

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Rumah Sakit

2.1.1 Definisi

Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan selama 24 jam sebagai sarana untuk kesehatan perorangan, keluarga, ataupun masyarakat yang terdiri dari beberapa pelayanan rawat inap, rawat jalan, kegawat daruratan, dan pelayanan medik lainnya. Memiliki program peningkatan mutu baik internal maupun eksternal dengan dilakukannya evaluasi yang dilakukan berkaitan dengan pelayanan serta evaluasi seluruh kegiatan pasien. Peningkatan mutu internal dilakukan dengan observasi kinerja klinis atau survey terhadap program evaluasi dan pelanggan internal, berbasis *review* dokumen, reka medis, *patient safety* dan audit medis. Depkes RI (2007 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016).

2.1.2 Instalasi Rawat Inap

2.1.2.1 Definisi

Instalasi rawat inap adalah unit yang menyelenggarakan dan menyediakan fasilitas non struktural yaitu kegiatan rawat inap. Merupakan suatu kelompok pelayanan kesehatan gabungan beberapa dari fungsi pelayanan yang terdapat dirumah sakit. Pasien yang

memerlukan perawatan intensif serta pasien yang memiliki riwayat penyakit yang berat maka termasuk kriteria dalam rawat inap (Rika Apriyanti Hernawan, 2016).

2.1.2.2 Standar Pelayanan Rawat Inap

Menurut Kepmenkes (2008 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) Standar pelayanan minimal yaitu hak warga yang diperoleh secara minimal atas dasar urusan bagi daerah dengan kategori wajib berdasarkan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar. Selain itu merupakan spesifikasi teknis yang diberikan oleh badan layanan umum tentang tolak ukur pelayanan minimum. Rumah sakit menyusun SPM diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan SPM. SPM juga dapat dijadikan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan acuan bagi pengelola rumah sakit, pelaksanaan dan pembiayaan setiap jenis pelayanan. Penunjang klinis dan pelayanan medis adalah hal yang berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan rawat inap diantaranya kegiatan pemeliharaan sarana dan rekam medis. Adanya pelayanan sarana yang baik dan pelayanan rekam medis pasien yang dirawat akan merasa puas dan nyaman dalam proses penyembuhannya. Ada Jenis SPM pelayanan rawat inap menurut Depkes adalah sebagai berikut

2.1.2.3 Indikator Pelayanan Rawat Inap

Indikator dalam menilai rumah sakit yang dapat digunakan adalah sebagai berikut :

- a. *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah indikator pelayanan rumah sakit yang memberikan penilaian pada pemanfaatan tempat tidur di unit rawat inap.

BOR : Jumlah hari perawatan rumah sakit

$$BOR = \frac{\text{Jumlah hari perawatan Rumah Sakit}}{\text{Jumlah tt x jumlah hari dalam 1 periode}} \times 100\%$$

Nilai parameter BOR yang ideal adalah 60-85%

- b. *Length Of Stay* (LOS) yaitu Indikator pelayanan rumah sakit yang menilai rata-rata lama rawat seorang pasien di rumah sakit.

$$LOS = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (H + M)}}$$

LOS antara 6-9 hari adalah nilai ideal secara umum

- c. *Bed Turn Over* (BTO) yaitu indikator pelayanan rumah sakit yang menilai frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode berapa kali dipakai.

$$BTO = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (H + M)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

Nilai BTO setahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

- d. *Turn Over Internal* (TOI) yaitu indikator pelayanan rumah sakit untuk menilai tempat tidur yang tidak terpakai dan untuk diisi berikutnya.

$$TOI = \frac{(\text{Jumlah TT} \times \text{Periode}) - \text{hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (H + M)}}$$

Idealnya tempat tidur tidak terisi atau kosong kisaran 1-3 hari

- e. *Net Death Rate* (NDR) yaitu angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Dapat dijadikan indikator untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit.

$$NDR = \frac{\text{Jumlah pasien mati} \geq 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien keluar (H + M)}} \times 1000\%$$

Nilai NDR yang masih dapat di tolerir adalah kurang dari 25 per 1000.

- f. *Gross Death Rate* (GDR) yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar rumah sakit

$$GDR = \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (H + M)}} \times 1000\%$$

Nilai GDR yang masih dapat di tolerir adalah kurang dari 45 per 100.

2.2 Konsep Virus Corona 2019

2.2.1 Definisi

Penyakit Corona Virus 2019 (Corona virus disease 2019/Covid-19) adalah infeksi penyakit baru yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona-virus-2* (SARS-CoV-2). Coronavirus merupakan keluarga besar virus menyebabkan penyakit ringan sampai berat seperti pilek atau common cold, MERS dan SARS merupakan penyakit yang serius. Awal mula SARS-CoV-2 berasal dari kelelawar ditransmikan oleh hewan liar melalui trenggiling. Penularannya melalui manusia ke manusia sangat terbatas dan dari hewan ke manusia (Livana et al, Yunus, 2020).

2.2.2 Epidemiologi

28 Maret 2020 bahwa kasus covid-19 yang terkonfirmasi berjumlah 571.678 kasus. . Awal kasus terbanyak berada di Cina, saat ini terbanyak di Italia sebanyak 86.498 kasus, diikuti Amerika sebanyak 85.228 dan 82.230 kasus Covid-19 di Cina. Akibat kematian karena virus ini telah menyebar ke 199 negara, dengan jumlah kematian mencapai 26.494 kasus hingga mencapai persentase sebesar 4-5% kematian inipun sering terjadi pada kelompok lansia. Kasus pertama di Indonesia pada 2 Maret menyatakan bahwa kasus yang terkena akibat tertular dari orang asing selain Indonesia, yang menyebabkan kasus di Indonesia pada 29 Maret 2020 bertambah menjadi 1.115 kasus dengan jumlah

angka kematian sebanyak 102 jiwa. Tingkat kematian Indonesia termasuk angka kematian tertinggi 9%.

2.2.3 Etiologi dan Patogenesis

Kesamaan yang ada pada virus covid-19 99% sama dengan SARS merupakan hasil dari evaluasi genomik yang terjadi pada pasien yang sedang isolasi selama 10 hari, serta adapun kesamaan identik sebesar 88% . Hasil perkembangan data bahwa virus dapat menular antar manusia melalui droplet dan kontak dengan virus, droplet yang dapat dikeluarkan sehingga virus dapat masuk kedalam mukosa yang terbuka. Durasi dan gejala berdasarkan masa inkubasi antara gejala dengan pasien yang diisolasi, mendapatkan hasil penularan dari 1 pasien ke 3 orang disekitarnya.

2.2.4 Klasifikasi Infeksi

Novel Covid-19 per 20 Maret 2020 berdasarkan panduan surveilans global WHO infeksi covid di klasifikasikan sebagai berikut:

1. Kasus terduga (*suspect case*)
 - a. Pasien dengan gangguan nafas akut (dema dan setidaknya tanda gejala sesak napas, batuk dan penyakit pernapasan) penularan dikomunitas melaporkan riwayat perjalanan penyakit Covid-19 selama 14 hari sebelum omset gejala.

- b. Probable Covid-19 dalam 1 hari terakhir pada kasus terkonfirmasi mempunyai kontak dan pasien dengan gangguan napas akut.
 - c. Jika seseorang terkena gejala virus seperti batuk, demam, sesak dan memerlukan rawat inap bahwa keadaan tersebut menjelaskan tidak adanya diagnosis secara lengkap.
2. Kasus Probable (*probable case*)
 - a. Hasil tes kasus terduga Covid-19 Inkonklusif
 - b. Hasil tes terduga yang tidak dapat dikerjakan karena alasan apapun.
 3. Pasien dengan kasus positif menunjukkan bahwa pasien tersebut telah terkonfirmasi oleh virus naun disertai dengan gejala atau tidak.

Kontak adalah interaksi yang dilakukan oleh 2 orang atau lebih yang mengalami gejala dari kasus seseorang yang terkonfirmasi.

1. Kontak tatap muka dalam radius 1 meter dan lebih dari 15 menit dengan kasus terkonfirmasi.
2. Kasus probable atau terkonfirmasi kasus dengan kontak fisik langsung.
3. Kasus terkonfirmasi penyakit Covid-19 dirawat langsung menggunakan alat pelindung diri yang sesuai.
4. Indikasi penilaian lokasi lokal disesuaikan oleh situasi lain.

Menurut buku pedoman pencegahan dan pengendalian
Covid-19 per 27 Maret 2020

1. Pasien dalam pengawasan (Pdp)

Pasien dengan pdp memiliki gejala demam Gejala demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau ISPA apakah sebelumnya ada riwayat bertemu atau kontak dengan pasien yang terpapar selama pada 1 hari terakhir.

2. Orang tanpa gejala (Otg)

Seseorang yang telah positif naun tidak ada gejala yang dirasakan hal itu terjadi karena adanya riwayat kontak dengan seseorang yang terpapar virus.

3. Hasil pemeriksaan tes positif dengan kasus konfirmasi pasien yang terinfeksi Covid-19 melalui pemeriksaan polymerase chain reaction (PCR)

2.2.5 Diagnosis

Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang namnesis merupakan penegakkan dalam menentukan diagnosa dengan gambaran apakah adanya riwayat perjalanan, bekerja di pelayanan kesehatan, pernah kontak dengan pasien covid-19, satu tempat atau serumah dengan pasien covid-19 atau berada dalam lingkungan yang terpapar oleh virus covid-19 sehingga diperiksa apakah adanya gejala klinis atau terdapat komorbiditas, gejala yang timbul seperti dema, sakit kepala, sesak, mialgia, batuk, diare, mual

muntah dan nyeri abdomen. Demam merupakan gejala yang sering ditemui sebesar (98%) disertai dengan batuk dan mialgia. Pemeriksaan penunjang lainnya pada pneumonia dilakukan foto toraks, bisa dilanjutkan dengan computed tomography scan (CT scan) toraks dengan kontras

2.2.6 Penatalaksanaan

2.2.6.1 Isolasi dan prosedural pencegahan infeksi dan kontrol pasien suspek maupun konfirmasi pasien Covid-19

Jika pasien yang terkonfirmasi maka perlu isolasi mandiri dan menauhi dari anggota keluarga agar tidak terjadinya penularan penyakit, dan harus melakukan pemeriksaan ke rumah sakit jika kondisi semakin memburuk. Sekelompok orang yang beresik terkonfirmasi adalah orang yang memiliki riwayat hubungan atau interaksi dengan pasien covid-19 maka perlu dilakukan tindakan pencegahan dan mitigasi pada lingkungan atau daerah dan tempat masyarakat tersebut.

Langkah-langkah pencegahan yang paling efektif di masyarakat meliputi:

1. Melakukan cuci tangan agar menjaga kebersihan tangan dan terhindar dari kotoran dengan

menggunakan handsanitizer atau menggunakan sabun yang dibilas dengan air yang mengalir.

2. Tidak menyentuh mata, hidung ataupun mulut
3. Jika batuk dan bersin maka batuk dan bersin sesuai etika yaitu menutup hidung dan mulut dengan lengan bagian dalam.
4. Menggunakan masker sesuai prosedur dan buang jika sudah tidak terpakai dan sering melakukan kebersihan
5. Menjaga jarak (minimal 2 meter) dari orang yang mengalami gejala gangguan pernapasan

2.2.6.2 Tatalaksana Simtomatik dan Supportif

Tatalaksana Simtomatik dan Supportif Sampai saat ini belum ada pengobatan spesifik anti Covid-19 yang direkomendasikan untuk pasien konfirmasi Covid-19. Penatalaksanaan klinis yang dilakukan diantaranya :

- a. Pasien terkonfirmasi tanpa gejala Pada prinsipnya tidak memerlukan rawat inap di Rumah Sakit tetapi pasien melakukan isolasi mandiri selama 10-14 hari dan pasien perlu melakukan cek suhu tubuh sehari dua kali, jika sudah lebih dari 10-14 hari tanpa ada

gejala apapun maka melakukan skrining tempat pelayanan kesehatan.

- b. Pasien terkonfirmasi sakit ringan pada dasarnya sama seperti pasien dengan tidak ada gejala mereka cukup melakukan isolasi selama 10 hari setelah dilakukan pemeriksaan, Pasien yang sakit ringan biasanya diberi obat anti piretik yaitu obat penurun demam Setelah melewati masa isolasi pasien akan kontrol ke FKTP terdekat.
 - c. Pasien terkonfirmasi sakit sedang adalah pemberian terapi simptomatis pada pasien yang memiliki gejala dan dilakukan pemantauan hingga gejala itu menghilang dan pasien sakit ringan jika memiliki komorbid akan menjalani perawatan di Rumah Sakit.
1. Tatalaksana Pasien Terkonfirmasi COVID-19 yang Sakit Berat
 - a. Terapi Suportif Dini dan Pemantauan Pemberian terapi suplementasi oksigen segera pada pasien ISPA berat dan pasien yang mengalami distress pernapasan, hipoksemia, atau syok.
 - a) Terapi pemberian oksigen 5L/menit memiliki kriteria tersendiri seperti dewasa

dan anak SpO₂ ≥90%, sedangkan pada ibu hamil SpO₂ ≥ 92% -95%

- b) Pemantauan pada pasien ISPA dilakukan dengan menggunakan oksimetri serta alat alat yang baik dala pemberian oksigen yang digunakan dalam satu kali pakai.
 - b. Pada pasien dengan perubahan klinis dan gagal nafas, harus melakaukan perawatan suportif denagn cepat
2. Tatalaksana Pasien Terkonfirmasi Covid-19 yang Sakit Kritis
- a. Manajemen Gagal Napas Hipoksemi dan ARDS
 - a) Pemberian oksigen sebanyak 10-15 L/menit yang digunakan untuk pengembangan kantong FiO₂ bagi pasien yang mengalami peningkatan kerja pernapasan.
 - b) Oksigen HFNO dilakukan pada pasien yang oksigen nasal aliran nya tinggi diberikan pada pasien gagal napas harus dipantau ketat dan diberi penilaian pada saat mengalami perburukan klinis.

- c) Petugas harus berpengalaman melakukan pelatihan intubasi endotrakeal dan waspada terhadap transmisi airborne.
- d) Penggunaan volume tidal rendah (4-8 ml/kg prediksi berat badan, Predicted Body Weight/PBW) dan tekanan inspirasi rendah (tekanan plateau) untuk bantuan bagi ventilasi seseorang

2.2.7 Pencegahan

Pencegahan paling utama yaitu membatasi mobilisasi sapaai masa inkubasi, melakukan pertahanan sistem tubuh atau daya tahan tubuh. memperbanyak cuci tangan, asupan makanan sehat, melakukan olah raga, menggunakan masker bila didaerah padat dan beresiko, istirahat yang cukup, dan bila sakit segera berobat ke Rumah sakit rujukan untuk di evaluasi. Bagi tugas kesehatan perlu menggunakan APD yang lengkap. Waspada terhadap setiap tindakan yang dilakukan , penggunaan masker untuk tenaga medis (N95), proteksi mata, sarung tangan dan gaun panjang (gown).

2.2.8 Prognosis

Prognosis dilihat dari seberapa besarnya derajat penyakit yang diderita, usia, dan adanya komorbiditas penyakit. Sapaai saat ini kasus mortalitas mencapai 2% sedangkan kasus berat mencapai 10%.

2.3 Komorbiditas Penyakit Covid-19

2.3.1 Definisi

Komorbiditas merupakan suatu kondisi dimana terjadi dua atau lebih penyakit yang berlangsung secara bersamaan, terlepas dari berkesinambungan atau tidaknya penyakit-penyakit tersebut, (Enrico William Bossi Hamonangan Marpaung, 2020).

2.3.2 Komorbiditas Covid-19

Kasus kematian di Amerik Serikat terjadi peningkatan karena adanya komorbisitas penyakit sebesar 94% kasus kematian, sehingga pasien dengan komorbisitas sangat memerlukan perhatian karena kondisinya lebih rentan dan sering berakibatkan fatal. Beberapa komorbiditas penyakit Covid-19 terbanyak diantaranya (Raden Muhammad Ali Satria, 2020)

1. Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang dapat menyebabkan komplikasi penyakit. Faktor penyebab hipertensi diantaranya usia, kurang berolah raga, obesitas, dan mengkonsumsi garam yang berlebihan, pasien dengan penyakit penyerta hipertensi lebih beresiko meninggal akibat Covid-19 menempati urutan pertama di Indonesia. Peningkatan kematian Covid 19 adanya komorbiditas dari hiperetnsi sebanyak 58,9% (Ferdinans, 2020). Pasien hipertensi yang sedang

menjalankan pengobatan angiotensin II receptor blocker (ARB) serta angiotensin enzyme inhibitor (ACEi) menyebabkan tingkat infeksi semakin tinggi karena adanya peningkatan ekspresi ACE-2 sehingga dapat memperburuk keadaan atau memperparah tingkat penyakit Covid-19 karena virus semakin meningkat dan memanfaatkan ACE-2. Sel endotelial yaitu pengeluaran dari ACE-2 ketika banyak yang dikeluarkan maka akan meningkatkan peningkatan ekspresi reseptor ACE-2 sehingga pasien dengan disfungsi endotel vaskular dapat meningkatkan keparahan penyakit dan beresiko terhadap kematian.

2. Diabetes Mellitus

Penyakit diabetes mellitus merupakan penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan secara intensif yang disebabkan oleh faktor keturunan, usia, serta gaya hidup tidak sehat. Pasien covid-19 dengan komorbiditas penyakit diabetes beresiko memiliki tingkat keparahan penyakit. Dikarenakan adanya fluktuasi kadar gula darah dimana darah tidak stabil yang berkaitan dengan kekentalan darah sehingga pengobatannya perlu diperhatikan, diabetes mellitus termasuk ke dalam urutan penyakit penyerta berbahaya. Virus masuk ke dalam tubuh

menyebabkan sel T mengeluarkan interferon pada sitokinin. Adanya peningkatan ekspresi terhadap ACE-2 pada pasien diabetes mellitus type 1 dan 2. Adanya peningkatan furin serta protease membran tipe 1 yang menyebabkan virus SARS dapat masuk kedalam tubuh. Terganggunya fungsi sel T dan adanya peningkatan pada kadar interleukin memengaruhi tingkat keparahan penyakit Covid-19 pada pasien dengan diabetes membutuhkan waktu yang panjang dalam membersihkan virus dalam tubuh. Penderita diabetes dapat mengonsumsi obat antidiabetes yaitu adanya penghentian aktivitas enzim Dipeptidyl Peptidase IV dapat meningkatkan insulin dan menurunkan kadar gula dalam tubuh, membran sel yang dapat berperan sebagai proses fisiologi termasuk respon imun adalah fungsi dari DPP4. Selain itu peningkatan keparahan pada pasien covid-19 dengan komorbid diabetes mellitus adalah menurunnya fungsi makrofag.

3. Penyakit Jantung

Penyakit jantung merupakan penyakit penyerta pada pasien Covid-19 yang jika mengalami penyakit tersebut pasien akan memiliki gejala lebih berat, dan meningkatkan resiko kematian hingga tiga kali lipat.

Menurut temuan di Inggris sebanyak 9 dari 10 pasien Covid yang meninggal memiliki komorbiditas tersebut, pasien Covid 19 dengan komorbid penyakit jantung akan memperburuk prognosis Covid-19 (Wuri Ratna Hidayani, 2020).

4. Penyakit Paru

Covid-19 yaitu penyakit yang menyerang sistem pernapasan pada manusia merupakan alat vital dalam pernapasan, dari beberapa pasien covid-19 yang memiliki komorbiditas penyakit paru akan memperburuk keadaan diantaranya asma bronkitis, dan kanker paru. Salah satu tanda gejala pasien covid-19 adalah sebagian pasien terkena penyakit pneumonia sehingga menyebabkan kerusakan organ paru membuat pasien beresiko mengalami kematian.

2.4 Mutu Pelayanan Rumah Sakit

2.4.1 Definisi

Menurut Gaspez (2003 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) menyatakan mutu atau kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan. Berdasarkan pengertian dasar mutu diatas, terlihat bahwa mutu atau kualitas selalu berfokus pada pelanggan (*customer focused quality*).

Menurut Crosby (1979 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) ada empat hal yang mutlak menjadi bagian integral dari manajemen mutu yaitu:

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 penapilan adalah tanpa cacat (*the performance standard is cer defect*).
4. Ukuran mutu adalah harga ketidaksesuaian (*the measurement of quality is the price of noncnformance*).

Mutu dalam jasa kuncinya adalah mutu pelayanan jasa yang diberikan melebihi harapan pelanggan atau harapan pihak penyelenggara jasa. Keberhasilan terbaik untuk mutu dan kemampuan perusahaan asa adalah keberhasilan mempertahankan pelanggan.

Pendekatan Total Quality Management (TQM) atau Continuous Quality Improvement (CQI) yang prinsip pokoknya secara ringkas merupakan hal yang dapat dilakukan dala upaya peningkatan mutu produk barang atau jasa (Gaspersz, 2005 dalam Rika Apriyanti Hernawan 2016) adalah:

1. Berfokus dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dan mutu.
2. Kerjasama tim serta komitmen pimpinan dan partisipasi seluruh karyawan.
3. Pendidikan dan latihan, pendekatan ilmiah, mengambil keputusan serta menyelesaikan masalah.
4. Peningkatan terus menerus dengan siklus Deming (siklus PDCA).
5. Sistem Manajemen diperbaiki

Menurut Depkes (2005 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) medikolegal memiliki kaitannya dengan aspek mutu pelayanan rumah sakit, dari struktur input, struktur proses, dan struktur luaran perlu dievaluasi. Hasil dari struktur input dan proses berupa unsur-unsur manajemen pelayanan di rumah sakit adalah luaran dari sistem pelayanan rumah sakit. Proses memenuhi standar yang diikuti pelayanan rumah sakit memenuhi standar. Sistem di atas dapat dilihat dan diperbaiki terhadap masalah mutu pelayanan. Profesi pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan yang diberikan oleh profesi pelayanan terdapat di dalam organisasi mutu pelayanan kesehatan diterima oleh pasien sebagai konsumen. Dengan demikian akan menjadi hubungan timbal balik pasien dengan profesi pelayanan kesehatan, manajemen pelayanan dengan profesi pelayanan kesehatan, dan pasien dengan pelayanan

manajemen kesehatan. Pelayanan rawat inap dirumah sakit menjadi penting karena sebagai salah satu indikator penilaian mutu di rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang bermutu harus memiliki tiga dimensi atau unsur, yaitu Pohan (2003 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016)

1. Dimensi Konsumen adalah apa yang dibutuhkan dan diharapkan oleh pasien untuk memenuhi pelayanan kesehatan yang akan diukur dengan kepuasan pasien atau keluhan pasien.
2. Dimensi Profesi adalah apa yang sudah ditentukan dari tiap profesi dimana hasil yang didapatkan dapat diamati yang diukur dengan prosedur dan standar profesi.
3. Dimensi manajemen atau dimensi proses adalah bagaimana memenuhi kebutuhan dan harapan pasien menggunakan sumber daya paling efisien dalam proses pelayanan kesehatan.

Menurut Donabedian (1980 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) perilaku yang dicerminkan oleh dokter kepada pasien dalam beberapa etnis diantaranya manajemen terpadu, manajemen lingkungan sosial, psikologi, kontinuitas, serta kondisi kesehatan penyakit mencakup beberapa hal, yaitu:

1. Ketetapan diagnosis
2. Ketetapan dan kecukupan terapi
3. Catatan dan dokumentasi pasien yang lengkap

4. Koordinasi perawatan secara kontinuitas bagi semua anggota keluarga.

2.4.2 Manajemen Mutu Kinis

Pelayanan klinis atau rumah sakit adalah upaya mutu manajemen pelayanan dalam salah satu langkah untuk maju (Nurfany, 2009 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016).

Jaminan mutu (*quality assurance*), kaji ulang utilitas (*utilization review*) manajemen resiko dan peningkatan mutu merupakan model yang dilakukan di rumah sakit sebagai 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*)
4. Pengendalian infeksi (*infection control*)

Saat memahami istilah terdapat dua pendekatan *clinical governance*, yaitu Manajemen klinis (*clinical governance*) adalah sistem klinis yang dikembangkan yang bertujuan untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan dimana audit klinis ini adalah salah satu elemen inti.. Dokter dan Perawat berfungsi sebagai audit klinis terhadap pemberian pelayanan yang lebih baik dan meninjau ulang rekam medis pasien. Manajemen klinis atau pengelolaan klinis sering diartikan sebagai audit klinis, keduanya

menjelaskan tentang manajemen mutu klinis (Azwar, 2002 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 20016).

Seluruh aspek yang terdapat dalam pengembangan manajemen harus berada dalam sebuah payung yang dipantau secara berkesinambungan (Azwar, 2002 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016):

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

Mutu profesional pelayanan dititik beratkan oleh manajemen profesi yang bertujuan melakukan penilaian mutu klinis yaitu penilaian pelayanan yang ditetapkan sesuai standar pelayanan yang diberikan kepada pasien. Manajemen utilisasi merupakan keterkaitan dengan ketetapan informasi yang menghasilkan pengukuran efisiensi sumber daya dari satu pelayanan kesehatan digunakan, bertujuan melakukan pengukuran penentuan indikator (Azwar, 2002 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016).

2.4.3 Pengukuran dan Peningkatan Mutu

Quality Assurance Cycle merupakan pemodifikasian dari langkah-langkah pengukuran dan peningkatan mutu Menurut

Pohan (2003 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) sebagai berikut:

1. Mutu pelayanan kesehatan membentuk kelompok jaminan.
2. Standar pelayanan kesehatan disusun.
3. Teknik pengukuran mutu dipilih.
4. Kenyataan yang tercapai dengan standar pelayanan kesehatan dengan cara membandingkan pengukuran mutu.

sedangkan langkah peningkatan mutu dapat diuraikan menjadi beberapa langkah:

1. kinerja pelayanan dengan standar pelayanan kesehatan antara penentuan sebab terjadinya kesenjangan.
2. Mengatasi kesenjangan yang terjadi untuk penyusunan rencana kegiatan
3. Pemilihan rencana kegiatan yang terbaik
4. Pelaksanaan rencana kegiatan yang terpilih
5. Pengukuran atau penilaian ulang standar

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

1. Pengukuran mutu

Kegiatan pengukuran mutu berdasarkan hasil yang dicapai dari kelompok yang dibentuk mengenai jainan mutu pada pelayanan kesehatan.

2. Peningkatan mutu

Kesenjangan peningkatan mutu dilakukan untuk mencari rencana pelaksanaan kegiatan, penyusunan rencana kegiatan, adalah kegiatan peningkatan mutu. Hal yang dianjurkan oleh WHO standar dan kriteria diklasifikasikan kedalam tiga kelompok (Donabedian, 1982 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) adalah:

1. Standar struktur

Standar pelayanan kesehatan dapat dicapai standar struktur menentukan tingkat sumber daya yang diperlukan. Standar struktur antara lain adalah peralatan pemeriksaan, tenaga kesehatan, antibiotika, pasien, kamar pemeriksaan, aktu konsultasi harus ditentukan dan sound timer obat.

2. Standar proses

Standar proses yang dapat dilakukan yaitu menjelaskan hal apa yang dikerjakan, kepada siapa dan, siapa yang melakukan, serta bagaimana melakukan pencapaian dalam pelayanan kesehatan.

3. Standar luaran atau output

Standar luaran atau output adalah hasil dari proses berdasarkan pelayanan kesehatan Kriteria “outcome” yang sering digunakan diantaranya:

1. Kepuasan pasien
2. Pengetahuan pasien
3. Fungsi pasien
4. Indikator kesembuhan, kematian, komplikasi

Menurut Pohan (2003 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan melalui tiga cara:

1. Pengukuran mutu prospektif

Tahapan sebelum pelayanan kesehatan dilaksanakan pengukuran ini bertujuan untuk mengukur struktur serta memasukan hal yang bermutu mengenai pelayanan kesehatan, seperti:

a. Pendidikan profesi kesehatan

Pendidikan merupakan dapat menghasilkan tenaga profesi yang memiliki kemampuan, keterampilan, kepribadian yang baik.

b. Perizinan "*Licencure*"

Syarat dalam melakukan perizinan adalah memiliki surat SID (Surat Izin Dokter) serta setiap profesi harus memiliki surat izin dari tiap profesi bahwa diizinkan bekerja untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan tersebut.

c. Standarisasi

Adanya standarisasi peralatan, organisasi anggaran, gedung sistem, tenaga merupakan penerapan standarisasi agar fasilitas kesehatan jadi bermutu. Contohnya pelayanan rumah sakit dikelompokkan menjadi type rumah sakit A, B, C dan

d. Sertifikasi (*sertification*)

Langkah selanjutnya adalah sertifikat seperti pengakuan sebagai dokter spesialis.

e. Akreditasi

Akreditasi adalah penilaian yang diberikan kepada pihak rumah sakit karena telah memenuhi unsur standar pelayanan kesehatan sehingga rumah sakit tersebut mendapatkan pengakuan.

f. Pengukuran mutu konkuren

Pengukuran mutu konkuren yaitu dimana pengukuran ini dilaksanakan secara berlangsung pada pelayanan kesehatan, dengan observasi, data rekam medik, wawancara pada pasien langsung, dan melkaukan pertemuan langsung kepada petugaskesehatan, pasien dan keluarga pasien.

2. Pengukuran mutu retrospektif

Pengukuran yang dilakukan setelah pelayana kesehatan terlaksana dan merupakan gabungan, seperti berikut :

a. Menilai rekam medis

Memeriksa rekam medik atau catatan kegiatan, dan kegiatan ini disebut audit

b. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada petugas kesahatan, pasien dan keliuarga pasien.

c. Membuat kuisisioner

Pembuatan kuesioner yang dibagikan kepada pasien, teman, keluarga pasien dna petugas kesehatan.

d. Melakukan pertemuan

Melakukan pertemuan dengan pasien dan petugas kesehatan terkait.

2.4.4 Mutu Pelayanan Rawat Inap

Menurut Jacobalis (2000 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) Kualitas diruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek adalah:

- a. Penampilan keprofesian menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku.
- b. Efektifitas dan efisien menyangkut pemanfaatan sumber daya.
- c. Menyangkut keselamatan dan keamanan pasien.
- d. Sosial terhadap lingkungan rumah sakit, kepuasan pasien, mental, menyangkut kepuasan fisik, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, perhatian, keramahan dan biaya yang diperlukan.

Menurut Muslihudin (1996 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016) mutu asuhan pelayanan rawat inap dikatakan baik apabila

- a. Memberikan rasa tenang kepada pasiennya yang sedang sakit.
- b. Menyediakan pelayanan yang profesional.

Dari kedua aspek ini dapat diartikan sebagai

- a. Melayani dengan cepat.
- b. Membuat kepercayaan pada pasien.
- c. Ruangan yang bersih dan nyaman.
- d. Peralatan yang memadai dengan operator yang profesional memberikan.

2.5 Net Death Rate (NDR)

2.5.1 Definisi

Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian >8 jam setelah pasien dirawat perseribu pasien yang keluar rumah sakit (hidup + mati) hal ini bisa digambarkan dalam rumus sebagai berikut Nurfany (2009 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016)

Net Death Rate (NDR) merupakan indikator mutu pelayanan rumah sakit yang memiliki hubungan dengan kemampuan rumah sakit memberikan pelayanan terbaik pada pasien, tetapi jika nilai NDR meningkat maka rumah sakit tersebut mengalami

penurunan mutu pelayanan kesehatan (Kementrian Kesehatan, 2012).

2.5.2 Indikator NDR

$$NDR = \frac{\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000\%$$

Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar dari rumah sakit (hidup maupun mati). Indikator ini lebih bermakna didalam penilaian mutu pelayanan rumah sakit, jika dibandingkan antara pasien meninggal >48 ja dan <48 jam setelah dirawat ini lebih memeberikan keselamatan pada pelayanan rumah sakit. Sedangkan pasien meninggal jika >48 jam setelah dirawat yang disebabkan oleh suatu penyakit yang sedang diderita sangat berpengaruh terutama waktu masuk pasien ke rumah sakit. Sehingga indikator dalam penilaian mutu pelayanan di rumah sakit adalah perhitungan dari pasien meninggal >48 jam setelah dirawat di rumah sakit (NDR) Depkes RI (2003 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016)

2.5.3 Faktor-faktor NDR

Menurut So Ick Choo (2021) faktor-faktor yang mempengaruhi NDR adalah

1. Usia

Usia adalah hal yang diukur dengan tahun berdasarkan rentang kehidupan, seperti hal nya masa

awal dewasa adalah usia 18-40 tahun, dewasa madya adalah 41-60 tahun, dan dewasa lanjut >60 tahun (Ilfa, 2010)

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin pada manusia merupakan suatu karakter atau pensifatan dari perbedaan kedua jenis kelamin dan secara biologis melekat pada setiap jenis kelamin (2003 dalam Kania, 2018).

3. Komorbiditas

Komorbiditas merupakan suatu kondisi dimana terjadi dua atau lebih penyakit yang berlangsung secara bersamaan, terlepas dari berkesinambungan atau tidaknya penyakit-penyakit tersebut, (Enrico William Bossi Hamonangan Marpaung, 2020).

2.6 Hubungan Komorbiditas Penyakit Covid-19 Dengan Kejadian *Net Death Rate (NDR)* di Rumah Sakit

Tingginya tingkat kematian di Indonesia dipengaruhi oleh keberadaan komorbiditas penyakit yang dimiliki oleh pasien Covid-19 sehingga pasien Covid-19 yang mempunyai riwayat komorbiditas daya tahan tubuhnya akan menurun serta mengalai fungsi organ (Salma Matla Ilpaj, 2020). Berdasarkan penelitian Enrico William Bossi Hamonangan Marpaung (2020) Secara global Angka *Net Death Rate* (NDR) kasus COVID-19 berdasarkan komorbiditas atau penyakit

penyerta yang terbagi menjadi 6 penyakit yaitu diabetes mellitus (10,5%) kanker (7,3%) hasil hipertensi (6,3%) penyakit pernapasan kronis (6,0%) penyakit kardiovaskuler (5,6%) dan tanpa atau tidak dengan penyakit penyerta (0,9%). Berdasarkan Penelitian Muhammad Ai Satria (2020) Komorbiditas Penyakit pasien Covid-19 bahwa faktor yang menjadi resiko kematian yaitu komorbiditas penyakit diabetes mellitus dan penyakit kardiovaskuler. Berdasarkan penelitian Jing Yang (2020) Komorbiditas umum penyakit Covid-19 adalah Hipertensi dengan jumlah Net Death rate 21,2%, Diabetes Mellitus dengan hasil Net Death Rate 9,7%, Penyakit Kardiovaskuler dengan hasil Net Death Rate 8,4%, dan Penyakit Sistem Pernapasan dengan hasil Net Death Rate 1,5%.

2.7 Konsep Model Keperawatan

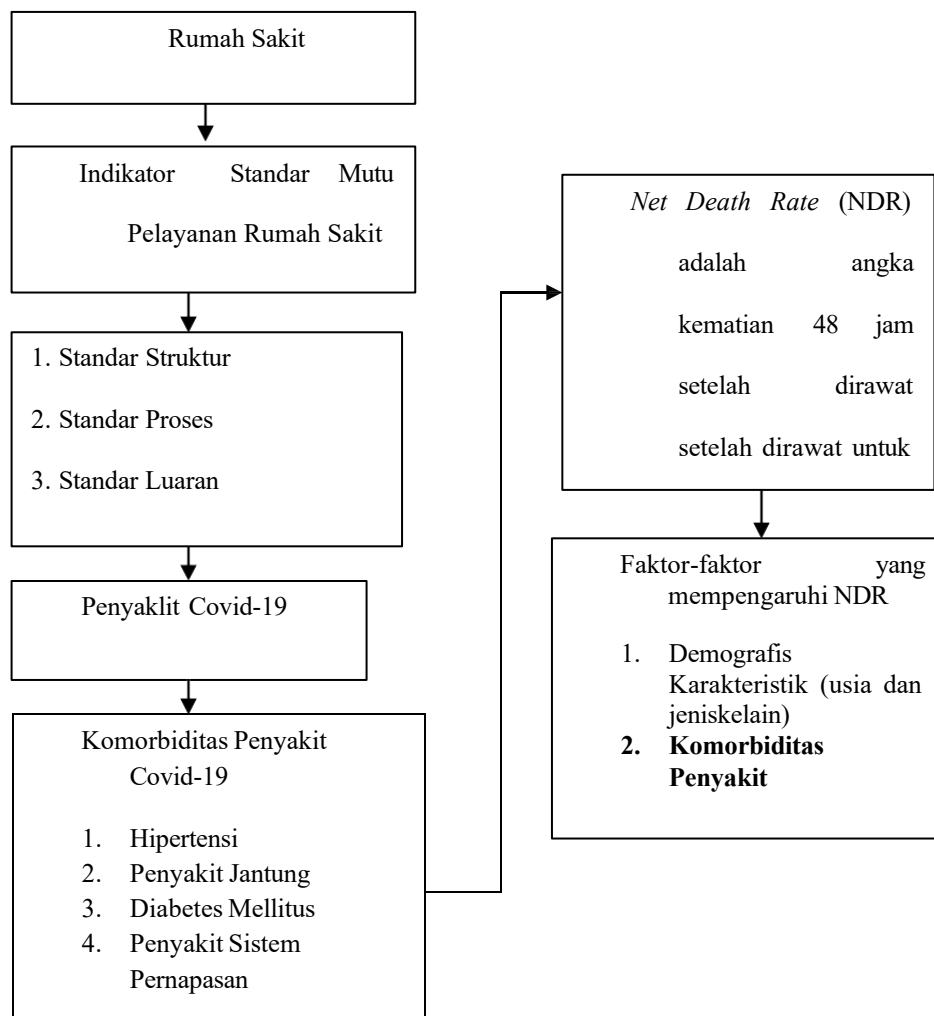
Konsep Model Keperawatan dalam penelitian ini adalah konsep model keperawatan Teori Watson (1979). Filosofi Jean Watson tentang asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil dari aktivitas keperawatan yang memiliki kaitannya dengan aspek humanistik dari kehidupan, dalam model keperawatan ini mengutamakan konsep caring dimana perawat memberikan pelayanan yang baik serta adanya kenyamanan saat dilakuakn asuhan keperawatan, perlu memberikan rasa empati pada pasien dan keluarganya.

2.8 Kerangka Konseptual

Bagan 2.1

Kerangka Konsep

Hubungan Komorbiditas Penyakit Covid-19 dengan *Kejadian Net Death Rate* (NDR) di Rumah Sakit



Sumber : Kemenkes (2020) So Ick Choo (2021) Donabedian (1982 dalam Rika Apriyanti Hernawan, 2016).