

Analisis Mutu Pelayanan Klinis Kasus Asma Bronkial Anak di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit

Shabrina Ari Rahmaniar*, Elsy Maria Rosa

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia

*corresponding author, e-mail: shabrinaarahmaniar@yahoo.com

Received: 02/04/2017; published: 28/09/2017

Abstract

Background: Bronchial asthma is one of the top 10 common diseases in children in the emergency room navy hospital dr. Azhar Zahir Manokwari West Papua in the past one year. Asthma bronchial requiring therapeutic measures quickly and efficiently to improve the quality of patient care in the emergency room. Medical audit was strongly associated with improved quality and standardization for the excellent medical services in hospitals, therefore any health care providers are required to provide good service to do a medical audit. This study is to evaluate the quality of medical services asthma bronchial cases of Children in the Emergency room for the excellent medical services at Navy Hospital dr. Azhar Zahir Manokwari West Papua. **Method:** This study is a quantitative descriptive study, were taken in a non-probability sampling with consecutive sampling method. Criteria for sample: patients who have been diagnosed with asthma bronchial, aged one to 14 years. **Results:** Most patients with asthma bronchial in the emergency room was mild attacks category. The application of medical standards asthma bronchial cases in these hospitals were not good enough. It was seen from the results of the analysis, where there were some standard actions that are not performed by a doctor, among others: observation for two hours, the line installation parenteral, clinical check after 12 hours, and thoracic radiograph. **Conclusion:** The quality of medical care to patients who did not conform to the standard treatment of bronchial asthma in children because there were some actions that are not limited facilities and infrastructure in the emergency room.

Keywords: asthma bronchial; descriptive; medical audit; quality analysis

Copyright © 2017 Universitas Ahmad Dahlan. All rights reserved.

1. Pendahuluan

Asma bronkial merupakan penyakit peradangan kronis saluran napas yang secara khas memberikan gejala *wheezing* yang episodik, kesulitan bernapas, rasa tertekan di dada, dan batuk. Asma bronkial merupakan salah satu penyakit penting dalam bidang ilmu penyakit dalam. Penyakit ini merupakan masalah kesehatan penduduk dunia, dengan prevalensi dan mortalitas yang dilaporkan meningkat dari waktu ke waktu. Pada saat ini diperkirakan terdapat 100 juta penderita asma bronkial di seluruh dunia. Prevalensi di berbagai tempat didapatkan berkisar mulai kurang 1% sampai atas 10%.⁽¹⁾ Prevalensi asma bronkial ditemukan 5,3%, dimana 4,2% memiliki episode asma saat ini selama periode satu tahun terakhir.⁽²⁾ Prevalensi asma pada tingkat nasional mencapai nilai 25,0%. Prevalensi asma bronkial di seluruh Indonesia sebesar 13/1000 dibandingkan dengan bronkitis kronik 11/1000 dan obstruksi paru 2/1000.⁽³⁾

Audit medis yang efektif penting bagi para profesional kesehatan, manajer pelayanan kesehatan, pasien dan masyarakat umum karena dapat mendukung profesional kesehatan untuk memastikan bahwa pasien mereka menerima perawatan terbaik.⁽⁴⁾ Dengan demikian, audit medik merupakan instrumen yang sangat baik digunakan untuk menilai praktik perawatan saat ini dan kekurangan yang ditemukan akan membawa perbaikan pada hasil

perawatan.⁽⁵⁾ Audit medis mempunyai komitmen untuk melakukan yang lebih baik berdasarkan temuan audit serta penerimaan konsep praktik berbasis bukti sehingga rumah sakit dapat menentukan pengelolaan yang optimal dalam upaya meningkatkan kepuasan pasien.⁽⁶⁾ Oleh karena itu sudah seharusnya setiap penyelenggara pelayanan kesehatan memberikan pelayanan optimal dengan melakukan audit medis. Tujuan umum dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengevaluasi mutu pelayanan medis kasus asma bronkial anak di Unit Gawat Darurat (UGD) agar tercapainya pelayanan medis prima di Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat.

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi peningkatan kualitas pelayanan petugas medis khususnya dalam penanganan kasus asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat. Bagi dinas kesehatan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai alat evaluasi dan bahan pertimbangan dalam penentuan kebijakan program peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit-rumah sakit. Bagi tenaga kesehatan, khususnya dokter, penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai masukan dalam peningkatan kualitas pelayanan kasus asma bronkial anak di UGD. Bagi peneliti, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan penatalaksanaan kasus asma bronkial anak di UGD.

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif untuk mengevaluasi mutu pelayanan kasus asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir. Pendekatan dilakukan secara *retrospektif* untuk mengaudit kasus asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini secara *non probability sampling* dengan metode *consecutive sampling*, yaitu setiap subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi diikuti dalam penelitian ini sampai jumlah sampel penelitian yang diperlukan terpenuhi dalam kurun waktu tertentu yang telah ditetapkan. Kriteria sampel penelitian antara lain: penderita yang telah didiagnosis menderita asma bronkial, yang berusia satu sampai 14 tahun. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari hingga Juli 2016.

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah audit medis kasus asma bronkial anak, yaitu kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis terhadap kasus asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat. Analisis data univariat menggunakan analisis data kuantitatif dilakukan dengan mengecek hasil *checklist* dari rekam medis pasien asma bronkial anak dan pengamatan langsung di UGD. Hasilnya kemudian disajikan dalam bentuk tabel frekuensi disertai narasi sebagai penjelas isi tabel dan dilakukan wawancara mendalam kepada salah satu dokter UGD dari hasil audit medis berupa penyimpangan tindakan kasus asma bronkial anak. Analisis bivariat juga dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel karakteristik responden dan tingkat diagnosis menggunakan uji *Chi Square*.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Hasil

Hasil audit medis yang telah dilakukan selama bulan Januari sampai Juni 2016 pada penderita asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, yang melibatkan 47 responden, dalam kategori diagnosis ringan, sedang, dan berat. Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien yang menderita penyakit asma di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat masih termasuk dalam kategori ringan.

Tabel 1. Kategori Diagnosis Asma Bronkial

Kategori Diagnosis	Jumlah	Persentase (%)
Ringan	32	68,09
Sedang	7	14,89
Berat	8	17,02
Total	47	100,00

Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri atas jenis kelamin, usia, tingkatan diagnosis, dan nama dokter yang menangani penderita asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, Seperti yang dapat terlihat pada Tabel 2, kategori ringan dan berat sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yang berusia kurang dari lima tahun, dan kategori sedang sebagian besar berjenis kelamin perempuan yang berusia antara lima sampai 10 tahun.

Tabel 2. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Tingkatan Diagnosis			Total	Chi-Square	
	Ringan	Sedang	Berat		Value	Sig
Usia	<5 Tahun	17 (53,1%)	1 (14,3%)	4 (50,0%)	5,745	0,219
	5-10 Tahun	12 (37,5%)	6 (85,7%)	3 (37,5%)		
	>10 Tahun	3 (9,4%)	0	1 (12,5%)		
Jenis Kelamin	Laki-Laki	10 (31,3%)	5 (71,4%)	1 (12,5%)	6,122	0,047
	Perempuan	22 (68,8%)	2 (28,6%)	7 (87,5%)		

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa hampir semua tindakan dilakukan, namun tidak pada tindakan observasi dua jam. Seluruh pasien asma bronkial kategori ringan tidak menerima tindakan observasi selama dua jam, alasan tidak dilakukannya observasi selama dua jam pada penderita asma bronkial kategori ringan di Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat dikarenakan keterbatasan tempat tidur periksa dan ruang UGD.

Tabel 3. Hasil Audit Medis Asma Bronkial Kategori Ringan

Kriteria Tindakan	N	Terpenuhi N (%)	Deviasi N (%)	Defisiensi N (%)
Nilai Derajat Serangan	32	32 (100)	0 (0)	0 (0)
Tatalaksana awal:	32	32 (100)	0 (0)	0 (0)
Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit				
Nebulisasi ketiga + antikolinergik				
Jika serangan berat nebulisasi 1x (+antikolinergik)				
Cek respon post nebulisasi	32	31 (96,88)	0 (0)	1 (3,12)
Observasi 2 jam	32	0 (0)	0 (0)	32 (100)
Pemberian resep pulang dan edukasi	32	28 (87,50)	0 (0)	4 (12,5)

Berdasarkan Tabel 4 diketahui penyimpangan yang paling banyak terjadi adalah pemasangan jalur parenteral dan cek klinis setelah 12 jam. Untuk pemasangan jalur parenteral penyimpangan lebih dikarenakan faktor pasien dan orang tuanya. Kebanyakan pasien anak penderita asma bronkial dan orang tuanya tidak mau dilakukan pemasangan jalur parenteral. Mereka hanya meminta obat untuk dapat dibawa pulang, dan apabila sesak nafas belum reda, kebanyakan pasien hanya meminta dilakukan nebulisasi ulang. Sedangkan penyimpangan cek klinis setelah 12 jam, karena keterbatasan tempat tidur periksa dan ruang UGD.

Tabel 4. Hasil Audit Medis Asma Bronkial Kategori Sedang

Kriteria Tindakan	N	Terpenuhi N (%)	Deviasi N (%)	Defisiensi N (%)
Nilai Derajat Serangan	7	7 (100)	0 (0)	0 (0)
Tatalaksana awal:				
Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit				
Nebulisasi ketiga+antikolinergik	7	7 (100)	0 (0)	0 (0)
Jika serangan berat nebulisasi 1x (+antikolinergik)				
Cek respon post nebulisasi	7	7 (100)	0 (0)	0 (0)
Berikan oksigen	7	6 (85,71)	0 (0)	1 (14,29)
Observasi di ruang rawat sehari	7	5 (71,43)	0 (0)	2 (28,57)
Pasang jalur parenteral	7	0 (0)	0 (0)	7 (100)
Pemberian steroid oral	7	6 (85,71)	0 (0)	1 (14,29)
Nebulisasi tiap dua jam	7	6 (85,71)	0 (0)	1 (14,29)
Cek klinis setelah 12 jam	7	0 (0)	0 (0)	7 (100)

Pada Tabel 5 dapat terlihat bahwa penyimpangan yang terjadi pada asma bronkial kategori berat adalah tidak dilakukannya foto *rontgen thoraks*. Penyimpangan ini terjadi karena keterbatasan SDM. Di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, tidak memiliki petugas *rontgen* yang bertugas selama 24 jam. Selain itu, petugas *rontgen* tersebut juga bukan merupakan karyawan tetap rumah sakit, hal tersebut dikarenakan di Manokwari Papua Barat sulit mendapat SDM yang mumpuni.

Tabel 5. Hasil Audit Medis Asma Bronkial Kategori Berat

Kriteria Tindakan	N	Terpenuhi N (%)	Deviasi N (%)	Defisiensi N (%)
Nilai Derajat Serangan	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
Tatalaksana awal:	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
Nebulisasi β -agonis 1-3 x selang 20 menit				
Nebulisasi ketiga+antikolinergik				
Jika serangan berat nebulisasi 1x (+antikolinergik)				
Cek respon setelah nebulisasi	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
Berikan oksigen saat/diluar nebulisasi	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
Pasang jalur parenteral	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
Cek ulang klinik, jika memburuk rawat di ruang rawat inap	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)
Foto rontgen thoraks	8	2 (25)	0 (0)	6 (75)

3.2 Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien penderita asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat, masih dalam kategori diagnosis ringan. Hasil tersebut sesuai dengan hasil audit medis yang dilakukan terhadap 47 pasien, dimana terdapat 32 pasien (68,09%) termasuk dalam diagnosis ringan, tujuh orang (14,89%) termasuk dalam diagnosis sedang, dan sebanyak delapan orang (17,02%) termasuk dalam kategori diagnosis berat.

Tindakan yang dilakukan terhadap pasien penderita asma bronkial berbeda-beda, tergantung dari kategori diagnosis. Tindakan awal yang dilakukan terhadap pasien penentuan nilai derajat serangan, penentuan nilai ini dilakukan terhadap seluruh pasien, guna menentukan kategori diagnosis. Setelah dilakukannya penilaian derajat serangan, tahapan selanjutnya adalah tata laksana awal. Pada tata laksana awal ini ada perbedaan perlakuan antara kategori diagnosis ringan, sedang, maupun berat. Pada diagnosis ringan pemberian nebulisasi β -agonis dilakukan sebanyak 1-3x, dengan selang waktu untuk masing-masing pemberian nebulisasi 20 menit. Penderita asma bronkial anak untuk kategori sedang, pemberian nebulisasi pada tahapan yang ketiga ditambahkan dengan antikolinergik. Penderita asma bronkial anak pada kategori berat, pada saat pemberian nebulisasi pertama sudah langsung diberikan antikolinergik.

Setelah dilakukan pemberian nebulisasi tersebut selanjutnya dilakukan observasi terhadap perkembangan pasien, dan setelah itu dilakukan penanganan sesuai dengan algoritma Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) 2004 berdasarkan kategori serangan. Pada kategori serangan ringan, jika efek bertahan dalam artian gejala menghilang, maka pasien diperbolehkan pulang, namun sebelum pulang pasien juga dibekali dengan obat β -agonis (hirupan atau oral), apabila terdapat infeksi virus sebagai pencetus kambuhnya penyakit dapat diberikan steroid oral, dan dalam 24-48 jam dilakukan kontrol lagi guna mengevaluasi perkembangan pasien. Namun apabila gejala timbul lagi, maka dapat dikatakan sebagai kategori serangan sedang.⁽⁷⁾

Pada kategori serangan sedang, setelah dilakukan pemberian nebulisasi maka tahapan selanjutnya diberikan oksigen, dan setelah itu dilakukan pengecekan kembali apakah masih dalam kategori serangan sedang atau sudah termasuk dalam kategori serangan berat. Jika masih dalam kategori serangan sedang, maka dilakukan observasi di ruang rawat sehari, dan dilakukan pemasangan jalur parenteral. Di dalam ruang rawat sehari tersebut pemberian oksigen masih tetap dilakukan, diberikan juga steroid oral, dan nebulisasi setiap dua jam. Apabila dalam waktu 12 jam perbaikan klinis stabil, maka pasien boleh pulang, namun apabila klinis belum membaik atau bahkan justru memburuk, maka pasien dialihkan ke ruang rawat inap.

Pada kategori serangan berat, setelah dilakukan pemberian nebulisasi + antikolinergik dimana pada saat pemberian nebulisasi tersebut sudah langsung diberikan oksigen, setelah itu dilakukan pemasangan jalur parenteral, dan nilai ulang klinisnya, apabila sesuai

dengan serangan berat maka dilakukan perawatan di ruang rawat inap, dan foto rontgen thoraks. Hal-hal yang dilakukan di ruang rawat inap tersebut antara lain pemberian oksigen terus, atasi dehidrasi dan asidosis jika ada, steroid IV setiap 6-8 jam, nebulasi setiap 1-2 jam, aminofilin IV awal, lanjutkan perawatan. Jika membaik dalam 4-6x nebulisasi, interval 4-6 jam, dan jika dalam waktu 24 jam perbaikan klinis stabil maka pasien boleh pulang. Namun apabila tidak membaik, bahkan timbul ancaman henti nafas, maka pasien dialihkan ke ruang rawat intensif.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Chidley, mengatakan bahwa observasi selama dua jam itu penting dilakukan untuk penderita asma. Hal tersebut penting dilakukan karena dikhawatirkan akan terjadi gejala yang sama pada pasien setelah dilakukannya nebulasi.⁽⁸⁾ Kelly, dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa penggunaan jalur klinik dan terapi dapat meningkatkan proses penyembuhan anak-anak penderita asma di rumah sakit, sekaligus dapat meningkatkan kualitas perawatan.⁽⁹⁾

Wennergren *et al.*, mengatakan "*Asthmatic children, given effective antiinflammatory maintenance treatment, probably get less ill during deterioration of asthma and therefore probably require shorter hospital stays. It is not our impression that they were discharged earlier because of the availability of inhaled*". Hasil tersebut menyimpulkan bahwa pemberian *anti inflammatory* dalam bentuk steroid inhalasi, dapat menurunkan angka rawat inap pada pasien anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian *anti inflammatory* penting diberikan kepada pasien asma.⁽¹⁰⁾

4. Simpulan

Mutu pelayanan klinis yang dilakukan terhadap pasien kasus asma bronkial anak di UGD Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari Papua Barat tidak sesuai dengan standar Pedoman Pengendalian Penyakit Asma oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2009 karena masih ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan. Untuk kemajuan Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Azhar Zahir Manokwari hendaknya dokter lebih teliti lagi dalam menangani pasien, dan rumah sakit harus menambah fasilitas sarana dan prasarana yang dapat meningkatkan pelayanan rumah sakit.

Daftar Pustaka

1. Widjaja A. *Asma, Imunologi & Penatalaksanaannya*. Petemuan Ilmiah Paru Milineum; 2001. 1 p.
2. Kumar GS, Roy G, Subitha L, Sahu SK. Prevalence of bronchial asthma and its associated factors among school children in urban Puducherry, India. *J Nat Sci Biol Med*. 2014 Jun;5(1):59.
3. Irawan Y, M.Kes dr RRWP. *Perbedaan Faktor Risiko Terjadinya Asma Bronkial Pada Pasien Dengan Asma Bronkial Dan Pasien Tanpa Asma Bronkial Di Poli Anak Rawat Jalan RSUD Dr. H. Abdul moeloek Lampung Pada Oktober–Desember 2011*.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 496/MENKES/SK/IV/2005 Tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit*.
5. Asnani M, Brown P, O'Connor D, Lewis T, Win S, Reid M. Asnani, M., Brown, P., O'Connor, D., Lewis, T., Win, S. & Reid, M. (2005) A Clinical Audit of The Quality of Care of Hypertension in General Practice. *West Indian Medical Journal*, 54 (3): 176. June 2005. 54.
6. Datusanantyo RA. Audit Medis Meningkatkan Mutu Pelayanan Medis. *RAD Journal*. 2013;02(03):1–4.
7. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. *Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK): Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan di Indonesia*. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI); 2006.
8. Chidley KE, Wood-Baker R, Town GI, Sleet RA, Holgate ST. Reassessment of asthma management in an accident and emergency department. *Respir Med*. 1991 Sep 1;85(5):373–7.
9. Kelly CS, Andersen CL, Pestian JP, Wenger AD, Finch AB, Strobe GL, et al. Improved outcomes for hospitalized asthmatic children using a clinical pathway. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2000 May 1;84(5):509–16.

10. Wennergren G, Kristjánsson S, Strannegård I-L. Decrease in hospitalization for treatment of childhood asthma with increased use of antiinflammatory treatment, despite an increase in the prevalence of asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 1996 Mar 1;97(3):742–8.