Tujuan akhir dari literatur review ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang berkenaan dengan apa yang sudah pernah dikerjakan orang lain sebelumnya. Gambaran itu terkait dengan isu yang ingin diteliti, namun yang perlu diingat adalah, jangan membahas isu yang sudah kadaluarsa. Ada beberapa isu yang teorinya muncul di tahun yang lalu (lama). Artinya bila kita mereview literatur, mulailah mengacu pada teori atau mereview dari tahun terbaru hingga tahun yang sebelumnya.

Ada tiga aspek utama dalam melakukan literatur review yaitu:

1. Survei artikel yang terkait dengan isu yang kita minati

2. Berikan evaluasi, ringkas gambaran-gambaran yang ada
3. Mendapatkan masukan yang terkait dengan isu dari publikasi yang terbaru hingga publikasi terlama sehingga kita bisa mendapatkan gambarannya secara jelas. Ada beberapa hal yang terkait dengan *literatur review*:
 - a) Apa yang menjadi masalah dan kenapa masalah itu penting untuk dipecahkan?
 - b) Apakah masalah tersebut telah ditemukan?
 - c) Mulailah menetapkan permasalahan *sesimple*/sesederhana yang kita bisa.
 - d) Apakah metodologi penelitian sudah dimulai?
 - e) Bagaimana mendapatkan dan manipulasi data?
 - f) Sudahkah data yang dimanipulasi tersebut diinterpretasikan?
 - g) Apa kontribusinya terhadap penelitian yang dilakukan ?
 - h) Apa kesimpulan yang bisa diambil terkait dengan permasalahan?
 - i) Apakah kesimpulan yang dibuat sudah cukup menjawab dari problem yang ada?

2. Manfaat Literatur Review

Mengapa kita perlu melakukan *literature review*:

1. Menempatkan posisi pekerjaan kita pada posisi relatifnya.
 Misalnya asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *hyperemesis gravidarum*, ada orang yang sudah menulis yang dikaitkan dgn *hyperemesis gravidarum* baik dari segi faktor resiko terjadinya *hyperemesis gravidarum* maupun tata laksana dalam pemberian asuhan pada ibu hamil dengan *hyperemesis gravidarum*. Kedua bagian itu membicarakan hal yang sama yaitu *hyperemesis gravidarum*. Gabungkan kedua bagian tersebut dikatakan sebagai posisi relatif pada apa yang akan kita kerjakan. *Hyperemesis gravidarum* di tinjau dari berbagai aspek dan dampaknya pada kehamilan.
2. Menggambarkan keterhubungan antara satu penelitian dengan penelitian lainnya yang terkait dengan *point of interest* kita.
3. Identifikasikan cara lain untuk menginterpretasikan dan cari *gap* /kesenjangannya, itu yg akan dikumpulkan di *peaces analysis*.
4. Diantara penelitian-penelitian sebelumnya (kontras) pertentangan

5. Menjadi point untuk review literatur ini menjadi dasar kita untuk penelitian berikutnya
6. Dengan menggambarkan *fisic of puzzle* orang akan menggambarkan *significant of the problem*. Evaluasinya pada originality yang terlihat pada metodologi yang sesuai dengan pemecahan masalah.

Berikut ini merupakan beberapa elemen dalam literatur review :

- a) Menggambarkan subjek penelitian, issu atau teori secara objektif dari *literature review*.
- b) Divisi dari literature review dimasukkan dalam kategoris (contoh untuk mendukung posisi relative, dan alternatif)
- c) Menjelaskan bagaimana dari setiap literatur review kesamaan dan bagaimana variasinya dari yang lain.
- d) Membuat kesimpulan dari setiap bagian memberikan masukan dari berbagai argument, untuk memahami dan mengembangkan area penelitian.

3. Langkah-langkah Literatur Review

Ada banyak cara yang bisa kita gunakan untuk mengkaji literatur. Bagi sebagian orang bisa menggunakan sumber data primer (*primary sources*) yang berasal dari hasil-hasil penelitian seperti jurnal, thesis, disertasi dan lain sebagainya yang digunakan untuk memantapkan ide yang telah kita temukan sebelumnya. Selain itu juga bisa didukung dari sumber data sekunder (*secondary sources*) seperti buku, majalah, koran, penelusuran dengan komputer (*online database*) dan lain sebagainya karena sumber-sumber tersebut memberikan gambaran dan ide yang lebih luas tentang topik yang ingin kita kaji.

Langkah-langkah dari *Literature Reviews*:

1. Formulasi permasalahan

Pilihlah topik yang sesuai dengan isu dan *interest*. Permasalahan harus ditulis dengan lengkap (*complate*) dan tepat.

2. Cari literatur

Temukan literatur yang relevan dengan penelitian. Langkah ini membantu kita

untuk mendapatkan gambaran (*overview*) dari suatu topik penelitian. Sumber-sumber penelitian tersebut akan sangat membantu bila didukung dengan pengetahuan tentang topik yang akan dikaji. Karena sumber-sumber tersebut akan memberikan berbagai macam gambaran tentang ringkasan dari beberapa penelitian terdahulu.

3. Evaluasi data

Lihat apa saja kontribusinya terhadap topik yang dibahas. Cari dan temukan sumber data yang tepat sesuai dengan yang dibutuhkan untuk mendukung penelitian. Data ini bisa berupa data kualitatif, data kuantitatif maupun data yang berasal dari kombinasi keduanya.

4. Analisis dan interpretasikan

Diskusikan dan temukan serta ringkas literatur.

Untuk meriview sebuah literatur kita bisa melakukannya dengan beberapa cara, antara lain:

- a) Mencari kesamaan (*Compare*)
- b) Mencari ketidaksamaan (*Contrast*)
- c) Memberikan pandangan (*Criticize*)
- d) Membandingkan (*Synthesize*)
- e) Meringkas (*Summarize*)

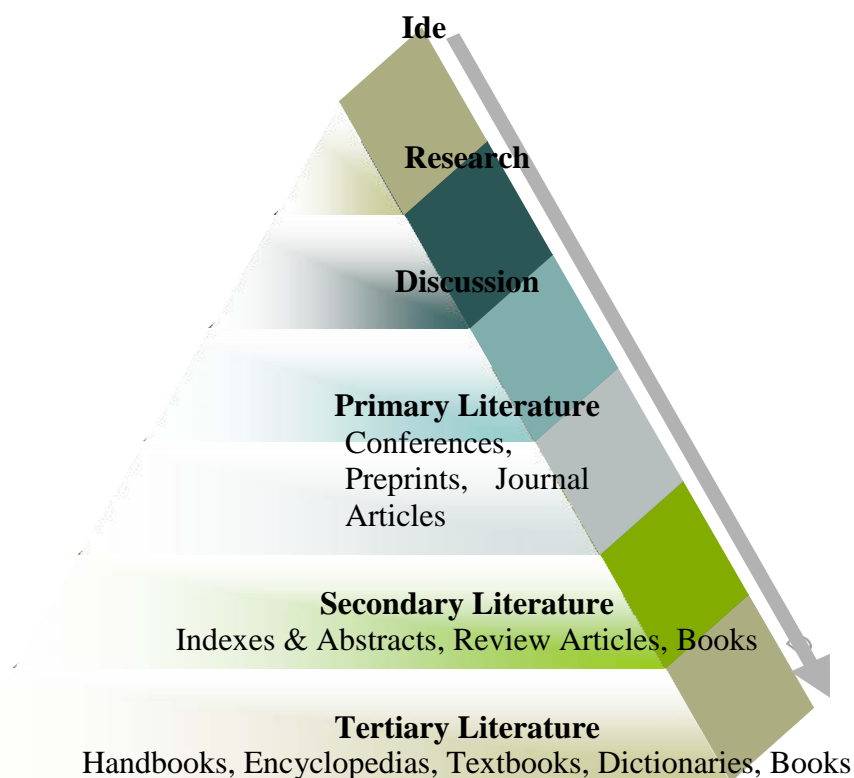
Hal terpenting dalam membuat literatur review adalah fitur yang utama dalam membangun teori adalah membandingkan antara konsep, teori dan hipotesis dengan literatur yang ada. Kunci utama dari proses ini adalah melihat sebanyak-banyaknya literatur yang ada. Dalam proses ini dicari persamaan, perbedaan yang terjadi antara literatur yang satu dengan literatur yang lainnya, serta mencari alasan kenapa hal tersebut bisa terjadi.

Hal tersebut dimaksudkan untuk menginterpretasikan penelitian yang akan kita lakukan dibandingkan dengan penelitian terdahulu yang disajikan dalam konteks yang berbeda. Yang terpenting adalah setiap bahan pustaka yang diambil sebagai literatur harus

dicantumkan sumbernya dalam daftar pustaka (bibliographi).

4. Sumber-sumber Literatur Review

Hampir seluruh penelitian dibangun berdasarkan penelitian yang sebelumnya. Para peneliti biasanya mulai dengan membaca literatur yang berkaitan dan mendapatkan ide dari literatur-literatur tersebut. Dalam menyajikan hasil kerjanya, maka para peneliti tersebut memberikan *acknowledge* kepada para pendahulunya dengan menuliskan sumber dokumen tersebut pada bagian daftar bacaan.



Gambar 3.1. Cycle of Scientific Literatur

Ada banyak sumber yang bisa dijadikan sebagai literatur review. Diantaranya:

1. Paper yang dipublikasikan dalam jurnal nasional dan internasional baik dari pihak pemerintah, perguruan tinggi maupun swasta.
2. Tesis merupakan penulisan ilmiah yang sifatnya mendalam dan mengungkapkan suatu pengetahuan baru yang diperoleh melalui penelitian. Tesis biasanya ditulis oleh mahasiswa pasacasarjana (S2) yang ingin mengambil

- gelar master.
3. Disertasi merupakan penulisan ilmiah tingkat tinggi yang biasanya ditulis untuk mendapatkan gelar doktor falasafah (Ph.D). disertasi berisi fakta berupa penemuan dari penulis itu sendiri berdasarkan metode dan analisis yang dapat dipertahankan kebenarannya.
 4. Jurnal maupun hasil-hasil konferensi. Jurnal biasanya digunakan sebagai bahan sitiran utama dalam penelitian karena jurnal memuat suatu informasi baru yang bersifat spesifik dan terfokus pada pemecahan masalah pada suatu topik penelitian.
 5. Majalah, famflet, kliping. Majalah ilmiah merupakan sumber publikasi yang biasanya berupa teori, penemuan baru, maupun berupa materi-materi yang sedang populer dibicarakan dan diteliti. Biasanya materi yang disajikan dalam makalah tidak terdapat dalam buku. Contohnya majalah *trubus*, majalah *e-commerce*, dan lain sebagainya. Majalah merupakan literatur yang disenangi para peneliti untuk dijadikan sitiran karena frekuensi terbitnya teratur dan cepat sehingga artikel yang dimuatnya cukup mutakhir.
 6. Abstrak hasil penelitian
 7. *Prosiding* bisa dijadikan sebagai bahan literatur karena *prosiding* ditulis oleh seorang profesor dan telah dipublikasikan. Pengambilan *prosiding* sebagai bahan literatur bisa memudahkan peneliti karena adanya kolaborasi antara peneliti dengan penulis *prosiding* yang mungkin berada pada satu institusi yang sama.
 8. *Web site* yang memuat ilmu komputer, misalnya <http://citeseer.nj.nec.com/cs>

5. Sitasi atau Penyitiran

Sitasi (*citation*) di dalam penulisan ilmiah sangat penting. Dalam penulisan ilmiah penulis memerlukan bahan pustaka (*literatur review*) untuk mendukung hasil tulisannya. Kegunaan bahan pustaka pendukung antara lain untuk menunjukkan adanya kebijakan di bidang kajiannya, menerangkan suatu teori, pengertian atau definisi, untuk memperlihatkan adanya temuan dari ilmuwan lain, untuk memperkuat temuannya, untuk memanfaatkan metode, sebagai pembandingan dimana bahan pustaka yang direview memperlihatkan adanya perbedaan atau persamaan pendapat dengan ilmuwan

lain, dan juga untuk memperkuat kesahihan penelitian yang dilakukan.

Sitasi menunjukkan asal-usul atau sumber suatu kutipan, mengutip pernyataan, atau menyalin/mengulang pernyataan seseorang dan mencantumkan di dalam suatu karya tulis yang dibuat, namun tetap mengindikasikan bahwa kutipan tersebut itu adalah pernyataan orang lain.

Suatu dokumen akan disitir oleh penulis apabila dokumen tersebut relevan dengan kegiatan penulisan karya ilmiah yang dilakukannya. Penyitiran dokumen ini dilakukan dengan maksud untuk membantu pengarang dalam mendapatkan informasi tambahan guna pemecahan masalah yang diteliti. Dokumen yang disitir sebaiknya berasal dari topik penelitian yang sama atau yang berhubungan dengan subjek penelitian. Pada dasarnya, semua kalimat, ide atau hasil karya yang bukan karya sendiri harus disebutkan sumbernya.

Salah satu pemilihan dokumen yang akan disitir adalah kesesuaian topik dengan penelitian, namun ada juga yang menyitir dari dokumen yang berbeda dengan topik penelitian misalnya untuk melihat analisa statistik maupun analisa data lainnya yang mungkin bisa digunakan pada penelitian yang sedang dilakukan karena dokumen tersebut memberikan informasi yang cukup dalam dan spesifik mengenai topik yang akan diteliti. Peneliti atau penulis akan menyitir suatu dokumen apabila dokumen tersebut memberikan informasi atau pengetahuan baru yang bisa bermanfaat bagi penelitiannya.

Waktu dan tahun penerbitan dokumen yang akan direview juga menjadi bahan pertimbangan dalam menyitir suatu dokumen. Tahun penerbitan suatu dokumen merupakan hal yang penting karena dokumen yang terbitannya lebih terbaru atau mutakhir memuat informasi dan pengetahuan baru yang sedang berkembang pada saat itu.

Dokumen yang sifatnya telah lama atau klasik juga masih disitir oleh banyak orang karena dokumen tersebut memberikan informasi yang masih relevan dengan keadaan saat ini, selain itu juga dokumen tersebut berisikan informasi awal dari perkembangan

ilmu pengetahuan yang ada pada saat ini. Meskipun dokumen tersebut telah lama/usang namun apabila dokumen tersebut memuat informasi yang relevan dengan topik penelitian si peneliti atau penulis, maka dokumen tersebut akan disitir. Penyitiran dari dokumen lama bisa diambil dan dibandingkan serta dimodifikasi dengan ilmu pengetahuan yang berkembang pada saat ini.

Kemudahan dalam mendapatkan dokumen yang akan direview juga menjadi faktor penting dalam menentukan sebuah dokumen menjadi sitiran. Hal ini bisa dilihat dari kemudahan untuk mendapatkan dokumen secara kontinue maupun kemudahan mengakses bila dilakukan melalui internet. Sebagai contoh, makalah atau jurnal ilmiah bisa dijadikan sebagai sumber sitiran karena makalah atau jurnal ilmiah tersebut frekuensi terbitnya teratur sehingga bisa dijadikan sebagai acuan dalam menyitir.

Ada beberapa referensi dalam mengacu sumber informasi, antara lain adalah cara mengacu yang ditentukan oleh IEEE (*Institute of Electrical and Electronics Engineers*) *Citation Style* dan *Chicago Citation Style* Pada cara pengacuan menurut IEEE, setiap referensi diberi nomor berdasarkan urutan kemunculannya pada dokumen. Ketika mengacu suatu referensi dalam tulisan, digunakan nomor referensi yang diapit oleh kurung siku.

Contoh :

a. Pengacuan dalam teks

Karena hal inilah selalu dilakukan penelitian untuk mereduksi dimensi vektor fitur agar waktu komputasi yang dibutuhkan tidaklah terlalu besar tetapi juga tidak mengurangi tingkat akurasi pengenalan. Metode yang pernah dikembangkan adalah metode untuk mereduksi dimensi dalam ruang *eigen* .

b. Pengacuan dalam Daftar Pustaka

- W.K. Chen. *Linear Networks and Systems*. Belmont, CA: Wadsworth, 1993, pp. [1] 123-35.
- [2] G. Pevere. "Infrared Nation." *The International Journal of Infrared Design*, vol. 33, pp. 56-99, Jan. 1979.

- [3] M. Duncan. "Engineering Concepts on Ice.
Internet: www.iceengg.edu/staff.html, Oct. 25, 2000 [July, 2007].

Referensi [1] adalah sebuah buku, referensi [2] adalah sebuah artikel pada sebuah jurnal dan referensi [3] berasal dari internet.

Berbeda dengan model acuan IEEE, pada model acuan Chicago, referensi-referensi diurutkan berdasarkan abjad pada Daftar Pustaka.

Pengacuan dalam teks	Daftar Pustaka
(Kourik 1998)	Kourik, Robert. 1998. <i>The lavender garden: beautiful varieties to grow and gather</i> . San Francisco: Chronicle Books.
(Terborgh 1974, 720) atau (Terborgh 1974)	Terborgh, J. 1974. <i>Perservation of natural diversity: The problem of extinction-prone species</i> . BioScience 24:715-22.

Selain dua metode di atas, metode sitasi yang digunakan dapat juga berasal dari bahan pustaka elektronik seperti:

- APA Style : Psikologi, pendidikan, dan ilmu-ilmu sosial
- MLA Style : Literatur, seni, dan *humanities*
- AMA Style : Keperawatan, kesehatan, dan ilmu biologi

Dalam melakukan penyitiran seorang peneliti atau penulis ilmiah wajib mencantumkan nama pengarang yang pernyataannya dikutip atau disitir di dalam artikel/makalah/laporan hasil penelitian. Kewajiban tersebut untuk memperlihatkan bahwa sesungguhnya peneliti tersebut telah menelaah terlebih dahulu, penelitian-penelitian setopik yang pernah dilakukan oleh orang lain, dan secara jujur mencantumkan bahan pustaka yang dikutipnya. Cara mencantumkan nama pengarang buku, artikel, atau pun sumber informasi lain yang tercetak sudah ada aturannya tersendiri, yang tentunya sudah biasa dilakukan oleh peneliti.

Menulis daftar pustaka (bibliografi) bertujuan untuk menguraikan dengan jelas semua sumber rujukan dan bacaan yang telah dicantumkan di dalam tulisan, baik berupa buku, jurnal dan majalah, tesis dan disertasi, dan lain sebagainya. Daftar pustaka ini dapat membantu pembaca untuk mengetahui sumber-sumber yang digunakan dalam penulisan ilmiah. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penyusunan daftar pustaka, yaitu daftar pustaka tidak diberi nomor, urutan nama penulis mengikut urutan huruf, gelar penulis tidak dimasukkan, bibliografi diletakkan pada bagian terakhir tulisan, nama pengarang ditulis penuh dalam susunan asal.

Urutan unsur-unsur yang ditulis dalam bibliografi ialah: Nama penulis, Tahun penerbitan, Judul – digaris atau dicetak miring, Tempat penerbitan, dan Nama penerbit. Berikut ini diberikan beberapa contoh penulisan daftar pustaka (bibliografi) berdasarkan standar APA, MLA dan AMA.

Berikut ini contoh rumusan sitasi untuk APA Style (*American Psychological Association*) :

[1]. Journal or Magazine Article (use for journals that start each issue with page one)

Wilcox, R. V. (1991). Shifting roles and synthetic women in Star trek: The next generation. *Studies in Popular Culture*, 13(2), 53-65.

[2]. Journal or Magazine Article (use for journals where the page numbering continues from issue to issue)

Dubeck, L. (1990). Science fiction aids science teaching. *Physics Teacher*, 28, 316-318.

[3]. Newspaper Article

Di Rado, A. (1995, March 15). Trekking through college: Classes explore modern society using the world of Star trek. *Los Angeles Times*, p. A3.

[4]. Article from an Internet Database (for more details, see the [American Psychological Association](#)'s official site)

Mershon, D. H. (1998, November-December). Star trek on the brain: Alien minds, human minds. *American Scientist*, 86, 585. Retrieved July 29, 1999, from Expanded Academic ASAP database.

[5]. Book

Okuda, M., & Okuda, D. (1993). *Star trek chronology: The history of the future*. New York: Pocket Books.

[6]. Book Article or Chapter

James, N. E. (1988). Two sides of paradise: The Eden myth according to Kirk and Spock. In D. Palumbo (Ed.), *Spectrum of the fantastic* (pp. 219-223). Westport, CT: Greenwood.

[7]. Encyclopedia Article

Sturgeon, T. (1995). Science fiction. In *The encyclopedia Americana* (Vol. 24, pp. 390-392). Danbury, CT: Grolier.

[8]. ERIC Document

Fuss-Reineck, M. (1993). *Sibling communication in Star trek: The next generation: Conflicts between brothers*. Miami, FL: Annual Meeting of the Speech Communication Association. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 364932)

[9]. Website (for more details, see the [American Psychological Association's](#) official site)

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-ations review*. Retrieved October 8, 1997, from Psi Phi: Bradley's Science Fiction Club Web site: <http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi/DS9/ep/503r.html>

Berikut ini contoh rumusan sitasi untuk MLA Style :

[1]. Book

Okuda, Michael, and Denise Okuda. Star Trek Chronology: The History of the Future. New York: Pocket, 1993.

[2]. Journal Article

Wilcox, Rhonda V. "Shifting Roles and Synthetic Women in Star Trek: The Next Generation." Studies in Popular Culture 13.2 (1991): 53-65.

[3]. Newspaper or Magazine Article

Di Rado, Alicia. "Trekking through College: Classes Explore Modern Society Using the World of Star Trek." Los Angeles Times 15 Mar. 1995: A3.

[4]. Book Article or Chapter

James, Nancy E. "Two Sides of Paradise: The Eden Myth According to Kirk and Spock." Spectrum of the Fantastic. Ed. Donald Palumbo. Westport: Greenwood, 1988. 219-223.

[5]. Encyclopedia Article (well known reference books)

Sturgeon, Theodore. "Science Fiction." The Encyclopedia Americana. International ed. 1995.

- [6]. Encyclopedia Article (less familiar reference books)
Horn, Maurice. "Flash Gordon." The World Encyclopedia of Comics. Ed. Maurice Horn. 2 vols. New York: Chelsea, 1976.
- [7]. Gale Reference Book (and other books featuring reprinted articles)
Shayon, Robert Lewis. "The Interplanetary Spock." Saturday Review 17 June 1967: 46. Rpt. in Contemporary Literary Criticism.
Ed. Sharon R. Gunton. Vol. 17. Detroit: Gale Research, 1981. 403.
- [8]. ERIC Document
Fuss-Reineck, Marilyn. Sibling Communication in Star Trek: The Next Generation: Conflicts between Brothers. Miami: Speech Communication Assn., 1993. ERIC Document Reproduction Service ED364932.
- [9]. Website
Lynch, Tim. "DSN Trials and Tribble-ations Review." Psi Phi: Bradley's Science Fiction Club. 1996. Bradley University. 8 Oct. 1997
<<http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi/DS9/ep/503r.html>>.
- [10]. Newspaper or Magazine Article on the Internet
Andreadis, Athena. "The Enterprise Finds Twin Earths Everywhere It Goes, But Future Colonizers of Distant Planets Won't Be So Lucky." Astronomy Jan. 1999: 64-. Academic Universe. Lexis-Nexis. B. Davis Schwartz Memorial Lib., Brookville, NY. 7 Feb. 1999 <<http://web.lexis-nexis.com/universe>>.
- [11]. Literature Resource Center
Shayon, Robert Lewis. "The Interplanetary Spock." Saturday Review 17 June 1967: 46. Rpt. in Contemporary Literary Criticism.
Ed. Sharon R. Gunton. Vol. 17. Detroit: Gale Research, 1981. 403. Literature Resource Center. Gale Group. B. Davis Schwartz Memorial Lib., Brookville, NY. 16 Oct. 2001 <<http://infotrac.galegroup.com/menu>>.

Berikut ini contoh rumusan sitasi untuk AMA (*American Medical Association*):

- [1]. Book
Okuda M, Okuda D. *Star Trek Chronology: The History of the Future*. New York: Pocket Books; 1993.
- [2]. Journal or Magazine Article (with volume numbers)
Wilcox RV. Shifting roles and synthetic women in Star trek: the next generation. *Stud Pop Culture*. 1991;13:53-65.
- [3]. Newspaper, Magazine or Journal Article (without volume numbers)
Di Rado A. Trekking through college: classes explore modern society using the

world of Star trek. *Los Angeles Times*. March 15, 1995:A3.

[4]. Encyclopedia Article

Sturgeon T. Science fiction. In: Lorimer LT, editorial director; Cummings C, ed-in-chief; Leish KW, managing ed. *The Encyclopedia Americana*. Vol 24. International ed. Danbury, Conn: Grolier Incorporated; 1995:390-392.

[5]. Book Article or Chapter

James NE. Two sides of paradise: the Eden myth according to Kirk and Spock. In: Palumbo D, ed. *Spectrum of the Fantastic*. Westport, Conn: Greenwood; 1988:219-223.

[6]. ERIC Document

Fuss-Reineck M. *Sibling Communication in Star Trek: The Next Generation: Conflicts Between Brothers*. Miami, Fla: Annual Meeting of the Speech Communication Association; 1993. ERIC Document Reproduction Service ED364932.

[7]. Website

Lynch T. DSN trials and tribble-ations review. Psi Phi: Bradley's Science Fiction Club Web site. 1996. Available at: <http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi/DS9/ep/503r.htm>. Accessed October 8, 1997.

[8]. Journal Article on the Internet

McCoy LH. Respiratory changes in Vulcans during pon farr. *J Extr Med* [serial online]. 1999;47:237-247. Available at: <http://infotrac.galegroup.com/itweb/nysl li liu>. Accessed April 7, 1999.

Berikut ini juga disajikan beberapa contoh penulisan sitiran dalam daftar pustaka:

1. Sitiran Buku

Nama pengarang. Judul buku. 2nd ed. 2 vols. Informasi mengenai penerbitan.

Marcuse, Sibyl. A Survey of Musical Instruments. New York: Harper, 1975.

- - -. Judul buku. Informasi mengenai penerbitan.

- - -, ed. Judul buku. Informasi mengenai penerbitan

- - -, trans. Judul buku. Informasi mengenai penerbitan.

Jika nama pengarang lebih dari satu, maka dapat ditulis sesuai dengan format berikut ini:

Contoh:

Jakobson, Roman, dan Linda R. Waugh. Judul buku. Informasi mengenai penerbitan.

Namun jika pengarangnya lebih dari 3 orang, maka dalam daftar pustaka dapat ditulis dengan format berikut ini.

Contoh:

Gilman, Sender, et al. Judul buku. Informasi mengenai penerbitan

2. Publikasi Pemerintah

Contoh:

United Nations. Consequences of Rapid Population Growth in Developing Countries. New York: Taylor, 1991.

3. Publikasi Prosiding atau Konferensi

Contoh:

Freed, Barbara F., ed. Foreign Language Acquisition Research and the Classroom. Proceeding of Consortium for Language Teaching and Learning Conference, Oct. 1989, U of Pennsylvania. Lexington: Heath, 1991.

4. Disertasi

Nama pengarang. Judul buku. Disertasi. Informasi mengenai universitas

5. Artikel dari jurnal, surat kabar, majalah

Nama pengarang. "Judul artikel". Informasi penerbitan

Contoh :

Barthelme, Frederick. "Architecture." Kansas Quarterly 13. 3-4 (1981): 77-80.

Feder, Barnaby J. "For Job Seekers, a Toll-Free Gift of Expert Advice." New York Times 30 December 1993.

Contoh:

Frank, Michael. "The Wild, Wild West." Archetectural Digest June 1993: 180-190.

6. Sumber online

George D. Gopen dan Judith A. Swan. The Science of Scientific Writing".
<http://www.research.att.com/~andreas/sci.html>

7. Sitiran dari CD-ROM

Materi dari jurnal yang diakses melalui CD-ROM

Contoh :

Angier, Natalie. "Chemist Learn Why Vegetables Are Good for You." New York Times 13 April 1993. New York Times Ondisc. CD-ROM. UMI-Proquest. October 1993.

"Time Warner, Inc.: Sales Summary, 1988 – 1992." Disclosure/Wordscope. CD-ROM. October 1993."

C. RANGKUMAN

Literatur review berisi uraian tentang teori, temuan dan bahan penelitian lain yang diperoleh dari bahan acuan untuk dijadikan landasan kegiatan penelitian. Uraian dalam literatur review ini diarahkan untuk menyusun kerangka pemikiran yang jelas tentang pemecahan masalah yang sudah diuraikan dalam sebelumnya pada perumusan masalah.

D. SOAL

1. Jelaskan tentang Literatur review ?
2. Jelaskan manfaat Literatur review ?
3. Jelaskan langkah-langkah Literatur review ?
4. Jelaskan sumber-sumber Literatur review ?

E. RUJUKAN

Pratami, Evi. (2016). *Evidence Based dalam Kebidanan*. Yogyakarta: EGC

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Dina Aliana Ikhwani., M.Kep / Wibowo Hanai Ari Susanto., M.Kep. (2019). *Evidence Based Practice Dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Trans Info Media

Jayanti Ira. (2019). *Evidence Based dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish

BAB IV

JENIS PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN

A. PENDAHULUAN

Penelitian merupakan proses pemecahan suatu masalah dengan melakukan suatu pendekatan dengan metode ilmiah untuk menyelesaikan permasalahan yang ada secara sistematis. Hasil dari penelitian yang dilakukan nantinya adalah teori baru yang berkaitan dengan masalah yang sedang dikaji atau kesimpulan dari dugaan-dugaan yang telah dibuat sebelumnya.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang jenis penelitian
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang rancangan penelitian

B. PENYAJIAN MATERI

1. Jenis Penelitian

Terdapat beberapa macam penggolongan penelitian kesehatan, yaitu :

a. Menurut tujuan

- Deskriptif

Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang didalamnya tidak ada analisis hubungan antar variabel, tidak ada variabel bebas dan terikat, bersifat umum yang membutuhkan jawaban dimana, kapan, berapa banyak, siapa, dimana, dan analisa statistic yang digunakan adalah deskriptif.

- Analitik

Penelitian analitik terdiri atas variabel bebas dan terikat, membutuhkan jawaban mengapa dan bagaimana, penelitian ini biasanya menggunakan analisis statistic inferensial.

b. Menurut jenis analisis/data

- Penelitian kuantitatif

Jenis penelitian yang termasuk kedalam penelitian kuantitatif adalah penelitian deskriptif, penelitian perkembangan, penelitian tindakan, penelitian komparatif, penelitian korelasional, penelitian eksperimental dll

- Penelitian Kualitatif

Yang termasuk kedalam Penelitian Kualitatif adalah penelitian fenomenologi, etnografi, historis, kasus dll. Pada Penelitian Kualitatif, proses pengumpulan data dapat diperoleh melalui cerita, gambar atau dokumen lainnya.

c. Menurut pendekatan waktu

- Cross sectional (potong sectional)

Dalam penelitian cross sectional, variabel sebab atau risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada obyek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan (dalam waktu yang sama). Penelitian jenis ini sangat cocok untuk penelitian deskriptif dan tidak cocok untuk penelitian yang bersifat analitik.

Misalnya : penelitian tentang hubungan antara bentuk tubuh dengan hipertensi, hubungan antara kondisi sanitasi lingkungan dengan penyakit menular.

Pengumpulan data untuk jenis penelitian ini, baik untuk variabel risiko atau sebab (var.independen) maupun variabel akibat (var.dependen) dilakukan secara bersamaan atau sekaligus

- Prospektif (Cohort)

Penelitian prospektif adalah penelitian yang bersifat melihat kedepan (*forward looking*), artinya penelitian dimulai dari variabel penyebab atau faktor risiko, kemudian diikuti akibatnya pada waktu yang akan datang. Dengan kata lain, penelitian ini berangkat dari variabel independen kemudian diikuti akibat dari independen variabel tersebut terhadap dependen.

Misalnya : Penelitian tentang hubungan antara merokok dan kanker paru-paru.

- Retrospektif

Penelitian retrospektif adalah penelitian yang berusaha melihat kebelakang (*backward looking*). Artinya pengumpulan data dimulai dari efek tersebut ditelusuri kebelakang tentang penyebabnya atau variabel-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut. Dengan kata lain, dalam penelitian ini berangkat dari variabel dependen, kemudian dicari variabel independennya.

d. Menurut ada tidaknya perlakuan

- Penelitian eksperimental

Penelitian eksperimental merupakan penelitian yang merupakan penelitian yang memberikan perlakuan kepada obyek yang dapat mengendalikan variabel dan secara

tegas menyatakan adanya hubungan sebab akibat.

- Penelitian non eksperimental (expost facto)

Penelitian non eksperimental (expost facto) adalah penelitian yang tidak memberikan intervensi kepada obyek dan hanya mengamati kejadian yang sudah ada, dan penelitian ini sulit menyatakan hubungan sebab akibat

2. Rancangan penelitian

Agar penelitian dapat berjalan sebagaimana mestinya, rancangan penelitian harus disusun dan ditentukan sebelum melakukan penelitian. Rancangan penelitian secara umum mencakup dari identifikasi masalah hingga teknik analisis data yang akan dilakukan. Secara khusus peneliti sering menyebut desain penelitian dengan makna jenis penelitian yang akan digunakan untuk mencapai tujuan penelitian. Pemilihan desain penelitian harus disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai, dengan topic penelitian, dengan memilih paling efisien dan dengan hasil yang memuaskan.

Desain penelitian dapat digolongkan menjadi :

1) Observasional

- Studi cross sectional

Pada desain studi cross sectional, peneliti hanya melakukan observasi dan pengukuran variabel pada satu saat tertentu saja. Pengukuran variabel tidak terbatas harus tepat pada satu waktu bersamaan, namun mempunyai makna bahwa setiap subjek hanya dikenai satu kali pengukuran, tanpa dilakukan tindak lanjut atau pengulangan pengukuran. Hasil pengukuran studi cross sectional dianalisis dalam tabel 2x2.

Contoh judul penelitian yang dapat menggunakan desain cross sectional :

- a) Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial di RSUD Arifin Ahmad
- b) Hubungan antara pendidikan oleh orang tua terhadap kesiapan menghadapi pubertas pada siswa kelas IV SDN 012 Pekanbaru
- c) Hubungan pemenuhan hak-hak reproduksi remaja dengan perilaku penyimpangan remaja.
- d) Hubungan antara status pekerjaan dengan sikap lansia terhadap perubahan fisik akibat proses menua.

- Studi case control

Pada studi case control, observasi atau pengukuran terhadap variabel bebas dan tergantung tidak dilakukan dalam satu waktu, melainkan variabel tergantung (efek) dilakukan pengukuran terlebih dahulu, baru meruntut kebelakang untuk mengukur variabel bebas (faktor risiko). Studi case control sering disebut studi retrospektif.

Studi case control dilakukan dengan cara membandingkan dua kelompok yaitu, kelompok kasus dan control, kemudian ditelusuri secara retrospektif ada tidaknya faktor risiko yang berperan. Kelompok kasus merupakan kelompok yang menderita penyakit, sedangkan kelompok control merupakan kelompok yang tidak menderita penyakit. Dari masing-masing kelompok dihitung berapa yang mempunyai faktor risiko positif dan negative. Hasil pengukuran dimasukkan dalam tabel 2x2, sehingga diperoleh Ods ratio. Nilai ods ratio=1, bearti bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan fakor risiko, bila > 1 menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor risiko, sedangkan < 1 , menunjukkan bahwa faktor tersebut merupakan faktor protektif untuk terjadinya efek.

Contoh :

Hubungan antara usia menarche dengan kejadian Ca.Payudara di RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru,

- Studi kohort

Kebalikan dengan studi case control yang dimulai dengan identifikasi efek, studi kohort dimulai dengan mengidentifikasi faktor risiko timbulnya efek, yang sering disebut kausa. Selanjutnya secara prospektif diikuti selama periode waktu tertentu untuk mencari ada tidaknya efek.Pada studi kohort, terdapat dua kelompok yang sebanding yaitu, kelompok terpajan sebagai subyek yang diteliti dan kelompok yang tidak terpajan sebagai control.

Contoh :

Hubungan antara pemberian PASI dengan timbulnya dermatitis di pipi pada bayi usia dibawah satu tahun.

2) Eksperimental

- Pra eksperimental

One shot case study

Rancangan ini merupakan rancangan primitive. Sekelompok subyek diberi perlakuan (X) dan selanjutnya dilakukan pengamatan (O). Pada rancangan ini tidak ada variabel luar yang dikendalikan, sehingga rancangan ini sering dianggap bukan eksperimen

(x) >----- O

One group pre and posttest design

Rancangan jenis ini hanya menggunakan satu kelompok subyek, pengukuran dilakukan sebelum dan setelah perlakuan. Perbedaan kedua hasil pengukuran dianggap sebagai efek perlakuan. Adanya efek matirasi pada subyek dan kondisi lain yang berpengaruh terhadap validitas internal dan eksternal merupakan kelemahan desain ini.

O >----- (X) >----- O

- Eksperimen semu (quasi eksperiment)

Rancangan Eksperimen ulang Non-random (non randomized pretest-posttest with control group design)

Rancangan ini mirip dengan ekperimen ulang, hanya saja pembagian subyek dalam kelompok tidak dilakukan secara acak, sehingga pengendalian terhadap variabel pengganggu sangat lemah

$$\frac{O_1 \text{ >----- (X) >----- } O_2}{O_3 \text{ >----- (-) >----- } O_4}$$

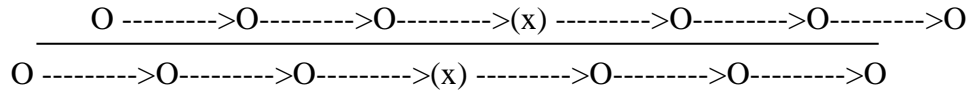
Rancangan eksperimental seri (time series design)

Rancangan ini memungkinkan observasi pengukuran dilakukan beberapa kali pada subyek, baik sebelum maupun setelah perlakuan. Suyek perlakuan sebagai control.

O ----->O----->O----->(x) ----->O----->O----->O

Rancangan eksperimental seri ganda (multiple time series design)

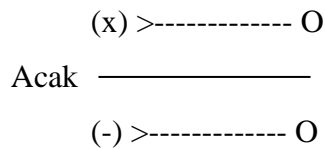
Rancangan ini merupakan pengembangan dari rancangan eksperimental seri, sehingga lebih kuat dalam mengendalikan variabel perancu



- Eksperimen Murni (true eksperimen)

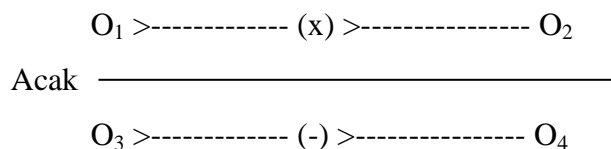
Rancangan eksperimental sederhana (posttest only with control group design)

Pada rancangan ini, terdapat randomisasi pada pengelompokkan subyek, Kelompok perlakuan dan kelompok control dapat lebih dari satu kelompok. Pada waktu tertentu setelah perlakuan diberikan, pengukuran dilakukan pada semua kelompok yang dibandingkan. Perbedaan hasil pengukuran antar kelompok menunjukkan efek perlakuan. Rancangan ini paling praktis, sederhana dan cukup adekuat karena sudah dilakukan randomisasi dan adanya kelompok pembanding



Rancangan eksperimental ulang (pretest-posttest with control group design)

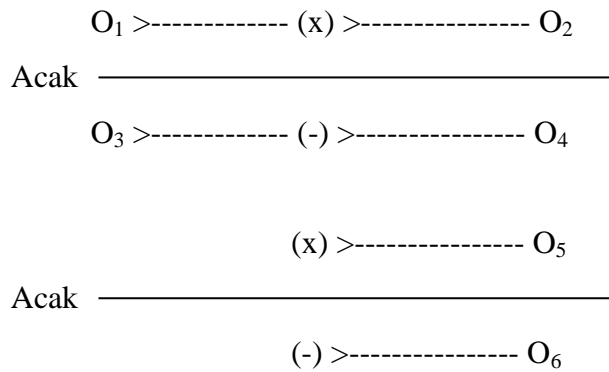
Rancangan ini merupakan pengembangan dari rancangan eksperimen sederhana. Pengukuran dilakukan pada Kedua kelompok, sebelum (O_1 dan O_3) dan setelah periode perlakuan (O_2 dan O_4), sehingga diperoleh empat hasil pengukuran.



Rancangan eksperimental salomon (salomon four group design)

Rancangan ini merupakan pengembangan rancangan eksperimen sebelumnya. Kelompok subyek dibagi menjadi empat kelompok secara acak. Pada kelompok

satu dan dua dilakukan pengukuran awal, sedangkan pada kelompok tiga dan empat tidak dilakukan pengukuran awal. Semua variabel perancu dikendalikan dalam rancangan model ini, namun rancangan ini kurang praktis.



- 3) Desain khusus
- Uji diagnostic
 - Meta Analisis
 - Survival Analisis

3. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas : obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

Jadi pouplasi bukan hanya orang, tetapi juga obyek dan benda-benda alam yang lain. Populasi juga bukan sekedar **jumlah** yang ada pada obyek/subyek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh **karakteristik**/sifat yang dimiliki oleh subyek atau obyek itu. Misalnya akan melakukan penelitian disekolah X, maka sekolah X ini merupakan populasi. Sekolah X mempunyai sejumlah orang/subyek dan obyek yang lain. Hal ini berarti populasi dalam arti jumlah/kuantitas. Tetapi sekolah X juga mempunyai karakteristik orang-orang, misalnya motivasi kerjanya, disiplin kerjanya, kepemimpinannya, iklim organisasi dan lain-lain; dan juga mempunyai karakteristik obyek yang lain, misalnya kebijakan, prosedur kerja, tata ruang kelas, lulusan yang

dihasilkan dan lain-lain. Yang terakhir ini berarti populasi dalam arti karakteristik.

Dalam bidang kedokteran, satu orang sering bertindak sebagai populasi. Darah yang ada pada setiap orang adalah populasi, kalau akan diperiksa cukup diambil sebagian darah yang berupa sampel. Data yang diteliti dari sampel tersebut selanjutnya diberlakukan keseluruhan darah yang dimiliki orang tersebut.

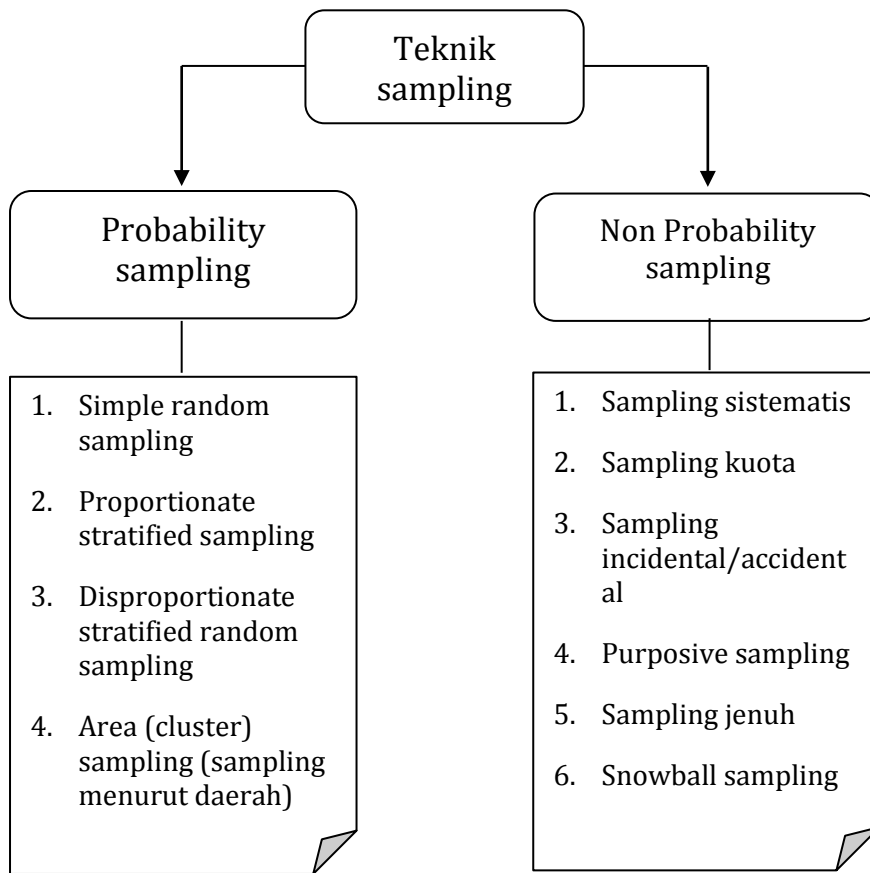
b. Sampel

1) Pengertian Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga, dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi tersebut. Apa yang dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representatif.

2) Teknik sampling

Teknik sampling adalah merupakan teknik pengambilan sampel. Untuk menentukan sampel yang akan digunakan dalam penelitian, terdapat beberapa teknik sampling yang digunakan, Secara skematik, teknik macam-macam sampling ditunjukkan pada gambar 5.1.

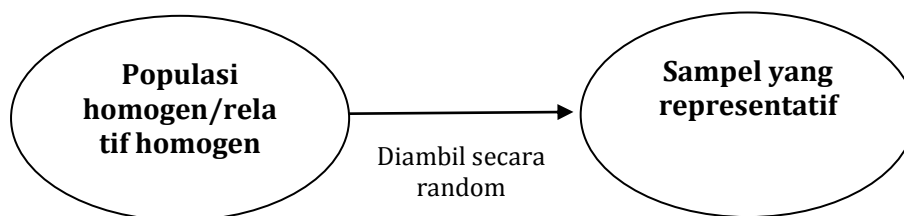


a. Probability sampling

Probability sampling adalah teknik pengambilan sampel yang memberikan peluang yang sama bagi setiap unsure (anggota) populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel. Teknik ini meliputi :

- *Simple random sampling*

Dikatakan simple (sederhana) karena pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu. Hal ini dilakukan bila anggota populasi dianggap homogeny.



Gambar 4.2. Teknik simple random sampling

- *Proportionate stratified sampling*

Teknik ini digunakan bila populasi mempunyai anggota /unsur yang tidak homogen dan berstrata secara proporsional. Strata organisasi yang mempunyai pegawai dari latar belakang pendidikan yang berstrata, maka populasi pegawai itu berstrata. Misalnya jumlah pegawai yang lulus S1 = 45, S2 = 30, STM = 800, ST = 900, SMEA = 400, SD = 300. Jumlah sampel yang harus diambil meliputi strata pendidikan tersebut

- *Disproportionate stratified random sampling*

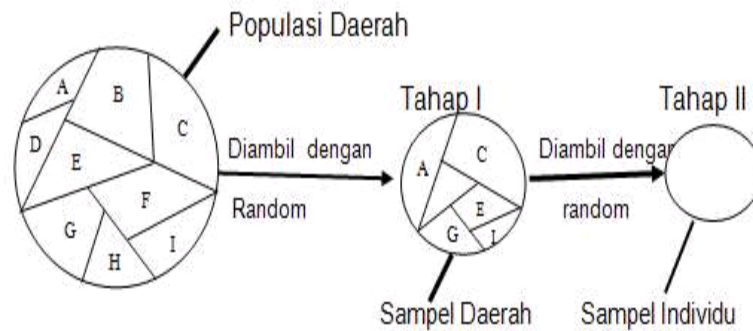
Teknik ini digunakan untuk menentukan jumlah sampel, bila populasi berstrata tetapi kurang proporsional. Misalnya pegawai dari unit kerja tertentu mempunyai; 3 orang lulusan S3, 4 orang lulusan S2, 90 orang lulusan S1, 800 orang SMU, 700 orang SMP, maka tiga orang lulusan S# dan empat orang S2 itu diambil semuanya sebagai sampel. Karena dua kelompok ini terlalu kecil bila dibandingkan dengan kelompok S1, SMU, dan SMP.

- *Cluster sampling*

Teknik sampling daerah digunakan untuk menentukan sampel bila obyek yang akan diteliti atau sumber data sangat luas, misal penduduk dari suatu Negara, propinsi atau kabupaten. Untuk menentukan penduduk mana yang akan dijadikan sumber data, maka pengambilan sampelnya berdasarkan daerah populasi yang telah ditetapkan.

Misalnya di Indonesia terdapat 30 propinsi dan sampel akan menggunakan 15 propinsi, maka pengambilan 15 propinsi itu dilakukan secara random. Tetapi perlu diingat, karena propinsi-propinsi di Indonesia itu berstrata (tidak sama) maka pengambilan sampelnya perlu menggunakan stratified random sampling. Propinsi di Indonesia ada yang penduduknya padat, ada yang kaya tambang ada yang tidak dll, karakteristik semacam ini perlu diperhatikan sehingga pengambilan sample menurut strata populasi itu dapat ditetapkan.

Teknik sampling daerah ini sering digunakan melalui 2 tahap, yaitu tahap pertama menentukan sampel daerah, dan tahap berikutnya menentukan orang-orang yang ada pada daerah, dan tahap berikutnya menentukan orang-orang yang ada pada daerah itu secara sampling juga.



Gbr 4. Teknik Cluster Random Sampling

b. Nonprobability sampling

Nonprobability sampling adalah teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap unsure anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Teknik ini meliputi :

- Sampling Sistematis

Teknik sampling ini merupakan teknik penarikan sampel dengan cara penentuan sampel berdasarkan urutan dari anggota populasi yang telah diberi nomor urut. Sebagai contoh jumlah anggota populasi sebanyak 200 orang. Anggota populasi diberi nomor urut dari no 1 sampai nomor 200. Selanjutnya pengambilan sampel dilakukan dengan memilih nomor urut ganjil, atau genap saja, atau kelipatan dari bilangan tertentu, seperti bilangan 5 dan lainnya.

- Sampling Kuota

Sampling kuota adalah teknik penarikan sampling dari populasi yang mempunyai ciri-ciri tertentu sampai pada jumlah (kuota) yang diinginkan. Sebagai contoh akan melakukan penelitian terhadap pegawai golongan II pada suatu instansi, dan penelitian dilakukan secara kelompok. Jumlah sampel ditetapkan 100 orang sementara penelitian sebanyak 5 orang, maka setiap anggota peneliti dapat memilih sampel secara bebas dengan karakteristik yang telah ditentukan (golongan II) sebanyak 20 orang.

- Sampling Aksidental

Sampling aksidental adalah teknik penentuan sampel, berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan

sebagai sampel, bila orang yang ditemukan pada waktu menentukan sampel cocok dengan yang diperlukan sebagai sumber data.

- Purposive Sampling

Purposive sampling, adalah teknik penarikan sampel yang dilakukan untuk tujuan tertentu saja. Misalnya akan melakukan penelitian tentang disiplin pegawai, maka sampel yang dipilih adalah orang yang ahli dalam bidang kepegawaian saja.

- Sampling Jenuh

Sampling jenuh adalah teknik penarikan sampel apabila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah npopuloasi relatif kecil, kurang dari 30 orang. Istilah lain dari sampling jenuh ini adalah sensus, dimana semua anggota populasi dijadikan sampel.

- Snowball Sampling

Snowball sampling adalah teknik penarikan sampel yang mula-mula dilakukan dalam jumlah kecil (informan kunci) kemudian sampel yang terpilih pertama disuruh memilih sampel berikutnya, yang akhirnya jumlah sampel akan bertambah banyak seperti bola salju yang bergelinding makin lama makin besar.

3) Menentukan ukuran sampel

Untuk dapat menentukan dengan tepat banyaknya jumlah subyek penelitian yang harus diambil, paneliti harus mengetahui terlebih dahulu apa yang menjadi unit analisis dari penelitian. Unit analisis atau satuan subyek yang dianalisis sangat tergantung pada siapa yang diteliti. Apabila penelitian tentang siswa maka sebagai unit analisis adalah siswa.

Besarnya jumlah sampel sering dinyatakan dengan ukuran sampel. Jumlah sampel yang meakili 100% populasi adalah sama dengan jumlah populasi. Makin besar jumlah sampel mendekati jumlah populasi maka peluang kesalahan dalam melakukan generalisasi akan semakin kecil, dan sebaliknya makin kecil jumlah sampel penelitian maka diduga akan semakin besar kemungkinan kesalahan dalam melakukan generalisasi.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan besarnya sampel adalah sebagai berikut: a) Unit analisis, b) Pendekatan atau model penelitian, c)

Banyaknya karakteristik khusus yang ada pada populasi, dan d) Keterbatasan Penelitian.

Syarat dalam menentukan ukuran sampel :

- (1) Ukuran Populasi(N) diketahui
- (2) Pilih taraf signifikansi α yang diinginkan

Ada tiga metode praktis yang dapat digunakan dalam menentukan jumlah sampel , yaitu:

- (1) Tabel Kretjie

Krejie dan Morgan (1970) dalam Uma Sekaran (1992) membuat daftar yang bisa dipakai untuk menentukan jumlah sampel sebagai berikut (Lihat Tabel)

Populasi (N)	Sampel (n)	Populasi (N)	Sampel (n)	Populasi (N)	Sampel (n)
10	10	220	140	1200	291
15	14	230	144	1300	297
20	19	240	148	1400	302
25	24	250	152	1500	306
30	28	260	155	1600	310
35	32	270	159	1700	313
40	36	280	162	1800	317
45	40	290	165	1900	320
50	44	300	169	2000	322
55	48	320	175	2200	327
60	52	340	181	2400	331
65	56	360	186	2600	335
70	59	380	191	2800	338
75	63	400	196	3000	341
80	66	420	201	3500	346
85	70	440	205	4000	351
90	73	460	210	4500	354
95	76	480	214	5000	357
100	80	500	217	6000	361
110	86	550	226	7000	364
120	92	600	234	8000	367
130	97	650	242	9000	368
140	103	700	248	10000	370
150	108	750	254	15000	375
160	113	800	260	20000	377
170	118	850	265	30000	379
180	123	900	269	40000	380
190	127	950	274	50000	381
200	132	1000	278	75000	382
210	136	1100	285	1000000	384

(2) Nomogram HarryKing(Sugiyono,2007)

(3) Rumus Slovin (dalam Riduwan, 2005 ; 65)

$$N = n/N(d)^2 + 1$$

Ket :

n = sampel; N = populasi; d = nilai presisi 95% atau sig. = 0,05.

Misalnya, jumlah populasi adalah 125, dan tingkat kesalahan yang dikehendaki adalah 5%, maka jumlah sampel yang digunakan adalah :

$$N = 125 / 125 (0,05)^2 + 1 = 95,23, \text{ dibulatkan } 95$$

(4). estimasi proporsi dengan presisi mutlak.

$$n = Z^2 1 - \alpha/2 \frac{p(1 - p)}{d^2}$$

Contoh :

Peneliti ingin mengetahui prevalansi anemia pada ibu hamil. Berdasarkan catatan di dinas kesehatan adalah 62%. Berdasarkan masalah dan informasi tersebut berapa jumlah sampel yang dibutuhkan jika peneliti menginginkan presisi mutlak sebesar 10% dengan derajat kepercayaan 95%

Jawaban:

Diketahui P= 0,62, d= 0,10, Z = 1,96 maka dapat dicari

$$n = (1,96)^2 \frac{0,62(1 - 0,62)}{(0,1)^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,62 \times 0,38}{0,01}$$

$$n = \frac{0,9050}{0,01} = 90,5$$

5. penelitian survei tanpa kelompok pembanding, yakni bersifat deskriptif dan korelatif

$$n = \frac{4 p q}{L^2}$$

Atau

$$n = \frac{4 S^2}{L^2}$$

Atau

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

n = jumlah sampel awal

p = sifat suatu keadaan dalam persen, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 100% - p

L = derajat ketepatan yang dipergunakan umumnya 5 %

n₁ = jumlah sampel sebenarnya

N = Jumlah populasi

s = Standar deviasi yang diperkirakan pada populasi

contoh :

melalui suatu penelitian cross secsional ingin diketahui tingkat penggunaan alat kontrasepsi di masyarakat. Diperkirakan selama 30% dari 700 wanita usia subur tercatat memakai salah satu jenis kontrasepsi. Bila hanya diperkenankan kesalahan perhitungan sebesar 5% maka :

$$n = \frac{4 \times 30 \times 70}{5 \times 5} = 336$$

$$n = \frac{336}{1 + (336 : 700)} = 227$$

C. RANGKUMAN

Penelitian merupakan proses pemecahan suatu masalah dengan melakukan suatu pendekatan dengan metode ilmiah untuk menyelesaikan permasalahan yang ada secara sistematis. Hasil dari penelitian yang dilakukan nantinya adalah teori baru yang berkaitan dengan masalah yang sedang dikaji atau kesimpulan dari dugaan-dugaan yang telah dibuat sebelumnya.

D. SOAL

1. Jelaskan tentang jenis-jenis penelitian ?
2. Jelaskan tentang rancangan penelitian ?

E. RUJUKAN

Cooper, Donald R. Dan C. William Emory, Alih Bahasa: Ellen G. Sitompul, 1996, *Metode Penelitian Bisnis*, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

BAB V

METODE PENGUMPULAN DATA

A. PENDAHULUAN

Metode pengumpulan data adalah teknik atau cara yang dilakukan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Pengumpulan data dilakukan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan penelitian. Sementara itu instrumen pengumpulan data merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data.

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan macam-macam metode pengumpulan data

B. PENYAJIAN MATERI

Teknik pengumpulan data bisa dibedakan dengan beberapa hal, seperti:

1. Berdasarkan Setting (Setting Alamiah, Labortorium dengan melalui eksperimen, di rumah dengan mewawancarai responden, seminar, dan lain-lain)
2. Berdasarkan sumber data: (Sumber Primer : Sumber yang langsung memberikan data dan Sumber Sekunder : Sumber yang tidak langsung memberikan data).
3. Berdasarkan Teknik Pengumpulan Data dibagi lagi menjadi: Observasi, Wawancara, Dokumentasi dan Triangulasi/Gabungan

1. METODE PENGAMATAN (OBSERVASI)

Observasi diartikan sebagai pengamatan dengan indera penglihatan yang berarti tidak mengajukan pertanyaan.

Macam-macam observasi: (Sanafiah Faisal: 1990)

- Observasi Partisipatif, yang terbagi menjadi: Observasi yang Pasif, Observasi yang Moderat, Observasi yang Aktif, dan Observasi yang Lengkap.
- Observasi Terus Terang dan Tersamar
- Observasi tak Terstruktur

a. *Observasi Partisipatif*

- Peneliti mengamati apa yang dikerjakan orang, mendengarkan apa yang diucapkan dan berpartisipasi dalam aktivitas yang diteliti (Susan Stainback:1998)

- Klasifikasi (Sanafiah Faisal:1990)
 - Partisipasi Pasif : Peneliti mengamati tapi tidak terlibat dalam kegiatan tersebut.
 - Partisipasi Moderat :Peneliti ikut observasi partisipatif pada beberapa beberapa kegiatan saja, tidak semua kegiatan.
 - Partisipasi Aktif : Peneliti ikut melakukan apa yang dilakukan narasumber, tapi belum sepenuhnya lengkap
 - Partisipasi Lengkap : Peneliti terlibat sepenuhnya dalam kegiatan narasumber
- b. **Observasi Terus Terang atau Tersamar**
- Peneliti berterus terang kepada narasumber bahwa ia sedang melakukan penelitian.
 - Suatu saat peneliti melakukan tidak berterus terang agar dapat mengetahui informasi yang dirahasiakan narasumber.
- c. **Observasi tak Berstruktur**
- Dilakukan dengan tidak Berstruktur karena fokus penelitian belum jelas
 - Apabila masalah sudah jelas, maka dapat dilakukan secara berstruktur dengan menggunakan pedoman observasi

Manfaat Observasi

- Menurut Nasution (1988)
- Peneliti akan mampu memahami konteks data secara menyeluruh.
- Peneliti akan memperoleh pengalaman langsung.
- Peneliti dapat melihat hal-hal yang kurang diamati oleh orang lain.
- Peneliti dapat menemukan hal-hal yang tidak terungkap saat wawancara.
- Peneliti dapat mengungkapkan hal-hal yang ada di luar persepsi responden.
- Peneliti dapat memperoleh kesan-kesan pribadi terhadap obyek yang diteliti.

Obyek observasi

1. *Space* : Ruang dalam aspek fisiknya
2. *Actor* : Orang yang terlibat dalam situasi social
3. *Activity* : Seperangkat kegiatan yang dilakukan orang
4. *Object* : Benda-benda yang terdapat di tempat itu
5. *Act* : Perbuatan / Tindakan tertentu
6. *Event* : Rangkaian aktivitas yang dikerjakan orang-orang

7. *Time* : Urutan Kegiatan
8. *Goal* : Tujuan yang ingin dicapai
9. *Feeling* : Emosi yang dirasakan dan diekspresikan orang-orang

Tahapan Observasi

Observasi Deskriptif :

1. Peneliti belum menemukan masalah yang diteliti secara jelas
2. Peneliti melakukan penjelajahan umum dengan melakukan deskripsi semua yang dilihat, semua yang didengar, dll.
3. Observasi Terfokus :
4. Observasi dipersempit pada aspek tertentu
5. Observasi Terseleksi :
6. Peneliti telah menguraikan fokus yang ditemukan, sehingga diperoleh data yang lebih rinci, peneliti telah menemukan karakteristik, perbedaan dan persamaan antar kategori

© Keuntungan:

1. Data yang diperoleh adalah data yang segar dalam arti data dikumpulkan dari subjek pada saat terjadinya tingkah laku.
2. Keabsahan alat ukur dapat diketahui secara langsung.

© Kerugian:

1. Pengamat harus menunggu dan mengamati sampai tingkah laku yang diharapkan terjadi.
2. Beberapa tingkah laku, seperti tingkah lakua yang bersifat kriminal sulit untuk diamati bahkan bisa berbahaya. Untuk tingkah laku seperti ini masih mungkin diperoleh menggunakan wawancara (Atherton & Klemmack, 1982).

2. METODE WAWANCARA

Pengertian :

Menurut Esterberg (2002) : Wawancara adalah merupakan pertemuan antara dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu

Macam-macam Wawancara

- a. Wawancara Terstruktur

1. Bila peneliti telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh.
 2. Peneliti sudah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis dan alternatif jawaban.
- b. Wawancara Semi Terstruktur
1. Dilaksanakan lebih bebas dibandingkan dengan wawancara terstruktur.
 2. Bertujuan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka.
- c. Wawancara tak berstruktur
1. Dilakukan secara bebas, peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara secara sistematis.
 2. Pedoman yang digunakan hanya garis-garis besar permasalahan.
 3. Peneliti belum mengetahui secara pasti apa yang akan diperoleh, sehingga peneliti lebih banyak mendengarkan

Langkah-langkah Wawancara

Menurut Lincoln & Guba, ada 7 langkah :

1. Menetapkan kepada siapa wawancara akan dilakukan.
2. Menyiapkan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan.
3. Mengawali atau membuka wawancara.
4. Melaksanakan alur wawancara.
5. Mengonfirmasikan ikhtisar hasil wawancara dan mengakhirinya.
6. Menuliskan hasil wawancara.
7. Identifikasi tindak lanjut hasil wawancara.

Jenis-jenis Pertanyaan dalam Wawancara

- a. Pertanyaan yang berkaitan dengan pengalaman.
- b. Pertanyaan yang berkaitan dengan pendapat.
- c. Pertanyaan yang berkaitan dengan perasaan.
- d. Pertanyaan tentang pengetahuan.
- e. Pertanyaan yang berkenaan dengan indera.

Hal-hal yang Berkenaan dengan Wawancara

1. Alat-alat wawancara :
2. Buku Catatan
3. Tape Recorder
4. Camera
5. Mencatat Hasil Wawancara
6. Hasil wawancara harus dicatat.
7. Untuk wawancara yang dilakukan secara terbuka & tidak berstruktur, peneliti perlu rangkuman yang lebih sistematis.

Teknik Pengumpulan Data dengan Dokumen

- a. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental yang lain.
- b. Dokumen yang dipilih harus memiliki kredibilitas yang tinggi.

Triangulasi

1. Merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada.
2. Dengan Triangulasi, peneliti sebenarnya mengumpulkan data sekaligus menguji kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data

Keuntungan:

1. Wawancara dapat digunakan pada responden yang tidak bisa membaca dan menulis.
2. Jika ada pertanyaan yang belum dipahami, pewawancara dapat segera menjelaskannya.
3. Dapat mengecek kebenaran jawaban responden dengan mengajukan pertanyaan pembandingan atau dengan memperhatikan gerak-gerik responden.

Kerugian:

1. Memerlukan biaya yang sangat besar untuk perjalanan dan uang harian pewawancara.
2. Hanya dapat menjangkau daerah jumlah responden yang lebih kecil.
3. Kehadiran pewawancara mungkin mengganggu responden.

Daftar pertanyaan untuk wawancara ini disebut *interview schedule*. Sedangkan catatan garis besar tentang pokok-pokok yang akan ditanyakan disebut **pedoman wawancara** (*interview guide*).

Hal-hal yang perlu diperhatikan untuk mendapat kerja sama yang baik dari responden:

1. Penampilan fisik, termasuk pakaian yang dapat memberi kesan apakah pewawancara dapat dipercaya atau mungkin mengancam keselamatan responden.
2. Sikap dan tingkah laku pewawancara. Sikap dan tingkah laku yang sopan akan menyenangkan calon responden.
3. Identitas, pewawancara harus memperkenalkan diri terlebih dahulu.
4. Persiapan. Dalam arti pewawancara harus menguasai apa yang akan ditanyakan kepada responden.
5. Persiapan. Pewawancara harus menguasai apa saja yang akan ditanyakan pada responden
6. Pewawancara harus bersikap netral, tidak mengarahkan jawaban responden. Bila pewawancara merasa kesulitan dalam menggolongkan jawaban responden, tanyakan kepada responden kategori mana yang menurut responden paling sesuai untuk jawaban itu.

3. METODE ANGKET

Yang dimaksud dengan angket adalah suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai suatu masalah yang umumnya banyak mengenai kepentingan umum (orang banyak). Angket ini dilakukan dengan mengedarkan suatu daftar pertanyaan yang berupa formulir-formulir, diajukan secara tertulis kepada sejumlah subjek untuk mendapat tanggapan atau informasi, jawaban dan sebagainya. Oleh karena angket ini selalu berbentuk formulir-formulir yang berisikan pertanyaan maka angket sering disebut **QUESTIONER (daftar pertanyaan)**.

Beberapa tipe angket :

a. Menurut Sifatnya

1. Angket umum, yang berusaha sejauh mungkin untuk memperoleh selengkap lengkapnya tentang kehidupan seseorang
2. Angket khusus, hanya berusaha untuk mendapatkan data-data mengenai sifat khusus dari pribadi seseorang.

b. Menurut Cara Penyampaiannya

1. Angket langsung, apabila disampaikan langsung kepada orang yang dimintai informasinya tentang diri sendirinya.

2. Angket tak langsung, apabila pribadi yang disuruh mengisi angket adalah bukan responden langsung. Ia akan menjawab dan memberikan informasi tentang diri orang lain.
- c. Menurut bentuk dan strukturnya
1. Angket berstruktur, angket ini disusun sedemikian rupa tegas, definitif, dan konkret sehingga responden dapat dengan mudah mengisi atau menjawabnya.
 2. Angket tak berstruktur, angket ini dipakai bila peneliti menghendaki suatu uraian dari informan atau responden tentang suatu masalah dengan suatu penulisan atau penjelasan yang panjang lebar. Jadi pertanyaan bersifat terbuka dan bebas.
- Berdasarkan bentuk pertanyaannya atau menurut jenis penyusunan item yang diwujudkan angket dibedakan menjadi,
1. Angket berbentuk isian, dimana responden diberi kebebasan untuk mengisi dengan jawaban yang sesuai menurut responden (*open ended item*)
 2. Angket berbentuk pilihan, dimana jawabannya telah disediakan (*closed ended item*) responden tinggal memilih jawaban yang telah tersedia.

Persiapan dan penyusunan angket

Kriteria yang perlu diperhatikan dalam persiapan dan penyusunan angket antara lain :

- a. Pertanyaan harus singkat dan jelas, terutama jelas bagi penjawab
- b. Jumlah pertanyaan hendaknya dibuat sedikit mungkin supaya penjawab tidak membuang waktu
- c. Pertanyaan hendaknya cukup merangsang minat penjawab
- d. Pertanyaan dapat memaksa penjawab untuk memberikan jawaban yang mendalam, tetapi *to the point*
- e. Pertanyaan jangan sampai menimbulkan jawaban yang meragukan
- f. Pertanyaan jangan bersifat interogatif dan jangan sampai menimbulkan kemarahan bagi yang menjawab
- g. Pertanyaan jangan sampai menimbulkan kecurigaan pada yang menjawab

Kelebihan Angket :

1. Dalam waktu singkat (serentak) dapat diperoleh data yang banyak
2. Menghemat tenaga dan biaya
3. Responden dapat memilih waktu senggang untuk mengisinya sehingga tidak terlalu terganggu bila dibandingkan dengan wawancara
4. Secara psikologis responden tidak merasa terpaksa dan dapat menjawab lebih terbuka dan sevagainya

Kekurangan angket :

1. Jawaban akan lebih banyak dibumbui dengan sikap dan harapan-harapan pribadi sehingga lebih bersifat subyektif
2. Dengan adanya bentuk (susunan) pertanyaan yang sama untuk responden yang sangat hiterogen, maka penafsiran pertanyaan akan berbeda-beda sesuai dengan latar belakang sosial, pendidikan, dsb dari responden
3. Tidak dapat dilakukan untuk golongan masyarakat yang buta huruf
4. Apabila responden tidak dapat memahami pertanyaan atau tidak dapat menjawab akan terjadi kemacetan dan mungkin responden tidak akan menjawab seluruh angket
5. Sangat sulit memutuskan pertanyaan-pertanyaan secara cepat dengan menggunakan bahasa yang jelas atau bahasa yang sederhana.

Mengembangkan instrument penelitian (Kuesioner)

Agar suatu kuesioner dapat berfungsi sebagai alat atau instrument penelitian, maka harus mempunyai beberapa persyaratan, antara lain :

- a. Relevan dengan tujuan dan hipotesis penelitian
- b. Mudah ditanyakan
- c. Mudah dijawab
- d. Data yang diperoleh mudah diolah (diproses) dsb

Jenis daftar pertanyaan

Dalam pengumpulan data sering digunakan tiga macam kuesioner atau formulir yaitu :

- a. Koesioner (formulir) untuk keperluan administrasi yakni formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data melalui saluran-saluran administrasi. Contoh : formulir masuk, kartu klinik, kartu pendaftaran pasien.

- b. Koesioner untuk observasi atau sering dikenal dengan daftar check list (daftar tilik). Koesioner ini meliputi hal-hal yang diselidiki daiamati dan diobservasi
- c. Koesioner untuk waancara, jenis koesioner ini digunakan untuk mengumpulkan data melalui wawancara (interview).

Prinsip dasar dalam perancangan koesioner

Sebelum kita mendesain suatu kuesioner lebih dahulu kita harus memperhitungkan kesulitan-kesulitan umum yang sering dijumpai :

- a. Responden sering tidak/kurang mengerti maksud pertanyaan sehingga jawaban yang diberikan tidak ada hubungan dengan yang di ajukan atau tidak memperoleh data yang relevan
- b. Responden mengerti pertanyaannya dan mungkin mempunyai informasinya tetapi responden kurang tepat mengingatnya atau lupa
- c. Responden sering tidak bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan yang bersifat pribadi misalnya tentang jumlah pendapatan/gaji, jumlah perkawinan dsb.
- d. Responden kadang-kadang mengerti pertanyaannya tetapi ia tidak mampu memberikan jawabannya atau menguraikan jawaban.
- e. Responden mengerti pertanyaannya dan tahu jawabannya tetapi pertanyaannya kurang tepat diajukan kepada responden misalnya responden tidak/belum mempunyai anak, ditanyakan dimana tempat melahirkan.

Untuk itu dalam mendesain suatu kuesioner sebaiknya mengingat persyaratan-persyaratan menyusun kuesioner, anatar lain :

- ❖ Pertanyaannya hendaknya jelas maksudnya
 - a. Menggunakan kata-kata tepat dan jelas artinya. Penggunaan kata atau istilah yang sulit atau ganjil akan memperoleh jawaban yang bias.
 - b. Pertanyaan tidak terlalu luas atau indifinitif (tak terbatas),. Pertanyaan yang sangat luas akan membingungkan responden untuk menjawab.
 - c. Pertanyaannya tidak terlalu panjang atau menggabungkan beberapa pertanyaan.
 - d. Pertanyaan tidak boleh memimpin, seperti ibu sudah pakai KB bukan?, pertanyaan ini seolah-olah ibu tersebut sudah dipojokkan.

- e. Sebaiknya dihindari pertanyaan yang dobel negatif, misalnya : bukankah keluarga yang sudah 3 anaknya sebaiknya tidak menambah anak lagi?, pertanyaan ini akan membuat inu bingung untuk menjawabnya.
- ❖ Pertanyaannya hendaknya membantu ingatan responden
Seperti dalam menyakan umur responden sebaiknya jangan menggunakan pertanyaan yang bias, melainkan pertanyaan yang membatu responden dalam mengingat jawaban seperti memberikan range, misalnya : berapa umur ibu ? a. 20-25 tahun, b. 25-30 tahun, c. 30-35 tahun, d. 35-40 tahun

Unsur-unsur dalam kuesiner

Dalam penyusunan sebuah kuesioner ada empat aspek yang perlu diperhatikan yaitu jaenis, bentuk, isi, dan urutan-urutan pertanyaan.

- Jenis pertanyaan

\yang perlu diperhatikan pada jenis pertanyaan ini ialah sifat data yang mana yang akan diperoleh, antara lain :

- ✓ Pertanyaan mengenai fakta

Pertanyaan ini menghendaki jawaban fakta-fakta dari responden. Biasanya data data-data demografi, misalanya : agama, pendidikan, perkawinan, jumlah anak

- ✓ Pertanyaan tentang pengetahuan

- ✓ Pertanyaan ini ingin memperoleh infomasi tentang apa yang diketahui oleh responden tentang objek, misalnya pengetahuan tentang penyakit, penyebab penyakit, cara penularannya, cara pencegahannya dsb.

- ✓ Pertanyaan mengenai pendapat dan sikap

- ✓ Pertanyaan tentang perilaku (tidakan)

- ✓ Pertanyaan – pertanyaan informative

- Bentuk pertanyaan

Pada prinsipnya ada dua bentuk pertanyaanya yaitu :

- Bentuk pertanyaan terbuka (open ended)

- *Free renponse questions*

Pertanyaan ini memberikan kebebasan kepada responden untuk menjawab.

Pada umumnya jenis pertanyaan ini digunakan untuk memperoleh jawaban mengenai pendapat atau motif tertentu dari responden

Contoh : bagaimana pendapat ibu mengenai alat-alat kontrasepsi?

- *Direct Response questions*

Jenis pertanyaan ini juga memberikan kebebasan menjawab bagi respondennya tetapi sudah sedikit diarahkan. Misalnya bagaimana perasaan ibu setelah menggunakan KB IUD?

➤ Bentuk pertanyaan tertutup (Closed Ended)

Bentuk pertanyaan yang demikian mempunyai keuntungan mudah mengarahkan jawaban responden, dan juga mudah diolah (tabulasi). Bentuk pertanyaan ini mempunyai beberapa variasi, antara lain :

- *Dichotomous Choice*

Dalam pertanyaan ini hanya disediakan dua jawaban/alternatif dan responden hanya memilih satu di antaranya. Biasanya pertanyaan yang menyangkut pendapat, perasaan atau sikap responden. Contoh : apakah ibu pernah membicarakan masalah KB dengan teman-teman/ tetangga ibu?

- *Multiple choice*

Pertanyaan ini menyediakan beberapa jawaban/alternative dan responden hanya memilih satu diantaranya yang sesuai dengan pendapatnya.

- *Check List*

Bentuk ini sebenarnya hanya memodifikasi dari multiple choice. Bedanya responden diberikan kebebasan untuk memilih jawaban sebanyak mungkin yang sesuai dengan apa yang dikatakan, dilihat, dipunyai atau pendapatnya.

- *Ranking Question*

Seperti pada check list, tetapi jawaban responden diurutkan dari jawaban-jawaban yang tersedia sesuai dengan pendapat, pengetahuan, atau perasaan responden biasanya menyangkut gradasi dari pendapat, sikap dsb.

C. RANGKUMAN

Teknik pengumpulan data bisa dibedakan dengan beberapa hal, seperti:

1. Berdasarkan Setting (Setting Alamiah, Labortorium dengan melalui eksperimen, di rumah dengan mewawancarai responden, seminar, dan lain-lain)

2. Berdasarkan sumber data: (Sumber Primer : Sumber yang langsung memberikan data dan Sumber Sekunder : Sumber yang tidak langsung memberikan data).
3. Berdasarkan Teknik Pengumpulan Data dibagi lagi menjadi: Observasi, Wawancara, Dokumentasi dan Triangulasi/Gabungan

D. SOAL

1. Jelaskan macam-macam metode pengumpulan data dalam penelitian ?

E. RUJUKAN

Cooper, Donald R. Dan C. William Emory, Alih Bahasa: Ellen G. Sitompul, 1996, *Metode Penelitian Bisnis*, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono, 2005, *Metode Penelitian Bisnis*, Alfabeta, Jakarta

Widayat dan Amirullah, 2002, *Riset Bisnis*, Graha Ilmu, Yogyakarta

BAB VI

TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA

A. PENDAHULUAN

Dari berbagai pendapat ahli dan pakar tersebut, dapat disimpulkan bahwa teknik analisis data adalah suatu metode atau cara untuk memproses suatu data menjadi informasi sehingga data tersebut menjadi mudah dipahami dan bermanfaat untuk digunakan menemukan solusi dari permasalahan penelitian.

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan teknik pengolahan data dalam penelitian
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang analisa data dalam penelitian

B. PENYAJIAN MATERI

1. PENGOLAHAN DATA

Dalam suatu penelitian, pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memebrikan informasi apa-apa dan belum siap untuk disajikan. Untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik diperlukan pengolahan data. Data sebagai hasil penelitian apabila dilihat dari segi jenisnya dibedakan menjadi dua :

- a. Data kualitatif yaitu data yang berhubungan dengan kategorisasi, karakteristik atau sifat variable atau hasil pengklasifikasian atau penggolongan suatu data, misalnya jenis kelamin, jenis pekerjaan, pendidikan, baik sedang, kurang baik, tidak baik, tinggi sedang rendah dsb. Data kualitatif biasanya tidak berhubungan dengan angka-angka dan sering tidak dikaitkan dengan analisis statistic. Jenis data ini juga disebut data kategorik dan pada umumnya dibedakan variabel berskala nominal dan ordinal.
- b. Data kuantitatif yaitu data yang berhubungan dengan angka-angka baik yang diperoleh dari hasil pengukuran maupun dari nilai suatu data yang diperoleh dengan jalan mengubah data kualitatif ke dalam data kuantitatif misalnya skors hasil test atau hasil perhitungan, misalnya jumlah anak, jumlah kunjungan rawat jalan, jumlah pendapatan dsb. Data kuantitatif selalu di hubungkan dengan analisis statistik atau data numeric. Data numeric mencakup variabel berskal interval dan rasio.

❖ **PENGOLAHAN DATA SECARA MANUAL**

Langkah-langkah pengolahan data secara manual pada umumnya melalui langkah-langkah sebagai berikut :

a. Editing (penyuntigan data)

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu disunting (edit) terlebih dahulu. Kalau ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap atau tidak mungkin dilakukan wawancara ulang maka kuesioner tersebut dikeluarkan (drop out).

b. Membuat lembaran kode (coding sheet) atau kartu kode

Lembaran atau kartu kode adalah instrument berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual. Lembaran atau kartu kode berisi nomor responden, nomor pertanyaan

Contoh lembaran kode :

	No Pertanyaan									
No Resp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
001	a	b	b	a	c	c	a	b	c	c
002	c	b	b	c	a	b	a	c	c	b
003	dst →									
004										
005										

c. Memasukkan data (data entry)

Yakni mengisi kolom-kolom atau kotak-kotak lembar kode atau kartu kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

d. Tabulasi

Yakni membuat table-tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

❖ **PENGOLAHAN DATA DENGAN KOMPUTER**

Langkah-langkah pengolahan data secara komputerisasi mencakup hal-hal sebagai berikut :

1. Editing

hasil wawancara, angket atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan (editing terlebih dahulu). Secara umum editing adalah merupakan kegiatan untuk

pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner tersebut :

- Apakah lengkap dalam arti semua pertanyaan sudah terisi
- Apakah jawaban atau tulisan masing-masing pertanyaan cukup jelas dan terbaca
- Apakah jawaban relevan dengan pertanyaannya
- Apakah jawaban-jawaban pertanyaan konsisten dengan pertanyaan lainnya

2. Coding

Setelah seluruh kuesioner diedit atau disunting selanjutnya dilakukan pengkodean atau coding, yakni mengubah data berbentuk kalimat huruf menjadi data angka atau bilangan. Misalnya jenis kelamin : 1 = laki-laki, 2 = perempuan. Pekerjaan ibu : 1 = bekerja, 2 = tidak bekerja. Koding atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (entry)

3. Memasukkan data (data entry) atau prosesing

Data yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau software computer. Software computer ini bermacam-macam, masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangannya. Salah satu paket program yang sering digunakan untuk entri data adalah paket program SPSS for window.

Dalam proses ini juga dituntut ketelitian dari orang yang melakukan data entry ini. Apabila tidak maka akan terjadi bias, meskipun hanya memasukkan data saja.

4. Pembersihan data (cleaning)

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dsb, kemudian dilakukannya pembetulan atau koreksi. Proses ini disebut pembersihan data (data cleaning). Adapun cara membersihkan data dapat dibeikan contoh sebagai berikut :

➤ Mengetahui missing data (data yang hilang)

Untuk mengetahui data yang hilang (missing) dapat dilakukan dengan membuat distribusi frekuensi masing-masing variabel, contoh : data yang diolah 120 responden.

Table 1 : tingkat pendidikan :

SD/ sederajat : 50

SMP/ sederajat	: 35
SLTA/ sederajat	: 25
PT	: <u>10</u>

120 berarti data lengkap tidak ada yang missing

Tabel 2 : pekerjaan :

PNS/ABRI	: 20
Karyawan swasta	: 75
Buruh	: 10
Lain-lain	: <u>5</u>

110 berarti 10 data yang missing

Hal ini berarti ada 10 data yang missing/hilang. Kemungkinan sipewawancara lupa menayakan atau mungkin ada data tetapi tidak dimasukkan, maka perlu dicek ulang.

➤ Mengetahui variasi data :

Dengan melihat variasi data dapat dideteksi apakah data yang dimasukkan benar atau salah. Cara mendeteksi dengan membuat distribusi masing-masing variabel. Seperti telah diuraikan diatas bahwa data dimasukkan (entri) dalam bentuk kode atau angka, misalnya untuk pekerjaan, 1=PNS/ABRI, 2=Karyawan Swasta, 3=Buruh, 4=lain-lain. Tetapi hasil didistribusi dari 120 frekuensi misalnya menunjukkan seperti dibawah ini :

1	=	20
2	=	80
3	=	10
4	=	6
5	=	<u>4</u>
Jumlah		120

Dalam contoh tersebut tersebut, meskipun jumlahnya sesuai dengan jumlah responden yakni 120, tetapi disitu ada kode 5 yang masuk sejumlah 4 responden. Padahal jenis pekerjaan hanya sampai kode 4 dan tidak ada kode 5. Kesimpulannya ada kesalahan dalam memasukkan data, dan harus dicari dan dibetulkan.

➤ Menegtahui konsistensi data

Cara untuk menegtahui adanyan ketidak konsistensian data dapat dilakukan dengan

menghubungkan dua variabel

Contoh : pertanyaan tentang periksa hamil dari 100 responden ibu-ibu hamil

Tabel 1 : perilaku periksa ibu hamil :

Ya (periksa)	45
Tidak	55
Jumlah	100

Table 2 : tempat periksa hamil

Posyandu	15
Puskesmas	25
Dr praktek	10
Jumlah	50

Dari kedua table tersebut ada ketidak konsistenan antara perilaku periksa hamil atau ibu yang periksa hamil 45 orang. Tapi ketika ditanya dimana tempat periksa hamil, jumlah ibu yang menjawab 50 orang maka perlu ditelusuri dimana kesalahannya.

2. ANALISIS DATA

Data yang diolah baik pengolahan secara manual maupun menggunakan bantuan komputer tidak akan ada makna tanpa dianalisis. Menganalisis data tidak sekedar mendeskripsikan dan menginterpretasikan data yang diolah keluaran akhir dari analisa data kita harus memperoleh makna atau arti dari hasil penelitian tersebut.

Prosedur atau jenis analisa data

Analisis data dari suatu penelitian biasanya melalui prosedur bertahap antara lain

1. Analisis Univariat (analisis deskriptif)

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariate tergantung dari jenis datanya. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel.

Contoh :

Distribusi Responden
Berdasarkan Kepatuhan berobat TB

Kepatuhan	N	%
Patuh	148	60,8%

Tidak patuh	131	39,2%
Total	279	100,0

Responden yang patuh berobat TB diwilayah kerja puskesmas X lebih tinggi (60,8%), dibandingkan dengan yang tidak patuh berobat (39,2%).

2. Analisis Bivariat

Apabila sudah dilakukan analisis univariat tersebut hasilnya akan diketahui karakteristik atau distribusi setiap variabel dan dapat dilanjutkan analisis bivariat. Analisis bivariat dapat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Misalnya variabel umur dengan variabel penyakit jantung yang diderita dsb.

3. Analisis Multivariat

Analisis bivariat hanya akan menghasilkan hubungan antara dua variabel yang bersangkutan (variabel independen dan variabel dependen). Untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen harus dilakukan lagi analisis multivariate. Misalnya pengaruh atau hubungan variabel pendidikan ibu, pengetahuan ibu, sosial ekonomi keluarga, jumlah anak dengan atau terhadap status gizi anak balita. Uji statistic yang digunakan biasanya regresi berganda untuk mengetahui variabel independen mana yang paling erat hubungannya.

C. RANGKUMAN

Dalam suatu penelitian, pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apa-apa dan belum siap untuk disajikan. Untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik diperlukan pengolahan data.

Data yang diolah baik pengolahan secara manual maupun menggunakan bantuan komputer tidak akan ada maknanya tanpa dianalisis. Menganalisis data tidak sekedar mendeskripsikan dan menginterpretasikan data yang diolah keluaran akhir dari analisa data kita harus memperoleh makna atau arti dari hasil penelitian tersebut.

D. SOAL

1. Jelaskan teknik pengolahan data dalam penelitian ?
2. Jelaskan tentang analisa data dalam penelitian ?

E. RUJUKAN

Cooper, Donald R. Dan C. William Emory, Alih Bahasa: Ellen G. Sitompul, 1996, *Metode Penelitian Bisnis*, Penerbit Erlangga, Jakarta.

M. Sajid Darmadipura (2013), *Isu Etik dalam Penelitian di Bidang Kesehatan*. Jakarta: Asosiasi Ilmu Forensik Indonesia (AIFI) dan Universitas Yarsi

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono, 2005, *Metode Penelitian Bisnis*, Alfabeta, Jakarta

Widayat dan Amirullah, 2002, *Riset Bisnis*, Graha Ilmu, Yogyakarta

BAB VII

PENDEKATAN KUANTITATIF DAN KUALITATIF

A. PENDAHULUAN

Pendekatan kuantitatif adalah metode yang lebih menekankan pada aspek pengukuran secara obyektif terhadap fenomena social. Metode penelitian kualitatif adalah metode yang lebih menekankan pada aspek pemahaman secara mendalam terhadap suatu masalah daripada melihat permasalahan untuk penelitian generalisasi.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan pendekatan kuantitatif dalam penelitian
2. Mahasiswa mampu menjelaskan pendekatan kualitatif dalam pendekatan

B. PENYAJIAN MATERI

Berdasarkan pendekatan yang mendasarinya, secara garis besar dapat dibedakan dua macam penelitian yaitu penelitian kuantitatif dan kualitatif. Kedua pendekatan tersebut memiliki asumsi, tujuan, karakteristik, dan prosedur yang berbeda. Namun demikian, permasalahannya tidak terletak pada keunggulan atau kelemahan setiap pendekatan, tetapi sejauh mana peneliti mampu bersikap responsif dengan mengembangkan desain yang tepat untuk penelitiannya. Pembahasan berikut ini tidak bermaksud mempermasalahkan kebenaran atau kekurangan kedua pendekatan penelitian melainkan untuk menguraikan perbedaan-perbedaan mendasar antara penelitian-penelitian yang menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif dengan penekanan pada penelitian kualitatif (mengingat pendekatan penelitian kualitatif jarang dilakukan), serta kemungkinan untuk menggabungkan kedua pendekatan penelitian tersebut.

Penelitian yang menggunakan pendekatan kuantitatif telah lama mendominasi tidak hanya pada penelitian ilmu-ilmu alam tetapi juga ilmu- ilmu sosial. Prinsip-prinsip teoritis penelitian kuantitatif yang salah satunya adalah mengkonstruksikan pengetahuan pada prosedur eksplisit, eksak, formal dalam mendefinisikan konsep serta mengukur konsep-konsep dan variabel (Poerwandari, 1998). Namun, terdapat beberapa peneliti sosial yang melakukan penelitian kualitatif berpendapat bahwa fenomena-fenomena sosial sangat unik sehingga sulit dibakukan berdasarkan pengukuran tertentu bahkan

dapat menghilangkan makna yang sesungguhnya.

A. Penelitian Kuantitatif

1. Hakikat Penelitian Kuantitatif

Beberapa penjelasan sebelumnya mengemukakan bahwa penelitian ilmiah adalah proses yang sistematis. Maknanya penelitian dilakukan dengan urutan dan prosedur tertentu yang bersifat tetap dan para peneliti mengikuti cara seperti itu dalam penelitiannya. Prosedur penelitian merupakan pedoman peneliti untuk melakukan penelitian dengan cara yang benar. Peneliti tidak dapat melakukan penelitian hanya dengan cara mengumpulkan data dan menganalisisnya, tetapi penelitian harus berawal dari penemuan permasalahan dan berlanjut kepada tahap-tahap selanjutnya. Proses penelitian ilmiah secara umum harus memenuhi tahapan perumusan masalah, telaah teoretis, verifikasi data, dan kesimpulan. Tahap-tahap ini berlaku untuk pendekatan kuantitatif.

Pendekatan kuantitatif merupakan salah satu upaya pencarian ilmiah (*scientific inquiry*) yang didasari oleh filsafat positivisme logikal (*logical positivism*) yang beroperasi dengan aturan-aturan yang ketat mengenai logika, kebenaran, hukum-hukum, dan prediksi (Watson, dalam Danim 2002). Fokus penelitian kuantitatif diidentifikasi sebagai proses kerja yang berlangsung secara ringkas, terbatas dan memilah-milah permasalahan menjadi bagian yang dapat diukur atau dinyatakan dalam angka-angka. Penelitian ini dilaksanakan untuk menjelaskan, menguji hubungan antar variabel, menentukan kausalitas dari variabel, menguji teori dan mencari generalisasi yang mempunyai nilai prediktif (untuk meramalkan suatu gejala).

Penelitian kuantitatif menggunakan instrumen (alat pengumpul data) yang menghasilkan data numerikal (angka). Analisis data dilakukan menggunakan teknik statistik untuk mereduksi dan mengelompokan data, menentukan hubungan serta mengidentifikasi perbedaan antar kelompok data. Kontrol, instrumen, dan analisis statistik digunakan untuk menghasilkan temuan-temuan penelitian secara akurat. Dengan demikian kesimpulan hasil uji hipotesis yang diperoleh melalui penelitian kuantitatif dapat diberlakukan secara umum.

Pendekatan kuantitatif seperti penjelasan di atas mementingkan adanya variabel-variabel sebagai obyek penelitian dan variabel-variabel tersebut harus didefinisikan

dalam bentuk operasionalisasi variabel masing-masing. Penelitian kuantitatif memerlukan adanya hipotesis dan pengujiannya yang kemudian akan menentukan tahapan-tahapan berikutnya, seperti penentuan teknik analisa dan formula statistik yang akan digunakan. Pendekatan ini lebih memberikan makna dalam hubungannya dengan penafsiran angka.

Terdapat sejumlah situasi yang menunjukkan kapan sebaiknya penelitian kuantitatif dipilih sebagai pendekatan antara lain:

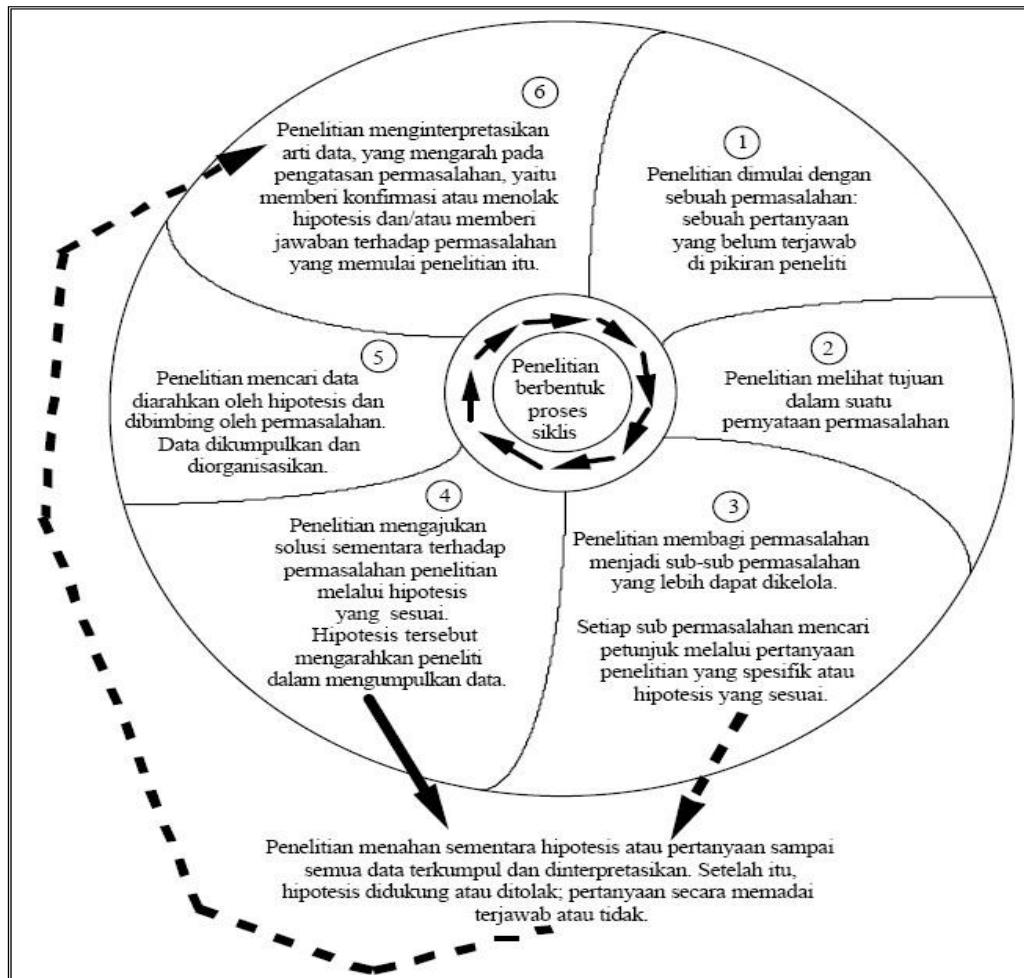
1. Bila masalah yang merupakan titik tolak penelitian sudah jelas. Masalah adalah penyimpangan yang terjadi antara harapan dengan kenyataan, aturan dengan pelaksanaan, antara teori dengan praktek, antara rencana dengan implemementasi atau tantangan dengan kemampuan. Masalah ini harus ditunjukkan dengan data, baik hasil pengamatan sendiri maupun pencermatan dokumen. Misalnya penelitian kuantitatif untuk menguji efektivitas pembelajaran dalam meningkatkan prestasi belajar siswa, maka data prestasi belajar siswa sebagai masalah harus ditunjukkan.
2. Bila peneliti ingin mendapatkan informasi yang luas dari suatu populasi. Penelitian kuantitatif cocok digunakan untuk mendapatkan informasi yang luas tetapi tidak mendalam. Bila populasi terlalu luas, maka penelitian dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi tersebut. Misalnya penelitian tentang disiplin kerja bidan di Kabupaten Bandung. Peneliti dapat mengambil sampel yang representatif, tidak berarti harus semua bidan di kabupaten Bandung menjadi sumber data penelitian.
3. Bila ingin diketahui sejauh mana pengaruh perlakuan/ *treatment* terhadap subyek tertentu. Untuk kepentingan ini metode eksperimen paling cocok digunakan. Misalnya penelitian untuk mengetahui pengaruh penggunaan media pembelajaran *audio-visual* terhadap prestasi belajar siswa.
4. Bila peneliti bermaksud menguji hipotesis penelitian. Hipotesis penelitian dapat berbentuk dugaan mengenai hubungan antar variabel (hipotesis asosiatif) ataupun perbedaan skor variabel antar kelompok (hipotesis komparatif). Misalnya peneliti ingin mengetahui perbedaan IPK mahasiswa yang anemia dengan yang tidak anemia. Hipotesis komparatif yang diuji adalah: “Terdapat perbedaan IPK mahasiswa yang anemia dengan yang tidak anemia”. Contoh lain misalnya peneliti ingin mengetahui hubungan antara motivasi kerja dengan kinerja Bidan di RS x. Hipotesis asosiatif yang diuji dalam penelitian ini adalah: “Terdapat hubungan antara motivasi kerja dengan kinerja Bidan di RS x”.

5. Bila peneliti ingin mendapatkan data yang akurat, berdasarkan fenomena yang empiris dan dapat diukur. Misalnya ingin mengetahui tumbuh kembang anak usia pra sekolah, maka dilakukan pengukuran melalui tes DDTK (Deteksi Dini Tumbuh Kembang) terhadap anak pra sekolah pada sekolah yang bersangkutan.
6. Bila peneliti ingin menguji terhadap adanya suatu keraguan tentang kebenaran pengetahuan, teori, dan produk atau kegiatan tertentu. Misalnya peneliti ingin mengetahui variabel yang lebih efektif apakah pembelajaran menggunakan metode diskusi atau penugasan. Dalam hal ini, peneliti harus mengukur hasil belajar siswa yang menggunakan metode diskusi dan hasil belajar siswa yang menggunakan metode penugasan. Pada tahap selanjutnya hasil pengukuran tersebut dibandingkan.

2. Prosedur Penelitian Kuantitatif

Langkah-langkah penelitian kuantitatif adalah operasionalisasi metode ilmiah dengan memperhatikan unsur-unsur keilmuan. Penelitian kuantitatif sebagai kegiatan ilmiah berawal dari masalah, merujuk teori, mengemukakan hipotesis, mengumpulkan data, menganalisis data, dan membuat kesimpulan. Penelitian kuantitatif berawal dari adanya masalah yang dapat digali dari sumber empiris dan teoretis, sebagai suatu aktivitas penelitian pendahuluan (prariset). Agar masalah ditemukan dengan baik memerlukan fakta-fakta empiris dan diiringi dengan penguasaan teori yang diperoleh dari mengkaji berbagai literatur relevan. Penelitian dilakukan secara sistematis, empiris, dan kritis mengenai fenomena-fenomena yang dipandu oleh teori serta hipotesis sebagaimana ditunjukkan pada gambar 3.1.

Kegiatan penelitian dimulai dengan mengidentifikasi permasalahan atau isu-isu yang penting, aktual dan menarik. Dan yang paling penting adalah manfaat yang dihasilkan bila masalah itu diteliti. Masalah dapat digali dari berbagai sumber empiris ataupun teoritis sebagai aktivitas penelitian pendahuluan (pra-penelitian). Agar masalah ditemukan dengan baik diperlukan fakta-fakta empiris diiringi penguasaan teori yang diperoleh melalui pengkajian berbagai literatur relevan. Pada tahap selanjutnya, penelitian melihat tujuan sebagai suatu permasalahan. Masalah yang telah ditemukan diformulasikan dalam sebuah rumusan masalah. Pada umumnya rumusan masalah penelitian kuantitatif disusun dalam bentuk pertanyaan. Rumusan masalah merupakan penentuan faktor-faktor atau aspek-aspek yang terkait dengan lingkup kajian penelitian.



Gambar 3. 1 Proses (Siklus) Kegiatan Penelitian

Dalam praktiknya faktor-faktor serta aspek-aspek yang berkaitan dengan kajian permasalahan sangat banyak dan kompleks. Oleh karena itu diperlukan pembatasan pada faktor atau aspek yang dominan saja. Penelitian membagi permasalahan menjadi sub-sub permasalahan yang dapat dikelola dalam arti layak dan terjangkau untuk diteliti. Setiap sub permasalahan dicari kemungkinan jawabannya secara spesifik dalam bentuk hipotesis yang sesuai. Dalam hal inilah diperlukan studi kepustakaan yaitu kegiatan untuk mengkaji teori-teori yang mendasari penelitian. Dalam kegiatan ini juga dikaji hal-hal empiris yang bersumber dari penelitian-penelitian terdahulu. Penelitian menahan sementara hipotesis atau pertanyaan sampai semua data terkumpul dan diinterpretasikan.

Pada tahap selanjutnya, penelitian diarahkan untuk mencari data didasari oleh rumusan masalah dan hipotesis yang dikemukakan sebelumnya. Dalam hal ini diperlukan desain penelitian yang berisi tahapan penelitian, metode penelitian, teknik pengumpulan data, sumber data (populasi dan sampel), serta alasan mengapa menggunakan metode

tersebut. Sebelum kegiatan pengumpulan data dilakukan, terlebih dahulu harus ditetapkan teknik penyusunan dan pengujian instrumen yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Data yang diperoleh kemudian di analisis menggunakan teknik statistik. Hasil analisis data merupakan temuan yang belum diberi makna.

Pemaknaan hasil analisis data dilakukan melalui interpretasi yang mengarah pada upaya mengatasi masalah atau menjawab pertanyaan penelitian. Dalam tahapan ini dikemukakan tentang penerimaan atau penolakan hipotesis. Interpretasi dibuat dengan melihat hubungan antara temuan yang satu dengan temuan lainnya. Kesimpulan merupakan generalisasi hasil interpretasi. Terhadap kesimpulan yang diperoleh maka diciptakanlah implikasi dan rekomendasi serta saran dalam pemanfaatan hasil penelitian.

B. Pendekatan Penelitian Kualitatif

1. Hakikat Penelitian Kualitatif

Membuat batasan atau definisi tentang penelitian kualitatif memang tidak mudah, mengingat banyaknya perbedaan pandangan yang ada. Sebagaimana telah dikemukakan bahwa dalam penelitian terdapat dua pendekatan yaitu pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Dasar penelitian kualitatif adalah konstruktivisme yang berasumsi bahwa kenyataan itu berdimensi jamak, interaktif dan suatu pertukaran pengalaman sosial yang diinterpretasikan oleh setiap individu (Sukmadinata, 2005). Peneliti kualitatif percaya bahwa kebenaran adalah dinamis dan dapat ditemukan hanya melalui penelaahan terhadap orang-orang melalui interaksinya dengan situasi sosial mereka (Danim, 2002). Penelitian kualitatif mengkaji perspektif partisipan dengan strategi-strategi yang bersifat interaktif dan fleksibel. Penelitian kualitatif ditujukan untuk memahami fenomena-fenomena sosial dari sudut pandang partisipan. Dengan demikian penelitian kualitatif adalah penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek alamiah dimana peneliti merupakan instrumen kunci (Sugiyono, 2005).

Pembahasan sebelumnya telah menjelaskan penelitian dengan pendekatan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif dimulai dengan proses berpikir deduktif untuk mendapatkan hipotesis, kemudian melakukan verifikasi data empiris, dan menguji hipotesis berdasarkan data empiris, serta menarik kesimpulan atas dasar hasil pengujian hipotesis. Untuk itu, peranan statistika sangat diperlukan dalam proses analisis data. Penelitian pendidikan akhir-akhir ini sudah mulai memusatkan perhatian kepada konsep-konsep yang timbul dari data. Dengan demikian perhatian

bukan kepada angka-angka yang diperoleh melalui pengukuran empiris, namun pada konsep-konsep yang terdapat di dalamnya. Suatu peristiwa empiris dapat menghasilkan suatu konsep. Konsep-konsep yang timbul dari data empiris dicari hubungannya untuk membentuk teori.

Atas dasar uraian di atas, dapat dikemukakan lima ciri pokok sebagai karakteristik penelitian kualitatif yaitu:

1. Menggunakan lingkungan alamiah sebagai sumber data
2. Memiliki sifat deskriptif analitik
3. Tekanan pada proses bukan hasil
4. Bersifat induktif
5. Mengutamakan makna

Penelitian kualitatif menggunakan lingkungan alamiah sebagai sumber data. Peristiwa-peristiwa yang terjadi dalam suatu situasi sosial merupakan kajian utama penelitian kualitatif. Peneliti pergi ke lokasi tersebut, memahami dan mempelajari situasi. Studi dilakukan pada waktu interaksi berlangsung di tempat kejadian. Peneliti mengamati, mencatat, bertanya, menggali sumber yang erat hubungannya dengan peristiwa yang terjadi saat itu. Hasil-hasil yang diperoleh pada saat itu segera disusun saat itu pula. Apa yang diamati pada dasarnya tidak lepas dari konteks lingkungan di mana tingkah laku berlangsung.

Penelitian kualitatif sifatnya deskriptif analitik. Data yang diperoleh seperti hasil pengamatan, hasil wawancara, hasil pemotretan, analisis dokumen, catatan lapangan, disusun peneliti di lokasi penelitian, tidak dituangkan dalam bentuk dan angka-angka. Peneliti segera melakukan analisis data dengan memperkaya informasi, mencari hubungan, membandingkan, menemukan pola atas dasar data aslinya (tidak ditransformasi dalam bentuk angka). Hasil analisis data berupa pemaparan mengenai situasi yang diteliti yang disajikan dalam bentuk uraian naratif. Hakikat pemaparan data pada umumnya menjawab pertanyaan-pertanyaan mengapa dan bagaimana suatu fenomena terjadi. Untuk itu peneliti dituntut memahami dan menguasai bidang ilmu yang ditelitinya sehingga dapat memberikan justifikasi mengenai konsep dan makna yang terkandung dalam data.

Tekanan penelitian kualitatif ada pada proses bukan pada hasil. Data dan informasi yang diperlukan berkenaan dengan pertanyaan apa, mengapa, dan bagaimana untuk mengungkap proses bukan hasil suatu kegiatan. Apa yang dilakukan, mengapa dilakukan dan bagaimana cara melakukannya memerlukan pemaparan suatu proses mengenai fenomena tidak dapat dilakukan dengan ukuran frekuensinya saja. Pertanyaan di atas menuntut gambaran nyata tentang kegiatan,

prosedur, alasan-alasan, dan interaksi yang terjadi dalam konteks lingkungan di mana dan pada saat mana proses itu berlangsung. Proses alamiah dibiarkan terjadi tanpa intervensi peneliti, sebab proses yang terkontrol tidak akan menggambarkan keadaan yang sebenarnya. Peneliti tidak perlu mentransformasi data menjadi angka untuk menghindari hilangnya informasi yang telah diperoleh. Makna suatu proses dimunculkan konsep-konsepnya untuk membuat prinsip bahkan teori sebagai suatu temuan atau hasil penelitian tersebut. Misalnya ketika meneliti peran keluarga dalam memberikan stimulasi untuk perkembangan anak, peneliti tidak mengukur frekuensi stimulus yang dilakukan akan tetapi mengamati untuk apa stimulus dilakukan serta bagaimana cara stimulus diberikan.

Penelitian kualitatif sifatnya induktif. Penelitian kualitatif tidak dimulai dari deduksi teori, tetapi dimulai dari lapangan yakni fakta empiris. Peneliti terjun ke lapangan, mempelajari suatu proses atau penemuan yang terjadi secara alami, mencatat, menganalisis, menafsirkan dan melaporkan serta menarik kesimpulan-kesimpulan dari proses tersebut. Kesimpulan atau generalisasi kepada lebih luas tidak dilakukan, sebab proses yang sama dalam konteks lingkungan tertentu, tidak mungkin sama dalam konteks lingkungan yang lain baik waktu maupun tempat. Temuan penelitian dalam bentuk konsep, prinsip, hukum, teori dibangun dan dikembangkan dari lapangan bukan dari teori yang telah ada. Prosesnya induktif yaitu dari data yang terpisah namun saling berkaitan. Misalnya ketika meneliti peran keluarga dalam memberikan stimulasi untuk perkembangan anak, peneliti harus berusaha menemukan prinsip dan konsep-konsep atas dasar fakta. Peneliti tidak berupaya menerapkan teori/konsep yang terkait dengan pemberian stimulus, akan tetapi berusaha menemukan konsep berdasarkan fakta dari lapangan.

Penelitian kualitatif mengutamakan makna. Makna yang diungkap berkisar pada persepsi orang mengenai suatu peristiwa. Misalnya penelitian tentang peran keluarga dalam memberikan stimulasi untuk perkembangan anak, peneliti memusatkan perhatian pada pendapat keluarga (orang tua) tentang stimulasi untuk tumbuh kembang anak. Peneliti mencari informasi dari keluarga (orang tua) dan pandangannya tentang keberhasilan dan kendala dalam memberikan stimulus kepada anak. Apa yang dialami dalam memberikan stimulus, sejauh apa pemahaman ortu tentang stimulasi kepada anak, dan bagaimana stimulasi dapat diberikan dan pengaruhnya ke tumbuh kembang anak. Sebagai bahan pembandingan peneliti mencari informasi dari keluarga terdekat yang satu rumah, guru di sekolah anak apakah tahapan perkembangan anak sesuai dengan usianya atau tidak dan bagaimana peran orang tua ketika anak bersekolah. Ketepatan

informasi dari partisipan (guru dan keluarga terdekat) diungkap oleh peneliti agar dapat menginterpretasikan hasil penelitian secara sah dan tepat.

Berdasarkan ciri di atas dapat disimpulkan bahwa penelitian kualitatif tidak dimulai dari teori yang dipersiapkan sebelumnya, tapi dimulai dari lapangan berdasarkan lingkungan alami. Data dan informasi lapangan ditarik

maknanya dan konsepnya, melalui pemaparan deskriptif analitik, tanpa harus menggunakan angka, sebab lebih mengutamakan proses terjadinya suatu peristiwa dalam situasi yang alami. Generalisasi tak perlu dilakukan sebab deskripsi dan interpretasi terjadi dalam konteks dan situasi tertentu. Realitas yang kompleks dan selalu berubah menuntut peneliti cukup lama berada di lapangan.

Pendekatan kualitatif digunakan untuk kepentingan yang berbeda bila dibandingkan dengan pendekatan kuantitatif Berikut ini dikemukakan kapan sebaiknya pendekatan kualitatif digunakan, antara lain:

1. Bila masalah penelitian belum jelas, masih remang-remang atau mungkin malah masih gelap. Kondisi semacam ini cocok diteliti dengan pendekatan kualitatif, karena peneliti kualitatif akan langsung masuk pada situasi, melakukan eksplorasi, sehingga masalah ditemukan dengan jelas.
2. Bila peneliti ingin memahami makna di balik data yang tampak. Gejala sosial sering tidak dapat dipahami berdasarkan apa yang diucapkan dan dilakukan orang. Misalnya persepsi orang tua tentang imunisasi akan berbeda dengan persepsi masyarakat tentang imunisasi. Data untuk mencari makna dari persepsi tentang imunisasi tersebut hanya cocok diteliti dengan metode kualitatif misalnya melalui wawancara mendalam, observasi, dan juga pencermatan dokumen.
3. Bila peneliti ingin memahami interaksi sosial. Interaksi sosial yang kompleks hanya dapat diurai kalau peneliti melakukan penelitian kualitatif dengan cara berperan serta, wawancara mendalam terhadap interaksi sosial tersebut. Misalnya pemahaman terhadap imunisasi hanya dapat dilakukan melalui kajian mendalam bukan hanya pengukuran sepintas. Dengan demikian dapat ditemukan pola hubungan yang jelas sehingga dapat ditemukan hipotesis yang berupa hubungan antar gejala. Bila hipotesis terbukti, maka akan menjadi tesis atau menjadi teori.
4. Bila peneliti ingin memastikan kebenaran data. Data sosial sering sulit dipastikan kebenarannya. Melalui berbagai teknik pengumpulan data kualitatif, kepastian data akan

lebih terjamin. Melalui pendekatan kualitatif data yang diperoleh diuji kredibilitasnya, penelitian berakhir setelah

data itu jenuh sehingga kepastian data dapat diperoleh. Misalnya untuk mencari persepsi tentang imunisasi seperti apa yang sebaiknya, sebelum ditemukan gaya yang tepat maka penelitian belum dinyatakan selesai.

5. Bila ingin meneliti tentang sejarah atau perkembangan. Sejarah atau perkembangan kehidupan seseorang atau kelompok orang dapat dilacak melalui pendekatan kualitatif. Misalnya sejarah kenapa harus diberikan imunisasi pada bayi berdasarkan persepsi masyarakat dan orang tua.

2. Prosedur Penelitian Kualitatif

Prosedur penelitian kualitatif memiliki perbedaan dengan penelitian kuantitatif. Penelitian kualitatif biasanya didesain secara longgar, tidak ketat, sehingga dalam pelaksanaan penelitian berpeluang mengalami perubahan dari apa yang telah direncanakan. Hal itu dapat terjadi bila perencanaan ternyata tidak sesuai dengan apa yang dijumpai di lapangan. Meski demikian, kerja penelitian mestilah merancang langkah-langkah kegiatan penelitian. Paling tidak terdapat tiga tahap utama dalam penelitian kualitatif yaitu (Sugiyono, 2007):

1. *Tahap deskripsi atau tahap orientasi.* Pada tahap ini, peneliti mendeskripsikan apa yang dilihat, didengar dan dirasakan. Peneliti baru mendata sepiantas tentang informasi yang diperolehnya.
2. *Tahap reduksi.* Pada tahap ini, peneliti mereduksi segala informasi yang diperoleh pada tahap pertama untuk memfokuskan pada masalah tertentu.
3. *Tahap seleksi.* Pada tahap ini, peneliti menguraikan fokus yang telah ditetapkan menjadi lebih rinci kemudian melakukan analisis secara mendalam tentang fokus masalah. Hasilnya adalah tema yang dikonstruksi berdasarkan data yang diperoleh menjadi suatu pengetahuan, hipotesis, bahkan teori baru.

Secara spesifik, ketiga tahap di atas dapat dijabarkan dalam tujuh langkah penelitian kualitatif yaitu: identifikasi masalah, pembatasan masalah, penetapan fokus masalah, pelaksanaan penelitian, pengolahan dan pemaknaan data, pemunculan teori, dan pelaporan hasil penelitian (Sudjana, 2001). Keterkaitan antara tiga tahapan proses dan tujuh langkah penelitian kualitatif ditunjukkan pada gambar 3.2 dan uraian berikut.

Langkah pertama: mengidentifikasi masalah. Suatu masalah merupakan suatu keadaan yang menyebabkan seseorang bertanya-tanya, berpikir, dan berupaya menemukan kebenaran yang ada.

Fenomena masalah tersebut terjadi karena adanya sesuatu yang diharapkan, dipikirkan, dirasakan tidak sama dengan kenyataan, sehingga timbul “pertanyaan” yang menantang untuk ditemukan “jawabannya”. Atas dasar prinsip masalah tersebut, dalam mengidentifikasi masalah dapat muncul pertanyaan yang terkait dengan apakah, mengapa, dan bagaimana. Dari pertanyaan yang muncul tergambar substansi masalah yang terkait dengan pendekatan atau jenis penelitian tertentu. Dengan kata lain, jenis penelitian apa yang harus digunakan peneliti bergantung pada masalah yang ada. Di dalam penelitian sebaiknya seorang peneliti melakukan identifikasi masalah dengan mengungkapkan semua permasalahan yang terkait dengan bidang yang akan ditelitinya.

Langkah kedua: pembatasan masalah yang dalam penelitian kualitatif sering disebut fokus penelitian. Sejumlah masalah yang diidentifikasi dikaji dan dipertimbangkan apakah perlu direduksi atau tidak. Pertimbangannya antara lain atas dasar keluasan lingkup kajian. Kajian yang terlalu luas memungkinkan adanya hambatan dan tantangan yang lebih banyak. Kajian yang terlalu spesifik memerlukan kemampuan khusus untuk dapat melakukan kajian secara mendalam. Pembatasan masalah merupakan langkah penting dalam menentukan kegiatan penelitian. Meski demikian, pembatasan masalah

penelitian kualitatif tidaklah bersifat kaku/ketat. Pembatasan masalah dapat dilakukan dengan mengajukan sejumlah pertanyaan antara lain:

1. Dapatkah masalah tersebut dikembangkan untuk diteliti?
2. Adakah data atau informasi yang dapat dikumpulkan untuk menemukan jawaban atas masalah yang dipilih?
3. Apakah masalah dan pemecahannya cukup bermanfaat?
4. Apakah masalah tersebut baru dan aktual?
5. Sudah adakah orang yang melakukan pemecahan masalah tersebut?
6. Apakah masalah tersebut layak diteliti dengan melihat kemampuan peneliti, akses memperoleh informasi, serta ketersediaan dana dan waktu?

Langkah ketiga: penetapan fokus penelitian. Penetapan fokus berarti membatasi kajian. Dengan menetapkan fokus masalah berarti peneliti telah melakukan pembatasan bidang kajian, yang berarti pula membatasi bidang temuan. Menetapkan fokus berarti menetapkan kriteria data penelitian. Dengan pedoman fokus masalah seorang peneliti dapat menetapkan data yang harus dicari. Data yang dikumpulkan hanyalah data yang relevan dengan fokus penelitian. Peneliti dapat mereduksi data yang tidak relevan dengan fokus penelitian. Sebagai catatan bahwa dalam

penelitian kualitatif dapat terjadi penetapan fokus penelitian baru dilakukan dan dipastikan pada saat peneliti berada di lapangan. Hal itu dapat terjadi bila fokus masalah yang telah dirumuskan secara baik, namun setelah di lapangan tidak mungkin dilakukan penelitian sehingga diubah, diganti, disempurnakan atau dialihkan.

Peneliti memiliki peluang untuk menyempurnakan, mengubah, atau menambah fokus penelitian.

Langkah keempat: pengumpulan data. Pada tahap ini yang perlu dipenuhi antara lain rancangan atau skenario penelitian, memilih dan menetapkan *setting* (latar) penelitian, mengurus perijinan, memilih dan menetapkan informan (sumber data), menetapkan strategi dan teknik pengumpulan data, serta menyiapkan sarana dan prasarana penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan menemui sumber data. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat melakukan pengumpulan data adalah menciptakan hubungan yang baik antara peneliti dengan sumber data. Hal ini terkait dengan teknik pengumpulan data yang akan digunakan misalnya observasi, wawancara atau pengamatan.

Langkah kelima: pengolahan dan pemaknaan data. Pada penelitian yang lain pada umumnya pengolahan data dan pemaknaan data dilakukan setelah data terkumpul atau kegiatan pengumpulan di lapangan dinyatakan selesai. Analisis data kualitatif yang meliputi pengolahan dan pemaknaan data dimulai sejak peneliti memasuki lapangan. Selanjutnya, hal yang sama dilakukan secara kontinyu pada saat pengumpulan sampai akhir kegiatan pengumpulan data secara berulang sampai data jenuh (tidak diperoleh lagi informasi baru). Dalam hal ini, hasil analisis dan pemaknaan data akan berkembang, berubah, dan bergeser sesuai perkembangan dan perubahan data yang ditemukan di lapangan.

Langkah keenam: pemunculan teori. Peran teori dalam penelitian kualitatif berbeda dengan penelitian kuantitatif. Dalam penelitian kualitatif teori tidak dimanfaatkan untuk membangun kerangka pikir dalam menyusun hipotesis. Penelitian kualitatif bekerja secara induktif dalam rangka menemukan hipotesis. Teori berfungsi sebagai alat dan berfungsi sebagai fungsi tujuan. Teori sebagai alat dimaksudkan bahwa dengan teori yang ada peneliti dapat melengkapi dan menyediakan keterangan terhadap fenomena yang ditemui. Teori sebagai tujuan mengandung makna bahwa temuan penelitian dapat dijadikan suatu teori baru.

Langkah ketujuh: pelaporan hasil penelitian. Laporan hasil penelitian merupakan bentuk pertanggungjawaban peneliti setelah melakukan kegiatan pengumpulan data penelitian dinyatakan selesai. Dalam konteks yang seperti ini, pelaporan hasil penelitian secara tertulis memiliki nilai guna setidaknya dalam empat hal, yaitu:

1. Sebagai kelengkapan proses penelitian yang harus dipenuhi oleh para peneliti dalam setiap kegiatan penelitian
2. Sebagai hasil nyata peneliti dalam merealisasi kajian ilmiah
3. Sebagai dokumen autentik suatu kegiatan ilmiah yang dapat dikomunikasikan kepada masyarakat ataupun sesama peneliti
4. Sebagai hasil karya nyata yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan bergantung pada kepentingan peneliti (Sukardi, 2003).

C. Perbedaan Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif

Pemahaman yang benar dalam menggunakan pendekatan, metode ataupun teknik untuk melakukan penelitian merupakan hal penting agar dapat dicapai hasil yang akurat sesuai dengan tujuan penelitian yang sudah ditentukan. Pendekatan yang mana sebaiknya digunakan apakah pendekatan kualitatif atau kuantitatif? Pembahasan berikut memberikan ulasan singkat mengenai perbedaan kedua pendekatan tersebut sebagai kesimpulan uraian yang dikemukakan sebelumnya.

Pertama: pendekatan kualitatif menekankan pada makna, penalaran, definisi suatu situasi tertentu (dalam konteks tertentu), lebih banyak meneliti hal-hal yang berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Pendekatan kualitatif lebih mementingkan proses dibandingkan hasil. Oleh karena itu urutan kegiatan dapat berubah-ubah tergantung kondisi dan banyaknya gejala-gejala yang ditemukan. Tujuan penelitian biasanya berkaitan dengan hal-hal yang bersifat praktis. Pendekatan kuantitatif mementingkan adanya variabel-variabel sebagai obyek penelitian. Penelitian kuantitatif memerlukan adanya hipotesa dan pengujiannya yang akan menentukan tahapan berikutnya seperti teknik analisa dan teknik statistik yang akan digunakan. Pendekatan kuantitatif lebih memberikan makna dalam hubungannya dengan penafsiran angka statistik.

Kedua: jika kita menggunakan pendekatan kualitatif, dasar teori sebagai pijakan ialah adanya interaksi dari suatu gejala dengan gejala lain yang ditafsirkan berdasarkan sudut pandang yang bersangkutan dengan cara mencari makna dari gejala yang sedang diteliti. Lain halnya dengan pendekatan kuantitatif, pendekatan ini berpijak pada hal-hal yang bersifat kongkrit, uji empiris dan fakta-fakta yang nyata atau terukur.

Ketiga: tujuan utama penelitian kualitatif adalah mengembangkan pengertian, konsep-konsep yang pada akhirnya menjadi teori, tahap ini dikenal sebagai “*grounded theory research*”. Sebaliknya pendekatan kuantitatif bertujuan untuk menguji teori, mengungkap fakta, menunjukkan hubungan antar variabel, memberikan deskripsi statistik, serta menaksir dan

meramalkan hasilnya.

Keempat: melihat sifatnya, pendekatan kualitatif desainnya bersifat umum, dan berubah-ubah/berkembang sesuai dengan situasi lapangan. Desain hanya digunakan sebagai asumsi dalam melakukan penelitian. Oleh karena itu, desain harus fleksibel dan terbuka. Lain halnya dengan desain penelitian kuantitatif. Desainnya terstruktur, baku, formal dan dirancang sematang mungkin. Desain penelitian kuantitatif bersifat spesifik dan detil karena merupakan suatu rancangan yang akan dilaksanakan sebenarnya. Jika desainnya salah, hasilnya menyesatkan.

Kelima: pada pendekatan kualitatif, data bersifat deskriptif, maksudnya data dapat berupa gejala-gejala yang dikategorikan ataupun dalam bentuk lainnya, seperti foto, dokumen, dan catatan-catatan lapangan saat penelitian dilakukan. Sebaliknya penelitian yang menggunakan pendekatan kuantitatif datanya bersifat kuantitatif/angka-angka.

Keenam: sampel kecil merupakan ciri pendekatan kualitatif karena pada pendekatan kualitatif penekanan pemilihan sampel didasarkan pada kualitasnya bukan jumlah. Ketepatan dalam memilih sampel merupakan salah satu kunci keberhasilan penelitian kualitatif. Sampel dipandang sebagai sampel teoretis dan tidak representatif. Pada pendekatan kuantitatif, jumlah sampel besar karena aturan statistik mengatakan bahwa semakin besar sampel akan merepresentasikan kondisi riil. Karena pada umumnya pendekatan kuantitatif membutuhkan sampel yang besar maka stratifikasi sampel sangat diperlukan.

Ketujuh: Jika peneliti menggunakan pendekatan kualitatif, maka yang bersangkutan menggunakan teknik observasi terlibat langsung, seperti dilakukan oleh peneliti bidang antropologi dimana peneliti terlibat langsung dengan yang diteliti. Jika pendekatan kuantitatif diterapkan maka teknik yang digunakan berbentuk observasi terstruktur, survei menggunakan kuesioner, dan eksperimen. Dalam melakukan interview biasanya diberlakukan interview terstruktur untuk mendapatkan data yang dibutuhkan. Teknik mengacu pada tujuan penelitian dan jenis data yang diperlukan untuk menguji hipotesis.

Kedelapan: dalam kualitatif, peneliti tidak mengambil jarak dengan yang diteliti. Hubungan yang dibangun antara peneliti dengan sumber data didasarkan pada saling kepercayaan. Dalam praktiknya, peneliti melakukan hubungan dengan yang diteliti secara intensif. Apabila sampelnya itu manusia, maka yang menjadi responden diperlakukan sebagai partner bukan obyek penelitian. Dalam penelitian yang menggunakan pendekatan kuantitatif peneliti mengambil jarak dengan yang diteliti. Hubungan tersebut seperti hubungan antara subyek dan obyek. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan tingkat obyektivitas yang tinggi. Pada umumnya penelitiannya berjangka

waktu pendek.

Kesembilan: Analisa data dalam penelitian kualitatif bersifat induktif dan berkelanjutan yang tujuan akhirnya menghasilkan pengertian-pengertian, konsep-konsep untuk membangun teori baru. Analisa data penelitian kuantitatif bersifat deduktif, uji empiris terhadap teori yang dipakai dan dilakukan setelah selesai pengumpulan data secara tuntas dengan menggunakan sarana statistik.

Berdasarkan uraian di atas, kedua pendekatan tersebut masing-masing mempunyai keunggulan dan kelemahan. Pendekatan kualitatif banyak memakan waktu, reliabilitasnya dipertanyakan, prosedurnya tidak baku, desainnya tidak terstruktur dan tidak dapat dipakai untuk penelitian yang berskala besar dan pada akhirnya hasil penelitian terkontaminasi oleh subyektifitas peneliti. Pendekatan kualitatif memunculkan kesulitan dalam mengontrol variabel yang berpengaruh terhadap proses penelitian baik langsung ataupun tidak langsung. Untuk menciptakan validitas yang tinggi diperlukan kecermatan dalam proses penentuan sampel, pengambilan data dan juga penentuan alat analisisnya.

D. Perpaduan Pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif dalam Penelitian

Penelitian yang menggabungkan pendekatan kuantitatif dan kualitatif belum banyak dilakukan. Namun, perkembangan ilmu-ilmu sosial khususnya pendidikan telah membuka kesempatan untuk memunculkan perpaduan antara keduanya. Strauss & Corbin (1990) menyatakan bahwa suatu penelitian dapat saja memakai metodologi yang menggabungkan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Salah satu jenis penelitian yang memerlukan penggabungan pendekatan kualitatif dan kuantitatif adalah penelitian-penelitian kebijakan (Brannen, 1997).

Brannen (1997) mencetuskan tiga acuan pokok dalam memadukan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Ketiga acuan itu adalah:

1. *Penelitian kuantitatif sebagai fasilitator penelitian kualitatif*; maksud dari acuan ini adalah:
 - a. Penelitian kuantitatif memberikan data latar belakang yang terukur untuk mengaitkannya dengan studi-studi skala kecil. Ini seringkali diambil dari data-data statistik atau sensus.
 - b. Survei kuantitatif dapat memberikan landasan bagi data kasus dari kelompok-kelompok tertentu yang akan melandasi studi intensif dalam penelitian kualitatif.
2. *Penelitian kualitatif sebagai fasilitator penelitian kuantitatif*; berarti penelitian

kualitatif berperan sebagai penunjang. Penelitian kualitatif mempunyai fungsi tertentu yaitu: sebagai sumber hipotesis yang akan diuji secara kuantitatif; sebagai pengembang dan pemandu instrumen- instrumen penelitian kuantitatif seperti kuesioner, skala dan indeks pengukuran; serta sebagai pembanding temuan-temuan kuantitatif.

3. *Penelitian yang mempergunakan kedua pendekatan dengan bobot sama*; kedua pendekatan dilakukan untuk saling mengisi kesenjangan yang muncul pada saat survei lapangan, analisis, atau pelaporan. Gabungan antara keduanya dapat berakhir dengan pemisahan penelitian kualitatif dan kuantitatif tetapi tetap berhubungan.

Dalam penelitian pendidikan sering dijumpai dua pendekatan digunakan bersama-sama terhadap masalah yang sama. Terkait dengan hal tersebut, Sudjana (2001) berpendapat bahwa pendekatan tersebut sebenarnya bertolak dari asumsi yang berbeda, sehingga untuk persoalan yang sama sulit menggunakan metode dengan asumsi yang berbeda. Namun pemecahan masalah melalui studi yang berbeda cukup bermanfaat dalam memperkaya alternatif pemecahan masalahnya, sehingga lebih komprehensif sifatnya. Sering ditemukan pemaparan data kualitatif menggunakan statistik deskriptif serta temuan kualitatif dan kuantitatif disajikan bersama-sama. Beberapa peneliti kadang-kadang berusaha menggunakan kedua pendekatan tersebut untuk masalah yang sama, namun seringkali mengalami kerancuan dalam penarikan kesimpulannya.

C. RANGKUMAN

Pendekatan kuantitatif adalah metode yang lebih menekankan pada aspek pengukuran secara obyektif terhadap fenomena social. Metode penelitian kualitatif adalah metode yang lebih menekankan pada aspek pemahaman secara mendalam terhadap suatu masalah daripada melihat permasalahan untuk penelitian generalisasi.

D. SOAL

1. Jelaskan pengertian pendekatan kuantitatif dalam penelitian ?
2. Jelaskan pengertian pendekatan kualitatif dalam penelitian ?

E. RUJUKAN

Cooper, Donald R. Dan C. William Emory, Alih Bahasa: Ellen G. Sitompul, 1996, *Metode Penelitian Bisnis*, Penerbit Erlangga, Jakarta.

M. Sajid Darmadipura (2013), *Isu Etik dalam Penelitian di Bidang Kesehatan*. Jakarta: Asosiasi Ilmu Forensik Indonesia (AIFI) dan Universitas Yarsi

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono, 2005, *Metode Penelitian Bisnis*, Alfabeta, Jakarta

Widayat dan Amirullah, 2002, *Riset Bisnis*, Graha Ilmu, Yogyakarta

BAB VIII

ETHICAL CONSIDERATIONS OF RESEARCH, DISSEMINATION STRATEGIES, MIDWIFERY KNOWLEDGE

A. PENDAHULUAN

Dalam bab ini dibahas mengenai peraturan etika dalam melakukan penelitian, strategi diseminasi dan *midwifery knowledge* terutama pada penelitian yang melibatkan manusia, baik sebagai responden maupun sebagai objek penelitian. Sebagai contoh penelitian di bidang medis dengan objek percobaan manusia, harus mempertimbangkan aspek etika. Hal dilatar belakangi pada masa awal penelitian medis pada manusia, terutama pada masa perang dunia II, pada umumnya manusia yang menjadi objek penelitian tidak memperoleh jaminan keselamatan, bahkan ancaman agar bersedia menjadi objek penelitian. Sering pula manusia yang menjadi objek penelitian, tidak diketahui lagi nasibnya setelah penelitian tersebut selesai dengan hasil yang tidak jelas. Hal ini terutama berlaku pada masyarakat dari golongan tertentu (beda ras, suku bangsa, tawanan perang, dll).

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *Ethical considerations of research*
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *Dissemination strategies*
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *Midwifery knowledge*

B. PENYAJIAN MATERI

1. Ethical Considerations of Research

Secara umum, prinsip dasar etika terdiri dari 3 hal: **menghormati orang, derma dan keadilan.**

Menghormati Orang

Menghormati orang berarti bahwa individu harus memiliki hak untuk bersedia ataupun tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian jika mereka memilih demikian. Poin utamanya adalah bahwa individu-individu ini harus dapat membuat keputusan ini secara mandiri.

Derma berarti baik, atau suatu perbuatan amal atau hadiah. Dalam konteks penelitian, para peneliti tidak membahayakan mereka peserta dan, akhirnya,

manfaat kepada peserta mereka harus dimaksimalkan dan potensi bahaya dan ketidaknyamanan harus diminimalkan. Dalam melakukan penelitian, kemajuan ilmu pengetahuan tidak harus datang dengan harga merugikan peserta penelitian.

Keadilan

Pemilihan peserta penelitian harus merupakan hasil dari prosedur seleksi yang adil dan juga harus menghasilkan hasil pemilihan yang adil, mereka tidak boleh dipilih didasarkan karena anggapan positif atau negatif oleh peneliti. Meskipun peneliti memiliki batasan tertentu untuk peserta yang akan mengikuti penelitian, tiap peserta penelitian harus diberitahu tentang percobaan, serta kemungkinan kondisi saat dan setelah penelitian. Kemudian peserta diberikan keleluasaan untuk menentukan haknya mengikuti/tidak mengikuti penelitian.

Ketiga prinsip dasar etika di atas adalah untuk mewujudkan prinsip kerahasiaan. Secara umum, prinsip kerahasiaan meliputi hak peserta penelitian untuk menentukan penggunaan/akses informasi pribadinya serta hak untuk tetap dijaganya kerahasiaan informasi yang dia bagikan dengan tim riset.

2. Strategi Diseminasi

a. Definisi

Dalam kamus Merriam Webster Online Dictionary (2008), diseminasi secara etimology berasal dari bahasa Latin *disseminatus* yang mengandung makna *to spread a broad dan to disperse throughout*. Pengertian diseminasi tersebut sejalan dengan *dissemination* dalam kamus bahasa Inggris yang juga bermakna *to spread atau to distribute* (Hornby, 1974; Echols dan Shadily, 1997).

Diseminasi adalah suatu kegiatan penyebaran informasi yang ditujukan kepada kelompok target atau individu agar mereka memperoleh informasi, timbul kesadaran, menerima, mengubah perilaku sasaran, dan akhirnya mereka mampu memanfaatkan informasi tersebut. Perubahan yang diharapkan dari kegiatan diseminasi adalah akan terjadi pada aspek kognitif (pengetahuan – P), afektif (sikap – S) dan psikomotorik (keterampilan – K). Perubahan tersebut menuju ke arah yang sesuai dengan konsep dan cara yang benar atau seharusnya.

Diseminasi juga biasa disebut sebagai proses penyebaran inovasi yang direncanakan, diarahkan, dan dikelola. Sehingga terjadi saling tukar informasi dan akhirnya terjadi kesamaan pendapat tentang inovasi tersebut.

Dengan demikian dapat disimpulkan diseminasi merupakan penyebaran

inovasi yang disusun dan disebar dengan metode perencanaan yang matang serta pandangan jauh ke depan baik melalui diskusi atau forum lainnya yang sengaja diprogramkan, sehingga terdapat kesepakatan untuk melaksanakan inovasi. Diseminasi hasil penelitian adalah suatu bentuk kegiatan pertanggungjawaban akademik yang dilakukan oleh setiap peneliti untuk kegiatan penelitian yang telah dilakukan. Diseminasi hasil penelitian bertujuan untuk menunjukkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap stakeholder dan masyarakat luas.

b. Langkah Strategi Diseminasi

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi yang semakin pesat, dan pengaruh dinamika sosial politik akan berdampak pada pilihan strategi komunikasi dan diseminasi informasi publik. Hal ini tentunya menjadi tantangan bagi pejabat publik dan humas instansi/lembaga untuk menyesuaikan diri dengan perkembangan dan perubahan tersebut.

Secara umum pola penyebaran informasi di masa mendatang relatif tidak berubah. Diseminasi melalui komunikasi satu arah masih banyak digunakan. Namun, proses penyebaran informasi melalui pendekatan komunikasi transaksional (yang bersifat diskusi interaktif, kooperatif, egaliter, dan resiprokal) akan makin berkembang dan menjadi kebutuhan.

Dalam konteks strategi proses diseminasi kepada masyarakat, prinsip komunikasi tetap harus menciptakan kepentingan bersama (*common interest*), yakni bagaimana kepentingan pemerintah dan masyarakat 'bertemu'. Untuk itu, ada beberapa langkah yang harus diperhatikan dalam proses diseminasi.

1. Menentukan dan memahami tujuan.
2. Mengidentifikasi pesan inti atau kunci (*key messages*) yang akan dikomunikasikan.
3. Memahami target audience: siapa saja yang terlibat, siapa yang dipengaruhi, siapa yang tertarik? Informasi apa yang mereka butuhkan? Bagaimana reaksi mereka? Apa konsern atau minat mereka?
4. Menentukan media yang paling efektif.
5. Memotivasi audiens untuk memberi tanggapan atau masukan.
6. Frekuensi penyampaian pesan.
7. Memperhitungkan dampak, baik negatif ataupun positif.

Ukuran sukses sebuah program diseminasi tidak cukup dengan pesan bisa

berhasil disampaikan. Hal lain yang perlu dilakukan adalah evaluasi, sejauh mana karakter audiens agar mampu memahami dengan baik pesan kunci. Selain itu, program diseminasi perlu adanya analisa apakah semua strategi dalam penyampain informasi sesuai dengan persoalan yang dihadapi.

3. Midwifery Knowledge

a. Tinjauan Filosofi Dalam Ilmu Kebidanan

1) Pendekatan Ontologis

Secara ontologis ilmu membatasi ilmu penelaahan keilmuannya hanya pada daerah-daerah dalam jangkauan manusia. Objek penelaahan yang berada dalam batas pra pengalaman (penciptaan manusia) dan pasca pengalaman (surga dan neraka) di serahkan ilmunya kepada pengetahuan lain.

2) Pendekatan Epistemologis

Landasan epistemologis ilmu tercermin secara operasional dalam metode ilmiah. Pada dasarnya metode ilmiah merupakan cara ilmu memperoleh dan menyusun tubuh pengetahuannya berdasarkan

- Kerangka pemikiran yang bersifat logis, dengan argumentasi yang bersifat konsisten dengan pengetahuan sebelumnya yang telah berhasil disusun.
- Menjabarkan hipotesis yang merupakan deduksi dari kerangka pemikiran tersebut.
- Melakukan verifikasi terhadap hipotesis termasuk untuk menguji kebenaran pendataan secara faktual.

3) Pendekatan Aksiologis

Aksiologis keilmuan menyangkut nilai-nilai yang berkaitan dengan pengetahuan ilmiah baik secara internal, eksternal maupun sosial. Nilai internal berkaitan dengan wujud dan kegiatan ilmiah dalam memperoleh pengetahuan tanpa mengesampingkan fitrah manusia. Nilai eksternal menyangkut nilai-nilai yang berkaitan dengan penggunaan pengetahuan ilmiah. Nilai sosial menyangkut pandangan masyarakat yang menilai keberadaan suatu pengetahuan dan profesi tertentu.

b. Dimensi Kefilsafatan Ilmu Kebidanan

Keberadaan disiplin keilmuan kebidanan sama seperti keilmuan lainnya ditopang oleh berbagai disiplin keilmuan yang telah jauh berkembang, sehingga

dalam perjalanannya mulai di pertanyakan identitas dirinya sebagai suatu disiplin keilmuan yang mandiri. Lebih lanjut sering di pertanyakan adalah ciri-ciri atau karakteristik yang membedakan pengetahuan kebidanan dengan ilmu yang lain.

Dimensi kefilosofan keilmuan secara lebih rinci dapat dibagi menjadi tingkatan karakteristik yaitu :

- Bersifat universal artinya berlaku untuk seluruh disiplin ilmu yang bersifat keilmuan.
- Bersifat generic artinya mencirikan segolongan tertentu dari pengetahuan ilmiah.
- Bersifat spesifik artinya memiliki ciri – ciri yang khas dari sebuah disiplin ilmu yang membedakannya dari disiplin keilmuan yang lain.

Secara khusus setiap disiplin keilmuan mempunyai objek formal dan objek material mengenai wujud yang menjadi fokus penelaahannya, objek forma merupakan cara pandang terhadap sesuatu, sedangkan objek material merupakan substansi dari objek tertentu. Setiap disiplin keilmuan yang mandiri mempunyai objek forma dan objek material yang berbeda dengan disiplin ilmu lain. Dan ini menjadi kriteria untuk menilai keberadaan suatu disiplin ilmu yang mandiri.

Pemikiran dasar dalam ilmu kebidanan adalah memberdayakan seluruh kemampuan wanita untuk menghimpun kekuatan dalam dirinya dalam upaya proses reproduksi yang meliputi kehamilan, kelahiran, nifas dan perawatan anak.

c. Tubuh Pengetahuan Kebidanan

Disiplin keilmuan kebidanan mempunyai karekteristik dan spesifikasi baik objek forma maupun objek material. Objek forma dari disiplin ilmu kebidanan adalah mempertahankan status kesehatan reproduksi termasuk kesejahteraan wanita sejak lahir sampai masa tuanya (menopause) termasuk berbagai implikasi dalam siklus kehidupannya. Objek material dari disiplin ilmu kebidanan adalah janin, bayi baru lahir dan anak di bawah lima tahun (balita) dan wanita secara utuh atau holistik dalam siklus kehidupannya (kanak – kanak, pra-remaja, remaja, dewasa muda, dewasa, lansia dini dan lansia lanjut) yang berfokus pada kesehatan reproduksi.

Berdasarkan pemikiran dasar objek forma dan objek material disusunlah tubuh pengetahuan kebidanan (body of midwifery knowledge) yang dikelompokkan menjadi empat yaitu :

1) Ilmu Dasar

Antara lain anatomi, fisiologi, mikrobiologi dan parasitologi, patofisiologi, fisika dan biokimia.

2) Ilmu – Ilmu Sosial

Antara lain pancasila dan wawasan nusantara, bahasa indonesia, bahasa inggris, sosiologi, antropologi, psikologi, administrasi dan kepemimpinan, ilmu komunikasi, humaniora dan pendidikan (prinsip belajar dan mengajar).

3) Ilmu Terapan

Kedokteran, farmakologi, epidemiologi, statistik, teknik kesehatan dasar/keperawatan dasar, paradigma sehat, ilmu gizi, hukum kesehatan, kesehatan masyarakat, metode riset.

4) Ilmu Kebidanan

Dasar-dasar kebidanan (perkembangan kebidanan, registrasi dan organisasi profesi dan peran serta fungsi bidan), teori dan model konseptual kebidanan, siklus kehidupan wanita, etika dan etiket kebidanan, pengantar kebidanan profesional (konsep kebidanan, definisi dan lingkup kebidanan dan manajemen kebidanan), teknik dan prosedur kebidanan, asuhan kebidanan dalam kaitan kesehatan reproduksi (berdasarkan siklus kehidupan manusia dan wanita), tingkat dan jenis pelayanan kebidanan, legislasi kebidanan dan praktek klinik kebidanan.

C. RANGKUMAN

Terdapat tiga prinsip dasar etika terdiri dari 3 hal: menghormati orang, derma dan keadilan. Ketiga prinsip dasar etika di atas adalah untuk mewujudkan prinsip kerahasiaan. Secara umum, prinsip kerahasiaan meliputi hak peserta penelitian untuk menentukan penggunaan/akses informasi pribadinya serta hak untuk tetap dijaganya kerahasiaan informasi yang dia bagikan dengan tim riset.

Diseminasi adalah suatu kegiatan penyebaran informasi yang ditujukan kepada kelompok target atau individu agar mereka memperoleh informasi, timbul kesadaran, menerima, mengubah perilaku sasaran, dan akhirnya mereka mampu memanfaatkan informasi tersebut.

Tinjauan filosofi dalam ilmu kebidanan terdiri dari tiga pendekatan yakni pendekatan

ontologis, pendekatan epistemologis, dan pendekatan aksiologis. Berdasarkan pemikiran dasar objek forma dan objek material disusunlah tubuh pengetahuan kebidanan (body of midwifery knowledge) yang dikelompokkan menjadi empat yaitu : ilmu dasar, ilmu sosial, ilmu terapan dan ilmu kebidanan.

D. SOAL

1. Apakah yang dimaksud dengan *Ethical considerations of research*?
2. Jelaskan prinsip dasar etika !
3. Jelaskan definisi strategi diseminasi !
4. Jelaskan langkah strategi diseminasi !
5. Apakah yang saudara ketahui tentang *midwifery knowledge* !

E. RUJUKAN

- M. Sajid Darmadipura (2013), *Isu Etik dalam Penelitian di Bidang Kesehatan*. Jakarta: Asosiasi Ilmu Forensik Indonesia (AIFI) dan Universitas Yarsi
- Liliweri, A. (2013). *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Susanto. (2016). *Filsafat Ilmu Suatu Kajian Dimensi Ontologis, Epistemologis, dan Aksiologis*. Jakarta: Bumi Aksara

BAB IX
EVIDENCE BASED CLINICAL DECISIONS AND SCOPE OF PRACTICE,
EVIDENCE FOR HOSPITAL BASED CARE

A. PENDAHULUAN

Dalam bab ini dibahas mengenai *evidence based clinical decisions and scope of practice dan evidence for hospital based care*. Evidence-based Practice adalah pengintegrasian antara bukti ilmiah berupa hasil penelitian yang terbaik dengan kemampuan klinis serta preferensi pasien dalam proses pengambilan keputusan, sedang Geddes (2000) menyatakan bahwa EBP adalah strategi yang dibuat berdasarkan pengembangan teknologi informasi dan epidemiologi klinik dan ditujukan untuk dapat menjaga dan mempertahankan ketrampilan pelayanan medik dengan basis bukti medis yang terbaik.

B. PENYAJIAN MATERI

1. Evidence Based Clinical Decisions and Scope of Practice

a) Definisi

Evidence-based Practice adalah pengintegrasian antara bukti ilmiah berupa hasil penelitian yang terbaik dengan kemampuan klinis serta preferensi pasien dalam proses pengambilan keputusan, sedang Geddes (2000) menyatakan bahwa EBP adalah strategi yang dibuat berdasarkan pengembangan teknologi informasi dan epidemiologi klinik dan ditujukan untuk dapat menjaga dan mempertahankan ketrampilan pelayanan medik dengan basis bukti medis yang terbaik.

Dengan demikian, EBP dapat diartikan sebagai pemanfaatan bukti ilmiah secara seksama, ekplisit dan bijaksana dalam pengambilan keputusan untuk tatalaksana pasien. Artinya mengintegrasikan kemampuan klinis individu dengan bukti ilmiah yang terbaik yang diperoleh dengan penelusuran informasi secara sistematis.

Bukti ilmiah itu tidak dapat menetapkan kesimpulan sendiri, melainkan membantu menunjang penatalaksanaan pasien. Integrasi penuh dari ketiga komponen ini dalam proses pengambilan keputusan akan meningkatkan probabilitas untuk mendapatkan hasil pelayanan yang optimal dan kualitas hidup yang lebih baik.

EBP itu sendiri banyak juga dicetuskan oleh adanya pertanyaan-pertanyaan pasien tentang efek pengobatan, kegunaan pemeriksaan penunjang, prognosis penyakitnya, atau penyebab kelainan yang dideritanya.

EBP membutuhkan ketrampilan khusus, termasuk didalamnya kemampuan untuk melakukan penelusuran literatur secara efisien dan melakukan telaah kritis terhadap literatur tersebut menurut aturan-aturan yang telah ditentukan.

b) Komponen EBP

1) Bukti eksternal

Berupa hasil penelitian, teori-teori yang lahir dari penelitian, pendapat dari ahli, hasil dari diskusi panel para ahli.

2) Bukti internal

Berupa penilaian klinis, hasil dari peningkatan kualitas dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan klinik, hasil dari pengkajian dan evaluasi pasien, alasan klinis, evaluasi dan penggunaan sumber daya tenaga kesehatan yang diperlukan untuk melakukan treatment yang dipilih.

3) Manfaat dan keinginan pasien

Memberikan manfaat terbaik untuk kondisi pasien saat itu dan meminimalkan pembiayaan.

c) 7 Langkah EBP dalam Pengambilan Keputusan Klinis

1) Menumbuhkan semangat menyelidiki

2) Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICO/ PICOT format

3) Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/ PICOT

4) Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)

5) Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengansalah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan

6) Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan erdasarkan buktu-bukti

7) Manyebarluaskan hasil dari EBP

2. Evidence for Hospital Based Care

a. Definisi *Patient Safety*

Menurut Supari tahun 2005, *patient safety* adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan.

Patient safety (keselamatan pasien) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk : assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insident dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang di sebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan (DepKes RI, 2006).

Menurut Kohn, Corrigan & Donaldson tahun 2000, *patient safety* adalah tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan. Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko. Meliputi: *assessment* resiko, identifikasi dan pengelolaan hal berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

b. Tujuan Sistem *Patient Safety*

Tujuan Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah:

- Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
- Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
- Menurunnya KTD di Rumah Sakit
- Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD.

Sedangkan tujuan keselamatan pasien secara internasional adalah:

- *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)
- *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)
- *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
- *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery*(mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
- *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
- *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh)

c. Urgensi *Patient Safety*

Tujuan utama rumah sakit adalah merawat pasien yang sakit dengan tujuan agar pasien segera sembuh dari sakitnya dan sehat kembali, sehingga tidak dapat ditoleransi bila dalam perawatan di rumah sakit pasien menjadi lebih menderita akibat dari terjadinya risiko yang sebenarnya dapat dicegah, dengan kata lain pasien harus dijaga keselamatannya dari akibat yang timbul karena *error*. Bila program keselamatan pasien tidak dilakukan akan berdampak pada terjadinya tuntutan sehingga meningkatkan biaya urusan hukum, menurunkan efisiensi, dll.

d. Isu, Elemen, dan Akar Penyebab Kesalahan yang Paling Umum dalam *Patient Safety*

Lima isu penting terkait keselamatan (*hospital risk*) yaitu:

- Keselamatan pasien
- Keselamatan pekerja (nakes)
- Keselamatan fasilitas (bangunan, peralatan)
- Keselamatan lingkungan
- Keselamatan bisnis.

Elemen *Patient safety*

- Adverse drug events (ADE)/ medication errors (ME) (ketidakcocokan obat/kesalahan pengobatan)
- Restraint use (kendali penggunaan)
- Nosocomial infections (infeksi nosokomial)
- Surgical mishaps (kecelakaan operasi)
- Pressure ulcers (tekanan ulkus)
- Blood product safety/administration (keamanan produk darah/administrasi)
- Antimicrobial resistance (resistensi antimikroba)
- Immunization program (program imunisasi)
- Falls (terjatuh)
- Blood stream – vascular catheter care (aliran darah – perawatan kateter pembuluh darah)
- Systematic review, follow-up, and reporting of patient/visitor incident reports (tinjauan sistematis, tindakan lanjutan, dan pelaporan pasien/pengunjung laporan kejadian)

Most Common Root Causes of Errors (Akar Penyebab Kesalahan yang Paling Umum):

- Communication problems (masalah komunikasi)
- Inadequate information flow (arus informasi yang tidak memadai)
- Human problems (masalah manusia)
- Patient-related issues (isu berkenaan dengan pasien)
- Organizational transfer of knowledge (organisasi transfer pengetahuan)
- Staffing patterns/work flow (pola staf/alur kerja)
- Technical failures (kesalahan teknis)
- Inadequate policies and procedures (kebijakan dan prosedur yang tidak memadai)

e. Standar Keselamatan Pasien

Tujuh Standar Keselamatan Pasien (mengacu pada “*Hospital Patient safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002), yaitu:

1) Hak pasien

Standarnya adalah pasien & keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana & hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan). Kriterianya adalah sebagai berikut:

- a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD

2) Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah RS harus mendidik pasien & keluarganya tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada sistim dan mekanisme mendidik pasien & keluarganya tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien & keluarga dapat:

- a) Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
- c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
- f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan dengan kriteri sebagai berikut:

- a) Koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- b) Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
- c) Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi

- d) Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan
- 4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- Standarnya adalah RS harus mendisain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor & mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, & melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta KP dengan criteria sebagai berikut:
- a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
- b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
- c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
- d) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien standarnya adalah:
- a) pimpinan dorong & jamin implementasi program KP melalui penerapan "7 Langkah Menuju KP RS".
- b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko KP & program mengurangi KTD.
- c) Pimpinan dorong & tumbuhkan komunikasi & koordinasi antar unit & individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP
- d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, & meningkatkan kinerja RS serta tingkatan KP.
- e) Pimpinan mengukur & mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja RS & KP, dengan criteria sebagai berikut:
- Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
 - Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
 - Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi

- Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden,
- Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
- Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
- Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
- Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien

Mendidik staf tentang keselamatan pasien. Standarnya adalah:

- RS memiliki proses pendidikan, pelatihan & orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan KP secara jelas.
 - RS menyelenggarakan pendidikan & pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan & memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien, dengan kriteria sebagai berikut:
 - Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
 - Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
 - Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- 6) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Standarnya adalah:
- a) RS merencanakan & mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal & eksternal.
 - b) Transmisi data & informasi harus tepat waktu & akurat, dengan criteria sebagai berikut:

- Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

C. RANGKUMAN

Evidence-based Practice adalah pengintegrasian antara bukti ilmiah berupa hasil penelitian yang terbaik dengan kemampuan klinis serta preferensi pasien dalam proses pengambilan keputusan, sedang Geddes (2000) menyatakan bahwa EBP adalah strategi yang dibuat berdasarkan pengembangan teknologi informasi dan epidemiologi klinik dan ditujukan untuk dapat menjaga dan mempertahankan ketrampilan pelayanan medik dengan basis bukti medis yang terbaik.

Patient safety (keselamatan pasien) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan

D. SOAL

1. Jelaskan definisi *Evidence-based Practice* !
2. Sebutkan yang menjadi komponen *Evidence-based Practice* !
3. Jelaskan definisi *Patient Safety* !
4. Sebutkan tujuan Sistem *Patient Safety*
5. Sebutkan standar keselamatan pasien di RS !

E. RUJUKAN

- Pratami, Evi. (2016). Evidence Based dalam Kebidanan. Yogyakarta: EGC
- Dina Aliana Ikhwani., M.Kep / Wibowo Hanai Ari Susanto., M.Kep. (2019). *Evidence Based Practice Dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Trans Info Media
- Joint Comissions International. (2011). *Hospital Patient Safety Goals*. 4th Edition. Oarkbrook Terrace-Illinois: Department of Publication Joint Comission Resources
- Nunung Rachmawati, dan Yayang Harigustian. (2019). *Manajemen Patient Safety*

Konsep & Aplikasi Patient Safety dalam Kesehatan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

BAB X
HASIL PENELITIAN TERBAIK, IMPLIKASI DAN PENTINGNYA EBP
DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

A. PENDAHULUAN

Penelitian merupakan kegiatan ilmiah yang didasarkan pada suatu masalah yang memerlukan solusi yang tepat. Dalam kehidupan selalu ada masalah, baik masalah pribadi, keluarga, masyarakat dan negara. Dari semua masalah tersebut, tidak semua masalah yang memerlukan solusi dalam bentuk kegiatan penelitian. Perbedaannya adalah pada kegiatan penyelesaian masalah. Selain masalah, komponen penting yang harus ada dalam penelitian adalah tujuan penelitian sehingga dapat ditentukan metode yang tepat untuk penyelesaian masalah. Kegiatan penyelesaian masalah yang disebut penelitian dapat dilakukan secara sistematis dengan mengikuti metodologi, dikontrol, dan didasarkan teori yang ada serta diperkuat dengan gejala yang ada (Sukardi, 2004).

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu memahami konsep hasil penelitian terbaik ?
2. Mahasiswa memahami implikasi dan pentingnya EBP dalam praktik kebidanan

B. PENYAJIAN MATERI

1. HASIL PENELITIAN TERBAIK

a) Definisi

Suatu proses penyelidikan secara sistematis yang ditujukan pada penyediaan informasi untuk menyelesaikan masalah-masalah (Cooper & Emory, 1995). Usaha yang secara sadar diarahkan untuk mengetahui atau mempelajari fakta2 baru dan juga sebagai penyaluran hasrat ingin tahu manusia (Suparmoko, 1991)

Secara umum, penelitian dapat dibedakan dari beberapa aspek, diantaranya aspek tujuan, aspek metode, aspek kajian. Menurut Gay (dalam Sukardi, 2004:13) Aspek tujuan terdiri dari penelitian dasar dan lanjut. Aspek metode terdiri atas penelitian deskriptif, penelitian sejarah, penelitian survei, penelitian *ex-postfakto*, penelitian eksperimen, penelitian kuai eksperimen. Sedangkan,

aspek kajian sesuai bidang garapan dapat dibagi menjadi dua, yaitu penelitian kependidikan dan penelitian nonkependidikan (Sukardi, 2004).

Masalah penelitian dapat dibagi dalam berbagai bidang diantaranya bidang pendidikan, kesehatan, sosial, ekonomi, dan lain-lain. Salah satu bidang penelitian yang memerlukan perhatian khusus adalah bidang penelitian pendidikan. Secara umum metode penyelesaian masalah pada penelitian pendidikan ada dua, yaitu metode kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif yang pengumpulan datanya berinteraksi langsung dengan objek penelitiannya dan hasilnya tidak diperoleh melalui prosedur statistik. Sedangkan metode kuantitatif, pengumpulan datanya melalui instrumen penelitian berupa populasi dan sampel serta hasilnya diperoleh melalui prosedur statistic.

Adapun yang dimaksud dengan Metode Penelitian adalah: Cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Cara ilmiah = didasarkan pada ciri-ciri keilmuan yaitu rasional, empiris, dan sistematis.

- Rasional = Penelitian dilakukan dengan cara-cara yang masuk akal shg terjangkau oleh penalaran manusia.
- Empiris = cara yang digunakan dapat diamati dengan indera manusia.
- Sistematis = proses penelitian menggunakan langkah-langkah tertentu yang bersifat logis.

b) Kriteria Penelitian yang Baik

Ciri-ciri karya tulis ilmiah yang baik adalah:

- 1) Bersifat kritis dan analitis
- 2) Memuat konsep dan teori
- 3) Menggunakan istilah dengan tepat dan definisi yang uniform.
- 4) Rasional
- 5) Obyektif

Penelitian yang baik disamping memiliki ciri-ciri di atas, juga memiliki ciri-ciri:

- 1) Tujuan dan masalah penelitian harus digambarkan secara jelas sehingga tidak menimbulkan keraguan kepada pembaca.
- 2) Teknik dan prosedur dalam penelitian itu harus dijelaskan secara rinci.
- 3) Obyektifitas penelitian harus tetap dijaga dengan menunjukkan bukti-bukti mengenai sample yang diambil.

- 4) Kekurangan-kekurangan selama pelaksanaan penelitian harus diinformasikan secara jujur dan menjelaskan dampak dari kekurangan tersebut.
- 5) Validitas dan kehandalan data harus diperiksa dengan cermat.
- 6) Kesimpulan yang diambil harus didasarkan pada hal-hal yang terkait dengan data penelitian.
- 7) Obyek atau fenomena yang diamati harus betul-betul sesuai dengan kemampuan, pengalaman, dan motivasi yang kuat dari si peneliti.
- 8) Coherency, saling kait mengkait antara bagian yang satu dengan bagian yang lain, antara paragraf satu dengan yang lain, antara bab yang satu dengan bab yang lain.

2. IMPLIKASI DAN PENTINGNYA EBP DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

A. Definisi

Evidence based artinya berdasarkan bukti. Artinya tidak lagi berdasarkan pengalaman atau kebiasaan semata. Semua harus berdasarkan bukti. Bukti ini pun tidak sekedar bukti tapi bukti ilmiah terkini yang bias dipertanggung jawabkan.

Suatu istilah yang luas yang digunakan dalam proses pemberian informasi berdasarkan bukti dari penelitian (Gray, 1997). Jadi, Evidence based Midwifery adalah pemberian informasi kebidanan berdasarkan bukti dari penelitian yang bisa dipertanggung jawabkan. Praktik dalam kebidanan yang diutamakan adalah lebih didasarkan pembuktian ilmiah hasil observasi/penelitian dan pengalaman praktik terbaik dari semua para praktisi dari seluruh penjuru dunia. Rutinitas yang tidak terbukti manfaatnya kini tidak dianjurkan lagi.

Hal ini terjadi karena Ilmu Kedokteran berkembang sangat pesat. Temuan dan hipotesis yang telah dipergunakan di waktu lalu secara sigap diganti oleh temuan yang lebih baru yang segera menggugurkan teori sebelumnya yang telah lebih dulu digunakan.

Kemudian hipotesis yang telah digunakan untuk diujikan sebelumnya akan segera ditinggalkan karena telah ditemukan pengujian-pengujian hipotesis yang bagus dan lebih sempurna. Untuk lebih di pahami, akan berikan contoh, bila sebelumnya dipercaya bahwa episiotomi adalah sebuah prosedur yang sering digunakan dalam persalinan khususnya pada primigravida, maka untuk saat ini

kepercayaan itu dihapuskan oleh temuan yang memperlihatkan bahwa episiotomi yang sering digunakan justru lebih sering menimbulkan/memunculkan berbagai permasalahan yang kadang lebih merugikan untuk quality of life pasien.

Tidak semua EBM dapat langsung diaplikasikan oleh semua profesional kebidanan di dunia. Oleh karena itu bukti ilmiah tersebut harus ditelaah terlebih dahulu, mempertimbangkan manfaat dan kerugian serta kondisi setempat seperti budaya, kebijakan dan lain sebagainya.

B. Manfaat Evidence Based Midwifery dalam Praktik Kebidanan

Praktik berdasarkan penelitian merupakan penggunaan yang sistematis, ilmiah dan eksplisit dari penelitian terbaik saat ini dalam pengambilan keputusan tentang asuhan pasien secara individu. Hal ini menghasilkan asuhan yang efektif dan tidak selalu melakukan intervensi. Kajian ulang intervensi secara historis memunculkan asumsi bahwa sebagian besar komplikasi obstetri yang mengancam jiwa bisa diprediksi atau dicegah. Intervensi harus dilaksanakan atas dasar indikasi yang spesifik, bukan sebagai rutinitas sebab tes-tes rutin, obat, atau prosedur lain pada kehamilan dapat membahayakan ibu maupun janin. Bidan yang terampil harus tahu kapan ia harus melakukan sesuatu dan intervensi yang dilakukannya haruslah aman berdasarkan bukti ilmiah.

Asuhan yang dilakukan dituntut tanggap terhadap fakta yang terjadi, menyesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien dengan mengutamakan keselamatan dan kesehatan pasien dengan mengikuti prosedur yang sesuai dengan evidence based asuhan kebidanan, yang tentu saja berdasar kepada hal-hal yang sudah dibahas sebelumnya, yaitu: standar asuhan kebidanan, standar pelayanan kebidanan, kewenangan bidan komunitas, fungsi utama bidan bagi masyarakat. Fungsi utama profesi kebidanan, ruang lingkup asuhan yang diberikan.

Dengan pelaksanaan praktik asuhan kebidanan yang berdasarkan evidence based tersebut tentu saja bermanfaat membantu mengurangi angka kematian ibu hamil dan risiko-risiko yang di alami selama persalinan bagi ibu dan bayi serta bermanfaat juga untuk memperbaiki keadaan kesehatan masyarakat.

C. RANGKUMAN

Ciri-ciri karya tulis ilmiah yang baik adalah:

- 1) Bersifat kritis dan analitis
- 2) Memuat konsep dan teori
- 3) Menggunakan istilah dengan tepat dan definisi yang uniform.
- 4) Rasional
- 5) Obyektif

D. SOAL

1. Jelaskan definisi hasil penelitian terbaik ?
2. Sebutkan kriteria penelitian yang baik ?
3. Jelaskan implikasi dan pentingnya EBP dalam praktik kebidanan ?

E. RUJUKAN

Cooper, Donald R. Dan C. William Emory, Alih Bahasa: Ellen G. Sitompul, 1996, Metode Penelitian Bisnis, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Sugiyono, 2005, *Metode Penelitian Bisnis*, Alfabeta, Jakarta

Widayat dan Amirullah, 2002, *Riset Bisnis*, Graha Ilmu, Yogyakarta

BAB XI

PRINSIP DAN LANGKAH EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE

A. PENDAHULUAN

Praktik berdasarkan penelitian merupakan penggunaan yang sistematis, ilmiah dan eksplisit dari penelitian terbaik saat ini dalam pengambilan keputusan tentang asuhan pasien secara individu. Hal ini menghasilkan asuhan yang efektif dan tidak selalu melakukan intervensi. Kajian ulang intervensi secara historis memunculkan asumsi bahwa sebagian besar komplikasi obstetri yang mengancam jiwa bisa diprediksi atau dicegah.

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah sebagai berikut :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang prinsip dan langkah Evidence Based Midwifery Care

B. PENYAJIAN MATERI

1. PRINSIP DAN LANGKAH EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE

Sesuai dengan evidence based practice, pemerintah telah menetapkan program kebijakan asuhan kehamilan sebagai berikut:

a) Kunjungan ANC minimal 4 kali Kunjungan

- Trimester I

Waktu kunjungan : Sebelum empat (4) minggu.

Alasan perlu kunjungan:

- 1) Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa.
- 2) Mencegah masalah, misal : tetanus neonatal, anemia, dan kebiasaan tradisional yang berbahaya.
- 3) Membangun hubungan saling percaya .
- 4) Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi
- 5) Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dll).

- Trimester II

Waktu kunjungan : 14-28 minggu

Alasan perlu kunjungan:

Sama dengan trimester I , ditambah : kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala pre-eklamsi, pantau tekanan darah, evaluasi edema, proteinuria).

- Trimester III

Waktu kunjungan:

- I. 28-36 minggu
- II. 36 minggu.

Alasan perlu kunjungan:

- 1) Sama dengan trimester sebelumnya ditambah deteksi kehamilan ganda.
 - 2) Sama dengan trimester sebelumnya, ditambah kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di rumah sakit
- b) Pemberian suplemen mikronutrien

Tablet yang mengandung FeSO₄, 320 mg (setara dengan zat besi 60 mg) dan asam folat 500 gr. Sebanyak 1 tablet per hari segera setelah rasa mual hilang. Pemberian selama 90 hari (3 bulan). Ibu hamil harus dinasehati agar tidak meminumnya bersama dengan teh/ kopi agar tidak mengganggu penyerapannya.

Berdasarkan penelitian yang ada, suplemen mikronutrien berguna untuk mengurangi angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) ibu hamil secara langsung yakni dengan mengobati penyakit pada kehamilan atau secara tidak langsung dengan menurunkan risiko komplikasi saat kehamilan dan persalinan.

- c) Imunisasi TT 0,5 cc

Imunisasi adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya untuk pencegahan terhadap infeksi tetanus. Vaksin tetanus yaitu toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan kemudian dimurnikan.

Interval Lama perlindungan % perlindungan

TT 1 Pada kunjungan ANC pertama - -

TT 2 4 mgg setelah TT 1 3 tahun 80%

TT 3 6 bln setelah TT 2 5 tahun 95%

TT 4 1 tahun setelah TT 3 10 tahun 99%

TT 5 1 tahun setelah TT 4 25 th/ seumur hidup 99%

d) 10 T dalam pemeriksaan kehamilan dan 4 Terlalu

Pada pemeriksaan kehamilan bidan wajib memeriksa dan memberikan 10 T (Depker RI, 2009) yaitu:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Tablet Fe
- 3) Tekanan darah
- 4) Tetanus Toksoid (suntik TT)
- 5) Tentukan status gizi (mengukur LILA)
- 6) Tinggi Fundus Uteri
- 7) Tentukan presentasi Janin dan DJJ
- 8) Temu wicara

e) Tes PMS

f) Tes Laboratorium

Bidan juga harus melakukan konseling pada saat kehamilan atau mengadakan penyuluhan kepada masyarakat tentang bahaya 4 terlalu, yaitu:

1) Terlalu muda

Dimana ibu hamil dengan usia terlalu tua atau kurang dari 20 tahun

2) Terlalu sering hamil

Ibu yang hamil dengan jarak tiap anak kurang dari 2 tahun.

3) Terlalu banyak anak

Ibu hamil dengan jumlah anak lebih dari 4 anak,

4) Terlalu tua hamil

Ibu hamil dengan usia saat kehamilan lebih dari 35 tahun.

4 terlalu dapat mengakibatkan komplikasi pada kehamilan, seperti cacat pada janin, perdarahan, bahkan sampai kematian ibu dan janin (Manuaba, 2010).

g) Perkiraan hemoglobin pada kehamilan

Dalam kehamilan normal akan terjadi penurunan kadar hemoglobin. Kadar Hb terendah terjadi sekitar pada umur kehamilan 30 minggu. Oleh karena itu pemeriksaan Hb harus dilakukan pada kehamilan dini untuk melihat data

awal, lalu diulang pada sekitar 30 minggu. Untuk saat ini anemia dalam kehamilan di Indonesia ditetapkan dengan kadar Hb <11g%. Pada Trimester I dan III atau Hb <10,5g% pada trimester II.

Apabila hanya terjadi anemia ringan, sebab yang paling sering adalah defisiensi zat besi dan dapat diobati secara efektif dengan suplementasi besi 60 mg/hari elemental besi dan 50µg asam folat untuk profilaksi anemia. Program Kemenkes RI memberikan 90 tablet besi selama 3 bulan.

Semua ibu hamil yang dapat suplementasi besi harus menghindari tembakau, teh dan kopi serta dipastikan mereka mengonsumsi makanan kaya protein dan vitamin

h) Perkiraan Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri Tinggi fundus uteri adalah tinggi puncak tertinggi rahim sesuai usia kehamilan. Biasanya pengukuran ini dilakukan saat pemeriksaan abdomen ibu hamil tepatnya saat melakukan Leopold 1. Dari pengukuran TFU dapat diketahui taksiran usia gestasi dan taksiran berat badan janin. Pengukuran TFU menggunakan jari pemeriksa sebagai alat ukurnya, namun kelemahannya tiap orang memiliki ukuran jari yang berbeda. TFU lebih baik diukur menggunakan metylen dengan satuan cm, ujung metylen ditempelkan pada simfisis pubis sedangkan ujung lain ditempelkan di puncak rahim.

1) TFU untuk mengetahui tafsiran usia kehamilan (UK).

Jika Fundus belum melewati pusat : UK (minggu) = Hasil ukur + 4

Jika Fundus sudah melewati pusat : UK (minggu) = hasil ukur + 6

2) TFU untuk taksiran Berat Badan Janin.

$$\text{TBJ (gram)} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

Terdapat variasi yang lebar antara operator yang melakukan pengukuran TFU dengan cara tradisional (jari tangan).

Menggunakan pita ukur untuk mengukur jarak antara tepi atas simfisis pubis dengan fundus uteri dalam centimeter adalah metoda yang dapat diandalkan

untuk memperkirakan TFU.

Jarak tersebut (dalam cm) sesuai dengan umur kehamilan (dalam minggu) setelah umur kehamilan 24 minggu.

i) Hipotensi Pada Saat Berbaring Terlentang.

Posisi terlentang mempengaruhi fisiologi ibu dan janin. Setiap ibu hamil hendaknya menghindari posisi terlentang terutama pada kehamilan lanjut. Hal ini disebabkan karena apabila berbaring terlentang akan terjadi penekanan oleh uterus pada vena pelvis major dan vena cava inferior yang akan mengurangi sirkulasi darah ke jantung bagian kanan dan akan mengakibatkan pengaliran oksigen ke otak dan akan mengakibatkan pingsan.

Keadaan tersebut lebih terkenal dengan supine hypotensif syndrome yang dapat mengakibatkan denyut jantung janin (DJJ) abnormal. Namun apabila posisi terlentang dibutuhkan maka dianjurkan untuk meletakkan bantal kecil dibawah sisi kiri punggung bawah.

Secara ringkas penelitian menunjukkan hasil:

- 1) Posisi terlentang mempengaruhi fisiologi ibu dan janin.
- 2) Setiap ibu hamil hendaknya menghindari posisi terlentang terutama pada kehamilan lanjut.
- 3) Bila posisi terlentang dibutuhkan maka dianjurkan untuk meletakkan bantal kecil dibawah sisi kiri punggung bawah.

j) Pentingnya Deteksi Penyakit Bukan Penilaian/Pendekatan Risiko.

Pendekatan risiko yang mempunyai rasionalisasi bahwa asuhan antenatal adalah melakukan screening untuk memprediksi faktor-faktor resiko untuk memprediksi suatu penyakit.

Dapat dikatakan bahwa wanita hamil mempunyai risiko untuk mengalami komplikasi dan harus mempunyai akses terhadap asuhan ibu bersalin yang berkualitas. Bahkan wanita yang digolongkan dalam risiko rendah bisa saja mengalami komplikasi. Jadi pendekatan risiko bukan merupakan strategi yang efisien ataupun efektif untuk menurunkan angka mortalitas ibu karena:

- 1) Faktor risiko tidak dapat memperkirakan komplikasi, biasanya bukan penyebab langsung terjadinya komplikasi.

- 2) Apa yang akan anda lakukan bila megidentifikasi pasien beresiko tinggi dan apa yang harus dilakukan pada pasien dengan risiko rendah?
- 3) Mortalitas ibu relatif rendah pada populasi yang beresiko (semua wanita usia subur). Faktir risiko secara relatif adalah umum pada populasi yang sama, faktir risiko tersebut bukan merupakan indikator yang baik dimana para ibu mungkin akan mengalami komplikasi.
- 4) Mayoritas ibu yang mengalami komplikasi dianggap berisiko rendah, sebagian besar ibu yang dianggap berisiko rendah melahirkan bayinya tanpa komplikasi.
- 5) Setiap wanita hamil berisiko mengalami komplikasi dan harus mempunyai akses terhadap asuhan ibu bersalin yang berkualitas , sehingga pendekatan risiko tidak efektif.
- 6) Bahkan wanita berisiko rendah pun bisa mengalami komplikasi.
- 7) Tidak ada jumlah penapisan yang bisa membedakan wanita mana yang akan membutuhkan asuhan kegawatdaruratan dan mana yang tidak memerlukan asuhan tersebut.

C. RANGKUMAN

Asuhan yang dilakukan dituntut tanggap terhadap fakta yang terjadi, menyesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien dengan mengutamakan keselamatan dan kesehatan pasien dengan mengikuti prosedur yang sesuai dengan evidence based asuhan kebidanan, yang tentu saja berdasar kepada hal-hal yang sudah dibahas sebelumnya, yaitu: standar asuhan kebidanan, standar pelayanan kebidanan, kewenangan bidan komunitas, fungsi utama bidan bagi masyarakat. Fungsi utama profesi kebidanan, ruang lingkup asuhan yang diberikan.

Dengan pelaksanaan praktik asuhan kebidanan yang berdasarkan evidence based tersebut tentu saja bermanfaat membantu mengurangi angka kematian ibu hamil dan risiko-risiko yang di alami selama persalinan bagi ibu dan bayi serta bermanfaat juga untuk memperbaiki keadaan kesehatan masyarakat.

D. SOAL

1. Jelaskan tentang prinsip dan langkah Evidence Based Midwifery Care ?

E. RUJUKAN

Dina Aliana Ikhwani., M.Kep / Wibowo Hanai Ari Susanto., M.Kep. (2019). *Evidence Based Practice Dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Trans Info Media

Jayanti Ira. (2019). *Evidence Based dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish

Pratami, Evi. (2016). *Evidence Based dalam Kebidanan*. Yogyakarta: EGC

PERTEMUAN XII
KEKUATAN DAN KELEMAHAN DALAM PENERAPAN EVIDENCE BASED
DALAM PRAKTIK

A. PENDAHULUAN

Praktik berdasarkan penelitian merupakan penggunaan yang sistematis, ilmiah dan eksplisit dari penelitian terbaik saat ini dalam pengambilan keputusan tentang asuhan pasien secara individu. Hal ini menghasilkan asuhan yang efektif dan tidak selalu melakukan intervensi. Kajian ulang intervensi secara historis memunculkan asumsi bahwa sebagian besar komplikasi obstetri yang mengancam jiwa bisa diprediksi atau dicegah.

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu memahami kekuatan dan kelemahan dalam penerapan Evidence Based dalam praktik kebidanan

B. PENYAJIAN MATERI

1. KEKUATAN DAN KELEMAHAN DALAM PENERAPAN EVIDENCE BASED DALAM PRAKTIK

a. Kelebihan Evidence-Based Practice

Kelebihan dari EBP dalam praktek profesional adalah:

- 1) Helper dan klien bersama-sama memperoleh pengetahuan dan informasi sebanyak-banyaknya terhadap suatu penyakit atau masalah yang dialami klien, sehingga akan membantu klien dalam membuat keputusan alternatif dari sejumlah pilihan penanganan masalah atau penyakit (Stout & Hayes, 2005).
- 2) Dengan EBP memungkinkan praktisi (a) mengembangkan pedoman praktis yang bermutu yang bisa diterapkan pada diri klien, (b) mengidentifikasi literatur yang cocok yang bisa dijadikan bahan diskusi bersama klien, (c) berkomunikasi dengan para profesional lain dari kerangka acuan atas panduan pengetahuan dan (d) meneruskan proses pembelajaran diri sendiri sehingga dihasilkan kemungkinan pengobatan terbaik bagi klien (Hines, 2000).

Selain itu menurut Straus dan Sackett (1998) EBP cukup berhasil di latar psikiatris dan medis umum dan bahwa para praktisi membaca penelitian itu secara akurat dan membuat keputusan yang benar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 53% pasien mengakui kalau dirinya mendapat penanganan primer yang telah dilaksanakan dengan randomized controlled trials (RCT) atau percobaan terkendali secara acak dan hasilnya sangat efektif.

b. Keterbatasan Evidence-Based Practice

Keterbatasan EBP dalam praktek profesional adalah:

- 1) Keterbatasan ekonomi dan dorongan yang kontra produktif bersaing dengan sejumlah bukti yang berfungsi sebagai faktor penentu keputusan (Burns, 1999).
- 2) Literatur yang relevan mungkin tidak dapat diakses. Waktunya tidak cukup untuk melakukan tinjauan yang cermat terhadap bukti-bukti yang ada (mungkin sangat banyak jumlahnya) yang relevan dengan masalah klinis yang mendesak (Americal Medical Assosiation atau disingkat AMA, 1992).

C. RANGKUMAN

Asuhan yang dilakukan dituntut tanggap terhadap fakta yang terjadi, menyesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien dengan mengutamakan keselamatan dan kesehatan pasien dengan mengikuti prosedur yang sesuai dengan evidence based asuhan kebidanan, yang tentu saja berdasar kepada hal-hal yang sudah dibahas sebelumnya, yaitu: standar asuhan kebidanan, standar pelayanan kebidanan, kewenangan bidan komunitas, fungsi utama bidan bagi masyarakat. Fungsi utama profesi kebidanan, ruang lingkup asuhan yang diberikan.

D. SOAL

1. Jelaskan tentang kekuatan dan kelemahan dalam penerapan Evidence Based dalam praktik ?

E. RUJUKAN

Pratami, Evi. (2016). *Evidence Based dalam Kebidanan*. Yogyakarta: EGC

Dina Aliana Ikhwani., M.Kep / Wibowo Hanai Ari Susanto., M.Kep. (2019). *Evidence Based Practice Dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Trans Info Media

Joint Comissions International. (2011). *Hospital Patient Safety Goals*. 4th Edition. Oarkbrook Terrace-Illinois: Department of Publication Joint Comission Resources

Nunung Rachmawati, dan Yayang Harigustian. (2019). *Manajemen Patient Safety Konsep & Aplikasi Patient Safety dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

BAB XIII

EVIDENCE DENGAN MEMPERHATIKAN PRINSIP WOMEN-CENTERED CARE

A. PENDAHULUAN

Perempuan adalah makhluk Bio-Psiko-Sosial-Kultural dan Spiritual yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang bermacam-macam sesuai dengan tingkat perkembangannya. Setiap perempuan merupakan pribadi yang mempunyai hak, kebutuhan serta harapan (Sofie, 2011). Perempuan mengambil tanggung jawab terhadap kesehatannya dan keluarganya melalui pendidikan dan konseling dalam membuat keputusan. Perempuan mempunyai hak untuk memilih dan memutuskan tentang siapa yang memberi asuhan dan dimana tempat pemberian asuhan. Sehingga perempuan perlu pemberdayaan dan pelayanan untuk memperoleh pendidikan dan informasi dalam menjalankan tugasnya (Hidayat, dkk, 2009).

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang teknik komunikasi dalam menyampaikan *Evidence* dengan memperhatikan prinsip *women centered care*.

B. PENYAJIAN MATERI

1. MIDWIFERY CARE

Care dalam Bahasa Inggris mempunyai arti memelihara, mengawasi, memperhatikan dengan sepenuhnya. Dhubungkan dengan kebidanan care disebut sebagai Asuhan Bidan dalam memegang Prinsip Midwifery Care yaitu:

- 1) Mengakui dan mendukung keterkaitan antara fisik, psikis dan lingkungan kultur sosial.
- 2) Berasumsi bahwa mayoritas wanita bersalinan ditolong tanpa intervensi.
- 3) Mendukung dan Meningkatkan persalinan alami.
- 4) Menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dilandaskan ilmu dan seni.
- 5) Wanita punya kekuasaan yaitu berdasarkan tanggungjawab bersama untuk suatu pengambilan keputusan, tetapi wanita mempunyai kontrol atau keputusan terakhir mengenai keadaan dirinya dan bayinya.
- 6) Dibatasi oleh hukum dan ruang lingkup praktik.

7) Berprinsip Women Center Care.

2. WOMEN CENTER CARE

Women Centered Care adalah istilah yang digunakan untuk filosofi asuhan maternitas yang memberi prioritas pada keinginan dan kebutuhan pengguna, dan menekankan pentingnya informed choice, kontinuitas perawatan, keterlibatan pengguna, efektivitas klinis, respon dan aksesibilitas. Dalam hal ini Bidan difokuskan memberikan dukungan pada wanita dalam upaya memperoleh status yang sama di masyarakat untuk memilih dan memutuskan perawatan kesehatan dirinya.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh suatu badan yaitu House of Commons Health Committee tahun 1992, disimpulkan bahwa terdapat permintaan yang meluas pada kaum wanita untuk memiliki pilihan yang lebih besar dalam menentukan jenis asuhan maternitas yang mereka dapatkan dan bahwa struktur pelayanan maternitas saat ini membuat mereka frustrasi bukan memfasilitasi mereka. Hasil penelitian ini menunjukkan pentingnya asuhan yang berorientasi pada wanita dimana mereka punya peran dalam menentukan pilihan sehingga terpenuhi kebutuhannya dan timbul kepuasan. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa Asuhan yang berorientasi pada wanita atau Women Centre Care amat penting untuk kemajuan Praktik kebidanan. Dalam praktik kebidanan, "Women Centered Care" adalah sebuah konsep yang menyiratkan hal berikut:

- Perawatan yang berfokus pada kebutuhan wanita yang unik, harapan dan aspirasi wanita tersebut daripada kebutuhan lembaga-lembaga atau profesi yang terlibat.
- Memperhatikan hak-hak perempuan untuk menentukan nasib sendiri dalam hal pilihan, kontrol dan kontinuitas perawatan dalam bidang kebidanan.
- Meliputi kebutuhan janin, bayi, atau keluarga wanita itu, orang lain yang signifikan, seperti yang diidentifikasi dan dipercaya oleh wanita tersebut.
- Melibatkan peran serta masyarakat, melalui semua tahap mulai dari kehamilan, persalinan, dan setelah kelahiran bayi.
- Melibatkan kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya bila diperlukan.
- 'Holistik' dalam hal menangani masalah sosial wanita, emosional, fisik, psikologis, kebutuhan spritual dan budaya.

Women Centered Care harus mencakup:

- 1) Sebuah filosofi yang menegaskan kekuatan perempuan itu sendiri, kekuatan dan keterampilan, dan komitmen untuk mempromosikan persalinan fisiologis dan kelahiran.
- 2) Kebidanan yang dipimpin perawatan kehamilan normal, kelahiran dan periode pascanatal.
- 3) Layanan yang direncanakan dan disediakan dekat dengan perempuan dan masyarakat di mana mereka tinggal atau bekerja.
- 4) Terintegrasi perawatan di batas-batas sektor akut dan primer.
- 5) Sebuah perspektif kesehatan masyarakat, yang mempertimbangkan faktor sosial dan lingkungan yang lebih luas, berkomitmen sumber daya untuk perawatan kesehatan preventif, dan bertujuan untuk mengurangi kesenjangan kesehatan dan sosial.
- 6) Maximised kontinuitas perawatan dan perawat, dengan satu-ke-satu perawatan kebidanan selama persalinan.
- 7) Fokus pada kehamilan dan persalinan sebagai awal dari kehidupan keluarga, bukan hanya sebagai episode klinis terisolasi, dengan memperhitungkan penuh makna dan nilai-nilai setiap wanita membawa pengalamannya keibuan.
- 8) Pendanaan struktur dan komitmen yang mengakui hasil seumur hidup kesehatan ibu dan bayi.
- 9) Keterlibatan pengguna yang melampaui tokenistik, untuk mengembangkan kemitraan yang nyata antara wanita dan bidan.
- 10) Keluarga-berpusat perawatan yang memfasilitasi pengembangan percaya diri, orangtua yang efektif.
- 11) Memperkuat kepemimpinan kebidanan, dalam rangka untuk mempromosikan keunggulan profesional dan memaksimalkan kontribusi pelayanan maternitas ke agenda kesehatan masyarakat yang lebih luas.
- 12) Cukup membayar dan keluarga-ramah kondisi kerja bagi semua bidan
Women center care untuk kehamilan harus cukup fleksibel untuk mengatasi berbagai pengalaman perempuan di seluruh dunia, meliputi berbagai kondisi medis, budaya dan struktur keluarga. Hal ini juga harus mencakup perempuan yang memilih untuk tidak menginginkan kehamilan atau mengalami keguguran.

Asuhan yang berorientasi pada wanita atau Women Centre Care amat penting untuk kemajuan Praktik kebidanan. Women Center Care ini sangat sesuai dengan keinginan ICM (International Confederation Of Midwifery) yang tertuang dalam VISI nya,yaitu:

- Bidan memberikan asuhan pada wanita yang membutuhkan askeb.
- Bidan mempunyai otonomi sebagai pemberi asuhan yang menghargai kerjasama team dalam memberikan asuhan untuk seluruh kebutuhan wanita dan keluarga.
- Bidan memegang kunci dalam menentukan asuhan dimasa mendatang termasuk pelayanan kesehatan utama pada komunitas untuk seluruh wanita dan keluarga.
- Bidan bekerjasama dengan wanita dalam memberikan asuhan sesuai dengan harapan wanita.

BENTUK WOMEN CENTER CARE

Terpusat pada ibu memiliki sifat holistic (menyeluruh) dalam membahas kebutuhan dan ekspektasi, social, emosional, fisik, psikologis, spiritual, dan kebudayaan ibu. Bentuk-bentuk women Center Care di Indonesia merupakan progam untuk menurunkan angka kematian ibu yang merujuk pada progam sedunia yang didukung oleh WHO yaitu:

A. Safe Motherhood adalah kemampuan wanita untuk dapat hamil dan melahirkan secara aman dan sehat. Awal dari progam safe motherhood adalah sebuah usaha menyeluruh yang bertujuan untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan pada wanita dan bayi khususnya di negara berkembang. Progam ini dimulai tahun 1987. Indonesia termasuk Negara berkembang dan memiliki permasalahan besar berkaitan dengan kematian maternal. Menurut laporan WHO dan Bank Dunia pada tahun 1997, wanita Indonesia memiliki resiko tinggi pada kematian maternal yaitu 450 kematian ibu per 100000 kelahiran hidup. Banyak faktor yang mempengaruhi. Faktor-faktor tersebut dapat dibagi kedalam empat jenis:

- kondisi fisiologis wanita
- kondisi tenaga kesehatan
- kondisi lingkungan

perilaku wanita Maine and Rosenfield, (1999) melaporkan bahwa alasan penting kurang berhasilnya mengurangi kematian ibu adalah tidak adanya fokus strategi yang jelas dalam mengawali Safe Motherhood. Mereka menyatakan bahwa perawatan gawat darurat obstetric merupakan hal yang sangat penting dalam

mengurangi kematian ibu, (M. Sih Setija Utami, 2003). Tahun 1988 dengan digalakkannya Standar Pelayanan Kebidanan Yang diikuti program lainnya yang berkesinambungan.

B. The Mother Friendly Movement Tahun 1996 yang diterjemahkan sebagai Gerakan Sayang Ibu (GSI)

a. Pengertian Gerakan sayang Ibu merupakan gerakan percepatan penurunan angka kematian ibu yang dilakukan bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat dengan meningkatkan pengetahuan kesadaran dan kepedulian dalam upaya integral dan sinergis.

b. Prinsip asuhan

- Intervensi minimal.
- Komprehensif.
- Sesuai kebutuhan.
- Sesuai standar, wewenang, otonomi, dan kompetensi provider.
- Dilakukan secara kompleks oleh tim kerja.
- Asuhan sayang ibu.
- Filosofi bahwa proses menstruasi, persalinan, menopause adalah normal.
- Memberikan informed consent.
- Aman, nyaman, logis dan berkualitas.

c. Pelaksanaan program berupa gerakan sayang ibu yang dioperasionalkan dikecamatan dan desa atau kelurahan. Gerakan Sayang Ibu (GSI) mempromosikan kegiatan yang berkaitan dengan kecamatan sayang ibu dan Rumah Sakit sayang ibu untuk mencegah keterlambatan:

- Keterlambatan ditingkat keluarga dalam mengenali tanda bahaya dan membuat keputusan untuk mencari pertolongan.
- Keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan.
- Keterlambatan difasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pertolongan yang dibutuhkan

d. Kegiatan.Meliputi advokasi dan mobilitas sosial.

2.4 LIVE SAVING SKILLSS manual dan program pelatihan mengatasi penyebab utama kematian ibu dan bayi. Ada sepuluh modul yang harus diperhatikan :

- a. pengenalan kematian ibu
- b. perawatan antenatal yang berkualitas

- c. memantau kemajuan persalinan
- d. episiotomi dan perbaikan luka
- e. pencegahan dan pengobatan pendarahan
- f. resusitasi (dewasa dan bayi)
- g. pencegahan dan pengelolaan sepsis
- h. hidrasi dan rehidrasi
- i. vakum ekstraksi
- j. darurat lainnya (tenaga kerja dan masalah pengiriman, perawatan post aborsi, symphysiotomy).

Program berbasis kompetensi berkonsentrasi pada perolehan keterampilan kebidanan maju dan proses pemecahan masalah. Keterampilan dipecah menjadi langkah-langkah berurutan dan menguasai dengan menggunakan daftar keterampilan. Checklist keterampilan diberikan dalam sebuah buku catatan kecil yang terpisah yang disebut Panduan Klinis untuk mudah digunakan sebagai acuan dalam pengaturan klinis dan untuk tujuan pelatihan dan supervisi. Program ini telah dikembangkan sebagai sumber daya pendidikan berkelanjutan untuk melatih bidan dan dapat disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan lokal dan standar praktik.

2.5 PENERAPAN WOMEN CENTER CARE

Untuk dapat memberikan Care atau Asuhan yang baik terhadap wanita, bidan harus menerapkan hal-hal berikut ini :

1. Lakukan Intervensi Minimal
2. Memberikan asuhan yang komprehensif
3. Memberikan asuhan yang sesuai kebutuhan
4. Melakukan segala tindakan yang Sesuai dengan standar, wewenang, otonomi dan kompetensi
5. Memberikan Informed Content
6. Memberikan asuhan yang Aman, nyaman, logis dan berkualitas
7. Menerapkan Asuhan Sayang Ibu

2.6 ASUHAN SAYANG IBU

Yang dimaksud Asuhan sayang ibu ini adalah :

1. Asuhan yang tidak menimbulkan penderitaan bagi ibu.
2. Ibu punya otonomi dalam setiap pengambilan keputusan.
3. Asuhan yang berorientasi dengan kebutuhan Ibu.

4. Memberdayakan ibu/wanita dan keluarga.

2.7 PRINSIP-PRINSIP WOMEN CENTERED CARE

1. Memastikan perempuan menjadi mitra yang sejajar dalam perencanaan dan pemberian perawatan maternitas.
2. Mengenali layanan yang ada untuk memenuhi kebutuhan mereka dan keinginan, daripada orang-orang staf atau manajer.
3. Memberikan informasi pilihan perempuan dalam hal pilihan yang tersedia selama kehamilan, persalinan dan periode pascanatal – seperti yang menyediakan perawatan, di mana itu diberikan dan apa yang mengandung.
4. Memberikan kesinambungan perempuan sehingga mereka mampu membentuk hubungan saling percaya dengan orang-orang yang peduli untuk mereka.
5. Memberikan kontrol perempuan atas keputusan-keputusan kunci yang mempengaruhi isi dan kemajuan perawatan mereka.

2.8 SASARAN PELAYANAN KEBIDANAN

Sasaran pelayanan kebidanan adalah masyarakat khususnya perempuan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

- a. Upaya promotif meliputi :
 - Meningkatkan kesadaran individu.
 - Keluarga dan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.
 - Meningkatkan proporsi keluarga yang memiliki akses terhadap sanitasi dan air bersih.
 - Melakukan upaya penyuluhan kesehatan baik dengan menggunakan media ataupun langsung kepada masyarakat.
- b. Upaya preventif meliputi :
 - o Meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
 - o Melakukan kunjungan antenatal secara rutin.
 - o Mengonsumsi makanan gizi seimbang.
 - o Meningkatkan cakupan imunisasi dasar.
 - o Meningkatkan pertolongan persalinan yang aman dan bersih.
 - o Meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan sebagainya.
- c. Upaya Kuratif meliputi :
 - Meningkatkan sistem rujukan dan kolaborasi yang berkesinambungan

- Melakukan perawatan dan pengobatan sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab.
- d. Upaya Rehabilitatif meliputi :
 - Pasien penderita lumpuh melakukan rehabilitasi dengan mengikuti fisioterapi.
 - Pasien pasca operasi gangguan reproduksi (kanker rahim, kista, dll).

C. RANGKUMAN

Women Centered Care adalah istilah yang digunakan untuk filosofi asuhan maternitas yang memberi prioritas pada keinginan dan kebutuhan pengguna, dan menekankan pentingnya informed choice, kontinuitas perawatan, keterlibatan pengguna, efektivitas klinis, respon dan aksesibilitas. Dalam hal ini Bidan difokuskan memberikan dukungan pada wanita dalam upaya memperoleh status yang sama di masyarakat untuk memilih dan memutuskan perawatan kesehatan dirinya.

D. SOAL

1. Apakah yang dimaksud dengan *women centered care* ?
2. Jelaskan prinsip-prinsip *women centered care* ?

E. RUJUKAN

- Admin, 2011. *Peranan Bidan dalam Sistem Kesehatan Nasional*. Asri Hidayat dan Mufdlilah
- Catatan Kuliah Konsep Kebidanan plus materi Bidan Delima*, Mitra Cendikia Press: Yogyakarta Kurnia, Hesti, 2011.
- Partnership Bidan Dan Perempuan Dalam Pelayanan Kebidanan*, Satria, 2008.
- Konsep dan Pengertian Pemberdayaan Masyarakat*, Sih Setija Utami. 2003.
- Penelitian tentang Aspek-aspek Psikologis Ibu Hamil*, Fakultas Psikologi UNIKA Soegijapranata, Semarang Sri Suhartanti.1997.
- Pemasalahan-Permasalahan Hak Asasi Manusia Yang Dihadapi Wanita, Anak, Keluarga dan Kiat Peningkatan Pelaksananya*, Majalah Ilmiah Kopertis Wilayah VI

BAB XIV

TANTANGAN DALAM EVIDENCE BASED

A. PENDAHULUAN

Evidence based practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu *uptodate* atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien (Macnee, 2011). Sedangkan menurut (Bostwick, 2013) *evidence based practice* adalah strategi untuk memperoleh pengetahuan dan *skill* untuk bisa meningkatkan tingkah laku yang positif sehingga bisa menerapkan EBP didalam praktik. Dari kedua pengertian EBP tersebut dapat dipahami bahwa *evidence based practice* merupakan suatu strategi untuk mendapatkan *knowledge* atau pengetahuan terbaru berdasarkan *evidence* atau bukti yang jelas dan relevan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan meningkatkan *skill* dalam praktik klinis guna meningkatkan kualitas kesehatan pasien. Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tantangan dalam *Evidence Based*

B. PENYAJIAN MATERI

1. PENERAPAN EVIDENCE BASED

Evidence based practice di dalam praktek kebidanan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan kebidanan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih cepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian *et al.*, 2012). Dalam rutinitas sehari-hari para tenaga kesehatan profesional tidak hanya perawat namun juga ahli farmasi, dokter, dan tenaga kesehatan profesional lainnya sering kali mencari jawaban dari pertanyaan-pertanyaan yang muncul ketika memilih atau membandingkan *treatment* terbaik yang akan diberikan kepada pasien/klien, misalnya saja pada pasien *post* operasi bedah akan muncul pertanyaan apakah teknik pernapasan relaksasi itu lebih baik untuk menurunkan kecemasan dibandingkan dengan *cognitive behaviour therapy*, apakah teknik relaksasi lebih efektif jika

dibandingkan dengan teknik distraksi untuk mengurangi nyeri pasien ibu partum kala 1 (Mooney, 2012).

Pendekatan yang dilakukan berdasarkan pada *evidence based* bertujuan untuk menemukan bukti-bukti terbaik sebagai jawaban dari pertanyaan-pertanyaan klinis yang muncul dan kemudian mengaplikasikan bukti tersebut ke dalam praktek kebidanan guna meningkatkan kualitas perawatan pasien tanpa menggunakan bukti-bukti terbaik, praktek kebidanan akan sangat tertinggal dan seringkali berdampak kerugian untuk pasien. Contohnya saja *education* kepada ibu untuk menempatkan bayinya pada saat tidur dengan posisi pronasi dengan asumsi posisi tersebut merupakan posisi terbaik untuk mencegah aspirasi pada bayi ketika tidur. Namun berdasarkan *evidence based* menyatakan bahwa posisi pronasi pada bayi akan dapat mengakibatkan resiko kematian bayi secara tiba-tiba SIDS (Melnyk & Fineout, 2011).

Oleh karena itu, pengintegrasian *evidence based practice* kedalam kurikulum pendidikan kebidanan sangatlah penting. Tujuan utama mengajarkan EBP dalam pendidikan kebidanan pada level *undergraduate student* adalah menyiapkan perawat profesional yang mempunyai kemampuan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas berdasarkan *evidence based* (Ashktorab, 2015). Pentingnya pelaksanaan EBP pada institusi pendidikan yang merupakan cikal bakal atau pondasi utama dibentuknya perawat profesional membutuhkan banyak strategi untuk bisa meningkatkan *knowledge* dan *skill* serta pemahaman terhadap kasus *real* dilapangan. Diantaranya adalah penggunaan *virtual based patients scenario* dalam kegiatan *problem based learning* tutorial yang akan bisa memberikan gambaran *real* terhadap kondisi pasien dengan teknologi virtual guna meningkatkan *knowledge* dan *critical thinking* mahasiswa.

Namun demikian untuk mengintegrasikan dan mengimplementasikan *evidence based* kedalam praktik ada banyak hal yang perlu diperhatikan dan dipertimbangkan oleh seorang tenaga kesehatan yang profesional yaitu apakah *evidence* terbaru mempunyai konsep yang relevan dengan kondisi dilapangan dan apakah faktor yang mungkin menjadi hambatan dalam pelaksanaan *evidence based* tersebut dan berapa biaya yang mungkin perlu disiapkan seperti misalnya kebijakan pimpinan, pendidikan perawat dan sumberdaya yang ahli dalam menerapkan dan mengajarkan EBP,

sehingga tidak semua *evidence* bisa diterapkan dalam membuat keputusan atau mengubah praktek (Salminen *et al.*, 2014).

Komponen kunci EBP

Evidence atau bukti adalah kumpulan fakta yang diyakini kebenarannya. *Evidence* atau bukti dibagi menjadi 2 yaitu eksternal *evidence* dan internal *evidence*. Bukti eksternal didapatkan dari penelitian yang sangat ketat dan dengan proses atau metode penelitian ilmiah. Pertanyaan yang sangat penting dalam mengimplementasikan bukti eksternal yang didapatkan dari penelitian adalah apakah temuan atau hasil yang didapatkan didalam penelitian tersebut dapat diimplementasikan kedalam dunia nyata atau dunia praktek dan apakah seorang dokter atau klinisi akan mampu mencapai hasil yang sama dengan yang dihasilkan dalam penelitian tersebut. Berbeda dengan bukti eksternal bukti internal merupakan hasil dari insiatif praktek seperti manajemen hasil dan proyek perbaikan kualitas (Melnyk & Fineout, 2011).

Dalam (Grove *et al.*, 2012) EBP dijelaskan bahwa *clinical expertise* yang merupakan komponen dari bukti internal adalah merupakan pengetahuan dan *skill* tenaga kesehatan yang profesional dan ahli dalam memberikan pelayanan. Hal atau kriteria yang paling menunjukkan seorang perawat ahli klinis atau *clinical expertise* adalah pengalaman kerja yang sudah cukup lama, tingkat pendidikan, literatur klinis yang dimiliki serta pemahamannya terhadap *research*. Sedangkan *patient preference* adalah pilihan pasien, kebutuhan pasien harapan, nilai, hubungan atau ikatan, dan tingkat keyakinannya terhadap budaya. Melalui proses EBP, pasien dan keluarganya akan ikut aktif berperan dalam mengatur dan memilih pelayanan kesehatan yang akan diberikan. Kebutuhan pasien bisa dilakukan dalam bentuk tindakan pencegahan, *health promotion*, pengobatan penyakit kronis ataupun akut, serta proses rehabilitasi. Beberapa komponen dari EBP dan dijadikan alat yang akan menerjemahkan bukti kedalam praktek

Model-model EBP

Dalam memindahkan *evidence* kedalam praktek guna meningkatkan kualitas kesehatan dan keselamatan (*patient safety*) dibutuhkan langkah- langkah yang sistematis dan berbagai model EBP dapat membantu perawat atau tenaga kesehatan lainnya dalam mengembangkan konsep melalui pendekatan yang sistematis dan jelas, alokasi waktu dan sumber yang jelas, sumber daya yang terlibat, serta mencegah

implementasi yang tidak runtut dan lengkap dalam sebuah organisasi (Gawliniski & Rutledge, 2008). Namun demikian, beberapa model memiliki keunggulannya masing-masing sehingga setiap institusi dapat memilih model yang sesuai dengan kondisi organisasi. Beberapa model yang sering digunakan dalam mengimplementasikan *evidencebased practice* adalah Iowa model (2001), stetler model (2001), ACE STAR model (2004), john hopkin*evidence-based practice* model(2007), rosswurm dan larrabee's model, serta *evidence based practice model for stuff nurse* (2008).

Beberapa karakteristik tiap-tiap model yang dapat dijadikan landasan dalam menerapkan EBP yang sering digunakan yaitu IOWA model dalam EBP digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, digunakan dalam berbagai akademik dan setting klinis. Ciri khas dari model ini adalah adanya konsep “*triggers*” dalam pelaksanaan EBP. *Triggers* adalah masalah klinis ataupun informasi yang berasal dari luar organisasi. Ada 3 kunci dalam membuat keputusan yaitu adanya penyebab mendasar timbulnya masalah atau pengetahuan terkait dengan kebijakan institusi atau organisasi, penelitian yang cukup kuat, dan pertimbangan mengenai kemungkinan diterapkannya perubahan kedalam praktek sehingga dalam model tidak semua jenis masalah dapat diangkat dan menjadi topik prioritas organisasi(Melnyk & Fineout, 2011). Sedangkan john hopkin's model mempunyai 3 domain prioritas masalah yaitu praktek keperawatan, penelitian, dan pendidikan. Dalam pelaksanaannya model ini terdapat beberapa tahapan yaitu menyusun *practice question* yang menggunakan *pico approach*, menentukan *evidence* dengan penjelasan mengenai tiap level yang jelas dan *translation* yang lebih sistematis dengan model lainnya serta memiliki lingkup yang lebih luas. Sedangkan ACE star model merupakan model transformasi pengetahuan berdasarkan *research*. *Evidence non research* tidak digunakan dalam model ini. Untuk stetler's model merupakan model yang tidak berorientasi pada perubahan formal tetapi pada perubahan oleh individu perawat. Model ini menyusun masalah berdasarkan data internal (*quality improvement* dan operasional) dan data eksternal yang berasal dari penelitian. Model ini menjadi panduan preceptor dalam mendidik perawat baru. Dalam pelaksanaannya, untuk mahasiswa sarjana dan master sangat disarankan menggunakan model *jhon hopkin*, sedangkan untuk mahasiswa *undergraduate* disarankan menggunakan ACE star model dengan proses yang lebih sederhana dan sama dengan proses keperawatan (Schneider& Whitehead, 2013).

Faktor-faktor yang mempengaruhi EBP

Dalam (Ashktorab *et al.*, 2015) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang akan mendukung penerapan *evidence based practice* oleh mahasiswa keperawatan, diantaranya adalah *intention* (niat), pengetahuan, sikap, dan perilaku mahasiswa keperawatan. Dari ketiga faktor tersebut sikap mahasiswa dalam menerapkan EBP merupakan faktor yang sangat menunjang penerapan EBP. Untuk mewujudkan hal tersebut pendidikan tentang EBP merupakan upaya yang harus dilakukan dalam meningkatkan pengetahuan mahasiswa ataupun sikap mahasiswa yang akan menjadi penunjang dalam penerapannya pada praktik klinis. Sedangkan didalam (Ryan, 2016) dijelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan EBP dalam mahasiswa keperawatan berkaitan dengan faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik terkait erat dengan *intention* atau sikap serta pengetahuan mahasiswa sedangkan faktor ekstrinsik erat kaitannya dengan *organizational* atau *institutional support* seperti kemampuan fasilitator atau mentorship dalam memberikan arahan guna mentransformasi *evidence* kedalam praktek, ketersediaan fasilitas yang mendukung serta dukungan lingkungan.

Langkah-langkah dalam proses EBP

Berdasarkan (Melnyk *et al.*, 2014) ada beberapa tahapan atau langkah dalam proses EBP. Tujuh langkah dalam *evidence based practice* (EBP) dimulai dengan semangat untuk melakukan penyelidikan atau pencarian (*inquiry*) personal. Budaya EBP dan lingkungan merupakan faktor yang sangat penting untuk tetap mempertahankan timbulnya pertanyaan-pertanyaan klinis yang kritis dalam praktek keseharian. Langkah-langkah dalam proses *evidence based practice* adalah sebagai berikut:

- 1) Menumbuhkan semangat penyelidikan (*inquiry*)
- 2) Mengajukan pertanyaan PICO(T) *question*
- 3) Mencari bukti-bukti terbaik
- 4) Melakukan penilaian (*appraisal*) terhadap bukti-bukti yang ditemukan
- 5) Mengintegrasikan bukti dengan keahlian klinis dan pilihan pasien untuk membuat keputusan klinis terbaik
- 6) Evaluasi hasil dari perubahan praktek setelah penerapan EBP
- 7) Menyebarkan hasil (*disseminate outcome*)

Jika diuraikan 7 langkah dalam proses *evidence based practice* adalah sebagai berikut:

1. Menumbuhkan semangat penyelidikan (*inquiry*).

Inquiry adalah semangat untuk melakukan penyelidikan yaitu sikap kritis untuk selalu bertanya terhadap fenomena- fenomena serta kejadian-kejadian yang terjadi saat praktek dilakukan oleh seorang klinisi atau petugas kesehatan dalam melakukan perawatan kepada pasien. Namun demikian, tanpa adanya budaya yang mendukung, semangat untuk menyelidiki atau meneliti baik dalam lingkup individu ataupun institusi tidak akan bisa berhasil dan dipertahankan. Elemen kunci dalam membangun budaya EBP adalah semangat untuk melakukan penyelidikan dimana semua profesional kesehatan didorong untuk memepertanyakan kualitas praktek yang mereka jalankan pada saat ini, sebuah pilosofi, misi dan sistem promosi klinis dengan mengintegrasikan *evidence based practice*, mentor yang memiliki pemahaman mengenai *evidence based practice*, mampu membimbing orang lain, dan mampu mengatasi tantangan atau hambatan yang mungkin terjadi, ketersediaan infrastruktur yang mendukung untuk mencari informasi atau literatur seperti komputer dan laptop, dukungan dari administrasi dan kepemimpinan, serta motivasi dan konsistensi individu itu sendiri dalam menerapkan *evidence based practice* (Tilson *et al*, 2011).

2. Mengajukan pertanyaan PICO(T) *question*.

Menurut (Newhouse *et al.*, 2007) dalam mencari jawaban untuk pertanyaan klinis yang muncul, maka diperlukan strategi yang efektif yaitu dengan membuat format PICO. P adalah pasien, populasi atau masalah baik itu umur, gender, ras ataupun penyakit seperti hepatitis dll. I adalah intervensi baik itu meliputi treatment di klinis ataupun pendidikan dan administratif. Selain itu juga intervensi juga dapat berupa perjalanan penyakit ataupun perilaku beresiko seperti merokok. C atau *comparison* merupakan intervensi pembanding bisa dalam bentuk terapi, faktor resiko, placebo ataupun non- intervensi. Sedangkan O atau *outcome* adalah hasil yang ingin dicari dapat berupa kualitas hidup, *patient safety*, menurunkan biaya ataupun meningkatkan kepuasan pasien. (Bostwick *et al.*, 2013) menyatakan bahwa pada langkah selanjutnya membuat pertanyaan

klinis dengan menggunakan format PICOT yaitu P(*Patient atau populasi*), I(*Intervention atau tindakan atau pokok persoalan yang menarik*), C(*Comparison intervention atau intervensi yang dibandingkan*), O(*Outcome atau hasil*) serta T(*Time frame atau kerangka waktu*).

Contohnya adalah dalam membentuk pertanyaan sesuai PICOT adalah pada Mahasiswa keperawatan(*population*) bagaimana proses pembelajaran PBL tutotial (*Intervention atau tindakan*) dibandingkan dengan *small group discussion* (*comparison atau intervensi pembanding*) berdampak pada peningkatan *critical thinking* (*outcome*) setelah pelaksanaan dalam kurun waktu 1 semester (*time frame*). Ataupun dalam penggunaan PICOT non intervensi seperti bagaimana seorang ibu baru (*Population*) yang payudaranya terkena komplikasi (*Issue of interest*) terhadap kemampuannya dalam memberikan ASI (*Outcome*) pada 3 bulan pertama pada saat bayi baru lahir. Hasil atau sumber data atau literatur yang dihasilkan akan sangat berbeda jika kita menggunakan pertanyaan yang tidak tepat maka kita akan mendapatkan berbagai abstrak yang tidak relevan dengan apa yang kita butuhkan (Melnyk & Fineout, 2011).

Sedangkan dalam Iobiondo & Haber, (2006) dicontohkan cara memformulasikan pertanyaan EBP yaitu pada lansia dengan fraktur hip(*patient/problem*), apakah *patient- analgesic control* (intervensi) lebih efektif dibandingkan dengan *standard of care nurse administered analgesic*(*comparison*) dalam menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan LOS (*Outcome*).

3. Mencari bukti-bukti terbaik.

Kata kunci yang sudah disusun dengan menggunakan picot digunakan untuk memulai pencarian bukti terbaik. Bukti terbaik adalah dilihat dari tipe dan tingkatan penelitian. Tingkatan penelitian yang bisa dijadikan *evidence* atau bukti terbaik adalah *meta- analysis* dan *systematic review*. *Systematic review* adalah ringkasan hasil dari banyak penelitian yang memakai metode kuantitatif. Sedangkan *meta-analysis* adalah ringkasan dari banyak penelitian yang menampilkan dampak dari intervensi dari berbagai studi. Namun jika meta analisis dan *systematic review* tidak tersedia maka *evidence* pada tingkatan selanjutnya bisa digunakan seperti RCT.

C. RANGKUMAN

Evidence based practice di dalam praktek kebidanan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan kebidanan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih cepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian *et al.*, 2012).

D. SOAL

1. Jelaskan tentang tantangan dalam *Evidence Based* ?

E. RUJUKAN

- Admin, 2011. *Peranan Bidan dalam Sistem Kesehatan Nasional*. Asri Hidayat dan Mufdlilah
- Catatan Kuliah Konsep Kebidanan plus materi Bidan Delima*, Mitra Cendikia Press: Yogyakarta Kurnia, Hesti, 2011.
- Partnership Bidan Dan Perempuan Dalam Pelayanan Kebidanan*, Satria, 2008.
- Konsep dan Pengertian Pemberdayaan Masyarakat*, Sih Setija Utami. 2003.
- Penelitian tentang Aspek-aspek Psikologis Ibu Hamil*, Fakultas Psikologi UNIKA Soegijapranata, Semarang Sri Suhartanti.1997.
- Pemasalahan-Permasalahan Hak Asasi Manusia Yang Dihadapi Wanita, Anak, Keluarga dan Kiat Peningkatan Pelaksanaanya*, *Majalah Ilmiah Kopertis Wilayah VI*

BAB XV

ASUHAN BERPUSAT PADA PASIEN

A. PENDAHULUAN

Menurut Institute for *Patient-Family Centered Care* (2012) Pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga adalah suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan yang berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia pelayanan, pasien, dan keluarga. Menurut Australian Commission on Safety and Quality in Health care (ACSQHC) *patient centered care* adalah suatu pendekatan inovatif terhadap perencanaan, pemberian, dan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pemberi layanan kesehatan, pasien dan keluarga. *Patient centered care* diterapkan kepada pasien dari segala kelompok usia, dan bisa dipraktekkan dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan (Lumenta, 2012).

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu memahami asuhan berpusat pada pasien.

B. PENYAJIAN MATERI

1. Perbedaan Model Tradisional dengan *Patient centered care*

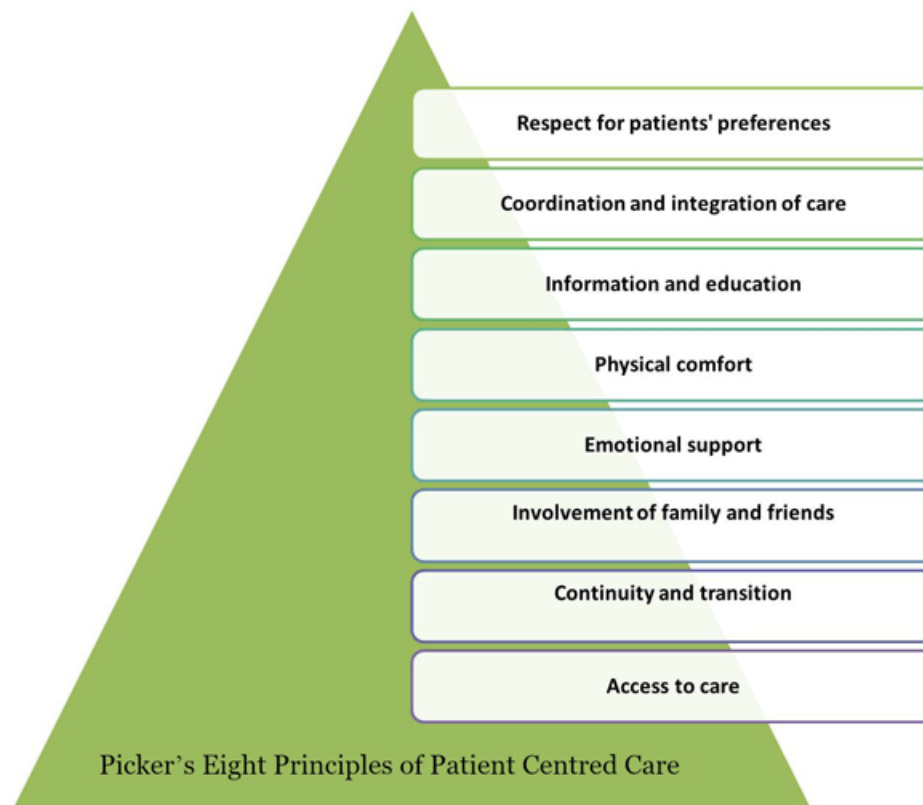
Pada model tradisional dalam pelayanan kesehatan, dokter merupakan unit sentral atau pusat dalam model pelayanan kesehatan. Pada model tradisional pelayanan kesehatan ini, pasien dan keluarga “dibangun” patuh tanpa syarat kepada keahlian pada profesional layanan kesehatan yang peternalistik. Model patient centered care merupakan pendekatan yang lebih modern dalam pelayanan kesehatan sekarang. Model ini telah menggeser semua pemberi pelayanan kesehatan menjadi di sekitar pasien dan berfokus kepada pasien. Pada model *patient centered care* ini diberlakukan kemitraan yang setara (Sodomka,2006).

Konsep Inti *Patient centered care*

Ada 4 Konsep inti yang ada dalam konsep PCC (*Patient Centered Care*) dalam PFCC 2007, Benchmarking Project, Executive Summary and Strategy Map yaitu : martabat dan respek, berbagi informasi, partisipasi, dan kolaborasi.

1. Martabat dan Respek

Dalam aspek ini, sikap seorang tenaga kesehatan mendengarkan, peduli dan menghormati pilihan pasien. Pengetahuan, nilai-nilai yang dianut, dan background Pasien, Perawat, Fisioterapi, Analis Dokter apoteker Lainnya Ahli



Gizi budaya pasien ikut berperan penting selama perawatan pasien dan menentukan outcome pelayanan kesehatan kepada pasien. Kultur (kebudayaan) adalah determinan paling fundamental dari keinginan dan perilaku seseorang. Seorang anak memperoleh serangkaian nilai, persepsi, preferensi dan perilaku melalui keluarganya (Thamrin,2012). Aspek martabat dan respek dalam konsep *patient centered care* adalah perilaku seorang perawat yang mencerminkan sikap caring saat melaksanakan pelayanan kesehatan. Perilaku caring mengandung 3 hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab, dan dilakukan dengan ikhlas (Dwidyanti,2009). Perilaku caring memiliki inti yang sama yaitu sikap peduli, menghargai dan menghormati orang lain,member perhatian, dan mempelajari kesukaan seseorang serta cara berpikir dan bertindak.

2. Berbagi Informasi Komunikasi

Dalam menginformasikan sesuatu kepada konsumen layaknya dilakukan dengan

efektif. Tanpa komunikasi yang efektif di berbagai pihak, pola hubungan yang kita sebut organisasi tidak akan melayani kebutuhan seorang konsumen dengan baik (Nugroho J. Setiadi, 2013). Dalam hal ini, mengkomunikasikan dan menginformasikan secara lengkap mengenai kondisi pasien dan hal-hal yang berkaitan dengan pasien, maupun program perawatan dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Memberikan Informasi secara lengkap dapat membantu dalam perawatan pasien, meningkatkan pengetahuan pasien dan pembuatan keputusan.(PFCC, 2007) .

3. Partisipasi

Pasien dan keluarga dilibatkan dan di-support untuk ikut serta dalam perawatan dan pembuatan keputusan (PFCC,2010). Partisipasi adalah hal yang dapat mendorong peran serta pasien dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan pasien. Keterlibatan atau partisipasi adalah status motivasi yang menggerakkan serta mengarahkan proses kognitif dan perilaku konsumen pada saatn mereka mengambil keputusan (Nugroho J. Setiadi, 2013).

4. Kolaborasi

Tenaga kesehatan mengajak pasien dan keluarga pasien dalam membuat kebijaksanaan, perencanaan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi program yang akan didapatkan oleh pasien (Kusumaningrum,2009).

Planetree, pemimpin *patient centered care* yang diakui secara internasional telah menunjukkan langkah besar dalam memajukan konsepnya. Model perawatan planetree adalah pendekatan holistic berpusat pada pasien yang mempromosikan penyembuhan mental, emosional, spiritual, social, dan fisik, sebagian dengan memberdayakan pasien dan keluarga melalui pertukaran informasi (Cliff,2012).

Salah satu model desain dari *patient centered care* adalah *Planetree model* yang mempunyai konsep (Dewi,2011) :

- a) Pasien memiliki hak untuk membuka dan komunikasi yang jujur dalam kepedulian dan kehangatan lingkungannya.
- b). Para pasien,keluarga dan staf professional mempunyai peran yang vital dalam tim.
- c). Pasien bukan unit yang diisolasikan namun anggota dari keluarga,komunitas dan sebuah budaya.
- d). Pasien adalah seorang individu dengan hak, tanggungjawab, dan pilihan tentang

gaya hidup.

e). Sebuah lingkungan yang mendukung, ramah dan peduli adalah komponen penting yang memberikan kesehatan berkualitas tinggi.

f). Lingkungan fisik sangat penting untuk proses penyembuhan dan harus dirancang untuk mempromosikan penyembuhan dan pembelajaran, serta pasien dan keluarga berpartisipasi dalam perawatan.

1. **Aspek *Patient Centered Care***

Standar Akreditasi RS versi 2012 mengharuskan menyelenggarakan pelayanan terintegrasi pada pelayanan-pelayanan sebagai berikut :

Gambar 4. Pelayanan terintegrasi

Kelompok standar pelayanan berfokus pasien yaitu :

- Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
 - Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
 - Assesmen Pasien (AP)
 - Pelayanan Pasien (PP)
 - Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- 6) Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
- 7) Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

Konsep lama *System-centered care*

Konsep lama dari *system-centered care* yaitu :

- 1) Konsep keluarga dipertentangkan
- 2) Definisi keluarga masih dipertentangkan
- 3) Ketidakmampuan pasien dan keluarga
- 4) Majunya teknologi dan biomedis, meletakkan nilai interaksi manusia dalam perawatan kesehatan pada posisi bawah
- 5) Digerakkan oleh system (Kusumaningrum,2009).

Fokus baru *Patient centered care*

Fokus baru *patient centered care* yaitu :

- 1). Menghormati
- 2). Kekuatan
- 3). Pilihan

- 4). Fleksibel
- 5). Informasi
- 6). Support
- 7). Kolaborasi
- 8). Pemberdayaan

Alasan dilakukan *patient centered care*:

- 1). Membangun sistem kolaborasi dari pada kontrol
- 2). Berfokus pada kekuatan dan sumber-sumber keluarga daripada kelemahan keluarga
- 3). Mengakui keahlian keluarga dalam merawat pasien seperti sebagaimana professional
- 4). Membangun pemberdayaan daripada ketergantungan
- 5). Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga, dan pemberi pelayanan daripada informasi hanya diketahui oleh profesional.
- 6). Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku (Kusumaningrum,2009).

Deklarasi *Patient Centered Healthcare*

Deklarasi *patient centered healthcare* berdasarkan *International Alliance of Patients Organization*(IAPO) yaitu :

- 1). Sistem kesehatan di semua bagian dunia ada dibawah tekanan dan tidak dapat mengatasinya bila mereka terus memusatkan perhatian pada penyakit dan bukan pada pasien.
- 2). Merek membutuhkan keterlibatan dari pasien secara individual yang melekat terhadap pengobatan mereka, membuat perubahan perilaku dan kelola diri.
- 3). Layanan kesehatan yang *patient centered* bisa jadi merupakan cara yang paling efektif biaya untuk meningkatkan hasil kesehatan bagi pasien.
- 4). Prioritas pasien, keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan berbeda dalam setiap Negara dan dalam setiap negara dan dalam setiap area penyakit, tetapi dari keberagaman ini kita mempunyai kesamaan prioritas (Lumenta,2012).

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan *Patient-Centered Care* adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang menciptakan hubungan kerjasama yang baik diantara praktisi kesehatan, pasien, dan keluarganya (jika diperlukan) untuk menjamin bahwa keputusan yang dibuat menghormati keinginan pasien, kebutuhan pasien,

pilihan pasien, menjamin pasien mendapatkan pengetahuan serta mendukung pasien untuk mengambil keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri (Shaller, D, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi PCC :

1. Kepemimpinan
2. Visi Strategis dan komunikatif
3. Keterlibatan Pasien dan Keluarga
4. Lingkungan kerja yang kondusif
5. Pengukuran Sistematis dan Umpan balik
6. Kualitas lingkungan fisik
7. Dukungan teknologi

Patient-Centered Care (PCC) merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan. Berbagai model dan kerangka kerja PCC dikembangkan untuk menjelaskan PCC. Terdapat tiga model yang paling berpengaruh untuk menjelaskan komponen dari PCC.

1. The Picker/Commonwealth dimensions the Picker/Commonwealth dimensions mengidentifikasi tujuh aspek penting dalam PCC, yaitu: (Conway, Johnson, Edgman-Levitan et al, 2006).
 - Menghormati nilai-nilai yang dianut pasien, pilihan dan kebutuhan pasien.
 - Koordinasi dan integrasi.
 - Informasi, komunikasi dan pendidikan.
 - Kenyamanan fisik, meliputi manajemen nyeri, membantu aktivitas keseharian pasien, kebersihan dan kenyamanan lingkungan sekitar.
 - Dukungan emosional, pengurangan rasa takut dan kecemasan tentang status kesehatan, prognosis, dampak penyakit terhadap pasien, keluarga dan keuangannya.
 - Melibatkan keluarga dan teman pasien dalam pembuatan keputusan,
 - Transisi dan keberlanjutan sebagai informasi.
2. The Institute for Family-Centered Care focus on Collaborative Partnership PCC sebagai pendekatan inovatif untuk merencanakan, menyampaikan dan mengevaluasi layanan kesehatan yang berfokus pada hubungan yang menguntungkan diantara pasien, keluarganya dan pemberi layanan kesehatan. Konsep inti dari PCC meliputi:

- Penghormatan dan martabat.
- Sharing informasi.
- Partisipasi.
- Kolaborasi.

3. Planetree Model ini memadukan komponen healing meliputi pikiran, tubuh dan spirit yang berpusat pada pasien, nilai-nilai dasar, holistik dan terintegrasi.

Model ini menjelaskan ada sembilan elemen yang mendasari, yaitu:

- Mementingkan interaksi antar sesama manusia dalam arti memberikan layanan terhadap individu, berbuat baik dan selalu ada atau hadir untuk pasien
- Menginformasikan, menguatkan orientasi dan pengetahuan pasien
- Mengintegrasikan hubungan kerjasama dengan pasien dan keluarga dalam semua aspek perawatan
- Memberikan asuhan dalam aspek makanan dan nutrisi
- Menyatukan spiritual dan sumber-sumber dari dalam diri pasien untuk healing
- Menyatukan pijatan dan sentuhan
- Menyatukan seni (musik, bentuk-bentuk kesenian visual) dalam proses healing
- Menyatukan praktik komplementer dan terapi alternatif dalam layanan konvensional
- Menciptakan lingkungan yang nyaman meliputi bentuk dan rancangannya. Case Management Konsep dasar manajemen kasus meliputi koordinasi dari pelayanan yang berkualitas untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik pasien dengan biaya yang efektif dan untuk mencapai outcome yang positif. CMSA mendefinisikan manajemen kasus adalah proses kolaboratif meliputi pengkajian, perencanaan, fasilitasi, koordinasi pelayanan, evaluasi dan advocacy untuk mengakomodasi kebutuhan pasien dan keluarga meliputi komunikasi dan penyediaan sumber-sumber untuk mencapai outcome dan pembiayaan yang efektif (CMSA, 2010).

Lingkup setting manajemen kasus adalah pembayaran, provider, pemerintah, pekerja, komunitas, dan lingkungan. Pelaksanaan manajemen kasus sangat kompleks dan komprehensif meliputi empat faktor:

1. Dalam konteks pelayanan, seperti pencegahan dan kesejahteraan, masalah

akut atau rehabilitasi pasien

2. Kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien seperti pasien kritis, asma, gagal ginjal, perawatan kanker terminal
3. Metode yang digunakan seperti pengaturan pelayanan, kompensasi pekerja, pelayanan medis, perlindungan medis
4. Pemberi layanan kesehatan profesional sebagai case manager seperti registered nurse, pekerja sosial, dokter, konselor rehabilitasi.
Peranan seorang manajer kasus meliputi:
 1. Melakukan pengkajian komprehensif terhadap status kesehatan klien dan kebutuhan psikologis, meliputi kelemahan dan kekurangan, serta meningkatkan perencanaan manajemen kasus secara kolaborasi dengan klien dan keluarga atau pemberi asuhan.
 2. Merencanakan bersama klien, keluarga atau pemberi asuhan, penyedia layanan kesehatan, pihak pembayar, komunitas, untuk memaksimalkan respon layanan kesehatan dan outcome pembiayaan yang efektif.
 3. Memfasilitasi komunikasi dan koordinasi antara tim pemberi asuhan, melibatkan klien dalam proses pengambilan keputusan untuk meminimalkan pelayanan yang terpisah-pisah.
 4. Memberikan pendidikan pada klien, keluarga atau pemberi asuhan dan anggota dalam tim pemberi asuhan tentang pilihan terapi, sumber komunitas, jaminan keuntungan, masalah psikologis, manajemen kasus.
 5. Menkuatkan klien untuk memecahkan masalah dengan mengeksplor pilihan perawatan, jika tersedia dan rencana alternatif, jika dibutuhkan untuk mencapai outcome yang diharapkan
 6. Mendukung penggunaan layanan kesehatan yang cocok dan mendorong untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan menjaga pembiayaan yang efektif dengan berbasis pada kasus demi kasus
 7. Membantu klien dalam transisi perawatan yang aman untuk menuju level selanjutnya
 8. Mendukung pasien untuk self-advocacy dan self-determination
 9. Mengadvocacy antara pasien dan pihak pembayar untuk memfasilitasi outcome positif untuk pasien, tim pemberi perawatan dan pihak pembayar.Meskipun demikian, jika konflik terjadi, kebutuhan klien tetap menjadi

prioritas.

Proses manajemen kasus meliputi aspek etik dan legal dalam lingkup praktis manajer kasus, menggunakan pemikiran kritis dan pengetahuan berdasar bukti. Langkah primer dalam proses manajemen kasus adalah (Powell&Tahan,2008):

1. Identifikasi dan seleksi klien
Fokus pada identifikasi klien yang akan diuntungkan dari layanan manajemen kasus. Langkah ini meliputi pemilihan pemberi layanan manajemen kasus.

2. Pengkajian dan identifikasi masalah/ peluang
Dimulai setelah seleksi kasus komplit dan dimasukkan dalam manajemen kasus dan terjadi secara intermitten, sebagai kebutuhan dalam penanganan kasus

3. Meningkatkan perencanaan manajemen kasus
Menetapkan tujuan dari intervensi dan membuat prioritas terhadap kebutuhan klien, yang mencerminkan tipe layanan dan sumber yang tersedia dalam rangka untuk mewujudkan tujuan atau outcome yang diharapkan

4. Implementasi dan koordinasi aktivitas perawatan
Mewujudkan rencana manajemen kasus dalam sebuah kegiatan

5. Evaluasi rencana manajemen kasus dan rencana tindak lanjut
Meliputi evaluasi status klien dan tujuan yang terkait dengan outcome

6. Mengakiri proses manajemen kasus Membuat kesimpulan akhir terhadap perawatan dan atau episode sakit. Proses fokus pada dihentikannya manajemen kasus saat pasien mencapai level fungsi kesehatan yang lebih tinggi, outcome terbaik yang mungkin dicapai, atau kebutuhan/ keinginan berubah dari klien. Standard praktek manajemen kasus terdiri dari :

1. Standard: Proses Seleksi Pasien untuk Manajemen Kasus
2. Standard: Pengkajian Pasien
3. Standard: Identifikasi Masalah dan Kesempatan
4. Standard: Perencanaan
5. Standard: Monitoring
6. Standard: Outcome
7. Standard: Terminasi/penghentian Pelayanan Management Kasus
8. Standard: Fasilitas, Koordinasi, dan Kolaborasi
9. Standard: Kualifikasi untuk Manager Kasus
10. Standard: Legal

11. Standard: Etik
12. Standard: Advokasi
13. Standard: Kompetensi Kebudayaan
14. Standard: Sumber management dan Penatalayanan
15. Standard: Penelitian dan Pemanfaatan Penelitian

E. QUALITY OF CARE

1. Penjaminan Mutu

Mutu Pelayanan Kesehatan, yang meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang sudah ditetapkan. Quality: The totality of features and characteristic of product or service that bear on its ability to satisfy or implied needs (American Society For Quality Control, 1989) Definisi mengenai mutu telah banyak dijelaskan oleh para ahli. Azwar (1996) menjelaskan bahwa mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati dan juga merupakan kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan, sedangkan Tappen (1995) menjelaskan bahwa mutu adalah penyesuaian terhadap keinginan pelanggan dan sesuai dengan standar yang berlaku serta tercapainya tujuan yang diharapkan.

2. Dimensi Mutu Irawan (2006) merumuskan lima dimensi mutu yang menjadi dasar untuk mengukur kepuasan, yaitu :
 - Tangible (bukti langsung), yang meliputi fasilitas fisik, peralatan, personil, dan media komunikasi yang dapat dirasakan langsung oleh pelanggan. Dan untuk mengukur dimensi mutu ini perlu menggunakan indera penglihatan.
 - Reliability (keandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat dan terpercaya. Pelayanan yang terpercaya artinya adalah konsisten. Sehingga reliability mempunyai dua aspek penting yaitu kemampuan memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan seberapa jauh mampu memberikan pelayanan yang tepat atau akurat.
 - Responsiveness (ketanggapan), yaitu kesediaan/kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat. Dengan kata lain bahwa

pemberi pelayanan harus responsif terhadap kebutuhan pelanggan. Responsiveness juga didasarkan pada persepsi pelanggan sehingga factor komunikasi dan situasi fisik disekitar pelanggan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Assurance (jaminan kepastian), yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuannya untuk memberikan rasa percaya dan keyakinan atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Dan komponen dari dimensi ini yaitu keramahan, kompetensi, dan keamanan.

- Emphaty (empati), yaitu membina hubungan dan memberikan pelayanan serta perhatian secara individual pada pelanggannya.

2. Penilaian Mutu Penilaian terhadap mutu dilakukan dengan menggunakan pendekatan-pendekatan yang dikelompokkan dalam tiga komponen, yaitu :

- Struktur (Input) Donabedian (1987, dalam Wijono 2000) mengatakan bahwa struktur merupakan masukan (input) yang meliputi sarana fisik perlengkapan/peralatan, organisasi, manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dalam fasilitas keperawatan. Baik tidaknya struktur sebagai input dapat diukur dari jumlah besarnya mutu, mutu struktur, besarnya anggaran atau biaya, dan kewajaran. Penilaian juga dilakukan terhadap perlengkapan-perengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan untuk pelayanan. Selain itu pada aspek fisik, penilaian juga mencakup pada karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan.

Pendapat yang hampir sama dikemukakan oleh Tappen (1995), yaitu bahwa struktur berhubungan dengan pengaturan pelayanan keperawatan yang diberikan dan sumber daya yang memadai. Aspek dalam komponen struktur dapat dilihat melalui : 1) fasilitas, yaitu kenyamanan, kemudahan mencapai pelayanan dan keamanan; 2) peralatan, yaitu suplai yang adekuat, seni menempatkan peralatan; 3) staf, meliputi pengalaman, tingkat absensi, rata-rata turnover, dan rasio pasien-perawat; dan 4) Keuangan, yaitu meliputi gaji, kecukupan dan sumber keuangan. Berdasarkan kedua pendapat di atas, maka pendekatan struktur lebih difokuskan pada hal-hal yang menjadi masukan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan, diantaranya yaitu : 1) fasilitas fisik, yang meliputi ruang perawatan yang bersih, nyaman dan aman, serta penataan ruang perawatan yang indah; 2) peralatan, peralatan keperawatan yang lengkap,

bersih, rapih dan ditata dengan baik; 3) staf keperawatan sebagai sumber daya manusia, baik dari segi kualitas maupun kuantitas; 4) dan keuangan, yang meliputi bagaimana mendapatkan sumber dan alokasi dana. Faktor-faktor yang menjadi masukan ini memerlukan manajemen yang baik, baik manajemen sumber daya manusia, keuangan maupun logistic.

· Proses (Process) Donabedian (1987, dalam Wijono 2000) menjelaskan bahwa pendekatan ini merupakan proses yang mentransformasi struktur (input) ke dalam hasil (outcome). Proses adalah kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (perawat) dan interaksinya dengan pasien. Dalam kegiatan ini mencakup diagnosa, rencana perawatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Dengan kata lain penilaian dilakukan terhadap perawat dalam merawat pasien. Dan baik tidaknya proses dapat diukur dari relevan tidaknya proses bagi pasien, fleksibilitas/efektifitas, mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya, dan kewajaran (tidak kurang dan tidak berlebihan). Tappen (1995) juga menjelaskan bahwa pendekatan pada proses dihubungkan dengan aktivitas nyata yang ditampilkan oleh pemberi pelayanan keperawatan. Hal ini termasuk perawatan fisik, intervensi psikologis seperti pendidikan dan konseling, dan aktivitas kepemimpinan. Penilaian dapat melalui observasi atau audit dari dokumentasi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pendekatan ini difokuskan pada pelaksanaan pemberian pelayanan keperawatan oleh perawat terhadap pasien dengan menjalankan tahap-tahap asuhan keperawatan. Dan dalam penilaiannya dapat menggunakan teknik observasi maupun audit dari dokumentasi keperawatan. Indikator baik tidaknya proses dapat dilihat dari kesesuaian pelaksanaan dengan standar operasional prosedur, relevansi tidaknya dengan pasien dan efektifitas pelaksanaannya.

· Hasil (Outcome) Pendekatan ini adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan perawat terhadap pasien. Dapat berarti adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif. Sehingga baik tidaknya hasil dapat diukur dari derajat kesehatan pasien dan kepuasan pasien terhadap pelayanan perawatan yang telah diberikan (Donabedian, 1987 dalam Wijono 2000). Sedangkan Tappen (1995) menjelaskan bahwa outcome berkaitan dengan hasil dari aktivitas yang diberikan oleh petugas kesehatan. Hasil ini dapat dinilai dari

efektifitas dari aktivitas pelayanan keperawatan yang ditentukan dengan tingkat kesembuhan dan kemandirian. Sehingga dapat dikatakan bahwa fokus pendekatan ini yaitu pada hasil dari pelayanan keperawatan, dimana hasilnya adalah peningkatan derajat kesehatan pasien dan kepuasan pasien. Sehingga kedua hal tersebut dapat dijadikan indikator dalam menilai mutu pelayanan keperawatan. Pendekatan-pendekatan di atas dapat digunakan sebagai indikator dalam melakukan penilaian terhadap mutu. Namun sebagai suatu sistem penilaian mutu sebaiknya dilakukan pada ketiga unsur dari sistem tersebut yang meliputi struktur, proses dan hasil. Dan setelah didapatkan hasil penilaiannya, maka dapat dilakukan strategi yang tepat untuk mengatasi kekurangan atau penilaian negatif dari mutu pelayanan tersebut. Namun seiring berjalannya waktu, strategi peningkatan mutu mengalami perkembangan yang dapat menjadi wacana kita mengenai strategi mana yang tepat dalam melakukan upaya yang berkaitan dengan mutu pelayanan keperawatan. Oleh karena itu pada sub bab berikutnya akan dibahas mengenai strategi dalam mutu pelayanan keperawatan.

4. Siklus Pengembangan Mutu Pelayanan Keperawatan

- Tahap pengembangan strategi : dimulai dengan membangkitkan kesadaran akan perlunya pengembangan jaminan mutu pelayanan yang diikuti dengan berbagai upaya pelaksanaan, peningkatan komitmen.
- Tahap transformasi : membuat model-model percontohan di dalam institusi untuk peningkatan mutu secara berkesinambungan yang mencakup perbaikan proses perbaikan standar prosedur, dan pengukuran tingkat kepatuhan terhadap standar tersebut.
- Tahap integrasi : pengembangan pelaksanaan jaminan mutu diterapkan diseluruh jaringan unit institusi, tetapi tetap mempertahankan komitmen yang sudah tumbuh, optimalisasi proses pengembangan jaminan mutu secara berkesinambungan.

C. RANGKUMAN

Pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga adalah suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan yang berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia pelayanan, pasien, dan

keluarga.

D. SOAL

1. Jelaskan asuhan yang berpusat pada pasien ?

E. RUJUKAN

Admin, 2011. *Peranan Bidan dalam Sistem Kesehatan Nasional*. Asri Hidayat dan Mufdlilah

Catatan Kuliah Konsep Kebidanan plus materi Bidan Delima, Mitra Cendikia Press: Yogyakarta Kurnia, Hesti, 2011.

Partnership Bidan Dan Perempuan Dalam Pelayanan Kebidanan, Satria, 2008.

Konsep dan Pengertian Pemberdayaan Masyarakat, Sih Setija Utami. 2003.

Penelitian tentang Aspek-aspek Psikologis Ibu Hamil, Fakultas Psikologi UNIKA Soegijapranata, Semarang Sri Suhartanti.1997.

Pemasalahan-Permasalahan Hak Asasi Manusia Yang Dihadapi Wanita, Anak, Keluarga dan Kiat Peningkatan Pelaksanaanya, Majalah Ilmiah Kopertis Wilayah VI

BAB XVI

KEPAKARAN KLINIS

A. PENDAHULUAN

Dalam pengambilan keputusan klinis terdapat paradigma lama, yaitu pengambilan keputusan klinis berdasarkan intuisi, pengalaman klinis, maupun keadaan patofisiologis. Akan tetapi, dalam dekade terakhir ini terdapat pergeseran paradigma, yang semula masih memakai paradigma lama ataupun tradisional menjadi paradigma baru, yaitu pencarian bukti-bukti dan informasi yang berasal dari penelitian yang sistematis, biasa disebut Kedokteran Berbasis Bukti (Evidence-based Medicine – EBM).

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang kepakaran klinis

B. PENYAJIAN MATERI

1. PERTIMBANGAN KEILMUAN

Evidence-based medicine adalah pengobatan dan pengambilan tindakan klinis yang dilakukan berdasarkan bukti yang benar, akurat, dan terkini dan dapat dipertanggung jawabkan. Menurut Sacket et al. (dalam Glasziou dan Del Mar 2003: 3), “EBM is the conscientious, explicit, and judicious use of current base evidence in making clinical decision about the care of individual patients.” Selain dari definisi tersebut EBM dapat juga diartikan sebagai proses melihat kembali secara sistematis, menilai, dan menggunakan penelitian klinis untuk mendapatkan hasil yang optimal bagi pasien. Pada pengertian ini menekankan pada proses melihat kembali secara sistematis, menilai, dan menggunakan bukti. Dalam Sacket et al. (2000: 1) “EBM is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.” Pada definisi ini dapat diambil 3 elemen utama, yaitu Best research evidence (penelitian bukti terbaik), dapat diartikan tindakan klinis relevan dengan penelitian, seringkali dalam ilmu dasar kedokteran, tapi keistimewaannya dari tindakan klinis yang berpusat pada pasien menjadi tes diagnosa yang akurat dan teliti (termasuk penelitian klinis). Bukti baru dari penelitian klinis tidak dapat diterima sebelum

dilakukan tes diagnosa dan percobaan, dan bukti baru tersebut akan menggantikan bukti sebelumnya, apabila lebih kuat, lebih akurat, lebih bermanfaat, dan lebih aman. Clinical expertise (keahlian klinis), dapat diartikan kemampuan untuk menggunakan keterampilan klinis kita, dan pengalaman sebelumnya, untuk secara cepat mengidentifikasi setiap pasien, mengenai keadaan kesehatan, diagnosa, resiko individu dan manfaat pengobatan, dan nilai personal dan harapan pasien. Patient values (menilai pasien), dapat diartikan sebagai pilihan yang unik, karena perhatian dan harapan setiap pasien bertemu dengan masalah klinis dan harus digabungkan dengan keputusan klinis yang bersifat melayani pasien.

Dan ketika ketiga elemen tadi (best research evidence, clinical expertise, patient values) digabungkan, maka akan didapatkan tindakan klinis yang optimal dan hasilnya kualitas hidup yang lebih baik. Dari semua definisi tersebut, semuanya tepat untuk mendeskripsikan EBM, tetapi dari berbagai referensi, hampir semuanya merujuk pada definisi Sacket. Definisi Sacket ini memang sangat menyeluruh atau mencakup semua aspek dalam pengambilan keputusan klinis dan dilakukan tindakan klinis setelahnya. EBM dalam pengambilan keputusan klinis, tidak langsung hanya menerapkan secara mentah apa yang telah didefinisikan oleh Sacket tersebut. Dalam penerapannya, EBM mempunyai lima langkah yang harus dilakukan.

1. Formulate an answerable question Pertama meyakinkan diri bahwa kita tidak tahu. Seperti yang kita ketahui sebelumnya kita tidak mungkin mengetahui segalanya. EBM memberi kita metode untuk menjawab pertanyaan, tanpa mempunyai pengetahuan sebelumnya dari apa yang ingin kita ketahui. Pertanyaan kadang membuka pikiran untuk mencari jawaban dalam literature adalah sebuah tantangan. Pisahkanlah pertanyaan itu dalam beberapa komponen, kemudian susun ulang lagi pertanyaan tersebut, jadi kita akan mudah dalam mencarinya dalam langkah pertama EBM. Dalam memilah-milah pertanyaan digunakan PICO , yaitu Population/Patient, Intervention/Indicator, Comparator/Control, and Outcome. Population/patient adalah pertanyaan siapa orang yang diperiksa atau yang mendapat tindakan klinis. Intervention/Indicator adalah pertanyaan mengenai apa yang harus dilakukan (dalam melakukan tindakan klinis). Comparator/control adalah pertanyaan mengenai alternatif lain tentang tindakan klinis, selain tindakan utama. Outcome merupakan hasil yang diperoleh dari tindakan klinis yang dilakukan tadi.

Find the best evidence Mencari informasi berdasarkan penelitian bukti terbaik untuk

menjawab pertanyaan dari langkah pertama melalui berbagai jurnal dan publikasi yang ada. Langkah kedua ini tampaknya yang lumayan sulit dilakukan, karena dengan banyaknya bukti tentang kedokteran yang keluar setiap tahunnya, sehingga hampir setengah dari bukti kedokteran tersebut sudah tidak dapat digunakan lagi dalam beberapa tahun mendatang. Seperti yang diungkapkan Dr Sydney Burwell, Dekan Fakultas Kedokteran Harvard (dalam Sacket et al. 2000: 29) : My students are dismayed when I say to them “Half of what you are taught as medical students will in 10 years have been shown to be wrong. And the trouble is, none of your teachers knows which half.” Dalam pencarian sumber yang relevan, tentu saja textbook jadi acuan, tapi textbook yang ada saat ini ada yang sudah tidak relevan lagi. Maka sumber utama lainnya dapat dicari dari internet, tapi bukan berarti internet tidak punya kelemahan. Karena banyaknya situs dan artikel yang ada, maka kita diharapkan mengetahui sumber utama untuk mencari bukti terbaik. Menurut Glasziou dan Howse (2003: 43) ada dua sumber utama yang dapat kita gunakan untuk mencari bukti terbaik, yaitu a. PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> b. The Cochrane Library <http://www.cochrane.org> Dari kedua sumber tersebut, kita akan mendapatkan banyak sekali macammacam jurnal klinis dan penelitian. Macam-macam jurnal klinis diantaranya a. Etiologi Jurnal penelitian untuk mengetahui apakah suatu hal itu merupakan faktor suatu penyakit.

b. Diagnosis Jurnal penelitian untuk mengetahui apakah suatu prosedur pemeriksaan dapat digunakan atau untuk menegakkan diagnosis. c. Terapi Jurnal penelitian tentang efektivitas suatu obat ataupun intervensi medis lainnya. d. Prognosis Jurnal penelitian tentang prognosis suatu penyakit.

3. Critical appraisal Mempertimbangkan secara kritis, sistematis dan terintegrasi untuk menggunakan bukti tersebut dalam melakukan tindakan klinis terhadap pasien melalui telaah kritis. Dengan telaah kritis ini memungkinkan kita untuk : a. Mengevaluasi literatur ilmiah secara sistematis. b. Membedakan yang bermakna dan tidak. c. Menyingkirkan penelitian yang metodologinya tidak tepat. d. Memutuskan artikel yang akan digunakan dalam tindakan klinis.

4. Apply the evidence Setelah mendapatkan bukti yang terbaik dan telah ditelaah kritis bukti tersebut, maka pada langkah kali ini menerapkannya dengan mengintegrasikan kemampuan klinis kita dengan keadaan pasien.

5. Evaluate the effectiveness and the efficiency Pada tahap terakhir ini kita diharapkan melakukan evaluasi dari keputusan klinis yang telah diambil. Apakah keputusan tersebut sudah efektif dan efisien. Dan bagaimana hasilnya bagi pasien, apakah berhasil atau tidak.

C. RANGKUMAN

Penerapan EBM dalam pengambilan keputusan klinis, harus berdasar bukti klinis eksternal yang terbaik dan tersedia, yang berasal dari riset yang sistematis. Akan tetapi, jika hanya mengandalkan pemilihan bukti yang terbaik pun tentu juga tidak relevan, jika tidak diimbangi dengan kemampuan klinis individunya. Sehingga, bukti-bukti klinis yang terbaik itu sebagai penunjang dari kemampuan klinis individu untuk melakukan penanganan pasien atau tindakan klinis terhadap pasien.

D. SOAL

1. Jelaskan tentang penerapan EBM dalam pengambilan keputusan klinis ?

E. RUJUKAN

Admin, 2011. *Peranan Bidan dalam Sistem Kesehatan Nasional*. Asri Hidayat dan Mufdlilah

Catatan Kuliah Konsep Kebidanan plus materi Bidan Delima, Mitra Cendikia Press: Yogyakarta Kurnia, Hesti, 2011.

Partnership Bidan Dan Perempuan Dalam Pelayanan Kebidanan, Satria, 2008.

Konsep dan Pengertian Pemberdayaan Masyarakat, Sih Setija Utami. 2003.

Penelitian tentang Aspek-aspek Psikologis Ibu Hamil, Fakultas Psikologi UNIKA Soegijapranata, Semarang Sri Suhartanti.1997.

Pemasalahan-Permasalahan Hak Asasi Manusia Yang Dihadapi Wanita, Anak, Keluarga dan Kiat Peningkatan Pelaksanaanya, Majalah Ilmiah Kopertis Wilayah VI