

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit**

###### **a. Pengertian**

Mutu pelayanan kesehatan suatu hal yang penting karena merupakan derajat kesempurnaan suatu pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh sebuah organisasi pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen (Muninjaya, 2018).

Menurut Azrul Azwar (1999) dalam Bustami (2011) menyebutkan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah derajat dipenuhinya kebutuhan masyarakat atau perorangan terhadap asuhan kesehatan yang sesuai dengan standar

profesi yang baik dengan pemanfaatan sumber daya secara wajar, efisien, efektif dalam keterbatasan kemampuan pemerintah dan masyarakat, serta diselenggarakan secara aman dan memuaskan pelanggan sesuai dengan norma dan etika yang baik.

Mutu pelayanan kesehatan memenuhi dan melebihi kebutuhan dan harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas seluruh proses. Pelanggan meliputi pasien, keluarga, dan lainnya yang datang untuk mendapatkan pelayanan atau lainnya. dokter, karyawan, dan anggota masyarakat lainnya yang kita layani (Aditama, 2002)

Mutu Pelayanan Kesehatan yang meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (El Sayed, 2012).

Menurut Donabedian (1980) dalam Bustami (2011), mengemukakan bahwa komponen pelayanan tersebut dapat terdiri dari masukan atau input, proses, dan hasil atau outcome.

#### 1. Masukan (Input)

Masukan (Input) yang dimaksud disini adalah sumber daya manusia, sarana, perlengkapan, organisasi dan manajemen, keuangan, serta dan sumber daya lainnya di rumah sakit. Beberapa aspek penting yang harus mendapat perhatian dalam hal ini adalah kejujuran, efektifitas dan efisiensi, serta kuantitas dan kualitas dari masukan yang ada. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Semua sumber daya yang ada perlu diorganisasikan dan dikelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prosedur kerja yang berlaku dengan maksud pelayanan kesehatan tersebut dapat diterima oleh pelanggan secara baik.

#### 2. Proses yang dilakukan

Proses adalah semua kegiatan dari seluruh sumber daya

manusia sesuai dengan profesi dalam interaksinya dengan pelanggan, baik pelanggan internal (sesama petugas atau karyawan) maupun pelanggan eksternal (pasien, pemasok barang, masyarakat yang datang ke rumah sakit untuk maksud tertentu). Baik atau tidaknya suatu proses yang dilakukan di rumah sakit dapat diukur dari:

- a. Relevan atau tidaknya proses yang diterima oleh pelanggan atau pasien di rumah sakit
- b. Efektif atau tidaknya proses yang dilakukan
- c. Mutu proses yang dilakukan.

Variabel proses merupakan pendekatan langsung terhadap mutu pelayanan kesehatan. Semakin patuh petugas (profesi) terhadap standar pelayanan, maka semakin bermutu pula pelayanan kesehatan yang diberikan kepada konsumen dalam organisasi kesehatan tersebut.

### 3. Hasil yang dicapai

Hasil (outcome) yang dimaksud di sini adalah hasil akhir dari suatu proses kegiatan dan tindakan tenaga profesi serta seluruh karyawan terhadap pelanggan. Hasil yang

diharapkan dapat berupa perubahan yang terjadi pada pelanggan, baik secara fisik-fisiologis maupun sosial-psikologis, termasuk kepuasan pelanggan. Hasil merupakan pendekatan secara tidak langsung, namun sangat bermanfaat untuk mengukur mutu pelayanan di rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan lainnya.

Logika yang dipakai adalah jika masukan atau input telah tersedia sesuai rencana, maka proses akan bisa terlaksana. Apabila proses dilaksanakan sesuai yang direncanakan berdasarkan standar yang ada, maka hasil akan tercapai dengan baik dan sesuai harapan pelanggan.

#### **b. Mengukur Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit**

Menurut Pohan, I (2003) dalam Prastiwi (2010), langkah pengukuran mutu pelayanan tersebut dapat dipilah-pilah menjadi beberapa langkah sebagai berikut:

1. Pembentukan kelompok jaminan mutu pelayanan kesehatan
2. Penyusunan standar pelayanan kesehatan
3. Pemilihan teknik pengukuran mutu pelayanan

4. Pengukuran mutu dengan cara membandingkan standar pelayanan kesehatan dengan kenyataan yang dicapai.

Donabedian, A (1982) dalam Prastiwi (2010), menganjurkan agar standar dan kriteria diklasifikasikan kedalam tiga kelompok, hal ini pada prinsipnya sama dengan yang dianjurkan oleh World Health Organisation (WHO) yaitu:

1. Standar masukan atau input

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

2. Standar proses

Standar proses adalah suatu kegiatan 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 kesehatan sebagai proses adalah petugas kesehatan melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik serta tindakan lain seperti yang telah ditentukan dalam standar pelayanan kesehatan tersebut. Semua hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik dan tindakan dicatat dengan lengkap dan akurat dalam rekam medik.

### 3. Standar keluaran atau 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. Kesembuhan, kematian, komplikasi dll.

## **2. Instalasi Gawat Darurat**

### **a. Pengertian Gawat Darurat**

Pengertian dari gawatdarurat adalah suatu keadaan yang secara medis memerlukan tindakan atau pertolongan segera. Gawat darurat medik adalah peristiwa yang menimpa seorang atau sekelompok kecil orang dengan tiba-tiba yang dapat membahayakan jiwa sehingga memerlukan tindakan medik yang tepat dan segera (Stiffler et al., 2013).

### **b. Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/Sk/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit klasifikasi dibagi dalam 4 level pelayanan instalasi gawat darurat yang sesuai dengan kelas rumah sakit yaitu terdiri dari :

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level IV sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas A.
2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai

standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas B.

3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas C.
4. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level I sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas D.

Standarisasi diatas terkait dengan jenis pelayanan yang harus di miliki sebuah rumah sakit menurut kelas rumah sakit.

### **c. Jenis Pelayanan Instalasi Gawat Darurat**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/Sk/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit jenis pelayanan yang harus dipenuhi didalam instalasi gawat darurat terdiri dari beberapa level dan jenis pelayanan yaitu :

1. Level I memberikan pelayanan sebagai berikut :
  - a. Melakukan diagnosis dan penanganan terhadap pasien dengan permasalahan pada jalan napas (*airway problem*), pernapasan (*Breathing problem*), sirkulasi (*Circulation problem*) secara

baik dan benar.

b. Melakukan stabilisasi dan evakuasi.

2. Level II memberikan pelayanan sebagai berikut :

a. Melakukan diagnosis dan penanganan pasien dengan permasalahan pada jalan napas (*airway problem*), pernapasan (*Breathing problem*), sirkulasi (*Circulation problem*)

b. Penilaian *disability*, penggunaan obat, EKG, defibrilasi.

c. Bedah cito

3. Level III memberikan pelayanan sebagai berikut :

a. melakukan diagnosis dan penanganan pasien dengan permasalahan pada jalan napas (*airway problem*), pernapasan (*Breathing problem*), sirkulasi (*Circulation problem*) dengan alat yang sudah lengkap termasuk ventilator.

b. Penilaian *disability*, penggunaan obat, EKG, defibrilasi.

c. Observasi HCU atau ruang resusitasi.

d. Bedah cito

4. Level IV memberikan pelayanan sebagai berikut :

- a. Diagnosis dan penanganan permasalahan pada jalan napas (*airway problem*), pernapasan (*Breathing problem*), sirkulasi (*Circulation problem*) dengan alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator
- b. Penilaian *disability*, penggunaan obat, EKG, defibrilasi.
- c. Observasi HCU atau ruang resusitasi - ICU
- d. Bedah cito

#### **d. Standar Pelayanan Minimal IGD Rumah Sakit**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit terdapat standar dan indikator dari masing-masing jenis pelayanan dirumah sakit, salah satunya adalah pelayanan yang ada dinstalasi gawat darurat yang dijabarkan dalam beberapa jenis indicator dan standar yang harus

dipenuhi dan dicapai didalam instalasi tersebut, adapun indikatornya sebagai berikut :

Tabel 2.1. Indikator Mutu Instalasi Gawat Darurat

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
Instalasi gawat darurat	Kemampuan memberikan pelayanan <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%
	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam
	Pemberi pelayanan gawatdarurat yang bersertifikat yang masih berlaku, ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%
	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim
	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	$\leq 5$ menit
	Kepuasan pelanggan pada pelayanan gawat darurat	$\geq 70\%$
	Kematian pasien $\leq 24$ jam setelah pasien datang	$\leq 2$ permill
	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%

### **3. TRIASE**

#### **a. Definisi**

Triase adalah proses khusus memilah dan memilih pasien berdasarkan beratnya penyakit untuk menentukan prioritas perawatan gawat medik serta prioritas transportasi. artinya memilih berdasarkan prioritas dan penyebab ancaman pasien hidup dimana dalam sistem ini digunakan dalam rangka mengidentifikasi korban dengan cedera yang mengancam jiwa untuk kemudian diberikan prioritas untuk dirawat atau dievakuasi ke fasilitas kesehatan yang lebih baik (Christ et al., 2010)

#### **b. Model Triase**

Tantangan yang dihadapi triase instalasi gawat darurat adalah distribusi dan manajemen lalu lintas pasien overload (berlebih). Pasien overload dapat mengganggu pelayanan instalasi gawat darurat. Overload ini dapat menghabiskan sumber daya sehingga pelayanan instalasi gawat darurat tidak lagi efektif dan efisien. Guna mencegah dan mengantisipasi hal tersebut, disusun suatu model sistem

triase (Weyrich et al., 2012)

Didalam instalasi gawat darurat dalam pelaksanaan proses triasesering ada keterbatasan sumber daya manusia terutama tenaga medis dokter sehingga sering kali dilakukan oleh tenaga keperawatan dan ini mempengaruhi terhadap tingkat keakuratan dalam penilaian tingkat kegawatdaruratan. Untuk itu perlu adanya suatu model sistem triase yang mempunyai parameter yang jelas dalam penilaiannya. Salah satu model sistem tersebut adalah *Singapore Patient Acuity Category Scale (PACS)* (Devey & Ackerman, 1991).

Model sistem triase di instalasi gawat darurat banyak versi dan modifikasi sesuai dengan kondisi sumber daya manusia dan peralatan yang tersedia pada masing–masing rumah sakit . Diantaranya adalah *Singapore Patient Acuity Category Scale (PACS)*. Sistem triase dengan model *Singapore Patient Acuity Category Scale (PACS)* terdiri dari empat skala prioritas dengan parameter dan protokol yang jelas dengan output atau keluaran pasien dalam tiga

kategori tingkat kegawatdaruratan yaitu:

1. Kategori *emergency* (Merah/P1) terdiri dari :

- a. PAC skala 1 merupakan kategori pasien – pasien yang sedang mengalami kolaps kardiovaskular atau dalam kondisi yang mengancam nyawa sehingga diperlukan penanganan segera dan dibawa ke ruang resusitasi. Pertolongan pada kategori ini tidak boleh *delay*.
- b. PAC skala 2 merupakan kategori pasien akut atau sakit berat, tidur di brankar atau bedtetapi keadaan hemodinamik stabil dan segera dibawa ke ruang *critical care*.

2. Kategori *urgency* (Kuning/P2) terdiri dari :

PAC skala 3 merupakan kategori pasien sakit akut, moderate, mampu berjalan, dan tidak beresiko kolaps. Pertolongan secara efektif di instalasi gawat darurat biasanya memperbaiki keluhan, hemodinamik pasien masih baik tetapi pasien memerlukan perawatan lanjutan dan pengobatan definitif atas penyakitnya serta dilanjutkan dengan perawatan di ruanga rawat inap.

### 3. Kategori *Non Urgency* (Hijau/P3) terdiri dari :

PAC skala 4 merupakan kategori pasien – pasien *non urgency*. Pasien ini dapat dirawat di poliklinik. Pasien tidak membutuhkan pengobatan segera.

(Sun et al, 2009)

## 4. LIFE SAVING

*Life saving* merupakan upaya penyelamatan jiwa manusia dengan penatalaksanaan pada gangguan *airway*, *breathing* dan *circulation* dimana kemampuan dalam penanganan *life saving* yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup juga mengurangi resiko kematian kecacatan pada pasien gawat darurat (Thimet al, 2012)

### a. *Airway*

*Airway* manajemen merupakan hal yang terpenting dalam resusitasi dan membutuhkan ketrampilan yang khusus dalam penatalaksanaan keadaan gawat darurat, oleh karena itu hal pertama yang harus dinilai adalah kelancaran jalan nafas, yang meliputi pemeriksaan jalan nafas yang dapat disebabkan oleh benda asing, fraktur tulang wajah,

fraktur manibula atau maksila, fraktur laring atau trakea. Gangguan *airway* dapat timbul secara mendadak dan total, perlahan – lahan dan sebagian, dan progresif dan atau berulang (Greenland et al., 2011)

Kematian-kematian dini karena masalah *airway* seringkali masih dapat dicegah, kematian karena *airway* dapat disebabkan oleh :

1. Kegagalan mengetahui adanya kebutuhan *airway*
2. Ketidakmampuan untuk membuka *airway*
3. Kegagalan mengetahui adanya *airway* yang dipasang secara keliru
4. Perubahan letak dari *airway* yang sebelumnya telah dipasang
5. Kegagalan mengetahui adanya kebutuhan ventilasi
6. Aspirasi isi lambung

(Brasel, 2013)

Bebasnya jalan nafas sangat penting bagi kecukupan ventilasi dan oksigenasi. Jika pasien tidak mampu dalam mempertahankan jalan nafasnya, patensi jalan nafas harus

dipertahankan dengan cara reposisi, *chinlift*, *jaw thrust*, atau melakukan pemasangan *airway orofaringeal* serta *nasofaringeal* (Horton et al, 2014). Usaha untuk membebaskan jalan nafas harus melindungi vertebra servikal. Dalam hal ini dapat dimulai dengan melakukan *chin lift* atau *jaw thrust*. Pada penderita yang dapat berbicara, dapat dianggap bahwa jalan nafas bersih, walaupun demikian penilaian terhadap *airway* harus tetap dilakukan. Penderita dengan gangguan kesadaran atau *Glasgow Coma Scale* sama atau kurang dari 8 biasanya memerlukan pemasangan *airway definitif*. Adanya gerakan motorik yang tak bertujuan, mengindikasikan perlunya *airway definitif*. Penilaian bebasnya *airway* dan baik-tidaknya pernafasan harus dikerjakan dengan cepat dan tepat. Bila penderita mengalami penurunan tingkat kesadaran, maka lidah mungkin jatuh ke belakang, dan menyumbat hipofaring. Bentuk sumbatan seperti ini dapat dengan segera diperbaiki dengan cara mengangkat dagu (*chin lift maneuver*), atau dengan mendorong rahang bawah

ke arah depan (*jaw thrust maneuver*). *Airway* selanjutnya dapat dipertahankan dengan orofaringeal (*oropharyngeal airway*) atau nasofaringeal (*nasopharyngeal airway*). Tindakan-tindakan yang digunakan untuk membuka *airway* dapat menyebabkan atau memperburuk cedera spinal. Oleh karena itu, selama melakukan prosedur ini harus dilakukan imobilisasi segaris (*in-line immobilization*) (Brasel, 2013)

Teknik-teknik yang digunakan dalam pembebasan jalan napas agar menjamin masuknya udara ke paru-paru sehinggasehingga terpenuhi kecukupan oksigen yang dibutuhkan tubuh dapat dilaakukan dengan cara :

#### *1. Head tilt*

Bila tidak sadar, pasien dibaringkan dalam posisi terlentang dan horizontal, kecuali pada pembersihan jalan napas dimana bahu dan kepala pasien harus direndahkan dengan posisi semilateral untuk memudahkan drainase lendir, cairan muntah atau benda asing. Kepala diekstensikan dengan cara meletakkan satu tangan di bawah leher pasien dengan sedikit mengangkat leher ke atas.

Tangan lain diletakkan pada dahi depan pasien sambil mendorong atau menekan ke belakang. Posisi ini dipertahankan sambil berusaha dengan memberikan inflasi bertekanan positif secara intermitten (Lim, 2001).

## 2. *Chin lift*

Jari - jemari salah satu tangan diletakkan bawah rahang, yang kemudian secara hati – hati diangkat ke atas untuk membawa dagu ke arah depan. Ibu jari tangan yang sama, dengan ringan menekan bibir bawah untuk membuka mulut, ibu jari dapat juga diletakkan di belakang gigi seri (incisor) bawah dan, secara bersamaan, dagu dengan hati – hati diangkat. *Maneuver chin lift* tidak boleh menyebabkan hiperekstensi leher pasien. Manuver ini berguna pada korban trauma karena tidak membahayakan pada penderita dengan yang kemungkinan patah ruas tulang leher atau tulang dengan cedera spinal sehingga tidak merangsang timbulnya shock neurogenik yang dapat menyebabkan kematian mendadak (Park et al., 2013).

### 3. *Jaw thrust*

Penolong berada disebelah atas kepala pasien. Kedua tangan padamandibula, jari kelingking dan manis kanan dan kiri berada pada angulus mandibula, jari tengah dan telunjuk kanan dan kiri berada pada ramus mandibula sedangkan ibu jari kanan dan kiri berada pada omentum mandibula. Kemudian mandibula diangkat ke atas melewati molar padamaxila (Park et al., 2013).

### 4. *Oropharingeal Airway (OPA)*

Teknik : Posisikan kepala pasien lurus dengan tubuh. Kemudian pilih ukuran pipa orofaring yang sesuai dengan pasien. Hal ini dilakukan dengan cara menyesuaikan ukuran pipa oro-faring dari tragus (anak telinga) sampai ke sudut bibir. Masukkan pipa orofaring dengan tangan kanan, lengkungannya menghadap ke atas (arah terbalik), lalu masukkan ke dalam rongga mulut. Setelah ujung pipa mengenai palatum durum putar pipa ke arah 180 derajat. Kemudian dorong pipa orofaring tersebut secara perlahan-lahan keatas evaluasi ujungnya dengan cara melakukan *jaw*

*thrust* dan kedua ibu jari tangan menekan sambil mendorong pangkal pipa oro-faring dengan hati-hati sampai bagian yang keras dari pipa berada diantara gigi atas dan bawah, terakhir lakukan fiksasi pipa orofaring. Periksa dan pastikan jalan nafas bebas (Lihat, rasa, dengar). Fiksasi pipa oro-faring dengan cara memplester pinggir atas dan bawah pangkal pipa, rekatkan plester sampai kepipi pasien (Atanelov & Rebstock, 2018).

#### 5. *Nasopharyngeal Airway*

Pada penderita yang masih memberikan respon, *airway nasofaringeal* lebih disukai dibandingkan *airway orofaring* karena lebih bisa diterima dan lebih kecil kemungkinannya merangsang muntah (Brasel, 2013).

Teknik : Posisikan kepala pasien lurus dengan tubuh. Pilihlah ukuran pipa naso-faring yang sesuai dengan cara menyesuaikan ukuran pipa nasofaring dari lubang hidung sampai tragus (anak telinga). Pipa nasofaring diberi pelicin dengan KY jelly (gunakan kasa yang sudah diberi KY jelly). Masukkan pipa naso-faring dengan cara memegang

pangkal pipa nasofaring dengan tangan kanan, lengkungannya menghadap ke arah mulut (ke bawah). Masukkan ke dalam rongga hidung dengan perlahan sampai batas pangkal pipa. Patikan jalan nafas sudah bebas (lihat, dengar, rasa) (Atanelov & Rebstock, 2018).

#### 6. *Airway definitif*

Terdapat tiga jenis *airway definitive* yaitu : pipa *orotrakeal*, pipa *nasotrakeal*, dan *airway surgical* (krikotiroidotomi atau trakeostomi). Penentuan pemasangan *airway definitif* didasarkan pada penemuan klinis antara lain (Brasel, 2013):

1. Adanya apnea
2. Ketidakmampuannya dalam mempertahankan *airway* yang bebas dengan cara – cara yang lain
3. Kebutuhan untuk melindungi *airway* bagian bawah dari aspirasi darah atau vomitus
4. Ancaman segera atau bahaya potensial sumbatan *airway*
5. Adanya cedera kepala yang membutuhkan bantuan nafas (GCS < 8)

6. Ketidakmampuannya dalam mempertahankan oksigenasi yang adekuat dengan pemberian oksigen tambahan lewat masker wajah.

Intubasi *orotrakeal* dan *nasotrakeal* merupakan cara yang paling sering digunakan. Adanya kemungkinan cedera servikal merupakan hal utama yang harus diperhatikan pada pasien yang membutuhkan tindakan perbaikan *airway*. Faktor yang paling menentukan dalam pemilihan dan melakukan tindakan intubasi *orotrakeal* atau *nasotrakeal* adalah pengalaman dokter. Kedua teknik tersebut aman dan efektif apabila dilakukan dengan cepat dan tepat. Ketidakmampuan melakukan intubasi trakea karena suatu kondisi klinis pasien merupakan indikasi yang jelas untuk melakukan *airway surgical*. Apabila pernafasan sudah membaik, jaga agar jalan nafas tetap terbuka dan periksa dengan cara:

1. Lihat (look), melihat naik turunnya dada yang simetris dan pergerakan dinding dada yang adekuat.
2. Dengar (listen), mendengar adanya suara pernafasan

pada kedua sisi dada.

3. Rasa (feel), merasa adanya hembusan nafas.

(Kakkar, 2013)

#### ***b. Breathing***

Oksigen sangat penting bagi kehidupan. Sel-sel tubuh memerlukan pasokan konstan O<sub>2</sub> yang digunakan untuk menunjang reaksi kimiawi penghasil energi, yang menghasilkan CO<sub>2</sub> yang harus dikeluarkan secara terus-menerus (Mathew & Singi, 2011).

Kegagalan dalam oksigenasi akan menyebabkan hipoksia yang diikuti oleh kerusakan otak, disfungsi jantung, dan akhirnya kematian, pada keadaan normal, oksigen diperoleh dengan bernafas dan diedarkan dalam aliran darah ke seluruh tubuh, airway yang baik tidak dapat menjamin pasien dapat bernafas dengan baik pula (Mart & Aldo, 2011).

Apabila pernafasan tidak adekuat, ventilasi dapat dilakukan dengan menggunakan teknik bag-valve-face-mask yang merupakan cara yang paling efektif, teknik ini

lebih efektif lagi apabila dilakukan oleh dua orang petugas terlatih dimana kedua tangan dari salah satu petugas dapat digunakan untuk menjamin kerapatan pemberian oksigen yang baik (Brasel, 2013).

Langkah-langkah dalam melakukan tindakan pemasangan face-mask :

1. Posisikan kepala lurus dengan tubuh.
2. Pilihlah ukuran sungkup muka yang sesuai (ukuran yang sesuai bila sungkup muka dapat menutupi hidung dan mulut pasien, tidak ada kebocoran).
3. Letakkan sungkup muka (bagian yang lebar dibagian mulut).
4. Jari kelingking tangan kiri penolong diposisikan pada angulus mandibula, jari manis dan tengah memegang ramus mandibula, ibu jari dan telunjuk memegang dan memfiksasi sungkup muka.
5. Gerakan tangan kiri penolong untuk mengekstensikan sedikit kepala pasien.
6. Pastikan tidak ada kebocoran dari sungkup muka yang

sudah dipasangkan.

7. Bila ada kesulitan, gunakan dengan kedua tangan bersama-sama (tangan kanan dan kiri memegang mandibula dan sungkup muka bersama-sama.)
8. Pastikan jalan nafas bebas (lihat, dengar, rasa)
9. Bila yang digunakan AMBU-BAG, maka tangan kiri memfiksasi sungkup muka, sementara tangan kanan digunakan untuk memegang bag (kantong)reservoir sekaligus pompa nafas bantu

(Thim el al., 2012):

Sedangkan apabila pernafasan tidak membaik dengan terbukanya *airway*, penyebab lain harus dicari. Penilaian harus dilakukan dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada toraks. Penilaian pada toraks Penilaian awal tersebut dilakukan untuk menilai apakah terdapat keadaan seperti tension pneumotoraks, massive haemotoraks, open pneumotoraks dimana keadaan-keadaan tersebut harus dapat dikenali pada saat dilakukan primary survey. Bila ditemukannya keadaan-keadaan tersebut maka

segera resusitasi dilakukan yaitu :

- a. Memberikan oksigen dengan kecepatan 10 – 12 L/menit
- b. Tension pneumotoraks : Needle insertion (IV Cath No. 14) di ICR Ilinea midclavicularis
- c. Massive haemotoraks : Pemasangan Chest Tube
- d. Open pneumotoraks : Luka ditutup dengan kain kasa yang dilester pada tiga sisi (flutter-type valveeffect)

(Brasel, 2013)

***c. Circulation***

Perdarahan merupakan penyebab tersering terjadi kematian setelah trauma. Oleh karena itu sangat penting melakukan penilaian dengan cepat dan tepat status hemodinamik dari pasien trauma, yakni dengan menilai tingkat kesadaran pasien dari GCS, warna kulit dan nadi apakah terjadi peningkatan atau penurunan serta kekuatan denyutan nadi (Thim el al., 2012).

- a. Tingkat kesadaran.

Bila volume darah menurun perfusi otak juga berkurang yang menyebabkan oksigenasi berkurang sehingga

terjadi penurunan tingkat kesadaran.

b. Warna kulit

Wajah yang keabu-abuan dan kulit ekstremitas yang pucat merupakan tanda hipovolemia.

c. Nadi

Pemeriksaan nadi dilakukan pada nadi yang besar seperti

a. femoralis dan a. karotis (kanan kiri), untuk kekuatan nadi, kecepatan dan irama. Dalam keadaan darurat yang tidak tersedia alat-alat, maka secara cepat kita dapat memperkirakan tekanan darah dengan meraba pulsasi;

1. Jika teraba pulsasi pada arteri radial, maka tekanan darah minimal 80 mmHg sistol
2. Jika teraba pulsasi pada arteri brachial, maka tekanan darah minimal 70 mmHg sistol
3. Jika teraba pulsasi pada arteri femoral, maka tekanan darah minimal 70 mmHg sistol
4. Jika teraba pulsasi pada arteri carotid, maka tekanan darah minimal 60 mmHg sistol

(Borden & Gaggin, 2014)

Perdarahan eksternal harus cepat dinilai, dan segera dihentikan bila ditemukan dengan cara menekan pada sumber perdarahan baik secara manual maupun dengan menggunakan perban elastis. Bila terdapat gangguan sirkulasi harus dipasang sedikitnya dua *intra vena line* dengan berukuran besar agar cairan yang diberikan cepat masuk. Kemudian lakukan pemberian larutan ringer laktat sebanyak 2 liter sesegera mungkin (Brasel, 2013).

## **5. DOKTER**

### **A. Definisi Dokter**

Menurut undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran, dokter adalah seseorang yang telah lulus pendidikan kedokteran yang oleh hukum diberi kewenangan klinis untuk melakukan praktik kedokteran dalam upaya pelayanan kesehatan.

### **B. Kompetensi Dokter**

#### **1. Definisi Kompetensi**

Kompetensi merupakan kemampuan melaksanakan pekerjaan atau tugas yang didasari ketrampilan maupun

pengetahuan dan didukung oleh sikap kerja yang ditetapkan oleh suatu standar dalam pekerjaan. Kompetensi menunjukkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap tertentu dari suatu profesi dalam ciri keahlian tertentu, yang menjadi ciri dari seorang profesional (Spencer & Spencer, 1993). Terkait kompetensi ini sejalan dengan yang diamanatkan oleh IDI (Ikatan Dokter Indonesia) didalam program Pengembangan dan Pendidikan Keprofesian Kelanjutan (P2KB) yang menyatakan pada dasarnya merupakan upaya pembinaan bersistem yang dimaksudkan agar dokter senantiasa dapat menjalankan profesinya dengan baik dan itu bisa terjadi kalau pengetahuan (knowledge) dan ketrampilan (skill) senantiasa selalu ditingkatkan serta sikap (attitude) yang baik dan profesionalnya terjaga ( Novitasari et al, 2017)

Komponen kompetensi dokter umum terbagi atas tujuh area yaitu :

### 1. Area Profesionalisme yang Luhur

Kompetensi inti area ini adalah dokter harus mampu melaksanakan praktik kedokteran yang profesional sesuai dengan nilai dan prinsip ke-Tuhan-an, moral luhur, etika, disiplin, hukum dan sosial budaya secara baik.

### 2. Area Mawas Diri dan Pengembangan Diri

Kompetensi inti adalah dokter harus mampu melakukan praktek kedokteran dengan menyadari keterbatasan atas keilmuan yang dimilikinya dapat mengatasi masalah personal, mengembangkan diri, mengikuti penyegaran dan peningkatan pengetahuan secara berkesinambungan serta mengembangkan pengetahuan demi keselamatan pasien.

### 3. Area Komunikasi Efektif

Kompetensi inti adalah dokter mampu menggali dan melakukan tukar informasi secara verbal dan nonverbal yang baik dengan pasien pada semua usia, anggota keluarga, masyarakat dan dapat bekerja sama

dengan profesi lain dalam suatu tim kerja dalam sebuah institusi.

#### 4. Area Pengelolaan Informasi

Kompetensi inti adalah dokter mampu memanfaatkan teknologi informasi komunikasi dan informasi kesehatan dalam praktik kedokteran dalam penerapan pengobatan dan penanganan pasien.

#### 5. Landasan Ilmiah Ilmu Kedokteran

Kompetensi inti adalah dokter mampu menyelesaikan masalah kesehatan berdasarkan landasan ilmu kedokteran dan kesehatan yang mutakhir untuk mendapatkan hasil yang optimum.

#### 6. Ketrampilan Klinis

Kompetensi inti adalah dokter mampu melakukan prosedur klinis yang berkaitan dengan masalah kesehatan dengan menerapkan prinsip keselamatan pasien (*pasien safety*) keselamatan diri petugas dan orang lain.

#### 7. Area Pengelolan Masalah Kesehatan

Kompetensi inti adalah dokter mampu mengelola masalah kesehatan individu, keluarga maupun masyarakat secara komprehensif, holistik, terpadu dan berkesinambungan dalam konteks pelayanan kesehatan primer.

(ISKDI, 2012)

## **6. Audit Medik**

### **a. Definisi**

Audit medik adalah suatu upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam mediknya yang dilaksanakan oleh profesi medis (Murniati et al, 2017)

Rumah sakit telah diwajibkan untuk melakukan audit medis. yang terdiri dari lima bab yaitu: pendahuluan, audit medis yang kaitannya dengan mutu pelayanan medis, tatalaksana audit medis, monitoring dan evaluasi dan penutup (Menkes RI, 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 keamanan 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 (Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), 2015)

#### **b. Tujuan Audit Medik**

Upaya peningkatan dan standarisasi serta tercapainya pelayanan prima di rumah sakit (Murniati, 2017)

#### **c. Keuntungan dan Kekurangan Audit Medik**

Keuntungan melaksanakan audit medik adalah:

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

Kekurangan dari audit medik adalah:

1. Pencatatan yang tidak lengkap didalam rekam medik dan tidak akurat menimbulkan pengukuran yang tidak akurat.
2. Bila waktu yang digunakan terlalu banyak untuk pencatatan rekam medik maka dapat terjadi waktu yang tersedia untuk melayani tindakan medis 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 ada 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 (Menkes RI, 2005)

## **B. Penelitian Terdahulu**

1. Purbaetal, (2015) Judul Penelitian “Hubungan Response Time Dengan Kepuasan Keluarga Pasien Gawat Darurat Pada Triase Merah Di Igd Rsup Prof. Dr. Rd Kandou Manado” metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif analitik dengan pendekatan cross sectional. Persamaan dalam penelitian ini mengambil populasi pasien

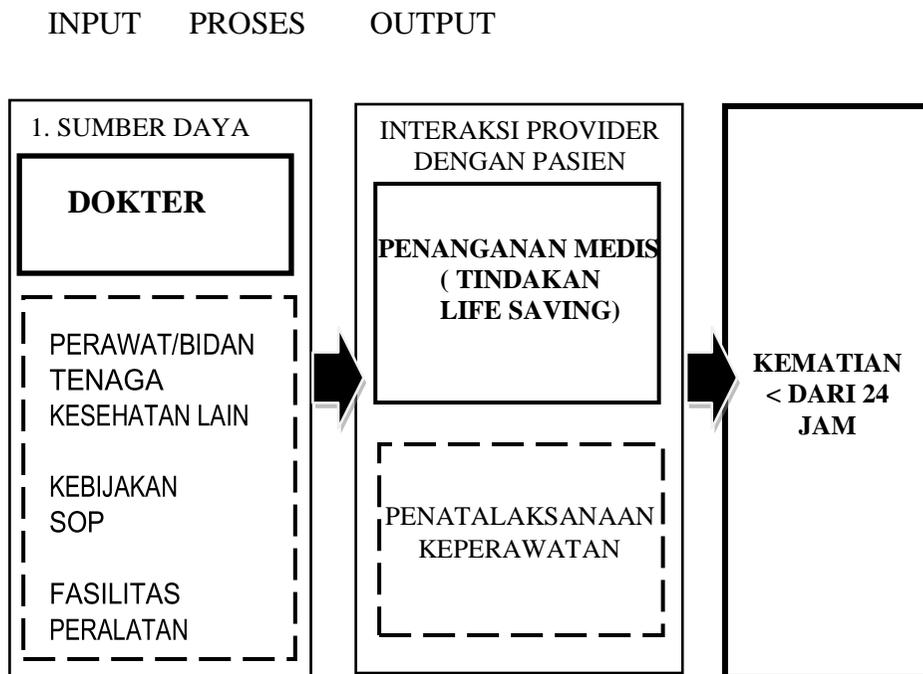
pada kategori triasemerah sedangkan perbedaannya pada metodologi penelitian yang dipakai dan obyek yang diukur.

2. Wiku. et al, (2010) Judul Penelitian “Persepsi stakeholder tentang Kompetensi Dokter di Layanan Kesehatan Primer” metodologi penelitian yang dipakai adalah kualitatif diskriptif dengan survei. Persamaan dalam penelitian ini adalah dalam hal metodologi yang dipakai yaitu menggunakan kualitatif dan yang diukur kompetensi dokter umum sedangkan perbedaannya ada pada tempat penelitian yaitu di puskesmas.
3. Bali, (2011) Judul penelitian “Strategi Pengembangan Softskills pada Dokter dan Perawat dalam Rangka Peningkatan Kinerja di RSUD Karangasem” metodologi penelitian yang digunakan adalah deskriptif eksplanatif dengan pendekatan cross sectional. Persamaan dalam penelitian ini adalah pada metodologi menggunakan diskriptif dan yang diukur soft skill dokter sedangkan perbedaannya pada tempat penelitian yang mencakup instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap dan instalasi gawat

darurat.

### C. KerangkaTeori

Gambar 2.1 Kerangka konsep penelitian



Sumber Donabedian, A (1982) dalam Prastiwi (2010)

Keterangan



: Yang diteliti



: Tidak diteliti