BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Administrasi Pelayanan Publik

Setiap instansi pemerintahan dibentuk untuk mencapai tujuan yaitu memberikan kepuasan bagi masyarakat, apabila tujuan yang telah ditetapkan tercapai barulah dapat dikatakan suatu keberhasilan. Agar tujuan yang telah ditetapkan tercapai maka diperlukan pelayanan yang baik dan berkualitas. Karena dari pelayanan yang baik dan berkualitas dapat membantu pemerintah mencapai tujuan tersebut. Pelayanan begitu penting bagi setiap masyarakat karena semakin berkualitas pelayanan yang diberikan maka semakin besar kepercayaan yang diberikan masyarakat kepada pemerintah yang bergerak dibidang jasa tersebut.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 pasal satu (1) Tentang Pelayanan Publik memberikan defenisi pelayanan publik sebagai berikut: “Pelayanan Publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administrasi yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik”. Jika dianalisis secara spesifik, bahwa pelayanan adalah pemberian hak dasar kepada warga negara atau masyarakat sesuai dengan kebutuhan dan kepentingannya yang diatur oleh perundang-undangan. Pelayanan memiliki makna melayani orang yang dilayani. Jika melayani, maka sejatinya adalah memberikan pelayanan dan pengabdian

secara profesional. Pelayanan berarti melayani dengan sungguh-sungguhkepada orang yang dilayani untuk memenuhi kebutuhan dan kepentingannya dalam dalam rangka memberikan kepuasan dan manfaat kepada orang yang dilayani tersebut.

Menurut Indri dan Hayat dalam Hayat (2015:22) menyatakan bahwa: “optimalisasi pelayanan publik adalah memberikan pelayanan secara profesional dan berkualitas yang mempunyai implikasi positif terhadap kepuasan masyarakat”.

Menurut Hayat (2017 : 22) “pelayanan publik merupakan melayani secara keseluruhan aspek pelayanan dasar yang dibutuhkan oleh masyarakat untuk dipenuhi sesuai dengan ketentuannya”.

Mukaron dan Laksana, (2016:41) mengatakan bahwa : “Pelayanan Publik adalah pemberian layananan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan”.

Dari berbagai pendapat tentang pengertian pelayanan publik di atas maka dapat mengambil kesimpulan bahwa pengertian pelayanan publik adalah suatu kegiatan melayani yang dilaksanakan secara profesional, berkualitas, dan memiliki pelayanan secara positif yang mampu membantu memenuhi kebutuhan masyarakat sesuai dengan ketentuan pemerintah. Dengan adanya pelayanan secara otomatis ada interaksi antara masyarakat dengan pegawai yang bersangkutan pada suatu organisasi. Komunikasi memang sangat penting dalam melayani masyarakat, karena

komunikasi berfungsi untuk membantu dan mengetahui apa yang menjadi kebutuhan masyarakat.

a. Prinsip Pelayanan Publik

Dalam menyelenggarakan suatu pelayanan publik yang prima, perlu dilakukan penerapan pelayanan yang merupakan bagian yang harus diberikan kepada masyarakat dengan sebaik-baiknya. Dalam hal ini penyelenggaraan pelayanaan publik merupakan salah satu tugas yang dilaksanakan oleh pemerintah. Dalam Mukarom dan Laksana (2018:84) bahwa, prinsip penyelenggara pelayanan publik adalah sebagai berikut:

1) Kesederhanaan.
2) Kejelasan.
3) Kepastian Waktu.
4) Akurasi.
5) Keamanan.
6) Tanggung jawab.
7) Kelengkapan sarana dan prasasarana.
8) Kedisiplinan.
9) Kenyamanan.

b. Standar Pelayanan Publik

Standar pelayanan publik merupakan ukuran yang telah ditetapkan dan di bakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh sipemberi dan penerima pelayanan. Dalam menentukan suatu standar pelayanan pada organisasi pemerintah harus memiliki berbagai jenis bentuk aturan yang ditetapkan untuk mencapai pelayanan yang baik. Mukarom dan Laksana (2018:85) menyatakan bahwa standar pelayanan publik yang dapat ditetapkan oleh pihak penyelenggara adalah sebagai berikut:

a. Prosedur pelayanan.
b. Waktu penyelesaian.

c. Biaya pelayanan.
d. Produk pelayanan.
e. Sarana dan prasarana.
f. Kompetensi petugas pemberi pelayanan.

Selain itu berdasarkan Pasal 21 dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 , setiap standard pelayanan yang dipersyaratkan harus mencatumkan beberapa komponen yaitu sebagai berikut :

1. Dasar Hukum.
2. Persyaratan.
3. Sistem.
4. Mekanisme dan Prosedur.
5. Jangka waktu.
6. Biaya/tarif.
7. Produk pelayanan.
8. Sarana, prasarana dan/atau fasilitas.
9. Kompetensi.
10. Pengawasan internal
11. Penanganan pengaduan, saran dan masukan.
12. Jumlah pelaksana
13. Jaminan pelayanan.
14. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan.
15. Evaluasi kinerja pelaksana

Dari standar pelayanan publik yang telah diutarakan diatas maka dapat diambil kesimpulan bahwa setiap organisasi ataupun aparatur negara harus melaksanakan kegiatan pelayanan publik sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh organisasi atau pemerintah. Apabila kegiatan yang dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan maka masyarakat akan merasa puas dan tidak adanya komplain sehingga tujuan pemerintah akan tercapai.

2. Fungsi Pelayanan Publik

Keterlibatan pemerintah dalam menyelenggarakan fungsi pelayanan publik berkembang seiring dengan munculnya paham dan pandangan tentang filsafat Negara. Hal ini diungkapkan oleh Mulyadi & Deddy (2015:173) yang mengatakan bahwa:

> " Menurut Hayat (2017:50-51) mengatakan: "fungsi pelayanan publik dilakukan oleh setiap instansi pemerintah yang menerapkan pelayanan publik secara baik dan berkualitas dipengaruhi oleh konsep dasar yang dibangun oleh reformasi birokrasi menuju tata dan sistem pengelolaan yang profesional. Profesionalitas kerja dengan memaksimalkan potensi sumber daya manusia yang kompenten dan berdaya saing, mempunya implikasi yang positif terhadap kualitas kinerja. Kualitas kinerja dengan kemampuan dan soft skil yang dimiliki oleh setiap aparatur pemerintah yang berpengaruh secara komprehensif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan."

Kepastian hukum terhadap hak dan kewajiban warga negara dalam penerimaan pelayanan publik. Masyarakat memiliki hak untuk menerima pelayanan secara baik dan berkualitas, dengan pelayanan yang cepat, mudah, murah, tepat waktu dan baik. Kepastian hukum maksudnya adalah untuk menjamin kebutuhan masyarakat akan terpenuhi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku dalam pelayanan publik. Pelayanan publik sesungguhnya untuk masyarakat, apa yang dibutuhkan masyarakat dalam hal pelayanan publik menjadi kewajiban bagi aparatur untuk melayaninya.

Akan tetapi, setiap masyarakat harus memperhatikan sistem dan tata cara menerima pelayanan publik pada instansi pemerintah tersebut. Artinya adalah saling mematuhi ketentuan dan peraturan yang berlaku dalam penerapan pelayanan publik tersebut. Misalnya pembuatan surat

rekomendasi pengantar BPJS bagi masyarakat yang kurang mampu dan pengurusan surat miskin bagi siswa maupun masyarakat miskin, dalam hal ini masyarakat harus tahu syarat dan ketentuan dalam pembuatan surat pengantar tersebut.

2. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan

1. Teori Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan merupakan tindakan memberikan pelayanan dengan efisien dan efektif mengikuti standar profesi, standar pelayanan dilakukan dengan menyeluruh menyesuaikan kebutuhan pasien, menggunakan teknologi yang tepat serta hasil penelitian dalam pengembangan pelayanan kesehatan/keperawatan untuk mencapai hasil kesehatan yang maksimal (Dedi, 2019). Dalam menjaga mutu pelayanan asuhan keperawatan di Indonesia telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 49 Tahun 2013 tentang komite keperawatan yaitu untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan mengatur tata kelola klinis yang baik sehingga mutu pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi (RI, 2013). Dan PMK Nomor 40 Tahun 2017 tentang jenjang karir.

PMK dibuat dalam memberikan kesempatan bagi SDM keperawatan untuk meningkatkan kinerja keperawatan melalui karir keperawatan professional (Rico-Blazquez *et al*., 2021). Maka seorang

perawat apabila mampu bekerja sesuai dengan kompetensi klinis akan lebih percaya diri saat bekerja dan meningkatkan kepuasannya serta kepuasan pasien dalam meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan (Supri *et al*., 2019).

Mutu pelayanan keperawatan merupakan kualitas pelayanan kesehatan sebagai faktor pencetus institusi pelayanan kesehatan di masyarakat. Faktor ini karena keperawatan adalah kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, paling depan serta terdekat dengan penderita, kesakitan, dan kesengsaraan pada pasien dan keluarganya (Nursalam, 2014). Perawat memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit melalui asuhan keperawatan dan sangat penting untuk *outcome* pasien. Sebagai perawat apabila dikelola serta dipantau dengan baik, maka perawat akan bekerja secara profesional serta memberikan kontribusi sangat besar saat bekerja dan meningkatkan mutu rumah sakit (Munawar *et al*., 2019). Sehingga mutu pelayanan keperawatan merupakan upaya pelayanan yang dilakukan secara mandiri maupun berkolaborasi dalam memenuhi kebutuhan pasien secara maksimal (Gide, 2020).

Pada penelitian Shafiq *et al*., (2017) hasil menunjukkan ada 5 dimensi Servqual valid di negara-negara Asia misalnya Pakistan, ada 3 item didapatkan. Keandalan, wujud, daya tanggap, empati, serta jaminan telah menempati urutan pertama, kedua, ketiga, keempat, serta kelima, dari ukuran kesenjangan kualitas. Kesenjangannya signifikan secara statistik, dengan nilai 05. Dengan demikian,

administrator rumah sakit harus fokus dengan item ini. Jika berfokus dengan area perbaikan yang teridentifikasi, otoritas perawatan kesehatan, manajer, praktisi, dan pengambil keputusan akan membawa perubahan substansial. Dan menurut Badrin *et al*., (2019) dalam menilai kepuasan pasien menggunakan instrumen dan dimensi yang dapat dipakai. Tetapi perlu pengembangan instrumen kepuasan pasien dengan menggunakan perspektif dari pemberi pelayanan serta memasukkan dimensi *caring* pada esensi dengan pelayanan keperawatan.

2. Pengukuran Mutu Pelayanan

Menurut Donabedian dalam (Dedi, 2019), mutu pelayanan dapat diukur dengan menggunakan tiga variabel yaitu input, proses, dan output/outcome:

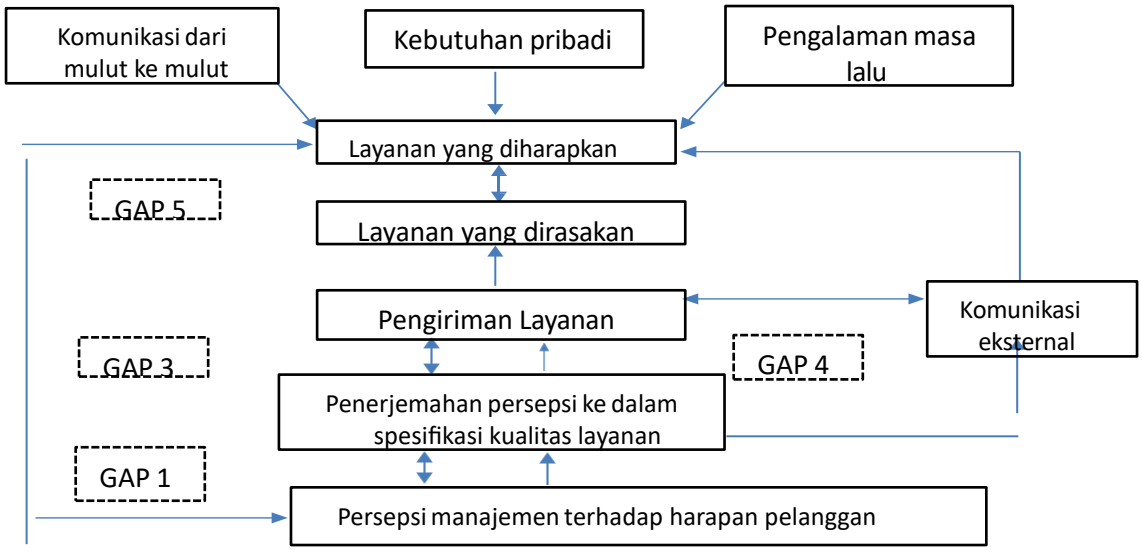
a. Struktur/input yaitu sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas peralatan, teknologi, organisasi dan informasi.
b. Proses yaitu interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien dan masyarakat). Setiap tindakan medis/keperawatan harus mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Setiap tindakan korektif di buat dan meminimalkan risiko terulangnya keluhan atau ketidakpuasan pada pasien lainnya.
c. *Output/outcome* yaitu hasil pelayanan kesehatan atau pelayanan keperawatan, yang berupa perubahan terjadi pada

konsumen terkait kepuasan dari konsumen. Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit/keperawatan tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula.

3. Konsep Mutu Berdasar Servqual (*Service Quality*)

Penjelasan tentang konsep kualitas layanan akan ditentukan dari berapa besar kesenjangan (*gap*) antara persepsi pelanggan terhadap kenyataan pelayanan yang diterima, dibandingkan dengan harapan pelanggan terhadap pelayanan yang harus diterima. Kelima kesenjangan (*gap*) itu disajikan bentuk skema *grand theory* Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985) dalam (Dedi, 2019) sebagai berikut ini:

Gambar 2. Konsep Kualitas Layanan



Penyampaian jasa dari pihak penyedia jasa bisa terancam gagal jika beberapa kesenjangan dibiarkan berkembang tanpa adanya perencanaan dalam mencegahnya, atau tidak ada usaha khusus dalam mengurangi dampak buruknya. Penjelasan mengenai kelima kesenjangan tersebut yakni:

a. Kesenjangan antara harapan pengguna jasa dengan persepsi manajemen.

   Manajemen institusi pelayanan kesehatan belum dapat secara tepat mengidentifikasi serta memahami harapan pengguna jasa pelayanan Kesehatan (Dedi, 2019).

b. Kesenjangan antara persepsi manajemen dengan spesifikasi kualitas jasa.

   Hal ini terjadi kalau pemahaman manajemen RS/Puskesmas tentang harapan pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak diartikan dengan aksi nyata yang spesifik. Contohnya, standar prosedur pelayanan atau pelaksanaan penyampaian jasa belum disusun sesuai harapan pengguna jasa yang selalu menuntut pelayanan yang bermutu (cepat, ramah, tepat, serta biaya terjangkau) (Dedi, 2019).

c. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dengan penyampaiannya.

   Standar pelayanan serta cara penyampaian jasa sudah tersusun dengan baik, namun muncul kesenjangan akibat staf pelaksana pelayanan di garis depan (*front line staff*) seperti perawat, bidan serta dokter umum di sebuah rumah sakit belum ada pelatihan khusus tentang teknik penyampaian jasa pelayanan. Akhirnya, jasa pelayanan kesehatan yang dijelaskan pada pasien tidak sesuai terhadap standar yang sudah ditetapkan oleh komite medik rumah sakit (Dedi, 2019).

d. Kesenjangan antara penyampaian jasa dengan harapan pihak eksternal.

   Harapan pengguna jasa dipengaruhi dengan cara staf serta manajemen rumah sakit berkomunikasi dengan masyarakat calon pengguna jasanya (Dedi, 2019).

e. Kesenjangan antara jasa yang diterima pengguna dengan yang diharapkan. Hal ini terjadi jika konsumen mengukur kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan cara berbeda, seperti persepsi pengguna berbeda dari kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diharapkan (Desi, 2009)

Konsep kualitas layanan disebut bermutu jika pelayanan yang diharapkan lebih kecil dari pelayanan yang dirasakan (bermutu). Disebutkan konsep kualitas layanan memenuhi harapan, jika pelayanan diharapkan sama dengan dirasakan (memuaskan). Dengan ini disebutkan persepsi tidak memenuhi harapan jika pelayanan yang diharapkan lebih besar dari pelayanan yang dirasakan (tidak bermutu).

Konsep kualitas layanan dari harapan yang diharapkan ditentukan dengan empat faktor akan saling terkait dengan memberikan persepsi jelas oleh harapan pelanggan untuk mendapatkan pelayanan (Dedi, 2019). Keempat faktor itu sebagai berikut ini:

a. Komunikasi dari mulut ke mulut (*word of mouth communication*), Hal ini sangat menentukan terhadap pembentukan harapan pelanggan atas suatu jasa/pelayanan.
b. Kebutuhan pribadi (*personal need*), yakni harapan pelanggan

bervariasi tergantung pada karakteristik serta keadaan individu di pengaruhi oleh kebutuhan pribadinya.

c. Pengalaman masa lalu (*past experience*), yakni pengalaman pelanggan merasakan suatu pelayanan jasa tertentu di masa lalu dan mempengaruhi Tingkat harapannya agar memperoleh pelayanan jasa yang sama dimasa kini hingga yang akan datang.

Berdasarkan pengertian tersebut ada tiga tingkat konsep kualitas layanan sebagai berikut:

a. Bermutu (*quality surprise*), jika kenyataan pelayanan yang diterima melebihi pelayanan yang diharapkan pelanggan.
b. Memuaskan (*satisfactory quality*), jika kenyataan pelayanan yang diterima sama dengan pelayanan yang diharapkan pelanggan.
c. Tidak bermutu (*unacceptable quality*), jika kenyataan pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan pelanggan.

Konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan ditentukan oleh lima unsur yang biasa dikenal dengan istilah kualitas layanan “RATER” (*responsiveness, assurance, tangible, empathy* dan *reliability*). Inti konsep kualitas layanan untuk menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan sehingga memuaskan orang-orang yang menerima pelayanan sesuai daya tanggap (*responsiveness*), menimbulkan suatu jaminan (*assurance)*, menunjukkan bukti fisik (*tangible*) yang akan dilihatnya,

menurut empati (*empathy*) dari orang-orang yang memberikan pelayanan terhadap keandalannya (*reliability*) melakukan tugas pelayanan yang diberikan secara konsekuen agar memuaskan penerima pelayanan (Dedi, 2019).

Berdasarkan inti konsep kualitas layanan “RATER” kebanyakan organisasi kerja akan menjadikan konsep ini sebagai acuan dalam menerapkan aktualisasi layanan dalam organisasi kerjanya, dalam memecahkan berbagai bentuk kesenjangan (*gap*) atas berbagai pelayanan yang diberikan oleh pegawai dalam memenuhi tuntutan pelayanan masyarakat. Aktualisasi konsep “RATER” juga diterapkan agar penerapan kualitas layanan pegawai, baik pegawai pemerintah maupun non pemerintah untuk meningkatkan prestasi kerjanya (Dedi, 2019).

4. Upaya Peningkatan Mutu

Peningkatan mutu dilaksanan dengan berbagai macam cara Dedi (2019), yaitu:

a. Mengembangkan akreditasi dengan meningkatkan mutu rumah sakit sesuai indikator pemenuhan standar pelayanan yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI.
b. ISO 9001:2000 yakni standar internasional dalam sistem manajemen kualitas bertujuan menjamin kesesuaian proses pelayanan dengan kebutuhan persyaratan yang dispesifikasi dengan pelanggan dan rumah sakit.
c. Memperbarui keilmuan dalam menjamin tentang tindakan medis/keperawatan yang dilakukan sudah didukung oleh bukti

ilmiah yang mutakhir.

d. *Good corporate governance* yakni mengatur aspek institusional serta aspek bisnis dalam penyelenggaraan sarana pelayanan kesehatan agar memperhatikan transparansi serta akuntabilitas sehingga tercapai manajemen yang efisien dan efektif.

e. *Clinical governance* yakni bagian dari *corporate governance*, merupakan kerangka kerja organisasi pelayanan kesehatan bertanggung jawab terhadap peningkatan mutu secara berkesinambungan. Tujuannya agar tetap menjaga standar pelayanan yang tinggi dan menciptakan lingkungan menjadi kondusif. *Clinical governance* menjelaskan hal penting yang harus dilakukan seorang dokter dalam menangani konsumennya (pasien dan keluarga).

f. Membangun aliansi strategis terhadap rumah sakit lain baik di dalam atau luar negeri. Kerja sama lintas sektor dan lintas fungsi harus menjadi bagian dari budaya rumah sakit misalnya kerja sama tim yang baik. Budaya dikotomi pemerintah dengan swasta harus diubah menjadi falsafah bauran pemerintah swasta (*public-privatemmix*) sehingga saling mengisi dan konstruktif

g. Melaksanakan evaluasi dengan strategi pembiayaan, agar tarif pelayanan bisa bersaing secara global, misalnya *outsourcing investasi*, *contracting out* untuk fungsi tertentu seperti *cleaning service*, gizi, laundry, perparkiran.

h. Orientasi pelayanan sering terjadi benturan nilai, disatu pihak masih

kuatnya nilai masyarakat secara umum tentang rumah sakit yaitu institusi yang mengutamakan fungsi sosial. Sementara itu dipihak lain, etos para pemodal/investor dalam dan luar negeri yang menganggap rumah sakit adalah industri dan bisnis jasa, sehingga orientasi mencari laba merupakan sesuatu yang sah.

3. Konsep *Intensive Care* Unit (ICU)

1. *Intensive Care Unit* (ICU)

Ruang Perawatan *Intensif Care Unit* (ICU) merupakan bagian dari kategori pelayanan kritis rumah sakit. *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan ruang berteknologi tinggi dimana pasien sakit kritis menerima perawatan. Alasan untuk masuk ke perawatan *Intensive Care Unit* banyak dan kompleks (Haave et al., 2021).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1778/Menkes/SK/XII/2010 Kepmenkes (2010) tentang Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus, terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa.

Di Indonesia, kriteria ketenagaan perawat di ruang *Intensive Care Unit* diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 Kepmenkes (2010) tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan *Intensive Care Unit* di rumah sakit yaitu, untuk *Intensive Care Unit* level I maka perawatnya adalah perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan lanjut, untuk *Intensive Care*

Unit level II diperlukan minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di *Intensive Care Unit* merupakan perawat terlatih dan bersertifikat *Intensive Care Unit*, dan untuk *Intensive Care Unit* level III diperlukan minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di *Intensive Care Unit* merupakan perawat terlatih dan bersertifikat *Intensive Care Unit*. Ruang lingkup pelayanan di ruang Intensive Care Unit (ICU) yaitu :

a. Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di *Intensive Care Unit* menurut Saragih (2019) yaitu: Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari (Saragih, 2019).
b. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh dan melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar (Saragih, 2019).
c. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang timbul oleh penyakit latrogenik (Saragih, 2019).
d. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain (Saragih, 2019).

   Kriteria pasien masuk di ruang *Intensive Care Unit* menurut Kepmenkes (2010) yaitu:

   a. Pasien prioritas 1

      Kelompok ini adalah pasien kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi seperti: dukungan ventilasi, alat penunjang fungsi organ, infus, obat vasoaktif/inotropik obat anti aritmia. Sebagai contoh pasien

pasca bedah kardiotoraksis, sepsis berat, gangguan keseimbanganasam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa (Kepmenkes, 2010).

b. Pasien prioritas 2

Kelompok pasien ini yaitu pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Contoh pasien yang mengalami penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat atau pasien yang telah mengalami pembedahan mayor. Terapi pada golongan pasien prioritas 2 tidak mempunyai batas karena kondisi mediknya senantiasa berubah (Kepmenkes, 2010).

c. Pasien Prioriti 3

Pasien golongan ini adalah pasien kritis, yang tidak stabil statuskesehatan sebelumnya, yang disebabkan penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di *Intensive Care Unit* pada golongan ini sangat kecil. Sebagai contoh antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial tamponande, sumbatan jalan nafas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelolaan pada pasien golongan ini hanya untuk

mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru (Kepmenkes, 2010).

d. Pengecualian

Pertimbangan luar biasa, dan atas persetujuan kepala *Intensive Care Unit*, indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan, dengan catatan bahwa pasien-pasien golongan demikian sewaktu-waktu harus bisa dikeluarkan dari *Intensive Care Unit* agar fasilitas *Intensive Care Unit* yang terbatas dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, 3. Pasien yang tergolong ini (Kepmenkes, 2010):

1) Pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi perawatan yang aman saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah "DNR (*Do Not Resuscitate*)". Sebenarnya pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di *Intensive Care Unit* (Kepmenkes, 2010).
2) Pasien dalam keadaan vegetative permanen (Kepmenkes, 2010).
3) Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak. Pasien seperti itu dapat dimasukkan ke *Intensive Care Unit* untuk menunjang fungsi organ hanya untuk kepentingan donor organ (Kepmenkes, 2010).

Kriteria pasien keluar dari ruang *Intensive Care Unit* menurut (Dewi Aliana *et al*., 2018): Berdasarkan pertimbangan medis dari kepala *Intensive Care Unit* maupun tim lain kriteria pasien dapat dipindahkan dari *Intensive Care Unit*:

a. Kondisi pasien yang sudah membaik dan cukup stabil sehingga tidak lagi memerlukan terapi dan pemantauan intensif lebih lanjut *(Dewi Aliana et al*., 2018).
b. Sesuai perhitungan maupun perkiraan terapi dan pemantauan intensif tidak bermanfaat atau tidak memberi hasil yang berarti bagi pasien. Jika pada saat pasien dirawat di ruang intensif tidak menggunakan alat bantu
   ventilasi mekanik (Dewi Aliana *et al*., 2018).
c. Pasien dan keluarga menolak untuk dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (Pulang atas permintaan sendiri) (Dewi Aliana *et al*., 2018).
d. Pasien hanya memerlukan observasi intensif saja, sedangkan ada pasien lain yang lebih gawat yang memerlukan terapi dan observasi secara intensif (Dewi Aliana *et al*., 2018).

Klasifikasi Pasien Berdasarkan Tingkat Ketergantungan. Pasien diklasifikasikan berdasarkan sistem klasifikasi yang dibagi dalam tigakelompok berdasarkan tingkat ketergantungan klien menurut Douglas (1984) dalam (Sumekar Titik, 2012):

a. Kategori I: Perawatan mandiri /*Self care / Minimal care*

Perawatan mandiri/*Self care/Minimal care* adalah klien memerlukan 1-2 jam perawatan langsung per 24 jam. Dalam hal ini untuk kegiatan sehari hari dapat dilakukan sendiri, penampilan secara umum baik, tidak ada reaksi emosional, pasien memerlukan orientasi waktu, tempat dan pergantian shift, tindakan pengobatan biasanya ringan dan sederhana (Sumekar Titik, 2012):

1) Pasien bisa mandiri/hampir tdk memerlukan bantuan :
   a) Pasien mampu naik turun tempat tidur.
   b) Pasien mampu ambulasi dan berjalan sendiri.
   c) Pasien mampu makan dan minum sendiri.
   d) Pasien mampu mandi sendiri/mandi sebagian dengan bantuan.
   e) Pasien mampu membersihkan mulut (sikat gigi sendiri).
   f) Pasien mampu berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan.
   g) Pasien mampu BAB dan BAK dengan sedikit bantuan
2) Status psikologis pasien stabil.
3) Pasien dirawat untuk prosedur diagnostik.
4) Pasien operasi ringan.

b. Kategori II: Perawatan sedang/*Parsial Care*

Perawatan sedang/*Parsial Care* adalah klien memerlukan 3-4 jam perawatan langsung per 24 jam.

1) Pasien memerlukan bantuan perawatan sebagian:

a) Membutuhkan bantuan 1 orang untuk naik turun tempat tidur.
b) Membutuhkan bantuan untuk ambulasi/berjalan
c) Dalam hal ini untuk kegiatan sehari-hari untuk makan dibantu, mengatur posisi waktu makan, memberi dorongan agar mau makan, dan membutuhkan bantuan untuk kebersihan mulut, membutuhkan bantuan untuk berpakaian dan berdandan.
d) Eliminasi dan kebutuhan diri juga dibantu atau menyiapkan alat untuk ke kamar mandi/tempat tidur.
e) Tindakan perawatan pada pasien ini monitor tanda-tanda vital setiap 4 jam, periksa urin reduksi, fungsi fisiologis, status emosional, kelancaran drainase atau infus.
f) Pasien memerlukan bantuan pendidikan kesehatan untuk mendukung emosi 5 – 10 menit/shift.
g) Tindakan dan pengobatan 20–30 menit/shift atau 30–60 menit/shift untuk mengobservasi efek samping obat atau reaksi alergi (Sumekar Titik, 2012).
    a) Pasca operasi minor (24 Jam)
    b) Melewati fase akut dari post operasi mayor.
    c) Fase awal penyembuhan.
    d) Gangguan emosional ringan.

c. Perawatan total (*Total Care*)

Perawatan total (*Total Care*) adalah klien memerlukan 5-6 jam perawatan langsung per 24 jam. Untuk kebutuhan sehari-hari tidak bisa dilakukan sendiri, semua dibantu oleh perawat, penampilan sakit berat. Pasien memerlukan observasi terus menerus (Sumekar Titik, 2012).

- Pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat yang lebih lama:
- Pasien membutuhkan 2 orang atau lebih untuk mobilisasi dari tempat tidur ke kereta dorong/kursi roda.
- Pasien membutuhkan latihan pasif.
- Kebutuhan nutrisi dan cairan melalui terapi intra vena (infus) dan NGT.
- Pasien membutuhkan bantuan untuk kebersihan mulut.
- Pasien membutuhkan bantuan penuh untuk berpakaian dan berdandan.
- Memandikan pasien.
- Pasien dalam keadaan inkontinensia menggunakan kateter.
- Setelah 24 jam pasca operasi mayor.
- Pasien tidak sadar.
- Keadaan pasien tidak stabil.
- Observasi TTV setiap kurang dari 2 jam.
- Perawatan luka bakar.
- Perawatan kolostomi.

- Menggunakan alat bantu pernapasan.
- Menggunakan WSD.
- Irigasi kandung kemih secara terus-menerus.
- Menggunakan alat traksi (Skeletal traksi).
- Fraktur atau pasca operasi tulang belakang/ leher.
- Gangguan emosional berat, bingung dan disorientasi.

Bidang kerja ICU menurut (Kepmenkes, 2010):

a. Pengelolaan pasien langsung dilakukan secara primer oleh dokter intensif dengan melaksanakan pendekatan pengelolaan total pasien sakit kritis, menjadi ketua tim dari berbagai pendapat konsultan atau dokter yang ikut merawat pasien. Cara kerja ini untuk mencegah pengelolaan yang terkotak-kotak dan menghasilkan pendekatan yang terkordinasi pada pasien serta keluarganya (Kepmenkes, 2010).
b. Pendidikan, pelatihan dan penelitian yakni ICU melakukan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga medis dan non medis yang terkait dengan ICU (Kepmenkes, 2010):
   1) Pelatihan pemantauan (Monitoring).
   2) Pelatihan ventilasi mekanik.
   3) Pelatihan terapi cairan, elektrolit, dan asam basa.
   4) Pelatihan penatalaksanaan infeksi.
   5) Pelatihan manajemen ICU

Perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan nomor 66 tahun 2017 tentang petunjuk operasional dan alokasi khusus fisik bidang kesehatan tahun anggaran 2018 di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) (Kemenkes, 2018):

c. Ruang-ruang penunjang di tiap unit perawatan intensif:
    1) Nurse *station*
    2) Gudang alat medik
    3) Ruang linen bersih
    4) *Dirty utility/spoelhoek* (Tempat penyimpanan alat-alat kotor)
    5) Ruang petugas (Kepala ICU, staf)
    6) Ruang administrasi
    7) Depo farmasi
    8) Ruang dokter
    9) Ruang tunggu keluarga pasien dilengkapi toilet
    10) Janitor (Ruang petugas kebersihan)
d. Persyaratan teknis ruang perawatan intensif menurut Kemenkes (2018) sebagai berikut:
    1. Terletak dekat atau memiliki akses yang mudah dengan ruang operasi, ruang gawat darurat dan ruang penunjang medik lainnya (Kemenkes, 2018).
    2. Ukuran ruangan rawat intensif tergantung dari jumlah tempat tidur. Luas lantai untuk setiap tempat tidur pasien pada ruang perawatan intensif harus cukup untuk

meletakkan peralatan dan ruang gerak petugas yang berhubungan dengan pasien (Kemenkes, 2018).

3. Dalam hal ruang perawatan intensif menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang perawatan intensif harus merupakan satu kompartemen (Kemenkes, 2018).
4. Dalam hal ruang perawatan intensif memiliki ruang perawatan isolasi untuk pasien dengan penyakit menular, desain tata ruang dan alur sirkulasi petugas dan pasien harus dapat meminimalkan risiko penyebaran infeksi (Kemenkes, 2018).
5. Komponen arsitektur (lantai, dinding, plafon) tidak memiliki porositas yang tinggi, sambungan lantai dengan dinding, dinding dengan dinding, dinding dengan plafon konus (Kemenkes, 2018).
6. Bahan penutup lantai harus dari bahan anti statik dan anti bakteri (Kemenkes, 2018).
7. Untuk menjamin kualitas udara, konsentrasi maksimum mikroorganisme 200 CFU/m^3, suhu 22°-23°C, kelembapan 35-60% dan tekanan positif (Kemenkes, 2018).
8. Total pertukaran udara 6 kali per jam dengan pertukaran udara dari luar minimum 2 kali per jam (Kemenkes, 2018).
9. Jumlah kotak kontak di setiap tempat tidur pasien minimal 6 untuk peralatan medik yang membutuhkan daya listrik

besar (diluar untuk ventilator, suction dan monitor) dan kotak kontak dipasang minimal 1,20 m diatas permukaan lantai dan tidak boleh menggunakan percabangan/sambungan langsung tanpa pengaman arus (Kemenkes, 2018).

10. Sistem kelistrikan di ruang ICU tidak boleh terputus penyalurannya, oleh karena itu harus didukung dengan ketersediaan suplai listrik dari generator set dan didukung ketersediaan UPS (Kemenkes, 2018).
11. Dilengkapi pengaman arus bocor (trafo isolasi) (Kemenkes, 2018).
12. Kelengkapan outlet utilitas bangunan yang terdapat di *bedhead* untuk tiap-tiap tempat tidur menurut (Kemenkes, 2018):
    - Kotak kontak listrik minimal 6–16 titik untuk peralatan medik yang membutuhkan daya listrik besar, semua titik tersambung dengan generator set dan UPS, dengan tiap-tiap titik berasal dari grup pengaman arus yang beda. Kotak kontak dipasang minimal 1,20 m diatas permukaan lantai.
    - Outlet oksigen 1 titik, compress air 1 titik, vacum medik 1 titik.
    - Lampu periksa

13) Sistem tata udara tersaring dan terkontrol.

14) Dalam hal ruang perawatan intensif menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang perawatan intensif harus merupakan satu kompartemen
15) Sistem proteksi kebakaran aktif harus dipilih yang aman bagi peralatan kesehatan terhadap percikan air
16) Ruang *dirty utility spoelhoek* harus dilengkapi *sloop sink, service sink* dan *jet spray*.

4. Konsep Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

1. Definisi indikator nasional mutu rumah sakit menurut (Kemenkes, 2022).

Rumah sakit umum daerah sebagai salah satu unit milik pemerintah daerah yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat masyarakat. Oleh karena itu, rumah sakit umum daerah dituntut dalam memberikan pelayanan yang bermutu serta profesional sehingga menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Indikator nasional mutu di rumah sakit ada 13 indikator diantaranya:

a. Kepatuhan kebersihan tangan
b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
c. Kepatuhan identifikasi pasien
d. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
e. Waktu tunggu rawat jalan
f. Penundaan operasi elektif
g. Kepatuhan waktu visite dokter

h. Pelaporan hasil kritis laboratorium
i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
j. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
l. Kecepatan waktu tanggap komplain
m. Kepuasan pasien

2) Kebijakan pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit* merujuk dari :

a. Pengembangan dan penerapan standar pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit* rumah sakit dilaksanakan untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas melalui peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
b. Pengembangan dalam kemampuan teknis maupun manajerial tenaga keperawatan dalam pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit* di rumah sakit untuk mewujudkan kompetensi di ruang *Intensive Care Unit*.
c. Penerapan standar pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit* rumah sakit memerlukan dukungan dari rumah sakit dan pihak terkait.

3) Strategi penerapan standar pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit* :

a. Mengoptimalkan pendayagunaan sumber daya yang ada dalam pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit.*

b. Meningkatkan kemampuan teknis maupun manajerial keperawatan *Intensive Care Unit* pada semua tenaga keperawatan yang bekerja di *Intensive Care Unit*.

c. Mendorong sarana dan prasarana, peralatan dan SPO yang mendukung terlaksananya standar pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit*.

4) Tujuan penerapan standar pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit* secara umum bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di ruang *Intensive Care Unit* sesuai dengan standar. Dan secara khusus bertujuan:

a. Adanya perencanaan pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit*.

b. Adanya pengorganisasian pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit*.

c. Adanya pelaksanaan pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit*.

d. Adanya asuhan keperawatan *Intensive Care Unit*.

e. Adanya pembinaan keperawatan *Intensive Care Unit*.

f. Adanya pengendalian mutu pelayanan keperawatan *Intensive Care Unit*

5. Konsep Evaluasi

Menurut Arikunto dan Cepi (2014:1) Evaluasi adalah suatu upaya untuk menentukan nilai atau jumlah. Definisi tersebut menunjukkan bahwa kegiatan evaluasi harus dilakukan secara baik, bertanggung jawab,

menggunakan metode ataupun strategi, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Evaluasi merupakan kegiatan untuk mengumpulkan informasi tentang bekerjanya sesuatu, yang selanjutnya informasi tersebut digunakan untuk menentukan alternatif yang tepat dalam mengambil sebuah keputusan, Arikunto dan Cepi (2014:2). Lain halnya pendapat Wirawan, (2012: 7) bahwa evaluasi dipandang sebagai riset untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menyajikan informasi yang ber-manfaat mengenai objek evaluasi, menilainya dengan membandingkannya dengan indikator evaluasi dan hasilnya dipergunakan untuk mengambil keputusan mengenai objek evaluasi. Sukardi (2014:1) menge-mukakan pandangannya bahwa evaluasi adalah proses mencari data atau informasi tentang objek atau subjek yang dilaksanakan untuk tujuan pengambilan kepu-tusan terhadap subjek ataupun objek tersebut.

Tujuan dari diadakannya evaluasi program adalah untuk memperoleh informasi yang akurat dan obyektif tentang suatu program. Informasi tersebut dapat berupa proses pelaksanaan program, dampak/ hasil yang dicapai, efisiensi serta pemanfaatan hasil evaluasi yang difokuskan untuk program itu sendiri, yaitu untuk mengambil keputusan apakah dilanjutkan, diperbaiki atau dihentikan. Selain itu, juga diper-gunakan untuk kepentingan penyusunan program berikutnya atau penyusunan kebijakan yang terkait dengan program, Widoyoko (2013:6).

Melalui evaluasi, evaluator dapat mengetahui tingkat pencapaian tujuan program, sehingga ia dapat mengetahui bagian mana dari komponen

dan sub-komponen program yang belum terlaksana dan apa sebabnya. Informasi yang diperoleh dari kegiatan evaluasi sangat bermanfaat bagi pengambilan kepu-tusan dan kebijakan lanjutan dari program, karena dari masukan hasil evaluasi program itulah para pengambil keputusan akan menentukan tindak lanjut dari program yang sedang atau telah dilaksanakan.

Arikunto dan Cepi (2014:22) melihat ada empat kemungkinan kebijakan yang dapat dilakukan ber-dasarkan hasil evaluasi pelaksanaan program, yaitu: (a) Menghentikan program, karena dipandang bahwa program tersebut tidak ada manfaatnya, atau tidak dapat terlaksana sebagaimana diharapkan, (b) Merevisi program, karena ada bagian-bagian yang kurang sesuai dengan harapan (terdapat kesalahan tetapi hanya sedikit), (c) Melanjutkan program, karena pelaksanaan program menunjukkan bahwa segala sesuatu sudah berjalan sesuai dengan harapan dan memberikan hasil yang bermanfaat, (d) Menyebarluaskan program (melaksanakan program di tempat-tempat lain atau mengulangi lagi program di lain waktu), karena program tersebut berhasil dengan baik maka sangat baik jika dilaksanakan lagi di tempat dan waktu yang lain.

Sementara itu, menurut Widoyoko (2009:11-14), kegunaan atau manfaat evaluasi program sebagai salah satu program bidang pendidikan meliputi: memberi-tahu program kepada publik, menyediakan informasi bagi pembuat keputusan, penyempurnaan program yang ada, dan meningkatkan partisipasi. Sekolah memiliki kewajiban untuk memberitahu efektivitas program pembelajarannya kepada orang tua maupun publik

lainnya melalui hasil-hasil evaluasi yang dilaksanakan, dengan demikian publik dapat menilai tentang efektivitas program pembelajaran dan memberikan dukungan yang diperlukan.

Selain itu, informasi yang dihasilkan dari evaluasi program pembelajaran akan berguna bagi setiap tahapan dari manajemen sekolah mulai sejak perencanaan, pelak-sanaan ataupun ketika akan mengulangi dan melanjutkan program pembelajaran. Hasil evaluasi yang akurat dapat dijadikan dasar bagi pembuat keputusan, agar dapat memutuskan sesuatu secara tepat, misalnya dalam menunjang pembuatan keputusan tentang penyusunan program berikutnya, kelangsungan program pembelajaran, dan dalam memodifikasi program.

Evaluasi mempunyai fungsi sebagai umpan balik (feed Back) bagi pengambilan Keputusan untuk perencanaan dimasa depan. Apakah sebuah program dikembangkan atau bahakan dihentikan. Jika hasil evaluasi menunjukkan keberhasilan, maka menjadi pertimbangan untuk dilanjutakan dan diperluas. Tetapi jika hasil evaluasi menunjukkan tidak berhasil (kurang sukses atau gagal) maka direkomendasikan untuk dihentikan.(Prijambodo, 2014:16-17)

A. Definisi Konsep Penelitian

Sebagai Upaya untuk megevaluasi mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU di UPT RSUD Regional La Mappapenning maka teori yang digunakan menurut Donabedian (Dedi, 2921) dan berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

1778/Menkes/SK/XII Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit. Dimana menyatakan bahwa tolak ukur yang digunakan untuk menilai Tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan baik itu strukturnya dengan menilai kepatuhan perawat terhadap Indikator Mutu Nasional di ruang ICU, proses yang meliputi asuhan keperawatan di ruang ICU maupun oucome yang ditujukan untuk mengidentifikasi kepuasan pasien diruang ICU sebagai berikut :

a. Proses

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

   Kebersihan tangan dilakukan dengan memcuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh atau menggunakan alcohol (*alcohol based handrubs*) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.

2. Kepatuhan Penggunaan APD

   Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petuga dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan Tindakan yang memungkinkan tubuh atau membrane mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksi lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airbone). (Kemenkes, 2022)

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

   Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identifikasi seperti : nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK, sesuai dengan yang ditetapkan rumah sakit.

4. Pelaporan hasil kritis Laboratorium

   Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.

5. Kepatuhan Upaya pencegahan risiko pasien jatuh

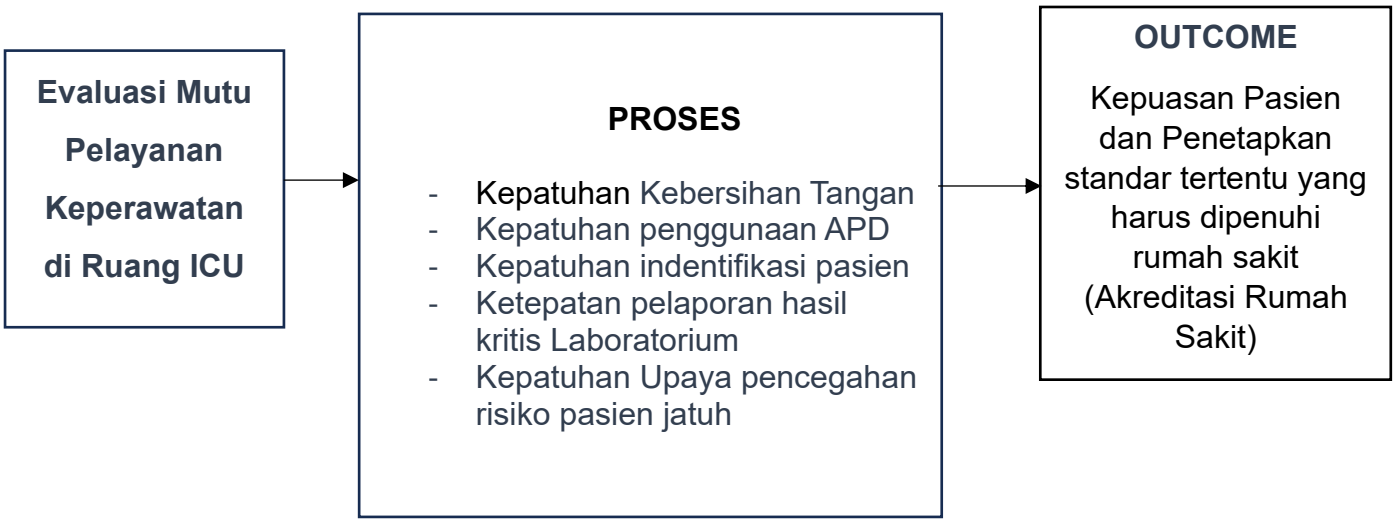
   Kepatuhan Upaya pencegahan risiko jatuh adalah pelaksanaan Upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit (Kemenkes, 2022)

b. Outcome

Outcome kepuasan pasien dalam evaluasi mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Regional La Mappapenning didefinisikan sebagai tingkat kepuasan pasien atau keluarga pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diterima selama perawatan di ruang ICU, yang mencakup persepsi pasien/keluarga pasien terhadap menetapkan standar tertentu yang harus dipenuhi oleh rumah sakit termasu ICU (Intensive Care Unit). Proses akreditasi mendorong rumah sakit untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan.

B. Kerangka Penelitian

Berdasarkan teori Donabedian (Dedi, 2021) yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1778/Menkes/SK/XII Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit, maka disusunlah kerangka piker sebagai berikut :



Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1778/Menkes/SK/XII Tahun 2010 dan Teori Donabedian (Dedi, 2021)