

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

NOMOR : 3697/A000/XI/2021

**TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN
UNIT GAWAT DARURAT**

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 4415

**LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN UNIT GAWAT DARURAT
NOMOR: 3697/A000/XI/2021**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Iman Nurjaman, S.Kep., Ners	Kepala Unit Gawat Darurat		10-11-2021
Verifikator	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		10-11-2021
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		10-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		10/11/2021

LEMBAR PENGESAHAN

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR : 3697/A000/XI/2021

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN UNIT GAWAT DARURAT

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. bahwa dalam rangka mendukung peningkatan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, diperlukan acuan dalam pelaksanaan pelayanan yang efektif dan aman di Unit Gawat Darurat ;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Unit Gawat Darurat ;

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;

10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
12. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
13. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
14. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT GAWAT DARURAT**
- Kesatu : Pedoman Pelayanan Unit Gawat Darurat digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Unit Gawat Darurat sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 10 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB I. PENDAHULUAN	5
A. Latar Belakang	5
B. Tujuan Pedoman	5
C. Ruang Lingkup Pelayanan	6
D. Batasan Operasional	6
BAB II. STANDAR KETENAGAAN	8
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	8
B. Distribusi Ketenagaan	10
C. Pengaturan Jaga	11
BAB III. STANDAR FASILITAS	12
A. Denah Ruangan	12
B. Standar Fasilitas	12
C. Sarana Dan Prasarana	14
BAB IV. TATA LAKSANA PELAYANAN	21
A. Tatalaksana Kegiatan Penerimaan Pasien di Unit Gawat Darurat	21
B. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Gawat Darurat	23
C. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Gawat Darurat	24
D. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Gawat Darurat	28
E. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Gawat Darurat	28
F. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Gawat Darurat	29
G. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Gawat Darurat	29
H. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Gawat Darurat	30
I. Tatalaksana Kegiatan Pemulangan Pasien di Unit Gawat Darurat	31
J. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Ambulans di Unit Gawat Darurat	34
BAB V. LOGISTIK	34
A. Perencanaan logistik	34
B. Pengendalian Logistik	39
C. Monitoring dan Evaluasi Logistik	39
BAB VI. KESELAMATAN PASIEN	40
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien	40
B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien	40
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien	42
BAB VII. KESELAMATAN KERJA	44
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja	44
B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja	44
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja	46
BAB VIII. PENGENDALIAN MUTU	48
A. Indikator Mutu	48
B. Monitoring	49

C. Evaluasi	49
D. Pelaporan	50
E. <i>Continuous Improvement</i>	50
BAB IX PENUTUP	53
DAFTAR PUSTAKA	51

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia.....	8
Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan	10
Tabel 2.4 Pengaturan Jaga	11
Tabel 5.1 Barang Logistik Umum	34
Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi.....	35
Tabel 8.1 Kelengkapan Pengisian Asesmen Awal Medis Pasien 1x24 jam.....	48
Tabel 8.2 Kepuasan Pasien Unit Gawat Darurat	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Denah Ruang Unit Gawat Darurat.....	12
Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik.....	38
Gambar 5.2 Bagan AlurPengadaan Logistik Tidak Rutin.....	40

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan mengharuskan rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan untuk dapat menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan aman serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Sehingga untuk menjaga dan meningkatkan mutu, Rumah Sakit Intan Husada harus mempunyai suatu pedoman pelayanan yang dapat dilakukan di semua tingkatan.

Pelayanan Unit Gawat Darurat merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk menunjang upaya peningkatan dan terciptanya kondisi rumah sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman. Sebagai komponen penting dalam terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Selaras dengan hal tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang bermutu, maka diperlukan suatu Pedoman Pelayanan Unit Gawat Darurat yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit Intan Husada.

B. Tujuan Pedoman

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam penyusunan kebijakan, prosedur dan segala proses di bidang pelayanan kegawatdaruratan di Unit Gawat Darurat.

2. Tujuan Khusus

- a) Sebagai acuan kegiatan pelayanan pasien di Unit Gawat Darurat.
- b) Sebagai acuan kegiatan pelayanan medik di Unit Gawat Darurat.
- c) Sebagai acuan kegiatan pelayanan Keperawatan di Unit Gawat Darurat.
- d) Sebagai acuan kegiatan pelayanan radiologi di Unit Gawat Darurat.
- e) Sebagai acuan kegiatan pelayanan laboratorium di Unit Gawat Darurat.
- f) Sebagai acuan kegiatan pelayanan rekam medis di Unit Gawat Darurat.
- g) Sebagai acuan kegiatan pelayanan farmasi di Unit Gawat Darurat.
- h) Sebagai acuan kegiatan pelayanan gizi di Unit Gawat Darurat.
- i) Sebagai acuan kegiatan pelayanan binatu di Unit Gawat Darurat.
- j) Sebagai acuan kegiatan pelayanan pemulangan pasien di Unit Gawat Darurat.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Kegiatan Penerimaan pasien di Unit Gawat Darurat.
2. Kegiatan Pelayanan medik di Unit Gawat Darurat.

3. Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Gawat Darurat.
4. Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Gawat Darurat.
5. Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Gawat Darurat.
6. Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Gawat Darurat.
7. Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Gawat Darurat.
8. Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit Gawat Darurat.
9. Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Gawat Darurat.
10. Kegiatan Pelayanan pemulangan pasien di Unit Gawat Darurat.
11. Kegiatan Pelayanan Ambulans di Unit Gawat Darurat.

D. Batasan Operasional

1. Kegiatan Penerimaan pasien di Unit Gawat Darurat adalah prosedur yang dilakukan oleh Perawat di Unit Gawat Darurat dalam menerima pasien baru dan lama serta rujukan fasyankes lainnya sesuai dengan kriteria pasien masuk.
2. Kegiatan Pelayanan medik di Unit Gawat Darurat adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis yang profesional dalam bidangnya yang memiliki SIP- STR di RSIH sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan baik Dokter umum maupun Dokter Spesialis.
3. Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Gawat Darurat adalah pelayanan yang diberikan oleh Perawat dalam bidangnya yang memiliki SIPP- STR di RSIH sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan.
4. Kegiatan Pelayanan Radiologi di Instalasi Rawat I Unit Gawat Darurat adalah salah satu pelayanan penunjang medik di Bidang Radiologi yang dilakukan pada pasien di Unit Gawat Darurat
5. Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Gawat Darurat adalah salah satu pelayanan penunjang medik di Bidang Laboratorium yang dilakukan pada pasien di Unit Gawat Darurat
6. Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Gawat Darurat adalah salah satu pelayanan penunjang medik di Bidang Rekam medis berupa pendokumentasian asuhan pasien di Unit Gawat Darurat
7. Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Gawat Darurat adalah salah satu pelayanan penunjang medik di Bidang Farmasi yang diberikan pada pasien di Unit Gawat Darurat
8. Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit Gawat Darurat adalah salah satu pelayanan penunjang medik di bidang Gizi yang diberikan pada pasien di Unit Gawat Darurat
9. Kegiatan Pelayanan binatu di Unit Gawat Darurat adalah pelayanan di Bidang Binatu yang diberikan pada pasien di Unit Gawat Darurat
10. Kegiatan Pemulangan Pasien di Unit Gawat Darurat adalah serangkaian proses pemulangan pasien setelah pelayanan di Unit Gawat Darurat
11. Kegiatan Pelayanan Ambulans di Unit Gawat Darurat adalah serangkaian proses transportasi pasien menggunakan kendaraan ambulans baik secara internal atau eksternal.

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1	Penanggung Jawab Unit Gawat Darurat	Profesi Dokter atau Dokter Spesialis (PPDS-1)	<ul style="list-style-type: none"> - Berprofesi sebagai Dokter umum atau Dokter Spesialis yang bekerja secara paruh waktu. - Pendidikan profesi Dokter (PSPD) atau prodi Dokter Spesialis (PPDS-1) - Berpengalaman atau mengikuti pelatihan Manajemen Pelayanan/Administrasi Pelayanan - Bersedia bekerja secara purna waktu atau paruh waktu sesuai kebutuhan rumah sakit - Memiliki dedikasi yang tinggi dalam menjalankan tugas - Memiliki nilai keteladanan dan dihormati oleh pegawai rumah sakit - Tidak pernah melanggar etika profesi atau peraturan kepegawaian - Tidak pernah melakukan perbuatan tercela - Memiliki komitmen, konsisten dan objektif
2	Kepala Unit Gawat Darurat	Profesi Ners	<ul style="list-style-type: none"> - Pernah mengikuti pelatihan manajemen pelayanan instalasi gawat darurat - Pernah mengikuti pelatihan penanggulangan kegawatdaruratan yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi atau PPSDM Kemenkes yaitu BTCLS, ATLS, ACLS dan lain-lain - Pengalaman 5 tahun sebagai Perawat; - Mempunyai SIPP dan STR yang masih berlaku - Mempunyai kemampuan mengorganisasikan, merencanakan, menggerakkan, mengendalikan dan mengevaluasi unit kerjanya - Mempunyai kemampuan untuk melihat masalah, menganalisa dan memecahkan masalah - Memiliki keterampilan dalam memimpin dan mengarahkan staf - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas - Sehat jasmani dan rohani

3	Dokter UGD	Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> - Dokter dengan Pendidikan minimal Profesi Dokter Umum - Pernah mengikuti pelatihan penanggulangan kegawatdaruratan yang diselenggarakan oleh kalangan profesi atau departemen kesehatan yaitu PPGD, ATLS, ACLS, dan lain-lain - Pengalaman minimal 1 tahun sebagai Dokter umum - Mempunyai Izin kerja SIP, STR - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas - Sehat jasmani dan rohani
4	Ketua Perawat TIM	Minimal D3 Keperawatan & Profesi Ners	<ul style="list-style-type: none"> - Pernah mengikuti pelatihan penanggulangan kegawatdaruratan yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi atau PPSDM Kemenkes yaitu BTCLS, ATLS, ACLS dan lain-lain - Pengalaman 3 tahun sebagai Perawat D3 minimal PK III - Pengalaman 2 tahun sebagai Perawat Profesi Ners minimal PK III - Mempunyai SIPP dan STR yang masih berlaku. - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas - Sehat jasmani dan rohani
5	Perawat Pelaksana Unit Gawat Darurat	Minimal D3 Keperawatan & Profesi Ners	<ul style="list-style-type: none"> - Pernah mengikuti pelatihan penanggulangan kegawatdaruratan yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi atau PPSDM Kemenkes yaitu BTCLS, ATLS, ACLS dan lain-lain - Pengalaman 2 tahun sebagai Perawat D3 minimal PK II - Pengalaman 1 tahun sebagai Perawat Profesi Ners minimal PK II - Mempunyai SIPP dan STR yang masih berlaku - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas - Sehat jasmani dan rohani
6	Pekarya Kesehatan Unit Gawat Darurat	SMA Sederajat	<ul style="list-style-type: none"> - Pernah mengikuti pelatihan penanggulangan kegawatdaruratan yang diselenggarakan oleh Provider Kesehatan atau Inhouse Training yaitu BLS, BHD dan lain-lain - Pengalaman 1 tahun di fasyankes terkait - Mahir dalam aplikasi Microsoft Office - Diutamakan lulusan SMK Kesehatan dan Administrasi - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas - Sehat jasmani dan rohani

7	Penanggung Jawab Ambulans	SMA Sederajat	<ul style="list-style-type: none"> - kegawatdaruratan yang diselenggarakan oleh Provider Kesehatan atau Inhouse Training yaitu BLS, BHD dan lain-lain; - Pengalaman 1 tahun di fasyankes terkait; - Memiliki SIM A yang masih berlaku. - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas. - Sehat jasmani dan rohani
8	Pelaksana Driver/ Ambulans	SMA Sederajat	<ul style="list-style-type: none"> - Pernah mengikuti pelatihan penanggulangan kegawatdaruratan yang diselenggarakan oleh Provider Kesehatan atau Inhouse Training yaitu BLS, BHD dan lain-lain; - Pengalaman 1 tahun di fasyankes terkait; - Memiliki SIM A yang masih berlaku. - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas. - Sehat jasmani dan rohani

B. Distribusi Ketenagaan

Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan

No	Ketenagaan	Jumlah (Orang)
1.	Penanggung Jawab Unit Gawat Darurat	1
2.	Kepala Unit Gawat Darurat	1
3.	Dokter UGD	9
4.	Ketua TIM Perawat	4
5.	Perawat Pelaksana	12
6.	Administrasi/Pekarya Kesehatan	2
7.	Penanggung Jawab Ambulans	1
8.	Pelaksana/Driver Ambulans	3

C. Pengaturan Jaga

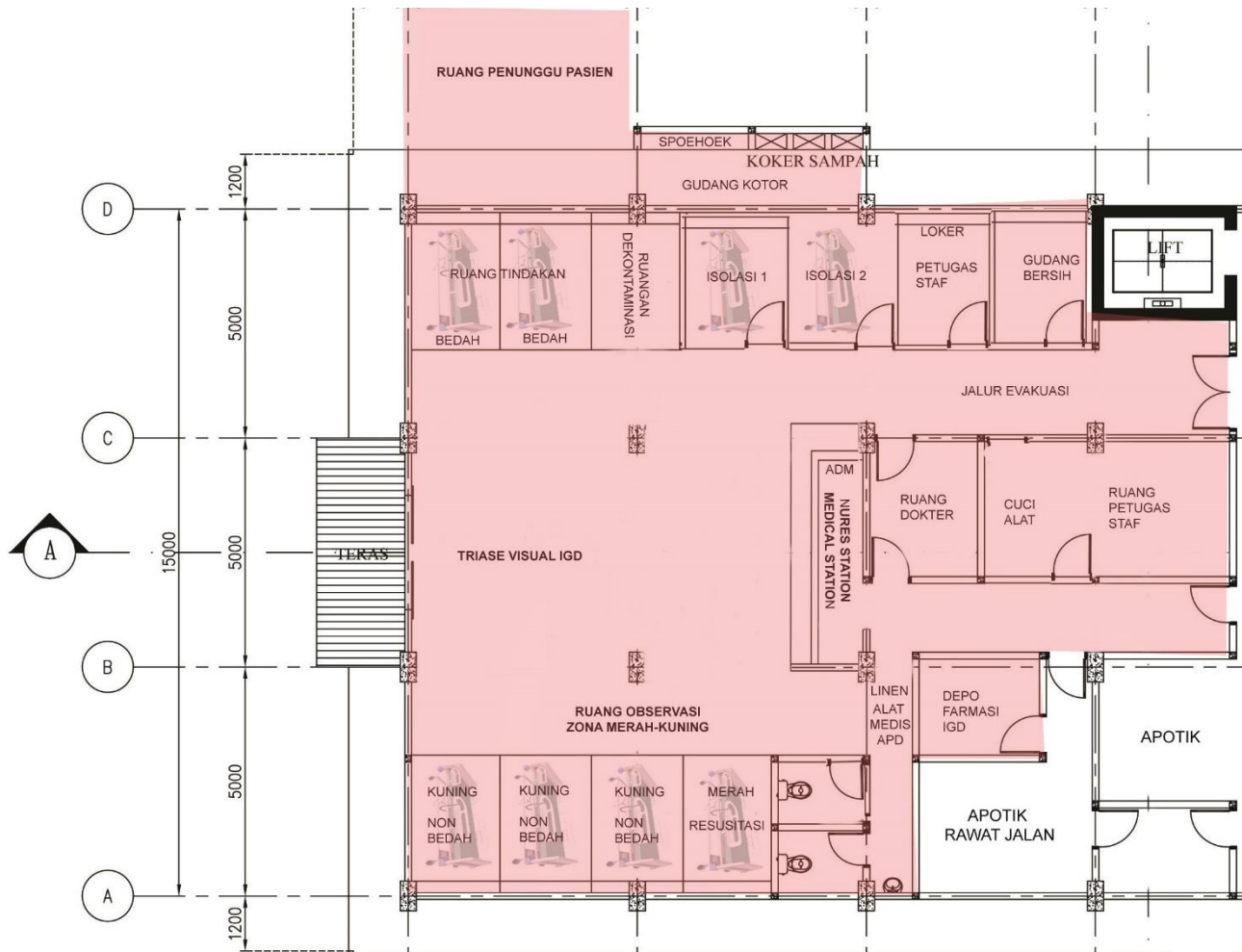
Tabel 2.3 Pengaturan Jaga

No	Nama Jabatan	Waktu Kerja	Jam Kerja
1	Penanggung Jawab UGD	Paruh Waktu	Disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan
2	Kepala Unit Gawat Darurat	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30 – 15.30 WIB Sabtu jam 07.30 – 12.00 WIB
3	Dokter Jaga UGD	3 Shift	Pagi : Pukul 07.00 – 14.00 WIB Sore : Pukul 14.00 – 21.00 WIB Malam : Pukul 21.00 – 07.00 WIB
4	Ketua TIM Perawat	3 Shift	Pagi : Pukul 07.00 – 14.00 WIB Sore : Pukul 14.00 – 20.00 WIB Malam : Pukul 20.00 – 07.00 WIB
5	Perawat Pelaksana	3 Shift	Pagi : Pukul 07.00 – 14.00 WIB Sore : Pukul 14.00 – 20.00 WIB Malam : Pukul 20.00 – 07.00 WIB
6	Pekarya Kesehatan	2 Shift	Pagi : Pukul 07.00 – 14.00 WIB Sore : Pukul 13.00 – 20.00 WIB
7	Penanggung Jawab Ambulans	Purna Waktu	O8H (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30 – 15.30 WIB. Sabtu jam 07.30 – 12.00 WIB.
8	Pelaksana/Driver Ambulans	2 Shift	Pagi : Pukul 07.30 – 19.30 WIB. Sore : Pukul 19.30 – 07.30 WIB.

Jumlah tenaga diatur supaya dapat memenuhi kebutuhan pelayanan setiap *shift*, minimal tiga orang. Setiap *shift* dinas dipimpin oleh Ketua TIM *shift*, yaitu Perawat senior PK III dengan tugas : memimpin, mengkoordinasi sebagai *triase officer* II dan mengatur kelancaran pelayanan Keperawatan selama *shift*. Kepala UGD mengajukan ke Manajer Keperawatan untuk mendapat persetujuan. Manajer Keperawatan menyetujui/ mensahkan daftar dinas. Daftar dinas dibagikan ke semua tenaga di UGD.

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruangan



Gambar 3.1 Denah Ruang Unit Gawat Darurat

B. Standar Fasilitas

Sarana dan Prasarana di Unit Gawat Darurat harus memenuhi persyaratan sehingga penanggulangan gawat darurat dapat dilakukan dengan optimal dan sesuai dengan kriteria berikut :

1. Gedung untuk pelayanan penanggulangan penderita gawat darurat harus sedemikian rupa sehingga pelayanan dapat dilakukan secara optimal.
2. Lokasi Gedung Unit Gawat Darurat harus mudah dicapai dengan tanda- tanda jelas dari jalan maupun dari dalam.
3. Pintu Unit Gawat Darurat menghadap ke depan sehingga ambulans tidak perlu mundur.
4. Harus mampu menerima 2-5 ambulans sekaligus sesuai dengan beban kerja/ kelas rumah sakit.

5. Luas Unit Gawat Darurat disesuaikan dengan beban kerja yang diperkirakan untuk 20 tahun mendatang dan kelas rumah sakit.
6. Ruang Triase digunakan untuk seleksi pasien sesuai dengan tingkat kegawatan penyakitnya dan terletak berdampingan dengan *nurse station* dan Dokter Jaga sehingga dengan mudah dapat mengawasi semua kegiatan dipintu masuk, Ruang Tunggu, Ruang Tindakan dan Ruang Resusitasi.
7. Ruang Resusitasi terletak berdekatan dengan ruang *triage*, cukup luas untuk menampung beberapa penderita atau disesuaikan dengan kondisi kelas rumah sakit dan keadaan ruangan harus menjamin ketenangan.
8. Ruang Tindakan, dipisahkan antara Ruang Tindakan Bedah dan Non-Bedah.
9. Ruang Persiapan Operasi/Observasi (tergantung kebutuhan).
10. Ruang X-ray disebelah Unit Gawat Darurat.
11. Susunan Ruangan harus sedemikian rupa sehingga arus penderita dapat lancar dan tidak ada "*Cross Infection*", harus dapat menampung korban bencana sesuai dengan kelas rumah sakit dan kegiatan mudah di kontrol.
12. Ruangan untuk keluarga menunggu harus sedemikian rupa agar mereka tidak terganggu pekerjaan, mereka dapat istirahat dan mudah diminta keterangan yang lengkap dari Petugas serta ada fasilitas toilet dan kantin sesuai dengan beban/kualitas kerja yang dilakukan di Unit Gawat Darurat.
13. Alat komunikasi keluar rumah sakit dan telepon intern di Unit Gawat Darurat dan Rumah Sakit.
14. Alat- alat Radiologi Diagnostik disesuaikan dengan beban kerja dan kelas rumah sakit.
15. Alat- alat dan obat- obatan di Unit Gawat Darurat harus sedemikian rupa sehingga resusitasi dan "*life support*" dapat dilakukan.

C. Sarana dan Prasarana

1. Area Triase
 - a. Bed Triase
 - b. Meja Kecil
 - c. Timbangan Bayi
 - d. Timbangan Dewasa
 - e. Tensimeter Mobile Dewasa
 - f. *Sthetoscope*
 - g. *Thermometer* Dikang
 - h. Spo2 Sensor
2. Area Resusitasi Pasien
 - a. Bed Pasien 1 *Crank + Bed rail*
 - b. *Bed Head* Oksigen dan Suction
 - c. Regulator Oksigen
 - d. Regulator *Suction*
 - e. Tabung *Suction*
 - f. Tiang Infus *Mobile*
 - g. *Trolley Emergency*
 - h. *Preasure Bag*

- i. Ambu Bag Anak
- j. Ambu Bag Dewasa
- k. *Laryngoscope* Anak
- l. *Laryngoscope* Dewasa
- m. Monitor Pasien BOZTRON
- n. *Infusion Pump* Hawk Medical
- o. *Syringe Pump* Hawk Medical
- p. Defibrillator
- 3. Area Tempat Tidur Pasien
 - a. Bed Pasien 1 *Crank + Bed rail*
 - b. Bed Head Oksigen dan *Suction*
 - c. Regulator Oksigen
 - d. Regulator *Suction*
 - e. Tabung *Suction*
 - f. Tiang Infus *Mobile*
- 4. Area Ruang Isolasi
 - a. Bed Pasien 1 *Crank + Bed rail*
 - b. Bed Head Oksigen dan *Suction*
 - c. Regulator Oksigen
 - d. Regulator *Suction*
 - e. Tabung *Suction*
 - f. Tiang Infus *Mobile*
 - g. *Exhaust Fan*
 - h. Pengukur suhu ruangan
 - i. AC 1 PK
 - j. Skerem
- 5. Area *Nurse Station* & Administrasi
 - a. PC Komputer 1 Set
 - b. Printer (epson)
 - c. Kursi (fortuner)
 - d. Kursi Lipat Abu2
 - e. Kursi (chitos)
 - f. Kursi putar (mini bar)
 - g. Rak *File* kayu besar
 - h. Meja *Nurse Station* 1 Set
 - i. *White board*
 - j. *Telephone panasonic*
 - k. *balpoint*
 - l. *Cutter*
 - m. *Hecter Straples*
 - n. Tempat stampel Dokter
 - o. Mistar stainles
 - p. Pembolong Kertas
 - q. Kalkulator
 - r. Gunting sedang
 - s. Dudukan solatif

- t. Tempat Pensil
- u. *Box File*
- v. *Handphone* Android UGD 1 set
- w. Akrilik Panjang 1 Set
- x. *Viewing Box* Panjang
- y. AC Daikin 2,5 PK
- z. Pengukur Suhu Ruangan
- aa. Terminal Lisrik
- 6. Area Pelayanan Pasien
 - a. Kursi lipat plastik abu- abu
 - b. Monitor Pasien *COMEN*
 - c. Mesin EKG Fukuda Denshi
 - d. *Infusion Pump* Mindray
 - e. *Syringe Pump* Mindray
 - f. *Easy Move*
 - g. *Scop Strecher*
 - h. Troli Tindakan
 - i. Meja Mayo
 - j. Termometer Microlife
 - k. Tensimeter Dewasa Mobile Reister
 - l. *Stheoscope* Dewasa
 - m. *Stheoscope* Anak
 - n. Mandreen Dewasa
 - o. Mandreen Anak
 - p. Laryngoscope Dewasa
 - q. Laryngoscope Anak
 - r. *Ambu Bag* Dewasa
 - s. *Ambu Bag* Anak
 - t. *Board Resusitasi*
 - u. Tournikuet
 - v. Palu Reflek
 - w. Otoscope
 - x. Ophthamolscope
 - y. Alat Dopler
 - z. Tas *Emergency Kit*
 - aa. *Sprayer* Disinfektan
 - bb. Akrilik *Handscone* 3 susun
 - cc. Meteran Perut
 - dd. Meteran Kepala
 - ee. Laci Obat Pasien 3 susun
 - ff. Laci Alat-alkes 4 susun
 - gg. Harnes, Ring Hook, Masker
 - hh. Lampu Tindakan Mobile
 - ii. AC Daikin 1PK
 - jj. AC Daikin 2,5PK
 - kk. Toilet duduk pasien+ Jet Shower

- ll. Skerem
- mm. Kursi Roda
- nn. *Handscrub+ braket*
- oo. Baki plastik
- pp. Rak plastik
- qq. Gantungan Baju
- rr. Jam Digital
- 7. Area Ruang APD
 - a. Tabung Oksigen+ *Trolley*
 - b. Kunci Inggris
 - c. Tempat Sampah
 - d. *Trolley* Linen Kotor
 - e. Gantungan Baju/ APD
 - f. Lemari APD
- 8. Area Spoel Hoek
 - a. Tempat Sampah
 - b. Rak Peniris Alat
 - c. *Spoel Hoek*
 - a. Sink Cuci Alat
 - b. Botol *Hand Wash*
 - c. *Spons* Cuci Alat
- 9. Area Staf & Cuci Alat
 - a. Tempat Sampah
 - b. Rak Peniris Alat
 - c. Sink Cuci Alat
 - d. Botol Hand Wash
 - e. *Spons* Cuci Alat
 - f. *Container Mega Box (shinpo)* Biru
 - g. *Vena Viewer* 1Set
 - h. Sterilisator Corona
 - i. *Jukson Ress* Dewasa
 - j. *Jukson Ress* Anak
 - k. Kom Sedang
 - l. Pinset Sirurgis
 - m. Pinset Anatomis
 - n. Gunting Jaringan Bengkok
 - o. Gunting Jaringan Lurus Tumpul
 - p. Gunting *Aff Hekting*
 - q. *Neddle Holder*
 - r. Bak Instruemtn Sedang
 - s. Klem Arteri Lurus Panjang
 - t. Klem Arteri Bengkok Panjang
 - u. Kocher Lurus
 - v. Kocher Bengkok
 - w. *Scalpel*
 - x. Bak Instrumen Kecil

- y. Bak Instrumen Besar
 - z. Kom Kecil
 - aa. Korentang dan Tempatnya
 - bb. Tromol Besar
 - cc. Tromol Sedang
 - dd. Tromol Kecil
 - ee. Gunting Perban
 - ff. Nearbeken
 - gg. Klem Arteri Lurus Kecil
 - hh. Aligator
 - ii. Sonde Ektrasi Kuku
 - jj. *Faceshild* Kuning
 - kk. AC Panasonic 1 PK
 - ll. Kursi lipat plastik abu2
 - mm. Lemari Besi warna putih
 - nn. Lemari Linen Besi warna abu- abu
 - oo. Rak sandal
 - pp. Rak Peniris piring
 - qq. Tong sampah (shinpo)
 - rr. Dispenser Air Minum
 - ss. *Safety Box*
 - tt. Gelas Ukur Kecil
 - uu. Gelas Ukur Sedang
 - vv. Papan Hitam Gantungan Maker N95
 - ww. Bak Rendam Alat
10. Area Ruang Ganti Staf
- a. AC Daikin 1 Set 1PK
 - b. *Filing Cabinet* 4 pintu
 - c. Loker Besi 5 pintu
 - d. *Box Kontainer* Susun
 - e. Lemari Pakaian warna hitam dengan Cermin
 - f. Kursi Lipat Abu2
11. Area Ruang Dokter
- a. AC Panasonic 1PK
 - b. *Spring Bed*
 - c. Meja Rias Warna Hitam
 - d. TV Toshiba
 - e. Jam Dinding
12. Area Gudang Bersih
- a. AC Panasonic 1PK
 - b. Lemari File Besar warna coklat
 - c. *Container Mega Box* (shinpo) Biru
13. Area Ruang Tunggu Keluarga
- a. Kursi Tunggu 3 Set
 - b. Meja *Security*
 - c. Kursi

- d. Tempat Sampah
- 14. Area Kamar Lorong & Mandi
 - a. Lemari kayu besar
 - b. Dispenser + Meja
 - c. Rak Sandal
 - d. *Trolley Mobile* Plastik
 - e. Tempat sampah kecil
 - f. Tempat Samaph Besar
 - g. Terminal Listrik
 - h. Akrilik Masker 3 kotak
 - i. *Wastaple+* Cermin
 - j. Toilet Duduk Petugas+ *Shower*, Tempat Tisu, Farfum elektrik
 - k. Botol *Hand Wash*

15. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

Pemeliharaan fasilitas dan peralatan di UGD harus sesuai dengan prosedur kerja yang diterapkan sesuai dengan *SPO Maintenance* perlengkapan di UGD hal ini untuk memastikan bahwa alat-alat medik di UGD selalu dalam kondisi siap pakai dan menjamin bahwa ruangan yang ada di UGD juga selalu siap pakai dan jika ada peralatan yang bermasalah maka akan dilaporkan ke pihak terkait dalam hal ini adalah *maintenance*.

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Tatalaksana Kegiatan Penerimaan Pasien di Unit Gawat Darurat

1. Pelayanan Unit Gawat Darurat adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya.
2. Kalsifikasi pasien Unit Gawat Darurat :
 - a) Pasien baru.
 - b) Pasien lama.
 - c) Pasien Rujukan
3. Penerimaan pasien baru Unit Gawat Darurat
 - a) Pasien masuk ke Rawat Inap melalui pintu masuk rumah sakit yaitu Unit Gawat Darurat (UGD) atau Unit Rawat Jalan (URJ).
 - b) Pasien masuk dilakukan *skreening* oleh Petugas kesehatan atau *security*.
 - c) Pasien dengan kategori penyakit menular diposisikan di Ruang Isolasi terpisah khususnya *airborne disease*.
 - d) Pasien dengan kategori tidak menular dapat masuk ruangan *triase*
 - e) Pasien dilakukan *triase* sesaat oleh Perawat dan Dokter UGD.
 - f) Pasien *false emergency* ditempatkan di ruangan zona hijau di UGD.
 - g) Pasien *true emergency* ditempatkan di zona merah dan kuning sesuai kriteria *triase* pasien.
 - h) Pasien ditempatkan sesuai kategori hasil *triase* yang telah di laksanakan.
 - i) Pasien dilakukan pemeriksaan medis oleh Dokter UGD.
 - j) Pasien tidak ada uang muka tetap dilayani kegawatdaruratannya, selanjutnya menunggu persetujuan penanggungjawab pasien untuk tidaklanjut Perawatan sesuai indikasi medis.
 - k) Pasien/keluarga datang ke pendaftaran (*admission*) mengisi formulir pendaftaran pasien baru dengan membawa formulir permohonan Rawat Inap.
 - l) Petugas Pendaftaran (*admission*) akan mendata dan menempatkan pasien di Unit Rawat Inap sesuai dengan ketersediaan kamar.
 - m) Unit Rawat Inap menerima pemesanan kamar untuk pasien baru di sistem *dashboard* SIM RS Perawat.
4. Penerimaan pasien lama Unit Gawat Darurat
 - a. Pasien masuk ke Rawat Inap melalui pintu masuk rumah sakit yaitu Unit Gawat Darurat (UGD) atau Unit Rawat Jalan (URJ).
 - b. Pasien masuk dilakukan *skreening* oleh Petugas kesehatan atau *security*.
 - c. Pasien dengan kategori penyakit menular diposisikan di Ruang Isolasi terpisah khususnya *airborne disease*.
 - d. Pasien dengan kategori tidak menular dapat masuk ruangan *triase*.
 - e. Pasien dilakukan *triase* sesaat oleh Perawat dan Dokter UGD.
 - f. Pasien *false emergency* ditempatkan di ruangan zona hijau di UGD.
 - g. Pasien *true emergency* ditempatkan di zona merah dan kuning sesuai kriteria *triase* pasien.
 - h. Pasien ditempatkan sesuai kategori hasil *triase* yang telah di laksanakan.
 - i. Pasien dilakukan pemeriksaan medis oleh Dokter UGD.

- j. Pasien tidak ada uang muka tetap dilayani kegawatdaruratanya, selanjutnya menunggu persetujuan penanggungjawab pasien untuk tidaklanjut Perawatan sesuai indikasi medis.
 - k. Pasien/keluarga datang ke Pendaftaran (*admission*) melakukan konfirmasi pasien lama dengan cara menunjukan kartu identitas atau nomor rekam medik pasien dan membawa formulir permohonan Rawat Inap.
 - l. Petugas Pendaftaran (*admission*) akan mendata dan menempatkan pasien di Unit Rawat Inap sesuai dengan ketersediaan kamar.
 - m. Unit Rawat Inap menerima pemesanan kamar untuk pasien baru di sistem *dashboard* SIMRS Perawat.
5. Penerimaan pasien Rujukan lainnya ke Unit Gawat Darurat
- a. Pasien masuk ke Rawat Inap melalui pintu masuk rumah sakit yaitu Unit Gawat Darurat (UGD) atau Unit Rawat Jalan (URJ).
 - b. Masyarakat, Dokter Praktek, Tenaga Kesehatan, Klinik, Puskesmas dapat berkoordinasi dengan *Public Safety Center* (PSC) 119 Dinas Kesehatan Kabupaten Garut untuk difasilitasi prosedur dan mekanisme Rujukan dengan melakukan akses Aplikasi Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi Nasional (SISRUTE) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
 - c. Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta untuk prosedur dan mekanisme Rujukan dapat langsung melakukan akses Aplikasi Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi Nasional (SISRUTE) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
 - d. Bagi Rumah Sakit, Fasyankes lainnya dengan keterbatasan dapat menghubungi RS Intan Husada melalui nomor *telephone* atau *handphone*.
 - e. Pasien masuk dilakukan *skreening* oleh Petugas kesehatan atau *security*.
 - f. Pasien dengan kategori penyakit menular diposisikan di Ruang Isolasi terpisah khususnya *airborne disease*.
 - g. Pasien dengan kategori tidak menular dapat masuk ruangan *triase*.
 - h. Pasien dilakukan *triase* sesaat oleh Perawat dan Dokter UGD.
 - i. Pasien *false emergency* ditempatkan di ruangan zona hijau di UGD.
 - j. Pasien *true emergency* ditempatkan di zona merah dan kuning sesuai kriteria *triase* pasien.
 - k. Pasien ditempatkan sesuai kategori hasil *triase* yang telah di laksanakan.
 - l. Pasien dilakukan pemeriksaan medis oleh Dokter UGD.
 - m. Pasien tidak ada uang muka tetap dilayani kegawatdaruratanya, selanjutnya menunggu persetujuan penanggungjawab pasien untuk tidaklanjut Perawatan sesuai indikasi medis.
 - n. Pasien/keluarga datang ke pendaftaran (*admission*) mengisi formulir pendaftaran pasien baru atau pasien lama dengan cara menunjukan kartu identitas atau nomor rekam medik pasien lama dan membawa formulir permohonan Rawat Inap.
 - o. Petugas Pendaftaran (*admission*) akan mendata dan menempatkan pasien di Unit Rawat Inap sesuai dengan ketersediaan kamar.
 - p. Unit Rawat Inap menerima pemesanan kamar untuk pasien baru di sistem *dashboard* SIMRS Perawat.

B. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Gawat Darurat

1. Dokter Spesialis di Unit Gawat Darurat bertindak sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
2. Dokter Jaga UGD dalam melakukan asuhan pasien dapat dibantu oleh Perawat UGD.
3. Dokter jaga UGD melakukan asesmen awal medis pasien baru untuk menentukan apakah pasien ada indikasi Rawat Inap atau hanya observasi di UGD dan kemudian di pulangkan.
4. Dokter jaga UGD akan melaporkan hasil Assesment ke DPJP setelah pasien terdaftar sebagai pasien Rawat Inap.
5. Dokter jaga UGD memberikan informasi medis kepada pasien dan keluarga tentang asuhan pasien yang akan diberikan termasuk kondisi yang tidak diharapkan.
6. Dokter jaga UGD memberikan informasi kepada pasien dan keluarga yang akan dilakukan tindakan medis.

C. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Gawat Darurat

1. Pelayanan Keperawatan kepada pasien di Unit Gawat Darurat diberikan saat itu juga.
2. Perawat Unit Gawat Darurat melakukan tindakan medis sesuai instruksi Dokter jaga UGD.
3. Perawat Unit Gawat Darurat melakukan Asuhan Keperawatan sesuai dengan Diagnosis Keperawatan
4. Perawat Unit Gawat Darurat melakukan orientasi ruangan yang dilakukan mencakup: lingkungan Unit Gawat Darurat , pemasangan gelang identitas dan melakukan identifikasi pasien pada setiap tindakan yang akan di lakukan terhadap pasien.
5. Perawat melakukan asesmen awal Keperawatan dan pemberian informasi risiko jatuh untuk setiap pasien Unit Gawat Darurat.
6. Perawat melakukan kegiatan Asuhan Keperawatan di Unit Gawat Darurat :
 - Melakukan Observasi tanda - tanda vital pasien.
 - *Clapping* Dan Vibrasi.
 - Memberi Oksigen.
 - Melatih Batuk Efektif.
 - Latihan Nafas Dalam Pada Pasien yang mengalami kesakitan dengan skala nyeri ringan (0-3) Numeric Rating Scale.
 - Penatalaksanaan Pasien Henti Jantung Dewasa dan Anak.
 - Melakukan *Bagging*.
 - Memasang *Jukson Rees*.
 - Melakukan *Suctioning*.
 - Pemberian Nutrisi Pada Pasien Melalui Mulut.
 - Memberi Makan Pasien Melalui Nasogastik Tube.
 - Memasang Infus.
 - Menggunakan *Vena Viewer*
 - Mengganti Cairan Infus.
 - Melepas Infus.

- Menimbang Berat Badan.
- Mengukur Tinggi Badan.
- Menolong Pasien Muntah.
- Membantu Memperlancar Buang Air Kecil.
- Menolong Pasien Buang Air Kecil dan Buang Air Besar.
- Pemasangan Kateter Menetap.
- Perawatan *Catheter* Menetap.
- Pemasangan *Catheter* Kondom.
- Melepas *Catheter* Menetap.
- Memberi Huknah Rendah.
- Menyiapkan dan Memberi Huknah Tinggi.
- Memberi Huknah Glicerin.
- Mengeluarkan Feses Secara Manual.
- Menerima Pesan Melalui Telepon.
- Menyiapkan Pasien Untuk Istirahat dan Tidur.
- Pemberian Obat Secara Oral.
- Pemberian Obat Nebulizer.
- Cara Menggunakan Dan Melepas Sarung Tangan Steril.
- Cara Menggunakan Masker.
- Mencuci Tangan.
- Mencegah Kecelakaan Akibat Faktor Lingkungan.
- Memakai dan Melepas Apron.
- Menjaga Keselamatan Pasien Yang Dibawa Dengan Trolley Pasien/Kursi Roda.
- Mencegah Kekeliruan Pemberian Obat.
- Mengganti Alat Tenun Dengan Pasien Diatasnya.
- Posisi Genu Pectoral (*Knee Chest*).
- Posisi Sim.
- Posisi Dorsal Recumbent.
- Posisi *Fowler*.
- Posisi Lithotomi.
- Posisi *Trendelenberg*.
- Posisi Anti Trendelenberg.
- Merawat Pasien Kritis.
- Merawat Jenazah.
- Memindahkan Pasien Antar Ruangan.
- Menyiapkan Pasien Pulang.
- Persiapan Pasien Pre Operatif.
- Mencukur Daerah Operasi.
- Pemberian Obat Injeksi Melalui Intracutan.
- Pemberian Obat Injeksi Melalui Subcutan.
- Pemberian Obat Injeksi Melalui Intramuskular.
- Memberi Obat Melalui Intra Vena.
- Memberikan Obat Melalui Pernafasan.

- Memberikan Obat Tetes Hidung.
- Memberi Obat Melalui Sub Lingual.
- Memberi Obat Melalui Vagina.
- Memberikan Obat Melalui Rectum.
- Memberi Obat Melalui Kulit.
- Memberikan Obat Tetes Mata.
- Memberi Obat Tetes Telinga.
- Merawat Pasien Colostomy.
- Mengukur Suhu Tubuh *Non Contact Thermometer*
- Mengukur Suhu Tubuh Melalui Ketiak/Axilla.
- Mengukur Suhu Melalui Mulut.
- Mengukur Suhu Melalui Rectum.
- Menghitung Pernafasan.
- Menghitung Denyut Nadi.
- Mengukur Saturasi Oksigen.
- Mengukur Lingkar Perut.
- Memberi Kompres Hangat.
- Melakukan Lavage Lambung.
- Pemasangan Pipa Lambung.
- Menghisap Cairan Lambung.
- Memberi Kompres Dingin.
- Mengganti Balutan Luka.
- Merawat Luka Yang Memakai Drain.
- Melepas Naso Gastric Tube/ Pipa Lambung.
- Cara Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke *Strecher* Dengan Menggunakan *Mattress*.
- Cara Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke *Strecher* Tanpa Menggunakan *Mattress*.
- Cara Memindahkan Pasien Dari *Strecher* Ke Tempat Tidur Dengan Menggunakan *Mattress*.
- Cara Memindahkan Pasien Dari *Strecher* Ke Tempat Tidur Tanpa alat.
- Cara Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Tempat Tidur Menggunakan *Mattress*.
- Cara Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Tempat Tidur Tanpa *Mattress*.
- Prosedur Mencuci Tangan *Hygienis*.
- Standar Pengenceran Obat.
- Inventaris Peralatan.
- Penanganan Pasien Dengan Penyakit Menular.
- Menimbang Diapers.
- Penggunaan Ruang Isolasi.
- Permintaan Darah Ke Bank Darah/PMI.
- Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda.
- Memindahkan Pasien Dari Kursi Roda Ke Tempat Tidur.

- Penggunaan Gelang Identitas Pasien.
 - Pedoman Pemberian Obat.
 - Hubungan Kerjasama Dengan Unit Lain.
 - Obsevasi Pasien Khusus.
 - Evaluasi Kinerja.
 - Serah Terima Pasien Antar Ruang.
 - Memberi Makan Melalui Gastrostomi.
 - Penempatan Pasien Di Ruang Isolasi.
 - Serah Terima Pasien Antar Ruang.
 - Melakukan Tindakan Nebulizer.
 - Mengantar Pasien Ke Kamar Perawatan atau Tindakan.
 - Pemulangan Pasien Meninggal Dunia.
 - Mencegah Kekeliruan Pemberian Obat Injeksi di Unit Unit Gawat Darurat.
 - Penulisan Diet Pasien Baru.
 - Cara Pengisian Label Kematian.
7. Metode penugasan/Asuhan Keperawatan yang digunakan di Unit Gawat Darurat menggunakan metode Tim.
 8. Metode tim yang dilakukan meliputi timbang terima, *pre konferens*, pelaksanaan kegiatan asuhan dan *post konferens*.
 9. Perawat dalam membuang sampah wajib melakukan pemilahan sampah (limbah infeksius, farmasi, domestik dan benda tajam).

D . Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Gawat Darurat

1. Dokter memberikan *advice Pemeriksaan Radiologi* dan menulis permintaan di formulir radiologi.
2. Perawat memberikan formulir Radiologi untuk pendaftaran rencana tindakan Radiologi.
3. Perawat mendapatkan telepon dari Petugas Radiologi terkait jadwal pemeriksaan.
4. Perawat menyampaikan jadwal rencana tindakan *Pemeriksaan Radiologi* ke pasien/ keluarga pasien.
5. Perawat mengantarkan pasien ke Unit Radiologi dengan membawa berkas rekam medis tersebut setelah menerima telepon dari Unit Radiologi.
6. Unit Gawat Darurat dapat melihat hasil *Pemeriksaan Radiologi* melalui sistem PACS.
7. Hasil Pemeriksaan Radiologi pasien berupa *expertise*, yang akan diberikan ke pasien/keluarga pasien pada saat pasien pulang.
8. Penyimpanan hasil *Pemeriksaan Radiologi* diletakkan pada lemari status pasien.

E. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Gawat Darurat

1. Dokter menulis *advice* Pemeriksaan Laboratorium di formulir anamnesis UGD dan menulis permintaan di formulir laboratorium.
2. Perawat mengambil sampel darah dan menempelkan sampel darah tersebut di formulir laboratorium, kemudian diidentifikasi pasien dengan benar terlebih dahulu, dan barulah mengirim sample tersebut ke laboratorium.

3. Hasil pemeriksaan laboratorium pasien Unit Gawat Darurat dapat dilihat di sistem komputer atau berupa *hard copy* yang akan dikirimkan oleh Unit laboratorium ke Unit Gawat Darurat.
4. Perawat mendapat telepon dari Petugas laboratorium terkait hasil kritis laboratorium selanjutnya Perawat melakukan pelaporan ke Dokter jaga UGD yang selanjutnya akan di laporkan kepada DPJP.

F. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Gawat Darurat

1. Rekam Medis pasien yang berobat ke UGD akan di kirim oleh Petugas Rekam Medis ke UGD.
2. Semua kegiatan asuhan pasien wajib dicatat di rekam medis pasien.
3. Semua rekam medis pasien wajib terisi lengkap.
4. Supervisi kelengkapan rekam medis pasien dilakukan setiap hari oleh Kepala Unit.
5. Unit Gawat Darurat melakukan permintaan formulir- formulir ke Logistik Umum menggunakan formulir permintaan barang rutin/tidak rutin (untuk formulir yang tidak disediakan oleh Logistik Umum).
6. Formulir- formulir harus tertata rapih di rak/lemari formulir.

G. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Gawat Darurat

1. Dokter menulis *advice* obat di Formulir Resep.
2. Perawat menulis permintaan alat kesehatan di formulir pemakaian alat kesehatan.
3. Permintaan obat/alat kesehatan/cairan untuk pasien di Unit Gawat Darurat ke Unit Farmasi (Depo Farmasi UGD) :
 - a) Menggunakan/resep obat/form pemakaian alat kesehatan ke Depo Farmasi UGD.
 - b) Untuk pemberian obat mahal akan dilakukan persetujuan tertulis dari pasien/penanggungjawab pasien
 - c) Perawat menerima obat pasien dengan cara mengecek terlebih dahulu jenis obat dan alkes yang akan di berikan ke pasien dan langsung memberikan nya kepada pasien UGD.
 - d) Dokumentasi instruksi dan pemberian obat terdapat dalam formulir Assesment Unit Gawat Darurat.
4. Permintaan BMHP ke Logistik Farmasi dengan cara:
 - a) Jadwal permintaan BMHP setiap hari Senin.
 - b) Menggunakan formulir permintaan barang ke logistik farmasi.
 - c) Formulir permintaan barang ke logistik farmasi diserahkan ke Logistik Farmasi.
 - d) Unit Gawat Darurat mengambil BMHP ke Logistik Farmasi sesuai dengan jadwal.
 - e) Unit Gawat Darurat memasukkan BMHP ke dalam lemari BMHP.
 - f) Keluar masuk BMHP dicatatat dalam kartu stok.

H. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Gawat Darurat

1. Standar linen kamar Perawatan Unit Gawat Darurat terdiri dari:
 - a) Laken.
 - b) Stik laken.
 - c) Sarung bantal.

- d) Selimut.
- e) *Patient cloth* (kimono)/baju pasien untuk tindakan.
- f) Bantal.
- 2. Unit Gawat Darurat menyimpan linen bersih di lemari linen.
- 3. Pencatatan keluar masuk linen bersih dicatat di dalam kartu stok masing masing jenis linen.
- 4. Linen Unit Gawat Darurat disusun rapih berdasarkan sesuai dengan jenis linen.
- 5. Unit Gawat Darurat tersedia troli linen kotor.
- 6. Linen kotor dibedakan jenis infeksius dan non infeksius.
- 7. Linen kotor infeksius dimasukkan dalam kantong plastik warna kuning.
- 8. Linen kotor non infeksius dimasukkan dalam kantong plastik warna putih.
- 9. Penyortiran linen kotor wajib dilakukan sebelum dimasukkan ke kantong plastik.
- 10. Serah terima linen kotor dan bersih dicatat dalam Form serah terima linen.
- 11. Pengambilan linen kotor oleh binatu dilakukan di ruangan *dirty utility* :
 - a) Pagi (Pukul 07.00 s/d 10.00 WIB).
 - b) Sore (Pukul 12.00 s/d 15.00 WIB).
- 12. APD (*Gown*, apron, masker, sarung tangan) harus digunakan pada saat penghitungan linen kotor.
- 13. Penerimaan linen bersih di Unit Gawat Darurat :
 - a) Siang (Pukul 10.00 s/d 13.00 WIB).
 - b) Sore (Pukul 15.00 s/d 17.00 WIB).
 - c) Diluar jam tersebut Unit Gawat Darurat dapat meminta linen ke Urusan binatu jika dibutuhkan.
- 14. Jadwal penggantian *curtain* Unit Gawat Darurat :
 - a) Jadwal penggantian *Gordyn* (3 bulan 1 kali).
 - b) Jadwal penggantian *Vitrage* (2 bulan 1 kali).
 - c) Jadwal penggantian *Blackout* (6 bulan 1 kali).
 - d) Jadwal penggantian *vertical blind* (1 tahun 1 kali).
 - e) Diluar jadwal tersebut bisa dilakukan jika diperlukan.
- 15. Kebutuhan linen steril di Unit Gawat Darurat dapat diambil di CSSD.
- 16. Penggunaan baju Ruang Isolasi digunakan oleh Petugas kesehatan dan penunggu pasien. Pasien menggunakan baju pasien.
- 17. Pencucian kasur Rawat Inap dilakukan dan diturunkan mengikuti sesuai jam operasional Urusan Binatu.
- 18. Pasien Unit Gawat Darurat yang meninggal pemulasaran jenazah menggunakan linen jenazah.
- 19. *Inventory* linen Unit Gawat Darurat dilakukan setiap satu bulan sekali bersama dengan Urusan Binatu.

I. Tatalaksana Kegiatan Pemulangan Pasien di Unit Gawat Darurat

- 1. Pemulangan Pasien atas *advice* Dokter
 - a) Dokter jaga UGD memberikan *advice* pasien boleh pulang.
 - b) Petugas Administrasi menyiapkan formulir perincian tindakan dan pemakaian alat kesehatan untuk pasien rencana pulang.
 - c) Dokter melakukan *order* obat pulang pasien dengan menuliskan resep obat ke Unit Farmasi Rawat Jalan.

- d) Serah terima obat pasien pulang dilakukan oleh Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan.
 - e) Perawat membuat resume Keperawatan, resume medis di isi oleh Dokter UGD dan surat sakit (jika ada).
 - f) Perawat memberikan hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang kepada pasien dan keluarga.
 - g) Perawat membereskan status rekam medis pasien pulang.
2. Pemulangan Pasien yang memerlukan rujukan ke RS lain/membutuhkan fasilitas lebih lengkap dan canggih
- a) Dokter jaga UGD memberikan *advice* pasien di rujuk ke RS lain sesuai kebutuhan medis.
 - b) Perawat mempersiapkan prosedur rujukan sesuai ketentuan.
 - c) Petugas Administrasi menyiapkan formulir perincian tindakan dan pemakaian alat kesehatan untuk pasien rencana dirujuk.
 - d) Dokter melakukan *order* obat pasien dirujuk dengan menuliskan resep obat ke Unit Farmasi Rawat Jalan.
 - e) Serah terima obat pasien dirujuk dilakukan oleh Petugas Unit Farmasi kepada petugas UGD.
 - f) Perawat membuat resume Keperawatan, resume medis di isi oleh Dokter UGD, surat rujukan dan surat sakit (jika ada).
 - g) Perawat memberikan hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang kepada pasien dan keluarga.
 - h) Perawat membereskan status rekam medis pasien pulang di rujuk dan melakukan proses rujukan.
3. Pemulangan Pasien atas permintaan pasien atau keluarga
- a) Dokter jaga UGD memberikan *advice* pasien belum boleh pulang sesuai indikasi medis.
 - b) Perawat menyiapkan formulir penolakan tindakan untuk syarat pemulangan pasien atas permintaan sendiri atau keluarga.
 - c) Petugas Administrasi menyiapkan formulir perincian tindakan dan pemakaian alat kesehatan untuk pasien rencana pulang atas permintaan pasien atau keluarga.
 - d) Dokter melakukan *order* obat pulang pasien dengan menuliskan resep obat ke Unit Farmasi Rawat Jalan.
 - e) Serah terima obat pasien pulang dilakukan oleh Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan.
 - f) Perawat membuat resume Keperawatan, resume medis di isi oleh Dokter UGD, formulir pernyataan penolakan, formulir surat keterangan pasien pulang atas permintaan sendiri dan surat sakit (jika ada).
 - g) Perawat memberikan hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang kepada pasien dan keluarga.
 - h) Perawat membereskan status rekam medis pasien pulang atas permintaan sendiri.
4. Pemulangan Pasien Meninggal
- a) Dokter jaga UGD memberikan *advice* pasien boleh pulang setelah dinyatakan meninggal atau *Death On Arrival* (DOA).

- b) Perawat mempersiapkan Perawatan jenazah sesuai dengan kategori infeksius dan non infeksius
- c) Petugas Administrasi menyiapkan formulir perincian tindakan dan pemakaian alat kesehatan untuk pasien meninggal.
- d) Perawat membuat resume Keperawatan, resume medis di isi oleh Dokter UGD dan sertifikat penyebab kematian.
- e) Perawat menyiapkan hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang.
- f) Perawat memberikan hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang kepada keluarga pasien.
- g) Serah terima berkas pasien pulang dilakukan oleh Petugas UGD.
- h) Perawat melakukan dokumentasi di status rekam medis pasien pulang dengan status meninggal.

J. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Ambulans di Unit Gawat Darurat

1. Pelayanan ambulans *internal* (ambulans milik rumah sakit intan husada)
 - a) Ada permintaan pelayanan ambulans dari seluruh unit pelayanan RS Intan Husada;
 - b) Petugas pemesan menghubungi petugas UGD untuk pelayanan ambulans sesuai kebutuhan misalnya pengantaran jenazah, pasien gawat darurat, pasien sakit ringan atau sedang;
 - c) Petugas UGD mengkoordinasikan dengan PJ ambulans/ *driver* terkait pelayanan ambulans sesuai dengan kebutuhan;
 - d) Petugas mendokumentasikan pelayanan ambulans di Formulir pemakaian ambulans;
 - e) Pelayanan ambulans di laksanakan setelah biaya administrasi diselesaikan oleh pasien/ wali pasien;
 - f) *Driver* mengantarkan pasien sesuai dengan kebutuhannya.
2. Pelayanan ambulans *eksternal* (ambulans milik rekanan rumah sakit intan husada)
 - a) Ada permintaan pelayanan ambulans dari seluruh unit pelayanan RS Intan Husada;
 - b) Petugas pemesan menghubungi petugas UGD untuk pelayanan ambulans sesuai kebutuhan misalnya pengantaran jenazah, pasien gawat darurat, pasien sakit ringan atau sedang;
 - c) Adanya kondisi ambulans *internal* rumah sakit sedang di gunakan pasien lain atau sedang tidak dapat digunakan (rusak, sedang *service* rutin, *Accident*)
 - d) Petugas UGD mengkoordinasikan dengan PJ ambulans/ *driver* terkait pelayanan ambulans sesuai dengan kebutuhan;
 - e) Petugas mendokumentasikan pelayanan ambulans di Formulir pemakaian ambulans;
 - f) PJ ambulance/ *driver* menghubungi unit ambulans luar yang telah bekerjasama dengan rumah sakit intan husada;
 - g) Pelayanan ambulans di laksanakan setelah biaya administrasi diselesaikan oleh pasien/wali pasien;
 - h) *Driver* mengantarkan pasien sesuai dengan kebutuhannya.

BAB V LOGISTIK

A. Perencanaan logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Unit Gawat Darurat sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien.

Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun kelompok logistik di Unit Gawat Darurat meliputi :

Tabel 5.1 Barang Logistik Umum

No	Jenis Barang Logistik Umum	Standar Stok Minimal	Alur Pengadaan	
			Rutin	Tidak Rutin
1.	Kertas A4	3 rim	√	
2.	Amplop	4 box	√	
3.	Bindex	4 pcs	√	
4.	Clip trigonal no 3 & no 5	4 pcs	√	
5.	Klip Binder 111 (25mm)/ 12 pcs	3 pcs	√	
6.	Spidol permanen dan board marker	4 pcs	√	
7.	Pulpen, Pensil, penghapus	20 pcs	√	
8.	Lem kertas	3 pcs	√	
9.	Label 108,109/ 10 shet	5 pak	√	
10.	Label 103/ 10 shet	5 pak	√	
11.	Lakban bening, lakban hitam	3 pcs	√	
12.	Refil tinta printer	3 pcs	√	
13.	Status rekam medis pasien	3 bundel	√	
14.	Isi <i>Cutter</i> dan <i>staples</i>	3 pak	√	
15.	Plastik <i>Cover</i>	1 rim	√	
16.	Buku Kecil	3 pcs	√	
17.	Formulir formulir asuhan pasien	3 bundel	√	

18.	Formulir rincian tindakan dan alkes	3 bundel	√	
19.	<i>Staples</i> No 3, 10	3 pcs	√	
20.	Tisu <i>Facial</i>	3 pcs	√	
21.	Medi Trash Plastik Kuning, Putih 60 x 100 cm/ 16 lembar	3 pcs	√	
22.	Plastik Kuning 55X 60 cm	3 pcs	√	
23.	Plastik Klip Obat 25x 35/100 lembar	3 pcs	√	
24.	Plastik putih polos 24 cm/100pcs	3 pcs	√	
25.	Pos It 3 x 3 Inch /100 pcs	3 pcs	√	
26.	Baterai AAA (Kecil)	3 pcs	√	
27.	Baterai AA (Sedang)	3 pcs	√	
28.	Baterai C (Besar)	4 pcs	√	
29.	Kanebo	1 pcs		√
30.	Sepatu <i>Boots</i>	4 pcs		√

Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi

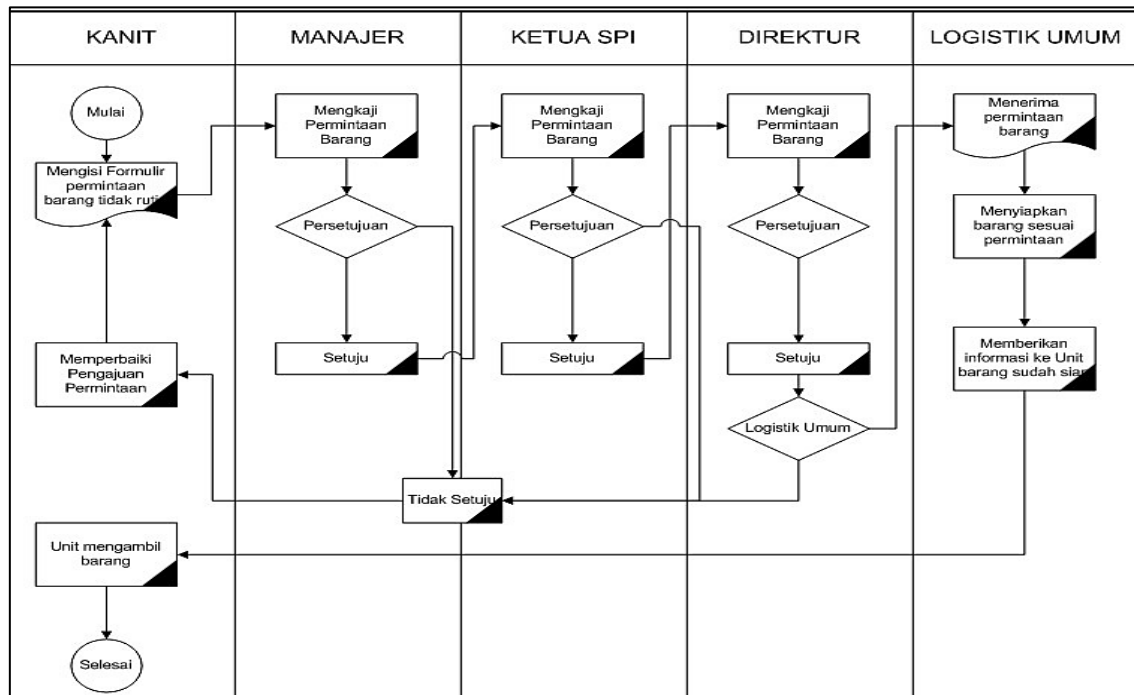
No	Jenis Barang Logistik Farmasi	Standar Stok Minimal	Alur Pengadaan	
			Rutin	Tidak Rutin
1.	<i>Needle</i> Berbagai Ukuran	5 pcs	√	
2.	<i>Guedel</i> Berbagai Ukuran	5 pcs	√	
3.	<i>Micropore</i> 1 inch/0,5 inch	5 pcs	√	
4.	OK Plast 100pcs	3 box	√	
5.	<i>Alcohol Swabs</i> 100 pcs	3 box	√	
6.	<i>Hypafix</i> 10cm x 5m	3 box	√	
7.	<i>Nurse Cap</i> 100 pcs	4 box	√	
8.	Masker Bedah 50 pcs	7 box	√	
9.	Masker N 95	3 box	√	
10.	Sarung Tangan S,M,L 100 pcs	7 box	√	
11.	Sarung Tangan Steril	30 pcs	√	

12.	<i>Three Way Discofix Stopcock</i>	5 pcs	√	
13.	<i>Three Way Discovix Tubing</i>	5 pcs	√	
14.	<i>Masker Nebulizer Adult</i>	5 pcs	√	
15.	<i>Suction Catheter</i>	5 pcs	√	
16.	Extension Tube 150cm	5 pcs	√	
17.	Transfusion Set	5 pcs	√	
18.	Tongue Spatel Plastik	5 pcs	√	
19.	<i>Dextrose 5% 500 ml</i>	5 pcs	√	
20.	Elektroda Adult	20 pcs	√	
21.	Nacl 0.9 % 500 ml	5 pcs	√	
22.	Futrolit 500 ml	3 pcs	√	
23.	Kassa Tampon 5x5 cm	3 pak	√	
24.	Sput Insulin	5 pcs	√	
25.	Sput 50cc	5 pcs	√	
26.	Sput 20 cc	5 pcs	√	
27.	Sput 10 cc	5 pcs	√	
28.	Sput 5 cc	5 pcs	√	
29.	Sput 3 cc	5 pcs	√	
30.	Sput 1 cc	5 pcs	√	
31.	Folley <i>Catheter</i> Berbagai Ukuran	3 pcs	√	
32.	<i>Cathjelly</i>	3 pcs	√	
33.	<i>Urine Bag</i>	3 pcs	√	
34.	IV Chateter Berbagai Ukuran	5 pcs	√	
35.	<i>Transparan Dressing</i>	5 pcs	√	
36.	Nasal Kanul	5 pcs	√	
37.	<i>Simple Mask</i>	pcs	√	
38.	Rebreathing Mask	pcs	√	

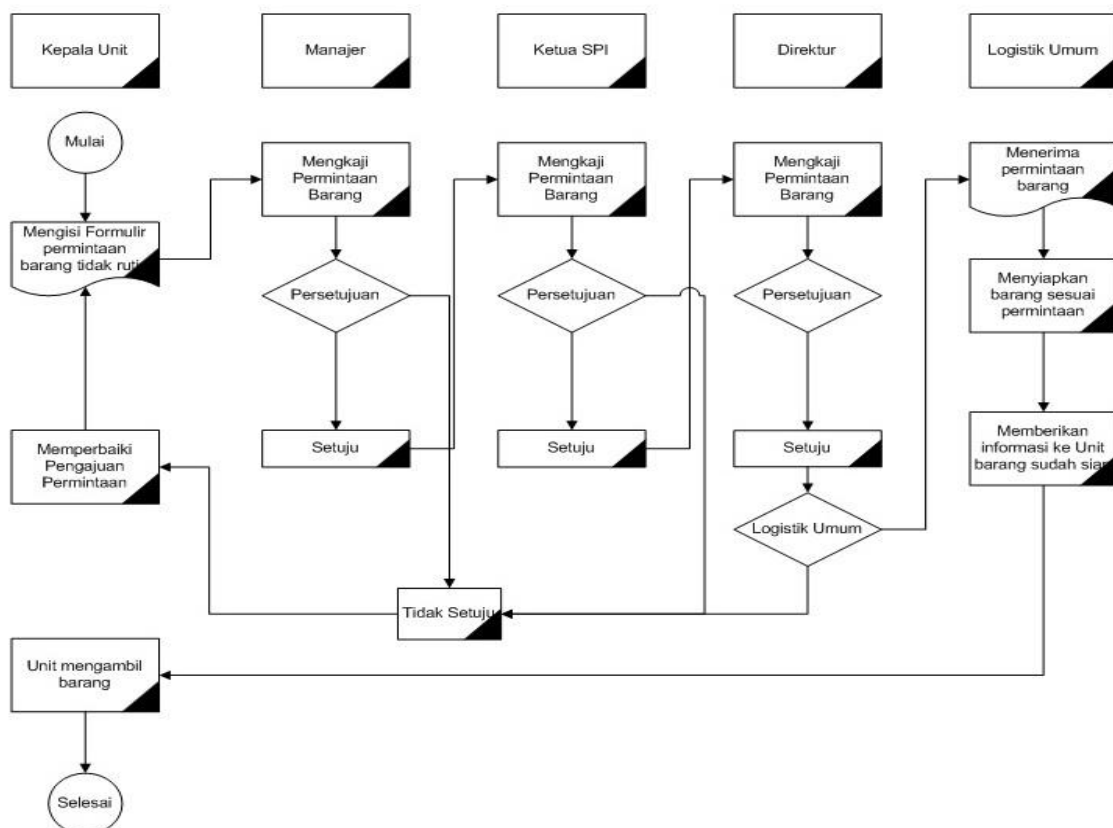
39.	<i>Non Rebreathing Mask</i>	pcs	√	
40.	NGT Berbagai Ukuran	pcs	√	
41.	<i>Catheter Tip 50 MI</i>	pcs	√	
42.	Pampers Dewasa (All Size)	pcs	√	
43.	<i>Underpad</i>	pcs	√	
44.	<i>Povidone Iodine 1 Liter</i>	pcs	√	
45.	<i>Dextrose 40% 25 ML</i>	pcs	√	
46.	<i>Dextrose 10 % 500 ml</i>	pcs	√	
47.	<i>Water Injection 25 ML</i>	pcs	√	
48.	<i>Aquabides 500 ml</i>	pcs	√	
49.	Nacl 0.9% 500 ml	pcs	√	
50.	RL 500 ml	pcs	√	
51.	KY Jeli	pcs	√	
52.	<i>Medical Duk 120 X 120 cm/ 20 Lembar</i>	pcs	√	
53.	Lomatull H 10 x 10 cm/ 10 pcs	pcs	√	
54.	Kertas EKG Fukuda Denshi 110mm x 120mmx 142 sheets	pcs	√	
55.	<i>Cetride (disinfectan) 5 Liter</i>	pcs	√	
56.	<i>Aniosyme DD1 (enzymatic) 5 Liter</i>	pcs	√	

Pengadaan logistik di Unit Gawat Darurat dilakukan melalui Logistik Umum dan/atau Logistik Farmasi, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan.

Adapun pengadaan logistik di Unit Gawat Darurat dilakukan berdasarkan alur sebagai berikut :



Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik



Gambar 5.2 Bagan Alur Pengadaan Logistik Tidak Rutin

B. Pengendalian Logistik

Pengendalian dilakukan terhadap jenis, jumlah dan penggunaan logistik. Tujuan pengendalian persediaan logistik adalah untuk memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan logistik. Adapun cara untuk mengendalikan persediaan logistik di Unit Gawat Darurat adalah :

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
3. *Stock opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

C. Monitoring dan Evaluasi Logistik

Untuk mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan kegiatan dan pengembangan di Unit Gawat Darurat diperlukan adanya manajemen kegiatan berupa monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
2. Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan. Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien

Untuk mencegah terjadinya risiko keselamatan pasien dalam di Unit Gawat Darurat maka semua unit-unit di Unit Gawat Darurat wajib melakukan identifikasi risiko keselamatan pasien sesuai dengan Pedoman Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Identifikasi keselamatan pasien antara lain:

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
2. Meningkatkan komunikasi yang efektif.
3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.
4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.
5. Mengurangi risiko infeksi akibat Perawatan kesehatan.
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

Manajemen Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat yakni:

1. Melakukan identifikasi pasien sesuai standar yang berlaku.
2. Peningkatan komunikasi efektif.
 - a) Melakukan komunikasi efektif SBAR pada saat :
 - 1) Komunikasi antar Perawat.
 - 2) Komunikasi Perawat dengan Dokter.
 - 3) Komunikasi antar staf kesehatan lainnya yang bertugas di Rumah sakit.
 - b) Menggunakan komunikasi SBAR pada saat :
 - 1) Pergantian *shift* jaga.
 - 2) Terjadi perpindahan rawat pasien.
 - 3) Terjadi perubahan situasi atau kondisi pasien.
 - 4) Melaporkan hasil pemeriksaan, efek samping terapi/tindakan, atau perburukkan kondisi pasien melalui telepon kepada Dokter yang merawat.
3. Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai.
 - a) Melaksanakan SPO *Independent Double Check*, Obat kewaspadaan tinggi pada obat-obat yang termasuk dalam daftar obat *High Alert*.
 - b) Melakukan pengkajian 5 tepat (tepat jenis, tepat pasien, tepat dosis, tepat rute, tepat cairan pelarut) baik obat, darah maupun produk darah lain sebelum diberikan kepada pasien.
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien pada operasi.
5. Pengurangan Risiko Infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - a) Melakukan pengisian formulir data pemantauan surveilans:
 - 1) Infeksi luka infus/ flebheitis.
 - 2) Infeksi aliran darah.
 - 3) Infeksi saluran kemih.
 - 4) Infeksi daerah operasi.
 - 5) HAP (*Hospital Acquired Pneumonia*).
 - 6) Kepatuhan kebersihan tangan.

- b) Melakukan pemantauan kegiatan pengendalian infeksi.
 - c) Melakukan pelaporan dan analisa kejadian infeksi.
 - d) Melakukan sosialisasi hasil analisa kejadian infeksi.
 - e) Melakukan evaluasi kegiatan pengendalian infeksi.
6. Pengurangan Risiko pasien jatuh:
- a) Melakukan pencegahan pasien jatuh dengan *assesment* risiko dan tindak lanjut kepada pasien yang dirawat.
 - b) Melakukan pengkajian risiko pasien jatuh dan edukasi pasien dan keluarga.
 - c) Melaporkan kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi.
 - d) Melakukan analisa sederhana terhadap kejadian KTD yang terjadi di masing-masing unit pelayanan.
 - e) Melakukan sosialisasi hasil analisa KTD yang terjadi.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien

1. Tata Laksana Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien terdapat 7 langkah menuju keselamatan pasien Rumah Sakit. Adapun 7 langkah tersebut adalah :

- a) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b) Memimpin dan mendukung karyawan. Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
- c) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan pengkajian hal potensial bermasalah.
- d) Mengembangkan sistem pelaporan. Memastikan karyawan agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta Rumah Sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit).
- e) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Mengembangkan cara-cara yang terbuka dengan pasien.
- f) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa suatu kejadian timbul.
- g) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

2. Standar Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien ada beberapa standar yang harus diterapkan, yaitu:

- a) Hak pasien.
- b) Mendidik pasien dan keluarga.
- c) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
- d) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- e) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- f) Mendidik karyawan tentang keselamatan pasien.

-
- g) Komunikasi yang merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien.
3. Sasaran Keselamatan Pasien
- a) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - b) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan limbah termasuk limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun).
 - c) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan sanitasi dan lingkungan.
 - d) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan linen.
 - e) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan makanan.
4. Pelaporan insiden keselamatan pasien
- Adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.
- Medication error** terjadi akibat pemberian obat ataupun salah mendiagnosis yang berdampak pada kesalahan dalam pemberian obat, yang termasuk kesalahan dalam pengobatan (*Medication Error*) adalah :
- a) Salah Obat.
 - b) Salah dosis.
 - c) Salah jumlah obat.
 - d) Salah resep/*order* yang berkaitan dengan penyakit atau kondisi pasien.
 - e) Salah aturan pakai obat/frekuensi pemberian.
 - f) Salah rute pemberian (Misalnya seharusnya diberikan intramuscular tetapi diberikan intravena).
 - g) Salah pasien.
 - h) Salah indikasi.
 - i) Obat Kadaluaarsa.

BAB VII KESELAMATAN KERJA

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahan, landasan kerja dan lingkungan kerja serta cara-cara melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang berada di rumah sakit termasuk Unit Gawat Darurat dengan demikian keselamatan kerja adalah dari, oleh dan untuk setiap tenaga kerja dan orang lain yang berada di rumah sakit serta masyarakat di sekitar rumah sakit yang mungkin terkena dampak akibat suatu proses kerja. Dengan demikian jelas bahwa keselamatan kerja adalah merupakan sarana utama untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang dapat menimbulkan kerugian yang berupa luka / cidera, cacat / kematian, kerugian harta benda dan kerusakan peralatan mesin dan lingkungan secara luas.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit Gawat Darurat dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja Risiko Keselamatan Staf (*Staff Safety*)

1. Tertusuk jarum suntik.
2. Terpapar cairan tubuh pasien (bahan infeksius).
3. Terpapar bahan kimia cair.
4. Terpapar infeksi terutama *air-borne*.
5. Terpapar bahaya radiasi dari obat kemoterapi.
6. *Security hazard* dari pasien/pengunjung.

B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja Manajemen Keselamatan Staf

1. Menerapkan *universal precaution* dalam setiap tindakan.
2. Selalu menggunakan Alat Pelindung Diri (sarung tangan, masker, alat pelindung mata/muka) pada saat melakukan prosedur.
3. *Sputum* dan benda tajam lainnya diletakkan dalam wadah tahan tusuk. Jangan menutup, membengkokkan atau mematahkan benda tajam secara manual.
4. Permukaan meja, lantai harus didekontaminasi dengan desinfektan kimiawi setelah ada tumpahan bahan infeksius.
5. Pengadaan, penyimpanan, pemakaian dan pembuangan B3 sesuai dengan prosedur.
6. Monitoring paparan radiasi dengan personal monitor.
7. Prosedur penanganan *needle stick injury* dan cairan tubuh lainnya.
8. Pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi RS.
9. Penanaman budaya *safety*.
10. Memberikan pendidikan untuk setiap prosedur dan bahan berbahaya yang baru
11. Melakukan edukasi bencana :
 - a) Kode yang diumumkan melalui *paging* : belum ada
Red Code : pemberitahuan kebakaran.

- Green Code* : pemberitahuan gempa.
- Blue Code* : pemberitahuan henti jantung.
- b) Kode yang tidak diumumkan melalui *paging* : belum ada
 - Black Code* : pemberitahuan ancaman bom.
 - Purple Code* : Evakuasi pasien karena ada penyanderaan.
 - Pink Code* : pemberitahuan penculikan bayi/ anak.
 - Yellow Code* : pemberitahuan *emergency internal* RS.
 - Orange Code* : pemberitahuan *emergency exsternal* RS.
- 12. Melakukan edukasi kebakaran
 - a) Prosedur bila menemukan api : RACE
 - R / *Rescue* : selamatkan orang dekat api.
 - A / *Alarm* : tekan alarm atau hubungi *security* di 8888. belum ada
 - C / *Confine* : batasi perjalanan api dengan menutup pintu/jendela.
 - E / *Extinguish* : padamkan api dengan APAR.
 - b) Prosedur penggunaan APAR : PASS
 - P / Pin pengaman dicabut.
 - A / Arahkan *spray nozzle* ke dasar api.
 - S / Semprotkan APAR dengan menekan *handle*.
 - S / Sapukan ke sisi-sisi api.
 - c) Prosedur bila mendengar *Code Red* : 4S
 - S / Stop pekerjaan.
 - S / Siapkan pasien-pasien, rekam medis dan peralatan penting lainnya yang akan di evakuasi.
 - S / Setelah terdengar instruksi lewat *paging* lakukan evakuasi sesuai dengan petunjuk.
 - S / Selalu menggunakan tangga darurat.
- 13. Melakukan edukasi bila terjadi gempa :
 - J / Jangan tinggalkan ruangan sampai gempa berhenti.
 - J / Jatuhkan tubuh/berlindung dibawah meja atau *furniture* yang kokoh.
 - J / Jauhi benda yang mudah jatuh.
 - J / Jangan panik dan tunggu instruksi selanjutnya.
- 14. Melakukan edukasi mengenai nomor *extension* RSIH yang bisa dihubungi bila terjadi bencana :
 - a) Nomor *extension* 8888 : untuk memberitahukan adanya bencana.
 - b) Nomor *extension* 1111 : untuk memberitahukan adanya *Code Blue*.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja

1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pegawai:
 - a) Pemeriksaan kesehatan prakerja.
 - b) Pemeriksaan kesehatan berkala.
 - c) Pencegahan dan penanganan kecelakaan kerja (tertusuk jarum bekas).
 - d) Pencegahan dan penanganan penyakit akibat kerja.
 - e) Penanganan dan pelaporan kontaminasi bahan berbahaya.
 - f) *Monitoring* ketersediaan dan kepatuhan pemakaian APD bagi staf.
 - g) *Monitoring* penggunaan bahan desinfeksi.

2. Pengelolaan Bahan dan Barang Berbahaya:
 - a) *Monitoring* kerjasama pengendalian hama.
 - b) *Monitoring* ketentuan pengadaan jasa dan barang berbahaya.
 - c) Memantau pengadaan, penyimpanan dan pemakaian B3.
3. Kesehatan Lingkungan Kerja:
 - a) Penyehatan ruang bangunan dan halaman Rumah Sakit.
 - b) Penyehatan *hygiene* dan sanitasi makanan dan minuman.
 - c) Penyehatan air.
 - d) Pengelolaan limbah.
 - e) Pengelolaan tempat pencucian.
 - f) Pengendalian serangga, tikus, dan binatang pengganggu.
 - g) Desinfeksi dan sterilisasi.
 - h) Kawasan tanpa rokok.
4. Pengelolaan Limbah Medis Padat, Cair dan Gas:

Proses pengelolaan limbah dimulai dari identifikasi, pemisahan, labeling, pengangkutan, penyimpanan hingga pembuangan/ pemusnahan. Kategori limbah medis padat terdiri dari benda tajam, limbah infeksius, limbah patologi, limbah sitotoksik, limbah tabung bertekanan, limbah dengan kandungan logam berat, limbah farmasi, limbah kimia. Pemisahan limbah sesuai jenisnya, antara lain limbah infeksius, non infeksius, limbah benda tajam dan limbah cair. Wadah tempat penampungan sementara diberi label sesuai pemilahannya yaitu kuning infeksius, hitam non infeksius, coklat kimia farmasi, ungu sitotoksik, dan *safety box* untuk benda tajam. Pengangkutan menggunakan troli khusus yang kuat, tertutup dan mudah dibersihkan, Petugas dalam pengangkutan menggunakan APD untuk dibawa ke tempat penampungan sementara (TPS) yang bertempat di area terbuka dan dapat dijangkau oleh kendaraan pihak ke 3.

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

Pengendalian mutu di Unit Gawat Darurat dilakukan berdasarkan standar mutu rumah sakit yang meliputi :

A. Indikator Mutu

Tabel 8. 1 Kelengkapan Pengisian Asesmen Awal Medis Pasien 1x24 jam

Tujuan	Sasaran	Indikator	PIC
Meningkatkan persentase kelengkapan formulir asesmen awal medis pasien UGD	Formulir asesmen awal medis di formulir Asesment UGD diisi oleh Dokter jaga UGD	100% formulir asesmen awal medis terisi lengkap dalam 1 x 24 jam	Penanggung Jawab Mutu Unit

Tabel 8.2 Kepuasan Pasien Unit Gawat Darurat

Tujuan	Sasaran	Indikator	PIC
Tergambarnya persepsi keuasan pasien Unit Gawat Darurat terhadap mutu pelayanan UGD	Penilaian kepuasan dari pasien Unit Gawat Darurat	90% pasien Unit Gawat Darurat puas	Penanggung Jawab Mutu Unit

Tabel 8.3 Kepatuhan identifikasi pasien

Tujuan	Sasaran	Indikator	PIC
Tergambarnya kepatuhan PPA dalam memastikan kebenaran data dari rekam medis pasien dan agar tidak terjadinya kesalahan dalam pemberian tindakan pelayanan pasien selama Perawatan di rumah sakit.	PPA (Dokter, Perawat, Dietisien, Apoteker) di Unit Gawat Darurat	100% PPA melakukan identifikasi pasien	Penanggung Jawab Mutu Unit

Tabel 8.4 Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh

Tujuan	Sasaran	Indikator	PIC
Mengurangi terjadinya risiko cedera akibat pasien jatuh	Perawat melakukan edukasi informasi dan implementasi pencegahan risiko jatuh	100% Perawat melakukan edukasi informasi dan implementasi pencegahan risiko jatuh pada pasien Unit Gawat Darurat	Penanggung Jawab Mutu Unit

B. Monitoring

Monitoring merupakan salah satu fungsi manajemen yang mengusahakan agar pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana, target, instruksi, pedoman, standar, peraturan dan hasil yang telah ditetapkan sebelumnya agar mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam hal ini, monitoring dilakukan terhadap 4 indikator mutu Unit Gawat Darurat.

C. Evaluasi

Evaluasi adalah proses dan langkah - langkah yang dilakukan oleh Unit Gawat Darurat dalam melakukan analisa mendalam terhadap proses dan hasil pengukuran indikator serta proses perbaikan dan peningkatan mutu, serta mencakup standar acuan dan pengolahan data. Dalam hal ini, evaluasi dilakukan dengan cara melakukan pembinaan untuk meningkatkan kinerja dari Unit Gawat Darurat yang dilakukan pada setiap akhir program yang didalamnya termasuk program manajemen risiko.

D. Pelaporan

Laporan dilakukan sebagai bahan untuk peningkatan pelayanan di Unit Gawat Darurat. Pelaporan indikator mutu dilakukan oleh Unit Gawat Darurat setiap bulan ke kepala Unit Gawat Darurat dan Komite PMKP.

E. *Continuous Improvement*

Continuous improvement adalah proses perbaikan dan peningkatan mutu yang dilakukan oleh Unit Gawat Darurat yang merupakan upaya untuk memastikan bahwa setiap proses perbaikan dan peningkatan mutu dapat dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan meliputi:

1. Penyusunan program kerja unit terkait hasil analisa indikator mutu Unit di Unit Gawat Darurat.
2. Revisi prosedur dan kebijakan, maupun penyusunan prosedur/ kebijakan baru di Unit Gawat Darurat.
3. Sosialisasi dan reedukasi terkait indikator mutu unit di Unit Gawat Darurat.
4. Pengembangan staf Unit Gawat Darurat melalui pendidikan dan pelatihan.

BAB IX PENUTUP

Pedoman Pelayanan Unit Gawat Darurat ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit, sehingga dapat meningkatkan derajat keselamatan dan kesehatan pekerja yang setinggi-tingginya dan timbul pekerjaan yang efektif dan efisien.

Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja akan terlaksana dengan optimal bila didukung oleh pengambil kebijakan dan seluruh staf kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu staf di rumah sakit diharapkan mampu memahami program keselamatan dan kesehatan kerja, agar tercipta efektifitas kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiyani, V.M., Andri,M.T., dan Eko,R. 2015. Analisis Peran Perawat Triase Terhadap Waiting Time dan Length of Stay Pada Ruang Triage di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit dr.Saiful Anwar Malang. Jurnal CARE3 (1): 39-50.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik-Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta. 1992. Pedoman Pelayanan Gawat Darurat. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 6 Februari 2008. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta