BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan yang sangat komplek, padat profesi dan padat modal. Agar rumah sakit dapat melaksanakan pelayanan dengan baik, harus dikelola dengan adanya sumber daya manusia yang kompeten dan saran prasarana yang mendukung, serta dikelola secara profesional. Rumah sakit sebagai salah satu sistem pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik, dan pelayanan perawatan (Satrianegara, 2014). Selain itu, pelayanan kesehatan di rumah sakit bukan hanya kepada individu (pasien), tetapi juga keluarga dan masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan yang dilakukan merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna (komprehensif dan holistik) (UU RI NO.44, 2009).

Mutu adalah suatu tingkat layanan kesehatan yang konsisten dengan disertai pengetahuan yang terus diperbarui sehingga memperoleh hasil yang diinginkan. Indikator mutu ditetapkan untuk mengukur mutu rumah sakit (Nurdianana, dkk, 2017). Mutu pelayanan adalah derajat memberikan pelayanan secara efisien dan efektif sesuai dengan standar profesi yang dilaksanakan secara menyeluruh terhadap kebutuhan pasien (Nursalam, 2016).

Menurut pedomanpenyusunan standar pelayanan minimum di Rumah Sakit, dimensi mutu adalah merupakan suatu pandangan untuk penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan dan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kopetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO (Supriyantoro et al., 2012). Pengukuran mutu bisa dilakukan salah satunya dengan mengukur kinerja rumah sakit yang dapat diketahui melalui beberapa indikator, yaitu : BOR (Bed Occupation Rate), AvLos (Averate Length Of Stay), BTO (Bed Turn Over), TOI (Turn Over Internal), NDR (Net Death Rate), GDR (Gross Death Rate), dan rata-rata kunjungan klinik per hari (Syafharini, 2012).

Angka kematian dalam statistik rumah sakit sangat penting untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Semakin tinggi angka GDR dan NDR maka semakin rendah pula kualitas pelayanan kesehatan yang tentunya akan berpengaruh pada penilaian mutu rumah sakit baik dari segi kinerja sumber daya manusia maupun sarana dan prasarana. Jika penilaian terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan buruk maka akan menyebabkan penurunan kunjungan ulang oleh pasien sehingga dapat menyebabkan turunnya pendapatan rumah sakit dan bisa menimbulkan aspek hukum bagi rumah sakit, baik direktur, tenaga medis dan tenaga lainnya yang terlibat (Limantara dkk, 2015).

Rumah sakit harus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan agar masyarakat semakin yakin dan percaya untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan di rumah sakit tersebut. Pengelolaannya

juga harus baik, keberhasilan pengelolaan kualitas mutu pelayanan kesehatan dapat di nilai dengan melihat angka kematian di rumah sakit, jika angka kematian di rumah sakit tersebut tinggi maka kualitas pelayanannya dapat dinilai kurang baik, dan sebaliknya jika angka kematian rendah maka kualitas pelayanannya dapat dinilai baik. Indikator yang digunakan untuk menilai kualitas pelayanan medis adalah GDR dan NDR. GDR (Gross Death Rate) adalah angka kematian kasar , untuk tiap–tiap1000 penderita keluar baik hidup/ mati. NDR (Net Death Rate) adalah angka kematian ≥48 jam setelah di rawat untuk tiap–tiap 1000 penderita yang keluar baik hidup / mati. NDR dan GDR merupakan informasi yang penting di rumah sakit dalam mengevaluasi perawatan lebih dari atau sama dengan 48 jam dalam periode waku tertentu, termasuk kualitas pelayanan medis dan dapat digunakan untuk merencanakan pelayanan kesehatan yang akan datang, indikator tersebut dibandingkan dengan standar nasional. Standar Nasional GDR adalah < 45 ‰ atau < 4,5% per tahun sedangkan standar nasional NDR adalah < 25‰ atau < 2,5% per tahun (Rustiyanto, 2010).

RSUD Kabupaten Sidoarjo merupakan salah satu rumah sakit pemerintah di Jawa Timur bertipe B pendidikan. Berdasarkan survei awal didapat data dari laporan rekapitulasi kunjungan pasien HCU GDH untuk perhitungan GDR dan NDR pada tahun 2018–2022 (semester I) masih diatas standar acuan minimal yang ditetapkan oleh Depkes serta kecenderungan terjadinya peningkatan. Peningkatan indikator GDR secara berturut-turut dari tahun 2018 sampai dengan Semester I 2022 adalah 30,9% 31,4% ; 28,79% dan 41,6%. Sedangkan Peningkatan indikator NDR secara berturut-turut dari

tahun 2018 sampai dengan Semester I 2022 adalah 21,18% ; 23,14%; 12,88%; 16,8%.

Penilaian tanda perburukan kondisi pasien, dikombinasikan dengan pemantauan berbasis tanda vital, dapat mendukung deteksi dini kerusakan fisiologis pasien (Sudjiati et al., 2019). Pentingnya deteksi dini telah mendorong dan mengaktifkan respon medis layanan kesehatan di Kanada, Australia, dan Inggris dalam penerapan sistem skoring peringatan dini (Damayanti et al., 2019).

Sistem peringatan dini berguna untuk pemantauan atau deteksi dini sebelum kondisi pasien memburuk sehingga dapat mengambil tindakan atau jalur rujukan yang tepat. Berdasarkan penyakit yang mendasarinya, tanda-tanda klinis perburukan kondisi pasien seringkali serupa, dimana terlihat pada fungsi pernapasan, kardiovaskular, dan neurologis. Observasi pasien yang efektif adalah kunci pertama untuk menentukan kondisi pasien. Sangat penting untuk memiliki praktik keperawatan yang lebih baik sehingga dapat memberikan laporan secepat mungkin agar bisa menurunkan angka kesakitan dan kematian (Damayanti et al., 2019).

Rumah sakit dituntut terus meningkatkan mutu pelayanan terhadap semua pelanggannya dengan menerapkan mutu dan keselamatan pasien sebagai indikator utama. Kejadian yang tidak diharapkan mempunyai dampak memperpanjang masa rawat, ancaman keselamatan pasien, dan penambahan biaya perawatan yang lebih mahal (Stafseth et al., 2016). Selarass dengan hal tersebut, pemerintah melalui Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi satu telah memasukkan *Early Warning Score System* (EWSS) dalam

penilaian akreditasi, yaitu pada standar Pelayanan Asuhan Pasien, regulasi tersebut menuntut rumah sakit untuk menerapkan sistem sebagai alat deteksi dini EWSS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

Beberapa rumah sakit mulai menggunakan EWS untuk identifikasi awal pasien yang mengalami penyakit akut dan untuk menilai perubahan keadaan pasien melalui pengamatan yang sistematis terhadap perubahan fisiologis pasien (Suwaryo et al., 2019). Masa rawat inap pasien merupakan salah satu indikator mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien (Lubis & Susilawati, 2017). Masa rawat inap ini dapat dipengaruhi oleh penerapan prosedur *Early Warning Score* (EWS) yang baik, dimana prosedur dari EWS ini dapat menjadi pendukung pasien dalam meningkatkan status kesehatan pasien (Mestrom, et al., 2019).Pada kondisi tertentu, EWS memiliki keterkaitan erat dengan *mortalitas* dan kematian pasien di ICU yang memiliki penyakit kritis (Jayasundera, et al., 2018).

Early Warning Score System sangat penting bagi perawat dalam menentukan pilihan apakah pasien tersebut harus dipantau secara lebih intensif atau tidak, selain itu EWSS juga menentukan tindakan apa yang harus dilakukan perawat dalam menyelamatkan pasien. Parameter yang digunakan dalam EWSS ini adalah tanda-tanda vital tubuh yang meliputi tekanan darah sistolik, tingkat kesadaran, suhu tubuh, frekuensi pernapasan, saturasi oksigen, dan frekuensi nadi.

Pengukuran tanda-tanda vital tersebut dapat diinterpretasikan ke dalam *score* tertentu. *Score* yang diperoleh selanjutnya dapat dijumlahkan sehingga menjadi nilai *Emergency Warning Score* (EWS) yang dapat mengarahkan

perawat pada tindakan tertentu dalam *Emergency Warning Score System* (EWSS) (Nishijima et al., 2016).

EWS adalah sistem penilaian sederhana yang digunakan di ruang rawat inap dengan mengukur frekuensi nadi, tekanan darah *sistolik,* frekuensi nafas, *saturasi* oksigen, temperature, tingkat kesadaran dan alat bantu nafas. Masing-masing parameter mempunyai nilai rendah dan tinggi yaitu, nol sampai dengan tiga, setelah itu nilai di kalkulasikan sehingga mendapat nilai total (Kyriacos et al, 2015). Menurut *National Clinical Effectiveness Committee (2010)* semakin tinggi skor EWS semakin tinggi juga perburukan kondisi pada pasien. Kesalahan dalam mengenali dan memberikan respon perburukan kondisi pasien akan meningkatkan risiko kejadian yang tidak di harapkan (KTD) (Massey et al, 2014) yang akan mengakibatkan masa perawatan pasien memanjang.

Early Warning Score dikembangkan sebagai alat deteksi dini untuk dapat menentukan prioritas pasien yang perlu dipantau secara lebih *intensif* serta menentukan tindakan yang perlu dilakukan sesuai dengan penilaian EWS yang dilakukan (Goldhill DR, et al.,2015). *Early Warning Scores* lebih berfokus kepada mendeteksi kegawatan sebelum hal tersebut terjadi.Sehingga diharapkan dengan tatalaksana yang lebih dini, kondisi yang mengancam jiwa dapat tertangani lebih cepat atau bahkan dapat dihindari, sehingga *output* yang dihasilkan lebih baik (Firmansyah, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian Stiver, et al (2018) menyatakan bahwa implementasi dengan modifikasi EWS dapat menurunkan *mortalitas* secara signifikan dan menyebabkan masa rawat inap lebih pendek dari biasanya.

Banyak Rumah Sakit menggunakan *Early Warning Score* (EWS) untuk mendeteksi *abnormalitas* dan pemicu respon yang tepat dari staff (Petersen, 2016). Untuk itu maka pencatatan EWS harus dilakukan dengan baik pada semua pasien di ruang perawatan rumah sakit, sehingga di harapkan perburukuan kondisi klinis pasien dapat terdeteksi dini dan *intervensi* yang tepat dapat di berikan sesuai SPO. Berdasarkan beberapa fakta tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang“ Hubungan Nilai EWS dengan Mortalitas Pasien *High Care Unit* (HCU) Graha Delta Husada (GDH) RSUD Sidoarjo”.

B. Pembatasan dan Rumusan Masalah

Berdasarkan hasil perhitungan tahun 2018 sampai dengan Semester I 2022, menunjukkan nilai angka indikator GDR dan NDR semakin tahun semakin tinggi dan melebihi standar, oleh karena itu pembatasan dan rumusan masalah yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah “Apakah Ada Hubungan Nilai *Early Warning System* (EWS) dengan Mortalitas Pasien Ruang *High Care Unit* (HCU) Graha Delta Husada RSUD Sidoarjo?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan Nilai *Early Warning System* (EWS) dengan Mortalitas Pasien Ruang *High Care Unit* (HCU) Graha Delta Husada (GDH) RSUD Sidoarjo.

2. Tujuan Khusus

   a) Mengidentifikasi nilai *Early Warning System* (EWS) pasien Ruang *High Care Unit* (HCU) Graha Delta Husada (GDH) RSUD Sidoarjo.

   b) Mengidentifikasi tingkat mortalitas pasien Ruang *High Care Unit* (HCU) Graha Delta Husada (GDH) RSUD Sidoarjo.

   c) Menganalisis hubungan nilai *Early Warning System* (EWS) dengan tingkat mortalitas pasien Ruang *High Care Unit* (HCU) Graha Delta Husada (GDH) RSUD Sidoarjo.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak yaitu :

1. Manfaat Teoritis

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi wacana ilmiah dan menambah pengetahuan serta wawasan dalam keperawatan terutama dalam melakukan penilaian EWS terhadap mortalitas pasien.

2. Manfaat Praktis

   1. Bagi Institusi Program Studi Keperawatan

      Sebagai bahan masukan/informasi dan referensi kepustakaan institusi pendidikan, serta dapat menjadi sumber informasi untuk melakukan penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan penulis.

2. Bagi Peneliti

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi, masukan pada petugas di rumah sakit dalam penerapan *Early Warning System* (EWS) .

3. Bagi Rumah Sakit

   Merupakan salah satu bahan pertimbangan dalam evaluasi dari pelaksanan *Early Warning System* (EWS) dalam upaya menurunkan tingkat mortalitas pasien.