Journal of Aafiyah Health Research (JAHR) 2024. Vol. 5, No. 2. Page 172-184
https://doi.org/10.52103/jahr.v5i2.1685

OPEN ACCESS
P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

JOURNAL OF AAFIYAH HEALTH RESEARCH (JAHR)

Publisher: *Postgraduate Program, Universitas Muslim Indonesia*
Journal Homepage:
http://pascaumi.ac.id/index.php/jahr/index

Original Article

Implementasi Pelayanan Gawat Darurat Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 di BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara Tahun 2024

Emmy Safitri Abbas, *Reza Aril Ahri, Alfina Baharuddin

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muslim Indonesia, Makassar, Indonesia

Article History
Received: 30 January 2024
Revised: 20 February 2024
Accepted: 19 March 2024

Keywords: Standar Pelayanan Minimal; Instalasi Gawat Darurat; Rumah Sakit

Corresponding Author:
rezaaril.ahri@umi.ac.id
Address: Jalan. Urip Sumeharjo, No. 5, 90231, Makassar, South Sulawesi, Indonesia

ABSTRAK

Latar Belakang: Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 didalamnya terdapat 8 indikator untuk Pelayanan Gawat Darurat. Saat ini pelaksanaan indikator pelayanan gawat darurat di BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara masih terdapat banyak masalah.
Tujuan: Untuk menganalisis Implementasi Pelayanan Gawat Darurat Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 di BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara Tahun 2024 dari segi Input, Proses, dan Output.
Metode: Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif. Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *snowballing sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam, telusur dokumen, dan observasi. Teknik analisis data menggunakan teori *Miles and Hurberman* yaitu Reduksi data, Paparan data, dan Penarikan kesimpulan. Penelitian dilakukan bulan Februari-Maret 2024.
Hasil: Data pengukuran dari RS H.M. Djafar Harun, 7 dari 8 Indikator telah memenuhi standar pada Desember 2023, kecuali belum tersedianya tim manajemen bencana. Namun, berdasarkan hasil wawancara dan observasi masih ditemukan banyak permasalahan yang terjadi dalam pengimplementasian SPM IGD baik itu dari segi input, proses, dan output.
Kesimpulan: Implementasi SPM di IGD BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara masih harus diperhatikan aspeknya secara keseluruhan mulai dari input, proses, dan output, sehingga pencapaian indikator 7 dari 8 dapat ditingkatkan, dan masalah-masalah yang dapat menurunkan angka pencapaian indikator SPM di IGD dapat diatasi secara keseluruhan.

ABSTRACT

Background: Hospital Minimum Service Standards (SPM) are regulated in the Decree of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 129 in which there are 8 indicators for Emergency Services. Currently the implementation of emergency service indicators at BLUD RS H.M. Djafar Harun North Kolaka still has many problems.
Objective: To analyze the Implementation of Emergency Services Based on Decree of the Minister of Health Number 129 at BLUD RS H.M. Djafar Harun North Kolaka Year 2024 in terms of Input, Process, and Output.
Method: The method used in this research is qualitative. Determination of informants in this study using snowballing sampling technique. Data collection techniques used in-depth interviews, document searches, and observation. The data analysis technique uses the Miles and Hurberman theory, namely data reduction, data presentation, and conclusion drawing. The research was conducted in February-March 2024.
Results: Measurement data from H.M. Djafar Harun Hospital, 7 out of 8 Indicators have met the standard by December 2023, except for the unavailability of a disaster management team. However, based on the results of interviews and observations, there are still many problems that occur in the implementation of SPM IGD both in terms of input, process, and output.
Conclusion: Implementation of SPM in the Emergency Room of BLUD RS H.M. Djafar Harun North Kolaka still has to be considered as a whole aspect starting from input, process, and output, so that the achievement of indicators 7 out of 8 can be improved, and problems that can reduce the achievement rate of SPM indicators in the Emergency Room can be overcome as a whole.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

PENDAHULUAN

Badan Layanan Umum Daerah selanjutnya disingkat BLUD adalah adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Adapun tujuan dari BLUD adalah untuk pemberian layanan umum secara lebih efektif dan efisien sejalan dengan praktek bisnis yang sehat, yang pengelolaannya dilakukan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh kepala daerah. Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah salah Satu Persyaratan administratif pembentukan BLUD sekaligus merupakan spesifikasi teknis untuk tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat.

Rumah Sakit H.M. Djafar Harun Kolaka Utara merupakan Rumah Sakit daerah tipe C dan Rumah Sakit satu-satunya di Kolaka Utara. Hal ini membuat RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara menjadi pusat Rujukan Tingkat Lanjut untuk seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang ada di Kolaka Utara. Perjalanan untuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut terdekat lainnya yaitu di Rumah Sakit Benyamin Guluh di Kabupaten Kolaka membutuhkan waktu kurang lebih empat jam. Pada bulan Oktober tahun 2013, Rumah Sakit H.M. Djafar Harun Kolaka Utara telah menjadi salah satu Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di Kolaka Utara. Pentingnya menjaga kualitas mutu pelayanan dari BLUD RS H.M Djafar Harun Kolaka Utara sebagai harapan utama Masyarakat Kolaka utara yang membutuhkan penanganan Kesehatan tingkat lanjut atau spesialistik menjadi alasan penulis untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit ini, dan sebagai salah satu Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), maka secara administratif BLUD RS H.M Djafar Harun Kolaka Utara harus menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai standar kualitas mutu pelayanan.

Salah satu jenis pelayanan di Rumah Sakit yaitu Pelayanan gawat darurat yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018, IGD merupakan gerbang utama dalam penanganan kasus gawat darurat di rumah sakit. Pasien yang masuk ke ruang Gawat Darurat adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera. Kemampuan suatu fasilitas pelayanan Kesehatan secara keseluruhan dalam hal kualitas dan kesiapan sebagai tempat pelayanan maupun sebagai pusat rujukan tergambarkan dari kemampuan pelayanan kegawatdaruratan (1). Instalasi Gawat Darurat sering kali merupakan pengalaman pertama yang akan dihadapi pasien saat masuk rumah sakit sehingga dengan demikian kepuasan pasien di IGD memberikan kesan awal untuk menikai pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Oleh karena itu, kepuasan pasien di IGD harus menjadi prioritas (2).

Pelayanan gawat darurat di IGD BLUD RS H.M Djafar Harun Kolaka Utara sama seperti pelayanan lain yang seharusnya menjadikan Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai tolak ukur pelayanan untuk mencapai mutu. SPM pelayanan gawat darurat sendiri terdiri dari Sembilan indikator, delapan diantaranya dapat diterapkan di seluruh Rumah Sakit sedangkan satu indikator khusus untuk Rumah Sakit Jiwa. Adapun indikator dari SPM pelayanan gawat darurat yaitu: 1) Kemampuan menangani *Life Saving* anak dan dewasa dengan standar capaian minimal 100%, 2) Jam buka pelayanan gawat darurat dengan standar 24 jam, 3) Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS dengan standar minimal 100%, 4) Ketersediaan tim penanggulangan bencana dengan standar minimal satu tim, 5) Waktu tanggap pelayanan Dokter Gawat Darurat dengan standar ≤ lima menit terlayani setelah pasien dating, 6) Kepuasan pasien dengan standar ≥ 70%, 7) Kematian pasien < 24 jam dengan standar ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam), 8) Khusus RS Jiwa, pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam dengan standar minimal 100%, dan 9) Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka dengan standar minimal 100%.

Saat ini pengimplementasian dari Indikator SPM gawat darurat di BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara masih dipertanyakan, karena meskipun seharusnya menjadi tolak ukur pencapaian mutu, berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan dengan mewawancarai beberapa petugas di IGD, masih ada yang menyatakan tidak mengetahui apa yang menjadi indikator dari SPM karena tidak pernah disosialisasikan sebelumnya. Pelayanan yang dilakukan selama ini hanya berdasar pada alur pelayanan dan kebiasaan yang ada tanpa memperhatikan adanya indikator dari SPM yang perlu dicapai. Selain itu, monitoring dan evaluasi mengenai Indikator SPM tidak pernah disampaikan ke petugas IGD sehingga petugas IGD tidak mengetahui mengenai kekurangan-kekurangan yang harus dipenuhi untuk mendukung tercapainya mutu Rumah Sakit. Hal ini tentunya dapat mengakibatkan terjadinya penurunan kualitas mutu dan berakhir pada ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang ada (3).

Pasien di IGD RS Djafar Harun sendiri masih banyak yang memiliki keluhan terkait pelayanan yang ada, salah satu keluhan pasien disampaikan melalui Dokter Penanggung Jawab Pasien yang mengatakan bahwa *"Ijin dok, Ipar saya ada di ruangan IGD, sudah lebih 2 jam di ruangan IGD belum ada yang periksa, mohon bantuannya"*. Berdasarkan pernyataan pasien tersebut, maka dapat capaian indikator waktu respon dokter di IGD yang seharusnya kurang dari 5 menit berdasarkan SPM tidak terpenuhi. Masalah lain juga yang sering terjadi terkait pelaksanaan SPM di IGD adalah Keluhan pasien yang dominan tidak tersalurkan melalui kotak saran atau kontak pengaduan yang ada, melainkan disampaikan pasien melainkan hanya melalui kenalan yang terdapat di Rumah Sakit seperti kasus diatas sehingga indikator SPM IGD mengenai tolak ukur kepuasan pasien menjadi sulit

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

dinilai. Berdasarkan uraian masalah diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang "Implementasi Pelayanan Gawat Darurat Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 di BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara Tahun 2024".

METODE

Jenis penelitian yang di gunakan adalah penelitian kualitatif. Penelitian ini dilakukan di BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Februari-Maret 2024. Populasi penelitian ini adalah seluruh tenaga medis maupun non-medis yang terlibat dalam pengimplementasian Standar Pelayanan Minimal (SPM) IGD BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara. Penentuan informan dalam penelitian ini dengan cara *Snowballing Sampling.* Informan dalam penelitian ini berjumlah 11 orang yang terdiri dari informan kunci, informan utama, dan informan pendukung. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa wawancara mendalam dan wawancara terstruktur. Analisis data dengan cara reduksi data, paparan data dan penarikan kesimpulan dan verivikasi.

HASIL

Tabel 1. Metode Pengumpulan Data Variabel Penelitian

NO.	VARIABEL	Metode Pengumpulan Data
	INPUT	
1.	*Method*	Wawancara mendalam Telusur dokumen
2.	*Man*	Wawancara mendalam Telusur dokumen
3.	*Material*	Wawancara Mendalam Observasi
4.	*Money*	Wawancara Mendalam
	PROSES	
1.	Pelayanan Medis dan Non-Medis	Wawancara mendalam Telusur dokumen Observasi
	OUTPUT	
1.	Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa	Wawancara mendalam Observasi Telusur dokumen
2.	Jam buka Pelayanan Gawat darurat	Telusur dokumen Observasi
3.	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	Telusur Dokumen
4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Wawancara mendalam
5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Wawancara mendalam Telusur dokumen Observasi
6.	Kepuasan Pelanggan	Wawancara mendalam Telusur dokumen
7.	Kematian pasien < 24 jam	Wawancara mendalam Telusur dokumen
8.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	Wawancara mendalam Observasi

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Sumber: Data Primer, 2024

Tabel 2. Data Identitas Informan

No.	Kode Informan	Usia (Tahun)	JK	Jabatan	Lama Kerja	Pendidikan Terakhir
			Informan Kunci			
1.	dr. I	47	P	Direktur RS	10 bulan	S2 M.Kes
			Informan Utama			
2.	Tn. D	44	L	Kepala IGD	18 tahun	Profesi Ners
3.	Tn. SJ	45	L	Kepala Sub bagian Kepegawaian	17 tahun	D3 Perawat Gigi
4.	Tn. B	52	L	Kepala Sub bagian Umum dan Perlengkapan	17 tahun	S1 Kesehatan Masyarakat
5.	Tn. MU	52	L	Kepala Sub Bagian Pelayanan	17 tahun	S1 Kesehatan Masyarakat
			Informan Pendukung			
6.	Ny. S	40	P	Admin IGD	16 Tahun	S1 Keperawatan
7.	dr. W	32	P	PJ Dokter IGD	7 Tahun	Profesi Dokter
8.	Tn. M	44	L	Kepala Tim Perawat A	18 Tahun	Profeai Ners
9.	Ny. A	41	P	Kepala Tim Perawat B	5 Tahun	Profesi Ners
10.	Tn. A	33	L	Kepala Tim Perawat C	9 Tahun	S1 Keoperawatan
11.	Tn. S	36	L	Kepala Tim Perawat D	11 Tahun	D3 Keperawatan

Sumber: Data Primer, 2024

Input

Method

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menganalisis Metode atau kebijakan yang berhubungan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit khususnya indikator Pelayanan Kegawat daruratan yaitu dengan metode wawancara mendalam dan telusur dokumen. Dalam wawancara mendalam, terdapat delapan pertanyaan yang diberikan kepada informan kunci, informan utama (Tn. D), dan semua informan pendukung terkait dengan kebijakan. Berikut pertanyaan dan kutipan wawancara mendalam dari informan yang ditanya:

1. Apakah di Rumah Sakit ini telah memiliki SPM? *"Ada SPM Lama tapi sekarang sudah dilebur diindikator mutu dan SOP Pelayanan. Saat evaluasi SPM yang dicover ternyata hanya Dinkes saat evaluasi, makanya RS tidak membuat tersendiri SPM nya jadi dilebur dalam indikator mutu RS yang menjadi standar penilaian akreditasi"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai kebijakan rumah sakit yang eksistensi SPM Rumah Sakit dapat disimpulkan bahwa Standar Pelayanan Minimal (SPM) khusus Rumah Sakit Djafar Harun pernah ada, tapi sekarang sudah tidak ada, karena sudah tidak menjadi standar penilaian dalam akreditasi.

2. Apakah terdapat kebijakan di Rumah Sakit yang berkaitan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit? *"Ada di Indikator mutu RS yang mengcover SPM"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai kebijakan rumah sakit yang terkait SPM Rumah Sakit oleh Kemenkes dapat disimpulkan bahwa SPM Kementerian Kesehatan tentang Rumah Sakit diturunkan melalui aturan lain yang dibentuk Rumah Sakit seperti Indikator Mutu dan SOP Pelayanan, namun tidak semua indikator dari SPM Kementerian Kesehatan yang dimasukkan kedalam aturan Rumah Sakit, dan ada juga beberapa indikator yang dijalankan tanpa ada aturannya.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

3. Apakah terdapat kebijakan khusus di Rumah Sakit yang berkaitan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit bagian SPM Kegawatdaruratan (8 Indikator)? *"Kalau khusus indikator SPM IGD, ada kebijakan khusus yang atur, dia masuk di Indikator mutu unit, sama di panduan pelayanan IGD"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai kebijakan rumah sakit yang terkait SPM Rumah Sakit oleh Kemenkes khususnya indikator pelayanan kegawat daruratan dapat disimpulkan bahwa Indikator Pelayanan Kegwat daruratan yang terdiri dari delapan indikator tidak memiliki aturan khusus, tapi masuk kedalam beberapa aturan seperti pedoman pelayanan IGD dan Indikator Mutu Unit.

4. Apakah Indikator SPM Kegawatdaruratan sudah pernah disosialisasikan sebelumnya ke petugas yang ada di IGD? *"Iya disosialisasikan, biasanya itu kami harapkan kepala unit atau bagian yang melakukan sosialisasi itu ke timnya"* (dr. I, 47 tahun, Informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan sosialisasi indikator SPM kegawat daruratan, dapat disimpulkan bahwa Khusus untuk Indikator SPM Kegawatdasaruratan sudah pernah di sosialisasikan, tapi sudah lama. Namun, rata-rata Informan sudah pernah mendengar delapan indikator tersebut.

5. Bagaimana pelaksanaan SPM di IGD? *"Pelaksanaan untuk kedelapan indikator ini sih sudah oke ya Sebagian besar, semua sudah terlaksana, kecuali ini yang tim bencana saya kurang tau juga, kayaknya belum ada untuk SKnya"* (dr. I, 47 tahun, Informan Kunci).a

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan pelaksanaan indikator SPM kegawat daruratan, dapat disimpulkan bahwa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit khususnya pelayanan Gawat darurat sudah dilaksanakan dengan baik di IGD, kecuali tim manajemen bencana belum ada. Namun masih terdapat masalah-masalah dalam proses pelaksanannya.

6. Bagaimana evaluasi Indikator SPM kegawatdaruratan di IGD? *"Lihat dari Profil Indikator Mutu, akan terlihat tujuan, definis operasional, cara pengukurannya, target, termasuk objek pengukurannya (Siapa yang mengukur dan diukur). Dilakukan pengukuran sesuai Profil Indikatornya. Misalnya waktu tunggu respon time, Apasih yang dimaksud respon time IGD? Mulai pasien tiba di IGD sampai dilayani dokter. Itu termasuk definisi operasional, harus jelas karena jangan sampai bias pengertiannya akibatkan pengukuran jadi tidak jelas juga. Setelah itu siapa yang diukur? Yang diukur misalnya dokter, jadi semua tergantung definisi operasionalnya. Biasasnya yang dievaluasi itu masalah hasilnya, misal target kita 100% tapi hasilnya 90% itulah nanti yang menjadi pertanyaan kenapasih hasilnya bisa 90%? Itulah yang didiskusikan untuk cari penyebabnya, kalau sudah dapat penyebabnya itulah yang di intervensi"* (dr. I, 47 tahun, Informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai sistem evaluasi indikator SPM kegawat daruratan, dapat disimpulkan bahwa evaluasi Indikator SPM dilakukan dengan melakukan pengukuran sesuai dengan standar yang ditetapkan di Rumah Sakit, dan kemudian jika ada yang tidak memenuhi target maka hal tersebut yang akan dievaluasi kemudian dicari akar masalahnya dan di Intervensi. Namun, hasil dari evaluasi tersebut kurang tersampaikan ke pelaksana pelayanan dalam hal ini Petugas di IGD.

7. Apa tindak lanjut evaluasi tersebut? *"Untuk menilai sebuah pelayanan berkualitas atau tidak, biasanya kita lakukan dengan audit internal. Misalnya di IGD ada yang namanya SOP pemasangan infus, jadi nanti auditor melihat apa sesuai SOP/standarnya atau tidak. Jadi untuk menilai kesesuaian satgas dan kompetensi salah satunya dengan cara itu"* (dr. I, 47 tahun, Informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai tindak lanjut evaluasi indikator SPM kegawat daruratan, dapat disimpulkan bahwa Bentuk tindak lanjut dari evaluasi SPM masih kurang jelas dikarenakan evaluasi tidak rutin terlaksana, tindak lanjut jika ada juga tidak terstruktur hanya berdasar kepada masalah yang muncul dan tindak lanjutnya biasa hanya berupa teguran informal. Kondisi yang seharusnya yaitu, tim audit internal setelah melakukan evaluasi selanjutnya melakukan tindak lanjut.

8. Apakah terdapat kendala dalam implementasi dari SPM kegawatdaruratan*? "Kendalanya itu berasal dari tiga biasanya, SDMnya yang kurang baik itu dari segi kualitas maupun kuantitas, Sarpras yang tidak memadai, atau pelayanan yang tidak sesuai"* (dr. I, 47 tahun, Informan Kunci).

Berdasarkan hasil telusur dokumen, ditemukan bahwa terdapat dua kebijakan berupa keputusan direktur yang berhubungan dengan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal khususnya untuk 8 indikator pelayanan kegawat daruratan untuk Rumah Sakit Umum. Dari dua kebijakan, terdapat enam indikator sudah diatur pengukurannya yaitu: Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam, pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku, kemampuan menangani life saving anak dan dewasa, waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat kurang atau sama dengan lima menit, kepuasa pelanggan, kematian pasien di IGD. Sedangkan untuk kebijakan mengenai ketersediaan tim penanggulangan bencana dan dan tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka belum masuk dalam kebijakan manapun di rumah sakit.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Man

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menganalisis tentang Man atau Sumber Daya Manusia dan kompetensinya yang memiliki hubungan dengan implementasi Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal khususnya untuk 8 indikator pelayanan kegawat daruratan yaitu dengan metode wawancara mendalam dan telusur dokumen. Dalam wawancara mendalam, terdapat empat pertanyaan yang diberikan kepada informan kunci, dua informan utama (T. SJ dan Tn. D), dan semua informan pendukung. Berikut pertanyaan dan kutipan wawancara mendalam dari informan yang ditanya:

1. Menurut Bapak/Ibu apakah Sumber Daya Manusia di IGD sudah mencukupi dari standar yang ada untuk masing-masing posisi/jabatan? *"Masih butuh tambahan tenaga untuk perawat, dan juga tenaga non-medis masi butuh juga seperti tim evakuator. Tapi yang paling urgen untuk kebutuhan tenaganya itu perawat, terutama perawat laku-laki"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai kebutuhan Sumber Daya manusia di IGD dapat disimpulkan bahwa SDM di IGD masih kurang, khususnya tenaga perawat yang idealnya terdiri dari empat oranng pertim. Selain itu, tenaga non-medis seperti Sekuriti dan tim Evakuator masih dibutuhkan.

2. Apakah ada kompetensi khusus yang harus dipenuhi oleh petugas IGD? *"Ya, ada. Tentu ada, kita mengacu kepada standar ketenagaan di SOP Pelayanan. Nanti bisa dilihat disitu. Minimal itu harus ada pelatihan BHD standar, atau BCTLS, atau kalau dokter itu minimal ada ATLS dan atau ACLS"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai kompetensi khusus yang harus dipenuhi petugas di IGD dapat disimpulkan bahwa petugas IGD membutuhkan kompetensi dasar penanganan pasien darurat seperti kompetensi Bantuan Hidup Dadar (BHD) dan atau Basic Trauma and Cardiac Life Support (BTCLS) untuk perawat. Sedangkan untuk dokter dibutuhkan kompetensi pelatihan Advance Cardiac Life Support (ACLS) dan atau Advance Trauma Life Support (ACLS). Semakin banyak kompetensi atau pelatihan yang dimiliki maka semakin baik.

3. Bagaimana cara pemenuhan kompetensi tersebut? *"Terakhir kan sempat di adakan BTCLS kan. Tapi sebenarnya memang harus selalu di update kompetensi SDM bukan hanya di IGD. RS memback up yang sifatnya wajib yang menjadi persyaratan tiap unit seperti BTCLS. Kemudian diharapkan untuk pegawai selalu mengulang-ulang lagi kompetensi kompetensi dasar yang dimiliki khususnya kegawatdaruratan, dan sebenarnya sudah terangkum semua di BTCLS. Jadi kemungkinan jika masa berlaku sertifikatnya sudah akan habis maka akan dilaksanakan kembali kegiatannya untuk pemenuhan kompetensi SDM. Kemudian untuk kepala ruangan harus diperhatikan juga agak dapat me-manage unit-unit kerja nya seperti IGD. Saya berkeinginan meningkatkan kompetensi kepala-kepala ruangan untuk memiliki skill me-manage unit masing2 agar fungsi organizing dan evaluasi dapat berjalan dengan baik di masing-masing unit"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai cara pemenuhan kompetensii petugas di IGD dapat disimpulkan bahwa Pemenuhan Kompetensi wajib Petugas di IGD dapat dilakukan secara mandiri yang bisa ditanggung oleh Rumah Sakit, selain itu Rumah Sakit juga mengadakan pelatihan kolektif perdananya untuk BTCLS pada tahun 2023.

4. Apakah ada masalah yang dihadapi berkaitan dengan pemenuhan jumlah Sumber Daya Manusia di IGD? *"Untuk pemenuhan jumlah SDM masalahnya karena sudah open loker tapi memang pendaftarnya kurang, apalagi yang saya bilang tadi kita butuh perawat laki-laki dan itu masih jarang sekali, jadi sistemnya sekarang itu, kalau ada yang daftar terutama perawat langsung masuk mengisi unit atau bagian yang masih membutuhkan. Menganai masalah pemenuhan kompetensi yang sering itu kadang ada yang sudah expired sertifikatnya tapi tidak melapor atau tidak ditau jadi akhirnya terlambat diurus"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai permasalahan dalam pemenuhan jumlah SDM dan kompetensi SDM di IGD serta solusinya dapat disimpulkan bahwa Masalah terbesar pemenuhan Sumber Daya Manusia di IGD adalah kurangnya peminat yang memenuhi kriteria pendaftaran, sehingga beberapa kali pengajuan penambahan tenaga hal tersebut tidak dapat dipenuhi, solusi yang dilakukan adalah dengan melihat potensi dari pegawai PPPK yang akan masuk, jika ada yang memenuhi kriteria untuk menjadi petugas IGD, maka akan ditempatkan di IGD dan pengajuan formasi yang dibutuhkan saat CPNS. Sedangkan untuk masalah dalam pemenuhan kompetensi adalah kurang pedulinya masing-masing SDM terhadap pembaharuan dari kompetensinya saat sudah kedaluwarsa, sehingga perlu pengawasan dan pengawalan dari Kepala Instalasi maupun bagian Kepegawaian.

Material

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menganalisis tentang material atau Sarana Prasarana yang menunjang implementasi Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Pelayanan Minimal khususnya untuk 8 indikator pelayanan kegawat daruratan yaitu dengan metode wawancara mendalam dan observasi langsung oleh peneliti di IGD.

1. Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana dalam membantu pelayanan di IGD? *"Jika pertanyaannya mengenai ketersediaan, sudah tersedia, tapi untuk kelengkapannya masih banyak yang perlu dilengkapi, perlu diperbaiki…"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai sarana prasarana di IGD dapat disimpulkan bahwa Ketersediaan Sarana dan prasarana masih belum lengkap dan belum memenuhi standar Rumah Sakit sesuai Tipenya yaitu Tipe C.

2. Masalah apa terkait sarana dan prasarana yang sering terjadi di IGD? Bagaimana cara menghadapi masalah tersebut? *"Keluhan biasanya belum sejuk daerah IGD, Bed juga yang digunakan masih Tempat Tidur bukan Brankar jadi menyulitkan petugas saat transpor pasien maupun saat melakukan tindakan ke pasien karena lebih menunduk. Keluhan ini didapat biasanya dari pasien dan petugas di IGD. Untuk mengatasinya sementara diusahakan satu-satu, mulai dari yang mendesak dulu, selain di IGD kan ada juga tempat-tempat lain yang sarprasnya mungkin lebih mendesak untuk dilakukan pengadaan. Tapi diusahakan semua bisa terpenuhi, meskipun memang membutuhkan waktu"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai masalah sarana prasarana di IGD dan solusinya dapat disimpulkan bahwa masih banyak keluhan dari petugas di IGD maupun Pasien terkait dengan sarana dan prasarana, mulai dari tidak sesuai standar, tidak nyaman, ketersediaan, dan kualitas, dari sarana prasarana yang ada. Solusi dari permasalahan adalah pengajuan yang intens dan pemenuhan sarana prasarana yang lebih penting dan mendesak terlebih dahulu.

Money

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menganalisis tentang Money atau pendanaan untuk kebutuhan di IGD dengan metode wawancara mendalam mendalam. Dalam wawancara mendalam, terdapat dua pertanyaan yang diberikan kepada informan kunci, satu informan utama (Tn. D), dan semua informan pendukung. Berikut pertanyaan dan kutipan wawancara mendalam dari informan yang ditanya:

1. Bagaimana pengaturan pendanaan untuk pemenuhan kebutuhan di IGD? *"Pendanaannya itu dari bagian keuangan yang atur. Jika ada pengajuan belanja, maka anggaran akan diatur oleh keuangan khususnya bendahara"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan pengaturan pendanaan di IGD dapat disimpulkan Pengaturan pendanaan untuk pemenuhan kebutuhan IGD dilakukan oleh bagian keuangan khususnya oleh bendahara. Sehingga tenaga di IGD hanya bertugas menyampaikan kebutuhannya ke bagian perlengkapan, kemudian perlengkapan melakukan pengajuan ke bendahara.

2. Apakah ada masalah terkait pendanaan untuk pemenuhan kebutuhan di IGD? Bagaimana cara menghadapi masalah tersebut? "*Masalahnya mungkin lebih ke kadang permintaan dari IGD itu butuh dana besar sementara urgensi pengadaannya masih kurang, sehingga lama baru terpenuhi, karena dana yang ada selalu dialokasikan terlebih dahulu untuk hal-hal yang sifatnya mendesak untuk diadakan"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai masalah terkait pendanaan kebutuhan di IGD dan solusinya dapat disimpulkan bahwa Kendala terkait pendanaan untuk pemenuhan kebutuhan IGD yaitu permintaan yang lebih besar dibanding dana yang ada, banyaknya yang harus dipenuhi oleh bagian keuangan membuat permintaan penngadaan sesuatu di IGD menjadi lambat bahkan lupa untuk dipenuhi.

Proses

Pelayanan Medis dan Non-Medis

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menganalisis tentang Alur pelayanan kegawat daruratan di IGD dengan metode wawancara mendalam mendalam, telusur dokumen, dan observasi langsung oleh peneliti di IGD.

1. Bagaimana Proses pelaksanaan Alur pelayanan medis pasien di IGD Rumah Sakit? *"Proses pelayanan sudah jelas di SOP Pelayanan, semua unit mengikuti SOPnya masing-masing. Saya rasa SOP-SOP cukup yaa apalagi kita baru saja melakukan akreditasi jadi baru saja sudah ditata lebih baik"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai alur pelayanan di IGD dapat disimpulkan alurnya yaitu Pasien dijemput oleh perawat, dibawa ke ruang triase, dilakukan penilaian triase sambil keluarga melakukan pendaftaran, dilakukan pemeriksaan lengkap hingga pemeriksaan penunjang, pasien di konsulkan ke dokter spesialis/Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), dilakukan tindakan sesuai arahan DPJP, pengambilan resep dan selanjutnya pasien rawat jalan bisa pulang, jika rawat inap maka pindah ke perawatan, dirujuk, atau jika meninggal dibawah ke kamar jenazah.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

2. Permasalahan apa saja yang ditemui dalam kegiatan pelayanan di IGD? *"Untuk menilai sebuah pelayanan berkualitas atau tidak dan bagaimana permasalahannya, biasanya kita lakukan dengan audit internal. Misalnya di IGD ada yang namanya SOP pemasangan infus, jadi nanti auditor melihat apa sesuai SOP/standarnya atau tidak. Kemudian kita juga mengadakan Kotak saran atau nomor pengaduan, artinya saat ada isi kritik dan saran maka akan tersampaikan bahwa ada sesuatu yang salah baik. Untuk permasalahan yang muncul terkait pelayanan biasa saya dapat kritikan terkait respon time IGD, kadang tiba di IGD ternyata petugasnya tidak di tempat, setelah ditelusiri ternyata ada beberapa alasan, yang pertama petugas jaga sementara mengantar pasien berarti bermasalah di jumlah SDM, ternyata IGD masih butuh transporter. Kemudian ada juga yang menyampaikan ternyata petugas sementara di WC atau lagi tidur/istirahat padahal jika ingin istirahat harusnya kan istirahat di Nurse Station tapi kenyataannya malah istirahat di kamar"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai permasalahan yang ditemuidalam kegiatan pelayanan di IGD dapat disimpulkan bahwa permasalahan dalam pelayanan biasanya dari ketidakpatuhan petugas pada SOP Pelayanan, Keterlambatan pelayanan oleh petugas terutama saat banyak pasien yang datang bersamaan, sarana prasarana yang terbatas dalam melakukan pelayanan.

Data lain yang diperoleh adalah bersumber dari hasil telusur dokumen dan observasi langsung oleh peneliti. Telusur dokumen berupa Pedoman Pelayanan IGD Rumah Sakit Djafar Harun. Alur pelayanan diatur dalam Bab III tentang Standar Fasilitas.

Output

Kemampuan menangani Life Saving anak dan dewasa

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menganalisis tentang kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di IGD sebagai tempat pelayanan kegawat daruratan yaitu dengan metode wawancara mendalam mendalam, telusur dokumen dan observasi langsung oleh peneliti di IGD.

1. Menurut Bapak/Ibu Apakah petugas IGD telah mampu dalam menangani Life Saving anak dan dewasa? *"Bisalah kalau ini, kalau melihat pasien-pasien yang terancam, kemudian masuk IGD pasti semua petugas bisa lakukan life savingnya. Meski ada yang mungkin belum terlalu bagus skillnya, kan setiap tim selalu ada yang senior-senior atau yang berpengalaman disitu, jadi saling membackup saja"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai kemampuan petugas IGD dalam menangani life saving anak dan dewasa dapat disimpulkan bahwa petugas di IGD telah mampu melakukan penanganan Life Saving pasien anak dan dewasa dengan baik, prioritas dalam penanganan life saving adalah kerja sama tim sehingga bisa saling mengisi kekurangan masing-masing petugas.

2. Apakah pernah terdapat masalah mengenai penanganan Life Saving anak dan dewasa di IGD? *"Sepertinya tidak ada yang bermakna, yang sampai mengancam nyawa atau sampai sebabkan pasien meninggal karena penanganan yang kurang baik. Semua di IGD pasti akan berusaha semaksimal mungkin dengan paralatan yang ada untuk menangani pasien. Kalaupun adaa, pasti akan ditemukan saat audit internal"* (dr. I, 47 tahun, informan Kunci).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai permasalahan dalam menangani life saving anak dan dewasa di IGD dapat disimpulkan bahwa Masalah dalam penanganan life saving biasanya muncul saat banyak pasien datang diwaktu yang bersamaan, sehingga sulit untuk dilakukan kerja sama tim dalam penanganannya, keterlambatan keluarga pasien kritis dalam menyetujui tindakan yang seharusnya dilakukan segera, keterlambatan pengambilan obat di apotik dan pengambilan sampel darah oleh lab karena lokasinya yang jauh dari IGD sehingga keputusan penanganan menjadi terhambat.

Jam buka pelayanan gawat darurat

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk mengamati jam buka pelayanan gawat darurat di IGD yaitu dengan metode telusur dokumen, dan observasi langsung oleh peneliti di IGD. Hasil penelusuran dokumen menunjukkan bahwa berdasarkan Pedoman Pelayanan IGD RS Djafar Harun waktu pelayanan di IGD adalah 24 jam yang dibagi menjadi 3 shift dinas dengan rincian sebagai berikut:

Dinas pagi : 08.00-14.00
Dinas siang : 14.00-21.00
Dinas malam : 21.00-08.00

Jadwal dinas berlangsung setiap hari senin sampai minggu, termasuk dihari libur nasional. Hasil observasi langsung yang dilakukan peneliti pada 1 Maret 2024 waktu dinas pagi pukul 08.00-14.00, 2 Maret 2024 waktu dinas siang mulai pukul 14.00-21.00, dan pada 3 Maret 2024 waktu dinas malam mulai pukul 21.00-08.00, juga menunjukkan pelayanan terus dilakukan di IGD, sesuai dengan jam bukanya yaitu 24 jam, tiap pergantian dinas akan dilakukan operan jaga dari petugas yang lepas dinas ke petugas yang akan dinas untuk menjelaskan

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

pengenai penanganan pasien yang belum diselesaikan. Dari hasil telusur dokumen dan observasi peneliti dapat disimpulkan bahwa jam buka pelayanan IGD yaitu 24 jam.

Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk melihat sertifikat yang dimiliki oleh petugas di IGD selaku pemberi pelayanan gawat darurat adalah dengan telusur dokumen. Telusur dokumen dilakukan dengan melihat masing-masing sertifikat petugas IGD yang masih berlaku hingga akhir tahun 2024. Dari hasil telusur dokumen ditemukan, dari 22 keseluruhan tenaga di IGD, sebanyak 6 dokter di IGD memiliki sertifikat kompetensi ACLS yang masih berlaku dan 16 perawat 6 memiliki sertifikat kompetensi BTCLS yang masih berlaku hingga akhir tahun 2024. BTCLS dari perawat di IGD semua terupdate tahun lalu, tahun 2023 saat rumah sakit memfasilitasi pelatihan tersebut secara gratis untuk pertama kalinya. Kegiatan tersebut dilaksanakan saat rumah sakit akan menghadapi akreditasi. Faktor ini menjadi pendukung terbesar dalam pencapaian target. Oleh karena itu, akan lebih baik jika rumah sakit rutin melakukan kegiatan serupa.

Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menganalisis ketersediaan tim penanggulangan bencana yaitu dengan wawancara mendalam. Faktor utama yang menyebabkan indikator ini tidak tercapai yaitu urgensi pembentukannya yang dianggap masih kurang, dan untuk wilayah kabupaten sudah ada tim Public Safety Center (PSC) yang selalu siap siaga untuk penanggulangan bencana, sementara tenaga rumah sakit akan tetap diturunkan apabila ada bencana meskipun tidak dibentuk secara khusus.

Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menganalisis waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat yaitu dengan wawancara mendalam, telusur dokumen, dan observasi langsung peneliti. Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai waktu tanggap dokter di gawat darurat kurang dari 5 menit, dapat disimpulkan bahwa Sebagian besar Dokter di IGD memiliki waktu tanggap kurang dari lima menit, namun dalam beberapa kondisi masih ada yang melebihi lima menit. Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai masalah yang dapat membuat waktu tanggap dokter di gawat darurat melambat, dapat disimpulkan bahwa ada beberapa alasan atau kondisi yang membuat waktu tanggap dokter melambat seperti jika dokter sedang melakukan aktifitas lain seperti sedang di toilet, sedang sholat, makan, atau sedang tidur (untuk dokter yang jaga malam pukul 21.00-08.00). Alasan lain yaitu apabila jumlah pasien yang masuk diwaktu yang bersamaan melebihi jumlah dokter yang sedang jaga.

Kepuasan Pasien

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk mengetahui kepuasan pasien dengan pelayanan gawat darurat yaitu dengan wawancara mendalam, dan telusur dokumen. Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai sistem evaluasi kepuasan pasien, dapat disimpulkan sistem evaluasi kepuasan pasien sebenarnya dilakukan oleh bagian Keperawatan dan komite mutu, namun metode evaluasi maupun hasilnya tidak pernah tersampaikan ke petugas IGD sehingga petugas IGD tidak mengetahui tentang adanya evaluasi tersebut. Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai keluhan yang paling sering disampaikan pasien terkait pelayanan di IGD, dapat disimpulkan bahwa keluhan pasien yang sering disampaikan beragam mulai dari kualitas SDM, keterbatasan sarana prasarana, dan masalah-masalah pelayanan yang sulit dihindari seperti yang paling sering adalah keterlambatan pasien ditransfer ke ruang rawat inap karena ruang rawat inap masih full atau baru disiapkan ruangannya.

Kematian pasien < 24 jam

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk mengetahui kematian pasien < 24 jam yaitu dengan wawancara mendalam, dan telusur dokumen. Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai penyebab kematian pasien < 24 jam, dapat disimpulkan kematian pasien kurang dari 24 jam di IGD paling sering disebabkan karena kondisi pasien yang datang memiliki tingkat mortalitas tinggi, pasien kritis yang ahrus di observasi di IGD karena kondisi tidak memungkinkan untuk ditransfer keruangan, dan keluarga pasien pada kondisi tertentu menolak tindakan karena alasan sosial, spiritual, finansial.

Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk mengetahui tidak adanya keharusan bagi pasien di IGD membayar uang muka dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi langsung oleh peneliti. Berdasarkan hasil wawancara mendalam keseluruhan informan mengenai sistem pembayaran uang muka, dapat disimpulkan bahwa Pembayaran uang muka tidak pernah diberlakukan di IGD Rumah Sakit. Segala bentuk pembayaran atau administrasi diselesaika saat pasien sudah bisa pulang dari Rumah Sakit. Observasi langsung yang dilakukan peneliti pada 1 Maret 2024 waktu dinas pagi pukul 08.00-14.00, 2 Maret 2024 waktu dinas siang mulai pukul

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

14.00-21.00, dan pada 3 Maret 2024 waktu dinas malam mulai pukul 21.00-08.00. Hasil observasi peneliti mengenai pembayaran uang muka, seluruh pasien yang datang ke IGD langsung dilakukan penanganan tanpa adanya kewajiban membayar sebelum tindakan. Faktor pendukung tercapainya SPM ini yaitu karena rata-rata pasien telah memiliki asuransi atau BPJS sehingga administrasi selalu dilakukan setelah pelayanan.

PEMBAHASAN

Input

Method

Berdasarkan hasil wawancara informan dan telusur dokumen mengenai *method* atau kebijakan, dapat disimpulkan bahwa RS Djafar Harun saat ini tidak memiliki lagi SPM yang dibentuk oleh Rumah Sakit maupun peraturan bupati, sehingga kebijakan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit khususnya untuk indikator Pelayanan Kegawat daruratan saat ini masuk ke dalam Pedoman Pelayanan IGD dalam surat keputusan Direktur nomor 445/025.1/2023 dan Indikator Mutu Unit Kegawatdaruratan dalam surat keputusan Direktur nomor 445/008/2023. Namun, dari 8 indikator pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit umum, hanya 6 indikator yang masuk keperaturan Rumah Sakit. Selain itu, sosilisasi mengenai indikator SPM pelayanan kegawat daruratan tidak rutin disosialisasikan, dan evaluasinya tidak dilakukan secara rutin dan terstruktur sehingga tidak diketahui hasilnya secara transparan.

Hasil penelitian sejalan dengan Dausawati AF (2023) tentang Implementasi SPM di IGD RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai, dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai tidak memiliki dasar aturan dari peraturan bupati maupun daerah mengenai SPM Rumah Sakit secara khusus (4). Penelitian yang sejalan juga oleh Vermasari A (2019) bahwa implementasi Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit diturunkan ke peraturan Rumah Sakit, peraturan tersebut tidak disosialisasikan rutin sehingga petugas di IGD banyak yang belum mengetahui kebijakan tersebut (5).

Standar Pelayanan Minimal (SPM) oleh keputusan Menteri Kesehatan ini merupakan ketentuan jenis mutu dan pelayanan dasar di Rumah sakit, dan juga spesifikasi minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada Masyarakat, sehingga harus dilaksanakan oleh Rumah sakit BLUD, baik itu melalui kebijakan internal Rumah sakit maupun melalui kebijakan daerah. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) pada Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) menjelaskan bahwa indikator mutu harus ditetapkan oleh rumah sakit untuk mengukur unit kerja, indikator mutu unit kerja tersebut dapat menggunakan indikator yang tercantum dalam SPM Rumah Sakit yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan (6). Pelaksanaan evaluasi SPM Kegawatdaruratan Rumah Sakit dilakukan dengan pengukuran standar dari setiap Indikator yang ada. Dalam pengawasan penyelenggaraannya dilakukan oleh kepala Rumah Sakit sebagai pembuat kebijakan terkait.

Man

Berdasarkan hasil wawancara informan dan telusur dokumen mengenai Sumber Daya Manusia di IGD dapat disimpulkan bahwa untuk kebutuhan SDM masih kurang khususnya untuk tenaga perawat dimana masih kurang minimal 2 tenaga keperawatan, selain itu tenaga *non*-medis masih dibutuhkan seperti sekuriti dan tim evakuator. Kompetensi khusus yang harus dipenuhi oleh tenaga medis dan tenaga Kesehatan yaitu komperensi dasar penanganan pasien darurat, dan sebaiknya ditunjang oleh kompetensi-kompetensi lain yang bersifat tidak wajib, kompetensi ini dipenuhi dengan dijadikan pesyaratan pendaftaran pegawai dan jika diperpanjang dapat melalui pelatihan mandiri yang ditanggung oleh rumah sakit, atau melalui pelatihan kolektif oleh rumah sakit. Masalah dalam pemenuhan jumlah SDM di rumah sakit yaitu kurangnya pendaftar kerja yang memenuhi syarat untuk ditempatkan di IGD hal ini membuat rumah sakit terus melakukan pengajuan melalui pendaftara PPPK dan CPNS, sedangkan untuk pemenuhan tenaga *non*-medis akan menjadi prioritas selanjutnya setelah kebutuhan tenaga medis terpenuhi, selain itu permasalahan mengenai pemenuhan kompetensi terjadi karena kurangnya pengawasan bagi petugas yang masa berlaku kompetensinya sudah habis.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aprizal Adritama & Nyorong, 2022 bahwa perlu pembahan perawat di IGD Cut Meutia Kota Langsa Tahun 2021 sebanyak 11 tenaga berdasarkan perhitungan analisis beban kerja. Ketidaktertarikan tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah yang jauh merupakan masalah yang masih belum bisa diatasi dan merupakan penyebab ketidakmerataan SDM kesehatan di daerah terpencil di Indonesia (7). Kebutuhan SDM Rumah Sakit dapat dilihat jumlahnya melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit dengan menghitung Analisis Beban Kerja (ABK) maupun melalui standar yang ada di Permenkes nomor 30 tahun 2019 tentang klasifikasi dan perizinan Rumah Sakit (8). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 47 tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan Sumber Daya Manusia di IGD terdiri dari: Dokter, perawat, tenaga nonkesehatan yang menunjang pelayanan seperti tim evakuator dan sekuriti.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

Material

Berdasarkan hasil wawancara informan dan observasi langsung oleh peneliti mengenai *material* atau sarana prasarana di IGD dapat disimpulkan bahwa sarana dan prasarana di IGD masih belum lengkap dan belum memenuhi standar dari rumah sakit tipe C, sarana prasarana yang ada juga banyak yang tidak memadai, tidak nyaman, dan tidak berkualitas. Masalah yang muncul disebabkan oleh respon bagian pengadaan sarana dan prasarana yang lambat karena banyaknya permintaan dari unit lain selain IGD. Bagian umum dan perlengkapan maupun bagian pelayanan akan memprioritaskan pengadaan yang bersifat mendesak terlebih dahulu.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Vermasari A (2019) bahwa ketersediaan sarana dan prasarana yang ada di IGD Mayjen Ha Thalib Kabupaten Kerinci masih belum memenuhi standar yang ada baik itu dari segi fisik, tata ruang, maupun alat Kesehatan. Kendala dalam pengadaan sarana prasarana disebabkan oleh pemilihan prioritas pengadaan yang kurang tepat dan anggaran yang terbatas (5). Menurut Permenkes RI nomor 47 tahun 2018, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, serta alat Kesehatan yang ada di IGD mengacu pada ketentuan perundang-undangan yang berlaku sesuai dengan level pelayanan gawat darurat yang dijalankan (9). Kemudian penelitian oleh Dausawati AF (2023) juga sesuai dengan hasil penelitian, sarana prasarana di IGD RSUD Kabupaten Mentawai belum memenuhi standar karena belum dianggap sebagai prioritas (4).

Standar Sarana Prasarana masing-masing tempat pelayanan rumah sakit diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 40 tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit, khusus di pelayanan kegawat daruratan lebih spesifik diatur dalam Permenkes RI nomor 47 tahun 2018 (9,10). Kemampuan pelayanan rumah sakit harus didukung dengan ketersediaan bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, yang memenuhi persyaratan teknis untuk pemberian pelayanan. Pengujian dan kalibrasi alat untuk memastikan alat layak untuk digunakan harus rutin dilakukan untuk sarana prasarana di IGD agar tidak menurunkan kualitasnya (10). Sarana prasarana yang baik memiliki hubungan bermakna dengan pelaksanaan SPM di IGD memiliki hubungan yang bermakna berdasarkan analisis *chi-square* yang dilakukan dalam penelitian Suartini DN, dkk (2020) di RS I Lagaligo Wotu (11).

Money

Berdasarkan hasil wawancara informan mengenai *money* atau pendanaan untuk IGD dapat disimpulkan bahwa pemenuhan kebutuhan di IGD pendanaannya sepenuhnya diatur oleh bagian keuangan yaitu bendahara, bagian IGD tidak dapat lagi melakukan pengadaan atau pembelian langsung, kebutuhan yang harus dipenuhi sering kali lebih besar dibandingkan dengan dana yang tersedia sehingga sering menyebabkan pemenuhan kebutuhan di IGD menjadi terlambat. Pendanaan yang terpusat juga menyebabkan terkadang pengajuan yang dilakukan terlupakan atau ditolak karena adanya kebutuhan unit lain yang harus dipenuhi. Hal inilah yang menyebabkan banyaknya keluhan pasien yang berkaitan dengan fasilitas pelayanan maupun pelayanan Kesehatan yang diberikan, seperti pengadaan alat-alat pengukuran tanda vital yang dapat membuat tertundanya atau terhambatnya pelayanan di IGD.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aeni HF, dkk tahun 2021 yang menyebutkan bahwa pemenuhan fasilitas atau sarana prasarana yang kurang baik akan berhubungan langsung terhadap kinerja dan *response time* IGD yang juga menjadi kurang baik. Pemenuhan kebutuhan dari keuangan di IGD bukan hanya terkait sarana prasarana tapi juga terkait pemenuhan kompetensi tenaga Kesehatan baik dalam hal perekrutan tenaga Kesehatan tambahan maupun pemenuhan keterampilan bagi tenaga Kesehatan yang sudah ada. Pada penelitian IGD RS Djafar Harun telah mengalokasikan beberapa dana rumah sakit untuk pemenuhan keterampilan *emergency* bagi tenaga Kesehatannya di IGD, namun tidak dapat dipungkiri pendanaan masih menjadi masalah dikarenakan pemenuhan tenaga *non*-prioritas seperti tim evakuator dan sekuriti di IGD belum terpenuhi (12).

Proses

Pelayanan Medis dan Non-Medis

Hasil yang diperoleh berdasarkan wawancara informan, telusur dokumen, dan observasi dalam penelitian ini yaitu alur pelayanan yang dilakukan sudah memiliki SOP, mulai dari pasien masuk, penilaian triase, penanganan, sampai pasien selesai di IGD. Masalah yang timbul dalam pelayanan pasien yaitu ketidakpatuhan petugas terhadap SOP yang sudah ditetapkan, keterlambatan pelayanan pasien baru saat jumlah pasien yang melebihi tenaga yang ada, pelayanan pasien yang terlambat saat malam hari karena petugas istirahat, penilaian triase yang belum baik, perawat yang merangkap sebagai *transporter* pasien ke rawat inap, terlambatnya pasien dipindahkan dari IGD ke rawat inap, bangunan fasilitas penunjang yang relatif jauh seperti laboratorium dan apotek, hingga fasilitas keamanan di IGD yang masih kurang karena tidak adanya pos sekuriti di depan IGD.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Vermasari A, dkk (2019) di RSU Mayjen HA Thalib Kab. Kerinci yang pelayanannya telah diberikan sudah memiliki tupoksi dan SOP (5). Penelitian yang dilakukan oleh Kombih SU, dkk (2020) mengenai analisis kepatuhan perawat terhadap SOP di IGD RSUD Kota Babussalam

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

juga menunjukkan hasil wawancara dengan informan menyatakan rata-rata sudah melaksanakan SOP dengan baik di IGD, akan tetapi berdasarkan hasil pengamatan jika ada pasien *emergency,* SOP tidak sepenuhnya berjalan (13). Pasien *emergency* dapat ditangani dengan baik apabila petugas memahami penentuan prioritas pasien melalui triae mulai dari survey primer, penilaian kesadaran, dan memastikan kasus kritis mendapat perhatian segera (14).

Output

Kemampuan Menangani Life Saving Anak Dan Dewasa

Hasil yang diperoleh berdasarkan wawancara informan, telusur dokumen, dan observasi dalam penelitian ini yaitu petugas IGD telah mampu melakukan penanganan *Life Saving* pasien anak dan dewasa dengan baik dengan Kerjasama tim mulai dari *airway, breathing, circulation*. Dari standar yang ditetapkan rumah sakit juga menunjukkan bahwa dalam pengukuran terakhir yang dilakukan penanganan *life saving* sudah dinilai baik dan mencapai target. Namun, masih terdapat masalah yang sering menyulitkan dalam penanganan *life saving* yaitu saat pasien datang diwaktu yang bersamaan sehingga tindakan sulit untuk dilakukan dalam bentuk tim, keterlambatan keluarga pasien dalam persetujuan penanganan pasien kritis, dan pengambilan obat dan hasil laboratorium yang lama dikarenakan lokasinya yang relatif jauh dari IGD.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Vermasari A, dkk (2019) di IGD RSU Mayjen HA Thalib Kab. Kerinci dan penelitian yang dilakukan Taqwim AA, dkk (2021) di IGD RS Sehat Depok yang sama-sama memperoleh hasil kemampuan menangani *life saving* di IGD mencapai target 100% (1,5). Sementara penelitian yang dilakukan oleh Astuti SW, dkk (2017) di IGD RSUD dr. R. Soetijono Blora memperoleh hasil seluruh informannya memiliki persepsi bahwa indikator penanganan *life saving* sudah terpenuhi 100% dengan logika dokter dan perawat yang bekerja telah bersetifikat, namun untuk pengukurannya tidak ada standar yang ditetapkan dalam aturan sehingga data tidak terukur dengan jelas.

Kemampuan kerja sama tim yang baik sangat berpengaruh terhadap keselamatan pasien di IGD (15). Kolaborasi antar berbagai professional di IGD sangat penting untuk menentukan hasil akhir pasien karena lingkungan IGD sangan dinamis, bertekanan tinggi. Setiap anggota tim memiliki perannya masing-masing yang dihubungkan dengan komunikasi efektif (14). Pelayanan gawat darurat sensitive terhadap waktu pengambilan keputusan karena sangat berpengaruh terhadap perburukan pasien kritis dengan cepat (16).

Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Hasil yang diperoleh berdasarkan telusur dokumen dan observasi langsung diperoleh kesimpulan bahwa jam buka pelayanan kegawat daruratan di IGD RS Djafar Harun adalah 24 jam termasuk di akhir pekan dan hari libut, dengan pembagian *shift* petugs sebanyak 3 *shift* dalam 24 jam. Hasil ini sejalan dengan penelitian penelitian Vermasari A (2019) di IGD RS Meyjen Ha Thalib Kab. Kerinci dimana pelayanannya sudah buka 24 jam dalam 7 hari, dan petugas IGD dibagi kedalam 3 *Shift* (5). Pelayanan gawat darurat dilakukan selama 24 jam dikarenakan pasien tidak dapat menentukan kapan akan mengalami kondisi sakit yang bersifat gawat darurat (17). Untuk pembagian *shift* dalam 24 jam tersebut ttergantung dari peraturan rumah sakit masing-masing, namun menurut *The Royal College of Emergency Medicine,* penjadwala kerja bagi petugas IGD dilakukan dalam 3 *shift* yaitu *shift* pagi 06.30-14.30, sore 14.30-22.30, dan malam 02.30-06.30.

Pemberi Pelayanan Gawat Darurat Bersertifikat Yang Masih Berlaku

Hasil yang diperoleh berdasarkan telusur dokumen yaitu seluruh Dokter di IGD RS Djafar Harun memiliki sertifikat yang masih berlaku hingga tahun ini yaitu ACLS, dan seluruh perawat di IGD RS Djafar Harun memiliki sertifikat yang masih berlaku hingga tahun ini yaitu BTCLS, sehingga 22 tenaga di IGD 100% telah memiliki sertifikat pelatihan yang sesuai dengan SPM Rumah Sakit. Hal ini dikarenakan sebelum Akreditasi RS pada Desember 2023, RS telah mengadakan pelatihan BTCLS serentak di Rumah Sakit untuk petugas IGD. Pentingnya pelaksanaan BTCLS perawat ditunjukkan pada penelitian yang dilakukan Prakoeswa AC, dkk (2022) dengan hasil terdapat perbedaan skor *pretest* dan *posttest* pada tingkat pengetahuan, skitap, dan keterampilan perawat di IGD sehingga disarankan untuk mengadakan pelatihan ini khusus untuk petugas IGD. Pelatihan ACLS dan atau ATLS untuk petugas IGD terutama dokter dapat membantu pencegahan terjadinya kematian akibat trauma, mengefisienkan waktu dalam penanganan awal, dan membantu algoritma berpikir cepat (18). Pelatihan mempengaruhi keterampilan petugas di IGD dan hal tersebut memiliki pengaruh terhadap kepuasan pasien (19,20).

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

OPEN ACCESS
P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan, maka disimpulkan bahwa Implementasi SPM di IGD BLUD RS H.M. Djafar Harun Kolaka Utara masih harus diperhatikan aspeknya secara keseluruhan mulai dari input, proses, dan output, sehingga pencapaian indikator 7 dari 8 dapat ditingkatkan, dan masalah-masalah yang dapat menurunkan angka pencapaian indikator SPM di IGD dapat diatasi secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Taqwim A, Ahri RA, Baharuddin A. Beban Kerja dan Motivasi Melalui Kompetensi Terhadap Penerapan Indikator Keselamatan Pasien pada Perawat UGD, ICU RSI Faisal Makassar 2020. J Muslim Community Heal [Internet]. 2020;48–59. Available from: https://pasca-umi.ac.id/index.php/jmch/article/view/221/235
2. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience. J Patient Exp. 2018;5(2):101–6.
3. Ulfa M, Aril AR, Arman. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2020. J Muslim Community Heal. 2021;2(1):52–74.
4. Dausawati A. Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Kepulauan Mentawai. 2023.
5. Vermasari A, Masrul M, Yetti H. Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal (Spm) Di Instalasi Gawat Darurat (Igd) Rsu Mayjen Ha Thalib Kabupaten Kerinci. J Kesehat Andalas. 2019;275–84.
6. (KARS) KKRS. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (KARS) (1st ed.). Jakarta: KARS; 2017.
7. Adritama TA, Nyorong M, Yuniati. Analisis Kebutuhan Perawat Instalasi Gawat Darurat Berdasarkan Beban Kerja Studi Kasus. Indones J Hosp Adm. 2022;5(1):19–26.
8. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit. 2004.
9. Permenkes. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 47 tahun 2018 tentang pelayanan kegawatdaruratan. Menteri Kesehat Republik Indones. 2018;
10. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. Menteri Kesehat Republik Indones [Internet]. 2022;(1309):1–290. Available from: www.peraturan.go.id
11. Jamal ASB, Suartini DN, Budi A. Factors Related To Nurse'S Response Time in Handling of Emergency Patients. Nurse Heal J Keperawatan. 2021;10(2):321–9.
12. Fa'riatul Aeni H, Ali M, Zanah SM. Hubungan Sarana dan Prasarana dengan Kinerja Tenaga Kesehatan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Masa Pandemi Covid-19. Heal Care J Kesehat. 2021;10(2):217–23.
13. Kombih SU, Fitriani AD, Simanjorang A. Analisis Kepatuhan Perawat Terhadap Penggunaan Standar Prosedur Operasional (Spo). Media Publ Promosi Kesehat Indones. 2020;3(1):136–42.
14. Ahmad N, Mustafa M, Ali B. Emergency Medicine: Saving Lives in Critical Situations-Stories of Heroic Efforts, Life-Saving Techniques, and Advanced Emergency Care Strategies for Diverse Medical Emergencies. 2023;(July). Available from: https://www.researchgate.net/publication/372533822
15. Arini T. Budaya Keselamatan Pasien Berbasis Pemberdayaan Struktural, dengan Kepuasan Kerja Perawat. Surabaya: Universitas Airlangga. 2018.
16. Guidolin K, Catton J, Rubin B, Bell J, Marangos J, Munro-Heesters A, et al. Ethical decision making during a healthcare crisis: a resource allocation framework and tool. J Med Ethics. 2022;48(8).
17. Sulistyadi K, Primasanti Y, Setiaman S. Model Penjadwalan Shift Perawat pada UGD Pusat Pelayanan Medis di Qatar. Jurrnal Ilmu Komput Dan Inform. 2023;16(1).
18. Abu-Zidan FM. Advanced trauma life support training: How useful it is? World J Crit Care Med. 2016;5(1):12.
19. Nurlina D, Rifai A, Jamaluddin J. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepuasan Pasien Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit TNI AD Tk Iv 02.07.04 Bandar Lampung Tahun 2017. J Ilmu Kesehat Masy. 2019;8(03):78–88.
20. Ahri, R. A., Rusydi, A. R., Haeruddin, H., & Yusuf, R. A. (2024). Religiosity-Based on Nurse Performance Model in Ibnu Sina Hospital. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 101-110.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license