

**PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT**

**RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

**Nomor : 001/ PER / DIR / P02 / RSUD-DM / I / 2018**



**PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR**  
**RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

Jalan HM.Arsyad No.65, Sampit Kode Pos 74322  
Telp (0531) 21010 Faks (0531) 21782  
e-mail: [rsdmsampit@yahoo.com](mailto:rsdmsampit@yahoo.com)



**PERATURAN DIREKTUR RSUD DR. MURJANI SAMPIT**  
**NOMOR : 001/ PER / DIR / P02 / RSUD-DM / I / 2018**

tentang

**PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT**  
**RSUD dr MURJANI SAMPIT**

- 
- MENIMBANG** : a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan RSUD dr. Murjani sampit, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan Instalasi Gawat Darurat yang bermutu tinggi ;
- b. bahwa agar pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit.
- MENGINGAT** : 1. Undang.Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang.Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit
5. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Dr. Murjani Sampit Nomor : /KPTS/RSDM/I/2018 tentang Pemberlakuan Peraturan RSDM
6. Surat Keputusan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit Nomor : /PER/RSDM/I/2018 Tentang kebijakan pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSDM

## MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- Kesatu : Mencabut dan menyatakan tidak berlaku Peraturan Direktur Nomor : /PER/RSDM/I/20 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Murjani sampit
- Kedua : Memberlakukan revisi Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini
- Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Sampit

Tanggal : 08 Januari 2018

**Direktur RSUD dr. Murjani Sampit**



**dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad**

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001

### TEMBUSAN Yth :

1. Semua unit kerja RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT  
NOMOR : 001/ PER / DIR / P02 / RSUD-DM / I / 2018  
TANGGAL : 08 Januari 2018

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Menurut pasal 4 undang-undang Republik Indonesia no.36 tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Hak yang dimaksud dalam pasal ini adalah hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Menurut pasal 29 UU Republik Indonesia no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuannya serta membuat, melaksanakan dan menjaga standar pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.

Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Sesuai pasal 32 undang-undang Republik Indonesia no. 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa dalam keadaan darurat fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan. Dalam pelayanan kesehatan tersebut juga harus dilengkapi dengan peralatan – peralatan medis dan non medis yang memadai sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan dan juga harus memenuhi standart mutu, keamanan dan keselamatan serta mempunyai izin sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Dalam peraturan menteri kesehatan RI no. 147/menkes/per/l/2010 tentang perijinan rumah sakit menyebutkan bahwa untuk mendapatkan izin operasional rumah sakit harus memenuhi persyaratan yang meliputi: (1) sarana dan prasarana (2) peralatan (3) sumber daya manusia (4) administrasi dan management. Salah satu persyaratan izin rumah sakit lainnya adalah rumah sakit memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan gawat darurat selama 24 jam sehari. Dalam melakukan pelayanan juga harus membutuhkan sumber daya manusia yang kompeten dalam melakukan upaya kesehatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu menyeluruh dan berkesinambungan.

Oleh karena itu agar terwujudnya sistem pelayanan gawat darurat secara terpadu maka dalam penerapannya harus mempersiapkan komponen - komponen penting di dalamnya seperti : (1) sistem komunikasi (2) pendidikan (3) transportasi (4) pendanaan

dan (5) Quality kontrol. Dan juga sebuah rumah sakit harus mempunyai kelengkapan dan kelayakan fasilitas unit gawat darurat yang sesuai dengan standar pelayanan gawat darurat.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagai tempat untuk pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit harus dilengkapi dengan pedoman pelayanan yang baik sehingga proses pelayanan kegawatdaruratan di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Murjani Sampit dapat berjalan dengan baik dan mampu memberikan pelayanan yang memadai.

Dalam pelayanan Gawat Darurat selalu memperhatikan standar pelayanan gawat darurat di RSUD dr. Murjani Sampit sesuai dengan kondisi emergency pasien.

## **1.2 Tujuan Pedoman**

Adapun yang menjadi tujuan dari adanya pedoman pelayanan Instalasi gawat Darurat adalah sebagai berikut :

### **1. Umum**

Meningkatkan mutu pelayanan gawat darurat di rumah sakit dokter murjani melalui pedoman pelayanan gawat darurat.

### **2. Khusus**

- a. Mencegah kematian dan cacat (to save life and limb) pada penderita gawat darurat, sehingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat sebagaimana mestinya.
- b. Menerima rujukan / merujuk penderita Gawat Darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai .
- c. Melakukan pertolongan korban musibah massal dan bencana yang terjadi di dalam maupun luar rumah sakit.
- d. Mengembangkan dan menyebarkan pengetahuan penanggulangan penderita gawat darurat melalui pendidikan dan menyelenggarakan berbagai kursus dengan pengetahuan dan ketrampilan bantuan hidup dasar (basic life support) maupun bantuan hidup lanjut( advanced life support).
- e. Menjadi acuan petugas dalam penanganan end of life dalam asesement spiritual pasien.
- f.

## **1.3 Ruang Lingkup Pelayanan**

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Murjani Sampit meliputi :

1. Pelayanan Triase.
2. Pelayanan Ambulans Gawat Darurat
3. Pelayanan transfer / rujukan pasien
4. Pelayanan Dekontaminasi
5. Pelayanan kegawatdaruratan Trauma.
6. Pelayanan kegawatdaruratan Jantung dan Kardiovaskuler.
7. Pelayanan kegawatdaruratan Paru.
8. Pelayanan kegawatdaruratan Anak.
9. Pelayanan kegawatdaruratan Kebidanan dan Kandungan

10. Pelayanan Kegawatdaruratan Penyakit Dalam.
11. Pelayanan Kegawatdaruratan Bedah
12. Pelayanan kegawatdaruratan Syaraf
13. Pelayanan Kegawatdaruratan Jiwa.
14. Pelayanan kegawatdaruratan Mata.
15. Pelayanan kegawatdaruratan Telinga Hidung dan Tenggorok.
16. Pelayanan kegawatdaruratan Kulit dan Kelamin.
17. Pelayanan kegawatdaruratan Gigi dan Mulut.
18. Pelayanan kegawatdaruratan Kesehatan Jiwa

#### **1.4 Batasan Operasional**

1. Organisasi Instalasi gawat darurat didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi, dan intregasi/terpadu.
2. IGD harus bisa bekerjasama dengan unit pelayanan medis terkait yang ada di luar maupun di dalam instansi pelayanan kesehatan tersebut, baik pra rumah sakit maupun rumah sakit dalam menyelenggarakan terapi definitif
3. Dalam kesiagaan menghadapi musibah massal/bencana:
  - a. Mempunyai disaster plan yang diberlakukan di dalam instansi pelayanan kesehatan maupun jajaran pemerintah daerah serta instansi terkait.
  - b. Mempunyai kesjasama dengan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya dalam menghadapi musibah massal yang terjadi di daerah wilayah kerjanya.
4. Memiliki sarana penunjang pelayanan sebagai berikut:
  - a. Penunjang medis  
Radiologi, laboratorium klinik, depo farmasi, dan bank darah.
  - b. Penunjang non medis  
Komunikasi khusus, komputer, dan ambulance.

#### **1.5 Landasan Hukum**

- UU Republik Indonesia no.36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 tahun 2014 tentang pelayanan Rumah Sakit
- Pedoman Pelayanan Gawat Darurat , Depkes, 1995
- Permenkes Republik Indonesia Nomor 340 / Menkes / RSKS / GDE / VII / 1991 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit
- Kemenkes RI no. 979/menkes/Per/III/2010 tentang prosedur tetap Pelayanan kesehatan penanggulangan medik korban Bencana dan penanganan Pengungsian

**BAB II**  
**STANDAR KETENAGAAN**

**2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia**

Jabatan	Spesifikasi Pendidikan	Jumlah
Ka instalasi	Dokter Spesialis Bedah	1 Orang
Penanggung jawab	Sarjana keperawatan	1 Orang
Staf Perawat	D3 keperawatan	19 Orang
Staf Bidan	D3 kebidanan	9 Orang
Staf administrasi	SMA	9 Orang
Staf POS/Kurir	SMA	11 Orang

**2.2 Distribusi Ketenagaan**

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1. Ka. Instalasi IGD        | : 1 Orang       |
| 2. Penanggung jawab IGD     | : 1 Orang       |
| 3. Dokter umum tetap        | : 13 Orang      |
| 4. Dokter umum Mitra        | : -             |
| 5. Dokter spesialis on call | : sesuai jadwal |
| 6. Perawat                  | : 19 Orang      |
| 7. Bidan                    | : 9 Orang       |
| 8. Petugas pendaftaran      | : 6 orang       |
| 9. Kasir                    | : 4 Orang       |
| 10. POS                     | : 11 Orang      |

**2.3 Pengaturan Jaga**

**2.3.1 Dokter umum**

Dokter Umum tetap	Stand By 7 x 24 jam
	Dinas Pagi jam 07.00 – 14.00
	Dinas Sore jam 14.00 – 20.00
	Dinas Malam jam 20.00 – 07.00

**2.3.2 Dokter Spesialis Konsulen IGD**

KEBIDANAN DAN KANDUNGAN		
No.	HARI	NAMA DOKTER
1.	SENIN	Dr. FRANGKY SUMARLI, SpOG
2.	SELASA	Dr. ELVA YONATHAN, SpOG
3.	RABU	Dr. FRANGKY SUMARLI, SpOG
4.	KAMIS	Dr. ELVA YONATHAN, SpOG
5.	JUMAT	Dr. FRANGKY SUMARLI, SpOG
6.	SABTU	Dr. ELVA YONATHAN, SpOG
7.	MINGGU	Sesuai Jadwal
PENYAKIT ANAK		

NO	HARI	NAMA DOKTER
1.	SENIN	Dr. FRANSISKA H.T.M, Sp.A
2.	SELASA	Dr. NINA LESTARI, Sp.A
3.	RABU	Dr. TRIANA PURNAJATI, SpA.
4.	KAMIS	Dr. FRANSISKA H.T.M, Sp.A
5.	JUMAT	Dr. NINA LESTARI, Sp.A
6.	SABTU	Dr. TRIANA PURNAJATI, SpA.
7.	MINGGU I	Sesuai Jadwal

BEDAH UMUM		
NO.	HARI	NAMA DOKTER
	SENIN	Dr. PYWEDONT M T, Sp B
	SELASA	Dr. SUSETYO H P, SpB
	RABU	Dr. ARIF NURHIDAYAT P, SpB
	KAMIS	Dr. PYWEDONT M T, Sp B
	JUMAT	Dr. SUSETYO H P, SpB
	SABTU	Dr. ARIF NURHIDAYAT P, SpB
	MINGGU	Sesuai Jadwal

PENYAKIT DALAM		
NO.	HARI	NAMA DOKTER
1.	SENIN	DR. SILVISTER NANCY, SpPD
2.	SELASA	DR. PALILIEWU NOVITA A, SpPD
3.	RABU	DR. IKHWAN BAHTARI, SpPD
4.	KAMIS	DR. ARDY, SpPD
5.	JUMAT	DR. SILVISTER NANCY, SpPD
4.	SABTU	DR. ARDY, SpPD
5.	MINGGU	Sesuai Jadwal

PENYAKIT PARU		
NO.	HARI	NAMA DOKTER
1.	ON CALL	Dr. EFRAIM K BIRING, SpP

PENYAKIT SARAF		
NO.	HARI	NAMA DOKTER
1.	ON CALL	Dr. ACHMAD SUGENG, SpS

PENYAKIT THT		
NO.	HARI	NAMA DOKTER
1.	ON CALL	Dr. MADE S,Sp.THT



PENYAKIT MATA		
NO.	HARI	NAMA DOKTER
1.	ON CALL	DR. NARIS R,Sp.M

### 2.3.3 Karyawan IGD

Dinas Pagi Karyawan IGD	Pukul 07.00 – 14.00 WIB
Dinas Sore Karyawan IGD	Pukul 14.00 – 20.00.WIB
Dinas Malam Karyawan IGD	Pukul 20.00 – 07.00 WIB
Petugas Pendaftaran	Shift pagi pukul 07.00-14.00 WIB Shift Siang pukul 14.00- 20.00 WIB Shift Malam pukul 20.00-07.00 WIB
Petugas Kasir	Shift pagi pukul 07.00-14.00 WIB Shift Siang pukul 14.00- 20.00 WIB
Petugas Trolley man	Shift pagi pukul 07.00-14.00 WIB Shift Siang pukul 14.00- 20.00 WIB Shift Malam pukul 20.00-07.00 WIB

### 2.4 Kriteria pengembangan staf dan program pendidikan

Instalasi Gawat Darurat agar dimanfaatkan untuk pelatihan magang (in servis training) dan pendidikan berkelanjutan bagi seluruh pegawai.

1. Instalasi Gawat Darurat sebagai tempat praktek untuk kebutuhan pendidikan dari mahasiswa kedokteran, dan Mahasiswa Keperawatan serta Mahasiswa Kesehatan lain.
2. Perlu adanya program orientasi bagi setiap dokter, perawat maupun non medis sebelum mereka memulai kerja di Instalasi gawat darurat
3. Bila memungkinkan Instalasi mengusahakan agar staf /pegawai dapat menghadiri pertemuan ilmiah yang ada hubungannya dengan fungsi unit
4. Menjadi tempat penelitian Fakultas kedokteran, keperawatan dan fakultas kesehatan lain.
5. Semua Perawat di Instalasi Gawat Darurat harus mampu dalam pertolongan hidup dasar (basic life support):
  - a) Pembebasan jalan nafas dan bantuan pernafasan
  - b) Pengendalian perdarahan
  - c) Pijat jantung eksternal
  - d) Penggunaan defibrilator

## **BAB III**

### **STANDAR FASILITAS**

#### **3.1 Denah Ruang**

##### **Denah Gedung Baru**

#### **3.2 Standar Fasilitas**

##### **3.2.1 Sarana minimal IGD**

(Berdasarkan Pedoman teknis sarana dan prasarana unit gawat darurat pada fasilitas pelayanan kesehatan, departemen kesehatan RI sekretariat jendral pusat sarana, prasarana dan peralatan kesehatan 2007).

##### **A. Persyaratan Gedung IGD**

1. Area IGD terletak pada area depan atau muka dari tapak rumah sakit.
2. Area IGD mudah dilihat serta mudah di capai dari luar tampak rumah sakit(jalan raya) dengan tanda-tanda yang sangat jelas dan mudah di mengerti masyarakat umum.
3. Area IGD di sarankan memiliki pintu masuk kendaraan yang berbeda dengan pintu masuk kendaraan area instalasi rawat jalan (pintu masuk kendaraan /pasien tidak sam dengan alur keluar)
4. Untuk tapak rumah sakit yang berbentuk memanjang mengikuti panjang jalan raya maka pintu masuk ke area IGD harus terletak pada pintu masuk yang pertama kali ditemui oleh pengguna kendaraan untuk masuk kearea tapak rumah sakit.
5. Area IGD juga harus mudah diketahui dan di capai dari dalam area tapak rumah sakit dengan tanda-tanda yang sangat jelas dan mudah di mengerti masyarakat umum.
6. IGD di anjurkan untuk memiliki area yang dapat di gunakan untuk penanganan korban bencana massal.
7. Pintu IGD yang berada pada area untuk menurunkan atau menaikkan pasien harus terletak di depan atau disamping bangunan dengan sirkulasi yang memungkinkan ambulans tidak perlu mundur untuk menurunkan pasien maupun keluar dari area menurunkan dan menaikkan pasien tersebut dan area terlindung dari panas dan hujan.
8. Pintu masuk IGD harus dapat di lalui oleh brankart.
9. Memiliki area khusus parkir ambulans yang dapat menampung lebih dari 2 ambulans.
10. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar dan tidak terjadi "crossinfection" dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan rumah sakit, mudah di bersihkan dan mudah di kontrol kegiatan oleh perawat kepala jaga.
11. Letak bangunan IGD tidak memiliki CITO OK harus berdekatan dengan unit Bedah sentral 24 jam.

12. Letak bangunan IGD tidak memiliki ruang perawatan krisis IGD harus berdekatan dengan ICU 24 jam.
  13. Letak bangunan IGD yang tidak memiliki CITO lab harus berdekatan / bergabung dengan unit laboratorium 24 jam.
  14. Letak bangunan IGD yang bank darah 24 jam.
  15. Letak bangunan IGD yang tidak memiliki CITO depo farmasi harus berdekatan/ bergabung dengan depo farmasi 24 jam.
- B. Pembagian zona ruang
1. Area menurunkan /menaikkan pasien(*ambulance/patient drop in area*)  
Area tempat pasien di turunkan atau di naikan dari/ke ambulan/ kendaraan evakuasi menuju /keluar dari IGD menggunakan / memakai brankart/stretchers/ trolley pasien atau kursi roda.
  2. Area pintu masuk/ keluar utama IGD  
Area pintu masuk /keluar utama pasien / pengantar pasien ke dalam gedung IGD.
  3. Ruang penerimaan terbagi menjadi :
    - a) Ruang tunggu pengantar pasien IGD adalah tempat keluarga atau pengantar pasien menunggu. Tempat ini menyediakan tempat duduk, pesawat televisi, dan sarana prasarana dan peralatan telepon umum.
    - b) Ruang pendaftaran dan rekam medis pasien IGD adalah ruang untuk menyelenggarakan kegiatan-kegiatan administrasi khususnya pelayanan pasien emergency ruangan ini berada pada bagian depan di lengkapi meja kerja lemari berkas arsip dan telepon. Kegiatan administrasi yang dilakukan meliputi:
      - Pendataan pasien
      - Penandatanganan surat pernyataan keluarga pasien /inform concern
      - Pembayaran /kasir
    - c) Ruang triase dengan sekat/ tirai
    - d) Ruang penyimpanan stretchers dan brankart
    - e) Ruang informasi dan komunikasi
  4. Ruang triase :
    - a) Digunakan untuk seleksi pasien sesuai dengan tingkan kegawatan penyakitnya.
    - b) Terletak berdampingan dengan tempat perawat kepala, chief nurse, dokter jaga sehingga dengan mudah dapat mengawasi semua kegiatan di pintu masuk , ruang tunggu ,ruang tindakan dan ruang resusitasi
    - c) Harus dapat memuat 2 brankart
    - d) Mempunyai kit peralatan, brankart penerimaan, pembuatan rekam medis khusus,dan pemberian label triase.

5. Ruang Depo farmasi / Apotik 24 jam ada di dekat IGD
  6. KM/WC ruang tunggu pengantar pasien IGD adalah ruangan yang di gunakan pengantar pasien wanita dan pria (terpisah masing2 )untuk membuang air besar maupun kecil selama berada di ruang tunggu IGD
  7. Memiliki ruang untuk istirahat petugas (dokter dan perawat)
  8. Ruang resusitasi adalah ruangan untuk melakukan penanganan kegawatan dan pencapaian stabilisasi pada penderita cedera berat dengan prioritas pada kasus A (airways), B (breathing), C (circulation), D (Disability), E (Exposure).
  9. Ruang tindakan bedah dan non bedah
  10. Ruang observasi
  11. Ruang kebidanan dan kandungan
  12. Ruang Isolasi
  13. Ruang Dekontaminasi
- Alur Kegiatan
  - Persyaratan ruang
    1. Luasan dan kondisi fisik sarana unit gawat darurat / IGD di sesuaikan dan dapat di kembangkan dengan beban kerja pelayanan yang dilaksanakan dalam kondisi normal (saat tidak terjadi kondisi bencana yang menyebabkan IGD harus menerima beban kerja pelayanan melebihi  $> 1,5$  x dari beban kerja pelayanan normal) maupun saat terjadi kondisi bencana (baik bencana internal fasilitas kesehatan maupun korban rujukan dari esternal / luar fasilitas kesehatan).
    1. Luasan dan kondisi fisik sarana IGD pada fasilitas kesehatan juga harus memprediksikan kemungkinan pengembangan untuk 20 tahun mendatang dan sesuia peningkatan kelas fasilitas pelayanan kesehatan.
    2. Pengaturan sirkulasi petugas IGD dan tempat-tempat alat-alat medik sehingga di mungkinkan penggunaan alat-alat secara bersama-sama.
    3. Pembentukan ruang-ruang yang memungkinkan untuk di gunakan sebagai ruang periksa, observasi dan ruang resusitasi
    4. Pemisahan antara ruang-ruang bedah dengan non bedah.
    5. Pemisahan antara ruang-ruang true emergency dengan false emergency
    6. Keseluruhan ruangan dan dan alat ditetapkan untuk dapat digunakan selama 24 jam
    7. Ruangan ruangan tindakan, observasi serta rawat jalan (intermediet ward) harus di desain sedemikian rupa hingga mudah di modifikasi menjadi suatu ruangan besar yang menyatu dalam rangka antisipasi keadaan bencana(disaster preparedness internal building area).
    8. Terdapat ruangan-ruangan triase dan informasi yang tersendiri
    9. Memenuhi persyaratan bangunan tahan gempa untuk fasilitas umum sesuai regulasi departemen teknis terkait

### 3.2.2 Prasarana minimal IGD

#### a. Sistem kelistrikan

Sistem kelistrikan pada gedung IGD adalah penyediaan sumber listrik melalui dari panel induk fasilitas pelayanan kesehatan sampai titik pemakaian gedung IGD.

1. Penyediaan suplai daya listrik yang harus tersedia antara lain:
  - a) Suplai daya listrik dari PLN sebagai suplai daya listrik utama.
  - b) Suplai daya listrik emergency, terdiri dari:
    - Suplai daya listrik dari generator set (Genset) yang berfungsi, bila suplai listrik PLN terputus, maka genset akan berfungsi dengan selang waktu pemindahan dari suplai listrik PLN ke genset.
    - Suplai daya listrik uninterruptible power supply (UPS) berfungsi untuk mengatasi terputusnya selang waktu pengalihan beban listrik dari PLN ke genset sampai berfungsinya genset secara penuh.
2. Persyaratan teknis
  - a) Selang waktu pemindahan suplai daya listrik antara terputusnya aliran listrik PLN dengan berfungsinya Genset maksimal 15 detik, genset harus dapat beroperasi secara automatic dan manual.
  - b) Pada setiap ruang bedah atau ruang kegiatan medis lain yang pemeriksaan dan pengobatan pada penderita harus tetap berlangsung dan pemakai peralatan elektromedik yang menggunakan aliran listrik harus tetap berfungsi, maka pada kelompok ruang tersebut, harus tersedia UPS sebagai catu daya pengganti khusus dan waktu pengalihan beban adalah  $< 1$  detik.
  - c) Pada setiap ruangan pada kategori tersebut diatas, harus disediakan paling kurang dua buah kontak.
  - d) Nilai pembumian (grounding) pada panel IGD maksimal 5 Ohm dan untuk peralatan medik harus mencapai max 0,2 ohm.
3. Sistem penyaluran

Sistem penyaluran listrik menggunakan sistem radial pada tegangan 400 volt, bila panel induk utama voltage main distribusi panel berada ditengah tengah pusat beban yang menyambur panel panel gedung dengan jarak maksimal 300 m.
4. Panel Induk gedung IGD

Kapasitas panel harus mampu melayani beban dengan minimal 1,5 kali dari beban yang terpasang pada saat gedung mulai digunakan. Jumlah cadangan pemutus arus pada panel harus disediakan minimal sama dengan jumlah pemutus arus yang dibutuhkan pada awal penggunaan.
5. Perhitungan kebutuhan daya

Kebutuhan listrik yang digunakan untuk gedung IGD dihitung dengan jumlah alat dan penerangan yang terpasang.

6. Pemeliharaan unit listrik
  - a) Skedule pemeriksaan , umur bahan, gangguan alam, gangguan serangga, kesalahan manusia, dalam persyaratan umum unit listrik di anjurkan melakukan pemeriksaan unit listrik setelah pemasangan.
  - b) Prosedur pemeriksaan  
Pemeriksaan dilakukan agar tidak terlalu mengganggu aktifitas pelayanan fasilitas kesehatan, walaupun tidak mungkin sama sekali mengganggu unit listrik.
7. Pemeriksaan bagian sistem suplai kelistrikan.
  - a. Pemeriksaan /pengujian sirkuit pembumian
  - b. Pemeriksaan asester
  - c. Pemeriksaan panel penghubung bagi(PHB)
  - d. Pemeriksaan rele pengaman dan instrumen
  - e. Pemeriksaan kabel tenaga
  - f. Pemeriksaan penerangan
  - g. Pemeriksaan dan pemeliharaan alat-alat pengawatan
  - h. Pemeriksaan dan pemeliharaan peralatan elektronik
8. Perbaikan  
Perbaikan adalah tindak lanjut dari hasil pemeriksaan dan pengujian yang mengharuskan perlunya di adakan perbaikan terhadap bagian atau keseluruhan dari pada sistim kelistrikan yang ada.

**c. Persyaratan Pencahayaan**

Sistim pencahayaan harus di pilih yang lebih mudah penggunaannya, efektif dan nyaman tidakmengganggu kelancaran kegiatan, tidak mengganggu kesehatan terutama dalam ruang-ruang tertentu dan menggunakan energi yang seminimal mungkin.

NO	NAMA RUANG	BIDANG KERJA	KATEGORI PENCAHAYAAN (LUX)
1.	Pertolongan pertama	pengobatan	1500
2.	Ambulance intrance	Penerimaan pasien	700
3.	Examinasi	Pemeriksaan pasien	700
4.	Preparation	Persiapan bedah pasien	700
5.	Kamar operasi	Pembedahan pasien	700
6.	Koridor bedah	Pemindahan pasien	700
7.	Plaster, resusitasi	Pengobatan pasien	700
8.	Laboratorium	Pengamatan laboratorium	700
9.	Informasi	Membaca dan menulis	300
10.	Observasi	Pengamatan pasien	300
11.	Administrasi	Membaca, menulis mengetik	300

12.	Recovery	Perwatan pasien	300
13.	Ruang tunggu	Penerimaan pasien dan pengantar	150
14.	Dokter dan paramedik	Membaca dan menulis	150
15.	Locker	Penyimpanan ganti pakaian	150
16.	Gudang obat	Penyimpanan obat	150
17.	Koridor medik	Pemindahan pasien	150
18.	Ruang alat	Penyimpanan alat	150
19.	x-ray	Pemeriksaan pasien	150
20.	Gudang film	Penyimpanan film x-ray	150
21.	Cuci, toilet	Pencucian	150
22.	Dapur	Pendistribusian makanan	150
23.	Spoelhoek /diposal	Pembuangan kotoran	150
24.	Kamar gelap	Pemrosesan film x-ray	30

**d. Persyaratan kebisingan**

Secara spesifik persyaratan tingkat kebisingan pada gedung operasi tidak ditentukan, tetapi mengacu pada syarat-syarat kebisingan menurut peraturan menteri kesehatan RI No. 718/menkes/per/XI/1987 dengan kategori tingkat kebisingan Zona A, Zona B, Zona C dan Zona D yang memenuhi syarat pada tabel berikut:

NO	ZONA	TINGKAT KEBISINGAN (dB)	
		Maksimum yang di anjurkan	Maksimum yang di perlukan
1.	Zona A	35	45
2.	Zona B	45	55
3.	Zona C	50	60
4.	Zona D	60	70

Keterangan :

Zona A : Zona yang di peruntukkan bagi tempat penelitian fasilitas kesehatan, tempat perawatan kesehatan atau sosial dan sejenisnya.

Zona B : Zona yang di peruntukkan bagi perumahan, tempat pendidikan, rekreasi dan sejenisnya

Zona C : Zona yang di peruntukkan bagi perkantoran, pertokoan, perdagangan, pasar.

Zona D: zona yang diperuntukkan baik indrustri pabrik, stasiun kereta api, terminal bus dll

Sehingga nilai ambang batas intensitas bising untuk keperluan gedung Instalasi Gawat Darurat dapat diterapkan sesuai zona A dengan nilai 35/45 db.

**e. Pengkondisian udara**

Pengaturan kondisi udara di unit gawat drurat harus memenuhi beberapa ketentuan yaitu :

1. Pengaturan temperatur udara

2. Kelembaban ruangan
3. Mempunyai tekanan positif dan tidak terjadi sirkulasi udara.

Temperature udara yang dikehendaki adalah 19-22° C dan terjaga kestabilannya. Temperatur 19°C adalahpada saat ruangan tidak ada kegiatan dan temperatur 22°C adalah pada saat dilakukan kegiatan pembedahan, dimana terdapat beberapa petugas di dalam ruangan tersebut.

**f. Gas medis**

Pelayanan gas medis di RSUD dr.Murjani menggunakan sistem sentral/unit

Penentuan ruang sentral dan distribusi

1. Jenis gas medis yang umum di pasang pada sistim sentral adalah: oxygen, nitrous oxide, compressed air, nitrogen dan vacuum(suction),sedang untuk gas medis lainnya biasanya di adakan secara portable /setempat.
2. Kapasitas sentral gas medis pada umumnya di hitung menurut jumlah outlet gas medis yang di pasang. Untuk menentukan outlet yang akan di pasang di sesuaikan dengan banyaknya pelayanan yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Lokasi ruang sentral di upayakan penempatannya di tempat yang strategis , mudah di jangkau sarana transportasi terutama untuk keperluan pengiriman tabung gas isi dan pengambilan tabung-tabung gas kosong.
4. Penempatan ruang sentral harus cukup aman bagi kegiatan pelayanan/perawatan terutama di perkirakan bahaya ledakan atau kebakaran pada tabung-tabung gas yang bertekanan tinggi.
5. Pada sentral gas medis harus dipasang alat pemadam kebakaran minimal 1 unit.
6. Gas medis dari ruangan sentral di alirkan/ didistribusikan ke ruang-ruang pelayanan/perawatan melalui unit pipa dan outlet gas medis.
7. Tekanan gas yang keluar dari outlet harus memenuhi standar tekanan medis yaitu :
 

Oxygen

: 4-5Kg/cm<sup>2</sup>

Nitous oxygen

: 4-5 Kg/cm<sup>2</sup>

Nitrogen

: 4-5 Kg/cm<sup>2</sup>

Compressed air

: 4-5 kg/cm<sup>2</sup>

Suction(vacum)

: 20-60 cm Hg

**2.3 Jenis Peralatan Minimal IGD**

Berdasarkan Pedoman teknis sarana dan prasarana Instalasi gawat darurat pada fasilitas pelayanan kesehatan Departemen Kesehatan RI.

No.	JENIS KELENGKAPAN	JUMLAH
	<b>Umum</b>	
1	Poliklinik set (Gunting, pinset, dll)	Sesuai Kebutuhan
2	Tensimeter	Sesuai Kebutuhan
3	Stetoskop	Sesuai Kebutuhan
4	Termometer	Sesuai Kebutuhan



	<b>PERALATAN DI RUANG RESUSITASI</b>	
1.	Emergency set, isi:	
	Defibrilator	Sesuai Kebutuhan
	Ambubag (dewasa, anak)	Sesuai Kebutuhan
	ETT(dewasa, anak)	Sesuai Kebutuhan
	Laingoskop (dewasa , anak)	Sesuai Kebutuhan
	Magil forcep	Sesuai Kebutuhan
	Orofaringeal tube (mayo/guedel)	Sesuai Kebutuhan
	Nasopharingeal tube	Sesuai Kebutuhan
	Chest tube	Sesuai kebutuhan
	Suction manual dan otomatic	Sesuai Kebutuhan
	TabungO <sub>2</sub>	Sesuai Kebutuhan
	Jarum besar (12-14g)	Sesuai Kebutuhan
	Collar splint	Sesuai Kebutuhan
	Jarum infus	Sesuai Kebutuhan
	Infusion set : (2xjarum bed)	Sesuai Kebutuhan
2.	Cricotyroidektomi dan tracheostomi set	Sesuai kebutuhan
3.	Infus pump dan syring pump	Sesuai Kebutuhan
4.	Vital sign monitor	Sesuai kebutuhan
5.	EKG'cardiac monitor/portable Defibrilator	Sesuai Kebutuhan
6.	Venasection	Sesuai kebutuhan
7.	Glukostik	Sesuai Kebutuhan
8.	Nebulizer	Sesuai kebutuhan
9.	Warmer	Sesuai kebutuhan
10	Minor surgery	Sesuai Kebutuhan
11.	Trolley emergency	Sesuai Kebutuhan
<b>IMOBILISATION SET</b>		
1.	Neck collar	Sesuai Kebutuhan
2.	WSD set / punksi	Sesuai Kebutuhan
3.	Perban segala ukuran	Sesuai Kebutuhan
4.	X-ray	Sesuai Kebutuhan
5.	Splint	Sesuai Kebutuhan
6.	Long spine board	Sesuai Kebutuhan
7.	Scoop strecher	Sesuai Kebutuhan
8.	Urine bag	Sesuai Kebutuhan
9.	Wound toilet set	Sesuai kebutuhan
	<b>OBAT - OBAT DI RUANG TINDAKAN RESUSITASI</b>	
1.	Cairan infus koloid	Sesuai Kebutuhan

2.	Cairan infus kristaloid	Sesuai Kebutuhan
4	Cairan infus dektrose	Sesuai Kebutuhan
5	Adrenalin	Sesuai Kebutuhan
6	Sulfas atropin	Sesuai Kebutuhan
7	Kortikosteroid	Sesuai Kebutuhan
8	Lidokain	Sesuai Kebutuhan
9	Aminophin	Sesuai Kebutuhan
10	Pethidin	Sesuai kebutuhan
11	Morfin	Sesuai kebutuhan
12	Anti convulsi	Sesuai kebutuhan
13	ATS	Sesuai kebutuhan
14	Trombolitik	Sesuai Kebutuhan
15	Amiodaron	Sesuai Kebutuhan
16	APD , masker, sarung tangan, kaca mata google	Sesuai Kebutuhan
17	Manitol	Sesuai kebutuhan
18	Furosemide	Sesuai kebutuahan
	<b>PERALATAN DI RUANG TINDAKAN BEDAH</b>	
1.	Meja operasi/tempat tidur tindakan	Sesuai kebutuhan
2.	Dressing set	Sesuai kebutuhan
3.	Infusion set	Sesuai kebutuhan
4.	Vena section set	Sesuai kebutuhan
5.	Infusion set	Sesuai kebutuhan
6.	Thoracosities set	Sesuai kebutuhan
7.	Metal kauter	Sesuai kebutuhan
8.	Tiang infus	Sesuai kebutuhan
9.	Lampu operasi	Sesuai kebutuhan
10.	Bidai	Sesuai kebutuhan
11.	Splint	Sesuai kebutuhan
	<b>OBAT - OBAT TINDAKAN BEDAH</b>	
1.	Analgetik	Sesuai kebutuhan
2.	Antiseptik	Sesuai kebutuhan
3.	Lidokain	Sesuai kebutuhan
4.	Wound dressing	Sesuai kebutuhan
5.	ATS, Anti bisa ular	Sesuai kebutuhan
6.	Cairan kristaloid	Sesuai kebutuhan
7.	Antirabies	Sesuai kebutuhan
8.	Benang jarum	Sesuai kebutuhan
	<b>PERALATAN RUANG TINDAKAN BAYI &amp; ANAK</b>	
1.	Inkubator	Sesuai kebutuhan
2.	Tiang infus	Sesuai kebutuhan
3.	Tempat tidur	Sesuai kebutuhan

4.	Film viewer	Sesuai kebutuhan
5.	Suction	Sesuai kebutuhan
6.	Oksigen head box	Sesuai kebutuhan
<b>OBAT OBAT TINDAKAN BAYI &amp; ANAK</b>		
1.	Stesolid	Sesuai kebutuhan
2.	Mikro drip set	Sesuai kebutuhan
3.	Introosseous set	Sesuai kebutuhan
4.	Epineprin	Sesuai kebutuhan
5.	Ca glukonas	Sesuai kebutuhan
<b>RUANG TINDAKAN KEBIDANAN</b>		
1.	Kuret set	Sesuai kebutuhan
2.	Partus set	Sesuai kebutuhan
3.	Suction set	Sesuai kebutuhan
4.	Suction bayi	Sesuai kebutuhan
5.	Meja ginekologi	Sesuai kebutuhan
6.	Meja partus	Sesuai kebutuhan
7.	Vacum set	Sesuai kebutuhan
8.	Forcep set	Sesuai kebutuhan
9.	Resusitasi set	Sesuai kebutuhan
10.	Dopler	Sesuai kebutuhan
11.	Suction bayi	Sesuai kebutuhan
<b>OBAT - OBAT DI RUANG TINDAKAN PONEK</b>		
1.	MgSO <sub>4</sub> 20% dan 40 %	Sesuai kebutuhan
2.	Oksitosin	Sesuai kebutuhan
3.	Metergin	Sesuai kebutuhan
4.	Cairan infus kristaloid dan koloid	Sesuai kebutuhan
5.	Epineprin	Sesuai kebutuhan
6.	Dopamin	Sesuai kebutuhan
7.	Norepineprin	Sesuai kebutuhan
8.	Ca glukonas	Sesuai kebutuhan
<b>PERALATAN DI RUANG TINDAKAN MEDIS</b>		
1.	Kumbah lambung set	Sesuai kebutuhan
2.	EKG	Sesuai kebutuhan
3.	Irigator pemeriksaan	Sesuai kebutuhan
4.	Nebulizer	Sesuai kebutuhan
5.	Suction	Sesuai kebutuhan
6.	Oksigen medis(canul,masker dan NRM)	Sesuai kebutuhan
7.	NGT	Sesuai kebutuhan
8.	Syiring pump	Sesuai kebutuhan
9.	Lampu kepala	Sesuai kebutuhan

10.	Otoskop set	Sesuai kebutuhan
11.	Tiang infus	Sesuai kebutuhan
12.	Tempat tidur	Sesuai kebutuhan
13.	Film viewer	Sesuai kebutuhan
	<b>OBAT - OBAT DI RUANG TINDAKAN MEDIS</b>	
1.	Cairan infus kristaloid, koloid, dektrose	Sesuai kebutuhan
2.	Morfin	Sesuai kebutuhan
3.	ATS	Sesuai kebutuhan
4.	Anti konvulsan	Sesuai kebutuhan
5.	Lidokain	Sesuai kebutuhan
6.	Epineprin	Sesuai kebutuhan
	<b>PERALATAN TAMBAHAN</b>	
1.	Pemadam kebakaran	Minimal 1
2.	Komunikasi (telepon, fax, )	Minimal 1
3.	Ambulance gawat darurat	Minimal 1
4.	Buku pedoman penanggulangan penderita gawat darurat dan korban bencana	Minimal 1

## **BAB IV**

### **TATA LAKSANA PELAYANAN**

#### **4.1 Registrasi pasien Instalasi Gawat Darurat**

1. Perawat IGD melakukan triase terhadap pasien dan keluarga pasien melakukan proses pendaftaran pasien.
2. Petugas pendaftaran menanyakan kepada pasien atau keluarga pasien, apakah pasien pernah diperiksa di RSUD dr.Murjani
  - 1) Jika belum pernah diperiksa maka pasien sebagai Pasien Baru
    - Petugas pendaftaran memberikan formulir data pribadi pasien untuk diisi oleh pasien atau keluarga pasien, bila pasien atau keluarga pasien tidak bisa menulis atau membaca, maka petugas pendaftaran dapat membantu menulis data identitas pasien.
    - Petugas menginput data identitas pasien ke dalam komputer.
    - Petugas pendaftaran menulis nama pasien, alamat, umur, nomor rekam medis, jenis kelamin, agama, tanggal masuk dan jam kejadian pada form. rekam medis gawat darurat.
    - Pasien dibuatkan Kartu Periksa (emboss) dan diberikan pada pasien atau keluarganya dengan pesan untuk di bawa setiap kali datang berobat.
    - Rekam medis gawat darurat dilimpahkan kepada dokter untuk pencatatan pemeriksaan selanjutnya.
  - 2) Jika sudah pernah diperiksa maka pasien sebagai pasien lama
    - a. Petugas menanyakan kartu berobat pasien dibawa atau tidak, hal ini untuk mempermudah atau mempercepat dalam menemukan nomor Rekam Medis pasien dan proses pendaftaran
    - b. Apabila tidak membawa kartu berobat pasien, maka petugas pendaftaran akan mencari nomor Rekam Medis di komputer dengan fasilitas teropong. Dengan memanggil per nama pasien, nama keluarga ( nama keluarga disini adalah nama orang tua jika pasien laki-laki dan perempuan yang belum menikah apabila perempuan sudah menikah dengan menggunakan nama suami ), alamat pasien. Serta mencoba memvalidasikan kepada pasien dengan mencoba menanyakan nama orang tua, suami, istri, serta alamat.
      - Jika sudah ditemukan nomor Rekam medis pasien, petugas pendaftaran mendaftarkan pasien
      - Jika nomor Rekam Medis tidak ditemukan, maka petugas pendaftaran mencari di data kunjungan pasien rawat jalan dan gawat darurat yaitu IT Blog – data pasien baru – memilih unit rawat jalan atau Instalasi gawat darurat– ketik nama – alamat – unit terakhir periksa.
    - c. Jika pasien sudah didaftar, secara otomatis mesin cetak tracer akan mencetak nama pasien, unit yang dituju (Instalasi Gawat Darurat), dokter, tanggal periksa, jam, jenis kunjungan pasien ( baru atau lama)

- d. Petugas filing mencari rekam medis di bagian filing rekam medis rawat jalan
  - e. Petugas rekam medis mencari rekam medis lama yang diminta dan mengantarnya ke Instalasi Gawat Darurat.
  - f. Rekam medis dilimpahkan kepada dokter untuk pencatatan pemeriksaan selanjutnya.
- 3) Jika pasien menggunakan asuransi, maka petugas pendaftaran juga akan melengkapi administrasi kelengkapan asuransi yang digunakan pasien:
- a. Syarat Asuransi Negeri dan Asuransi Swasta:
    - Surat rujukan dari dokter keluarga, RS umum tempat asal pasien atau rujukan dari Puskesmas
    - Foto copy kepesertaan asuransi
    - Setelah syarat 1 dan 2 lengkap, petugas asuransi akan membuatkan Surat Jaminan dan mengeluarkan nomor SKP (Surat Keabsahan Peserta)
  - b. Syarat Asuransi Jamsostek
    - Surat rujukan dari Balai Pengobatan Tingkat I
    - Foto copy kepesertaan asuransi
    - Setelah syarat 1 dan 2 lengkap, petugas asuransi akan membuatkan Bon Tagihan ( kertas warna biru )yang nantinya akan digunakan sebagai kwitansi manual dan di bon tersebut dituliskan dipoliklinik mana pasien akan periksa dan disesuaikan dengan surat rujukan pasien
  - c. Syarat Asuransi JKN
    - Surat rujukan dari RS Umum atau Puskesmas
    - Foto copy kepesertaan asuransi
    - Foto copy KTP dan KK
    - Setelah syarat 1 dan 2 lengkap, petugas asuransi akan membuatkan Surat Jaminan dan mengeluarkan nomor SKP (Surat Keabsahan Peserta)
  - d. Syarat Tagihan Perusahaan
    - Surat pengantar dari perusahaan
    - Petugas asuransi memverifikasi apakah perusahaan tersebut masuk dalam daftar perusahaan PKS
    - Setelah petugas asuransi memverifikasi, maka petugas asuransi melengkapi surat pengantar dari perusahaan tersebut dengan Bon Tagihan.
- 4) Setelah dokumen rekam medis dilimpahkan di meja periksaan dokter, maka dokter melakukan pemeriksaan lanjutan dan jika dokter menghendaki ada pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi maka petugas pendaftaran menyiapkan Informed Consent untuk tindakan medis dan jika pasien menolak maka disiapkan Informed Consent untuk tindakan penolakan medis
- 5) Setelah menginstruksikan untuk adanya pemeriksaan penunjang, dan setelah dokter melihat hasil pemeriksaan penunjang :
- Menganjurkan pasien untuk di rawat inap ( lihat : SPO Admisi Pasien)

- Dan apabila setelah menginstruksikan untuk adanya pemeriksaan penunjang, dan setelah dokter melihat hasil pemeriksaan penunjang dan tidak menganjurkan pasien untuk rawat inap, maka dokter membuat resep yang kemudian ditebus di bagian farmasi dan kemudian membayar administrasi dikasir
- 6) Jika pasien meninggal setelah pemeriksaan dokter maka perawat Instalasi Gawat Darurat dapat menghubungi bagian dakwah Al Husna dan mempersiapkan jenazah pasien untuk dikirim ke ruang pamulasaran jenazah dan dokter membuat surat penyaksian mayat.
  - 7) Pasien yang datang meninggal / Death On Arrival ( DOA ) dilakukan pemeriksaan oleh dokter untuk memastikan kematiannya. Dan dibuatkan surat penyaksian mayat. Perawat menghubungi bagian Dakwah Al Husna mempersiapkan jenazah pasien untuk dikirim ke ruang pamulasaran jenazah dan dokter membuat surat penyaksian mayat.

## 4.2 Sistim komunikasi

### 4.2.1 Sistim Penanggulangan penderita gawat darurat.

Tujuan : Tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal, terarah dan terpadu bagi setiap anggota masyarakat yang berada dalam keadaan gawat darurat.

1. Penanggulangan ditempat kejadian.
2. Transportasi kesarana kesehatan yang lebih memadai.
3. Penyediaan sarana komunikasi.
4. Rujukan ilmu, pasien dan tenaga ahli.
5. Upaya PPGD di tempat rujukan (IGD dan ICU).
6. Upaya pembiayaan penderita.

### 4.2.2 Komponen Sistim penanggulangan penderita gawat darurat

#### 1. Komponen Pra Rumah Sakit ( di luar RS ) :

- a. Sub sistem ketenagaan (upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan orang awam dan petugas kesehatan) :
  1. Awam (biasa dan khusus).
  2. Perawat / paramedis.
  3. Medis / dokter umum.
- b. Sub sistem transportasi (upaya pelayanan transportasi penderita gawat darurat) :
  1. Tujuan : memindahkan PGD dengan aman tanpa memperburat keadaan penderita kesarana kesehatan yang memadai.
  2. Sarana transportasi : kendaraan, peralatan, SDM, obat dll.
  3. Persaratan untuk transportasi : sebelum diangkat, selama diperjalanan.
  4. Jenis kendaraan pengangkut.
  5. Jenis ambulans.
- c. Sub sistem komunikasi (upaya pelayanan komunikasi medik untuk penanggulangan PGD) :

1. Komunikasi kesehatan.
2. Komunikasi medis.
- d. Jenis komunikasi : Modern.
- e. Sarana komunikasi :
  1. Sentral komunikasi ( 0531 21010)
  2. Jaringan komunikasi langsung ( 0531 21010 )

## **2. Komponen Intra Rumah Sakit (dalam RS) :**

- a. Sub sistem pelayanan gawat darurat (upaya pelayanan PGD di IGD) :  
Misi UGD : Secara pasti memberikan perawatan yang berkualitas terhadap pasien dengan cara penggunaan sistem yang efektif serta menyeluruh dan terkoordinasi dalam :

- a. Perawatan pasien gawat darurat.
- b. Pencegahan cedera.
- c. Kesiagaan menghadapi bencana.

Menanggulangi pasien dengan cara aman dan terpercaya :

- a. Evaluasi pasien secara cepat dan tepat.
- b. Resusitasi dan stabilisasi sesuai prioritas.
- c. Menentukan apakah kebutuhan penderita melebihi kemampuan fasilitas.
- d. Mengatur sebaik mungkin rujukan antar RS (apa, siapa, kapan, bagaimana).
- e. Menjamin penanggulangan maksimum sudah diberikan sesuai kebutuhan pasien.

Petugas medis harus mengetahui :

- a. Konsep dan prinsip penilaian awal serta penilaian setelah resusitasi.
- b. Menentukan prioritas pengelolaan penderita.
- c. Memulai tindakan dalam periode emas.
- d. Pengelolaan ABCDE

## **3. Komponen Pembiayaan (sub sistem pembiayaan).**

Sumber bisa berasal dari pemerintah atau masyarakat :

- a. Pemerintah pusat / daerah.
- b. BPJS,
- c. Jasa Raharja.
- d. Perusahaan

## **4.3 Identifikasi resiko jatuh**

### **4.4 Pelayanan Triase**

- a. Pengertian

Triase adalah suatu sistem seleksi dan pemilihan pasien untuk tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien.

- b. Petugas yang melakukan triase adalah dokter atau perawat yang sudah bersertifikat pelatihan PPGD, ACLS, dll



c. Klasifikasi dan pemilahan pasien

Tujuan triage adalah untuk menentukan tingkat kegawatan dan perawatan yang dibutuhkan oleh korban. Dalam Triase menggunakan metode START (Simple Triage and Rapid Treatment), meliputi :

1. MERAH --> High Priority --> memerlukan penanganan segera
2. KUNING --> Intermediate Priority --> apabila tidak segera diberi pertolongan akan memburuk
3. HIJAU --> Low Priority --> Penanganan penderita dapat ditunda
4. HITAM --> Lowest Priority --> penderita yang tidak bisa dipertahankan lagi atau sudah meninggal

#### 4.5 Informed consent

Persetujuan tindakan medik (informed Consent) adalah pernyataan setuju (concent) atau izin dari seseorang (pasien) yang diberikan dengan bebas, rasional, tanpa paksaan (voluntary) tentang tindakan kedokteran yang akan di lakukan terhadapnya sesudah mendapatkan informasi cukup tentang tindakan kedokteran yang di maksud .

Pelaksanaan Informed concent di anggap benar jika memenuhi:

- a) Persetujuan atau penolakan tindakan medis di berikan untuk tindakan medis yang dinyatakan secara spesifik.
- b) Persetujuan atau penolakan tindakan medis di berikan tanpa paksaan
- c) Persetujuan atau penolakan tindakan medis di berikan oleh pasien yang sehat mental dan memang berhak memberikannya dari segi hukum.
- d) Persetujuan atau penolakan tindakan medis di berikan setelah cukup adekuwat informasi dan penjelasan yang di perlukan.

Kewajiban memberikan informasi dan penjelasan :

Dokter yang akan melakukan tindakan medik diusahakan sesuai gender pasien mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang di perlukan. Apabila berhalangan, informasi dan penjelasan yang harus di berikan dapat di wakikan kepada dokter lain dengan sepengetahuan dokter yang bersangkutan.

Isi informasi:

- Informasi dan penjelasan tentang tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medik yang akan dilakukan
- Cara yang dilakukan
- Resiko dan komplikasi yang akan terjadi
- Alternatif tindakan medis yang tersedia dan serta resiko masing-masing
- Prognosis kasus bila tindakan medis dilakukan
- Diagnosis

Cara menyampaikan informasi :

- Informasi diberikan secara lisan. Pemberian informasi secara tertulis hanya sebagai pelengkap penjelasan.

- Cara menyatakan persetujuan dapat lisan maupun tertulis. Untuk memiliki resiko tinggi harus harus tertulis dengan mengikuti prosedur yang berlaku
- Demi kepentingan pasien, informed consent tidak diperlukan untuk penderita gawat darurat yang tidak sadar dan tidak didampingi keluarga berhak memberikan persetujuan.

#### 4.5 Transportasi pasien

Transfer adalah proses perpindahan pasien dari satu tempat pelayanan ke tempat pelayanan yang lain dengan tetap berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. Proses transfer dapat dilakukan kapanpun dan dimanapun pasien berada dan mendapatkan pelayanan.

##### a. Tujuan

1. Sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan transfer pasien
2. Agar tercipta pelayanan transfer pasien yang efektif, efisien dan optimal
3. Menjamin terlaksananya pelayanan transfer pasien.

##### b. Sasaran

Pelayanan transfer pasien dibuat untuk memudahkan dalam pelaksanaan transfer:

##### a. Pasien

Supaya pasien terjamin mutu dan keamanan serta keselamatan selama menjalani proses transfer dan tetap terjaga hijab untuk pasien perempuan.

##### b. Petugas

Petugas merasa nyaman dalam melakukan tindakan pelayanan transfer pasien dan dapat memberikan pelayanan secara lebih optimal sesuai gender pasien .

##### c. Jenis transfer

1. Transfer pasien antar rawat inap  
Adalah pelayanan perpindahan pasien dari satu tempat rawat inap ke tempat rawat inap lain karena kebutuhan pindah kelas rawat atau menyesuaikan dengan jenis pelayanan.
2. Transfer pasien rawat inap ke unit khusus  
Adalah perpindahan pasien dari ruang rawat inap biasa ke unit khusus (kamar bedah, ICU, kamar bersalin, hemodialisa) dikarenakan kebutuhan pelayanan perawatan khusus sesuai kebutuhan pasien.
3. Transfer pasien sementara ke luar RS  
Adalah pelayanan rujukan sementara dikarenakan kebutuhan pasien untuk perawatan sementara atau pemeriksaan penunjang yang karena satu hal tidak dapat memenuhi pelayanan tersebut.
4. Transfer pasien menetap ke luar RS  
Adalah pelayanan rujukan menetap yang dibutuhkan pasien untuk rujukan perawatan karena
5. Transfer pasien ke unit pelayanan penunjang dan fasilitas
6. Transfer pasien perawatan khusus

d. Pencatatan dan pelaporan

Pencatatan dan pelaporan pelayanan transfer dilakukan dimasing-masing unit tempat pasien mendapatkan pelayanan kesehatan, dalam bentuk form khusus, atau dalam catatan rekam medis pasien yang nantinya dapat didokumentasikan dalam catatan rekam medis pasien tersebut.

e. Evaluasi transfer

Bentuk dari evaluasi pelayanan transfer dapat berupa, tercapainya pelayanan transfer secara optimal, diterimanya pasien dalam pelayanan kesehatan yang selanjutnya, hijab yang tetap terjaga, dan form atau check list pasien transfer terisi oleh kedua belah pihak baik pengirim transfer maupun penerima transfer.

#### **4.7 Pelayanan false emergency**

Pasien yang tergolong dalam False Emergency ( Gawat Darurat Semu ) adalah pasien yang tidak memerlukan pemeriksaan dan perawatan segera, dapat menunggu sesuai antrian sambil tetap dilakukan observasi oleh petugas. Bertujuan untuk menjamin bahwa pasien tidak akut yang datang ke UGD dapat dilayani sesuai dengan standar profesi dengan tidak mengurangi mutu pelayanan terhadap pasien gawat darurat murni.

Untuk pasien tidak akut dan tidak gawat yang datang pada jam (07.00-21.00) diarahkan langsung ke poliklinik umum dan yang datang jam (21.00-07.00) dilayani di IGD dan pelaporannya ikut IGD .

#### **4.8 Pelayanan DOA dan visum et repertum**

Pada prinsipnya setiap pasien yang meninggal pada saat dibawa ke IGD (*Death on Arrival*) harus dilaporkan kepada pihak berwajib. Pihak rumah sakit harus menjaga keutuhan jenazah dan benda-benda yang berasal dari tubuh jenazah (pakaian dan benda lainnya) untuk pemeriksaan lebih lanjut. Pihak POLRI yang akan menentukan apakah jenazah akan diautopsi atau tidak.

#### **4.9 Sistim Informasi pelayanan pra rumah sakit Ambulans Gawat Darurat**

SPGDT sistim penanggulangan gawat darurat terpadu adalah Pelayanan berpedoman pada respon cepat yang menekankan time saving is life and limb saving, yang melibatkan pelayanan oleh masyarakat awam umum dan khusus, petugas medis, pelayanan ambulans gadar dan sistem komunikasi.

## **BAB V**

### **KEBIJAKAN DAN PROSEDUR**

#### **1.1 Kebijakan Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD dr.Murjani Sampit**

##### **Kebijakan umum**

1. Pelayanan di instalasi gawat darurat harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien.
2. Pelayanan instalasi di laksanakan dalam waktu 24 jam
3. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan
4. Semua petugas instalasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standart profesi, standart prosedur operasional yang berlak,etika profesi dan menghormati hak pasien.
6. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajibmematuhi ketentuan K3 (keselamatan dan kesehatan kerja)
7. Peralatan di Instalasi harus selalu di lakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku
8. Koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan dengan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali
9. Setiap bulan wajib membuat laporan

##### **Kebijakan khusus**

1. Selain menangani kasus “true emergency” Instalasi Gawat Darurat juga melayani kasus “false emergency”
  2. Setiap pasien yang datang berobat ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus di daftar di bagian pendaftaran Instalasi Gawat Darurat.
  3. Pelayanan Gawat Darurat tanpa membayar uang muka
  4. Dalam memberikan pelayanan hharus selalu menghormati dan melindungi hak pasien dan keluarga
1. Pada pasien DOA (Death of arrival) tidak dilakukan resusitasi dan harus di berri nomor rekam medik
  2. Dokter yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat harus memiliki sertifikat ATLS/GELS dan ACLS
  3. Perawat yyang bertugas di Instalasi Gawat Darurat harus memiliki sertifikat BTCLS/ Emergency Nursing , serta APN untuk bidan
  4. Pada setiap shift jaga terdapat kepala shift dan satu bidan
  5. Obat dan alat kesehatan sesuai standar yang berlakuharus selalu tersedia
  6. Pelayanan kesehatan pasien Gawat darurat selam 24 jam secara terus menerus dan berkesinambungan
  7. Setiap pasien yang datang ke IGD di laukan triage untuk mendapatkan pelayanan yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien
  8. Triage di Instalasi Gawat Darurat dilakukan oleh perawat Instalasi Gawat Darurat dengan kompetensi
    - a) Minimal sebagai Perawat Klinik ( PK) 2

- b) Menguasai *basic life support*
  - c) Menguasai OHS dan *infection control*
  - d) Menguasai *basic* dan *general competency*
  - e) Memiliki sertifikat PPGD / BTCLS / Emergency Nursing
  - f) Memiliki Sertifikat pelatihan Triase
9. Pemindahan pasien dari Instalasi Gawat Darurat ke rawat inap dan unit khusus dilakukan oleh petugas (dokter, perawat dan kurir ) berdasarkan derajat transfer .
  10. Pelayanan berdasarkan pada standar pelayanan minimal kepmenkes
  11. Penjelasan ataupun pemberian informasi pelayanan dilakukan oleh petugas pendaftaran, perawat, dan dokter IGD
  12. Pasien diperbolehkan pulang atau rawat jalan setelah di lakukan pemeriksaan
  13. Setiap pasien yang memerlukan pemeriksaan diagnostik/ terapi/spesimen yang tidak tersedia di rumah sakit dapat dilakukan rujukan ke rumah sakit lain, termasuk juga bagi pasien yang memerlukan rujukan rawat inap yang diindikasikan karena penyakitnya
  14. Rujukan ke rumah sakit lain di lakukan oleh perawat dan supir ambulance dan pada kondisi kegawatan di dampingi oleh dokter
  15. Bila terjadi banyak bencana baik yang terjadi di dalam luar rumah sakit, Instalasi Gawat Darurat siap untuk melakukan penanggulangan bencana (disaster plan)
  16. Setiap petugas /staf Instalasi Gawat Darurat wajib mengikuti pelatihan yang sudah di programkan oleh bagian Diklat
  17. Setiap tindakan medis yang dilakukan harus berdasarkan atas indikasi medis dengan persetujuan pasien/ keluarga
  18. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan
  19. Pasien yang dilakukan pemeriksaan penunjang yang belum mendapatkan terapi sambil menunggu hasil pasien di observasi di Instalasi Gawat Darurat
  20. Hambatan pada proses pelayanan pasien di fasilitasi oleh rumah sakit.

## **5.2 Standar Operasional Prosedure di Instalasi Gawat Darurat**

1. SPO Pemasangan Needle Cricotyroidotomy
2. SPO Pemasangan Needle Decompression
3. SPO Pemasangan bidai
4. SPO Pemasangan WSD
5. SPO Pemasangan Endo Tracheal Tube
6. SPO Pemasangan gurita pada fraktur pelvis
7. SPO Pemasangan Long Spine Board
8. SPO Pemasangan Infus Vena Central
9. SPO Pemasangan Elastic Perban
10. SPO Menjahit Luka
11. SPO Perawatan Luka Bakar
12. SPO Tindakan Vena Sectie
13. SPO Tindakan Punksi Suprapubik
14. SPO Tindakan pemasangan infuse Intra Oseous

15. SPO Visum et repertum
16. SPO Penanganan pasien Kriminal
17. SPO Penanganan pasien tidak dikenal
18. SPO Pelaksanaan, pencacatan dan pengukuran Indikator Mutu IGD
19. SPO Penanganan pasien DOA
20. SPO Input data kunjungan pasien IGD
21. SPO Pelaksanaan Triase di IGD
22. SPO Observasi pasien di IGD
23. SPO Pengiriman pasien IGD atau poliklinik ke Ruang Isolasi

## **BAB VI**

### **KESELAMATAN PASIEN**

#### **6.1 Pengertian**

Merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien di Rumah Sakit menjadi lebih aman.

Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya di ambil.

#### **6.2 Tujuan**

Adapun yang menjadi tujuan pelaksanaan keselamatan pasien (Patient Safety) :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit.
2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Rumah Sakit.
4. Terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi
5. pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

#### **6.3 Tata Laksana Keselamatan Pasien**

##### **6.3.1 Menggunakan Alat Pelindung Diri Pada Saat Menangani Pasien**

1. Jas Tindakan dan sepatu bot
2. Apron
3. Kaca mata
4. Sarung Tangan
5. Masker Surgical

Gunakan masker surgical apabila kemungkinan pasien dengan penyakit menular ( air bornd disease).

##### **6.3.2 Sasaran Keselamatan Pasien**

Sasaran 1. Ketepatan Identitas pasien

- Ada 2 cara identitas yaitu menggunakan nama dan tanggal lahir
- Identifikasi pasien saat sebelum pemberian : tindakan medis dan keperawatan, obat, transfusi darah, pengambilan sample lab dan pemeriksaan radiologi
- Gelang identitas pasien :laki-laki :warna biru,perempuan : merah muda: tidak dikenal : putih.
- Kancing gelang pasien resiko jatuh : kuning, alergi:merah dan DNR(do not resusitasi): ungu
- SPO pemasangan gelang identitas pasien

Sasaran 2. Peningkatan komunikasi yang efektif

- Menggunakan teknik SBAR ( Situasion – Background - Assesment- Rekomendation) dalam melaporkan kondisi pasien
- Situasion :kondisi terkini yang terjadi pada pasien
- Background : informasi penting apa yang berhubungan dengan kondisi aseini terkini
- Assesment: hasil pengkajian kondisi pasien terkini

- Rekomendation : apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah pasien saat ini
- Lakukan TBK (tulis, baca, konfirmasi ulang) dan verifikasi / tanda tangan dari pada hasil laporan pertelpon terhadap perintah yang diberikan

Sasaran 3. Peningkatan keamanan obat yang perlu di waspadai

- Obat-obat high alert contoh elektrolit pekat: KCL, Natrium bikarbonat NaCl > 0,9 %
- Nama Obat Rupa Ucapan Mirip / LASA (Look a Like Sound a Like)
- Tempat penyimpanan obat high alert di beri striker berwarna merah bertuliskan "HIGH ALERT"

Sasaran 4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur tepat pasien

- Proses Time out ini merupakan standart operasi yang meliputi pembacaan dan pengisian formulir, sign in yang dilakukan sebelum di anastesi di holding area, time out yang dilakukan di ruang operasi sesaat sebelum insisi pasien operasi dan sign out setelah pasien operasi selesai( dapat dilakukan di recovery room /RR). Proses sign in, time out dan sign out di pandu oleh perawat sirkuler dan diikuti operator, dokter anastesi dan perawat

Sasaran 5. 5 Momen Kebersihan tangan :

1. Sebelum kontak dengan pasien
2. Sebelum melakukan tindakan aseptis
3. Sesudah kontak dengan cairan tubuh pasien
4. Sesudah kontak dengan pasien
5. Sesudah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Menggunakan 6 langkah kebersihan tangan

Ada 2 cara cuci tangan :

1. Hand wash : dengan air mengalir dan sabun waktu : 40 - 60 detik
2. Hand rub : dengan cairan berbasis alkohol waktu : 20 - 30 detik

Sasaran 6. Pengurangan resiko jatuh

- Pengkajian pasien resiko jatuh
- Dewasa : scoring Morse :  $\geq 25$  beresiko jatuh,  $< 25$  tidak beresiko
- Anak : scoring Mumpety dumpty :  $\geq 10$  beresiko jatuh,  $< 10$  tidak beresiko
- Perawat memasang kancing gelang kuning untuk pasien yang beresiko jatuh
- Perawat melakukan pengkajian ulang tiap 3 hari atau pada saat terjadi perubahan kondisi pasien, pemberian terapi yang beresiko pasien jatuh, pindah unit lain.
- SPO pengkajian dan pengkajian ulang serta pencegahan pasien resiko jatuh
- Dilakukan tatalaksana pasien jatuh dan membuat laporan insiden keselamatan pasien.



## **BAB VII**

### **KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA**

#### **7.1 Keselamatan Umum**

##### **7.1.1 Aturan Umum Mencuci Tangan**

Mencuci tangan merupakan aturan yang penting untuk mencegah penyebaran infeksi, langkah – langkahnya sebagai berikut :

1. Tuangkan Cairan anti septik / sabun ke telapak tangan secukupnya.
2. Gosokkan kedua telapak tangan.
3. Gosok punggung tangan dan sela – sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
4. Gosok kedua telapak tangan dan sela – sela jari.
5. Jari – jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.
6. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
7. Gosokkan dengan memutar ujung jari – jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
8. Bilas kedua tangan dengan air mengalir.
9. Keringkan kedua tangan dengan tissue.

***Dengan memperhatikan 5 moment mencuci tangan sebagai berikut :***

1. Sebelum Kontak Dengan Pasien
2. Sesudah Kontak Dengan Pasien.
3. Sebelum Melakukan Tindakan Anti Septik.
4. Apabila Terkontaminasi ( Cairan, Tertusuk Jarum, dll ).
5. Setelah kontak dengan Lingkungan Pasien.

##### **7.1.2 Keselamatan di Instalasi Gawat darurat**

- Alat Pelindung Diri (APD)

1. Jas Tindakan
2. Semua petugas Laboratorium harus mengenakan jas tindakan yang berlengan.
3. Apron
4. Sarung Tangan Non steril.
5. Masker Surgical
6. Gunakan masker apabila ada kemungkinan akan terhirup uap beracun,
7. Bekerja dengan zat – zat yang mudah menguap dan bekerja dengan alat
8. Kondisi pekerjaan yang dapat menimbulkan percikan.
9. Pelindung Mata (Google).
10. Semua alat APD harus ditanggalkan sebelum meninggalkan area bekerja dan tidak dibawa pulang.

## **7.2 Prosedur Penanganan Kecelakaan Instalasi Gawat Darurat**

### **1.2.1 Tertusuk Jarum**

1. Segera keluarkan darah satu kali pencet
2. Siram dengan air mengalir selama 10 – 15 menit.
3. Cuci dengan air sabun / desinfektan.  
( Jika perlu bilas dengan alkohol 70 % )
4. Tutup dengan kassa steril
5. Penanganan selanjutnya sesuai alur prosedur ketusuk jarum

### **1.2.2 Terpajan Cairan Tubuh ( Kulit, Mata, Hidung dan Mulut )**

1. Cuci dengan air mengalir selama 10 – 15 menit.
2. Untuk mata cuci dengan air mengalir dari pangkal ujung mata dekat hidung dengan memiringkan kepala.
3. Untuk kulit cuci dengan air mengalir dan air sabun / desinfektan (Jika perlu, bilas menggunakan alkohol 70 %) dan keringkan dengan handuk bersih.
4. Penanganan selanjutnya sesuai alur prosedur.

## BAB VIII

### EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU

#### 8.1 Standar mutu

Ada upaya secara terus menerus menilai kemampuan dan hasil pelayanan instalasi gawat darurat meliputi kriteria sebagai berikut:

1. Tersedianya data dan informasi untuk upaya penelitian secara berkala mengenai :
  - Jumlah kunjungan
  - Kecepatan pelayanan (respon time)
  - Pola penyakit / kecelakaan (10 terbanyak)
  - Angka kematian
2. Pelaporan mengenai kecelakaan harus di telaah dan dibahas
3. Instalasi Gawat Darurat menyelenggarakan evaluasi terhadap pelayanan kasus gawat darurat empat kali dalam setahun.
4. Instalasi Gawat Darurat harus menyelenggarakan evaluasi terhadap kasus-kasus tertentu sedikitnya satu kali dalam setahun.
5. Instalasi Gawat darurat menyelenggarakan pertemuan berkala setiap bulan dengan membahasmengenai masalah yang penting, melakukan intervensi dan melakukan sosialisasi program
6. Melakukan penilaian hasil pelayanan medis seperti laporan kasus, penilaian ulang penyakit tertentu.

#### 8.2 Standar Pelayanan minimal unit Instalasi Gawat Darurat Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2012

##### 8.2.1. Jenis Pelayanan, indikator dan standar Mutu

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tanggap pelayanan Dokter pasien gawat darurat $\leq 5$ menit	Waktu tanggap adalah waktu yang di butuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter $\leq 5$ menit
2.	Kelengkapan Pengkajian awal pasien rawat jalan di IGD dalam waktu $\leq 24$ jam	Kelengkapan Pengkajian awal pasien Rawat Jalan di IGD dalam waktu $\leq 24$ jam

##### 8.2.2. Indikator Sasaran Mutu di unit IGD

Waktu Tanggap Pelayanan dokter di Gawat Darurat pasien gawat  $\leq 5$  menit

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan Dokter pasien gawat darurat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas

Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu, menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang di butuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekwensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah komulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai di layani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di smapling (minimal= 50)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala instalasi Gawat darurat
Judul	Waktu tanggap pelayanan Dokter gawat darurat
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Judul	<b>Kelengkapan Pengkajian awal pasien Rawat jalan di IGD dalam waktu ≤ 24 jam</b>
Dimensi Mutu	<b>Kesinambungan Pelayanan Dan Kesehatan</b>
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dan perawat dalam melengkapi pengkajian awal pasien baru di IGD
DefinisiOperasional	Kelengkapan pengisian form pengkajian awal pasien baru yang ditulis oleh dokter dan perawat sesuai dengan ketentuan pengisian rekam medis yang telah di isi lengkap dan selesai dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat di IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
PeriodeAnalisis	3 bulan
Numerator	Jumlah form pengkajian awal pasien baru yang selesai < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat di IGD
Denominator	Jumlah total form pengkajian awal yang dijadikan sample
Formula	$\frac{\text{Jumlah form pengkajian awal pasien baru yang selesai < 24 jam setelah selesai pelayanan di IGD}}{\text{Jumlah total form pengkajian awal yang dijadikan sample}} \times 100 \%$
Sumber Data (inklusi dan eksklusi)	Survey dan checklist
Standart	≥ 70 % per agustus 2017 dinaik menjadi 100%
Area	IGD

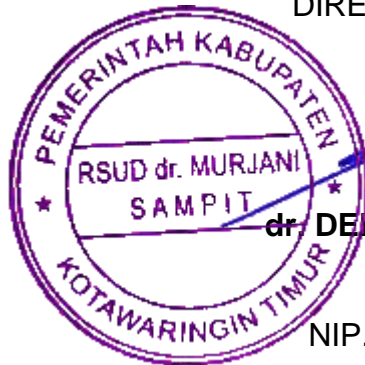
## **BAB IX**

### **PENUTUP**

Pedoman Pelayanan IGD RSUD dr.Murjani sejatinya merupakan pedoman unit kerja Instalasi Gawat Darurat yang akan digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan instalasi gawat darurat yang lebih bermutu. Rangkaian kebijakan dan prosedur yang tertuang di dalam pedoman pelayanan IGD ini akan menjadi pedoman bagi semua petugas untuk bersama-sama menuju visi, misi, dan tujuan RSUD dr.Murjani

Ditetapkan di : Sampit  
Pada Tanggal : 08 Januari 2018

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI



**dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp. Rad**

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001