

# **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**



## **PENANGANAN PASIEN DENGAN RUANG RAWAT INAP TIDAK TERSEDIA**

NOMOR : 019/SPO/UGD/RSIH/XII/2022  
NO. REVISI : 00  
TANGGAL PENGESAHAN : 16 Desember 2022


## LEMBAR VALIDASI DAN PERSETUJUAN

Jenis Dokumen : SPO  
 Nomor Dokumen : 019/SPO/UGD/RSIH/XII/2022  
 Judul Dokumen : PENANGANAN PASIEN DENGAN RUANG RAWAT INAP  
 TIDAK TERSEDIA  
 Nomor Revisi : -

	Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	: Iman Nurjaman, S.Kep., Ners	Kepala Unit Gawat Darurat		16.12.2022
	: Ryan Herlan Fauzi, S.Kep., Ners	Manajer Pelayanan Pasien		16.12.2022
	: Baga Erlangga, S.Kep	Kepala Ruangan Asoka		16.12.2022
	: Tresna Suci Novalani W, Amd. Kep	Kepala Ruangan Akasia		16.12.2022
	: Yeliani Rachmi Fauzi, Amd. Kep	Kepala Ruangan Anthurium		16.12.2022
	: Vera Oktapiani, Amd. Kep	Kepala Ruangan Azalea		16.12.2022
	: Elis Dida Junica, Amd. Kep	Kepala Unit Rawat Jalan		16.12.2022
	: Hinda Setiawati, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Dewasa		16.12.2022
	: Resti Fauziah, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Anak		16.12.2022
	: Lia Susilawati, S.Kep, Ners	Kepala Unit Kamar Bedah		16.12.2022
	: Yusti Meliana, Amd. Keb	Kepala Unit Kamar Bersalin		16.12.2022
Verifikator	: Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		16.12.2022
	: dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		16.12.2022
Validator	: drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		16.12.2022

	PENANGANAN PASIEN DENGAN RUANG RAWAT INAP TIDAK TERSEDIA		
	No. Dokumen 019/SPO/UGD/RSIH/XII/2022	No. Revisi 00	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 16-12-2022	Ditetapkan oleh: Direktur,  drg. Muhammad Hasan, MARS	
PENGERTIAN	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Penanganan pasien dengan Ruang Rawat Inap tidak tersedia adalah suatu kondisi pasien datang ke rumah sakit memerlukan tindak lanjut di Ruang Rawat Inap atau Ruang Rawat Intensif yang diitujukan tidak tersedia, baik pasien dari Unit Gawat Darurat dan/atau Unit Rawat Jalan</li><li>2. SISROUTE adalah Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi milik Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang dapat diakses secara nasional oleh semua fasilitas kesehatan</li><li>3. MPP adalah Manajer Pelayanan Pasien yang bertugas <i>office hour</i></li><li>4. Ruang Transit adalah ruang penempatan sementara pasien yang akan di Rawat Inap saat Ruang Rawat Inap belum tersedia sesuai dengan kriteria pasien Ruang Transit</li></ol>		
TUJUAN	Sebagai acuan dan langkah-langkah dalam penanganan pasien dengan Ruang Rawat Inap tidak tersedia		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Petugas Unit Gawat Darurat/Rawat Jalan mendapatkan informasi Ruangan Rawat Inap/Ruang Intensif tidak tersedia</li><li>2. Dokter melakukan pemeriksaan dan penanganan terhadap pasien di Unit Gawat Darurat/Rawat Jalan</li><li>3. Dokter memberikan informasi dan edukasi kepada pasien/wali di <i>nurse station</i> bahwa dengan kondisi Ruangan Rawat Inap/Ruang Intensif tidak tersedia penanganan pasien dilakukan secara efektif dengan cara alih rawat ke rumah sakit lain yang tersedia</li><li>4. Dokter membuat surat rujukan pasien eksternal RM 2.4 dengan melengkapi keterangan terapi, penunjang, diagnosis dan alasan dilakukan rujukan</li><li>5. Perawat menghubungi rumah sakit/fasilitas kesehatan yang di tuju melalui aplikasi online SISROUTE di <i>nurse station</i></li></ol>		



	PENANGANAN PASIEN DENGAN RUANG RAWAT INAP TIDAK TERSEDIA		
	No. Dokumen 019/SPO/UGD/RSIH/XII/2022	No. Revisi 00	Halaman 2/2
	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Perawat menghubungi via telepon rumah sakit/fasilitas kesehatan yang di tuju setelah ada respon dari SISROUTE dan dilakukan skrining pasien rujukan</li> <li>7. Perawat mempersiapkan alat medis, alat kesehatan yang diperlukan selama proses rujukan</li> <li>8. Perawat mengisi formulir permintaan layanan ambulans bagi pasien yang akan di lakukan rujukan dengan mempertimbangkan derajat transfer pasien</li> <li>9. Perawat menghubungi <i>driver</i> ambulans via telepon untuk persiapan jenis kendaraan ambulans yang akan digunakan selama proses rujukan</li> <li>10. Ketua TIM Perawat mempersiapkan petugas yang terampil dan terlatih untuk memfasilitasi pasien rujukan sesuai derajat transfer pasien dan berkoordinasi dengan MPP</li> </ol> <p><b>Catatan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akses dan Kesiambungan Pelayanan berkoordinasi dengan MPP (Manajer Pelayanan Pasien)</li> <li>2. Bagi pasien yang akan masuk Ruang Rawat Inap belum dapat ditempati pasien baru karena sedang penuh/belum tersedia atau masih menunggu pasien rawat inap pulang dapat difasilitasi di ruang transit dengan ketentuan triase hijau atau pasien triase kuning yang telah stabil atau selesai penanganan kegawatannya setelah 6 jam</li> <li>3. Bagi pasien dengan kriteria masuk rawat intensif anak/dewasa belum tersedia, dilakukan observasi maksimal di UGD selama 6 jam sampai stabil dan dilakukan proses rujukan ke rumah sakit lain</li> <li>4. Apabila pasien/wali mengajukan penundaan pelayanan petugas akan menjelaskan formulir pemberian informasi penundaan dan kelambatan pelayanan RM. 2.7</li> </ol>		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unit Rawat Jalan</li> <li>2. Unit Rawat Inap</li> <li>3. Unit Intensif Dewasa dan Anak</li> <li>4. Unit Kamar Bersalin</li> <li>5. Unit Kamar Bedah</li> <li>6. Manajer Pelayanan Pasien</li> <li>7. Divisi Keperawatan</li> <li>8. Divisi Pelayanan Medik</li> </ol>		