



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS MUTU PELAYANAN INTENSIVE CARE UNIT  
(ICU) MELALUI AUDIT KEMATIAN DI RSUD  
KOTA BEKASI TAHUN 2009**

**TESIS**

**ELLYA NIKEN PRASTIWI  
NPM : 0806443856**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
DEPOK  
JUNI 2010**

**UNIVERSITAS INDONESIA**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS MUTU PELAYANAN INTENSIVE CARE UNIT  
(ICU) MELALUI AUDIT KEMATIAN DI RSUD**

**KOTA BEKASI TAHUN 2009**

**diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar**

**MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**ELLYA NIKEN PRASTIWI**

**NPM : 0806443856**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
DEPOK  
JUNI 2010  
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Ellya Niken Prastiwi

NPM : 0806443856

Tanda Tangan :

Tanggal : 22 Juni 2010



**UNIVERSITAS INDONESIA**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ellya Niken Prastiwi

NPM : 0806443856

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Judul Tesis : Analisis Mutu Pelayanan Intensive Care Unit (Icu) Melalui Audit

Kematian Di RSUD Kota Bekasi Tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister

..... pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit,

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Mieke Sawitri, Mkes. ( )

Penguji : Prof. dr. Poernawan Junadi, MPH. Phd. ( )

Penguji : drg. Suhartono, MKM. ( )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 22 Juni 2010

**UNIVERSITAS INDONESIA**



## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Robbil Alamin, Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkah dan rahmat-Nya semuanya berjalan lancar. Shalawat serta salam dihaturkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sebagai tauladan yang mengajarkan bagaimana menerima dan bersyukur atas segala nikmat-Nya. Termasuk dengan nikmat terselesaikannya Tesis ini yang berjudul “Analisis Mutu Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) Melalui Audit Kematian Di Rsud Kota Bekasi Tahun 2009”.

Tesis ini disusun sebagai upaya untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

Dalam proses penyusunan tesis ini penulis banyak mendapatkan bantuan serta dukungan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini izinkalah penulis untuk mengucapkan terima kasih yang tulus kepada:

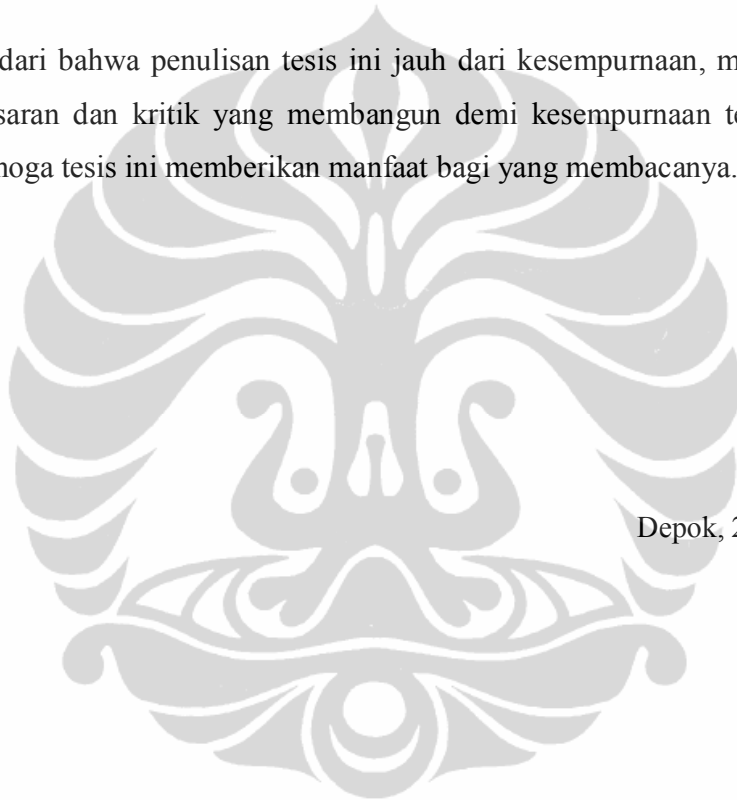
1. dr. Mieke Savitri, Mkes, selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu dan tenaga untuk membimbing dan menguji dengan penuh kesabaran dan perhatian.
2. dr. H. Bambang Djati Santoso, MARS dan dr. HM.Iman, Sp. RM selaku peminan RSUD Kota Bekasi lama dan baru yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan S2 dan mengambil data pada penelitian.
3. dr. Sudirman, dr. Langgeng, Sp. An dan seluruh staf ICU RSUD Kota Bekasi yang telah membantu dalam pengumpulan data guna penyelesaian penelitian.
4. Teman-teman peserta Program Studi KARS dan staf Departemen AKK FKM Universitas Indonesia yang telah membantu dalam menyelesaikan tesis ini.

**UNIVERSITAS INDONESIA**

Ucapan terimakasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua, suami, buah hati (Sheila Hanifara dan Azizah Hanifara) yang selalu memberi dukungan selama menempuh pendidikan di Pasca Sarjana KARS UI.

Semoga amal baik dan perbuatan kita mendapatkan imbalan dari Allah SWT. Dan izinkanlah penulis menyampaikan maaf yang sebesar-besarnya atas segala kekhilafan yang penulis lakukan selama mengikuti pendidikan di FKM UI.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini jauh dari kesempurnaan, maka penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan tesis ini dan diharapkan semoga tesis ini memberikan manfaat bagi yang membacanya.



Wasalam

Depok, 22 Juni 2010

Penulis

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR  
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ellya Niken Prastiwi

NPM : 0806443856

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Departemen : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Ekklusif (Non-Exclusive Royalty Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Analisis Mutu Pelayanan Intensive Care Unit (Icu) Melalui Audit Kematian Di RSUD Kota Bekasi Tahun 2009.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 22 Juni 2010

Yang Menyatakan

( Ellya Niken Prastiwi )

**UNIVERSITAS INDONESIA**

## RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Ellya Niken Prastiwi

Tempat Lahir : Madiun

Tanggal Lahir : 30 April 1970

### Riwayat Pendidikan :

- a. SDN DOLOPO Madiun Jawa Timur 1976-1982
- b. SMPN I DOLOPO Madiun Jawa Timur 1982-1985
- c. SMAN I Ponorogo Jawa Timur 1985-1988
- d. Fakultas Kedokteran Umum Universitas Brawijaya Malang Jawa Timur
- e. Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

### Pekerjaan

1. 1997-2000 Dokrer Fungsional Puskesmas PTT Pemerintah Daerah Bekasi Jawa Barat
2. 2000-2001 Dokter Fungsional Pemerintah Daerah Kulon Progo Daerah Istimewa Yogyakarta
3. 2001-2002 Dokter Fungsional Perumnas II Pemerintah Kota Bekasi Jawa Barat
4. 2002-2003 Dokter Embarkasi Haji Indonesia Jawa Barat
5. 2003-2005 Kepala Puskesmas Jatiluhur Pemerintah Kota Bekasi Jawa Barat
6. 2005-2007 Kepala Puskesmas Wisma Jaya Pemerintah Kota Bekasi Jawa Barat
7. 2007-sekarang Kasi Pelayanan Medik RSUD Kota Bekasi Jawa Barat

## DAFTAR ISI

### **BAB I**

<b>PENDAHULUAN</b>	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	6
1.5. Manfaat Penelitian	6
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	7

### **BAB II**

<b>TINJAUAN PUSTAKA</b>	8
2.1. Rumah Sakit	8
2.1.1. Fungsi Rumah Sakit	8
2.1.2. Mutu Pelayanan Rumah Sakit	9
2.1.2.1. Pengertian	9
2.1.2.2. Manajemen Mutu Klinis	13
2.1.2.3. Pengukuran dan Peningkatan Mutu	15
2.1.2.4. Audit Medik	22
2.1.2.5. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit	24
2.1.2.6. Pengendalian Infeksi Nosokomial (INOK)	25
2.1.3. Rekam Medis	30
2.2. <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	32
2.2.1. Pengertian <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	32
2.2.2. Pelayanan <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	34

### **BAB III**

<b>GAMBARAN INSTALASI ICU RSUD KOTA BEKASI</b>	39
3.1. Gambaran Umum RSUD Kota Bekasi	39
3.1.1. Struktur Organisasi RSUD Kota Bekasi	40
3.1.2. Sumber Daya Manusia (SDM)	41

3.1.3. Capaian Kinerja	43
3.1.3.1. Pelayanan Rawat Jalan	43
3.2. Gambaran ICU RSUD Kota Bekasi	44
3.2.1. Struktur Organisasi ICU RSUD Kota Bekasi	45
3.2.2. Ketenagaan	46
3.2.3. Fasilitas	46
3.2.4. Prosedur Kerja	47
3.2.5. Kinerja ICU	51
<b>BAB IV</b>	
<b>KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	52
4.1 Kerangka Konsep	52
4.1.1. Kerangka Teori	52
4.1.2. Kerangka Konsep	53
4.2. Definisi Operasional	55
<b>BAB V</b>	
<b>METODOLOGI PENELITIAN</b>	56
5.1 Rancangan Penelitian	56
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	56
5.3 Pengumpulan Data	56
5.4 Manajemen Data	57
5.5 Validasi Data	57
<b>BAB VI</b>	
<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	58
6.1. Pelaksanaan Penelitian	58
6.1.1. Tahap Pertama	58
6.2.1. Tahap Kedua	60
6.2. Keterbatasan Penelitian	61
6.2.1. Pengambilan Data	61
6.2.2. Responden/Informan	61
6.3. Hasil Penelitian dan Pembahasan	62

6.3.1. Distribusi Kematian Pasien > 48 jam di ICU RSUD Kota Bekasi Tahun 2009	62
6.3.1.1. Distribusi Kematian Menurut Cara Bayar Pasien	63
6.3.1.2. Distribusi Kematian Menurut Asal Masuk Pasien	64
6.3.1.3. Distribusi Kematian Menurut Usia Pasien	65
6.3.1.4. Distribusi Kematian Menurut Lama Rawat Pasien	66
6.3.1.5. Distribusi Kematian Menurut Responden/Informan	66
6.3.1.6. Distribusi Kematian Menurut Resume Audit	68
6.3.2. Analisis Mutu Pelayanan ICU RSUD Kota Bekasi	71
6.3.2.1. Masukan/ <i>Input</i>	72
6.3.2.1.1. Sumber Daya Manusia (SDM)	72
6.3.2.1.2. Standard Operational Procedure (SOP)	78
6.3.2.1.3. Peralatan	81
6.3.2.2. <i>Process</i>	88
6.3.2.2.1. Penatalaksanaan Medis	88
6.3.2.1.1 Penatalaksanaan Paramedis	88
<b>BAB VII</b>	
<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	91
7.1 Kesimpulan	91
7.1.1. Gambaran Distribusi Kematian Pasien Lebih dari 48 Jam di ICU Tahun 2009	91
7.1.2. Gambaran Hubungan Struktur Input dan Proses Terhadap Struktur Output Kematian Pasien Lebih Dari 48 Jam di ICU Th 2009	91
7.2. Saran	93
Daftar Pustaka	

**DAFTAR GAMBAR**

1.1. Faktor yang mempengaruhi tingkat mutu pelayanan	12
2.1. Lingkaran Pendekatan Jaminan Mutu	16
2.2. Kerangka Pikir Pengukuran Mutu	18
3.1. Struktur Organisasi RSUD Kota Bekasi	40
3.2. Struktur Organisasi instalasi ICU	45
3.3. Alur Penerimaan Pasien di Intalasi ICU	50
4.1. Pengertian Mutu Pelayanan dengan Pendekatan Secara Komprehensif	52





## DAFTAR TABEL

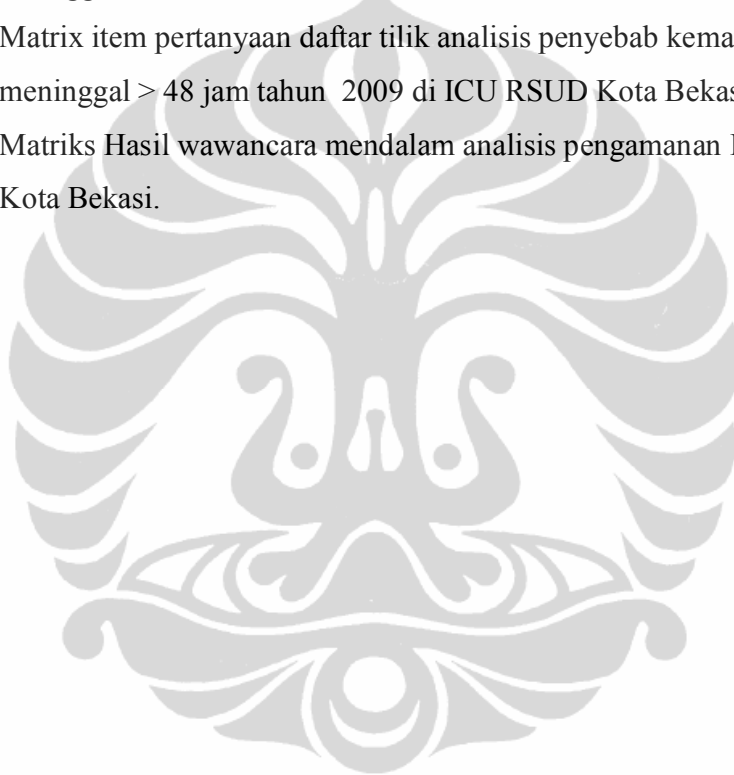
1.1. Data Kematian Pasien Lebih 48 jam di ICU RSUD Kota Bekasi	6
3.1. Jumlah Ketenagaan Berdasarkan Pendidikan dan Status Tenaga	41
3.2. Jumlah Tenaga Medis	42
3.3. Kunjungan Pasien RSUD Kota Bekasi	43
3.4. Kapasitas Tempat Tidur RSUD Kota Bekasi	44
3.5. Kinerja RSUD Kota Bekasi	44
3.6. Jumlah Ketenagaan ICU	46
3.7. Jumlah Tempat Tidur	46
3.8. Jumlah Alat Kesehatan	47
3.9. Indikator Pelayanan ICU RSUD Kota Bekasi	51
3.10. Indikator Kinerja ICU RSUD Kota Bekasi	51
6.1. Kode Informan dan Kode Rekam Medis	60
6.2. Distribusi Pasien ICU Menurut Cara Bayar	63
6.3. Distribusi Pasien ICU Menurut Asal Masuk Pasien	64
6.4. Distribusi Pasien ICU Menurut Usia Pasien	65
6.5. Distribusi Pasien ICU Menurut Lama Rawat Pasien	66
6.6. Distribusi Pasien ICU Menurut Responden/ Informan	67
6.7. Distribusi Pasien ICU Menurut Resume Audit	68
6.8. Analisis Penyebab Kematian > 48 Jam Menurut Resume Audit	70
6.9. Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Masukan/ <i>Input</i> Sumber Daya Manusia	75
6.10. Perbandingan SDM Pelayanan ICU	78
6.11. Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Masukan/ <i>Input</i> SOP	79
6.12. Perbandingan SOP Pelayanan ICU	81
6.13. Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Peralatan Pemeriksaan Penunjang (CT-Scan)	82
6.14. Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Fasilitas	

Alat Kesehatan (Ventilator)	84
6.15. Perbandingan Peralatan Medis Pelayanan ICU	86
6.16. Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Fasilitas Alat Kesehatan (Haemodialisa)	87
6.17. Hasil Wawancara Mendalam Penatalaksanaan Medis	88
6.18. Daftar Tilik Analisis Penyebab Kematian Menurut Penatalaksanaan Paramedis	89



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Di Icu Rsud Kota Bekasi
- Lampiran 2 Pedoman Wawancara Analisis Mutu Pelayanan Di Icu Rsud Kota Bekasi
- Lampiran 3 Rekapitulasi Hasil Daftar Tilik Analisis Penyebab Kematian Pasien Meninggal > 48 Jam Di Icu Tahun 2009 Rsud Kota Bekasi.
- Lampiran 4 Matrix item pertanyaan daftar tilik analisis penyebab kematian pasien meninggal > 48 jam tahun 2009 di ICU RSUD Kota Bekasi.
- Lampiran 5 Matriks Hasil wawancara mendalam analisis pengamanan ICU RSUD Kota Bekasi.



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **I.1. Latar Belakang**

Kesehatan adalah hak setiap warga negara, sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945, Pasal 28, ayat 1, yang berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan melalui program yang bersifat kemasyarakatan dan program yang bersifat perorangan.

Sistem Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) diterapkan pada instansi pemerintah jenis layanan umum sebagai penyedia barang/jasa untuk menerapkan manajemen pola pengelolaan keuangan yang fleksibel menonjolkan produktifitas, efektif dan efisien. Sistem BLUD diharapkan dapat meningkatkan kinerja pengelolaan pelayanan kesehatan menjadi lebih efektif dan efisien, dengan memberikan keleluasaan kepada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dalam mengelola sumber daya yang dimilikinya. Keleluasaan ini bukan berarti berorientasi profit, tapi lebih berorientasi kepada efisiensi dan produktifitas sebagaimana definisi BLUD yaitu “ BLUD merupakan intitusi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa menyediakan barang dan / atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan, mencari keuntungan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas” (Pasal 1, PP No. 23 tahun 2005).

Dengan berubahnya status RSUD Kota Bekasi menjadi BLUD berdasarkan Surat Keputusan Walikota Bekasi No.060/Kep.332.Org/X/2008 tentang RSUD Kota Bekasi sebagai satuan kerja perangkat Daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) secara bertahap, membuka kesempatan bagi RSUD untuk berkembang bahkan berkompetisi dengan RS Swasta. Salah satu penilaian keberhasilan kinerja

BLUD Rumah Sakit melalui Standar Pelayanan Minimal (SPM) tentang pelayanan kesehatan yang wajib dipenuhi dan menunjukkan pelayanan yang terstandarisasi serta mendorong adanya peningkatan mutu secara berkelanjutan (*continous quality improvement*). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia baik yang diselenggarakan pemerintah pusat maupun daerah harus memperhatikan mutu/kualitas pelayanan. Beberapa hal yang menjadi alasan diatas, pertama, mutu pelayanan kesehatan merupakan hak masyarakat/warga negara yang harus dipenuhi oleh pemerintah. kedua, mutu pelayanan kesehatan dapat menjadi jaminan bagi pelanggan/masyarakat untuk mencapai hasil berupa optimalisasi derajat kesehatan masyarakat (Leebov, W 1991).

Menurut Donabedian, A, (1982), pengertian mutu pelayanan kesehatan dengan pendekatan secara komprehensif mencakup *Structure/Input*, *Process* dan *Output*. *Strukture/input* adalah karakteristik pelayanan yang relatif stabil yang dimiliki oleh penyedia fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen *Strukture/input* meliputi perlengkapan, sumber daya dan tatanan organisasi serta fasilitas fisik di lingkungan kerja. Komponen *Process* pada dasarnya adalah berbagai aktifitas yang merupakan interaksi antara penyedia fasilitas pelayanan kesehatan (misal dokter) dengan pasien yang menerima pelayanan kesehatan. Komponen *Output*/keluaran merujuk pada berbagai perubahan kondisi dan status kesehatan yang didapat oleh pasien setelah terakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Antara lain meliputi morbiditas, mortalitas dan tingkat kepuasan pasien.

Penilaian mutu pelayanan kesehatan dengan membandingkan terhadap Standar Pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan. Pengertian Standar Pelayanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yang menyangkut input/masukan, proses dan luaran/outcome (Pohan, 2003). Standar pelayanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu ke dalam terminologi operasional. Standar, indikator dan nilai ambang batas merupakan unsur-unsur yang akan membuat jaminan mutu pelayanan kesehatan dapat diukur. Indikator didefinisikan sebagai tolok ukur untuk mengetahui adanya perubahan

yang dikaitkan dengan target/standar yang telah ditentukan sebelumnya. Jenis-jenis indikator bisa dikelompokkan berdasarkan; *Input, Process dan outpute*.

Menurut Pohan, I (2003), pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan melalui tiga cara yaitu pengukuran mutu prospektif (dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diselenggarakan), pengukuran mutu konkuren (dilakukan selama pelayanan kesehatan sedang berlangsung), pengukuran mutu retrospektif (pengukuran mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan sesudah pelayanan kesehatan selesai dilaksanakan). Audit kematian merupakan kegiatan pengukuran mutu retrospektif belum pernah dilakukan di Instalasi ICU RSUD Kota Bekasi yang seharusnya dilakukan dan didokumentasi oleh rumah sakit melalui komite medik. Catatan medik pada fase kritis menjelang kematian pasien yang ada di rekam medik merupakan informasi dan komponen penting dalam manajemen mutu di rumah sakit.

Salah satu unit pelayanan sentral di Rumah Sakit adalah unit Intensive Care Unit (ICU). Perkembangan dalam pelayanan di ICU tidak terbatas pada pelayanan pasien pasca bedah tetapi meliputi pasien dengan disfungsi lebih dari satu organ. Pasien ICU dapat berasal dari Unit Gawat Darurat, Kamar Operasi, Ruang Perawatan, ataupun kiriman dari Rumah Sakit lain. ICU memiliki keterbatasan dalam jumlah tempat tidur tetapi diperlukan Sumber Daya Manusia (SDM) dengan ketrampilan khusus, sumber daya dan dana yang khusus pula (Hanafie, 2007).

Menurut Hanafie dalam pidato pengukuhan Guru Besar (2007) dasar pengelolaan pasien ICU adalah pendekatan multidisiplin dengan tenaga kesehatan dari beberapa disiplin ilmu terkait yang dapat memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan bekerja sama dalam tim, dengan dipimpin dengan seorang *intensivist* sebagai ketua tim. *Intensive care unit* (ICU) mempunyai 2 fungsi utama:

1. Pertama adalah untuk melakukan perawatan pada pasien-pasien gawat darurat dengan potensi “*reversible life threatening organ dysfunction*”

2. Kedua adalah untuk mendukung organ vital pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi yang kompleks elektif atau prosedur intervensi dan risiko tinggi untuk fungsi vital.

Pelayanan ICU dibandingkan dengan pelayanan rawat inap lainnya bersifat spesifik, komponen penting yang terdapat didalamnya:

1. Pasien yang dirawat dalam kondisi kritis, yang perlu intervensi medis segera oleh tim *intensive care* dan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan. Sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan terapi titrasi untuk mencegah terjadinya dekompensasi fisiologis.
2. Desain ruangan dan sarana bersifat khusus,
3. Peralatan kesehatan berteknologi tinggi dan berharga mahal,
4. Tenaga yang memberikan pelayanan dituntut memiliki pengetahuan medis dan ketrampilan yang khusus.

Salah satu pelayanan yang diberikan RSUD Kota Bekasi adalah pelayanan pasien di ICU. Pelayanan ICU dibandingkan dengan pelayanan rawat inap lainnya bersifat spesifik, mempertahankan dan mendukung keselamatan jiwa yang terancam kematian. Jumlah kunjungan ICU meningkat, *Bed Occupation Rate* (BOR) meningkat, penambahan pada beberapa prasarana serta penambahan jumlah SDM namun angka kematian pasien > 48 jam di ICU masih belum memenuhi standar minimal.

Penilaian kinerja RSUD Kota Bekasi dilaksanakan secara *self-assesment*, hasil *self-assesment* menjadi bahan untuk meningkatkan mutu pelayanan oleh pihak manajemen dan Komite Medis. Penilaian kinerja rumah sakit melalui empat indikator, salah satunya berdasarkan Indikator Mutu Pelayanan. Berdasarkan Indikator Mutu Pelayanan dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, menunjukkan Angka Kematian pasien > 48 jam masih belum memenuhi standar.

Menurut Sumarno, M (2000), pada penelitian Pengaruh Beberapa Variable Input dan Proses Pelayanan Terhadap BOR pada enam RSUD di Jawa Tengah menunjukkan hasil bahwa BOR berkaitan secara bermakna dengan faktor

input dan proses pelayanan dimana faktor utama yang paling berperan adalah faktor input dengan korelasi paling kuat ada pada variable sarana penunjang medis ( $r=0,917$ ).

Menurut Rasmanto J, Koentjoro T, Djasri H (2005) pada penelitian Evaluasi Mutu Pelayanan Rawat Inap Melalui Audit Kematian di RSD Kol. Abundjani Bangko Provinsi Jambi menyebutkan penyebab-penyebab penyimpangan kematian terpenting sebagai hasil dari audit dan riview terjadi dalam area (urutan sesuai urutan penyebab penyimpangan kematian terbanyak) administrasi/manajemen, anggota SMF/individual, unit pelayanan rawat inap, dan pelayanan klinik khusus.

Menurut Lanjar, S (2002) pada penelitian Analisis Biaya-Hasil Pada Penggunaan *Closed Ventilation Suction System* (CVSS) pada pengendalian nosokomial di ICU RSMK Jatinegara menyebutkan bahwa perbandingan pemakaian *Open Ventilation Suction System* (OVSS) dan *Closed Ventilation Suction System* (CVSS) terjadi perbedaan bermakna pada angka insidens pneumonia nosokomial, resiko relatif penggunaan CVSS dibanding dengan penggunaan OVSS adalah 0,015 (dapat dianggap sebagai faktor pencegah terjadinya pneumonia nosokomial) dan tingkat *cost effectiveness* CVSS lebih baik dibanding OVSS.

## **I.2. Rumusan Masalah**

1. Angka kematian di *Intensive Care Unit* tahun 2009 di atas angka kematian berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) menurut Departemen Kesehatan dan RSUD Kota Bekasi.
2. Belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya terhadap adanya kesenjangan angka kematian pada pelayanan di ICU RSUD Kota Bekasi dengan standar minimal angka kematian yang ditetapkan Departemen Kesehatan serta RSUD Kota Bekasi.



Tabel 1.1  
Data Kematian Pasien Lebih 48 jam di ICU RSUD Kota Bekasi

Tahun	Pasien di ICU			NDR		GDR	
	Total Pasien	Total Meninggal	Total Meninggal > 48 Jam	%		%	
				Capaian	Standar	Capaian	Standar
2007	390	226	96	25	< 2,5	58	< 4,5
2008	402	217	112	28	< 2,5	54	< 4,5
2009	428	241	119	27	< 2,5	55	< 4,5

Sumber: PPL & SIMRS RSUD Kota Bekasi

### I.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran distribusi kematian pasien lebih dari 48 jam di ICU ?
2. Bagaimana hubungan struktur input dan struktur proses manajemen pelayanan terhadap struktur output/kematian pasien lebih dari 48 jam di ICU ?

### I.4. Tujuan Penelitian

Umum :

Mengetahui gambaran mutu pelayanan di ICU RSUD Kota Bekasi.

Khusus :

1. Mengetahui gambaran distribusi kematian pasien lebih dari 48 jam di ICU Th 2009
2. Mengetahui hubungan struktur input dan proses terhadap struktur output kematian pasien lebih dari 48 Jam di ICU Th 2009.

### I.5. Manfaat Penelitian

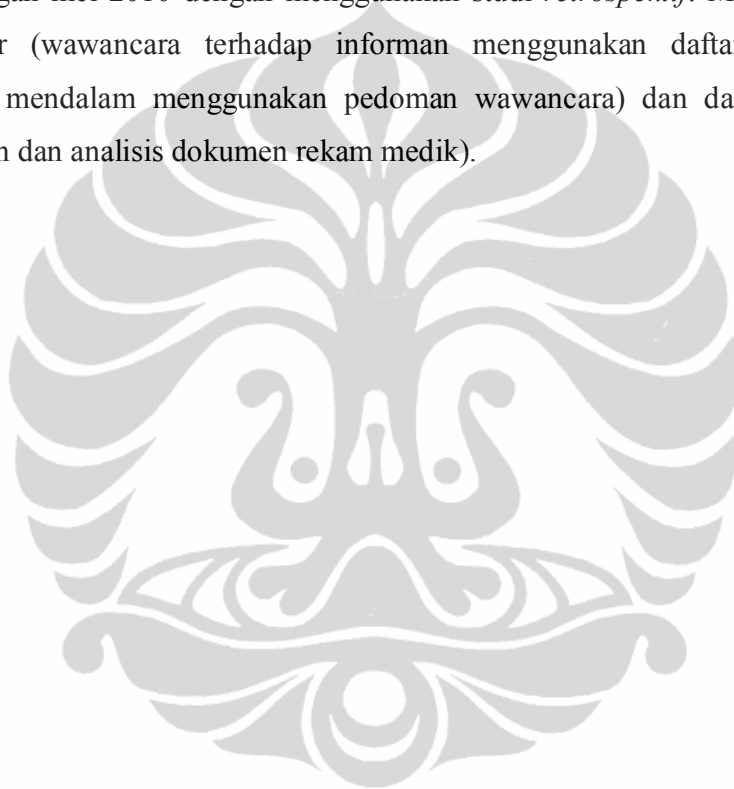
1. Bagi RSUD Kota Bekasi, hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di ICU
2. Bagi Peneliti, hasil penelitian ini bermanfaat agar peneliti dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama pembelajaran di Program Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

UNIVERSITAS INDONESIA

3. Bagi Peneliti lain, hasil penelitian ini bermanfaat untuk dijadikan bahan perbandingan ataupun data penelitian lain.

#### **I.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Kegiatan Penelitian dilakukan pada Instalasi *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi dan dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Mei 2010 dengan menggunakan studi *retrospektif*. Menggunakan data primer (wawancara terhadap informan menggunakan daftar tilik dan wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara) dan data sekunder (pengamatan dan analisis dokumen rekam medik).



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Rumah Sakit

##### 2.1.1. Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, tindakan medik yang dilaksanakan selama 24 jam melalui upaya kesehatan perorangan. Rumah Sakit mempunyai program peningkatan mutu yang bisa dilakukan evaluasinya secara internal dan eksternal guna melakukan evaluasi seluruh kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan kepada pasien. Program evaluasi peningkatan mutu internal dapat dilakukan dengan metode misalnya berbasis *review* dokumen rekam medis, audit medis, *patient safety*, observasi kinerja klinis atau survey terhadap pelanggan internal dan Program evaluasi peningkatan mutu eksternal dapat dilakukan antara lain melalui Akreditasi, ISO. Departemen Kesehatan mewajibkan Rumah Sakit kelas C terakreditasi lima Pelayanan, Rumah Sakit kelas B diwajibkan terakreditasi dua belas sampai enam belas pelayanan dan untuk RS kelas A diwajibkan terakreditasi untuk enam belas pelayanan. (DepKes RI, 2007)

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang paling kompleks dengan produksi (*output*) yang sangat beragam, padat karya, padat ilmu, padat modal dan padat teknologi (*highly technology*) Di sisi lain rumah sakit dituntut harus memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan teknologi yang tepat guna. Untuk menghadapi tantangan tersebut, pengelolaan rumah sakit hendaknya dilakukan secara profesional dengan memperhatikan kualitas pemberian pelayanan yang memadai dan selalu mempertimbangkan aspek efektifitas dan efisiensi.

Dengan berlakunya Otonomi Daerah, bidang kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan dan penyelenggaraannya sepenuhnya menjadi tanggung jawab Daerah Kabupaten/Kota guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya menuju terwujudnya kesejahteraan. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) sebagai salah satu unit milik Pemerintah Daerah berfungsi

memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga keberadaan RSUD menjadi strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal tersebut terwujud apabila RSUD mampu memenuhi tuntutan bisa memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional dan terjangkau oleh masyarakat (Depkes, 2008).

## 2.1.2. Mutu Pelayanan Rumah Sakit

### 2.1.2.1. Pengertian

Berbagai definisi mutu banyak dikemukakan para pakar, agak berbeda beda namun saling melengkapi yang menambah pengertian dan wawasan tentang mutu. Menurut Gaspersz (2003) definisi mutu atau kualitas bervariasi dari definisi konvensional sampai definisi strategik. Definisi konvensional menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk seperti performans (*performance*), keandalan (*reability*), mudah dalam penggunaannya (*easy of use*), estetika (*esthetics*), dan sebagainya. Definisi strategik menyatakan mutu atau kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan. Berdasarkan konsep definisi mutu baik konvensional maupun strategik, pada dasarnya mengacu pada pengertian pokok. Berdasarkan pengertian dasar mutu di atas, terlihat bahwa mutu atau kualitas selalu berfokus pada pelanggan (*customer focused quality*).

Menurut Philip B. Crosby, ada empat hal yang mutlak (absolut) menjadi bagian integral dari manajemen mutu, yaitu bahwa :

1. Definisi mutu adalah kesesuaian terhadap persyaratan (*The Definition of Quality is conformance to requirements*).
2. Sistem mutu adalah pencegahan (*The system of quality is prevention*).
3. Standar penampilan adalah tanpa cacat (*The performance standard is Zero Defect*).
4. Ukuran mutu adalah harga ketidak sesuaian (*The measurement of quality is the price of nonconformance*).

Menurut Nasution (2004), mutu dalam jasa kuncinya adalah pihak penyelenggara jasa memenuhi harapan atau bahkan melebihi harapan pelanggan akan mutu pelayanan jasa yang diberikan. Keberhasilan mempertahankan pelanggan

mungkin adalah ukuran terbaik untuk mutu dan kemampuan perusahaan jasa. Sasaran mutu suatu perusahaan manufaktur mungkin berbunyi tanpa cacat (*zero defect*), sedangkan untuk penyedia jasa adalah tidak ada pelanggan yang lari (*zero customer defections*). Seperti yang dikatakan oleh *Chief Executive American Express* yang dikutip Nasution "Janjikan hanya apa yang dapat anda berikan dan berikan lebih dari yang anda janjikan".

Oleh karena itu menurut Kotler (1990) pihak penyelenggara sebaiknya tidak hanya menyediakan pelayanan jasa yang lebih baik setiap kali, tetapi juga perbaikan terhadap pelayanan yang tidak sesuai harapan pelanggan. Mutu pelayanan kesehatan rumah sakit bisa diartikan kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat/konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan profesi, standar menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, efektif serta aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosio budaya.

Salah satu kesulitan dalam merumuskan pengertian mutu pelayanan kesehatan karena mutu itu sangat melekat dengan faktor-faktor subyektivitas yang berkepentingan, yaitu: pasien, pemberi pelayanan kesehatan, penyandang dana, masyarakat ataupun pemilik sarana kesehatan. Penyedia jasa perlu mengenali dan menggali harapan pelanggan yang menyangkut mutu jasa, karena mutu jasa selalu bervariasi tergantung interaksi antara karyawan dan pelanggan (Pohan, 2003).

Upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit adalah kegiatan yang menyeluruh, komprehensif, integratif, sistematis, berkelanjutan dalam bentuk struktur, proses dan output serta outcome dengan memanfaatkan peluang yang ada. Menurut Gaspersz (2005), upaya peningkatan mutu produk (barang dan jasa pelayanan) yang memberikan kepuasan kepada pelanggan dapat dilakukan dengan pendekatan *Total Quality Management (TQM)* atau *Continuous Quality Improvement (CQI)* yang prinsip pokoknya secara ringkas adalah:

1. Berorientasi dan berfokus pada mutu dan kepuasan pelanggan.
2. Komitmen pimpinan dan partisipasi menyeluruh (total) semua karyawan serta kerja sama tim.

3. Pendekatan ilmiah, pendidikan dan latihan, menyelesaikan masalah serta mengambil keputusan.
4. Peningkatan terus menerus dengan Siklus Deming (Siklus PDCA).
5. Perbaikan sistem manajemen.

Menurut Depkes (2005), aspek mutu pelayanan rumah sakit berkaitan dengan medikolegal, sehingga perlu adanya evaluasi dari struktur input, struktur proses dan struktur luaran. Luaran dari sistem pelayanan rumah sakit adalah hasil dari struktur input dan proses berupa unsur-unsur manajemen pelayanan di rumah sakit. Mutu pelayanan rumah sakit dengan luaran yang memenuhi standar diawali adanya sumberdaya (*input*) yang memenuhi standar diikuti proses yang memenuhi standar. Masalah terhadap mutu pelayanan bisa dilihat dan diperbaiki dengan menggunakan pendekatan sistem seperti diatas.

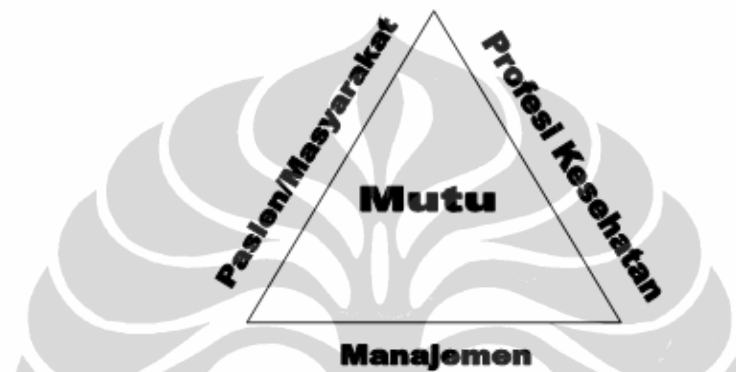
Mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien sebagai konsumen ditentukan oleh mutu pelayanan yang diberikan oleh berbagai profesi pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan yang diberikan manajemen yang terdapat di dalam organisasi. Dengan demikian akan terjadi hubungan timbal balik antara profesi pelayanan kesehatan dengan pasien, antara profesi pelayanan kesehatan dengan manajemen pelayanan kesehatan dan antara manajemen pelayanan kesehatan dengan pasien.

Menurut Pohan (2003), mutu pelayanan dalam organisasi seperti rumah sakit bisa digambarkan dalam bentuk segitiga sama sisi, pasien dan profesi kesehatan pada sisi alas segitiga, sedangkan manajemen pada sisi alas segitiga. Segitiga tersebut menggambarkan hubungan interaktif antara berbagai pihak yang terkait, yaitu pasien, profesi pelayanan kesehatan, penentu kebijakan dan pengambil keputusan. Organisasi pelayanan kesehatan sedikit berbeda dengan organisasi yang lain karena yang dihasilkan adalah berbagai jenis jasa pelayanan kesehatan serta di dalamnya bekerja berbagai macam kelompok profesi pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan tenaga medis menjadi bagian penting dalam pelayanan rawat inap di rumah sakit, karena tenaga medis merupakan unsur yang memberikan pengaruh paling besar dalam menentukan kualitas dari pelayanan yang diberikan

kepada pasien di rumah sakit. Fungsi utama dari pelayanan tenaga medis adalah memberikan pelayanan medis yang berkualitas (berdasarkan ilmu, teknik, etika kedokteran yang berlaku dan dapat dipertanggungjawabkan).

Gambar 2.1.  
Faktor yang mempengaruhi tingkat mutu pelayanan



Sumber: Pohan (2003)

Menurut Pohan, I (2003), pelayanan kesehatan yang bermutu harus mempunyai

paling sedikit tiga dimensi atau unsur, yaitu :

1. Pertama, Dimensi Konsumen, yaitu apakah pelayanan kesehatan itu memenuhi seperti apa yang dibutuhkan dan diharapkan oleh pasien/konsumen, yang akan diukur dengan kepuasan pasien atau keluhan pasien/konsumen.
2. Kedua, Dimensi Profesi, yaitu apakah pelayanan kesehatan itu telah memenuhi kebutuhan pasien/konsumen, seperti apa yang telah ditentukan oleh profesi pelayan kesehatan, dan akan diukur dengan menggunakan prosedur atau standar profesi, yang diyakini akan memberi hasil dan kemudian hasil itu dapat pula diamati.
3. Ketiga, Dimensi Manajemen, atau Dimensi Proses, yaitu bagaimana proses pelayanan kesehatan itu menggunakan sumberdaya yang paling efisien dalam memenuhi kebutuhan dan harapan/keinginan pasien/konsumen tersebut.

Menurut Donabedian (1980), perilaku dokter kepada pasien dalam teknis manajemen, manajemen lingkungan sosial, psikologi, manajemen terpadu, kontinuitas dan koordinasi kesehatan dan penyakit harus mencakup beberapa hal, yaitu:

1. Ketepatan diagnosis
2. Ketepatan dan kecukupan terapi
3. Catatan dan dokumen pasien yang lengkap
4. Koordinasi perawatan secara kontinuitas bagi semua anggota keluarga

Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, DepKes RI, 2001) antara lain :

- a. Angka Kematian *Netto* / *Net Death Rate* (NDR)  
Adalah angka kematian > 48 jam setelah dirawat terhadap total pasien keluar (hidup dan meninggal)  
Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolelir adalah kurang dari 2,5%
- b. *Gross Death Rate* (GDR)  
Adalah angka kematian umum/total terhadap total pasien (hidup dan meninggal)  
Nilai GDR yang dianggap masih dapat ditolelir adalah kurang dari 4,5%
- c. Angka infeksi Nosokomial, standar kurang dari sama dengan 1,5%

#### 2.1.2.2. Manajemen Mutu Klinis

Tujuan yang paling utama dalam pelayanan kesehatan adalah menghasilkan *outcome* yang menguntungkan bagi pasien, *provider* dan masyarakat. Pencapaian *outcome* yang diinginkan sangat tergantung dari mutu pelayanan kesehatan. Mutu klinis merupakan bagian dari mutu pelayanan kesehatan. Pada kenyataannya definisi dari mutu klinis sulit untuk dapat ditetapkan secara *universal*, namun demikian dikembangkannya konsep *clinical governance* yang dapat dijelaskan sebagai pengelolaan klinis atau manajemen untuk penjagaan (*quality assurance*) dan peningkatan mutu (*quality improvement*) pelayanan klinis / rumah sakit, merupakan salah satulangkah maju, dalam upaya manajemen mutu pelayanan.



Manajemen mutu ini berkembang diri berbagai area yang berbeda yang meliputi jaminan mutu (*quality assurance*), kaji ulang utilisasi (*utilization review*), manajemen resiko dan peningkatan mutu. Salah satu model yang dikembangkan di rumah sakit adalah penilaian mutu terpadu (*integrated quality assesment*) yang memadukan empat komponen dasar yaitu :

1. Jaminan mutu (*quality assurance*)
2. Manajemen resiko (*risk manajemen*)
3. Manajemen utilisasi (*utilization management*) dan
4. Pengendalian infeksi (*infection control*)

Ada dua pendekatan dalam memahami istilah *clinical governance*. Pendekatan pertama menyebutnya sebagai manajemen klinis. Manajemen klinis (*clinical governance*) adalah suatu sistem yang dikembangkan untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam hal mana salah satu elemen intinya adalah audit klinis. Audit klinis berfungsi sebagai pendorong dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya untuk meninjau ulang rekam medis pasien dalam memberikan pelayanan yang lebih baik. Audit klinis sering sering diartikan sebagai pengelolaan klinis atau manajemen klinis. Pendekatan kedua menjelaskan tentang manajemen mutu klinis. Dalam perkembangannya manajemen klinis (*clinical governance*) harus dapat menyediakan sebuah payung yang didalamnya semua aspek mutu dapat dikumpulkan dan dipantau secara berkesinambungan. Pendekatan ini sering disebut manajemen mutu klinis.

Sesungguhnya ide dari *clinical governance* yang pertama kali dikembangkan oleh *National Health Services (NHS)* di Inggris dibangun dari ide yang sebelumnya telah dikembangkan oleh *World Health Organization (WHO)* yang menggambarkan mutu dalam empat elemen yaitu :

1. Manajemen profesi
2. Manajemen utilisasi sumber daya (efisiensi)
3. Manajemen resiko
4. Kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan

Manajemen profesi lebih menitik beratkan pada mutu profesional pelayanan. Salah satu upaya adalah dengan melakukan penilaian mutu klinis (*clinical quality assessment*) merupakan suatu proses untuk menilai apakah suatu pelayanan yang diberikan kepada pasien telah sesuai standar pelayanan yang ditetapkan.

Manajemen utilisi merupakan sekelompok kegiatan yang digunakan untuk mengukur efisiensi penggunaan sumber daya dari suatu pelayanan kesehatan, tentunya hal ini terkait dengan ketepatan informasi yang digunakan untuk melakukan pengukuran serta penentuan indikator penilaian yang digunakan.

### **2.1.2.3. Pengukuran dan Peningkatan Mutu**

Lingkup mutu dalam pelayanan kesehatan dibuat menjadi dua langkah, utama yaitu pengukuran mutu dan peningkatan mutu, langkah-langkah ini dimodifikasi dari *Quality Assurance Cycle*. Menurut Pohan, I (2003), langkah pengukuran mutu tersebut dapat dipilah-pilah menjadi beberapa langkah sebagai berikut :

1. Pembentukan kelompok jaminan mutu pelayanan kesehatan
2. Penyusunan standar pelayanan kesehatan
3. Pemilihan tehnik pengukuran mutu
4. Pengukuran mutu dengan cara membandingkan standar pelayanan kesehatan dengan kenyataan yang tercapai.

Sedangkan langkah peningkatan mutu dapat pula diuraikan menjadi beberapa langkah sebagai berikut.

1. Penentuan sebab terjadinya kesenjangan antara kenyataan kinerja pelayanan kesehatan dengan standar pelayanan kesehatan.
2. Penyusunan rencana kegiatan untuk mengatasi kesenjangan yang telah terjadi.
3. Pemilihan rencana kegiatan yang terbaik
4. Pelaksanaan rencana kegiatan terpilih
5. Pengukuran atau penilaian ulang standar

Dalam lingkaran pendekatan jaminan mutu diatas terdapat dua langkah utama, yaitu:

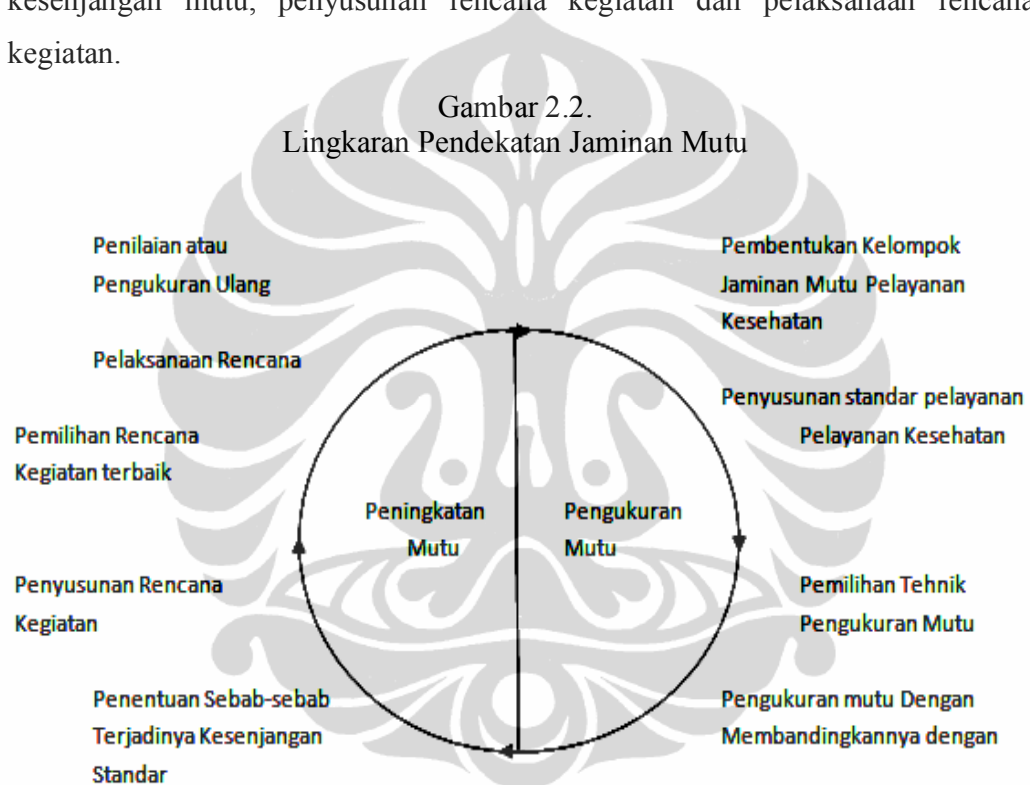
### 1. Pengukur mutu

Kegiatan pengukuran mutu menyangkut kegiatan pembentukan kelompok jaminan mutu

pelayanan kesehatan, penyusunan standar dan mengukur apa yang telah tercapai.

### 2. Peningkatan Mutu

Ketika peningkatan mutu yang menyangkut kegiatan mencari sebab terjadinya kesenjangan mutu, penyusunan rencana kegiatan dan pelaksanaan rencana kegiatan.



Sumber: Pohan, I (2003)

Keberhasilan atau kegagalan dari suatu prakarsa peningkatan mutu jelas akan dipengaruhi oleh sistem mutu atau budaya mutu dimana pelayanan kesehatan itu diselenggarakan. Keadaan yang sebaliknya dapat terjadi, dimana suatu prakarsa mutu yang berhasil mungkin akan menjadi pendorong terjadinya perubahan yang sebelumnya tidak mendukung organisasi pelayanan kesehatan. Pengalaman dari beberapa negara industri menunjukkan bahwa persoalan budaya mutu tersebut telah dapat diatasi dengan cara memperkenalkan pendekatan manajemen mutu terpadu

(TQM). Pendekatan manajemen mutu terpadu berdasarkan suatu keyakinan bahwa mutu sebagai apa yang dikatakan oleh konsumen dan upaya peningkatan mutu itu harus berintegrasi kedalam organisasi pelayanan kesehatan.

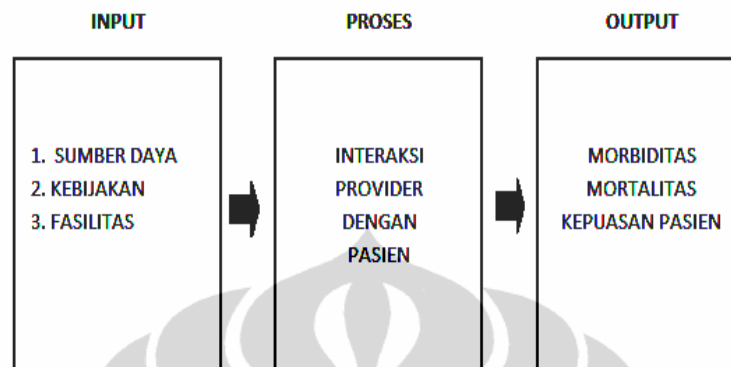
Terdapat banyak lembaga baik nasional maupun internasional dengan menerapkan berbagai metode dalam melakukan penilaian dan evaluasi pelayanan rumah sakit. Departemen Kesehatan sebagai kementerian kesehatan dalam lembaga pemerintah yang bertanggung jawab atas kualitas dan kuantitas kesehatan masyarakat sekaligus sebagai regulator pelayanan kesehatan rujukan yang diberikan rumah sakit. Akreditasi yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan merupakan salah satu cara untuk mengevaluasi mutu pelayanan rumah sakit. Akreditasi rumah sakit merupakan upaya melindungi pasien dari pelayanan sub standard dan melindungi tenaga kesehatan dari tuntutan hukum melalui pelayanan yang sesuai standard dan prosedur.

Menurut *bechmarking* sistem Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dan Australia tahun 2002, bahwa hal yang tidak dilakukan di Indonesia adalah akreditasi di Australia yang diselenggarakan oleh *The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS)* melaksanakan *Evaluation and Quality Improvement Program (EQIP)* secara berkesinambungan dengan adanya komunikasi perbaikan dan penjaminan pelaksanaan mutu pelayanan sesuai standar antara pihak ACHS dengan rumah sakit selama empat tahun.

Donabedian, A (1982), menganjurkan agar standar dan kriteria diklasifikasikan kedalam tiga kelompok, hal ini pada prinsipnya sama dengan yang dianjurkan oleh *World Health Organization (WHO)* yaitu:

1. Standar struktur
2. Standar proses
3. Standar keluaran atau *output*

Gambar 2.3.  
Kerangka Pikir Pengukuran Mutu



Sumber: Donabedian, A (1982)

#### 1. Standar struktur/*input*

Standar struktur atau masukan menentukan tingkat sumberdaya yang diperlukan agar standar pelayanan kesehatan dapat dicapai. Contohnya antara lain ialah: personel, pasien, peralatan, bahan gedung, pencatatan, keuangan, singkatnya semua sumberdaya yang digunakan untuk dapat melakukan pelayanan kesehatan seperti yang tersebut dalam standar pelayanan kesehatan.

Standar struktur antara lain ialah tenaga kesehatan yang kompeten, peralatan pemeriksaan, yaitu *sound timer*, obat, yaitu antibiotika, kamar pemeriksaan, pasien dan waktu konsultasi harus ditentukan.

#### 2. Standar proses/*process*

Standar proses menentukan kegiatan apa yang harus dilakukan agar standar pelayanan kesehatan dapat dicapai, proses akan menjelaskan apa yang dikerjakan, untuk siapa, siapa yang mengerjakan, kapan dan bagaimana standar pelayanan kesehatan dapat dicapai.

Dalam contoh standar pelayanan ISPA yang terdapat dalam bab kesembilan, maka sebagai proses adalah, petugas kesehatan memeriksa balita yang batuk, dengan melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik seperti apa yang telah ditentukan dalam standar pelayanan kesehatan. Semua hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik tersebut dicatat dengan lengkap dan akurat dalam rekam medik.

### 3. Standar luaran/*output*

Standar keluaran atau *output* atau hasil pelayanan kesehatan ialah hasil pelayanan kesehatan yang dilaksanakan sesuai standar pelayanan kesehatan dan ini sangat penting. Kriteria '*outcome*' yang umum digunakan antara lain :

- a. Kepuasan pasien
- b. Pengetahuan Pasien
- c. Fungsi Pasien
- d. Indikator Kesembuhan, Kematian, Komplikasi dll.

Salah satu pengukuran mutu pelayanan kesehatan dengan membandingkan terhadap Standar Pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan. Pengertian Standar Pelayanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yang menyangkut input/masukan, proses dan keluaran/*output* (Pohan, 2003). Standar pelayanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu ke dalam terminologi operasional. Standar, indikator dan nilai ambang batas merupakan unsur-unsur yang akan membuat jaminan mutu pelayanan kesehatan dapat diukur. Indikator didefinisikan sebagai tolok ukur untuk mengetahui adanya perubahan yang dikaitkan dengan target/standar yang telah ditentukan sebelumnya. Jenis-jenis indikator bisa dikelompokkan berdasarkan; *Input* (berkaitan dengan *man, money, material, method* dan *management*), *process* (berkaitan dengan proses yang dilakukan untuk menghasilkan sesuatu baik barang maupun jasa), *output* (berkaitan dengan sesuatu yang dihasilkan bisa dalam bentuk barang ataupun selesainya pekerjaan jasa), *outcome* (berkaitan dengan ukuran yang dirasakan pelanggan, biasanya merupakan persepsi pelanggan terhadap pemanfaatan layanan), *benefit* (berkaitan dengan ukuran terhadap manfaat bagi pelanggan atau bagi pemberi pelayanan) dan *impack* (berkaitan dengan ukuran dampak dari suatu produk secara luas dan biasanya jangka panjang).

Menurut Pohan, I (2003), pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan melalui tiga cara, yaitu :

#### 1. Pengukuran mutu prospektif

Pengukuran mutu prospektif yaitu pengukuran mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diselenggarakan.

2. Pengukuran mutu konkuren

Pengukuran mutu konkuren yaitu pengukuran pengukuran mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan selama pelayanan kesehatan sedang berlangsung.

3. Pengukuran mutu retrospektif

Pengukuran mutu retrospektif yaitu pengukuran mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan sesudah pelayanan kesehatan selesai dilaksanakan.

1. Pengukuran mutu prospektif

Pengukuran mutu prospektif ialah pengukuran mutu yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diselenggarakan, maka oleh sebab itu pengukurannya ditujukan terhadap struktur atau masukan pelayanan kesehatan dengan asumsi bahwa pelayanan kesehatan harus memiliki sumberdaya tertentu agar dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang bermutu, seperti:

a. Pendidikan profesi kesehatan

Pendidikan profesi pelayanan kesehatan ditujukan agar menghasilkan profesi pelayanan kesehatan yang mempunyai pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang dapat mendukung pelayanan kesehatan yang bermutu.

b. Perizinan atau *'Licensure'*

Perizinan merupakan salah satu mekanisme untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan. SID (Surat Izin Dokter) dan SIP (Surat Izin Praktek) yang diberikan merupakan suatu pengakuan bahwa dokter tersebut memenuhi syarat untuk melakukan profesi dokter. Demikian pula halnya dengan profesi kesehatan lain, harus mempunyai izin kerja sesuai dengan profesinya. Mekanisme perizinan belum menjamin sepenuhnya kompetensi tenaga kesehatan yang ada atau mutu pelayanan kesehatan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

c. Standardisasi

Dengan menerapkan standardisasi, seperti standardisasi peralatan, tenaga, gedung, sistem, organisasi, anggaran, dll, maka diharapkan fasilitas pelayanan kesehatan menjadi bermutu. Standardisasi akan membangun

klasifikasi pelayanan kesehatan. Contohnya standarisasi pelayanan rumah sakit akan dapat mengelompokkan atau mengklasifikasikan rumah sakit dalam berbagai kelas tertentu, misalnya rumah sakit umum kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D. Rumah sakit jiwa kelas A dan kelas B.

d. Sertifikasi (*certification*)

Sertifikasi adalah langkah selanjutnya dari perizinan. Misalnya, pengakuan sebagai dokter spesialis adalah sertifikasi. Di Indonesia perizinan itu dilakukan oleh departemen kesehatan atau dinas kesehatan sedang sertifikasi oleh pendidikan profesi (Dpdikbud, CHS, Organisasi Profesi).

e. Akreditasi

Akreditasi adalah pengakuan bahwa suatu instansi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit telah memenuhi beberapa standar pelayanan kesehatan tertentu. Indonesia telah melakukan akreditasi rumah sakit umum yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan.

Pengukuran mutu prospektif terfokus pada penilaian sumberdaya, bukan kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Ini merupakan salah satu kekurangan pengukuran mutu dengan cara prospektif.

Pengukuran mutu konkuren ialah pengukuran mutu yang dilakukan selama pelayanan kesehatan diselenggarakan, yaitu dengan melakukan pengamatan langsung dan kadang-kadang perlu dilengkapi dengan melihat rekam medik, wawancara dengan pasien/ keluarga/petugas kesehatan, dan melakukan pertemuan dengan pasien/keluarga/petugas kesehatan.

Pengukuran mutu yang retrospektif ialah pengukuran mutu yang dilakukan setelah pelayanan kesehatan selesai diselenggarakan dan biasanya merupakan gabungan beberapa kegiatan yang berikut :

a. Menilai rekam medik

Memeriksa dan kemudian menilai catatan rekam medik atau catatan lain dan kegiatan ini disebut sebagai audit.

b. Wawancara

Wawancara dengan pasien dan keluarga/teman/petugas kesehatan.



- c. Membuat Kuisisioner  
Membuat kuisisioner yang dibagikan kepada pasien dan keluarga/teman/petugas kesehatan.
- d. Melakukan pertemuan  
Melakukan pertemuan dengan pasien dan petugas kesehatan terkait.

#### 2.1.2.4. Audit Medik

Departemen Kesehatan melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/MENKES/IV/2005 tanggal 5 Mei 2005 tentang Pedoman Audit Medik Rumah sakit telah mewajibkan rumah sakit untuk melakukan audit medis. Pedoman ini terdiri dari 5 bab, yaitu: pendahuluan, audit medis dan kaitannya dengan mutu pelayanan medis, tatalaksana audit medis, monitoring dan evaluasi dan penutup (Depkes, 2005). Pengembangan peningkatan mutu pelayanan saat ini mengarah kepada *patient safety* yaitu keselamatan dan keamanan pasien, sangat penting untuk meningkatkan mutu rumah sakit dalam rangka globalisasi.

Dengan adanya program keselamatan dan kemanan pasien (*patient safety*) tersebut, diharapkan rumah sakit bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan standar yang tinggi sesuai dengan kondisi rumah sakit sehingga terwujudnya pelayanan medik prima di rumahsakit. Aspek mutu pelayanan medik di rumah sakit berkaitan erat dengan masalah medikolegal (Dwiprahasto, 2005)

Sebagai bagian dari *Quality Assurance* sangat terkait dengan upaya peningkatan mutu dan standarisasi, karena itu tujuan secara umum dilakukan audit adalah: Tercapainya pelayanan medik prima di rumahsakit, sedangkan tujuan khususnya adalah: untuk melakukan evaluasi mutu pelayanan medik, untuk mengetahui penerapan standar pelayanan medik dan untuk melakukan perbaikan-perbaikan pelayanan medik sesuai kebutuhan pasien dan standar pelayanan medik

Dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib memberikan pelayanan medik sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur

operasional serta kebutuhan medik pasien. Karena itu setiap dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya, dimana dalam rangka pelaksanaan kegiatan tersebut dapat diselenggarakan audit medik.

Keuntungan Audit adalah:

1. Pencatatan sudah tersedia
2. Audit akan mendorong untuk melakukan pencatatan yang baik dan akurat.

Kekurangan audit adalah:

1. Pencatatan yang tidak lengkap dan tidak akurat menimbulkan pengukuran yang tidak akurat.
2. Kalau waktu terlalu banyak digunakan untuk pencatatan maka dapat terjadi waktu yang tersedia untuk melayani pasien akan dapat berkurang.

Memeriksa rekam medik pasien atau catatan lainnya sangat berguna sebagai kegiatan awal kelompok jaminan mutu pelayanan kesehatan. Informasi telah tersedia dan kelompok jaminan mutu pelayanan kesehatan dengan mudah melakukan pemeriksaan dan kemudian melakukan penilaian terhadap hasil pemeriksaan tersebut. Karena penilaian berdasarkan catatan, maka catatan itu haruslah dapat dipercaya dan akurat catatan yang tidak lengkap dan tidak akurat akan menghasilkan pengukuran yang tidak akurat pula. Kadang-kadang catatan yang baik tidak terkait dengan standar pelayanan kesehatan yang diberikan. Pelayanan kesehatan malahan menjadi jelek karena terlalu banyak waktu yang digunakan oleh petugas kesehatan untuk membuat pencatatan yang lengkap. Oleh sebab itu, yang penting diupayakan adalah agar penilaian itu didasarkan pada tehnik pencatatan yang mudah digunakan dan relevan kepada petugas kesehatan yang menggunakannya. Sekarang sudah banyak digunakan rekam medik yang berorientasi masalah atau *problem oriented medical record* (POMR) yang dengan mudah digunakan dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Rekam medik berorientasi masalah dirancang terintegrasi dengan kerangka pikir audit.

### 2.1.2.5. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit

Menurut PP 65 Bab I Ayat 6 (2005), “Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal”. SPM Rumah Sakit Kabupaten/Kota adalah standar pelayanan berdasarkan kewenangan yang telah diserahkan yang wajib dilaksanakan Rumah Sakit Kabupaten/Kota untuk menjamin mutu pelayanan yang akan diterima masyarakat. SPM juga berfungsi sebagai akuntabilitas daerah kepada pemerintah dalam penyelenggaraan pemerintah Kabupaten/Kota serta sebagai instrumen, pembinaan dan pengawasan daerah. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Pemerintah adalah indikator atau tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah (PP 28 Ps 39 ttg Pengelolaan Keuangan Daerah, Kep Menkes 1457 tahun 2003).

RSUD Kota Bekasi yang telah menjadi BLU/BLUD menggunakan SPM yang ditetapkan oleh menteri/pimpinan lembaga/gubernur/bupati/walikota sesuai dengan kewenangannya, harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan, biaya serta kemudahan untuk mendapatkan layanan. Standar pelayanan minimal tersebut harus memenuhi persyaratan, yaitu :

1. Fokus pada jenis pelayanan, dalam arti mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLU/BLUD
2. Bersifat sederhana, kongkrit, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggung jawabkan.
3. Terukur, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
4. Dapat dicapai, merupakan kegiatan nyata yang dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
5. Relevan dan dapat diandalkan, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLU/BLUD.
6. Tepat waktu, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang mempunyai batas waktu pencapaian yang telah ditetapkan.

### 2.1.2.6. Pengendalian Infeksi Nosokomial (INOK)

Menurut Depkes INOK adalah infeksi yang terjadi atau didapat di rumah sakit apabila:

1. Pada saat masuk rumah sakit tidak ada tanda/ gejala atau tidak dalam masa inkubasi suatu infeksi.
2. Infeksi terjadi 3 x 24 jam setelah pasien dirawat di rumah sakit
3. Infeksi pada lokasi yang sama tetapi disebabkan oleh *mikroorganisme* yang berbeda dari *mikroorganisme* pada saat masuk rumah sakit atau *mikroorganisme* penyebab sama tetapi pada lokasi yang berbeda.

Batasan dalam menegakkan diagnosa INOK selain yang ditetapkan Depkes juga oleh SENIC (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*) sebagaimana disampaikan CDC (2003) yaitu ada dua jenis INOK :

1. *Endogenous infection, self-infection, atau auto-infection* yaitu agen penyebab infeksi sudah ada pada pasien pada saat masuk ke rumah sakit, tetapi tidak ada tanda infeksi, dan infeksi kemudian berkembang selama tinggal di rumah sakit.
2. *Cross-contamination followed by cross-infection* yaitu selama tinggal di rumah sakit pasien mengalami kontak dengan agen baru infeksi yang menyebabkan terjadinya kontaminasi dan berkembang menjadi infeksi.

Dengan kata lain INOK adalah infeksi yang tidak diderita atau tidak tampak pada saat seorang pasien masuk ke rumah sakit tetapi didapatkan pasien setelah masuk/ dirawat di rumah sakit. INOK tidak saja terjadi pada penderita tetapi juga pada orang yang kontak dengan rumah sakit termasuk staf rumah sakit, sukarelawan, pengunjung, pekerja, pedagang dan lainnya. INOK dikelompokkan sebagai berikut :

1. Infeksi Saluran Kemih (ISK)
2. Infeksi Luka Operasi (ILO)
3. Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

*Phlebitis* adalah infeksi pada dinding *vena* yang timbul akibat tindakan invasif pada pemasangan kateter *interven*a.

4. Sepsis Klinis

5. *Gastroenteritis* (Infeksi Saluran Cerna)
6. *Pneumonia*
7. *Endometris*

Menurut WHO (2003) tiga faktor utama yang dianggap menjadi determinan INOK yaitu; sumber infeksi, rute penularan dan *host* yang rentan. Ketiga faktor tersebut adalah:

#### 1. Sumber Infeksi

Sumber infeksi di rumah sakit terdiri dari pasien itu sendiri, pasien lain, personil rumah sakit, pengunjung, makanan, mesin dan peralatan. Pelaksanaan proses pelayanan kesehatan terjadi lingkaran setan sumber infeksi dimana hubungan yang terus menerus terjadi antara staf rumah sakit, pasien lain, pasien (infeksi sendiri), peralatan dan lingkungan rumah sakit seperti air, udara dan makanan. Tetapi di duga penyebab terbesar sumber mikroorganisme yang patogen bagi manusia adalah manusia.

Ancaman paling serius terjadinya infeksi adalah flora normal manusia yang berubah menjadi *patogen* ketika terjadi penurunan ketahanan *host* atau modifikasi hereditas flora tersebut. Flora normal yang biasa menjadi patogen seperti *escherichia coli*, *klebsiela pneumoniae* dan lain-lain. Penyebab terbesar dari kontaminasi kuman di rumah sakit adalah tangan petugas dan penderita yang infeksi. Semmelweis di Wina pada tahun 1845–1848 melakukan penelitian terhadap pasien demam yang menyebabkan kematian pada ibu setelah bersalin yang ditolong oleh dokter dan mahasiswa kedokteran. Tangan petugas yang tercemar setelah dilakukan otopsi mayat sebesar 25% dan setelah petugas melakukan cuci tangan sebelum menolong persalinan angka kematian menurun menjadi 3% (Djoyosugito, 2001). Berikut faktor yang sering menimbulkan infeksi nosokomial :

- a. Banyaknya pasien yang dirawat di rumah sakit yang menjadi sumber infeksi bagi lingkungan dan pasien lainnya.
- b. Kontak langsung antara pasien yang menjadi infeksi dengan pasien lainnya.
- c. Kontak langsung antara petugas rumah sakit yang terkontaminasi kuman dengan pasien.

- d. Penggunaan alat/ peralatan dokter yang telah terkontaminasi oleh kuman.
- e. Kondisi pasien yang lemah akibat penyakit yang sedang diderita.

## 2. Rute Penularan

Untuk terjadinya penularan mata rantai infeksi harus berlangsung dengan lengkap. *Patogen* harus keluar dari sumbernya mempunyai media bagi penyebarannya dan mendapatkan pintu masuk ke dalam host yang rentan. Mata rantai infeksi merupakan konsep dasar dari pengendalian infeksi dan terdiri dari enam komponen, yaitu :

- a. Agen penginfeksi, yang dapat berupa bakteri, virus, riketsia, fungsi protozoa, parasit.
- b. *Reservoir*, yang dapat menjadi reservoir umum berkaitan dengan terjadinya INOK, adalah pasien dimana sumber infeksi berasal dari flora *endogenous*, personel kesehatan melalui tangan atau pernafasan (*droplet infection*) serta peralatan medis yang tidak dibersihkan dan distrerilkan dengan baik.
- c. Pintu keluar (*portal of exit*), dapat berupa saluran pernafasan, pencernaan, *genitourinaria*, kulit, membran mukosa, darah serta cairan tubuh lainnya.
- d. Modus tranmisi, mekanismenya dapat melalui udara, kontak langsung maupun tidak langsung, *droplet*, *vector* dan *vehicle* (pembawa).
- e. Pintu masuk (*portal of entry*), dapat melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan, traktus *genitourinaria*, membran *mukosa* dan *plasenta*.
- f. Pejamu (*host*) yang *susceptible* yang adalah orang yang tidak memiliki daya tahan yang cukup untuk melawan agen penginfeksi dan mencegah infeksi atau penyakit. Beberapa faktor yang mempengaruhi adalah umur, riwayat penyakit kronis, status gizi, status imunisasi, trauma atau pembedahan.

Untuk dapat terjadinya infeksi keenam komponen tersebut harus ada, sehingga pemutusan mata rantai perlu dilakukan dengan sistem isolasi.

## 3. *Host* Yang Rentan

Kepekaan *host* dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, status gizi, status kekebalan dan penyakit penyerta.

CDC (2002) memberi petunjuk isolasi bagi rumah sakit (*Isolation Precautions*) untuk mengendalikan INOK yang terdiri dari dua komponen yaitu :

- a. *Standard Precautions* untuk semua pasien. Ini mirip dengan *universal precautions*, tapi sarung tangan dipakai untuk semua daerah lembab pada pasien termasuk ekskresi dan sekresi. Ini merupakan kombinasi dari BSI dan *universal precautions*.
- b. *Transmission-based Precautions* (kewaspadaan berdasarkan cara penularan) untuk pasien yang dicurigai atau terdiagnosa infeksi yang dapat ditularkan melalui udara, cairan atau kontak, atau terinfeksi dengan organisme yang epidemis.
  - i. *Airborne Precautions* digunakan untuk infeksi yang disebarkan oleh cairan berukuran lebih kecil dari 5 $\mu$ m, contohnya TB paru
  - ii. *Droplet Precautions* digunakan untuk infeksi yang disebarkan melalui cairan berukuran lebih besar dari 5 $\mu$ m, contoh influenza
  - iii. *Contact Precautions* dipakai untuk pasien yang dicurigai terinfeksi oleh organisme epidemis yang kebal berbagai obat

Demikian juga Depkes (2007) menyatakan bahwa pencegahan infeksi bagi semua orang yang ada di lingkungan rumah sakit tanpa menghiraukan apakah mereka terinfeksi atau tidak, dilakukan dengan *standar precaution*. *Standar precaution* adalah petunjuk tindakan pencegahan penularan infeksi melalui darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi kecuali keringat yang bertujuan untuk menurunkan risiko penularan dari infeksi yang sudah ada atau belum diketahui pada petugas kesehatan, pasien atau pengunjung. Langkah *Standar precaution* meliputi :

1. Cuci tangan dilakukan bila :
  - a. Tangan terlihat kotor
  - b. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau kontak dengan permukaan yang terkontaminasi
  - c. Menggunakan sabun dengan air mengalir atau menggunakan antiseptik berbahan dasar alkohol (alcohol based hand rub) sesuai dengan prosedur cuci tangan

2. Kebersihan perorangan dan pakaian
  - a. Semua petugas kesehatan wajib menjaga kesehatan dan kebersihannya masing – masing
  - b. Kuku harus bersih dan dipotong pendek, tidak diperbolehkan menggunakan kuku palsu
  - c. Rambut harus dicukur pendek atau diikat rapih
  - d. Kumis dan cambang harus dicukur rapih
  - e. Semua petugas kesehatan harus menggunakan seragam kerja yang bersih dan menggunakan seragam khusus bagi petugas di ICU, Laboratorium dan unit luka bakar.
  - f. Tutup kepala wajib digunakan oleh petugas di ICU, OK atau bila melakukan tindakan invasif
3. Pemakaian Alat Pelindung Diri (ADP)
  - a. Sarung tangan

Dipakai setiap kali kontak dengan pasien, darah atau cairan tubuh lainnya  
Cukup satu pasang dan tidak perlu steril kecuali bila melakukan tindakan pembedahan  
Diganti untuk setiap pasien, bila terlihat kotor atau robek  
Buang pada tempat yang telah disediakan
  - b. Masker

Digunakan untuk melindungi mulut dan hidung  
Jenis masker disesuaikan dengan peruntukannya
  - c. Pelindung Mata

Digunakan untuk melindungi mulut dan sekitarnya sehingga harus menutupi daerah mata dan sekitarnya  
Kacamata perorangan tidak dapat digunakan sebagai pelindung mata
  - d. Jubah atau apron

Jubah bersih digunakan setiap hari untuk tindakan invasif atau pembedahan  
Jubah dibuat dari bahan katun yang nyaman dipakai  
Apron terbuat dari bahan yang tahan terhadap cairan



4. Pencegahan luka tusukan (*needle stick injury*)
  - a. Gunakan jarum dan siring sekali pakai
  - b. Jangan melakukan tindakan menutup jarum kembali (*recapping*)
  - c. Buang jarum dan benda tajam lainnya pada tempat yang tahan tusukan.

### 2.1.3. Rekam Medis

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan RI No : 269 / Menkes / Per / III / 2008 tentang Rekam Medis, dinyatakan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, serta tindakan dan pelayanan lain kepada pasien selama mendapatkan perawatan dirumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat inap. Untuk semua instansi kesehatan telah diatur tata cara penyelenggaraan rekam medis, pengorganisasian serta sanksi atas pelanggaran terhadap ketentuan berlaku. Berbeda dengan peraturan sebelumnya, peraturan ini merupakan aspek hukum dimana setiap instansi kesehatan harus melaksanakan penyelenggaraan rekam medis sesuai ketentuan tersebut. Apabila tidak melaksanakan, dapat dikenakan sanksi.

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan dengan kegiatan pencatatan data medis selama mendapat pelayanan medis di rumah sakit dan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyelenggaraan, penyimpanan serta pengeluaran rekam medis dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan peminjam atau keperluan lainnya. Agar pelaksanaan penyelenggaraan rekam medis ini berjalan dengan baik, maka diperlukan kerja sama semua pihak yang terkait, sehingga dapat menghasilkan rekam medis yang lengkap, akurat, dan benar.

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan memuat identitas, anamnesa, diagnosis, tindakan/pengobatan. Sedangkan isi rekam medis untuk pasien rawat inap memuat identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis, persetujuan tindakan medik, tindakan/pengobatan, ringkasan akhir dan evaluasi pengobatan.

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek (DepKes, 2001) antara lain:

1. Aspek Administrasi  
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis  
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum  
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan..
4. Aspek Keuangan  
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya mengandung data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan
5. Aspek Penelitian  
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan
6. Aspek Pendidikan  
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan / referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.
7. Aspek Dokumentasi  
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

## 2.2. *Intensive Care Unit (ICU)*

### 2.2.1. Pengertian *Intensive Care Unit (ICU)*

Sejarah *Intensive Care Unit (ICU)* bermula dari timbulnya wabah *poliomyelitis* di Scandinavia pada sekitar awal tahun 1950, kematian yang terjadi disebabkan oleh kelumpuhan otot-otot pernapasan. Pada masa itu para dokter anesthesia melakukan intubasi dan memberikan bantuan napas secara manual mirip yang dilakukan selama anestesi. Di Indonesia sejarah ICU dimulai tahun 1971 di beberapa kota besar, di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta diprakarsai oleh Prof. Moch. Kelan dan Prof. Muhandi. Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya oleh Prof. Karijadi Wirjoatmodjo, Rumah Sakit dr. Karijadi Semarang oleh Prof. Haditopo, selanjutnya menyebar di banyak kota dan umumnya dimotori oleh para dokter anestesi.

*Intensive Care Unit (ICU)* adalah suatu unit dari rumah sakit yang bersifat spesifik, dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa dengan *prognosis dubia*. Pada saat ini ICU modern tidak terbatas menangani pasien pasca bedah atau ventilasi mekanis saja, namun telah menjadi cabang ilmu sendiri yaitu *intensive care medicine*. Ruang lingkup pelayanannya meliputi pemberian dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, renal dan lain-lain, baik pada pasien dewasa atau anak. *Intensive care medicine* melibatkan multidisiplin ilmu, termasuk ilmu bedah, ilmu interna, anestesi, neurologi, dan *neurosurgery* serta *subspesialis*. Unit pelayanan ICU mempunyai ciri biaya tinggi, teknologi tinggi, multi disiplin dan multi profesi berdasarkan atas efektivitas, keselamatan, dan ekonomis.

Achsanuddin Hanafie dalam pidato pengukuhan Guru Besar, 2007, mengatakan *Intensive care unit (ICU)* adalah unit pelayanan yang memiliki kekhususan dibanding unit pelayanan lain dalam suatu Rumah Sakit, kekhususan-kekhususan yang dimaksud sebagai berikut:

1. Fungsi utama ICU yaitu:
  - a. Pertama adalah untuk melakukan perawatan pada pasien-pasien gawat darurat dengan potensi “*reversible life threatening organ dysfunction*”
  - b. Kedua adalah untuk mendukung organ vital pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi yang kompleks elektif atau prosedur intervensi dan risiko tinggi untuk fungsi vital.
2. Komponen penting ICU yaitu:
  - a. Pasien yang dirawat dalam keadaan kritis
  - b. Desain ruangan dan sarana khusus
  - c. Peralatan kesehatan berteknologi tinggi dan mahal
  - d. Tenaga yang memberikan pelayanan dituntut memiliki pengetahuan medis dan ketrampilan yang khusus
3. Indikasi pasien yang dirawat di ICU adalah:
  - a. Pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan, sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan terapi titrasi
  - b. Pemantauan kontinu terhadap pasien-pasien dalam keadaan kritis yang dapat mengakibatkan terjadinya dekompensasi fisiologis
  - c. Intervensi medis segera oleh tim *intensive care*
4. Bentuk pelayanan kesehatan terhadap pasien:
  - a. Tindakan resusitasi yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi-fungsi vital seperti *airway* (fungsi jalan pernafasan), *breathing* (fungsi pernafasan), *circulation* (fungsi sirkulasi), *brain* (fungsi otak), dan fungsi organ lain
  - b. Penegakan diagnosis setelah memberikan tindakan *live support* seperti diuraikan .
  - c. Memberikan terapi definitif
5. Pembagian tugas dan wewenang dalam koordinasi dan integrasi dalam kerja sama tim multidisipliner sebagai berikut:
  - a. Dokter yang merawat pasien sebelum masuk ICU melakukan evaluasi pasien sesuai bidangnya dan memberi pandangan atau usulan terapi.

- b. *Intensivist*, selaku ketua tim, melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya.
  - c. Ketua tim berkonsultasi pada konsultan lain dengan mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim.
6. Hak dan Kewajiban Dokter dalam tim sebagai berikut:
- a. Setiap dokter berhak memasukkan pasien ke ICU sesuai dengan indikasi masuk ke ICU, karena keterbatasan jumlah tempat tidur ICU maka berlaku prioritas dan indikasi masuk.
  - b. Semua dokter dalam tim wajib menggunakan asas Sistem Manajemen Peningkatan Mutu Terpadu
  - c. Setiap dokter wajib mempertimbangkan masukan tim kendali mutu yang beranggotakan dokter dari beberapa disiplin ilmu, yang tugas utamanya memberi masukan terhadap teman sejawat dan berkoordinasi dengan manajemen Rumah Sakit.

### 2.2.2. Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU)

Perhimpunan dokter *intensive care Indonesia* (PERDICI) mengatakan bahwa mampu memberikan pelayanan tersebut, dan yang terbebas dari tugas-tugas lain yang membebani, seperti kamar operasi, praktek atau tugas-tugas kantor. *Intensivist* yang bekerja harus berpartisipasi dalam suatu sistem yang menjamin kelangsungan pelayanan *intensive care* 24 jam. Hubungan pelayanan ICU yang terorganisir dengan bagian-bagian pelayanan lain di rumah sakit harus ada dalam organisasi rumah sakit.

*Intensive Care Unit* (ICU) merupakan cabang ilmu kedokteran yang memfokuskan diri dalam bidang life support atau organ support pada pasien-pasien sakit kritis yang kerap membutuhkan monitoring intensif. Pasien yang membutuhkan perawatan intensif sering memerlukan support terhadap instabilitas hemodinamik (hipotensi), airway atau respiratory compromise dan atau gagal ginjal, kadang ketiganya. Perawatan intensif biasanya hanya disediakan untuk pasien-pasien dengan

kondisi yang potensial reversibel atau mereka yang memiliki peluang baik untuk bertahan hidup (Murditanto, J, SpAn, 2009).

Bidang kerja pelayanan intensive care meliputi : (1) pengelolaan pasien; (2) administrasi unit; (3) pendidikan; dan (4) penelitian. Kebutuhan dari masing-masing bidang akan bergantung dari tingkat pelayanan tiap unit. Tingkat pelayanan ICU harus disesuaikan dengan kelas rumah sakit. Tingkat pelayanan ini ditentukan oleh jumlah staf, fasilitas, pelayanan penunjang, jumlah dan macam pasien yang dirawat. Pelayanan ICU harus memiliki kemampuan minimal sebagai berikut :

1. Resusitasi jantung paru.
2. Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan penggunaan ventilator sederhana
3. Terapi oksigen
4. Pemantauan EKG, pulse oksimetri terus menerus
5. Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
6. Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
7. Pelaksanaan terapi secara titrasi
8. Kemampuan melaksanakan teknik khusus sesuai dengan kondisi pasien
9. Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat
10. Kemampuan melakukan fisioterapi dada

Klasifikasi atau stratifikasi pelayanan ICU dibagi menjadi:

1. Pelayanan ICU Primer (standar minimal)

Pelayanan ICU primer mampu memberikan pengelolaan resusitatif segera untuk pasien sakit gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek, dan mempunyai peran penting dalam pemantauan dan pencegahan penyulit pada pasien medik dan bedah yang beresiko. Dalam ICU dilakukan ventilasi mekanik dan pemantauan kardiovaskuler sederhana selama beberapa jam. Kekhususan yang harus dimiliki :

- a. Ruangan tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruangan perawatan lain.

- b. Memiliki kebijaksanaan/kriteria penderita yang masuk, keluar serta rujukan.
  - c. Memiliki seorang dokter spesialis anesthesiologi sebagai kepala.
  - d. Ada dokter jaga 24 (dua puluh empat) jam dengan kemampuan melakukan resusitasi jantung paru (A, B, C, D, E, F).
  - e. Konsulen yang membantu harus selalu dapat dihubungi dan dipanggil setiap saat.
  - f. Memiliki jumlah perawat yang cukup dan sebagian besar terlatih.
  - g. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu (Hb, Hematokrit, elektrolit, gula darah dan trombosit), roentgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi.
2. Pelayanan ICU sekunder
- Pelayanan ICU sekunder memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit yang lain yang telah digariskan, misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskuler dan lain-lainnya. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis lebih lama melakukan dukungan/bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks. Kekhususan yang harus dimiliki :
- a. Ruangan tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruangan perawatan lain.
  - b. Memiliki ketentuan / kriteria penderita yang masuk, keluar serta rujukan.
  - c. Memiliki konsultan yang dapat dihubungi dan datang setiap saat bila diperlukan.
  - d. Memiliki seorang kepala ICU, seorang dokter konsultan *intensive care*, atau bila tidak tersedia oleh dokter spesialis anesthesiologi, yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
  - e. Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien : perawat sama dengan 1:1 untuk pasien dengan ventilator, *renal replacement therapy* dan 2:1 untuk kasus-kasus lainnya.

- f. Memiliki lebih dari 50% perawat bersertifikat terlatih perawatan/terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU.
  - g. Mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu melakukan pemantauan invasif dan usaha-usaha penunjang hidup.
  - h. Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, roentgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.
  - i. Memiliki ruangan isolasi atau mampu melakukan prosedur isolasi.
3. Pelayanan ICU tersier (tertinggi)

Pelayanan ICU tersier merupakan rujukan tertinggi untuk ICU, memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan / bantuan hidup multi-sistim yang kompleks dalam jangka waktu yang terbatas. ICU ini melakukan ventilasi mekanis pelayanan dukungan/bantuan renal ekstrakorporal dan pemantuan kardiovaskuler invasif dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medik. Semua pasien yang masuk ke dalam unit harus dirujuk untuk dikelola oleh spesialis intensive care. Kekhususan yang harus dimiliki :

- a. Memiliki ruangan khusus tersendiri didalam rumah sakit.
- b. Memiliki kriteria penderita masuk, keluar dan rujukan.
- c. Memiliki dokter spesialis yang dibutuhkan dan dapat dihubungi, datang setiap saat diperlukan.
- d. Dikelola oleh seorang ahli anesthesiologi konsultan intensive care atau dokter ahli konsultan *intensive care* yang lain yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
- e. Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien : perawat sama dengan 1: 1 untuk pasien dengan ventilator, *renal replacement therapy* dan 2:1 untuk kasus-kasus lainnya.
- f. Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat terlatih perawatan / terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU.



- g. Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan / terapi intensif baik non-invasif maupun invasif.
- h. Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, *roentgen*, kemudahan diagnostik dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.
- i. Memiliki paling sedikit seorang yang mampu dalam mendidik tenaga medik dan paramedik agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien.
- j. Memiliki prosedur untuk pelaporan resmi dan pengkajian. (sampai disini).
- k. Memiliki staf tambahan yang lain, misalnya tenaga administrasi, tenaga rekam medik, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

Pasien sakit kritis membutuhkan pemantauan dan tunjangan hidup khusus yang harus dilakukan oleh suatu tim, termasuk diantaranya dokter yang mempunyai dasar pengetahuan, ketrampilan teknis, komitmen waktu, dan secara fisik selalu berada ditempat untuk melakukan perawatan titrasi dan berkelanjutan. Perawatan ini harus berkelanjutan dan bersifat proaktif, yang menjamin pasien dikelola dengan cara yang aman, manusiawi, dan efektif dengan menggunakan sumber daya yang ada, sedemikian rupa sehingga memberikan kualitas pelayanan yang tinggi dan hasil yang optimal.

## **BAB III**

### **GAMBARAN INSTALASI ICU RSUD KOTA BEKASI**

#### **3.1. Gambaran Umum RSUD Kota Bekasi**

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi terletak di pusat wilayah kota Bekasi dan berada di jalan Pramuka 55 Bekasi, luas area kurang lebih 13.100 m<sup>2</sup> dan luas bangunan 7.515 m<sup>2</sup>.

Sejarah berdirinya RSUD dimulai dari wakaf seorang tuan tanah pada tahun 1939 dengan fungsi balai kesehatan, tahun 1942 diperluas dengan penambahan rawat inap, gudang dan dapur. Pada tahun 1946 status balai pengobatan berubah menjadi rumah sakit pembantu dan akhirnya pada tahun 1956 resmi menjadi rumah sakit umum daerah Kabupaten Bekasi. Berdasarkan Surat Keputusan Menkes tahun 1979 berstatus rumah sakit tipe C kemudian tahun 2000 status berubah menjadi rumah sakit tipe B non pendidikan dan tahun 2001 menjadi rumah sakit swadana sampai dengan tahun 2008 berubah menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Visi RSUD Kota Bekasi adalah “ Menjadi Rumah Sakit Pilihan dan Kebanggaan Masyarakat”, yang diimplementasikan dalam misi sebagai berikut:

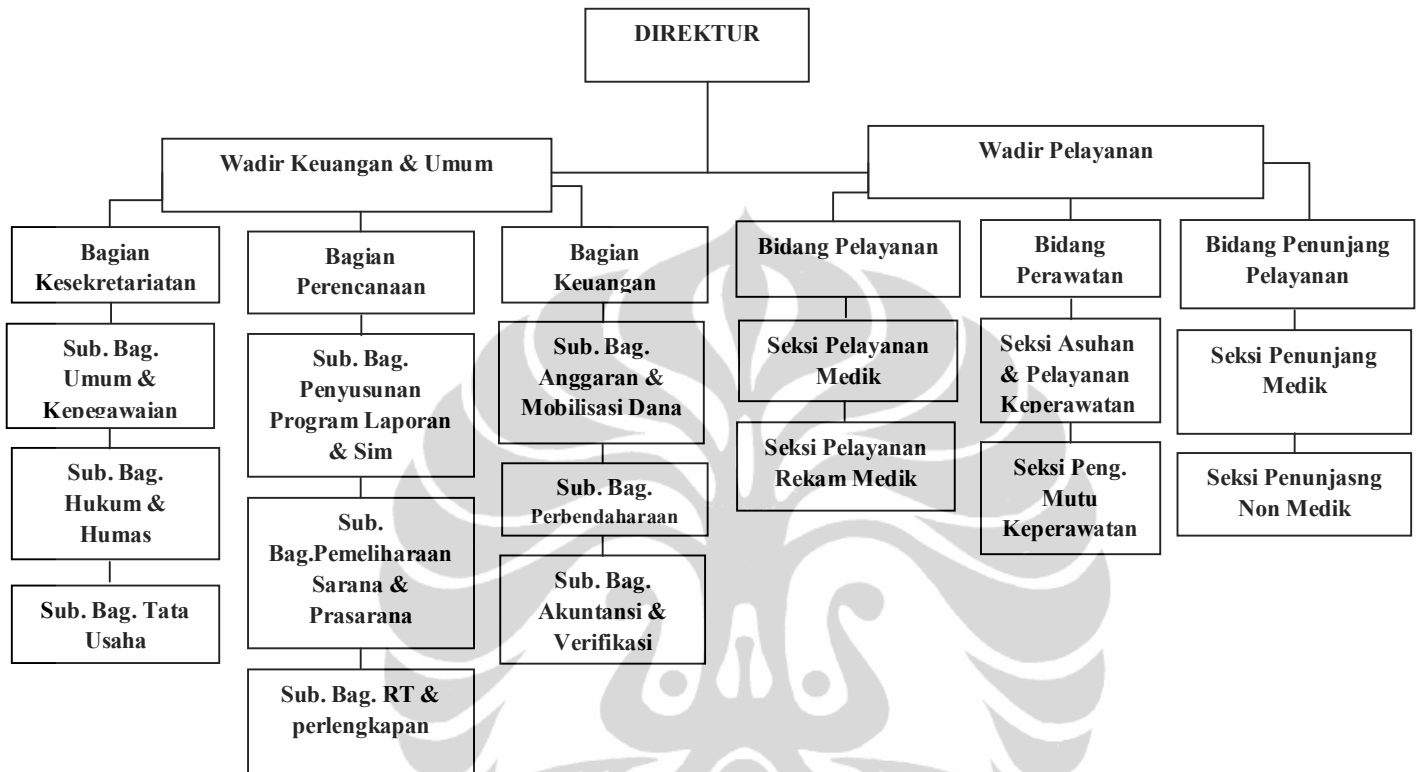
1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang prima, merata dan terjangkau oleh masyarakat
2. Meningkatkan profesionalisme SDM dan kesejahteraan karyawan RSUD Kota Bekasi.
3. Mengembangkan pusat-pusat pelayanan kesehatan spesialisik
4. Membangun komitmen bersama di antara stake holder RSUD Kota Bekasi.

RSUD Kota Bekasi pada tahun 2007 telah mendapatkan sertifikasi sebagai Rumah Sakit Terakreditasi 12 Bidang Pelayanan dari Departemen Kesehatan.

Struktur organisasi RSUD berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah yang Penerapannya melalui Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2008 sebagai berikut:

### 3.1.1. Struktur Organisasi RSUD Kota Bekasi

Gambar 3.1.  
Struktur Organisasi RSUD Kota Bekasi



Sumber: Kepegawaian RSUD Kota Bekasi

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bekasi menganut sistem organisasi minimal menurut Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah. Terdiri dari dua wakil direktur, dimana wakil direktur membawahi tiga bagian dan masing-masing bagian mempunyai tiga sub bagian. Sedangkan wakil direktur pelayanan membawahi tiga bidang, masing-masing bidang membawahi dua seksi.

### 3.1.2. Sumber Daya Manusia (SDM)

Ketenagaan di RSUD Pemerintah Kota Bekasi Tahun 2009 sebagai berikut:

Tabel 3.1  
Jumlah Ketenagaan Berdasarkan Pendidikan dan Status Tenaga

NO	JENIS KETENAGAAN	STATUS KETENAGAAN			JUMLAH
		PNS	TKK	MAGANG	
1	Dokter dan Spesialis	81	2	7	90
2	Sarjana Keperawatan	6	0	0	6
3	Sarjana Kesehatan Masyarakat	4	0	0	4
4	D 3 Keperawatan	86	39	11	136
5	SPK / C / E	61	9	0	70
6	D 3 Kebidanan	4	0	4	8
7	Bidan	17	0	0	17
8	Perawat Gigi	5	0	0	5
9	Pelaksana Anastesi	5	0	0	5
10	Apoteker / Sarjana Farmasi	7	0	0	7
11	AKFAR / SAA / SMF	11	3	2	16
12	Radiologi	4	2	0	6
13	Analisis Kesehatan	15	1	0	16
14	Rehabilitasi Medik	7	2	0	9
15	D 4 Gizi	1	0	0	1
16	D 3 Gizi	6	2	1	9
17	D 1 Gizi / SPAG	3	0	0	3
18	D 3 Kesehatan Lingkungan /D 1 Kesling	4	1	0	5
19	Tekhnik elektromedik	2	1	0	3
20	S 2 Administrasi	2	0	0	2
21	S 1 Sarjana	17	11	0	28
22	D 3 Adminstrasi	1	5	0	6
23	SMA	21	57	9	87
24	SMEA	12	9	0	21
25	STM	7	4	10	21
26	SMK	1	6	4	11
27	SMP	5	21	5	31
28	SD	7	8	1	16
<b>Jumlah</b>		<b>402</b>	<b>183</b>	<b>54</b>	<b>639</b>

Sumber: PPL & SIMRS RSUD Kota Bekasi

Tabel 3.2  
Jumlah Tenaga Medis

NO	JENIS TENAGA MEDIS	JUMLAH
1	Dokter Spesialis Bedah Umum	3
2	Dokter Spesialis Bedah Orthopedi	3
3	Dokter Spesialis Bedah Syaraf	1
4	Dokter Spesialis Urologi	1
5	Dokter Spesialis Kebidanan & Kandungan	5
6	Dokter Spesialis Mata	4
7	Dokter Spesialis THT	2
8	Dokter Spesialis Anastesis	3
9	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	4
10	Dokter Spesialis Anak	7
11	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1
12	Dokter Spesialis Patologi Anatomi	1
13	Dokter Spesialis Radiologi	2
14	Dokter Spesialis Kulit & Kelamin	2
15	Dokter Spesialis Syaraf	3
16	Dokter Spesialis Jiwa	1
17	Dokter Spesialis Paru	2
18	Dokter Spesialis Jantung	1
19	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	1
20	Dokter Spesialis Bedah Mulut	1
21	Dokter Spesialis Konservatif Gigi	1
22	Dokter Kesehatan Gigi Anak	1
23	Dokter Gigi	6
24	Dokter Umum	25
<b>Jumlah</b>		<b>81</b>

Sumber: Kepegawaian RSUD Kota Bekasi

### 3.1.3. Capaian Kinerja

#### 3.1.3.1. Pelayanan Rawat Jalan

Rawat Jalan terdiri dari pelayanan sebagai berikut:

1. Klinik Penyakit Dalam;
2. Klinik Bedah Umum;
3. Klinik Bedah Orthopedi;
4. Klinik Bedah Urologi;
5. Klinik Bedah Syaraf;
6. Klinik Penyakit Syaraf;
7. Klinik Penyakit Jantung;
8. Klinik Kebidanan dan Kandungan;
9. Klinik Penyakit THT;
10. Klinik Penyakit Jiwa/Psikiatri;
11. Klinik Penyakit Mata;
12. Klinik Penyakit Paru;
13. Klinik Penyakit Gigi dan Mulut;
14. Klinik Penyakit Anak;
15. Klinik Penyakit Kulit dan Kelamin;
16. Klinik Konsultasi Gizi.

Tabel 3.3  
Kunjungan Pasien RSUD Kota Bekasi

NO	JENIS KUNJUNGAN	TAHUN		
		2007	2008	2009
1	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	24468	23120	22583
2	Instalasi Bedah Sentral (Operasi)	14637	16162	15022
3	Instalasi Rawat Jalan	168482	191705	202747
4	Instalsi Rawat Inap	11330	16372	21698

Sumber: PPL & SIMRS RSUD Kota Bekasi

Tabel 3.4  
Kapabilitas Tempat Tidur RSUD Kota Bekasi

NO	TAHUN	JUMLAH
1	2007	260
2	2008	265
3	2009	281

Sumber: PPL & SIMRS

Tabel 3.5  
Kinerja RSUD Kota Bekasi

NO	INDIKATOR	2007	2008	2009
1	BOR	68	76	50.26
2	LOS	3	3.74	3.05
3	TOI	2	2.17	3.02
4	BTO	65	74.16	80.18
5	NDR	20.01	19.17	18.05
6	GDR	35.56	36.08	37.02

Sumber : PPL & SIMRS

### 3.2. Gambaran ICU RSUD Kota Bekasi

Visi ICU:

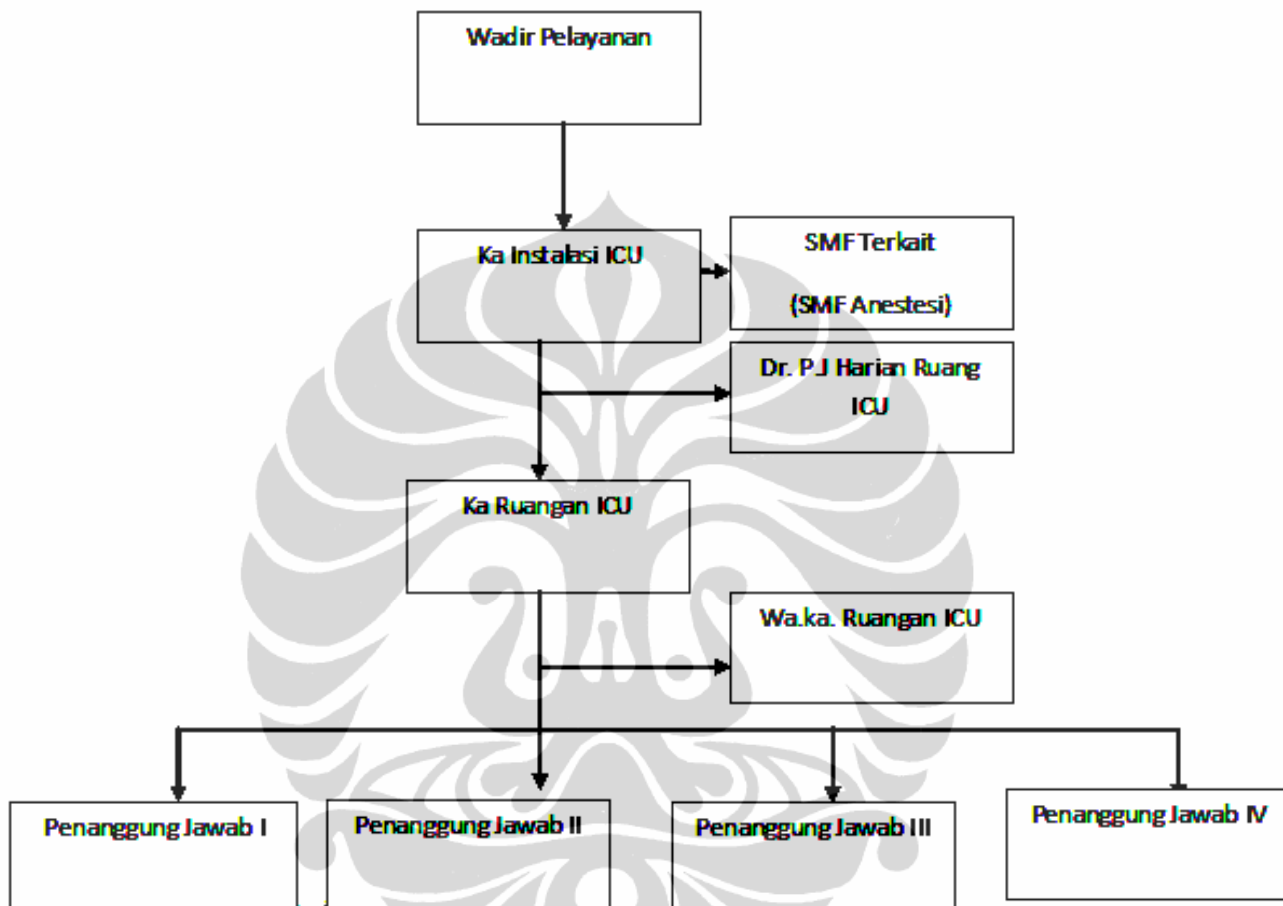
Menjadikan ICU sebagai instalasi yang memiliki NDR dan GDR 0 %

Misi ICU:

1. Mempunyai perawat yang cukup jumlah
2. Mempunyai perawat yang profesional
3. Mempunyai peralatan lengkap
4. Dilengkapi protap kegiatan darurat
5. Dilengkapi S.O.P Perawat

### 3.2.1. Struktur organisasi ICU RSUD Kota Bekasi

Gambar 3.2.  
Struktur Organisasi instalasi ICU



Sumber: Kepegawaian RSUD Kota Bekasi

*Intensive care unit* (ICU) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bekasi merupakan sebuah instalasi bukan sekedar wadah satuan medis fungsional (SMF) dengan demikian otoritas dalam manajemen pelayanan medis maupun non medis lebih leluasa. Koordinasi dengan baik antara instalasi ICU dengan manajemen (bidang atau bagian) dapat meningkatkan mutu pelayanan secara efektif dan efisien.



### 3.2.2. Ketenagaan

Tabel 3.6  
Jumlah Ketenagaan ICU

URAIAN	JUMLAH	KUALIFIKASI	KET
Staf Khusus : - Ka Instalasi - Dr. P.J Harian - Perawat : 1. Ka Ruangan 2. Waka Ruangan 3. Perawat	1 1 1 1 16	Dr Sp Anestesi Akper Akper D3, Akper	Perawat yang telah mengikuti pelatihan ICU sebanyak 10 orang
Tenaga lain : - Administrasi - Pekarya - Cleaning Service	1 1 1	S-1 SMA SMP	

Sumber Kepegawaian RSUD Kota Bekasi

### 3.2.3. Fasilitas

Tabel 3.7  
Jumlah Tempat Tidur

NO	PELAYANAN	JUMLAH TT	KET
1	ICU	6	Sebelumnya 5 TT. Penambahan menjadi 6 TT sejak Januari 2009
2	R. Isolasi	1	Rencana Realisasi 2010

Sumber : PPL & SIMRS RSUD Kota Bekasi

Tabel 3.8  
Jumlah Alat Kesehatan

NO	NAMA ALAT	JUMLAH (DALAM FUNGSI BAIK)
1	Ventilator	2
2	Patient Monitor	6
3	Syringe Pump	5
4	Infus Pump	7
5	Resusitator	2
6	Vena Sectie	1
7	DC Shock	1
8	Suction Pump	2
9	Spirometer	1
10	Laryngoskop	2
11	Ambu Bag	2

Sumber PPL & SIMRS RSUD Kota Bekasi)

#### 3.2.4. Prosedur Kerja

Indikasi Pasien masuk ICU :

1. Pasien yang satu atau lebih gagal system / organ akut dengan ancaman gagal sistem / organ akut yang membutuhkan pemantauan dan alat-alat bantu
2. Terdapat harapan pulih kembali

Dibagi tiga prioritas :

1. Pasien yang memerlukan Terapi Intensif
2. Pasien yang memerlukan Pemantauan intensif
3. Pasien yang prognose buruk untuk sembuh

Disamping itu kita harus mempertimbangkan pula :

1. Apakah masih ada manfaat, Terapi di ICU
2. Harapan kesembuhannya

Indikasi tersebut antara lain :

#### Prioritas I

Pasien sakit berat dan kritis “Pasien yang tidak stabil dan memerlukan” terapi intensif seperti bantuan ventilator, vasoaktif melalui infus secara kontinu.

Contoh :

1. Pasien gagal nafas berat : status asma tikus, COPD
2. Syok dengan macam-macam penyebab
3. Trauma capitis berat dengan penekanan CNS
4. Pasca bedah Jantung Terbuka

#### Prioritas II

Pasien yang memerlukan intensif, *invasive*, dan non *invasive*, misalnya :

1. Pasca bedah besar dan luas

Contoh :

- a. Bedah digestifus
- b. Bedah tumor
- c. Bedah syaraf

2. Pasien dengan penyakit primer :

Contoh :

- a. Jantung
- b. Paru
- c. Ginjal
- d. Syaraf
- e. Gangguan Metabolisme

Untuk mengurangi atau menghindari komplikasi yang lebih berat

#### Prioritas III

Pasien yang memerlukan terapi intensif untuk mengatasi komplikasi-komplikasi akut, meskipun kemungkinan untuk pulih kembali sangat kecil (manfaat ICU sedikit)

Contoh :

1. Pasien dengan metastase tumor ganas dengan komplikasi infeksi berat
2. Komplikasi gagal nafas pemapasan dengan prognose buruk untuk sembuh.

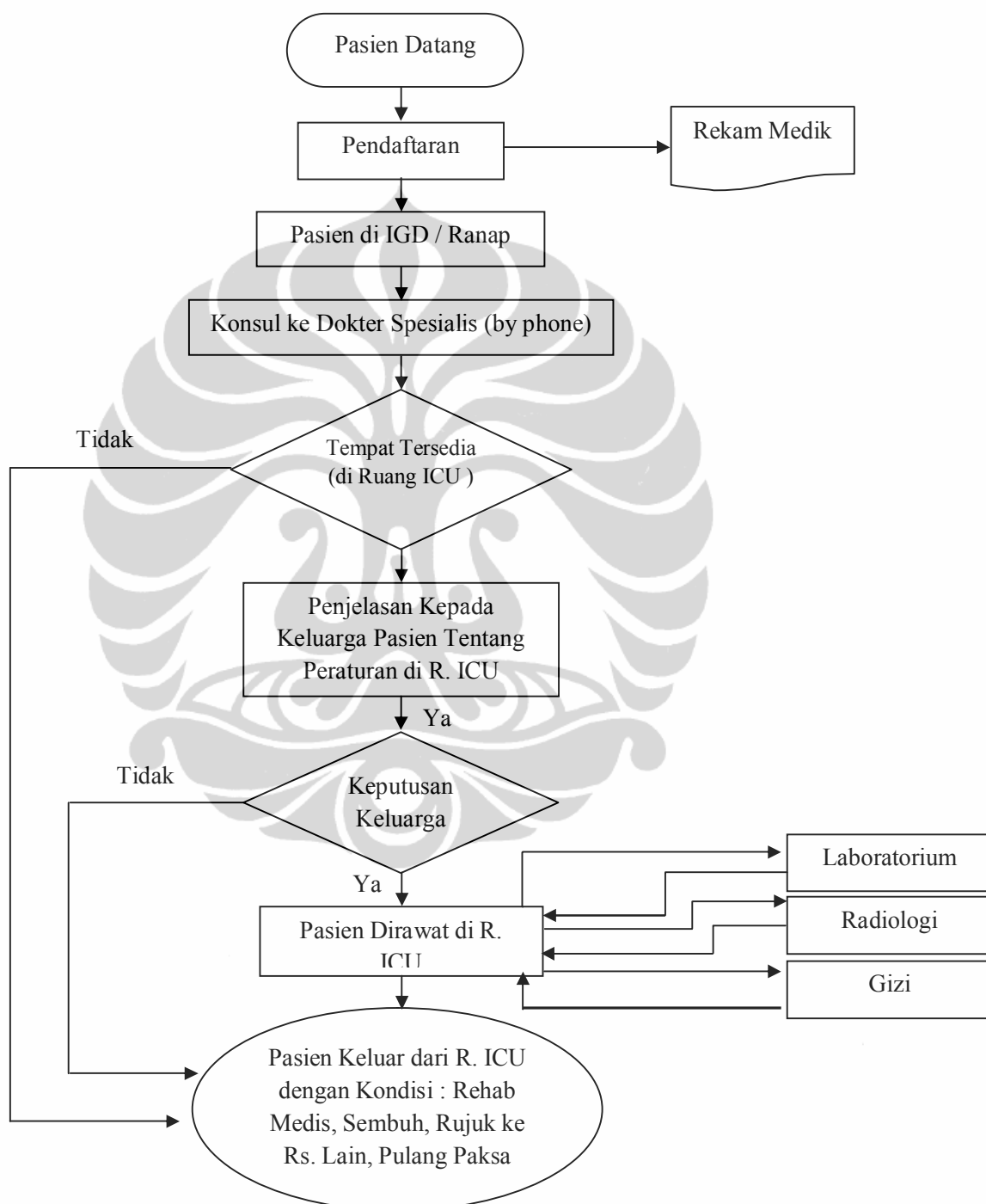
Pasien-pasien yang tidak memenuhi kriteria/ perlu masuk ICU :

1. Pasien mati batang otak (kecuali diperlukan untuk organ donor)
2. Pasien menolak terapi bantuan hidup
3. Pasien secara medis tidak ada harapan untuk dapat disembuhkan lagi, seperti Ca. stadium akhir.

SOP yang ada :

1. SOP mengantar pasien untuk suatu tindakan / pindah dari ruang ICU
2. SOP membantu pasien pindah dari kursi roda ke tempat tidur
3. SOP mencuci tangan
4. SOP menggunakan sarung tangan
5. SOP menggunakan dan melepas masker
6. SOP berkomunikasi dengan pasien dan keluarga pasien
7. SOP memandikan pasien
8. SOP membersihkan mulut pasien yang tidak sadar
9. SOP membersihkan post bab
10. SOP membersihkan rambut pasien
11. SOP mengganti alat tenun dengan atau tanpa pasien
12. SOP pemberian obat per oral
13. SOP penanganan *Hiperleukositosis*
14. SOP derajat DHF
15. SOP pelayanan keperawatan intensif (pasien dengan terpasang ventilator)
16. SOP suntikan Insulin IV, NaCl 3%, pemberian isoket, pemberian darah, pemberian albumin, pemberian Dopamin/ Dobutamin, pemberian kalium, cara menurunkan kalium
17. SOP pemberian *Therapy* oksigen
18. SOP penatalaksanaan 5B pada pasien *stroke*
19. SOP kewaspadaan bencana kebakaran (pada karyawan)
20. SOP kewaspadaan gem

Gambar 3.3.  
Alur Penerimaan dan Pemulangan Pasien di Intalasi ICU



Sumber PPL & SIMRS RSUD Kota Bekasi

### 3.2.5. Kinerja ICU

Tabel 3.9.  
Indikator Pelayanan ICU RSUD Kota Bekasi

Tahun	Pasien di ICU			NDR		GDR	
	Total Pasien	Total Meninggal	Total Meninggal > 48 Jam	%		%	
				Capaian	Standar	Capaian	Standar
2007	390	226	96	25	< 2,5	58	< 4,5
2008	402	217	112	28	< 2,5	54	< 4,5
2009	428	241	119	27	< 2,5	55	< 4,5

Sumber: PPL & SIMRS RSUD Kota Bekasi

Tabel 3.10.  
Indikator Kinerja ICU RSUD Kota Bekasi

Tahun	Jumlah Tempat Tidur	BOR	LOS	TOI	BTO
2007	5	79,72	5,64	2,71	57,40
2008	5	67,78	3,21	1,52	77,00
2009	6	81,34	6,01	2,10	41,68

Sumber PPL & SIMRS RSUD Kota Bekasi

## BAB IV

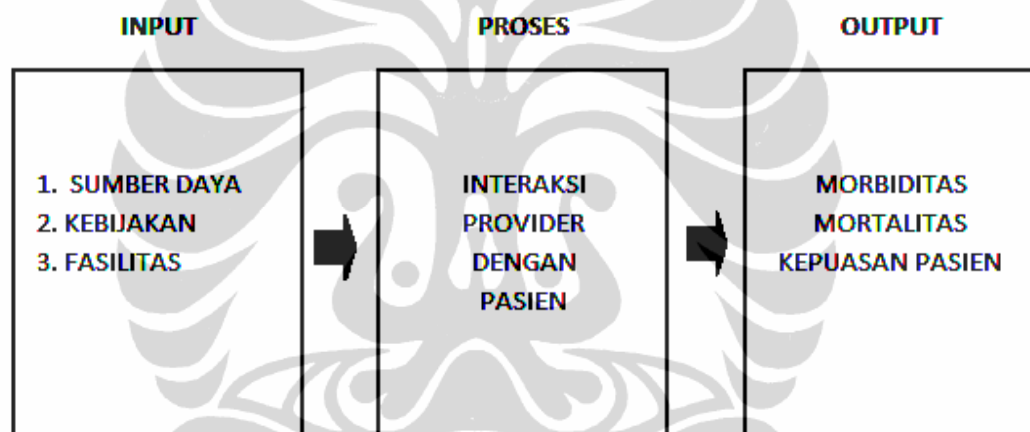
### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1. Kerangka Konsep

##### 4.1.1. Kerangka Teori

Menurut Donabedian, A (1982), pengertian mutu pelayanan kesehatan dengan pendekatan secara komprehensif meliputi *input*/masukan, *process*/proses dan *output*/luaran.

Gambar 4.1.  
Pengertian Mutu Pelayanan dengan Pendekatan Secara Komprehensif



Sumber Donabedian, A (1982)

Sesuai dengan Pohan, I (2003), pengukuran mutu pelayanan kesehatan dengan cara membandingkan terhadap standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan, dimana standar pelayanan kesehatan menyangkut *input*, *process* dan *output*.

Depkes (2008) demikian juga RSUD Kota Bekasi menetapkan ukuran angka kematian pasien > 48 jam di ICU sebagai salah satu standar pelayanan minimum (SPM) dan sekaligus sebagai salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

#### 4.1.2. Kerangka Konsep

Dalam sistem manajemen mutu, input yang baik dan bermutu akan memberikan hasil berupa proses yang baik dan pada akhirnya akan memberikan output yang bermutu baik pula. Demikian sebaiknya output yang kurang bermutu berasal dari proses dan input yang kurang bermutu pula.

Dari kerangka pikir Donabedian tentang mutu pelayanan diperjelas menjadi kerangka konsep sebagai berikut :

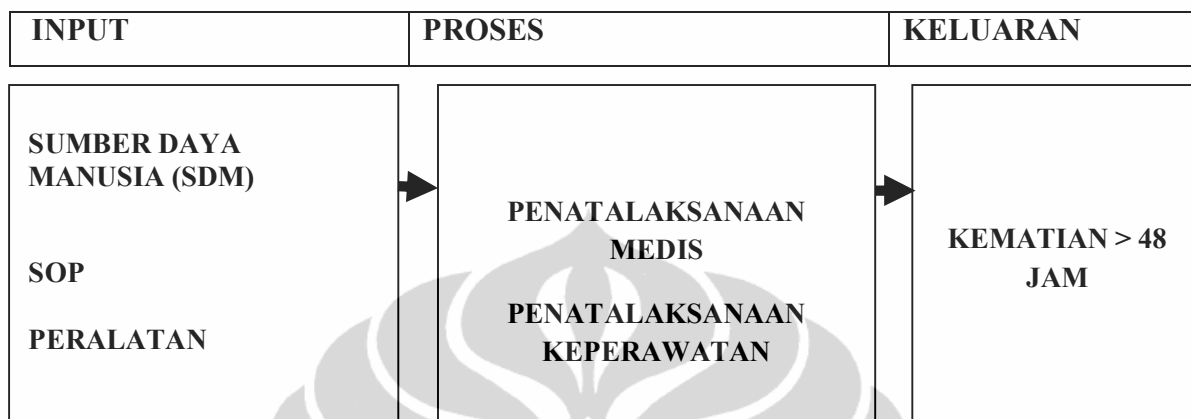
1. Komponen input yaitu Sumberdaya, meliputi Sumber Daya Manusia (SDM). Kebijakan dan Fasilitas meliputi Alat Kesehatan.
2. Komponen Proses yaitu interaksi provider dengan pasien meliputi, penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan keperawatan.
3. Komponen *Output*, *Output* dari proses manajemen mutu pelayanan rumah sakit adalah mortalitas, morbiditas dan kepuasan pasien. Sesuai latar belakang masalah dalam penelitian ini yaitu angka kematian diatas standar serta metode pengukuran mutu melalui retrospektif audit kematian maka peneliti tidak menjadikan mortalitas dan kepuasan dalam variabel *output*.

Indikator mutu pelayanan rumah sakit menurut depkes adalah prosentase kematian di Unit darurat, prosentase kematian < 48 jam, Kematian > 48 jam *Net Death Rate* (NDR), *Gross Death Rate* (GDR), *Post Operative of Stay*, Angka *decubitus*, angka Infeksi Nosokmial. Sebagian besar Indikator mutu pelayanan rumah sakit mengenai morbiditas dan adanya keterbatasan dalam penelitian ini serta pelayanan ICU yang bersifat *Life Suport* dan *life saving* maka morbiditas > 48 jam menjadi output dalam kerangka konsep dan pelayanan ICU bersifat spesifik mempertakan dan mendukung keselamatan jiwa yang terancam kematian.

Variabel input (Sumber Daya Manusia, Kebijakan dan Peralatan) sebagai masukan untuk berlangsungnya variabel proses berupa penatalaksanaan medis dan penataksanaan paramedis yang akan menghasilkan luaran berupa kematian lebih dari 48 jam di ICU RSUD Kota Bekasi.



Gambar 4.2  
 Kerangka Konsep Penelitian Analisis Mutu pelayanan Instalasi ICU Melalui  
 Audit Kematian di RSUD Kota Bekasi



#### 4.2. Definisi Operasional

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR
1. Penatalaksanaan Medis	Penatalaksanaan tahap kegiatan standar prosedur medis mulai dari penegakan diagnosis tindakan dan pengobatan dalam rangka mempertahankan dan mendukung keselamatan jiwa serta tindakan mencegah terjadinya komplikasi	Telaah Dokumen Indept Daftar Tilik	Dokumen Rekam Medis, Pedoman Wawancara, Pedoman Daftar Tilik	Memperoleh Gambaran Penyebab kematian beralasan atau tidak beralasan dari proses penatalaksanaan medis
2. Penatalaksanaan Keperawatan	Penatalaksanaan tahap kegiatan asuhan keperawatan dalam upaya mempertahankan dan mendukung keselamatan jiwa serta memberikan asuhan kepada pasien selama dirawat di ICU	Telaah Dokumen Indept Daftar Tilik	Dokumen Rekam Medis, Pedoman Wawancara, Pedoman Daftar Tilik	Memperoleh Gambaran Penyebab kematian beralasan atau tidak beralasan dari proses penatalaksanaan perawatan
3. Sumber Daya Manusia	Tenaga Perawat, Bidan dan Dokter serta Tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam pemberian pelayanan kesehatan di instalasi ICU RSUD Kota Bekasi	Telaah Dokumen Indept	Dokumen Rekam Medis, Pedoman Wawancara	Memperoleh Gambaran Penyimpangan Sistem Input (SDM)
4. Standar Operasional Prosedur	Prosedur pelayanan teknis dan administrasi dari bidang medis dan keperawatan yang telah disusun dan diberlakukan dan dipedomani dalam pemberian pelayanan kepada pasien di instalasi ICU RSUD Kota Bekasi	Telaah Dokumen Indept	Dokumen Rekam Medis, Pedoman Wawancara	Memperoleh Gambaran Penyimpangan Sistem Input (SOP)
5. Peralatan	Peralatan kesehatan dengan standar peralatan pelayanan Instalasi ICU secara umum dan spesialisik minimal yang digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan di instalasi ICU RSUD Kota Bekasi, seperti: suction pump, ventilator, devibrilator, regulator oksigen dan lain-lain	Telaah Dokumen Indept	Dokumen Rekam Medis, Pedoman Wawancara	Memperoleh Gambaran Penyimpangan Sistem Input (Alat Medis)
6. Kematian > 48 jam	Kematian > 48 jam dari pasien Instalasi ICU RSUD Kota Bekasi dari bulan	Telaah Dokumen	Dokumen Rekam Medis	

## BAB V

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 5.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode deskripsi analitik menggunakan studi retrospektif. Pengamatan dan analisis dokumen rekam medik kematian pasien lebih dari 48 jam di ICU tahun 2009 untuk mengetahui penyimpangan struktur input dan struktur proses. Area penyimpangan diamati dengan menggunakan daftar tilik analisis penyimpangan mortalitas yang menyebabkan tingginya angka kematian lebih dari 48 jam di ICU RSUD Kota Bekasi.

Informan adalah dokter yang merawat pasien, dokter harian ICU, kepala instalasi ICU, kepala ruangan ICU, perawat yang ikut merawat pasien, pegawai tata usaha ICU. Informan yang sudah tidak bisa ditemui digantikan oleh informan lain dengan terlebih dahulu menanyakan kepada kepala instalasi untuk informan dokter dan kepala ruangan untuk informan perawat siapa informan yang bisa menggantikan informan yang sudah tidak bisa ditemui.

#### 5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bekasi dan dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Mei 2010.

#### 5.3. Pengumpulan Data

Sumber data:

Data primer dan data sekunder

Cara pengumpulan data:

1. Data Primer dengan melakukan wawancara informan
2. Data sekunder dengan mengamati isi rekam medik dari set rekam medik pasien meninggal > 48 jam tahun 2009 yang tersimpan di bagian Rekam Medik RSUD. Isi rekam medis memuat segala identitas dan informasi medis pasien sejak

berinteraksi dengan tenaga profesional di rumah sakit, di dalamnya terdapat catatan dokter, perawat dalam melaksanakan standar pelayanan profesi, pemeriksaan penunjang, pemberian terapi serta perkembangan kondisi pasien.

Alat pengumpul data:

Daftar tilik dan pedoman wawancara analisis penyimpangan mortalitas. Daftar tilik dan pedoman wawancara dalam penelitian ini adalah modifikasi dari penelitian yang dilakukan oleh Rasmanto, J dkk, tentang evaluasi mutu pelayanan rawat inap melalui audit kematian di RSD Kol. Abundjani Bangko Provinsi Jambi tahun 2005.

#### **5.4. Manajemen Data**

Data berupa rekam medik terpilih (kematian > 48 jam) dikelompokkan terlebih dahulu berdasarkan dokter pemeriksa atau dokter penanggung jawab. Dilanjutkan dengan pertanyaan daftar tilik mortalitas mutu mengetahui penyimpangan sistem proses. Kemudian dilakukan analisis dan interpretasi sehingga didapat kelompok kematian beralasan dan tidak beralasan selanjutnya dilakukan wawancara mendalam untuk bisa dianalisis adanya penyimpangan pada sistem input pada akhirnya dapat disimpulkan analisis mutu pelayanan ICU di RSUD Kota Bekasi.

#### **5.5. Validitas Data**

Triangulasi Sumber :

Melakukan *cross chek* data dengan informan yang berbeda.

Triangulasi Metode:

Mengetahui penyimpangan struktur input dan proses menggunakan daftar tilik dan pedoman wawancara mendalam.

## BAB VI

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 6.1. Pelaksanaan Penelitian

Setelah proses perijinan untuk mengambil data dan melakukan wawancara dengan responden/informan diperoleh, penelitian diawali dengan mengumpulkan seluruh rekam medis pasien yang meninggal lebih dari 48 jam tahun 2009 di Instalasi *Intensive Care Unit* (ICU) berdasarkan nomer rekam medis yang tertulis pada daftar *register* pasien rawat di ICU tahun 2009. Jumlah pasien meninggal lebih dari 48 jam tahun 2009 dalam daftar register pasien rawat di ICU adalah 119 pasien. Dokumen rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam di ICU tahun 2009 yang ditemukan dalam penyimpanan di bagian rekam medis 94 dokumen sedangkan 25 dokumen telah dilakukan pencarian dokumen dibagian rekam medis, bagian keuangan dan di Instalasi ICU serta rawat inap tidak diketemukan dan tidak dapat ditelusuri karena tidak ada pencatatan ekspedisi penerimaan dan penyerahan dokumen rekam medis antar bagian. Penelitian Analisis Mutu Pelayanan ICU melalui Audit Kematian di RSUD Kota Bekasi Tahun 2009 untuk mendapatkan gambaran mutu pelayanan di ICU RSUD Kota Bekasi dibagi menjadi dua tahap dengan beberapa informan sama pada kedua tahap tersebut tetapi menggunakan *instrument* penelitian yang berbeda.

##### 6.1.1. Tahap Pertama

- Tahap pertama dalam penelitian ini untuk memperoleh analisis penyebab kematian dan resume audit kematian dengan menggunakan daftar tilik analisis penyimpangan mortalitas seluruh rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam di instalasi ICU RSUD Kota Bekasi tahun 2009 oleh responden/informan yaitu dokter yang merawat pasien sekaligus menjadi dokter penanggung jawab pasien.

- Pengumpulan sumber data sekunder berupa rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam di instalasi ICU RSUD Kota Bekasi tahun 2009 di bagian penyimpanan rekam medis.
- Tidak dilakukan uji coba *questioner* (Daftar Tilik Analisis Penyimpangan Mortalitas) karena daftar tilik ini dipakai untuk menilik informasi rekam medis yang berisi catatan tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, tindakan medis dan paramedis secara profesional. Dengan dasar bahwa pengisian rekam medis yang dilakukan di semua pelayanan kesehatan seperti rumah sakit bersifat standar secara profesional, maka uji coba *questioner* tidak harus dilakukan.
- Rekam medik dikelompokkan berdasarkan nama responden/informan yaitu dokter yang merawat pasien sekaligus menjadi dokter penanggung jawab pasien dan diberikan pengkodean berdasarkan informan untuk memudahkan apabila diperlukan melihat ulang rekam medis yang dimaksud.
- Responden/informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki informan sebagai dokter spesialis di bidang keahlian kedokteran berkaitan dengan masalah penelitian (asas kesesuaian). Jumlah informan sesuai pengelompokan diagnosa penyakit berdasarkan keahlian spesialisasi ilmu kedokteran seluruh rekam medis yang diteliti (asas kecukupan).
- Penjadwalan waktu dan tempat dengan responden/informan untuk pengisian daftar tilik analisis penyimpangan mortalitas dengan terlebih dahulu memperkenalkan maksud, tujuan serta latar belakang dilakukan penelitian.
- Berikut nama dokter (inisial) yang merawat sekaligus menjadi penanggung jawab beserta penomeran dengan kode rekam medis.
- Jumlah seluruh rekam medis yang dilakukan audit 94 rekam medis, terbagi menjadi tujuh dokter penanggung jawab.

Tabel 6.1  
Kode Informan dan Kode Rekam Medis

No	Kode Informan	Kode RM
1	I-1	101 – 138
2	I-2	201 – 204
3	I-3	301 – 307
4	I-4	401 – 406
5	I-5	501 – 518
6	I-6	601 – 611
7	I-7	701 – 710

### 6.1.2. Tahap Kedua

- Tahap kedua dalam penelitian ini untuk mendapatkan gambaran mutu pelayanan di ICU dengan melakukan wawancara mendalam/*indept* menggunakan pedoman wawancara.
- Teknik wawancara mendalam dipilih karena masalah penelitian bersifat khusus/rumit/tehnis medis (audit penyebab kematian), responden/informan seorang dokter yang berpengalaman, sensitif sehingga responden tidak memungkinkan bicara terbuka dalam kelompok, profesi informan sebagai dokter tidak mempunyai banyak waktu sehingga menyesuaikan informan dan pengambilan data dilakukan diberbagai tempat sesuai keberadaan informan. Sebagai responden/informan adalah dokter yang merawat sekaligus dokter penanggung jawab pasien, dokter intensivis harian ICU, kepala Instalasi ICU, kepala perawat ruangan ICU.
- Penjadwalan waktu dan tempat dengan responden/informan untuk melakukan wawancara dengan terlebih dahulu memperkenalkan maksud, tujuan serta latar belakang dilakukan penelitian.

- Informan adalah dokter yang menjadi responden/informan pada tahap pertama ditambah kepala instalasi ICU dan kepala perawat ICU.
- Berikut nama informan dengan penomoran kode sebagai informan dalam wawancara mendalam.

## **6.2. Keterbatasan Penelitian**

### **6.2.1. Pengambilan Data**

Data sekunder dalam penelitian ini seluruh rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam di ICU RSUD Kota Bekasi tahun 2009. Terdapat selisih jumlah antara data laporan rumah sakit (119 rekam medis) dengan yang jumlah rekam medis yang ditemukan di bagian rekam medis (94 rekam medis) yaitu sebanyak 25 rekam medis. Telah dilakukan penelusuran keberadaan 25 rekam medis tersebut tetapi tidak ditemukan baik di bagian rekam medis, bagian keuangan, bagian ICU maupun di bagian ruang rawat inap lain. Hal ini bisa menimbulkan bias dalam menginterpretasi hasil penelitian bias diminimalisasi dengan melakukan wawancara mendalam/*indept* dalam tahap kedua dimana nama dan jumlah responden/informan dokter sebagai penanggung jawab pasien pada tahap pertama sama dengan yang dilakukan pada tahap kedua untuk mendapatkan kesimpulan analisis mutu pelayanan ICU. Tahap pertama dan tahap kedua penelitian ini sebagian besar menggunakan responden/informan yang sama tetapi waktu pengambilan data dan *instrument/alat* ukur yang dipergunakan berbeda dimana tahap pertama menggunakan daftar tilik analisis penyimpangan mortalitas sedangkan tahap kedua menggunakan pedoman wawancara, sehingga derajat kepercayaan informasi untuk mendapatkan kesimpulan analisis mutu pelayanan di ICU dalam penelitian kualitatif ini cukup tinggi. Informan dalam wawancara mendalam pada tahap kedua selain dokter penanggung jawab pasien juga kepala instalasi ICU sebagai manajer di ruang ICU dan kepala perawat sebagai profesional paramedis.



### **6.2.2. Responden/Informan**

Responden atau informan pada tahap pertama dalam pembuatan resume audit dengan menggunakan daftar tilik analisis penyimpangan mortalitas adalah dokter yang merawat pasien sekaligus dokter penanggung jawab pasien sendiri, hal ini menimbulkan kemungkinan bias karena pengaruh subyektifitas responden/informan untuk menilai diri sendiri tentang penatalaksanaan medis terhadap pasien yang dirawatnya sendiri. Bias yang mungkin timbul diminimalisasi dengan pengertian bahwa pengisian rekam medis oleh dokter/medis maupun paramedis yang dilakukan di semua sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit bersifat standar secara profesional karena informasi yang tercatat dalam rekam medis berisi tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, tindakan medis dan paramedis yang dilakukan secara profesional. Peneliti melakukan penjelasan latar belakang, tujuan penelitian dan bukan untuk tujuan mencari kesalahan baik pihak profesional maupun pihak manajemen tetapi yang utama adalah hasil penelitian ini bisa memberikan masukan kepada pihak manajemen untuk memperoleh informasi analisis penyebab kematian pasien yang bisa dijadikan masukan dalam menentukan arah dan prioritas untuk meningkatkan mutu/kualitas pelayanan di ICU bagi pihak manajemen dan komite medik RSUD Kota Bekasi.

## **6.3. Hasil Penelitian dan Pembahasan**

### **6.3.1. Distribusi Kematian Pasien > 48 jam di ICU RSUD Kota Bekasi Tahun 2009**

Telah seluruh dokumen rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam pasien di ICU tahun 2009 sebagai data sekunder untuk mendapatkan gambaran distribusi kematian di ICU diperlihatkan dalam tabulasi menurut cara bayar pasien, asal masuk pasien, usia pasien, lama rawat pasien dan nama dokter penanggung jawab. Berdasarkan pengisian daftar tilik analisis penyebab kematian diperlihatkan dalam tabulasi distribusi menurut alasan penyebab kematian dan resume audit.

### 6.3.1.1. Distribusi Kematian Menurut Cara Bayar Pasien

Penelitian ini bahwa memperlihatkan distribusi pasien ICU menurut cara bayar pasien selama tahun 2009. Pada tabel 6.2 menginformasikan bahwa dari keseluruhan pasien meninggal lebih dari 48 jam menurut cara bayar terbanyak yaitu sebanyak 35,1 % adalah pasien umum (bukan asuransi) diikuti pasien jamkesmas (asuransi nasional) dan jamkesda (asuransi daerah) masing-masing sebesar 22,3 %.

Tabel 6.2.  
Distribusi Pasien ICU Menurut Cara Bayar

NO	CARA BAYAR	MENINGGAL > 48 JAM		TOTAL PASIEN	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	Askes	12	12.8	41	9.6
2	Jamkesmas	21	22.3	75	17.5
3	Jamsostek	7	7.4	12	2.8
4	Jamkesda	21	22.3	179	41.8
5	Umum	33	35.1	121	28.3
Jumlah		94		428	

Prosentase kematian tertinggi yaitu pasien dengan cara bayar umum (bukan asuransi). Pasien dengan cara bayar umum adalah pasien yang membayar dengan kemampuan sendiri dengan uang secara tunai tidak ditanggung pembayarannya oleh pihak lain atau asuransi melalui klaim pembayaran pihak rumah sakit kepada pihak yang menanggungnya. Dengan cara bayar sendiri dan secara tunai sebagai pasien umum berarti belum ada jaminan pasien untuk dilayani secara langsung oleh rumah sakit tetapi harus memberikan uang muka dan menebus segala keperluan pengobatan dari setiap waktu sehingga bisa menimbulkan hambatan teknis pengobatan yang akhirnya menimbulkan hambatan pada penyembuhan. Dibandingkan data total pasien yang dirawat di ICU prosentase terbanyak menurut cara bayar adalah jamkesda bukan umum. Hal ini dikarenakan pasien umum setelah dirawat di rumah

sakit dalam waktu dua kali 24 jam mempunyai kesempatan untuk mengurus bantuan pengobatan kepada pemerintah daerah melalui dinas sosial dan dinas kesehatan sehingga pasien yang semula status bayarnya umum berubah menjadi jamkesda. Untuk menekan angka kematian ini pihak RSUD mempermudah dan membantu kelengkapan administrasi pasien yang kurang mampu untuk mengurus status bayar menjadi status jamkesda. Menurut Gani, A, dan Hartono dalam Sulastri, S (2003) untuk menanggulangi kerugian/keterlambatan akibat sakit seseorang mengalihkan risiko kepada pihak lain atau dengan kata lain pembayaran melalui asuransi mampu mengalihkan risiko individu menjadi risiko kelompok .

### 6.3.1.2. Distribusi Kematian Menurut Asal Masuk Pasien.

Tabel 6.3  
Distribusi Pasien ICU Menurut Asal Masuk Pasien

NO	ASAL MASUK	MENINGGAL > 48 JAM		TOTAL PASIEN	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	Poli Klinik	0	0	0	0
2	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	62	66.0	309	72.2
3	Rawat Inap	32	34.0	119	27.8
<b>Jumlah</b>		<b>94</b>		<b>428</b>	

Tabel 6.3 memperlihatkan distribusi pasien ICU menurut asal masuk pasien selama tahun 2009. Pasien masuk dan di rawat di ICU bisa berasal dari tiga pintu yaitu poliklinik, ruang rawat inap lainnya dan Instalasi Gawat Darurat (IGD). Tabel ini menginformasikan pasien yang meninggal lebih dari 48 jam di ICU terbanyak yaitu 66,0 % berasal dari IGD, 34,0 % berasal dari ruang rawat inap yang lain dan tidak ada yang berasal dari poliklinik rawat jalan. Dibandingkan data total pasien yang dirawat di ICU prosentase terbanyak asal masuk pasien adalah sama yaitu dari

IGD. Hal ini menunjukkan bahwa pasien yang dirawat di ICU terbanyak adalah pasien baru bukan pasien lama yang telah dirawat di bagian rawat inap lain dimana pintu masuk pasien baru dengan kondisi kesehatan yang memerlukan perhatian atau monitor secara intensive melalui IGD dengan demikian bisa dimengerti tidak ada pasien di rawat di ICU yang berasal dari poliklinik rawat jalan.

### 6.3.1.3. Distribusi Kematian Menurut Usia Pasien

Tabel 6.4 distribusi pasien ICU menurut usia pasien selama tahun 2009. Tabel ini memperlihatkan dari keseluruhan pasien yang meninggal lebih dari 48 jam terbanyak yaitu 55,3 % berusia antara 30 tahun sampai dengan 60 tahun diikuti 23,4 % berusia diatas 60 tahun. Dibandingkan dengan total pasien dirawat di ICU prosentase terbanyak juga terdapat pada usia antara 30 sampai dengan 60 tahun yaitu 38,6%.

Tabel 6.4  
Distribusi Pasien ICU Menurut Usia Pasien

No	Usia	Meninggal > 48 Jam		Total Pasien	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	0 hari s/d 1 Bulan	0	0.0	0	0.0
2	1bln s/d 1 Tahun	4	4.3	51	11.9
3	1 s/d 5 Tahun	5	5.3	38	8.9
4	5 s/d 20 Tahun	2	2.1	49	11.4
5	20 s/d 30 Tahun	9	9.6	42	9.8
6	30 s/d 60 Tahun	52	55.3	165	38.6
7	> 60 Tahun	22	23.4	83	19.4
Jumlah		94		428	

#### 6.3.1.4. Distribusi Kematian Menurut Lama Rawat Pasien

Tabel 6.5 memperlihatkan distribusi pasien ICU menurut lama rawat pasien selama tahun 2009. Tabel ini memperlihatkan bahwa pasien meninggal lebih dari 48 jam di ICU terbanyak dengan lama rawat lima sampai dengan tujuh hari yaitu 44,7 % diikuti 36,2 % dengan lama rawat tiga sampai dengan empat hari. Dibandingkan dengan total pasien dirawat di ICU prosentase terbanyak juga terdapat pada lama rawat lima sampai dengan tujuh hari yaitu 33,9 %. Hal ini menunjukkan bahwa lama rawat pasien lima sampai tujuh hari merupakan prosentase terbanyak baik yang meninggal lebih dari 48 jam maupun secara keseluruhan pasien di ICU. Dengan demikian potensial terjadinya infeksi nosokomial (INOK) di ICU semakin meningkat mengingat definisi INOK menurut Depkes (2007) antara lain adalah infeksi yang terjadi 3 x 24 jam atau lebih setelah pasien dirawat di rumah sakit.

Tabel 6.5  
Distribusi Pasien ICU Menurut Lama Rawat Pasien

Lama Rawat	Meninggal > 48 Jam		Total Pasien	
	Jumlah	%	Jumlah	%
1 – 2 hr,	0	0.0	122	28.5
3 – 4 hr	34	36.2	118	27.6
5 – 7 hr	42	44.7	145	33.9
8 – 10 hr	12	12.8	26	6.1
> 10 hr	6	6.4	17	4.0
Jumlah	94		428	

#### 6.3.1.5. Distribusi Kematian Menurut Responden/Informan

Tabel 6.6 memperlihatkan distribusi pasien ICU menurut responden/informan selama tahun 2009. Tabel memperlihatkan pasien yang meninggal lebih dari 48 jam di ICU terbanyak yaitu 40,4 % pada keahlian penyakit saraf diikuti pada keahlian penyakit dalam sebanyak 19,1 %. Dibandingkan dengan total pasien dirawat di ICU prosentase terbanyak juga terdapat pada keahlian penyakit saraf yaitu 33,0% dan

keahlian penyakit dalam yaitu 23,8 %. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang dirawat di ruang ICU yang meninggal lebih dari 48 jam dan total pasien secara keseluruhan pasien di ICU ada pada keahlian penyakit syaraf dan penyakit dalam. Temuan ini bisa dijadikan masukan bagi pihak manajemen untuk melakukan prioritas perencanaan di ICU.

Tabel 6.6  
Distribusi Pasien ICU Menurut Responden/ Informan

No	Nama Dokter	Keahlian	Jumlah meninggal > 48jam		Total Pasien di ICU	
			Jumlah	%	Jumlah	%
1	I-1	Dokter Spesialis Syaraf	38	40,4	141	33,0
2	I-2	Dokter Spesialis Bedah Syaraf	4	4,3	18	4,2
3	I-3	Dokter Spesialis Jantung	7	7,5	20	4,6
4	I-4	Dokter Spesialis Paru	6	6,4	22	5,1
5	I-5	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	18	19,1	102	23,8
6	I-6	Dokter Spesialis Anak	11	11,7	68	15,9
7	I-7	Dokter Umum, Intensivist	10	10,6	57	13,3
Jumlah			94		428	

### 6.3.1.6. Distribusi Kematian Menurut Resume Audit

Tabel 6.7  
Distribusi Pasien ICU Menurut Resume Audit

No	Resume Audit	Jumlah	%
1	Kasus Terminal	26	27,7
2	Keterlambatan diagnosa	10	10,6
3	Komplikasi	14	14,9
4	Infeksi Nosokomial	26	27,7
5	Asuhan Keperawatan	18	19,1
Jumlah		94	

Tabel 6.7 memperlihatkan distribusi pasien ICU menurut resume audit berdasarkan daftar tilik analisis penyebab kematian dengan data sekunder berupa rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam di ICU tahun 2009. Tabel ini menginformasikan bahwa terbanyak adalah infeksi nosokomial dan kasus terminal masing-masing 27,7 %. Diikuti asuhan keperawatan sebanyak 19,1 %, komplikasi 14,9 % dan keterlambatan diagnosa 10,6 %. Temuan ini menunjukkan bahwa distribusi terbanyak resume audit adalah infeksi nosokomial, hal ini mendukung hasil temuan distribusi kematian menurut lama rawat pasien yang terbanyak adalah lima sampai dengan tujuh hari dimana infeksi nosokomial sesuai definisi terjadi dalam waktu lebih dari atau sama dengan 3 x 24 jam setelah pasien dirawat di rumah sakit. Sesuai penemuan Ponce De Leon, alvarado dalam rohani (2008) mengatakan bahwa INOK menjadi salah satu penyebab utama kematian dan masalah yang secara signifikan masih terus bertambah menjadi penyebab kematian. Tabel ini menunjukkan pula bahwa resume audit terbanyak lainnya adalah kasus terminal, hal ini memerlukan kajian dan kebijakan lebih lanjut oleh komite medik dan manajemen tentang apakah pasien yang dirawat di ICU sudah berdasarkan indikasi profesional medis yang tepat untuk dirawat di ICU, dimana fungsi ICU adalah tempat melakukan

perawatan pada pasien-pasien gawat darurat dengan potensi “*reversible life threatening organ dysfunction*”.

### 6.3.1.7. Distribusi Analisis Penyebab Kematian

Dari telaah dokumen rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam di ICU dengan menggunakan daftar tilik yang diisi sendiri oleh informan yaitu dokter penanggung jawab diperoleh informasi analisis penyebab kematian berdasarkan hasil resume audit sebagai berikut:

Tabel 6.8. menginformasikan bahwa analisis penyebab kematian dari kasus terminal terbanyak adalah pasien dengan diagnosa Gagal Ginjal Kronik dan Stroke Hemoragik dengan GCS < 4 masing-masing 23,1 % dari total resume kasus terminal. Didukung dengan data tidak adanya SOP indikasi masuk dan indikasi keluar ICU di RSUD Kota maka bisa dihubungkan dengan adanya kesalahan penempatan pasien di ruang ICU bukan pasien gawat darurat dengan harapan hidup tinggi sehingga bisa menyebabkan meningkatnya angka kematian pasien lebih dari 48 jam di ICU sekaligus menghalangi pasien yang seharusnya dirawat di ICU.

Tabel 6.8. Menginformasikan bahwa analisis penyebab kematian dari kasus keterlambatan diagnose seluruh informan menginformasikan berhubungan dengan tidak tersediannya pemeriksaan penunjang CT Scan di RSUD ditunjang pada umumnya pasien dengan kondisi tidak transportable, sehingga bias meningkatkan angka kematian pasien di ICU. Didukung kasus terbanyak berasal dari dokter dengan keahlian syaraf maka perlu dijadikan prioritas pada perencanaan alat kesehatan.

Tabel 6.8. Menginformasikan bahwa analisis penyebab kematian dari kasus komplikasi (komplikasi dari penyakit dasar) menginformasikan terbanyak yaitu 35,7% dari total kasus komplikasi karena penyakit dasar Non Independent Diabetes Melitus (NIDDM) dengan komplikasi Cronik renal failure (CRF) dan Cronik Heart Failure (CHF).



Tabel 6.8.  
Tabel Analisis Penyebab Kematian > 48 Jam Menurut Resum Audit

NO	Resum Audit	Analisis Penyebab Kematian	Jumlah	% <sup>1</sup>
1	Kasus Terminal  (Berdasarkan kondisi pasien  Berdasarkan diagnosa penyakit Berdasarkan diagnosa dari informan/dokter penanggung jawab)	Cronicle Renal Failur (CRF)	6	23.1
		Stroke Haemorogic dengan Ges < 4	6	23.1
		Auto Imun Defisien Sindrome (AIDS)	4	15.4
		Cronicle Hearth Failur (CHF)	3	11.5
		Sirosis	2	7.7
		CKB dengan Pendarahan GCS	4	15.4
		Ca Rara	1	3.8
	Jumlah	26		
2	Keterlambatan Diagnosa	Tidak adanya sarana Pemeriksaan Penunjang Seperti CT- Scan	10	100.0
		Jumlah	10	
3	Komplikasi (Perjalanan penyakit dasar lebih dari)	Hidrocephalus	1	7.1
		AIDS dengan komplikasi	3	21.4
		PJK	3	21.4
		NIDDM, CRF, CHF	5	35.7
		Cholelitisias, Hyperbilirubinemia	1	7.1
		CHF dengan komplikasi	1	7.1
	Jumlah	14		
4	Infeksi Nosokomial	Pasien ditemukan gejala-gejala serta pemeriksaan rendah yang menagarah adanya lepsis	26	100.0
		Jumlah	26	
5	Asuhan Keperawatan	Kegagalan pemberian dan pengawasan pemberian cairan	10	55.6
		Pengawasan hebat dan terus menerus pemeriksaan Vital	8	44.4
		Jumlah	18	

Tabel 6.8.Menginformasikan bahwa analisis penyebab kematian dari kasus Infeksi Nosokomial menginformasikan seluruh pasien ditemukan gejala-gejala yang mengarah kepada adanya infeksi nosokomial. Berdasarkan data dan observasi peneliti diperoleh informasi ketersediaan sarana dan alat perlindungan diri untuk melakukan

<sup>1</sup> Prosentase Terhadap Jumlah Total Masing-masing Resum Audit

standar precaution sebagai upaya yang efektif menekan INOK menurut Depkes (2007) adalah melakukan standar precaution terhadap semua pasien. Angka kejadian INOK ILI di RSUD yang termasuk dalam angka kejadian INOK di rumah sakit berdasarkan penelitian PPIN RSUD Kota Bekasi adalah 15,2% dimana nilai ini di atas standar Depkes (2007) yaitu kejadian INOK standar kurang 15%. Kondisi ini menyebabkan terjadinya sumber penularan dan jalur penularan yang meningkatkan kejadian INOK di rumah sakit sehingga bias member kontribusi meningkatkan kematian lebih dari 48 jam.

Tabel 6.8. Menginformasikan bahwa analisis penyebab kematian dari kasus Asuhan keperawatan menginformasikan terbanyak karena kurangnya pengawasan ketat dan terus menerus oleh paramedik terhadap terapi cairan yaitu sebanyak 55,6% dan kurangnya kemampuan, pengetahuan dan ketrampilan paramedic untuk mengenali tanda-tanda vital sebanyak 44,4%. Mengingat paramedik menjadi petugas dengan waktu kontak pasien terlama maka peran paramedik menjadi sangat penting untuk bias member pengawasan ketat secara terus menerus kepada pasien ICU. Berdasarkan data pendidikan ketenagaan paramedic di ICU RSUD Kota Bekasi baru 56% yang telah terlatih dengan pelatihan khusus ICU bagi paramedic, hal ini bias dihubungkan dengan kurangnya kemampuan paramedic untuk memberikan pelayanan. Diharapkan dengan terpenuhinya 100% perawat telah mengikuti pelatihan maka bias menekan angka kematian lebih dari 48 jam.

### **6.3.2. Analisis Mutu Pelayanan ICU RSUD Kota Bekasi**

Sesuai Donabedian, A (1982), pendekatan mutu pelayanan kesehatan secara komprehensif meliputi *input/masukan*, *process/proses* dan *output/luaran* begitu pula dalam pengukuran mutu pelayanan kesehatan dengan membandingkan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan, dimana standar pelayanan kesehatan menyangkut standar *input/masukan*, *process/proses* dan *output/luaran*. Berikut ini disampaikan hasil penelitian beserta pembahasannya.

### 6.3.2.1. Masukan/*Input*

#### 6.3.2.1.1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Pelayanan di ICU akan bermutu jika didukung oleh masukan SDM yang bermutu pula. Ketenagaan di ICU RSUD Kota Bekasi diinformasikan dalam tabel 3.6 pada bab gambaran ICU RSUD Kota Bekasi, terdapat satu dokter spesialis aneastesi sebagai kepala instalasi, satu dokter umum pelatihan khusus ICU, 18 perawat dengan minimal pendidikan D3 dimana 10 perawat telah mendapat pelatihan khusus ICU dan 8 perawat lainnya belum mendapat pelatihan khusus ICU.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan beberapa informan didapatkan hasil wawancara mengenai kualitas tenaga medis yang terlibat di instalasi ICU, yakni sebagai berikut:

*“ ...analisa awal untuk diagnosa suspek yang kurang tajam dari dokter jaga sebelum konsul” (I-7)*

*“ ...diagnosa dokter jaga di depan (IGD) kurang tajam waktu konsul” (I-2)*

*“ ...dokter jaga yang konsul kemampuannya kurang untuk menegakkan diagnosa pasien” (I-5)*

*“ ...ada under diagnosis dari dokter jaga, ...pelaporan hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik kurang tajam” (I-4)*

Beberapa informan dalam wawancara mendalam diatas mengatakan hal yang sama tentang kurang memadainya kualitas variabel masukan SDM medis yaitu dokter jaga yang berhubungan dengan mutu pelayanan di ICU RSUD Kota Bekasi. Berdasarkan data hasil kelulusan Akreditasi Rumah Sakit Depkes pelayanan unit IGD RSUD Kota Bekasi (2008) bahwa ketenagaan dokter jaga di unit IGD telah 100% tersertifikasi pelatihan kegawat daruratan medis. Berdasarkan gambar 3.3 tentang alur penerimaan dan pemulangan pasien ICU terlihat bahwa pasien pertama diterima oleh dokter jaga kemudian dikonsulkan kepada dokter spesialis sesuai keahlian berdasarkan diagnosa yang dibuat oleh dokter jaga melalui telepon atas persetujuan dokter spesialis pasien dirawat di ICU.

Mengingat begitu besar peran dokter jaga baik di IGD maupun di ICU yang bermutu seperti diuraikan diatas dan ditunjang data bahwa pasien di ICU umumnya berasal dari IGD (tabel 6.3) maka keluhan informan mengenai kemampuan dokter jaga yang kurang padahal telah 100% tersertifikasi perlu dikaji dan dikelompokkan jenis kekurangan kemampuan dokter jaga oleh komite medik sesuai yang dikatakan informan lain, yaitu:

*“...ya dokter jaga IGD ada yang sudah pintar baca ECG, ada juga yang belum....Nah, yang belum bisa baca ECG inilah yang sering membuat terlambat mendiagnosa terjadinya suatu akut coroner sindrome... dokter jaga kita juga belum berani untuk melakukan tindakan trombolitik yang harus dipantau oleh dokter jaga yang ahli membaca monitor EC dan defibrilasi...”(I-3)*

Menurut Kepmenkes (2005), fungsi dan wewenang Komite Medik adalah sebagai pengarah (steering) dalam pemberian pelayanan medik, menegakkan etika dan atau disiplin profesi medis, serta mutu pelayanan medis berbasis bukti karena konsep dan filosofi Komite Medik adalah perpaduan antara ketiga komponen yang terdiri dari Etika, Disiplin Profesi, Mutu Profesi dan Evidence-based Medicine. Dimana Komite Medik merupakan wadah profesional medis yang keanggotaannya terdiri dari Ketua Kelompok Staf Medis (SMF).

Informan yang juga sebagai dokter konsulen bisa memberikan masukan kepada komite medik tentang kesenjangan data medis antara catatan rekam medis hasil konsul dokter jaga dengan hasil pemeriksaan spesialis sesudahnya dalam penegakan diagnosa. Informasi yang disampaikan oleh I-3 menunjukkan masalah kurang kemampuan dokter jaga membaca EKG dan melakukan pengawasan terapi trombolitik yang harus dimiliki dokter dengan sertifikasi kegawat daruratan medis. Kesenjangan tersebut bisa menjadi masukan kerjasama komite medik dan pihak manajemen untuk meningkatkan mutu pelayanan medis di ICU RSUD Kota Bekasi.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan didapatkan hasil wawancara secara tegas menginformasikan tentang permasalahan kuantitas yaitu

kurangnya tenaga medis/dokter jaga yang terlibat di instalasi ICU, yakni sebagai berikut :

*“...bagaimana tidak dokter jaga di ICU hanya jam kerja tidak 24 jam sehari ...ya, pemantauan ketat dan terus menerus yang harusnya dilakukan tenaga medis tidak optimal “ (I-5)*

Berdasarkan data ketenagaan di ICU RSUD Kota Bekasi dokter jaga dengan pelatihan khusus ICU satu orang (tabel 3.6) sedangkan Standar Pelayanan ICU primer menurut Perhimpunan Dokter Intensive Care Indonesia (PERDICI) dan Depkes (2003), mengatakan bahwa pelayanan medis oleh dokter jaga di ICU selama 24 jam. Sehingga untuk menjamin terlaksananya pelayanan di ICU bermutu melalui penjaminan ketersediaan dokter jaga di ICU selama 24 jam maka pihak manajemen RSUD Kota Bekasi perlu memperbaiki masukan yaitu menambah jumlah dokter jaga ICU dengan pelatihan khusus ICU minimal dua orang.

Hasil Daftar Tilik Analisis Penyebab Kematian dengan telaah dokumen rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam (tabel 6.8) menginformasikan tentang hasil analisa penyebab kematian secara tegas tentang variabel masukan/*input* (SDM) paramedis yang berhubungan dengan mutu pelayanan yang dihasilkan di ICU RSUD Kota Bekasi., yakni sebagai berikut :

Tabel 6.9.  
Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Masukan/*Input*  
Sumber Daya Manusia

NO	Kode RM	No. Rekam Medik	Analisa Penyebab Kematian
1	503	02177875	...fungsi pemantauan dan support terapi cairan dari paramedis tidak berjalan karena tidak sempat idealnya perbandingan jumlah pasien dengan perawat sama.
2	108	1220957	...kemungkinan besar terjadi infeksi nosokomial, dengan tindakan-tindakan infasive dari paramedis yang kurang steril.
3	109	02008257	...timbulnya sepsis kemungkinan karena infeksi nosokomial petugas kurang menjaga kesterilan pada saat melakukan tindakan.
4	705	01354878	...kurangnya fungsi pengawasan dan pengukuran kebutuhan cairan oleh paramedis, sehingga menyebabkan edema paru dan gagal napas
5	301	1284717	...asuhan keparawatan dalam hal pengawasan pasien, tanda vital tidak terpantau sehingga kondisi syok terlambat untuk diatasi.... “.
6	501	01288580	Kegagalan asuhan keperawatan dalam pengawasan kebutuhan cairan pasien. ... penatalaksanaan terapi cairan untuk menghindari terjadinya gagal ginjal lebih lanjut gagal.

Dari tabel 6.9. bisa diperoleh informasi tentang permasalahan paramedis, yaitu kurangnya kemampuan paramedis dalam menjalankan fungsinya sebagai tenaga paramedis di ICU (fungsi ketepatan dan pemantauan terapi cairan, pengawasan tanda vital, pengawasan tanda schok). Dimana pasien-pasien di ICU adalah pasien dengan kondisi kritis/gawat darurat dengan potensi “*reversible life threatening organ dysfunction*” yang memerlukan pengawasan ketat secara terus menerus. Hal ini juga didukung hasil wawancara mendalam sebagai berikut:

“...pasien yang memerlukan pemantauan ketat tidak terpantau...kurang paham komunikasi medis dalam melaksanakan instruksi dokter...pelaksanaan transfer pasien dalam pergantian jaga tidak tepat sasaran...kurang pemahaman pentingnya melaksanakan universal precaution untuk infeksi nosokomial “ (I-7)

Berdasarkan keterangan informan juga ada kurangnya pemahaman paramedis dalam menjalankan fungsinya sebagai tenaga paramedis di ICU dalam hal melaksanakan kegiatan *universal precaution* untuk mencegah adanya infeksi nosokomial.

Dihubungkan dengan tabel 3.6 tentang data ketenagaan di ICU RSUD Kota Bekasi jumlah paramedis dengan pelatihan khusus ICU baru 56% (10 paramedis) dari seluruh jumlah paramedis yang bertugas di ICU (18 paramedis) sedangkan menurut Standar Pelayanan ICU primer PERDICI dan Depkes (2003) jumlah tenaga paramedis yang harus mendapat pelatihan khusus ICU minimal 90% dari keseluruhan jumlah paramedis yang bertugas. Belum semua perawat mendapat pelatihan khusus ICU sehingga kemampuan perawat melakukan pengawasan ketat pasien di ICU kurang, hal ini bisa berakibat penataksanaan terapi kurang optimal. Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Fitri (2009) yang mengatakan bahwa ada hubungan bermakna antara pelatihan dan kompetensi perawat di ICU dan HCU. Penelitian sejenis dengan penelitian ini oleh Ratih (2006) menginformasikan bahwa berdasarkan hasil wawancara dan observasi ditemukan permasalahan pelayanan di ICU adalah kompetensi perawat belum memadai, perlu mengevaluasi kembali kompetensi perawat melalui pelatihan-pelatihan semacam *in house training*.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan didapatkan hasil wawancara secara tegas menginformasikan tentang permasalahan kuantitas yaitu kurangnya tenaga paramedis yang terlibat di instalasi ICU, yakni sebagai berikut :

“...jumlah seluruh perawat di ICU total dengan ka perawat 16 orang ... tiga kali shift ...tentu masih kurang ...idealnya satu tempat tidur dengan ventilator satu perawat “ (I-9)

“ ...Jumlah paramedis yang bertugas tidak sebanding dengan jumlah pasien, ...pasien yang memerlukan pemantauan ketat tidak terpantau”(I-7)

Dari data ketenagaan Jumlah total perawat di ICU RSUD Kota Bekasi 18 orang dengan pendidikan minimal D3, dan data tabel 3.7 tentang jumlah tempat tidur di ICU berjumlah enam tempat tidur (TT) serta dibandingkan dengan Standar Pelayanan ICU primer PERDICI dan Depkes (2003) maka perbandingan jumlah

paramedis dengan jumlah TT sudah mendekati ideal (1 : 1) dimana perbandingan jumlah paramedis dengan jumlah TT di ICU RSUD yaitu 3 : 4 tetapi secara kualitas kurang memadai. Menurut Hanafi (2007) pelayanan rawat inap di ruang ICU bersifat spesifik karena memiliki keterbatasan dalam jumlah tempat tidur tetapi diperlukan Sumber Daya Manusia (SDM) dengan ketrampilan khusus, sumber daya khusus dan sumber dana yang khusus pula. SDM khusus adalah dokter, perawat terlatih atau berpengalaman dalam perawatan/terapi intensive yang mampu memberikan pelayanan 24 jam. Secara ringkas perbandingan SDM standar pelayanan ICU primer dengan SDM di ICU RSUD Kota Bekasi, sebagai berikut:





Tabel 6.10  
Perbandingan SDM Pelayanan ICU

<b>Standar Pelayanan ICU primer (PERDICI) dan Depkes (2003)</b>	<b>Pelayanan ICU RSUD Kota Bekasi</b>
<b>Kwantitatif</b>	<b>Kwantitatif</b>
<b>Medis</b>	<b>Medis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter jaga di ICU 24 jam</li> <li>- Shif dokter jaga sehari 3 X</li> <li>- Jumlah dokter umum pelatihan khusus ICU minimal 3 orang</li> <li>- Dokter yg menetapkan rawat di ICU sesuai indikasi masuk ICU : Ka Instalasi ICU atau Dokter pelaksana harian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter jaga di ICU 08.00 - 14.00 (6 jam)</li> <li>- Shif dokter jaga sehari 1 x</li> <li>- Jumlah dokter umum pelatihan khusus ICU 1 orang</li> <li>- Belum ada dokter yang menetapkan rawat di ICU sesuai indikasi masuk ICU</li> </ul>
<b>Para Medis</b>	<b>Para Medis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah paramedis pelatihan khusus ICU lebih atau sama dengan 90 %</li> <li>- 6 tempat tidur dengan ventilator dibutuhkan perawat dengan pelatihan khusus ICU 24 perawat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah paramedis pelatihan khusus ICU 55 %</li> <li>- Jumlah total perawat 18 orang sudah mendapat pelatihan khusus ICU 10 orang</li> <li>-</li> </ul>
<b>Kwalitatif Medis</b>	<b>Kwalitatif Medis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter jaga ICU dengan pelatihan khusus ICU 100%</li> <li>- Dokter jaga perujuk pasien ke ICU dengan pelatihan khusus kegawat daruratan 100%</li> <li>- Evaluasi kompetensi dilaksanakan komite medik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter jaga ICU dengan pelatihan khusus ICU baru satu org (30%).</li> <li>- Dokter jaga perujuk pasien ke ICU dengan pelatihan khusus kegawat daruratan 100%.</li> <li>- Evaluasi kompetensi tidak dilaksanakan</li> </ul>

#### 6.3.2.1.2. *Standard Operational Procedure (SOP)*

Pelayanan di ICU akan bermutu jika didukung oleh masukan SOP yang bermutu pula. Berikut hasil Daftar Tilik Analisis Penyebab Kematian dengan telaah dokumen rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam (tabel 6.10) menginformasikan hasil secara tegas tentang variabel masukan/*input* SOP yang berhubungan dengan mutu pelayanan yang dihasilkan di ICU RSUD Kota Bekasi, yakni sebagai berikut:

Tabel 6.11.  
Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian  
Menurut Masukan/*Input* SOP

NO	Kode RM	No. Rekam Medik	Analisa Penyebab Kematian
1	103	2014877	Penurunan kesadaran lama membuat rentan infeksi...ditambah tindakan medis yang tidak steril (tidak melakukan standart precaution) membuat besar kemungkinan terjadinya infeksi nosokomial.
2	109	02008257	Timbulnya sepsis kemungkinan karena infeksi nosokomial kurang menjaga kesterilan pada saat melakukan tindakan.
3	517	01997556	Timbulnya kondisi sepsis karena pasien dengan penurunan kesadaran pada perawatan lama membuat kemungkinan infeksi menjadi tinggi, terutama pneumonia. Kemungkinan besar terjadi infeksi nosokomial, batas waktu pemasangan infus tidak dilakukan pemindahan posisi
4	123	01315760	Terdapat tanda-tanda sepsis kemungkinan karena infeksi nosokomial mengingat sterilitas pelayanan di ICU kurang terisolasi sehingga memudahkan jalannya rute penularan
5	709	01322090	Pasien mengalami sepsis, terbukanya rute penularan melalui tenaga rumah sakit maupun pengunjung

Dari tabel 6.11. bisa diperoleh informasi tentang permasalahan belum adanya SOP tentang pedoman dan pencegahan INOK di ICU (standar precaution tidak dilakukan SDM, pencegahan melalui pemasangan infus tidak dilakukan, pencegahan melalui meminimalisasi rute penularan). Berdasarkan hasil penelitian pasien meninggal lebih dari 24 jam di ICU menurut lama rawat terbanyak lima sampai tujuh hari (tabel 6.5) dan menurut resume audit bahwa terbanyak kejadian INOK (tabel 6.7) maka pihak manajemen RSUD Kota Bekasi perlu membuat dan memberlakukan SOP tentang pedoman dan pencegahan INOK di ICU.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan didapatkan hasil wawancara secara tegas menginformasikan tentang permasalahan variabel masukan (SOP) sebagai berikut :

*“ ...tidak ada kejelasan indikasi pasien yang dirawat di ICU...harusnya kan yang harapan hidupnya masih tinggi yang diprioritaskan masuk ICU. Jika tidak ada prioritas seperti itu mungkin angka kematian di ICU akan tinggi”(I-4)*

*“...tidak ada SOP tertulis tentang indikasi pasien masuk ICU”(I-2)*

*“...lha bagaimana ya, belum ada pengaturan dari manajemen pasien mana yang bisa dirawat di ICU, jadi ya begitulah...ICU selalu penuh”(I-3)*

*“...belum ada SOP dan siapa yang berhak menentukan pasien bisa masuk dan keluar ICU”(I-7)*

*“...tidak ada SOP indikasi masuk dan keluar ICU,...belum ada kebijakan tertulis dari manajemen siapa yang diberi kewenangan menentukan pasien boleh dirawat di ICU”(I-8)*

Dalam melakukan kegiatan baik yang bersifat profesionalisme maupun non profesionalisme dalam suatu institusi seperti rumah sakit harus jelas terperinci dan mempunyai payung hukum, sehingga jelas apa, kapan, dimana, siapa serta bagaimana masing-masing harus mengetahui hak dan kewajiban dalam melakukan kegiatan bersama. Hal diatas tertuang dalam kebijakan berupa Standart Operasional Prosedur (SOP) yang dibuat oleh masing-masing kelompok profesional atau bidang terkait dan ditandatangani pimpinan institusi/rumah sakit. Instalasi ICU RSUD Kota Bekasi belum memiliki SOP yang lengkap sesuai pelayanan yang bisa diberikan ICU. Kebijakan seperti SOP indikasi masuk dan keluar pasien dirawat di ICU serta kebijakan penetapan kewenangan kepala instalasi ICU untuk menetapkan pasien bisa dirawat di ICU sesuai indikasi medis yang telah ditetapkan bersama komite medik dan manajemen menjadi sangat penting untuk menjamin mutu pelayanan dan menurunkan angka kematian melalui minimalisasi perawatan pasien dengan kasus terminal sesuai hasil resume audit pada tabel 6.7.

Tabel 6.11 perbandingan kebijakan atau SOP minimal yang harus ada dalam pelayanan ICU untuk menjamin pelayanan bermutu di ICU. Kebijakan atau SOP di ICU RSUD Kota Bekasi masih belum memadai, adanya kebijakan yang lengkap, jelas dan berkualitas akan menghasilkan mutu pelayanan yang berkualitas pula. Dengan tidak adanya SOP berarti pelaksanaan pelayanan, monitor dan evaluasi kegiatan pelayanan di Instalasi ICU tidak bisa dilakukan sehingga jika ditemukan suatu permasalahan ataupun tanggung gugat terhadap komplain pasien akan sulit memberikan solusi pemecahan masalah.

Tabel 6.12  
Perbandingan SOP Pelayanan ICU

<b>Pedoman Kebijakan Akreditasi Rumah Sakit (ICU) Depkes tahun 2008</b>	<b>Kebijakan ICU RSUD Kota Bekasi</b>
- SOP hubungan kerja dengan unit lain	- Belum ada
- Bagan organisasi	- Ada
- Uraian tugas bagan organisasi	- Belum ada
- SOP indikasi masuk dan keluar ICU dari dalam atau dari luar rumah sakit	- Belum ada
- SOP penggunaan, pemeliharaan dan perbaikan alat kesehatan	- Sebagian ada
- SOP Pencatatan dan Pelaporan kegiatan pelayanan	- Belum ada
- SOP evaluasi hasil perawatan pasien	- Belum ada
- SOP tatacara pemeriksaan laboratorium dan radiologi	- Belum ada
- SOP kewenangan ka Instalasi/dokter jaga	- Belum ada
- SOP Pelayanan medis dan standar terapi	- Belum ada
- SOP pencegahan infeksi	- Belum ada
- SOP konsul antar dokter jaga/spesialis/konsulen	- Belum ada

### 6.3.2.1.3. Peralatan

Pelayanan di ICU akan bermutu jika didukung oleh masukan peralatan yang bermutu pula. Tabel 6.12 menginformasikan hasil secara tegas tentang variabel masukan/*input* peralatan yang berhubungan dengan mutu pelayanan yang dihasilkan di ICU RSUD Kota Bekasi melalui Daftar Tilik Analisis Penyebab Kematian dengan telaah dokumen rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam. Analisa penyebab

kematian yang berhubungan dengan variabel masukan peralatan CT Scan, yakni sebagai berikut:

Tabel 6.13  
Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Peralatan  
Pemeriksaan Penunjang (CT-Scan)

NO	Kode RM	No. Rekam Medik	Analisa Penyebab Kematian
1	104	02003221	Tidak dilakukan CT Scan kepala untuk memastikan jenis stroke yang akan berpengaruh pada jenis pengobatan selanjutnya terutama medikamentosa.
2	107	1320967	Tidak bisa memastikan apakah ada perdarahan atau tidak dalam otak karena tidak dilakukan CT Scan kepala
3	204	01297082	Diagnosa pasti lokasi penekanan akibat tumor tidak bisa ditegakkan karena tidak dilakukan CT Scan kepala
4	707	01320945	CT Scan tidak ada, pasien tidak transportabel untuk dilakukan CT Scan di luar. Terapi yang dilakukan tidak sesuai penyebab dasar
5	113	01285659	Tidak dilakukan pemeriksaan CT Scan sehingga tidak bisa memastikan stroke apa yang terjadi pada pasien. Dengan demikian penatalaksanaan juga kurang akurat.
6	604	01204050	CT Scan tidak bisa dikerjakan jenis stroke apa yang terjadi pada pasien untuk menentukan langkah terapi selanjutnya.
7	116	01323466	Tidak dilakukan pemeriksaan CT Scan sehingga tidak bisa memastikan stroke apa yang terjadi pada pasien.
8	305	01288003	Perlu pemeriksaan CT Scan untukl memastikan jenis stroke sehingga terapi tepat
9	710	01320969	Keterlambatan diagnosa yaitu tidak terlaksananya CT Scan kepala
10	127	01308414	Tidak dilakukan pemeriksaan CT Scan sehingga tidak bisa memastikan stroke apa yang terjadi pada pasien. Dengan demikian penatalaksanaan juga kurang akurat.

Berdasarkan hasil penelitian diatas terlihat bahwa peralatan CT Scan diperlukan berada di RSUD Kota Bekasi untuk mendukung penegakan diagnosa secara pasti terlebih apabila kondisi pasien tidak transportabel sehingga

penataksanaan pasien selanjutnya lebih cepat dan tepat. Hal ini juga didukung hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan sebagai berikut:

*“ ...ya masalah utama adalah fasilitas pemeriksaan penunjang penting tidak ada, yaitu CT. ...pasien dengan stroke atau trauma kepala terlambat ditegakkan diagnosa pastinya....apalagi jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan transportasi” (I-1).*

*“ ...Tidak adanya CT Scan. ...untuk dilakukan CT Scan di RS luar kondisi pasien tidak memungkinkan untuk di transportasi “ (I-8).*

*“ ...CT Scan di RSUD tidak ada ...membuat pasien dengan trauma kepala terlambat ditegakkan diagnosa pasti ...terutama untuk menentukan apakah perlu dilakukan operasi atau tidak”(I-2).*

*“ ...Tidak adanya CT Scan diagnosa pasti terlambat ...terapi kurang akurat ...CT Scan di RS luar kadang-kadang kondisi pasien tidak memungkinkan” (I-7)*

Dari hasil wawancara mendalam nampak beberapa informan mengatakan diagnosa pasti sulit ditegakkan selanjutnya menimbulkan keterlambatan diagnosa yang berakibat penatalaksanaan terapi yang tepat sesuai penyebabnya tidak bisa dilakukan dan akhirnya meningkatkan angka kematian di ICU. Dengan melihat Tabel 6.7 menginformasikan bahwa Distribusi Kematian Menurut Responden/ Dokter Penanggung Jawab Pasien terbanyak adalah keahlian penyakit syaraf, hal ini menjadi penting untuk menjadi masukan pihak manajemen untuk memprioritaskan adanya pengadaan CT Scan.

Dengan daftar tilik analisa penyebab kematian didapatkan hasil analisa penyebab kematian yang berhubungan dengan variabel masukan peralatan ventilator, yakni sebagai berikut:

Tabel 6.14  
Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Fasilitas  
Alat Kesehatan (Ventilator)

NO	Kode RM	No. Rekam Medik	Analisa Penyebab Kematian
1	401	01282583	...Adanya kegagalan pemasangan ventilator pada pasien yang membutuhkan jumlah ventilator tidak cukup.
3	705	01354878	Tidak terlaksananya pemasangan ventilator ...
4	611	02006923	...tidak dilakukan pemasangan ventilator...
5	704	01245879	...tidak terlaksananya pemasangan ventilator untuk mengatasi kondisi gagal napas.
6	702	1305835	Kegagalan penatalaksanaan dan pemasangan ventilator yang seharusnya dilakukan pada pasien ini...

Berdasarkan daftar tilik diatas menginformasikan bahwa sering tidak bisa dilakukan ventilator bagi pasien yang membutuhkan karena keterbatasan jumlah ventilator di ruang ICU didukung data peralatan kesehatan pada tabel 3.8 memperlihatkan jumlah ventilator di ICU dua unit dengan fungsi baik sedangkan data jumlah tempat tidur di ruang ICU terdapat enam tempat tidur sehingga berdasarkan standar pelayanan minimal ICU DEPKES keberadaan ventilator di ICU RSUD Kota Bekasi kurang memadai. Hal ini juga ditunjang oleh hasil wawancara dengan beberapa informan sebagai berikut:

*“ ... jumlah ventilator kurang, ...hanya dua ventilator untuk enam tempat tidur ...standarnya satu tempat tidur satu ventilator”(I-1)*

*“ ...pasien memerlukan bantuan support organ paru tapi tidak bisa dipasang ventilator ...lha, bagaimana bisa jumlah ventilator terbatas untuk ruang intensive seperti ICU ? ...tidak bisa jika seperti ini terus”(I-4)*

*“...pasien sering tidak bisa dilakukan pemasangan ventilator. ...jumlah ventilator tidak sesuai dengan bed. ...kadang kita jadi seperti membiarkan pasien tidak bisa nafas karena ventilator tdk ada “ (I-7)*

*“... jumlah ventilator kurang ...standarnya satu tempat tidur satu ventilator”(I-8)*

Tidak cukupnya jumlah ventilator di ruang ICU menjadi hambatan penatalaksanaan pasien sehingga menimbulkan kondisi memburuk pasien sampai berakibat meningkatnya kematian pasien di ICU (kegagalan ventilator pada pasien menyebabkan bertambahnya gangguan metabolisme asam basa, gangguan oksigenasi).

Tabel 6.14. adalah perbandingan fasilitas yang dimiliki Instalasi ICU RSUD Kota Bekasi dengan Fasilitas minimal yang harus dimiliki oleh Instalasi sebuah rumah sakit menurut Departemen Kesehatan (2008). RSUD Kota Bekasi perlu melakukan assesment ulang tentang fasilitas alat kesehatan di ICU, terlebih jika dibandingkan dengan standar Depkes masih banyak kekurangan peralatan kesehatan yang seharusnya dimiliki oleh ICU sehingga bisa menghasilkan pelayanan yang berkualitas apabila input berupa peralatan kesehatan sesuai standar pelayanan ICU Depkes di ruang inap ICU.



Tabel 6.15  
Perbandingan Peralatan Medis Pelayanan ICU

Pedoman Fasilitas Akreditasi Rumah Sakit (ICU) Depkes tahun 2008	Fasilitas ICU RSUD Kota Bekasi
- Tempat tidur adalah khusus (elektrik)	- Hanya 1 ( 5 tempat tidur biasa)
- Tiap pasien dengan pasien monitor	- Ada/sesuai
- Terdapat EKG di ruang ICU	- Belum ada
- Tiap TT terdapat Ventilator	- Hanya 2 ( kurang 4)
- Syringe pump minimal 2 untuk tiap TT	- Ada 5 ( kurang 12)
- Infus pump minimal 2 untuk tiap TT	- Ada 7 ( kurang 12)
- Terdapat Defibrilator dan alat pacu jantung	- Belum ada
- Suction pump	- Ada
- Spirometer	- Ada/sesuai
- Lryngoskope sesuai jmlh TT	- Ada (kurang 4)
- Ambubag sesuai jmlh TT	- Ada (kurang 4)
- Resusitator sesuai jmlh TT	- Ada ( kurang 4)
- Alat pengukur tekanan darah sentral	- Belum ada
- Terdapat peralatan drain thorak	- Belum ada

Tabel 6.15. menginformasikan hasil secara tegas tentang variabel masukan/*input* peralatan yang berhubungan dengan mutu pelayanan yang dihasilkan di ICU RSUD Kota Bekasi melalui Daftar Tilik Analisis Penyebab Kematian dengan telaah dokumen rekam medis pasien meninggal lebih dari 48 jam. Analisa penyebab kematian yang berhubungan dengan variabel masukan peralatan Haemodialisa, yakni sebagai berikut:

Tabel 6.16.  
Daftar Tilik Analisa Penyebab Kematian Menurut Fasilitas  
Alat Kesehatan (Haemodialisa)

NO	Kode RM	No. Rekam Medik	Analisa Penyebab Kematian
1	105	1120967	Tidak dilaksanakan hemodialisa dengan pertimbangan kasusnya <i>end stage</i> , mengingat pelaksanaan HD pasien-pasien dengan ventilator tidak transportabel untuk dilakukan HD di ruang HD.
2	506	01289290	...Tidak berhasilnya terapi medika mentosa untuk mengatasi asidosis metabolik&edema paru karena tidak dilakukan HD.
3	706	01293438	Tidak terlaksananya penatalaksanaan yang sesuai yaitu hemodialisa.
4	702	01305835	Kegagalan penatalaksanaan akibat tidak terlaksananya tindakan hemodialisa...

Berdasarkan daftar tilik diatas menginformasikan bahwa sering tidak bisa dilakukan hemodialisa bagi pasien yang membutuhkan tindakan hemodialisa karena tidak ada fasilitas dan kebijakan yang mendukung diselenggarakannya hemodialisa di ruang ICU mengingat pasien kondisi tidak transportabel. Hal ini akan memperburuk kondisi pasien sampai berakibat meningkatnya kematian pasien di ICU karena tubuh keracunan hasil metabolik akibat tidak dilakukan hemodialisa. Hal ini juga didukung hasil wawancara dengan beberapa informan sebagai berikut :

*“ ...Tidak ada fasilitas hemodialisa yang dapat dilakukan di ICU ...kondisi pasien tambah memburuk dengan asidosis metabolik bila tidak dicuci darah/hemodialisa ...harusnya ada mesin hemodialisa transportabel” (I-5)*

*“ ...pasien yang seharusnya dilakukan hemodialisa terpaksa tidak di HD. ...unit HD tidak bisa melayani permintaan HD di ICU, sedang pasien pakai ventilator tidak mungkin ditransfer ke ruang lain(I-7)”*

Berdasarkan standar pelayanan ICU Depkes hemodialisa tidak termasuk peralatan kesehatan yang harus dimiliki di ICU, berdasarkan hasil daftar tilik dan wawancara mendalam dengan informan diatas nampak yang dibutuhkan adalah pelayanan hemodialisa untuk pasien ICU dengan kondisi terpasang ventilator yang tidak memungkinkan pasien dibawa ke ruang hemodialisa. Perlu dipertimbangkan adanya transportabel pelayanan hemodialisa di ruang ICU atau membuat transportabel ventilator sehingga pasien bisa dirujuk ke bagian hemodialisa.

### 6.3.2.2. *Process*

#### 6.3.2.2.1. **Penatalaksanaan Medis**

Pelayanan ICU bersifat spesifik merawat pasien dengan sakit berat perlu dirawat secara khusus, tindakan segera dengan pemantauan ketat dan terus menerus yang bertujuan menurunkan angka kematian dan kesakitan. Dari hasil wawancara mendalam diperoleh informasi bahwa belum adanya metode evaluasi kinerja medis yang berlaku di ICU yang dilakukan secara teratur baik oleh manajemen atau oleh komite medik. Perlu adanya integrasi antar profesional yang bekerja di rumah sakit yaitu komite medik dan komite keperawatan”.

Tabel 6.17  
Hasil Wawancara Mendalam Penatalaksanaan Medis

No	Kode Informan	Hasil Wawancara
1	<b>I-8</b>	“ ...masing-masing SMF tidak pernah mengevaluasi tindakan yang dilakukan perawat atas instruksi yang diberikan ...komite medik tidak melakukan evaluasi rutin serta pengaturan privilegije medis antar dokter.”.
2	<b>I-4</b>	“ ...belum ada kesepakatan yang dikoordinasi komite medik sebagai profesionalisme di rsud untuk indikasi dan kontra indikasi masuk serta...kewenangan konsul juga harus diatur”.

Peran komite medik untuk mengendalikan utu pelayanan secara profesional harus secara terus menerus dilakukan. Komitmen antar dokter dengan komite medik yang dipilih sendiri anggotanya oleh para dokter harus terbentuk. RSUD Kota Bekasi

perlu membangun kerjasama yang baik dan membuat komitmen yang kuat antara manajemen dengan profesional dalam hal ini dokter yang tergabung dalam komite medik.

### 6.3.2.2.2. Penatalaksanaan Paramedis

Tabel 6.18.  
Tabel Daftar Tilik Analisis Penyebab Kematian Menurut Penatalaksanaan Paramedis

No	Kode RM	No. Rekam Medik	Analisa Penyebab Kematian
1	118	02015025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengawasan kebutuhan cairan kurang baik sehingga menyebabkan overload dan edema paru.</li> <li>- Masalah pada asuhan keperawatan</li> </ul>
2	120	01288302	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengawasan kebutuhan cairan kurang baik sehingga menyebabkan overload dan edema paru.</li> <li>- Masalah pada asuhan keperawatan</li> </ul>
3	301	01284717	Tidak terlaksananya asuhan keparawatan dalam hal pengawasan pasien, tanda vital tidak terpantau sehingga kondisi syok terlambat untuk diatasi.
4	501	01288580	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak berhasilnya penatalaksanaan terapi cairan untuk menghindari terjadinya gagal ginjal lebih lanjut.</li> <li>- Kegagalan asuhan keperawatan dalam pengawasan kebutuhan cairan pasien.</li> </ul>
5	503	02177875	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegagalan terapi cairan untuk mengatasi kondisi dehidrasi berat. Fungsi pemantauan dan support dari paramedis tidak berjalan.</li> <li>- Tidak terlaksananya pemantauan kebutuhan cairan yang objektive melalui pemasangan CVP</li> </ul>
6	603	01303546	Ketidaktepatan dalam pengawasan kebutuhan cairan dan observasi tanda-tanda vital, sehingga syok hipovolemik tidak diatasi. Ketidak berhasilan asuhan keperawatan
7	704	01245879	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegagalan mengatasi kondisi ketidakstabilan gula darah.</li> <li>- Tidak terlaksananya pemasangan ventilator untuk mengatasi kondisi gagal napas</li> </ul>

Pelayanan pasien di icu membutuhkan peran paramedis untuk melakukan pengawasan ketat secara terus menerus, waktu kontak/terpapar paramedis dengan

psien juga lebih lama sehingga resiko penularan dari dan ke pasien terhadap paramedis lebih besar. Tabel 6.17. menginformasikan hasil daftar tilik analisis penyebab kematian bahwa penatalaksanaan paramedis belum memadai karena tabel menunjukkan adanya masalah penatalaksanaan pasien akibat pengawasan ketat paramedis kurang memadai. Hal ini karena faktor jumlah paramedis yang tidak seimbang dengan jumlah tempat tidur serta jumlah paramedis terlatih belum seluruhnya. Berdasarkan hasil resume audit pada tabel 6.8 dan hasil daftar tilik menunjukkan kejadian yang mengarah adanya infeksi nosokomial besar. Menurut nani ( 2009) yang melakukan penelitian diruang rawat inap RSUD Kota Bekasi mengatakan ada hubungan signifikan antara kepatuhan perawat terhadap SOP dengan kejadian inok, ada hubungan signifikan antara ketersediaan SOP serta sarana prasarana cuci tangan dengan kejadian INOK, sedang faktor yang paling dominan adalah faktor perilaku perawat terhadap kejadian INOK.

Depkes menetapkan Standar berdasarkan Pedoman Fasilitas Akreditasi Rumah Sakit (ICU) tahun 2008 bagi paramedis, pedoman tersebut :

- Mengenal dan mencatat tanda dan gejala penyakit gawat/kegawatan yang mengancam nyawa.
- Melakukan perawatan gawat darurat pendahuluan termasuk RJP dasar.
- Memasang infus intra vena.
- Melakukan pelayanan perawatan intensif sesuai kebutuhan pasien.
- Mencegah kontaminasi kuman dan infeksi silang.
- Pelatihan pencegah kecelakaan akibat pemakaian alat-alat listrik/kecelakaan kerja yang lain.
- Menggunakan peralatan secara benar, efektif dan aman.
- Bersikap tanggap dan perhatian terhadap keluhan dan kebutuhan pasien serta keluarga termasuk segi psikologi dan sosial.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

##### 7.1.1. Gambaran Distribusi Kematian Pasien Lebih Dari 48 Jam di ICU Th 2009

Proporsi kematian lebih dari 48 jam di ICU RSUD Kota Bekasi tahun 2009 terbanyak adalah pasien dengan status bayar umum, asal masuk pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD), lama hari rawat pasien 5 – 7 hari, kasus dokter dengan keahlian syaraf, hasil resume audit kasus terminal dan infeksi nosokomial. Proporsi terbanyak gambaran kematian ini dijadikan data tambahan untuk menentukan prioritas dan intervensi pemecahan masalah mutu pelayanan di ICU RSUD Kota Bekasi terhadap kematian pasien lebih 48 jam.

##### 7.1.2. Gambaran Hubungan Struktur Input dan Proses Terhadap Struktur Output Kematian Pasien Lebih Dari 48 Jam di ICU Th 2009.

###### 1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber Daya Manusia (SDM) baik tenaga medis maupun paramedis yang berhubungan dengan kematian pasien lebih dari 48 jam dalam melihat gambaran mutu pelayanan di ICU secara kualitas dan kuantitas dibandingkan dengan standar menurut Perhimpunan Dokter Intensive Care Indonesia (PERDICI) masih belum memadai. Secara kualitas yaitu; keakuratan dalam menegakkan diagnosa dokter jaga di bagian IGD masih kurang, kemampuan mengintepretasi pemeriksaan Elektro Kardiografi (EKG) masih kurang, kemampuan perawat melakukan pengawasan ketat pasien terapi cairan, tanda-tanda vital di ICU masih kurang. Secara kuantitas yaitu; perlu penambahan jumlah dokter umum dengan pelatihan khusus ICU minimal dua orang dokter sehingga dokter jaga ICU selama 24 jam, perlu penambahan perawat dengan pelatihan khusus ICU minimal empat orang sehingga perbandingan jumlah perawat dengan tempat tidur 4 : 5.

## 2. SOP

Standart Operational Prosedur (SOP) yang dibuat oleh masing-masing kelompok profesional atau bidang terkait dan ditandatangani pimpinan institusi/rumah sakit. Instalasi ICU RSUD Kota Bekasi belum memiliki SOP yang lengkap sesuai pelayanan yang bisa diberikan ICU. SOP wajib ada dalam kegiatan melakukan pelayanan di RSUD agar bisa dilakukan monitor dan evaluasi kegiatan pelayanan di Instalasi ICU secara efektif sehingga jika ditemukan suatu permasalahan ataupun tanggung gugat terhadap komplain pasien bisa memberikan solusi pemecahan masalah yang tepat.

## 3. Fasilitas

Instalasi ICU RSUD Kota Bekasi agar bisa memberikan pelayanan yang berkualitas harus melakukan assesment ulang tentang fasilitas terutama alat kesehatan sesuai standar pelayanan minimal di ICU menurut Depkes 2008. Dengan fasilitas yang tidak memenuhi standart mengakibatkan pelayanan tidak berkualitas sehingga meningkatkan angka kematian di ICU meningkat.

Pemeriksaan penunjang CT Scan di RSUD Kota Bekasi belum ada, hal ini menyebabkan keterlambatan waktu terapi dan diagnosa pasti sesuai penyebabnya pada akhirnya akan meningkatkan angka kematian di ICU. Berdasarkan distribusi kematian menurut penanggung jawab pasien jumlah terbanyak kasus kematian lebih dari 48 jam adalah dari dokter syaraf sehingga adanya CT Scan di RSUD Kota Bekasi menjadi prioritas.

Jumlah alat kesehatan untuk bantuan pernafasan yaitu ventilator belum sesuai standar Akreditasi Rumah Sakit untuk ICU Departemen Kesehatan tahun 2008 dimana jumlah ventilator harus sebanding dengan tempat tidur pasien. Tidak cukupnya jumlah ventilator menjadi hambatan penatalaksanaan pasien dengan efektif sehingga menimbulkan kondisi memburuk pasien sampai berakibat meningkatnya kematian pasien di ICU (kegagalan ventilator pada pasien menyebabkan bertambahnya gangguan metabolisme asam basa, gangguan oksigenasi).

Pasien di ICU dari hasil penelitian banyak yang memerlukan tindakan Hemodialisa. Pelaksanaan Hemodialisa di RSUD Kota Bekasi berada di ruang unit Hemodialisa, bagi pasien di ruang ICU dengan kondisi kesehatan memerlukan tindakan hemodialisa segera dan tidak memungkinkan untuk ditransport ke ruang hemodialisa menyebabkan kondisi pasien bertambah buruk yang akhirnya meningkatkan kematian.

#### 4. Penatalaksanaan Medis

Belum adanya metode evaluasi kinerja medis yang berlaku di ICU yang dilakukan secara teratur baik oleh manajemen atau oleh komite medik. Perlu adanya integrasi antar profesional yang bekerja di rumah sakit yaitu komite medik dan komite keperawatan. Peran komite medik untuk mengendalikan mutu pelayanan secara profesional harus secara terus menerus dilakukan. Komitmen antar dokter dengan komite medik yang dipilih sendiri anggotanya oleh para dokter harus terbentuk. RSUD Kota Bekasi perlu membangun

#### 5. Penatalaksanaan Paramedis

Penelitian menunjukkan adanya masalah penatalaksanaan pasien akibat pengawasan ketat paramedis kurang memadai. Hal ini karena faktor jumlah paramedis yang tidak seimbang dengan jumlah tempat tidur serta jumlah paramedis terlatih belum seluruhnya serta menunjukkan kejadian yang mengarah adanya infeksi nosokomial besar.

### 7.2. Saran

1. Bagian Kepegawaian RSUD Kota Bekasi
  - a. Melakukan penugasan dokter umum untuk ditempatkan di intensive Care Unit (ICU) sebanyak dua orang agar bisa memberi pelayanan tenaga medis selama 24 jam sehari dengan cara berkoordinasi dengan SMF Umum dan Bagian Diklat untuk mengirim dokter umum mengikuti pendidikan dan pelatihan khusus ICU.



- b. Mengirim dokter umum (jaga IGD) yang ketrampilan menginterpretasi pemeriksaan Elektro Kardiografi (EKG) kurang untuk mengikuti pelatihan EKG berdasarkan rekomendasi Dokter Konsulen kepada Komite Medik yang diteruskan ke Bagian Diklat.
  - c. Melakukan koordinasi dengan Bagian Diklat dan Bagian Keperawatan untuk mengirim delapan paramedis ICU yang belum mengikuti pendidikan dan pelatihan khusus ICU agar paramedis ICU seluruhnya mempunyai pendidikan dan ketrampilan khusus paramedis ICU.
2. Bagian Pelayanan Medis
- a. Membuat prosedur tertulis pemberian pelayanan *transportabel hemodialisa* di ruang ICU dengan cara berkoordinasi dengan Instalasi hemodialisa.
  - b. Memfasilitasi dan mengevaluasi kegiatan Tim Pengendali Infeksi RSUD Kota Bekasi dalam pelaksanaan Program Pengendalian Infeksi Nosokomial (PPIN) secara rutin dengan cara berkoordinasi dengan Bagian Anggaran (penelitian kejadian infeksi) Bagian Penunjang (bahan habis pakai *handsrub*, *handwash*, masker, apron dan Bagian Sarana Prasarana (tempat cuci tangan, ruang isolasi).
  - c. Membuat SOP yang belum ada (hubungan kerja dengan unit lain, uraian tugas bagan organisasi, pencatatan dan pelaporan kegiatan pelayanan, evaluasi hasil perawatan, tatacara pemeriksaan laboratorium, kewenangan ka instalasi dan dokter jaga, konsul antar dokter jaga/konsulen, pencegahan infeksi).
3. Bagian Penunjang Medis
- a. Melakukan *assasment* ulang peralatan medis di ICU dan melengkapi peralatan medis yang belum ada (EKG, Defibrilator, Alat Pacu Jantung, CVP, Drain Thorax) atau jumlahnya kurang (bed elektik, ventilator, syringe pump, infus pump, laryngoskop, resusitator, ambubag) berdasarkan standar peralatan medis minimal pelayanan di ICU rumah sakit menurut Depkes.
  - b. Menjadikan pengadaan CT Scan sebagai prioritas dalam kajian perencanaan peralatan medis melalui permintaan bantuan dana APBD tingkat kota ataupun APBD Propinsi dan APBN.

- c. Menyediakan dan menjamin ketersediaan BHP (*handsrub, handwash, masker, apron*) untuk melaksanakan kegiatan standar precaution guna menekan angka kejadian INOK.
4. Bagian Komite Medik
    - a. Menindak lanjuti permasalahan medis (kesenjangan yang ditemukan antara keakuratan penegakan diagnosa oleh dokter jaga IGD dengan dokter konsulen) melalui Sub Komite Medik sesuai perannya untuk menegakkan etika disiplin profesi medis, mutu pelayanan berbasis *Evidence Based Medicine*.
    - b. Melaksanakan *inservis training* untuk dokter jaga IGD atas kesenjangan pengetahuan dan ketrampilan keakuratan penegakan diagnosa oleh dokter jaga IGD dengan dokter konsulen.
    - c. Membuat prosedur tertulis berupa *Standart Operational Prosedur (SOP)* tentang diagnosa penyakit yang menjadi indikasi medis pasien bisa dirawat di ICU atau indikasi medis pasien harus dipindahkan dari ICU.
    - d. Melaksanakan kegiatan audit kematian dan audit medik secara rutin dengan cara laporan kasus tiap bulan dari masing-masing Satuan Medis Fungsional (SMF) dan memberikan rekomendasi kepada manajemen dari hasil audit.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Achsanuddin Hanafie, 2007, Peranan Ruangan Perawatan intensive (ICU) dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit, Univ Sumatera Utara (USU).
2. CDC. Departmen Of Health and Human Services. 2002, '*Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings*', Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 51, No. RR-16, October 25.
3. Depkes RI, 2002, Pedoman RKAP Rumah Sakit Perjan.
4. ...., 2005, Pelayanan Rumah Sakit.
5. ...., 2007, Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit.
6. ...., 2008, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
7. Darmadjaja, Djoni, 2001, Kajian Proses Pembangunan Komitmen Dokter Spesialis di Rumah Sakit Umum Daerah Karawang, Program Pasca Sarjana, KARS, Universitas Indonesia
8. Djoyosugito, A. 2001, *Buku Manual Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit*, Jhonson-jhonson Medical Indonesia, Jakarta.
9. Djoko Wijono, 1999, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Surabaya : Airlangga University Press.
10. Donabedian (1988), Avendis, M.D, M.P.H, 1980, Explorating in Quality Assessment and Monitoring, Vol I, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
11. ...., 1982, Explorating in Quality Assessment and Monitoring, Vol II, The Criteria and Standarts of Quality, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

12. ...., 1985, *Explorating in Quality Assessment and Monitoring, Vol III, The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring, An Illustrated Analysis*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
13. Fitri, Rahmika, 2009, *Gambaran kompetensi perawat ICU dan HCU serta Hubungannya dengan Pendidikan, Pelatihan dan Pengalaman di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih tahun 2009*, KARS, FKM, Universitas Indonesia
14. FKM Universitas Indonesia, 2000, *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan*
15. Gaspersz, V, 2006, *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard dengan Six Sigma untuk Organisasi Bisnis dan Pemerintah cetakan keempat*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
16. ...., 2003, *Metode Analisis untuk Meningkatkan Kualitas*, Jakarta: Gramedia
17. ...., 2005, *Total Quality Management*, Jakarta: Percetakan PT. SUN.
18. Gunawan WS, M. Hasanbasri, Tjahjono K., *Working Paper Series No.20 Juli 2007: Pengukuran Kinerja Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta*, Universitas Gajah Mada Press, Yogyakarta.
19. Indonesia. Departemen Kesehatan. 2003, *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi di ICU*, Dirjen Yanmed, Jakarta.
20. ...., 2007, *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*, JHPIEGO Corporation dan PERDALIN, Jakarta.
21. Kaplan R.S. dan Norton D, 2004. *Strategy Maps : Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*. Massachusetts, Harvard Business School Press.

22. Kaplan, R.S. dan Norton, D, 2000, *Balanced Scorecard : Menerapkan Strategi Menjadi Aksi*, Erlangga, Jakarta.
23. Kep Menkes 1457 tahun 2003
24. Kotler, P dan Amstrong. 2001
25. Kotler, P dan Amstrong. 2001 *Prinsip-prinsip Pemasaran Edisi 8 Jilid I*, Jakarta: Penerbit Erlangga.
26. Kotler, P. 1990 *Marketing Management, Analysis, Planning and Control*, New Jersey: Prentice Hall.
27. Lanjar, S, 2002, *Analisis Biaya-Hasil Pada Penggunaan Closed Ventilation Suction System pada pengendalian nosokomial di ICU RSMK Jatinegara*.
28. Leebov, Wendy and Ersoz, Jean C, 1991, *The Health care manager's guide to continous quality improvement*, Chicago, American Health Association.
29. ...., 1994, *Service Quality Improvement : The Customer Satisfaction Strategy For Healt Care*, Chicago, American Health Association.
30. Luis S. dan Biromo P.A, 2008, *Step by Step in Cascading Balanced Scorecard*, cetakan kedua, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
31. Nasution, M. N. 2004 *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management)*, Jakarta: Penerbit Ghalia.
32. Niven P.R, 2008, *Balanced Scorecard Step by Step for Government and Nonprofit Agencies*, 2nd edition, John Wiley & Sons, Canada.
33. Pangestuti S, Tjahjono K, Adi U, *Jurnal Manajemen Pelayanan vol 5/No.02/2002: bechmarking sistem Akreditasi Rumah Sakit di Indonesian dan Australia*, Universitas Gajah Mada Press, Yogyakarta.

34. Permata, Ratih, 2006, Usulan rancangan program pelatihan pelayanan berfokus pelanggan pada perawat ICU rumah sakit X, Program Pasca Sarjana, FE, Universitas Indonesia
35. Peraturan Pemerintah 28 Ps 39 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
36. Peraturan Pemerintah 65 Bab I Ayat 6 (2005).
37. Peraturan Pemerintah, 2005 No. 23 tahun 2005.
38. Philip B. Crosby, 1979, *The Conformance of Requirements*.
39. Rasmanto J, Koentjoro T, Djasri H, 2005, Evaluasi Mutu Pelayanan Rawat Inap Melalui Audit Kematian di RSD Kol.Abundjani Bangko Provinsi Jambi.
40. R. Hatta, Gemala, 2009, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Universitas Indonesia, Jakarta.
41. Sumarno M, 2000, Pengaruh beberapa variable input dan proses pelayanan terhadap BOR pada enam RSUD di Jawa Tengah.
42. Yuwono S., Sukarno E., dan Ichsan M. 2004, *Petunjuk Praktis Penyusunan Balanced Scorecard : Menuju Organisasi yang berfokus pada Strategi*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.