

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

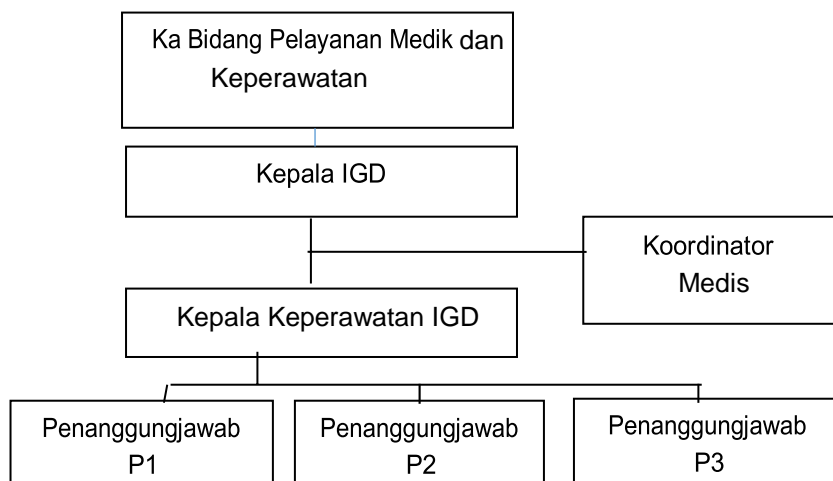
A. GAMBARAN LOKASI PENELITIAN

1. Gambaran Umum IGD Rumah Sakit‘X’

Penelitian ini dilakukan diinstalasi gawat darurat rumah sakit X diIndonesia. Rumah sakit ini memiliki visi menjadi rumah sakit rujukan terdepan dalam layanan pilihan utama masyarakat dikabupaten dan sekitarnya. Demi mewujudkan visi tersebut terdapat misi meningkatkan mutu pelayanan, sarana prasarana dan sumber daya manusia sesuai standar.

2. Struktur Organisasi

Gambar 4.1 struktur organisasi instalasi gawat darurat



Sumber : Kepegawaian Rumah Sakit “X”

3. Ketenagakerjaan

Tabel 4.1 Jumlah Ketenagaan IGD

Uraian	Σ	Pendidikan
Dokter spesialis	15	Dokter Spesialis
Dokter umum	15	S1
Perawat	25	S1, D3
Bidan	10	D3
Staf	8	D3, SMA

Sumber : Kepegawaian RS X

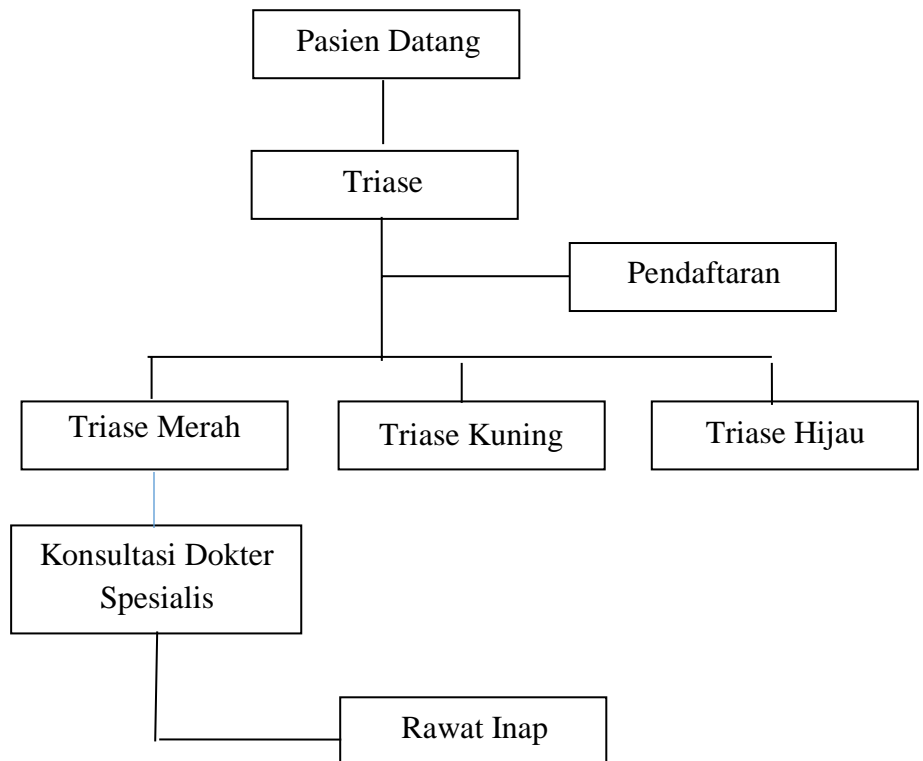
Tabel 4.2 Masa Kerja dan Jenis Sertifikat Dokter IGD

Kode Dokter	Masa Kerja (Th)	Jenis Sertifikat
A	9	ACLS, ATLS, PPGD
B	8	ACLS, ATLS, PPGD
C	5	ACLS, ATLS, PPGD
D	5	ACLS, ATLS
E	6	ACLS, ATLS, PPGD
F	1	ACLS
G	3	ATLS, PPGD
H	3	ACLS, ATLS
I	1	ACLS
J	1	ACLS, ATLS
K	2	ACLS, ATLS
L	3	ACLS, ATLS, PPGD
M	0 (3 Bulan)	-
N	0 (2 Bulan)	-
O	0 (3 Bulan)	-

Sumber : Kepegawaian Rumah Sakit "X"

4. Alur Pasien DiIGD

Gambar 4.2 alur pasien di instalasi gawat darurat



Sumber : Bidang Yanmed dan Keperawatan RS 'X'

5. Kinerja Instalasi Gawat Darurat

Tabel 4.3 Jumlah Kunjungan Pasien dengan Triase

Tahun	Jumlah	Hijau	Kuning	Merah	DOA
2017	35967	1656	27267	6882	162
2018	36194	867	29669	5519	139

Sumber : Bidang Yanmed dan Keperawatan RS X

Tahun	Σ kunjungan	Σ kematian
2017	35967	479
2018	36194	517

Tabel 4.4 Angka Kematian Pasien IGD

Sumber : Bidang Yanmed dan Keperawatan

B. HASIL PENELITIAN

Distribusi Kematian Pasien Kurang Dari 24 Jam IGD

Rumah Sakit 'X'

Setelah seluruh dokumen rekam medis pasien meninggal kurang dari 24 jam sebagai data sekunder untuk mendapatkan gambaran distribusi kematian di instalasi gawat darurat diperlihatkan dalam tabulasi menurut cara bayar, menurut asal masuk pasien, menurut prosentase kematian diinstalasi gawat darurat, menurut *respon time* triase merah, menurut usia pasien, menurut pendidikan pasien, menurut pekerjaan pasien, menurut konsultasi ke dokter spesialis, menurut nama informan dan menurut hasil audit kematian serta analisa penyebab kematian berdasarkan jenis penyakit penyebab. Juga di sajikan data daftar analisa penyebab kematian menurut standar *input* sumber daya manusia dan daftar analisis penyebab kematian menurut

tindakan *life saving*.

a. Distribusi Kematian Pasien Menurut Cara Bayar

Tabel 4.5 Distribusi Kematian Menurut Cara Bayar

Bulan	Jumlah Kematian	Cara pembayaran			
		Umum	BPJS	KJS	Asuransi Lain
Januari	43	3	26	11	3
Februari	56	4	31	17	4
Maret	55	2	38	8	7
	154	9	95	36	14
	100%	6%	62%	23%	9%

Tabel 4.5 menginformasikan bahwa dari keseluruhan pasien meninggal kurang dari 24 jam di instalasi gawat darurat menurut cara bayar terbanyak yaitu sebanyak 62 % adalah pasien BPJS kesehatan diikuti pasien KJS 23 % selanjutnya pasien dengan sistem asuransi lainnya 9 % dan pasien umum 6%. Data ini menggambarkan penggunaan pembiayaan yang dilakukan dirumah sakit dengan sistem asuransi sudah mulai banyak dipahami dilakukan oleh masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

b. Distribusi Kematian Menurut Asal Masuk Pasien.

Tabel 4.6 Distribusi Prosentase Kematian Menurut Asal Masuk Pasien

Bulan	Jumlah Kematian	Asal Masuk Pasien			
		Sendiri	PKM	RS	Praktek Dokter
Januari	43	19	14	10	0
Februari	56	25	19	11	1
Maret	55	25	13	14	3
Total	154	69	46	35	4
	100	44.81	29.87	22.73	2.60

Tabel 4.6 ini menginformasikan pasien yang meninggal kurang dari 24 jam di IGD terbanyak yaitu 55,19 % kategori pasien rujukan dan 44,81 % kategori non rujukan.

c. Distribusi Menurut Prosentase Kematian di IGD

Tabel 4.7 Distribusi Kematian Menurut Prosentase Kematian diIGD

Bulan	Jumlah Kunjungan IGD	Jumlah Kematian < 24 Jam	% Per Mill
Januari	3868	43	11.12
Februari	3352	56	16.71
Maret	3323	55	16.55
Total	10543	154	14.79

Tabel 4.7 ini memperlihatkan prosentase rata-rata pasien yang meninggal kurang dari 24 jam yaitu 1,48 % atau 14,79 permill dari total kunjungan pasien di IGD.

d. Distribusi Kematian Berdasarkan *Respon Time* Triase Merah

Tabel 4.8 Distribusi kematian berdasarkan *respon time* triase merah

Bulan	Jumlah Kematian	Respon Time Triase Merah	Target
Januari	43	0,8 menit	1 menit
Februari	56	0,7 menit	1 menit
Maret	55	0,8 menit	1 menit
	154	0,76 menit	

Tabel 4.8 menunjukkan rerata respon triase merah adalah 0,76 menit hasil ini sudah sesuai dengan target *respon time* pasien triase merah yang ditetapkan oleh instalasi gawat darurat rumah sakit 'x' yaitu maksimal 1 menit. Sehingga berdasarkan penelitian ini mutu layanan kesehatan yang telah dilakukan sudah memenuhi target dan bisa dikatakan mutu layanannya bagus.

e. Distribusi Kematian Menurut Konsultasi ke Dokter Spesialis

Tabel 4.9 Distribusi kematian menurut konsultasi ke dokter spesialis

Bulan	Jumlah Kematian	Jumlah Konsul	Konsultasi ke Dokter Spesialis			
			Di Jawab	%	Tidak dijawab	%
Januari	43	43	39	90,7	4	9,3
Februari	56	56	51	91,1	5	8,9
Maret	55	55	51	92,7	4	7,3
	154	154	141	91,5	13	8,5

Tabel 4.9 Menginformasikan distribusi kematian berdasarkan konsultasi ke dokter spesialis. Dari data tersebut menunjukkan dari semua pasien triase merah yang meninggal di IGD dan dilakukan konsultasi ke dokter spesialis hasilnya 91,5 % dijawab oleh dokter spesialis tersebut dan 8,5% tidak dijawab

f. Distribusi Kematian Menurut Usia Pasien

Bulan	Jumlah Kematian < 24 Jam	Distribusi Umur (Tahun)								
		0-1	>1-5	>5-12	>12-20	>20-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60
Jan	43	1	1	0	0	0	6	7	10	19
Feb	56	0	1	1	0	1	8	11	17	17
Maret	55	1	0	1	0	2	10	12	8	21
	154	2	2	2	0	3	24	30	35	57
	100	1%	1%	1%	0%	2%	16%	19%	23%	37%

Tabel 4.10 Distribusi Kematian Menurut Usia Pasien

Dari tabel 4.10 ini memperlihatkan dari keseluruhan pasien yang meninggal terbanyak pada usia lebih dari 60 tahun yaitu sebanyak 37%.

g. Distribusi Pasien Menurut Pendidikan

Tabel 4.11 Distribusi Pasien Menurut Pendidikan

Bulan	Jumlah Kematian < 24 Jam	Pendidikan					
		Tidak Sekolah	SD	SMP	SMA	D3	S1/S2
Jan	43	1	13	13	10	4	2
Feb	56	0	7	28	17	3	1
Maret	55	0	9	20	24	2	0
Total	154	1	29	61	51	9	3
		1%	19%	40%	33%	6%	2%

Dari tabel 4.11 tampak bahwa pasien yang meninggal terbanyak adalah pasien dengan tingkat pendidikan SMP (Sekolah Menengah Pertama) yaitu 40% diikuti SMA (Sekolah Menengah Atas) 33% dan tingkat pendidikan SD (Sekolah Dasar) 19%.

h. Distribusi Kematian Pasien Menurut Pekerjaan

Tabel 4.12 Distribusi Pasien Menurut Pekerjaan

Bulan	Jumlah Kematian <24 Jam	Pekerjaan					
		Belum Bekerja	PNS	Swasta	Petani	Buruh	Lain-lain
Jan	43	2	4	7	13	12	5
Feb	56	2	8	10	21	9	6
Maret	55	2	11	11	14	13	4
Total	154	6	23	28	48	34	15
		4%	15%	18%	31%	22%	10%

Dari tabel 4.12 distribusi kematian kurang dari 24 jam di instalasi gawat darurat menurut pekerjaan, data terbanyak pekerjaan pasien adalah petani yaitu 31% diikuti 22% pekerjaan pasien adalah buruh, dan pegawai swasta 18% dilanjutkan PNS 15%.

i. Distribusi Kematian Menurut Responden/Informan

Tabel 4.13 Distribusi Kematian Menurut Responden/Informan

Keahlian	Kode Informan	Jumlah Meninggal	Prosentase
Dokter spesialis bedah syaraf	H-P	15	10 %
Dokter spesialis bedah umum	A-S	13	8%
Dokter spesialis anak	A-W	14	9%
Dokter spesialis neurologi	I-T	45	29%
Dokter spesialis penyakit dalam	M-H	38	25%
Dokter spesialis jantung	W-J	29	19%
	Jumlah	154	

Tabel 4.13 memperlihatkan pasien yang meninggal di IGD terbanyak yaitu 29% pada keahlian penyakit syaraf diikuti pada keahlian penyakit dalam sebanyak 25%.

j. Distribusi Kematian Menurut Hasil Resume Audit

Tabel 4.14 Distribusi Kematian Menurut Hasil Resume Audit

Resume Audit	Jumlah	Prosentase
Kasus terminal	32	21%
Keterlambatan diagnosa	15	10%
Komplikasi	48	31%
Kegagalan dalam tindakan <i>life saving</i>	59	38%
Jumlah	154	

Dari tabel 4.14 distribusi kematian diinstalasi gawat darurat kurang dari 24 jam menurut hasil resume audit terbanyak penyebab kematian disebabkan oleh kegagalan dalam penanganan tindakan *life saving* yaitu 38% dan komplikasi 31%. Diikuti kasus terminal 21% serta keterlambatan diagnosa sebesar 10%. Dari hasil data ini perlu kiranya mendapatkan perhatian yang lebih mendalam untuk dilakukan analisa yang komprehensif dalam mencari penyebab dan akar masalah dari problem diatas.

k. Distribusi Analisa Penyakit Penyebab Kematian

Tabel 4.15 Analisis penyakit penyebab Kematian

No	Resume Audit	Analisa Penyebab Kematian	Jumlah	Prosentase
1	Kasus terminal	End State Renal Disease (ESRD)	5	15,6
		Stroke Hemoragic GCS < 4	6	18,8
		Auto Imun Defisiensi	2	6,3
		Sindrome (AIDS)		
		Sirosis Hepatis	5	15,6
		Ca Cervik Stadium IV B	2	6,3
		COB dengan perdarahan	4	12,5
		GCS < 4		
		Tumor cerebri	2	6,3
		Tumor mediastinum	2	6,3
		MODS	4	12,5
		Jumlah	32	100,0
2	Keterlambatan diagnosa	Dokter jaga tidak bisa menghubungi dokter spesialis untuk melakukan konsultasi	15	100,0
		Jumlah	15	100,0
3	Komplikasi	Hidrocephalus	1	2,1
		Sepsis	12	25,0
		TBMDR	4	8,3
		Meningitis TB	2	4,2
		Encephalopati hepaticum	3	6,3
		Acidosis metabolik	6	12,5
		Uremikum syndrom	5	10,4
		Hematemesis melena	4	8,3
		Urosepsis	5	10,4
		Internal bleeding	2	4,2
		Efusi pleura masif	4	8,3
				Jumlah
4	Kegagalan dalam tindakan <i>life saving</i>	Kegagalan dalam tindakan <i>a. airway</i>	28	47,5
		<i>b. breathing</i>	20	33,9
		<i>c. circulation</i>	11	18,6
		Jumlah	59	100,0

Tabel 4.15 menginformasikan bahwa analisa penyakit penyebab kematian dari kasus terminal terbanyak adalah pasien dengan diagnosa ginjal kronik stadium akhir (ESRD) yaitu 18,8% diikuti stroke hemoragik dengan GCS <4 dan sirosis hepatis masing-masing sebanyak 15,6%.

Tabel 4.15 menginformasikan bahwa 86,7% penyebab kematian dari kasus keterlambatan diagnosa terbanyak dikarenakan dokter jaga tidak bisa menghubungi dokter spesialis untuk melakukan konsultasi atas kondisi kegawatdaruratan yang mana dokter jaga sudah tidak mampu untuk menangani kondisi kegawatdaruratan pasien.

Tabel 4.15 menginformasikan bahwa analisa penyebab kematian dari kasus komplikasi (komplikasi dari penyakit dasar) terbanyak adalah sepsis yaitu 25% diikuti acidosis metabolik 12,5%.

Tabel 4.15 menginformasikan bahwa analisa penyebab kematian dari semua kasus kematian kurang dari 24 jam di IGD kasus kegagalan dalam tindakan *life saving* merupakan penyebab terbanyak yaitu 59 kasus dari total 154 kasus

kematian. Dengan rincian kegagalan dalam tindakan *airway* merupakan kasus terbanyak yaitu 28 kasus atau 47% diikuti kegagalan tindakan *breathing* 20 kasus atau 33% selanjutnya kegagalan tindakan *circulation* sebanyak 11 kasus atau 18%.

h. Data Penyakit Yang Penyebab Kematianya Karena Kegagalan Tindakan *Life Saving*

Tabel 4.16 Data penyakit yang penyebab kematiannya karena kegagalan tindakan *Life Saving*

No	Penyakit	Jumlah
1	Syok hipovolemik	4
2	Dengau syok sindrom	6
3	CVA	13
4	Aspirasi	6
5	Konvulsi	5
6	Cidera otak berat	12
7	Infark miocard akut	6
8	Broncopneumonia	7

Dari tabel 4.16 Didapatkan data problem *life saving* pada kasus penyakit CVA merupakan yang terbanyak yang terjadi kegagalan tindakan yang menyebabkan kematian.

C. PEMBAHASAN

Analisa mutu pelayanan dokter dalam penanganan *life saving* di instalasi gawat darurat

Cara mengukur mutu pelayanan kesehatan rumah sakit disebutkan salah satu langkahnya adalah pengukuran mutu pelayanan kesehatan dengan cara membandingkan standar pelayanan kesehatan dengan kenyataan yang dicapai atau hasil dari sesuai proses pelayanan (Prastiwi, 2010). Hasil penelitian menyebutkan bahwa angka kematian di rumah sakit x tiap tahun sangat tinggi serta cenderung meningkat hal ini bisa dilihat di tabel 4.4. Dan bila dibuat prosentase kematian tersebut didapatkan angka yaitu 1,48% atau 14,79 permill (tabel 4.7) angka ini jauh lebih tinggi dari standar indikator yang ditetapkan dalam di Standar Pelayanan Minimal (SPM) yaitu kematian pasien kurang dari 24 jam setelah pasien datang kurang dari 2 permill (Standar pelayanan minimal rumah sakit, 2008). Adanya kesenjangan antara standar yang ditetapkan dengan hasil yang dicapai ini tentunya sangat berpengaruh terhadap kualitas mutu pelayanan itu sendiri.

Kalau melihat penyebab tingginya angka kematian diinstalasi gawat darurat sehingga menimbulkan kesenjangan kemungkinan;

1. Tingkat kemampuan dan ketrampilan klinis dari dokter jaga yang masih kurang, hal ini dapat dilihat dari data tabel 4.14 dan tabel 4.15 tentang penyebab kematian berdasarkan hasil audit medik memberikan informasi bahwa dari 154 kasus kematian di instalasi gawat darurat 59 kasus atau 38 % disebabkan karena kegagalan didalam proses tindakan *life saving* dan kegagalan tindakan ini terbagi 47,5% karena kegagalan tindakan di *airway*, 33,9% di tindakan *breathing* dan 18,6% di *circulation*. Selain data dari rekam medik diatas mengenai kemampuan dokter jaga didalam tindakan *life saving*, peneliti juga melakukan wawancara dengan informan dan didapatkan hasil sebagai berikut :

"...di IGD memang ada beberapa jenis tindakan yang bersifat invasif yang belum semua bisa melakukan, seperti melakukan tindakan intubasi yaitu pemasangan *endothrakheal tube*, pemasangan ventilator dan pada

pemasangan intravena line pada pasien neonatus ataupun pada pasien anak pada kondisi tertentu" (P-S)

"untuk tindakan yang sifat invasif seperti melakukan vena seksi, pemasangan infus intraosseus atau intubasi masih beberapa dokter perlu pemantauan dan pendampingan baik itu oleh dokter anastesi atau dokter koordinator medis yang setiap hari on site di IGD..."(E-G)

"...sebagian besar dokter belum terlatih untuk melakukan tindakan intubasi, bila ada kegawatan airway yang memerlukan tindakan intubasi semua dokter sudah berusaha mencoba tapi sebagian besar dokter sering tidak berhasil. Apalagi pada pasien neonatus dan anak ataupun pada pasien dengan trauma multiple didaerah kepala dan leher"(P-S)

Dari data dan hasil wawancara tersebut disimpulkan kemampuan dan ketrampilan dokter jaga dalam tindakan *life saving* masih kurang.

2. Kemungkinan ke dua yang perlu dianalisa mengapa kesenjangan standar ini bisa terjadi karena memang masih ada dokter jaga yang belum mempunyai sertifikat pelatihan kegawatdaruratan, hal ini bisa dilihat dari tabel 4.2 didapatkan informasi dari 15 dokter jaga belum semua mengikuti pelatihan kegawatdaruratan masih ada 3 dokter jaga yang belum sama sekali pelatihan padahal didalam standar indikator disebutkan pemberi pelayanan pada pasien gawat darurat harus sudah 100% memiliki sertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD yang masih berlaku (Standar pelayanan minimal rumah sakit, 2008). Bagi dokter yang belum pelatihan ini tentunya sangat mempengaruhi terhadap kemampuan dokter dalam menangani pasien gawat darurat, karena untuk bisa menjalankan profesinya dengan baik seorang dokter harus mempunyai kompetensi yang baik pula dan kompetensi didasari dari ketrampilan maupun pengetahuan yang dimiliki seorang professional sesuai profesinya yang ditetapkan dalam standar pekerjaanya (Spancer & Spancer, 1992) sedangkan ketrampilan dan

pengetahuan terkait gawat darurat didapatkan dari pelatihan-pelatihan seperti disebutkan diatas. Jadi bila dilihat dari sumberdaya manusia ada kekurangan dari segi kompetensi dokter jaga dalam memberikan pelayanan *life saving* dan ini menyebabkan mutu pelayanan kesehatan khususnya penangana *life saving* kurang bermutu hal ini sesuai dengan teori yang menjelaskan pelayanan kesehatan akan bermutu jika didukung oleh masukan sumber daya manusia yang bermutu pula (Bustomi, 2011). Didalam hal kompetensi dokter jaga ini peneliti juga melakukan croscek melalui wawancara terhadap informan dan didapatkan hasil seperti berikut :

"...analisa awal untuk diagnosa suspek yang kurang tajam dari dokter jaga sebelum dikonsulkan" (I-T)

"...diagnosa dokter jaga kurang tajam waktu konsul sehingga kondisi klinis yang menunjukkan kegawatdaruratan menjadi tidak jelas" (A-S)

"...ada under diagnosa dari dokter IGD...pelaporan hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik kurang lengkap sehingga

kondisi kegawatdaruratan pasien tidak semua terdeteksi dengan baik" (M-H)

"...nah yang belum bisa membaca EKG dengan baik inilah yang sering membuat terlambat mendignosa adanya suatu sindroma coroner akut" (W-J)

Dari informan dokter spesialis diatas dapat dilihat mutu pelayanan dokter jaga dalam melakukan pemeriksaan awal kurang tajam dalam hal pendeteksian suatu kegawatdaruratan pasien dianggap oleh masih kurang bahkan ada yang belum bisa menginterpretasikan hasil EKG sebagai dasar utama mendeteksi kegawatdaruratan dibidang jantung seperti yang disampaikan oleh informan (W-J) apalagi bila terjadi under diagnosa ataupun pemeriksaan fisik yang kurang lengkap seperti yang disampaikan oleh informan M-H. Data informasi pasien yang tidak baik tentunya berpengaruh terhadap planning tindakan medis pasien yang akan dilakukan dan bisa menimbulkan kesalahan dalam penatalaksanaan medis bahkan bisa menyebabkan kegagalan dalam penanganan *life saving* bila

pasien dalam kondisi gawat darurat.

Dari informan dokter spesialis lain mengatakan terkait data-data klinis dan penunjang yang menurutnya kurang baik seperti hasil wawancara berikut:

"...pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh dokter IGD kurang fokus pada diagnosa yang dicurigai pada pasien sehingga terlihat berlebihan dan pemborosan"(H-P)

3. Kemungkinan ke tiga penyebab kesenjangan angka kematian diinstalasi gawat darurat adalah tingkat pengalaman dalam menangani pasien gawat darurat hal ini bisa dilihat dari tabel 4.2 juga memberikan informasi lama masa kerja dokter jaga yang sangat bervariasi bahkan ada yang baru bekerja 2 sampai 3 bulan sehingga pengalaman menangani pasien gawat darurat juga masih sedikit ini tentunya sangat mempengaruhi terhadap mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter jaga. Data ini didukung juga oleh pernyataan yang disampaikan oleh informan yang menyatakan *"...pengalaman kerja yang berbeda-beda ini yang juga mempengaruhi kemampuan*

ketrampilan dokter IGD terutama tindakan invasif yang terkait penatalaksanaan airway, breathing dan circulation ada yang bisa melakukan dengan baik ada juga yang tidak berhasil" (E-G).Setelah kita telusuri lebih jauh mengenai ketenagakerjaan dokter jaga diinstalasi gawat darurat, maka didapatkatingkatpergantian (turnover) tenaga dokter jaga sangat tinggi, rata-rata setelah bekerja 2 atau 3 tahun dokter akan mengundurkan diri bekerja dari rumah sakit x untuk melanjutkan study ke jenjang pendidikan dokter spesialis sehingga dokter jaga yang berkerja di rumah sakit x ini sering adalah tenaga dokter baru, hal ini juga disebutkan dalam wawancara peneliti dengan kepala instalasi gawat darurat yang menyatakan :

"...dari 15 dokter yang ada dikami 2 dokter PNS yang punya masa kerja 8 dan 9 tahun, 13 dokter status honorer dengan masa kerja bervariasi antar 2 bulan sampai 5 tahun, beberapa dokter jaga yang ada ditempat kami beberapa masih baru lulus dan selesai intersip langsung bekerja dan ditempatkan di IGD jadi dari segi pengetahuan

klinis dan pengalaman terkait kegawatdaruratan memang masih kurang” (E-G).

4. Kemungkinan ke empat yang mempengaruhi tingginya kematian di instalasi gawat darurat rumah sakit x yaitu terkait proses konsultasi dokter jaga ke dokter spesialis yang bisa dilihat tabel 4.9 dimana hasil penelitian menyebutkan dari 154 kasus kematian yang dikonsulkan 141 kasus atau 91,5% dijawab dan 13 kasus atau 8,5% tidak dijawab oleh dokter spesialis. Data penelitian ini didukung dari hasil wawancara dengan informan koordinator medis instalasi gawat darurat sebagai berikut :

“.....SPO konsultasi ke dokter spesialis sudah ada, terutama pasien triase merah semua wajib dikonsulkan dengan cara menghubungi pertelpon sesuai jadwal dari KSM masing-masing” (P-S)

“.....kesulitan yang terjadi saat konsul adalah pada waktu telpon terutama pada diatas jam 10 malam, handphone tidak diangkat bila ditelpon atau tidak aktif dan sering kali jawaban konsul tidak jelas sehingga harus bolak-balik

telpon“ (P-S)

Melihat data penelitian serta hasil wawancara diatas bisa dianalisa ada hambatan komunikasi antara dokter jaga dengan dokter spesialis yang disebabkan; pertama masih kurangnya komitmen dokter spesialis terhadap kepatuhan SPO konsultasi, kedua kemungkinan informasi data klinis yang disampaikan oleh dokter jaga kepada dokter spesialis tidak lengkap sehingga dokter spesialis ada keengganan untuk menjawab konsulan. Hal ini terungkap dari hasil wawancara peneliti dengan informan dokter spesialis sebagai berikut :

"...diagnosa dokter jaga kurang tajam waktu konsul sehingga kondisi klinis yang menunjukkan kegawatdaruratan menjadi tidak jelas" (A-S)

"...data-data klinis yang dilaporkan atau dikonsulkan ada beberapa yang tidak komprehensif "(A-G).

Dan ke tiga hambatan komunikasi kemungkinan juga disebabkan oleh ketidakfahaman atau ketidaktahuan dari dokter jaga maupun dokter spesialis mengenai isi dari SPO

konsultasi ini karena peneliti tidak menemukan bukti bahwa SPO konsultasi ini telah disosialisasikan oleh pihak manajemen rumah sakit baik itu saat orientasi pegawai baru bagi dokter jaga maupun pada pertemuan rutin komite medik untuk dokter spesialis. Dari ketiga kemungkinan hambatan proses komunikasi diatas tentunya sangat berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, hal ini seperti yang disebutkan bahwa mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh suatu proses pelayanan kesehatan itu sendiri, semakin patuh petugas (profesi) terhadap suatu standar pelayanan maka semakin bermutu pula pelayanan kesehatan yang diberikan ke pada konsumen dalam organisasi kesehatan tersebut (Bustami, 2011). Dan juga distandar proses dalam mutu pelayanan kesehatan juga disebutkan bahwa standar pelayanan kesehatan sebagai suatu proses oleh petugas kesehatan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik serta tindakan lain dan dilakukan secara lengkap dan akurat serta dilakukan pencatatan didalam rekam medik (Prastiwi, 2010)

arti petugas (profesi) dalam hal ini dokter bila anamnesa, pemeriksaan fisik dan tindakan lain tidak dilakukan dengan optimal maka mutu pelayanannya juga tidak baik.

5. Kemungkinan ke lima yang mempengaruhi tingginya kematian di instalasi gawat darurat rumah sakit x yaitu sikap kerja dari dokter jaga seperti disebutkan dalam melaksanakan pekerjaan sesuai profesinya selain pengetahuan dan ketrampilan yang baik juga harus didasari sikap kerja yang baik sesuai standar sehingga profesionalisme terjaga (Novitasari et al., 2017) dalam penelitian ini peneliti menemukan beberapa dokter jaga mengalami hambatan dalam melakukan tindakan *life saving* dikarenakan adanya ketidakpercayaan diri dan takut membuat kesalahan dalam melakukan tindakan *life saving* terutama tindakan yang bersifat invasif seperti intubasi, vena seksi dll. Hal ini didukung dengan hasil wawancara dengan informan yang menyatakan :

"...selain itu dokter jaga belum berani untuk melakukan tindakan trombolitik yang mestinya dilakukan sesegera

mungkin untuk mengatasi sumbatan di coroner jantung sehingga proses sirkulasi darah pasien tidak terganggu.."(W-J).