

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

1. KESIMPULAN

a. Gambaran distribusi kematian pasien kurang dari 24 jam di instalasi gawat darurat

Proporsi angka kematian pasien kurang 24 jam di instalasi gawat darurat rumah sakit 'X' yang belum dipindahkan ke ruangan rawat inap periode januari sampai maret 2019 terbanyak adalah dengan status cara bayar BPJS Kesehatan, asal masuk ke instalasi gawat darurat adalah datang sendiri, pendidikan SMP, pekerjaan petani, distribusi kematian paling banyak terjadi pada usia lebih dari 60 tahun, prosentase kematian adalah 14,79 permill, respon time triase merah 0,76 menit, kasus kematian terbanyak pada penyakit dengan keahlian dokter spesialis neurologi sedangkan kasus kematian berdasarkan hasil resume audit kematian paling banyak disebabkan karena kegagalan dalam melakukan tindakan *life saving* terutama dalam penatalaksanaan *airway*. Proporsi terbanyak

gambaran kematian ini dapat dijadikan data dan informasi untuk menentukan prioritas dan langkah-langkah perbaikan masalah mutu pelayanan dokter jaga di instalasi gawat darurat dalam penanganan *life saving* utamanya pasien triase merah. Sehingga angka kematian kurang 24 jam di instalasi gawat darurat bisa menurun sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

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

Penyebab kesenjangan angka kematian diinstalasi gawat darurat rumah sakit x disebabkan beberapa hal yaitu :

1. Tingkat kemampuan dan ketrampilan klinis dokter jaga masih kurang karena masih ada beberapa dokter yang belum mengikuti pelatihan kegawatdaruratan.
2. Tingkat pengalaman kerja beberapa dokter jaga yang sangat sedikit karena memang masa kerja dokter masih sebentar, hal ini karena turnover ketenagaan dokter yang sangat tinggi, rata-rata 2 tahun sudah

mengundurkan diri bekerja di rumah sakit x.

3. Adanya hambatan komunikasi antara dokter jaga dengan dokter spesialis, hal ini berkaitan dengan komunikasi pada proses konsultasi melalui telpon yang diatur menurut Standar Operasional Prosedur (SPO) konsultasi dengan dokter penanggung jawab pasien (DPJP).
4. Adanya sikap dan ketidakpercayaan diri dokter dalam melakukan tindakan *life saving* karena takut membuat kesalahan.
5. Adanya ketidaktahuan dan ketidakfahaman dokter jaga terhadap Panduan Praktek Klinis (PPK) yang telah disusun dan diberlakukan diinstalasi gawat darurat.

2. SARAN

- a. Bagian Kepegawaian Rumah Sakit X
 1. Didalam penerimaan pegawai khususnya dokter umum yang ditempatkan di Instalasi Gawat Darurat diharuskan sudah mempunyai sertifikat pelatihan kegawatdaruratan ACTLS dan ATLS atau PPGD yang

masih berlaku.

2. Melakukan koordinasi aktif dengan bagian diklat untuk mengirim dokter jaga yang belum mempunyai sertifikat untuk mengikuti pelatihan kegawatdaruratan agar kompetensi dokter meningkat terutama dalam penanganan tindakan *life saving* menjadi sesuai dengan standart yang ditetapkan.
 3. Materi orientasi pegawai lebih lengkap dan terstruktur, seperti ada materi khusus tentang pemahaman SPO dan PPK medis di instalasi gawat darurat.
- b. Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit 'X'
1. Pengaturan pola jaga shift dokter yaitu bagi dokter jaga yang belum mengikuti pelatihan kegawatdaruratan dan masa kerja belum sampai 1 tahun sebaiknya tidak diperbolehkan dijadwalkan jaga diruangan triase merah (ruangan *emergency*) tapi hanya dijadwalkan jaga di ruang triase hijau atau kuning.
 2. Melakukan monitoring dan evaluasi yang terus menerus terhadap kasus kematian bersama dengan sub komite

mutu komite medik mutu .

3. Melakukan pendampingan sekaligus pemantauan kepada dokter jaga yang baru bekerja di instalasi gawat darurat oleh dokter koordinator medis.

c. Bidang Pelayanan Medik

1. Melakukan kajian yang lebih mendalam terkait penyebab masih adanya konsultasi dokter jaga yang tidak dijawab oleh dokter spesialis serta dicarikan alternatif di Instalasi Gawat Darurat bila ada kondisi dokter spesialis tidak menjawab konsultasi.
2. Melakukan pendataan kasus kematian kurang dari 24 jam di Instalasi Gawat Darurat untuk selanjutnya dikoordinasikan dengan unit lain, bila memungkinkan dibuat program layanan *emergencypre-hospital* yaitu menjemput pasien kondisi gawatdarurat diluar rumah sakit dengan tim *emergency* sehingga kegawatan pasien lebih dini teratasi.