

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR: Kpts-4105/A000/XII/2021

TENTANG PROGRAM KERJA UNIT GAWAT DARURAT TAHUN 2022



LEMBAR VALIDASI PROGRAM KERJA UNIT GAWAT DARURAT NOMOR: Kpts- 4105/A000/XII/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Iman Nurjaman, S.Kep., Ners	Kepala Unit Gawat Darurat	90	30 .12-2021
Verifikator	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan	Had	30 12.2011
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik	ammi	30 .12.2021
Validator	1:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada	m	30.12 2011



LEMBAR PENGESAHAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA NOMOR: Kpts- 4105/A000/XII/2021

TENTANG

PROGRAM KERJA UNIT GAWAT DARURAT TAHUN 2022

Menimbang

- a. bahwa untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi rumah sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (Good Corporate Governance) dan tata kelola klinis yang baik (Good Clinical Governance), perlu didukung oleh pengorganisasian yang baik dan dikerjakan oleh sumber daya manusia yang terampil dan berkompeten sesuai bidangnya.
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Program Kerja Unit Gawat Darurat Tahun 2022.

Mengingat

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
- 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018
 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
- 9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;



- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit:
- 11. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
- 12. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada:
- 13. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
- Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021
 Tentang Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws);

MEMUTUSKAN

Menetapkan

PERATURAN DIREKTUR TENTANG PROGRAM KERJA UNIT

GAWAT DARURAT TAHUN 2022

Kesatu

Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor Kpts- 4105/A000/XII/2021 Tentang Peraturan Direktur tentang Program Kerja Unit Gawat Darurat Tahun 2022.

Kedua

Peraturan Direktur tentang Program Kerja Unit Gawat Darurat Tahun 2022 digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan peningkatan mutu pelayanan Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Intan Husada.

Ketiga

Peraturan Direktur tentang Program Kerja Unit Gawat Darurat Tahun 2022 sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.

Keempat

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: 30 Desember 2021

Direktur,

drg. Muhammad Hasan, MARS

NIK: 21110183633



LAMPIRAN

Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada

Nomor : Kpts-4105/A000/XII/2021

Tentang: Program Kerja Unit Gawat Darurat

Tahun 2022

PROGRAM KERJA UNIT GAWAT DARURAT TAHUN 2022

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 Program Kerja yang 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 Program Kerja Unit Gawat Darurat yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit Intan Husada.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan serta meningkatkan pendapatan Unit Gawat Darurat di RS Intan Husada



2. Tujuan Khusus

- a. Pemenuhan Regulasi dan dokumentasi sesuai Instrumen Standar Akreditasi Rumah Sakit
- b. Pemenuhan Standar Sesuai RS Kelas C di Unit Gawat Darurat
- c. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat
- d. Peningkatan Mutu SDM di Unit Gawat Darurat
- e. Peningkatan Pendapatan di Unit Gawat Darurat

BAB II KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

A. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

No	Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan	Pelaksana	Sasaran
1.	Pemenuhan Regulasi dan dokumentasi sesuai Instrumen Standar Akreditasi LAM KPRS	 Penyusunan Pedoman Pengorganisasian Unit Gawat Darurat Penyusunan Pedoman Pelayanan Unit Gawat Darurat Penyusunan SPO, Formulir dan Juknis Intra Unit Penyusunan SPO, Formulir dan Juknis Antar Unit Sosialisasi, Implementasi SPO, Formulir dan Juknis Intra Unit Sosialisasi, Implementasi SPO, Formulir dan Juknis Antar Unit Monev SPO, Formulir dan Juknis Intra Unit Monev SPO, Formulir dan Juknis Antar Unit 	Kanit UGD, Divisi Keperawatan & Divisi Pelayanan	100%
2.	Pemenuhan Standar Sesuai RS Kelas C di Unit Gawat Darurat	 Tersedianya Ruang Penerimaan Tersedianya Ruangan Tindakan Tersedianya Ruangan Penujang UGD 	Kanit UGD & Umum	100%
3	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat	 Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal UGD Tecapainya Perawat dan Dokter UGD memiliki Kewenangan Klinis yang Sesuai Terbentuknya TIM Penanggulangan Bencana Tercapainya Kepuasan Pelanggan 	Kanit UGD, MPP, MFK & SDM	100%
4	Peningkatan	- Tercapai Mutu Asuhan Keperawatan	Kanit UGD &	100%



	Mutu SDM di Unit Gawat Darurat	di UGD sesuai standar - Pelaksanaan Pelatihan Service Excellence - Tercapainya Kewenangan Klinis Perawat Minimal PK 3	SDM	
5	Peningkatan Pendapatan di Unit Gawat Darurat	- Tercapainya Percepatan & Kesinambungan Pelayanan UGD	Kanit UGD & MPP	100%

B. Sasaran

Sasaran Program Kerja Unit Gawat Darurat secara spesifik, terukur dan jelas sesuai dengan tujuan dari Rumah Sakit Intan Husada Garut.

C. Anggaran

Anggaran kegiatan yang dimasukan dalam program kerja tahunan merupakan perkiraan biaya yang langsung yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut.

D. Penjadwalan

Jadwal kegiatan Program Kerja diatur sedemikian rupa dengan dikoordinasikan dengan pihak terkait, jadwal kegiatan dibuat per bulan dalam satu tahun.



E. Jadwal Kegiatan

RENCANA PROGRAM, KEGIATAN, INDIKATOR, DAN TARGET KINERJA UNIT GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2022

Tujuan		Sasaran	Indikator Sasaran		Program dan Kegiatan	Data Awal	a -	72	œ ω	3 4 5 8 7 8 0 8 9 10 11 12 13 14	6 6	3 0	12	3 8	£ 0	15	61	172	Akhir	Ang	19 20
Tujuan i Terakreditasi Oleh	=	Regulasi dan dokumentasi sesuai	Tersedianya Pedoman UGD		Penyusunan Padoman	0000		1			-		-	- 1		Į,	ē		5	MOON TO	
KARS Paripurna		KPRS		1.1.1.2	Penyusunan Pedoman Pelayanan UGD	100%							1	_					100%	26	35
				1.1.3	Penyesualan Pedoman Pengorganisasian UGD,	100%													100%	*	*
				7.14	Penayungnya, Mar, Ambusance Penyesualan Pedoman Pelayanan UGD, Bergabungnya Staf Ambusance	100%													100%	•	
			Tersedienys Penduan UGD	1,1,2,1	Penyueunan Panduan Skrining Paisen	100%							4	1					100%	-	
				11.22	Penyusunan Panduan Triase	100%							1						100%	-	
				1.1.2.3	Penyusunan Penduan Transfer Pasien	75%													100%	-	
				11.24	Penyusunan Penduan Penundaan dan Kelambatan	50%													100%	_	
			Tersedianya SPO UGD	11.3.1	Penyusunan SPO Penerimaan pasien baru & Jame	10%								_					100%	_	
				1.1.3.2	Penyusunan SPO Penerimaan pasien tanpa identitas	10%													10074		
				11.3.3	Penyusunan SPO Menerima pasien rujukan dengan konfirmasi	10%													100%		
				11.3.4	Penyusunan SPO Penggunaan Ruang Dekontaminasi	10%													100%		
				1.1.3.5	Penyusunan SPO Penggunaan Ruang Isolasi	10%													100%		Unit Gawat Darurat
				1.1.3.6	Penyusunan SPO Penatalaksanaan Pasien Henti Jantung	10%													100%		
				11.3.7	Penyusunan SPO Pembagian Tugas Saat Resuetasi	10%													100%		
				1.1,3.8	Panggian Gawat Darurat	10%													100%		
				1.1.3.9	Penyusunan SPO Komunikasi Gawat Darurat	10%													100%		
				1.1.3.10	Penyusunan SPO Penggunaan obat ille saving	10%													100%		
				1.3.11	Penyusunan SPO Penanganan pasien tidak mampu	10%							100						100%		
				1.3.12	Panyusunan SPO Penangana pasien tanpa identtas	10%													100%		
				1.3.13	Panyusunan SPO Observasi pasien	10%													100%		
				1.3.14	Penyusunan SPO Penanganan pasien tidak gawat akan di rawat	10%													100%		
				1 3.15	Penyusunan SPO Penangan pasien trauma	10%													100%		
				1.3.16	Penyusunan SPO Penanganan pasian infeksius	10%													100%		
				1.1.3.17	-	10%													100%		
				1.1.3.18	Penyusunan SPO Survei Kepuasan Pasien	10%													100%		
				1 3 19	Penyusunan SPO Penanggutangan bencana masal	10%														H	

N			
MAZ		Month	MILL
E	•	T. I	E C
MS			MUN
_			

	I.2. Sosialisasi, Implementasi Regulasi																													
		Tersedianya Program Kerja UGD			Tersedianya Formulir & Juknis UGD																									
12.12	12 1.1	11.5	1.1.4.3	11.42	11.4.1	113.44	1.1.3.43	1.1.3.42	1.1.3.41	1.1.3.40	1.1,3,39	1.1.3.38	1.1.3.37	1.1.3.36	1.1.3.35	1.3.34	1.1.3.33	1.1.3.32	1.1.3.31	1.1.3.30	1.1.3.29	1.1.3.28	1.1.3.27	1.1.3.26	1.1.3.25	1.1.3.24	1.1.3.23	1.1.3.22	1.1.3.21	1,1,0,40
Sosaisasi dan Implementasi Pedoman Pelayanan UGD	Sosiaisasi dan Implementasi Pedoman Pengorganisasian UGD	Penyusunan Program Kerja UGD	Penyusunan Formulir & Juknis Pernyataan Pemberian Informasi Penundaan dan Kelambatan Pejayanan	Penyusunan Formulir & Juknis Skrining Pasten yang akan dinuluk le RSIH	Penyusunan Formulir & Juknis Asesmen Awai Pasien UGD	Penyusunan SPO Penanganan Pasien Penolakan Tindakan	Penyusunan SPO Pemulangan Pasien UGD	Penyusunan SPO Serah Terima Pasien ke Rawat Inap	Penyusunan SPO Penggunaan Elektrokardiografi	Penyusunan SPO Penggunaan alat pengukur glukosa	Penyusunan SPO Penggunaan doppler	Penyusunan SPO Penggunaan resusitasi board		Penyusunan SPO Penggunaan termometer	Penyusunan SPO Penggunaan tensimeter	Penyusunan SPO Penggunaan pasien monitor	Penyusunan SPO Penggunaan bag valve mask (BPM)	Penyusunan SPO Penggunaan Jukson rees	Penyusunan SPO Penggunaan nebulger	Penyusunan SPO Penggunaan opthalmoscope	Penyusunan SPO Penggunaan ofoscope	Penyusunan SPO Penggunaan defbritator	Penyusunan SPO Penggunaan vena viewer	Penyusunan SPO Penggunaan syringe pump	Penyusunan SPO Penggunaan infus pump	Penyusunan SPO Penggunaan easy moved	Penyusunan SPO Penggunaan strecher ambulance	Penyusunan SPO Penggunaan scoop strecher	Penyusunan SPO Penanganan pasien tanpa identitas	hambatan pelayanan pasién
100%	100%	20%	100%	100%	100%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	16001	100%	100%	100%	100%	100%	
Unit Gawat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darutat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Danurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Darurat
Administr	>	Administr asi RS	Adminut asi RS	Administr asi RS	Administr asi RS	b	30	- P	Þ	20	3+	Administr asi RS		30	Administr asi RS	Administr as: 85	Administr as RS	-	Administr asi RS	-	-	Administr asi RS	Þ	>	b		Administr as RS	Administr	Administr asi RS	5

																								Sosialisasi dan Implementasi SPO UGD				Sosialisasi dan Implementasi Panduan		
30 2 25	1.2.3.24	1.2.3.23	1.2.3.22	1.2.3.21	1.2.3.20	1.2.3.19	1.2.3.18	1.2.3.17	1.2.3.16	12315	1.23.14	12.3.13	1.2.3.12	1.2.3.11	1.2.3.10	1239	12.3.8	1.2.3.7	 33 61	1.2.3.5	12.3.4	1,2 3,3	1.2.3.2	1.2.3.1	2.24	12.2.3	1.2.2.2	12.2.1	1214	1213
-	-	Sosialisasi SPO Penggunaan strecher ambulance	Sosialisasi SPO Penggunaan scoop strecher	enterness.	Sosisiisasi SPO Penanganan, pembatasan dan mengurangi hambatan delayapan pasien		-	Sosialisasi SPO Pelayanan Ambulance		Sosialisasi SPO Penangan pasien trauma	Sosialisssi SPO Penanganan pasien tidak gawat akan di rawat	Sosialisasi SPO Observasi pasien	Sosialisasi SPO Penangana pasien tanpa identitas		-	Sosialisasi SPO Komunikasi Gawat Darurat	Sosialisasi SPO Menerima Panggilan Gawat Darurat	Scelalisasi SPO Pembagian Tugas Saat Resustasi	Sosialisasi SPO Penatalaksanaan Pasien Henti	Sosialisasi SPO Penggunaan Ruang Isolasi	Sosialisasi SPO Penggunaan Ruang Dekontaminasi	Sosialibasi SPO Menerima pasien rujukan	Sosialisasi SPO Penermaan pasien tanpa identitas	Sosialbasi SPO Penerimaan pasien baru & Jama	Sosialisasi Panduan Penundaan dan Kelembatan Pelayanan	Sosialisasi Panduan Transfer Pasien	Sosialisasi Panduan Triase	Sosialisasi Panduan Skrining Paisen	Sosialisasi dan Implementasi Penyasualan Pedoman Pelayanan UGD, Bengabungnya Stat Ambulance	Penyesuaian Pedoman Pengorganisasian UGD, Bernabungnua Staf Ambulanca
200	0%	0%	940	0%	960	2,60	0%	0%	980	0%	0%	0%	0%	0%	980	0%	0%	0%	9%0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	80%	60%	100%	100%
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1/4003	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Unit Gawat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Darurat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gewat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Darurat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Derurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Daruret	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Darurat					Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat			Unit Gewat Darurat	Denurat
Administr	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr sai RS	Administr asi RS	Administr ssi RS	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr as RS	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr asi R5	Administr asi RS	agi RS	Administr 85 RS	Administr asi RS	asi RS	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr asi RS	Administr asi R5	Administr asi R5	Administr spi RS	Administr asi RS

_								1.3																						
							Dokumen	Monitoring dan Evaluasi Implementasi Regulasi dan																						
UGD	Tallenger Book app		Regulasi	Terlaksananya Money Panduan UGD Sesual			Regulasi	Terlaksanan ya Monev Pedoman UGD Sesuai	Sosialisasi dan Program Kerja			Sosialisasi dan Inplementasi Formulir UGD																		
1.3.3.1	13.2.4	1.3.2.3	13.22	13.2.1	13.1.4	13.1.3	13.1.2	13.1.1	1.2.5.1	12.4.3	12.4.2	1241	1.2,3,44	1.2.3.43	1.2.3,42	1.2.3.41	1.2.3.40	1.2.3.39	1.2.3.38	1.2.3.37	1.2.3.36	1.2.3.35	1.2.3.34	1.2,3.33	1.2.3.32	1.2.3.31	1.2.3.30	1.2.3.29	1.2.3.28	1.2.3.27
beru & lema	Money Penduan Penundaan dan Kelembatan Pelayanan	Money Panduan Transfer Pasien	Money Panduan Triase	Money Panduan Skrining Paisen	Money Penyesuaian Pedoman Pelayanan UGD, Bergabungnya Staf Ambulance	Money Penyesuaian Pedoman Pengorganisasian UGD, Bemabuannya Staf Ambulance	Money Pedoman Pelayanan UGD	Money Pedoman Pengorganisasian UGD	Sosialisasi dan Implementasi Program Kerja UGD	Sosialisasi Formulär & Juknis Pernyataan Pemberian Informasi Penundaan dan Kelambatan Pelavanan	Sosaisasi dan Implementasi Formulir & Juknis Skrining Pasien yang akan dirujuk ke RSIH	Sosisisasi dan Implementasi Formulir & Juknis Asesmen Awai Pasian UGD	Sosialisasi SPO Penanganan Pasien Penolakan Tindakan	Sosialisasi SPO Pamulangan Pasien UGD	Sosialisasi SPO Serah Terkna Pasien ke Rawat Inap	Sosialisasi SPO Penggunaan Elektrokardiografi	Sosialisasi SPO Penggunaan alat pengukur glukosa	Sosialisasi SPO Penggunaan doppler	Sosialisaal SPO Panggunaan resustasi board	Sosialisasi SPO Penggunaan oxymetri	Sosialisasi SPO Penggunaan tempometer	Sosialisesi SPO Penggunaan tensimeter	Sosialisasi SPO Penggunaan pasien monitor	Sosaitisasi SPO Penggunaan bag yalve mask (BPM)	Sosialisasi SPO Penggunaan jukson rees	Sosialisasi SPO Penggunaan nebulizar	Sosialisasi SPO Penggunaan opthalmoscope	Sosialisasi SPO Panggunaan otoscope	Sosialisasi SPO Penggunaan defibriliator	vena viewer
0%	0%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%	0 %	80%	80%	9%	0%	76.0	9%	0%	0%	980	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	-																													100
									(10)																					
100%	100%	100%	100%	1,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Darurat	Derurat Unit Gawat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Darurat Darurat	Darurat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawet Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Danarat Danarat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Darurat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Derurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawa Darurat	Darurat
#31 R5		-		Administr		Administr asi RS	Administr asi RS	at Administr	_	Administr asi RS	Administr asi RS	D	>	st Administr	Þ	at Administr		at Administr	at Administr	-	1	M Administr	at Administr	-	asi RS	Administr asi RS	b	Administr asi RS		Deruret asi RS



M			
Z		ners.	
Ē	7	6	
5	4		
5	51		

	100%	0 0 0 %	Money SPO Penggunaan pasien monitor Money SPO Penggunaan
	100%	0%	Money SPO Penggunsan bag
	100%	0%	Money SPO Penggunaan jukson
	100%	0%	Money SPO Panggunaan nebuliter
	100%	20	Money SPO Penggunaan opthalmoscope
	100%	0%	Money SPO Penggunaan otoscope
Unit Gawat Darurat	100%	2%0	Money SPO Penggunaan defbrijator
	100%	0%	Money SPO Penggunaan vens viewer
	100%	03	Money SPO Penggunaan syringe pump
	100%	0%	Money SPO Penggunsan infus pump
	100%	20%	Money SPO Penggunsan easy moved
	100%	0%	Money SPO Penggunaan atrecher ambulance
	100%	0%	Money SPO Penggunsan accop
	100%	0.4%	Money SPO Penanganan pasian tanpa identitas
	100%	0%	Money SPO Penanganan, pembalasan dan mengurangi hambatan palayanan pasian
	100%	0%	Money SPO Penanggulangan bencana masal
	100%	0%	Money SPO Survei Kapuasan Pasien
	100%	280	Ambulance
	100%	0%	Money SPO Penanganan pasien infeksius
	100%	0.9%	Money SPO Penangan pasien trauma
	100%	0%	Money SPO Penenganan pasien tidak gawat akan di rawat
	100%	0%	Money SPO Observasi pasien
	100%	0%	Money SPO Penangana pasien tanpa identifas
	100%	0%	Money SPO Penanganan pasien tidak mampu
	100%	0%	Money SPO Penggunaan obst life saving
	100%	0%	Money SPO Komunikasi Gawat Darurat
	100%	0%	Money SPO Menerima Panggilan Gawat Darurat
	100%	0%	Money SPO Pembagian Tugas Saat Resusitasi
	100%	0%	Money SPO Penatslaksansan Pasien Henti Jantung
	100%	0%	Money SPO Penggunaan Ruang Isolasi
	100%	0%	Money SPO Penggunaan Ruang Dekontaminasi
	100%	0.95	Money SPO Menerima pasien rujukan
	\$COUR	6 7 8	tanpa identitas

			11.3			112				Pemenuhan Standar II.1 Sesual RS Kelas C	Tuluan II												
			Ruengen Trisse			Ruangan Administrasi				Ruang Penerlamaan Ruangan Tunggu sesuai atandar													
			Tersedia Ruengan Triase sesual standar			Tersedia Administrasi sesuai standor				Tersedia Ruangan Tunggu sesuai standar	Terlaksananya Monev Program Kerja			Formulir & Julin Is UGD									
	13 3	113.2	Ē.	11.2.3	11.2.2	11.2.1.		1.13	1.1.2	Ē	13.5.1	13.4.3	13.4.2	3.4.1	33.44	3.3.43	.3,3,42	.3.3.41	1.3.3.40	3.3.39	3.3.30	3.3.37	
	Menyesusikan Bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan benturan brankar	Manyesuakan Pintu masuk Manyesuakan jenis pintu swing mambula ke arah dalam dan mambula ke arah dalam dan dangkapi dengan alab panusup pintu otomatis, dengan labar bukaan midma 1,320 rm	Menyesusikan Deri drop off pasten se ruangan snase harus dihindan adanya perbedaan fevel lantak.	Manyasuaikan Intensitas cahaya minimal 200 lux	Menyesuaikan penusaran udara minimai Su perjam	Menyesusikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 mā/ potugas.	Menyesuaiskan Ruang tunggu dilengsapi dengan Pasiltas Desinfeksi tengan	Manyasuaran dengan pencanayaan atami atau intensitas cahaya minimal 500 lux	Menyesuaikan pertukaran udara minimai 6s per Jam	Manyesuaikan luas ruang tinggu manyesuaikan kabutuhan kapasitas palayanan dangan pemitungan 1-1,5 m2/9rang	Money Program Kerja UGD	Money Formulir & Juknis Pernyatean Pemberian Informasi Penundaan dan Kelambatan Pelayanan	Money dan Implementasi Formulir & Juknis Skrining Pasien yang akan dirujuk ke RSIH	Money dan Implementasi Formulir & Juknis Asesmen Awai Pasien LIGD	Money SPO Penanganan Pasien Penolekan Tindakan	Money SPO Pemulangan Pasien UGD	Money SPO Serah Terima Pasien ke Rawat Inap	Money SPO Penggunaan Elektrokardiografi	Money SPO Penggunaan alat pengukur glukosa	Money SPO Penggunaan doppler	Money SPO Penggunaan resustasi board	1.3.3.37 Money SPO Penggunaan oxymetri	lemoineler
	9%	0%	0%	27%	50%	50%	0%	49%	50%	50%	0%	10%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1000
																							The second
																							THE STATE OF
	100%	100%	16091	100%	1,0004	1,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gewet Derurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Darurat
The second	Unit Pameliha raan RS	Unit Pemeliha raan 83	Unit Permelika raan RS	Pemeliha rasn RS	_		Pemelina raen 63	Unit Pemeliha raen RS	Unit Femeliha raan RS	Unit Pemeliha raan RS	Administr	Administ ati RS	Administr ati RS	3-	20		>-	20	- No.	30	70	->-	asi RS



se su si standar		II.5 Ruangan Penyimpanan Brankar Penyimpanan Brankar sesual standar	Ruangan Dehontaminasi Teraedia Ruang Dekontaminasi sesuai standar.					II.7 Ruangan Tindakan Tersedia Ruang Resustasi sesual standar							II.8 Ruangan Tindakan Tesadianya Ruang Tidakan, a. Bedah Bedah Non Bedah Ranak dan b. Non Bedah Repidanan sepasai standar		
-	11.4.2	nei Itsa	1.6.1	11.6.2	11.6.3	异 (5) A	11.6.5	11.7.1	11.7.2	11.7.3	11.7.4	11.7.5	11.7.6	11.7.7	on, II.S.1	E 00	11.8.3
dalam pemberian pelayanan Menyediakan wasta fel di a rea	Menyediskan vastafel disres Rusingan Pos Peravixt	Menyediakan Ruangan Penyimpanan Brankar di ares UGD	Manyadiakan Ruangan ditempatkan di asi depan/ luar ruang gawat darurat atsu terpisah	Manyadiskan Pertu musuk menggunakan jenit pintu swing membuka ke anti dalam dan diengsapi dengan siat penitup pintu	otonists Menyesusikan Bahan penutup tantsi tidak ikin dan tahan terhadap air	Manyadiskan Konstruksi dinding tahan terhadap air sampsi dong an katinggian 120 cm dari permukaan	Manyediskan Rusagan dilengkapi dengan amk dan pancuran air (shower)	Manyadiakan Luas ruangan per tempat tidur resusitasi 12 m2	Menydistan Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat perceitas yang tinggi	Menyediakan Setiap tempat tidur ditediakan minimal 5 (ima) kotak kontak, dan tidak boleh ada persebangan/ sembungan tangsung tanga		Menyediakan pertukaran udara baik alamai atau mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6a per jam	Menyediskan pencahayaan alami. Umtak pencahayaan buatan dengan intensites cahaya 300 luk	Menyediskan aumber daya ilatrik pada ruangan resuultasi, hanus diengkapi dengan sumber ilatrik davuat yangtidak lojah sagudus, bila tenjadi gangguan pada sumber dawa istik normal.	Menyediatan Ruangan Bedah dan Non Bedah	Menyediakan Ruangan Anak dan Kebidanan	Menyediakan Lass ruangan per tempat tidur recusitasi 12 m2.
2	50%	16.0	9	0%	0%	0 %	240	0%	0%	0%	0 %	0%	ş	0.0	0%	0%	0%
ioni	100%	100%	100%	100%	100%	100%	M004	100%	100N	100%	100%	100%	100%	1004	100%	100%	100%
	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawar Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat
rann RS	Unit Pemaliha raan RS	Unit Pemelins ryen 85	Unit Pemeliha raan RS	Unit Pemaliha raan RS	Unit Permeliha raan RS	Unit Perneliha rasn RS	Unit Pemeliha raan RS	Pernelina Pennelina Pennelina	Unit Pemeliha rsen RS	Unit Pemeliha raan RS	Unit Perialiha rpan RS	Unit Pemaliha rasn RS	Unit Pemeliha raan RS	Unit Permelina raan RS	Unit Pemeliha rasn RS	Unit Pemeliha raan RS	Pemaliha



H.13	H.12	11.11	110							= 6						
Ruangen Petuges/ Staf	Ruang Alat Medis	Ruang Penyanpanan Linen	Ruang Obati Farmasi							Ruangan Observa w						
Tersedianya Ruangan Petugas/Stat sesuai standar	Tersedianya temari Alat Medis sesuai standar	Tersedianya LemeriPenyimpanan Linen se suai standar	Tersedianya Lemari Obati Farmasi sesual standar							Tersedianya Ruangan Observasi sesuai standar						
H13.1	1122.1	ETTI	11.0.1	119.7	E 9.6	3.610	= 9 4	1.91	11.9.2	1.9.1		# S. 60	18.7)L2:.6	185	E 6.4
Menyesusikan Ruangan Petugas/ Staf	Menyesusikan lemari Alat Media	Menyesualkan lemari Penyimpanan Linen	Menyesuaikan lemari Obat/ Farmasi	Menyediakan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lusi.	Menyedisken pertikaran udara basi siami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6x per lam.	Menyediakan putlet oksigan	Manyadiskan Setisp tempat tidur minimai. 2 (dus) Manyadiskan kotak kontak da tidus bash set percab ngan/tambungan airus. tanpa pengamanan arus.	Menyedishan Antar tempat tidur yang dibetasi oleh tital maka rei hazus dibetamkan/menempel di pilaton, dan sebalinya bahan tiral non porosi	digune han tidek boleh memiliki tengkat porosites yang tinggi	Menyediskan Lues rus rgan per tempat tidur ruangan observasi minimat 8 m2.	Menyediasan sumber daya listrik pada rungan resualtasi, barus diangta pi dengan sum ber istrik darurat yang tidak balah terputus, bia regi di gangguan pada sumber daya listrik normal.	Manyediakan pencehayeen alami. Untuk pencehayeen bustan dengan intensites cehaye 300 lux	Menyediskan pertukaran udara baik alamai atau mekanik dengan tutal pertukaran udara minimal 6x per jam	Menyediakan outlet gas medik yang terdiri dari oktigen, udara tekan medik dan yahum medik	Manyadiakan Setiap tempat tidur disadiakan minimat5 (Ima) kotak kontak, dan tidak boleh ada percibangan/ sam bungan kengsung tanpa pengamanan ajuat.	digunatan tidak bolah memiliki tingkat perceitas yang tinggi
70%	70%	70%	70%	0.96	0%	0%	0%	0 %	0%	0%	0%	0%	07	0%	250	0,5
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Unit Gawat p	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat p	Unit Gawat p	Unit Gawat P	Unit Gawat Deruret	Unit Gewet Deruret	Una Gawat Darurat	Unit Gawat Denurat	Unit Gawat ,	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawet Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat
Unit	Unit	Unit Famelika rasn RS	Unit Pemeliha rasn RS	Unit Perneliha raan RS	Unit Pemelina raan RS	Unit Pemelina raen AS	Unit Pamaliha raso RS	Unit Perneliha raan RS	Voit Perneliha raan RS	Unit Pemelina raan RS	Unit Pemalina raan RS	Unit Pemeliha raan RS	Unit Pernetiha rasn RS	Unit Pemeliha raan RS	Unit Pemeliha rasn RS	Unit Pemeliha rasn RS



7
-
Q m

		Peningkatan Pendapatan			Peningkatan Mutu SDM	Yi nanluT				Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien								
		n n			n Mutu	N				n Mutu maten	<u> </u>							
		< 1	V.	IV.2		3				<u>=</u>	II.17 F	= 6			11.15			5
		Tercapai Kunjungan Gawat Darurat 23 pasien per hari yang masuk Rowat Inap	Pencapalan Kewenangan Klinie Minumat PK 3	Pelatinan Service Excellence		Tercapai Mutu Asuhan Keperawatan di UGD sesusi standar				Standar Pelayanan Minimai UGD	Ruang Transit Jenazah	Ruangan Loker			Kamar Mandi/ Tollet			Usity)
		Kunjungan UGD 690/bulun	Perswat UGD Memiliki Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 100%	Perawat UGD Mengikuti Pelathan Service Excellence	Seluruh PPA Petathan Komunikasi Efektif	Seturuh Pemberi petayanan gawat darurat yang bersertlikat yang masih beriaku BTCLS/PPGD/GELS/ACLS	Kematian pasien <24 Jam s dua per seribu	Kepussan pelanggan z 70%	Ketersedisən TIM penanggulangan bandana	Kemampuan menangani life saving anak dan dewesa 100%	Teraedianya Ruang Transit Jenazah	Tersedianya Ruangan Lokar			Tersedianya Kamar Mandi/ Toilet sesuai standar			(Spoolhoek/Dirty Utility) sesuai standar
V.1.3	V.1.2	V.1.1	V.3.1	W.2.1	N.12	W.1.3	E1.4	H.1.3	B.4.2	m.1.1	11.7.1	11.8.1	11.15.3	11,15.2	115.1	H.14.3	E14.2	E14.1
Koordinasi Penambahan Tempat Tidur Rawat Inap Menjadi 100 Rad	Xoordinasi Percepatan Hasii Penunjang	Redesign Alur Pasien Rujukan & Koordinasi Pembuatan Group Rujukan	Mengikuti Assement Awai untuk pra PK, Kredensiaing dan Rekredensiaing Untuk Kensikan Jenjang PK	Mengikuti Palatinan Sarvica Excellence	Mengikuti Pelatinan Komunikasi Efektif	Mengikuti Pelatihan BTCLS Perawat	Sem ua Pesien Indikasi rawat (pindah ke pelayanan rawat inap) maksimal setelah 8 Jam	Pengukuran Sunsai Kepuasan Pelanggan dengan Metode Rondom Sempling	Pemebentulan TIM Penanggulangan Bencana	Semus Perawat den Dotter USD memiliki Kewenangan Kiinis yang Sesual	Menyediskan Ruang Transit Jenezah	Menyedishan Rusngan Loker	Menyediakan Depain Tottet untuk aksesibilitas sesauai dengan PMK 24 Tahun 2016	Menyediakan tollet umum dan minimal setu tollet aksasibal untuk pasian dan pangunjung.	Menyediakan Toler petugas dan pengunjung dibedakan.	Menyedisken ventilssi udere dela m ruangan negatif den total pertukaran volume udere minimel 10 x per jem.	Menyediskan Letak ruang apoolnoek belada di area servis, akase tidak boleh bersilangan (cross) dengan ruangan barang bersih	sink dan service sink
60%	50%	208	26.0	\$609	50%	100%	70%	50%	50%	60%	0%	0.9%	30%	50%	50%	0 #	20%	50%
100%	100%	W001	109%	100%	10%	109%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pelayanan Medis	Pelayanan Media	Pelayanan Media	D Nisi Keperawatan	O visi Keperawatan	D.VIII. Keperawatan	Divisi Kaperawatan	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gewet Daruret	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gawat Darurat	Unit Gewet Derurat	Unit Gawat Darurat
76	n Kaparaw atan	n Keperaw atan	5	an .	80	35	nt Palayana n Medis	at Pelayana n Medis	at Pelayane n Medis	-				-	at Pemelha	. 7	Ot Parmeline rean 95	at Pernsilha



Unit Gawat Keperaw	100%		100%	V16 Pasien Microsoft Exceld: UGD	
Unit Gawat Keperaw Darurat atan	100%		100%	V.1.5 Petanggan UGD Meta tu Scan Baranda dan Goode Form.	
Pelayanan Keperak Media atan	100%		50%	V.1.4 Eksternal Khusus Mempedancar Aksas Rutukan	



F. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan berdasarkan

- 1. Ketepatan waktu pelaksanaan
- 2. Pencapaian terhadap sasaran
- 3. Kesesuaian antara anggaran dan realisasi biaya
- 4. Kendala-kendala yang dihadapi

Pelaporan evaluasi kegiatan disusun dalam bentuk laporan kegiatan oleh Penanggung jawab kegiatan dan dikoordinasikan dengan unit terkait. Pelaporan paling lambat 1 (satu) minggu setelah selesai kegiatan. Laporan berisi tentang kegiatan berisi undangan, materi, daftar hadir, notulensi dan bukti kegiatan lain (dokumentasi foto)

BAB III PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI PROGRAM KERJA

A. Pencatatan

Pencatatan dilakukan oleh Kepala Unit Gawat Darurat RS Intan Husada yang meliputi pencatatan Kegiatan Pelayanan penerimaan pasien, pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pemulangan pasien, pelayanan ambulans di Unit Gawat Darurat

B. Pelaporan

Pelaporan Program Kerja Unit Gawat Darurat diantaranya

- 1. Laporan Bulanan seluruh Pelayanan Unit Gawat Darurat
- 2. Laporan Triwulan seluruh Pelayanan Unit Gawat Darurat
- 3. Laporan Tahunan seluruh Pelayanan Unit Gawat Darurat

C. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan melakukan pelaporan setiap bulan ke Divisi Pelayanan dan Keperawatan untuk dilakukan tindak lanjut dan evaluasi dalam peningkatan mutu pelayanan di Unit Gawat Darurat

Direktur, SAKA

drg. Muhammad Hasan, MARS

NIP, 21110183633