



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA

NOMOR : HK.01.07/XXVI.3/ /851 /2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT

DI RUMAH SAKIT Jiwa Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT Jiwa Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG,

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam rangka menanggulangi gawat darurat sedini mungkin bagi semua lapisan masyarakat dengan cepat, akurat, dan tepat untuk memperoleh derajat kesehatan optimal yang dapat dipertanggung jawabkan berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta etik kedokteran dan keperawatan;
 - b. bahwa untuk memperoleh derajat kesehatan optimal yang dapat dipertanggung jawabkan berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta etik kedokteran dan keperawatan;
 - c. bahwa Instalasi Gawat Darurat merupakan pusat pelayanan kesehatan yang buka selama 24 jam penuh seharusnya berfungsi untuk pelayanan kesehatan pada pasien yang bersifat gawat dan darurat serta membutuhkan pertolongan segera untuk menghindari perkembangan penyakit yang lebih parah dan bahkan dapat mengancam jiwa pasien;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b, dan c perlu ditetapkan Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dengan Keputusan Direktur Utama.
- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 5. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
 6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
 7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 756/Men.Kes/SK/VI/2007 tentang penetapan 15 (Lima Belas) Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
13. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1627/Menkes/SK/XI/2010 tentang Pedoman Kegawatdaruratan Psikiatrik;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor KP.03.03/Menkes/4832/2021 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Dari Dan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI.

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT JIWA Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG**

KESATU : Memberlakukan Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU agar digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan yang bermutu di Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

KETIGA : Pada saat berlakunya keputusan ini, Keputusan Direktur Utama Nomor Nomor HK.01.07/XXVI.3/2960/2018 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KETIGA : Keputusan ini akan dievaluasi maksimal 2 (dua) tahun sejak tanggal ditetapkan.

KEEMPAT

: Keputusan ini berlaku terhitung tanggal ditetapkan. Apabila di dalam keputusan ini dikemudian hari terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Magelang
pada tanggal 31 Agustus 2022

DIREKTUR UTAMA,



RUKMONO SISWISHANTO

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit kerja tersendiri dari rumah sakit yang memberikan pelayanan 24 jam khususnya kepada penderita gawat darurat sesuai dengan standar pelayanan gawat darurat, juga melayani penderita tidak gawat darurat melalui pelayanan false emergency.

Instalasi Gawat Darurat sebagai pusat pelayanan kesehatan yang buka selama 24 jam penuh seharusnya berfungsi untuk pelayanan kesehatan pada pasien yang bersifat gawat dan darurat serta membutuhkan pertolongan segera untuk menghindari perkembangan penyakit yang lebih parah dan bahkan dapat mengancam jiwa pasien. Tetapi dalam misi sosialnya Instalasi Gawat Darurat tidak diperkenankan untuk menolak pasien yang datang meminta pertolongan kesehatan walaupun pasien datang tidak termasuk kriteria gawat dan darurat.

Dalam hal ini perlu tata cara yang baik sehingga pelayanan kesehatan untuk kasus-kasus gawat dan darurat tidak terganggu oleh pelayanan kasus - kasus yang tak gawat dan darurat tanpa harus menolaknya. Sehingga akan tercapai pelayanan :

1. Memberikan pelayanan terbaik kepada pasien dengan kasus kegawatan.
2. Melayani pasien lain yang membutuhkan pertolongan kesehatan.
3. Memberikan hasil dan dampak yang optimal dalam penanganan pasien.

B. Tujuan Pedoman

1. Menanggulangi gawat darurat sedini mungkin untuk semua lapisan masyarakat dengan cepat, akurat, dan tepat untuk memperoleh derajat kesehatan optimal yang dapat dipertanggung jawabkan berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta etik kedokteran dan keperawatan.
2. Merujuk penderita gawat darurat melalui sistim rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai.
3. Menanggulangi korban bencana.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Ruang lingkup kegiatan pelayanan Instalasi Gawat Darurat di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang terdiri dari:
2. Pelayanan gawat darurat;
3. Pelayanan kamar operasi.

D. Batasan Operasional

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit kerja tersendiri dari rumah sakit yang memberikan pelayanan 24 jam khususnya kepada penderita gawat darurat sesuai dengan standar pelayanan gawat darurat, juga melayani penderita tidak gawat darurat melalui pelayanan *false emergency*.

E. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
5. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit;
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1627/Menkes/SK/XI/2010 tentang Pedoman Kegawatdaruratan Psikiatrik.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia Pelayanan Gawat Darurat

1. Kepala Instalasi Gawat Darurat

a. Pendidikan

Minimal S1 Kedokteran Umum, pengalaman bekerja di IGD minimal 2 tahun

b. Ketrampilan

Menguasai komputer IGD, menguasai manajemen IGD, menguasai tata hubungan kerja IGD dengan unit kerja lain, menguasai ACLS.

c. Sikap/Karakter

Berdedikasi tinggi, berkepribadian mantap dan iman yang kuat, sabar, cepat tanggap, menjaga rahasia, jujur dan dapat dipercaya, mempunyai bakat dan minat.

d. Kemampuan

Team working, komunikasi, berpikir analisa, dan bersikap objektif.

e. Sertifikasi/Pelatihan yang harus diikuti ACLS

f. Bertanggungjawab kepada Direktur Medik dan Keperawatan

2. Koordinator Instalasi Gawat Darurat

a. Pendidikan

Minimal S1 Keperawatan, pengalaman bekerja di IGD minimal 2 tahun.

b. Ketrampilan

Menguasai komputer IGD, menguasai manajemen IGD, menguasai tata hubungan kerja IGD dengan unit kerja lain, menguasai PPGD baik kasus psikiatri maupun non psikiatri.

c. Sikap/Karakter

Berdedikasi tinggi, berkepribadian mantap dan iman yang kuat, cepat tanggap, menjaga rahasia, jujur dan dapat dipercaya, mempunyai bakat dan minat.

d. Kemampuan

Team working, komunikasi, berpikir analisa, dan bersikap objektif.

e. Sertifikasi/Pelatihan yang harus diikuti

PPGD dan Manajemen Kepala Ruang.

f. Bertanggungjawab kepada Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Administrasi IGD

a. Pendidikan

Semua lulusan minimal D3 dengan dasar pendidikan administrasi dan berpengalaman > 2 tahun

b. Ketrampilan

Menguasai komputer IGD, menguasai alur pengadaan logistik kebutuhan IGD, menguasai urusan administratif klaim pasien, menguasai urusan administratif kepegawaian, menguasai tata pelaporan rujuk pasien.

c. Sikap/Karakter

Berdedikasi tinggi, berkepribadian mantap dan iman yang kuat, cepat tanggap, menjaga rahasia, jujur dan dapat dipercaya, mempunyai bakat dan minat.

d. Kemampuan

Team working, komunikasi, berpikir analisa

e. Sertifikasi/Pelatihan yang harus diikuti

Billing System

f. Bertanggungjawab kepada Kasi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan

4. Primary Nurse (PN) Gawat Darurat

a. Pendidikan

Minimal D 3 Keperawatan, pengalaman kerja di IGD > 5 tahun

b. Ketrampilan

Menguasai komputer IGD, menguasai tata hubungan kerja IGD dengan unit kerja lain, menguasai PPGD

c. Sikap/Karakter

Berdedikasi tinggi, berkepribadian mantap dan iman yang kuat, cepat tanggap, menjaga rahasia, jujur dan dapat dipercaya, mempunyai bakat dan minat.

d. Kemampuan

Team working, komunikasi, berpikir analisa, dan bersikap objektif

e. Sertifikasi/Pelatihan yang harus diikuti

PPGD

f. Bertanggungjawab kepada Koordinator Instalasi Gawat Darurat.

5. Asosiate Nurse (AN) IGD

a. Pendidikan

Minimal D3 Keperawatan

b. Ketrampilan

Menguasai komputer IGD, menguasai tata hubungan kerja IGD dengan unit kerja lain, menguasai PPGD

c. Sikap/Karakter

Berdedikasi tinggi, berkepribadian mantap dan iman yang kuat, cepat tanggap, menjaga rahasia, jujur dan dapat dipercaya, mempunyai bakat dan minat.

d. Kemampuan

Team working, komunikasi, berpikir analisa.

e. Sertifikasi/Pelatihan yang harus diikuti

PPGD

f. Bertanggungjawab kepada Ketua Tim IGD

B. Distribusi Ketenagaan

1. Distribusi ketenagaan Perawat Unit Gawat Darurat

NO	KUALIFIKASI	JUMLAH (ORANG)	KETERANGAN
1	S Kep Ns	7	Koordinator Gawat Darurat, PN, dan AN
2	MMR	1	AN
3	D3 Keperawatan	13	AN
4	D4Kep.Gadar	3	AN
5	D3 Akutansi	1	Administrasi
6	SMA	5	Porter dan Pekarya (Cleaning Service)

2. Distribusi ketenagaan Dokter Umum IGD

NO	KUALIFIKASI	JUMLAH (ORANG)	KETERANGAN
1	S1 Kedokteran Spesialis Anestesi	1	Kepala Instalasi Gawat Darurat
2	S1 Kedokteran Umum	11	Dokter Umum IGD
3	S 1 Kedokteran Umum	2	Dokter Tamu/ Part time

C. Pengaturan Jaga

1. Pengaturan Jaga Dokter Umum IGD

Waktu jaga terbagi dalam tiga shift:

a. Hari Kerja (Senin s/d Jumat)

- 1) Pagi pukul 07.00 – 16.00 WIB
- 2) Siang pukul 16.00 – 21.00 WIB
- 3) Malam pukul 21.00 – 07.00 WIB

b. Di luar Hari Kerja (Sabtu dan Minggu) dan Hari Libur Nasional

- 1) Pagi pukul 07.00 – 14.00 WIB
- 2) Siang pukul 14.00 – 21.00 WIB
- 3) Malam pukul 21.00 – 07.00 WIB

Jadwal dokter jaga IGD dibuat maksimal 1 minggu sebelum akhir bulan. Bila dokter jaga IGD berhalangan dinas harus melapor minimal satu hari sebelumnya kepada Kepala Instalasi Gawat Darurat untuk dicarikan penggantinya.

2. Pengaturan Jaga Perawat Unit Gawat Darurat

a. Jadwal Jaga Koordinator Gawat Darurat

Hari Kerja (Senin s/d Jumat)

Pagi pukul 07.30 – 16.00 WIB

Sabtu, Minggu dan Hari Libur Nasional libur

b. Jadwal Jaga Administrasi Unit Gawat Darurat

Hari Kerja (Senin s/d Jumat)

Pagi pukul 07.30 – 16.00 WIB

Sabtu, Minggu dan Hari Libur Nasional libur

c. Jadwal PN Unit Gawat Darurat

Waktu jaga terbagi dalam tiga shift:

- 1) Pagi pukul 07.00 – 14.00 WIB
- 2) Siang pukul 14.00 – 21.00 WIB
- 3) Malam pukul 21.00 – 07.00 WIB

d. Jadwal AN Unit Gawat Darurat

Waktu jaga terbagi dalam tiga shift:

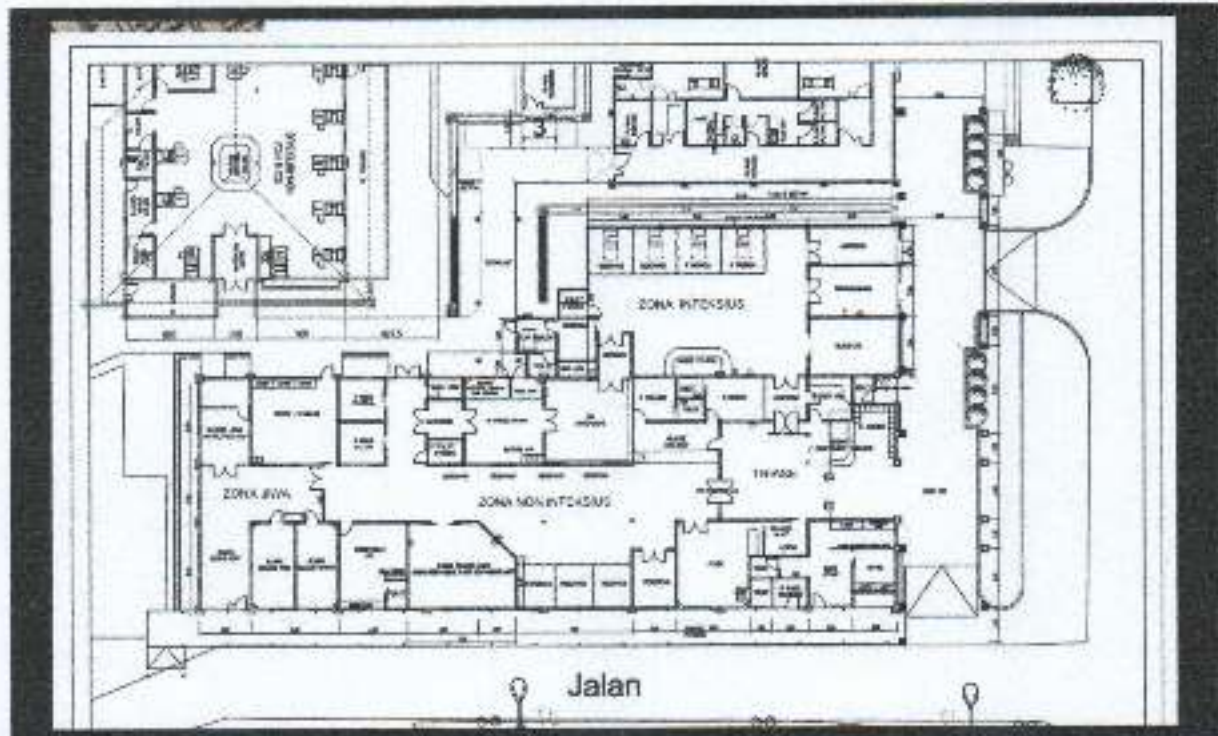
- 1) Pagi pukul 07.00 – 14.00 WIB
- 2) Siang pukul 14.00 – 21.00 WIB
- 3) Malam pukul 21.00 – 07.00 WIB

Jadwal perawat jaga IGD dibuat maksimal 1 minggu sebelum akhir bulan. Bila perawat pelaksana jaga IGD berhalangan dinas harus melapor kepada PN untuk dicarikan penggantinya maksimal 2 shift sebelumnya. Bila PN jaga IGD berhalangan dinas harus melapor kepada Kepala Unit Gawat Darurat untuk dicarikan penggantinya.

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang



B. Standar Fasilitas

1. Ketentuan Umum Fisik Bangunan

- Luas bangunan IGD disesuaikan dengan beban kerja RS dengan memperhitungkan kemungkinan penanganan korban masal/ bencana.
- Lokasi gedung harus berada dibagian depan RS, mudah dijangkau oleh masyarakat dengan tanda-tanda yang jelas dari dalam dan dari luar Rumah Sakit.
- Harus mempunyai pintu masuk dan keluar yang berbeda dengan pintu utama (alur masuk kendaraan/pasien tidak sama dengan alur keluar) kecuali pada kualifikasi IGD level 1 dan 2.
- Ambulans/kendaraan yang membawa pasien harus dapat sampai di depan pintu yang areanya terlindung dari panas dan hujan (catatan : untuk lantai IGD yang tidak sama tinggi dengan jalan ambulans harus membuat ramp).
- Pintu IGD harus dapat dilalui oleh brankart.
- Memiliki area khusus parkir ambulans yang bisa menampung lebih dari 2 ambulans (sesuai dengan beban RS).
- Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar dan tidak ada "Cross" memudahkan control kegiatan oleh perawat kepala jaga.
- Ruang triase harus dapat memuat minimal 2 (dua) brankart.
- Mempunyai ruang tunggu untuk keluarga pasien.
- Apotik 24 jam tersedia dekat IGD.
- Memiliki ruang untuk istirahat petugas (dokter dan perawat).

2. Sarana

a. Ruang Penerimaan

- 1) Ruang Tunggu (Public Area)
 - a) Toilet
- 2) Ruang Triase
- 3) Ruang Penyimpanan Strecher
- 4) Ruang Informasi dan Komunikasi

b. Ruang Tindakan

- 1) Ruang Resusitasi
- 2) Ruang Tindakan
 - a) Bedah
 - b) Non bedah/medical
 - c) Anak
 - d) Kebidanan
- 3) Ruang Observasi
- 4) Ruang Khusus/Isolasi

3. Fasilitas Prasarana Medis

a. Ruang Triase

- 1) Brankar penerimaan pasien (rasio/crosssectional)

b. Ruang Tindakan

- 1) Ruang Resusitasi

Peralatan Medis :

- a) Nasopharyngeal tube (minimal 1)
- b) Oropharyngeal tube (minimal 1)
- c) Laringoskope set anak (minimal 1)
- d) Laringoskope set dewasa (minimal 1)
- e) Nasotracheal tube (minimal 1)
- f) Orotracheal (minimal 1)
- g) Suction (sesuai jumlah TT)
- h) Tracheostomy set (minimal 1)
- i) Bag valve mask (dewasa & anak) (minimal 1)
- j) Kanul oksigen (sesuai jumlah TT)
- k) Oksigen mask (D/A) (minimal 1)
- l) Chest Tube (minimal 1)
- m) Crico/tracheostomi (minimal 1)
- n) ECG (minimal 1)
- o) Nasopharyngeal tube (minimal 1)
- p) Vena section (minimal 1)
- q) Gluko stick (minimal 1)
- r) Stetoskop (minimal 1)
- s) Thermometer (minimal 1)
- t) Nebulizer (minimal 1)

- u) Oksigen medis/consentrators (rasio 1 : 1 TTdi IGD)

Immobilization Set

- a) Neck collar (minimal 1 set)
- b) Scoop stretcher (minimal 1 set)
- c) Urine bag (minimal 1 set/ TT)
- d) NGT (minimal 1 set)
- e) Wound toilet set (minimal 1 set)

Obat-Obatan dan Alat Habis Pakai

- a) Cairan infus koloid
- b) Cairan infus kristaloid
- c) Cairan infus dextrose
- d) Adrenalin
- e) Sulpat atropine
- f) Kortikosteroid
- g) Lidokain
- h) Dextrose 50%
- i) Aminophilin
- j) Pethidin
- k) Morfin
- l) Anti convulsion
- m) Dopamine
- n) Dobutamin
- o) ATS, TT
- p) Trombolitik
- q) Amiodaron (inotropic)
- r) ADP : masker, sarung tangan
- s) Mannitol
- t) Furosemide
- u) APD : sarung tangan
- v) Obat-obatan harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus diresepkan

2) Ruang Tindakan Medik

Peralatan Medik

- a) Kumbah lambung set (minimal 1)
- b) EKG (minimal 1)
- c) Kursi periksa (minimal 1)
- d) Irigatoreriksaan (minimal 1)
- e) Nebulizer (minimal 1)
- f) Suction (minimal 1)
- g) Oksigen medis (minimal 1)
- h) NGT (minimal 1)
- i) Syrine pump (minimal 2)

- j) Infusion pump (minimal 2)
- k) Jarum spinal (minimal 1)
- l) Lampu kepala (minimal 1)
- m) Bronchoscopy (minimal 1)
- n) Ophthalmoscop (minimal 1)
- o) Otoscope set (minimal 1)
- p) Slit lamp (minimal 1)
- q) Tiang infus (minimal 1)
- r) Tempat tidur (minimal 1)
- s) Film viewer (minimal 1)

Obat-Obatan dan Bahan Habis Pakai

- a) SA
- b) Aminophilin
- c) Cairan infus koloid
- d) Cairan infus Kristaloid
- e) Cairan infus dextrose
- f) Adrenalin
- g) Sulpat atropine
- h) Kortikosteroid
- i) Lidokain
- j) Dextrose 50%
- k) Aminophilin/ β 2 blokker
- l) Pethidin
- m) Morfin
- n) Anti convulsion
- o) Dopamine
- p) Debutamin
- q) ATS
- r) Trombolitik
- s) Amiodaron (inotropic)
- t) APD : masker
- u) Mannitol
- v) Furosmide
- w) APD : sarung tangan

Obat-obatan harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di ruang tindakan bedah tanpa harus diresepkan.

3) Ruang Tindakan Bayi & Anak

- a) Peralatan Medis
- b) Incubator (minimal 1)
- c) Tiang infus (minimal 1)
- d) Tempat tidur (minimal 1)
- e) Suction (minimal 1)

- f) Oksigen (minimal 1)
- g) Obat-obatan dan Bahan Habis Pakai
- h) Stesolid
- i) Mikro drips set
- j) Intra osseus set

Obat-obatan harus selalu tersedia dalam jumlah

4) Ruang Tindakan Kebidanan

Peralatan Medis

- a) Kuret set (minimal 1/bergabung)
- b) Partus set (minimal 1/bergabung)
- c) Suction bayi (minimal 1/bergabung)
- d) Meja ginekologi (minimal 1/bergabung)
- e) Meja partus (minimal 1/bergabung)
- f) Resusitasi set (minimal 1/bergabung)
- g) Doppler (minimal 1/bergabung)
- h) Suction bayi baru lahir (minimal 1/bergabung)
- i) Lennec (minimal 1/bergabung)
- j) Tiang infus (minimal 1/bergabung)
- k) Tempat tidur (minimal 1/bergabung)
- l) Film viewer (minimal 1/bergabung)

Obat-obatan dan Bahan Habis Pakai

- a) Uterotonika
- b) Prostaglandin

Obat-obatan harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di ruang tindakan bayi & anak tanpa harus diresepkan.

c. Ruang Penunjang Medis

Ruang Radiologi

- 1) Mobilex-ray(minimal 1)
- 2) Apron timbal (minimal 2)
- 3) Automatic filmprocessor(minimal 1)
- 4) Filmviewer(minimal 1)

Gas Medis:N2O

- 1) Tabunggas(minimal 1)
- 2) Sentral (minimal 1)

BAB IV

TATALAKSANA PELAYANAN IKESWAR

A. Spesifikasi Pasien

1. Pasien gawat darurat.
Pasien yang tiba – tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat atau terancam jiwanya atau anggauta badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya.
2. Pasien gawat tidak darurat.
Pasien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya kanker stadium lanjut.
3. Pasien darurat tidak gawat.
Pasien akibat musibah yang tiba tiba, tetapi tidak mengancam jiwa dan anggota badannya, misalnya luka sayat dangkal.
4. Pasien tidak gawat tidak darurat.
Pasien yang tidak memerlukan pertolongan segera seperti pasien dengan Ulcus tropikum, Tbc kulit, dsb.

B. Prioritas dan Labellisasi Penanganan Pasien

Prioritas penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat adalah pasien dengan kategori dan memperhatikan kondisi sebagai berikut :

- I = Gawat
- II = Keadaan yang mengancam jiwa.
- III = Mempunyai prognosis yang baik
- IV = Mengalami perlukaan organ multiple

Untuk membedakan pasien-pasien yang datang di Instalasi gawat Darurat pada saat terjadi kejadian luar biasa/ korban massal maka sesuai dengan tingkat kegawatan pasien dibedakan dengan label :

- 1. MERAH = Pasien gawat darurat berat.
- 2. KUNING = Pasien gawat darurat ringan.
- 3. HIJAU = Pasien tak gawat dan tak darurat.
- 4. HITAM = Pasien meninggal

C. Tata Cara Kerja

1. Dokter Triase/ perawat triase

Dokter Triase yang bertugas harus dapat menentukan dan melaksanakan :

- a. Seleksi penanganan pasien.
- b. Melakukan tindakan "life saving" pada penderita yang membutuhkan.
- c. Penanganan pasien sesuai dengan batasan kewenangan dan kemampuan yang ada.
- d. Melakukan konsultasi/rujukan kepada dokter smf yang berkaitan dengan penyakit yang diderita pasien.
- e. Memondokkan pasien jika diperlukan.

- f. Memberikan keterangan kepada pasien tentang situasi penyakit penderita.
 - g. Memulangkan pasien.
2. Dokter SMF
- a. Memeriksa dan menangani Pasien yang di konsul/ rujuk oleh dokter Triase.
 - b. Memulangkan pasien yang tak mempunyai indikasi mondok.
 - c. Merujuk pasien ke SMF lain jika diperlukan.

D. Ketentuan Lain

1. Dokter Triase

- a. Pemeriksaan dan tindakan kasus emergency oleh dokter Triase paling lama 5 (lima) menit dihitung mulai saat pasien datang untuk :
 - 1) Menanggulangi kegawatan jika ada.
 - 2) Diberikan pengobatan, resep dan dipulangkan untuk pasien yang tak gawat.
 - 3) Dirujuk sesuai dengan penyakitnya.
- b. Rujukan ke dokter SMF maksimal 5 menit setelah pasien datang.
- c. Jika Dokter SMF yang mendapatkan rujukan tidak datang dalam waktu 15 menit setelah menerima rujukan maka dokter Triase harus :
 - 1) Melanjutkan pengobatan dan pemeriksaan penunjang sesuai dengan yang dibutuhkan.
 - 2) Memondokkan pasien sesuai dengan penyakitnya.

2. Dokter SMF

- a. Dokter yang mendapatkan rujukan harus datang paling lambat 15 (limabelas) menit setelah mendapatkan rujukan.
- b. Penanganan di ruang periksa paling lama 30 (tiga puluh) menit sehingga limit waktu 1 (satu) jam tak terlampaui.
- c. Jika memerlukan observasi penderita dapat dilakukan paling lama 2 (dua) jam di Ruang observasi.
- d. Setelah melampaui waktu 3 (tiga) jam dihitung saat pasien datang harus sudah dipondokkan atau dipulangkan atau dirujuk.
- e. Jika ada alasan yang tepat dan dapat dipertanggung jawabkan maka limit waktu dapat diperpanjang, contoh kasus pasien resusitasi sampai kondisi ABC stabil..
- f. Jika diperlukan dapat merujuk ke SMF lain.

E. Daftar Kasus Emergency

1. Jenis kasus non psikiatri

- a. Kasus kecelakaan
Meliputi : Kecelakaan lalu lintas, Kecelakaan kerja, Kecelakaan rumah tangga, Musibah dan bencana dan Gigitan binatang.
- b. Kasus perdarahan
Meliputi : Perdarahan otak, perdarahan hidung, telinga, tenggorokan, perdarahan di dada dan paru – paru, perdarahan perut dan perdarahan di ekstremitas.
- c. gangguan kesadaran yang akut dan mendadak.

- d. Gangguan jalan nafas seperti: adanya corpus alienum (benda asing) dan asma dalam serangan.
- e. Gangguan disaluran cerna seperti : Ileus dan Benda asing
- f. Adanya benda asing di: hidung, telinga dan tenggorokan yang menyebabkan gangguan fungsi organ yang vital.
- g. Kasus kejang.
- h. Kasus muntah berak dengan disertai dengan defisit cairan. (GEA dengan dehidrasi).
- i. Kasus keracunan
Meliputi : keracunan obat, keracunan makanan, keracunan zat berbahaya dan percobaan bunuh diri
- j. Nyeri akut
Yaitu nyeri dada akut, nyeri perut akut, nyeri kepala yang akut dan berat yang disertai gejala muntah pada penderita vertigo dan kelainan visus pada trigeminus Neuralgia atau Migrene.
- k. Semua macam kolik
Kolik renal (ginjal) dan Kolik abdominal
- l. Kasus febris (panas) lebih 3 hari dan atau disertai dengan gejala Tanda-tanda perdarahan (RL positif) atau Lidah kotor, nyeri perut.
- m. Kegagalan organ akut
Gagal ginjal akut, Gagal jantung akut, Gagal otak
- n. Syok karena bermacam sebab
Syok anafilaktik, Syok hipoglikemik, Syok hiperglikemik, Syok hipovolemik.

2. Jenis kasus Psikiatri

- a. Perilaku kekerasan
Pasien yang membawa senjata, perilaku merusak diri, Agresif secara fisik/verbal, mengancam merugikan orang lain
- b. Gaduh gelisah
Agitasi/gelisah yang ekstrim, perlu restraint, resiko melarikan diri, bingung/tidak mampu bekerja sama
- c. Bunuh diri
Depresi berat dengan keinginan bunuh diri/ciri psikotik, Mengancam/mencoba mencederai diri,
Pada kasus tertentu dimana penyakit tidak termasuk didalam daftar diatas penentuan kasus gawat atau non gawat ditentukan oleh dokter yang menangani pasien.

Pelayanan IGD dilaksanakan oleh tenaga yang terlatih dalam gawat darurat medik mulai dari dokter, perawat, dan dokter konsulen jaga on call. IGD memberikan pelayanan kepada pasien didukung oleh tenaga dari bagian laboratorium, radiologi, farmasi, dan pemeliharaan/teknik, serta ambulans 118 siap 24 jam sebagai satu kesatuan kerja unit terkait. Petugas IGD dan unit terkait terbagi dalam tiga shift jaga untuk saling mendukung dalam pelayanan paripurna, serta peserta didik dari berbagai program pendidikan.

Masing-masing unit bertanggung jawab dan melaporkan pelayanan yang telah di berikan serta memberikan informasi yang diperluakan sehubungan dengan pelayanan tersebut.

F. Triase Pasien

Pelayanan Medis dilaksanakan sesuai protap "Standar Pelayanan Medis". Khusus untuk pasien non gawat darurat yang datang pada jam kerja, sebaiknya diarahkan untuk dilayani di Poliklinik/fals emergency. Sedangkan bagi yang datang diluar jam kerja, dilayani dengan pemberian resep maksimal 2 hari untuk pasien non psikiatri dan untuk pasien psikiatri dapat diberikan obat maksimal 7 hari dan dianjurkan untuk kontrol ke poliklinik.

Penderita non gawat darurat dilayani sesudah penderita gawat darurat

1. Pasien Gawat Darurat (*True Emergency*)
 - a. Pasien langsung masuk IGD untuk mendapatkan pertolongan di ruang sesuai dengan klinis pasien, keluarga pasien dimohon mendaftar ke loket bila memungkinkan dibantu oleh petugas Pendaftaran/IGD / CS.
 - b. Pasien diperiksa dokter/ perawat triase di ruang triase dan ditempatkan sesuai kasus atau tingkat kegawatan
 - c. Dokter memeriksa, memberi tindakan / terapi dan memberi penjelasan bahwa pasien:
 - 1) Mendapat resep dan boleh pulang.
 - 2) Perlu rawat Inap.
 - 3) Perlu observasi.
 - 4) Perlu pemeriksaan penunjang
 - 5) Perlu Dirujuk ke rumah sakit lain
 - d. Pasien rawat jalan diberikan resep bila ada dan dianjurkan memasukkan resep ke apotik dan membayar di kasir, untuk pasien dengan jaminan kesehatan diminta untuk melengkapi sarat-sarat yang dibutuhkan.
 - e. Pasien diminta mengambil obat di apotik, dan dimohon kontrol ke poliklinik spesialis sesuai klinisnya (diberikan surat kontrol).
2. Pasien Tidak Gawat Darurat (*Fals Emergency*)
 - a. Pasien yang masuk IGD dipersilahkan mendaftar ke loket pendaftaran dan menunggu panggilan di ruang tunggu (bila ada antrian).
 - b. Pasien diperiksa dokter triase di ruang periksa dan diberi tindakan / terapi dan memberi penjelasan bahwa pasien :
 - 1) Mendapat resep dan boleh pulang
 - 2) Perlu rawat Inap.
 - 3) Perlu observasi.
 - 4) Perlu pemeriksaan penunjang
 - c. Pasien rawat jalan diberikan resep bila ada dan dianjurkan memasukkan resep ke apotik dan membayar di kasir, untuk pasien dengan jaminan kesehatan diminta untuk melengkapi sarat-sarat yang dibutuhkan.
 - d. Pasien diminta mengambil obat di apotik, dan dimohon kontrol ke poliklinik spesialis sesuai klinisnya (diberikan surat kontrol).

3. Pasien Observasi

- a. Pasien yang dinyatakan perlu observasi di tempatkan di ruang observasi.
- b. Waktu observasi antara 1 – 3 jam.
- c. Selama waktu observasi maka dokter dan perawat mengamati perkembangan keluhan pasien untuk menentukan pasien bisa pulang atau harus rawat inap walaupun masa observasi belum habis.
- d. Setelah diobservasi dan distabilkan maka pasien akan dipindah ke ruang rawat inap atau dirujuk ke rumah sakit lain. Pasien akan dipindahkan jika memenuhi kriteria :
 - 1) Kardiovaskuler :
 - a) Nadi 50 – 120 x per menit
 - b) MAP 65 – 150 mm Hg
 - 2) Respirasi
 - a) FiO₂ 0,6 atau kurang
 - b) PEEP 10 mm Hg atau kurang
 - c) Frekuensi Nafas 30 x per menit atau kurang
 - d) Saturasi O₂ 90 atau lebih
 - 3) Kesadaran
 - a) GCS M 6 (dapat mengikuti perintah)
 - 4) Kondisi Medis
 - a) Jika terdapat perdarahan maka sudah tidak memburuk saat mobilisasi
 - b) Jika ada demam maka suhu tubuh 38.5 derajat Celcius atau kurang
- e. Pasien yang boleh pulang diproses seperti rawat jalan. Adapun kriteria pasien yang dipulangkan antara lain:
 - 1) Secara klinis tampak perbaikan
 - 2) Tidak dijumpai disstres pernafasan
 - 3) Hasil laboratorium tidak dalam nilai kritis
- f. Pasien yang rawat inap selanjutnya diproses rawat inap.

4. Pasien Rawat Inap

- a. Pasien yang perlu rawat inap dimintakan persetujuan rawat inap pada pasien dan keluarganya.
- b. Bila klien setuju untuk rawat inap, maka ditanyakan kamar yang diinginkan. Untuk selanjutnya pasien di skrining berdasarkan kebutuhan pelayanan kesehatannya antara lain:
 - 1) Pelayanan preventif
Pelayanan kesehatan preventif yaitu suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Pelayanan preventif bertujuan untuk mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal, serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera (early diagnosis and prompt treatment). Pelayanan preventif diberikan secepatnya sesuai dengan golden periode medis. Misal untuk mencegah terjadinya tetanus maka pasien dengan kemungkinan terjadi infeksi tetanus diberikan injeksi ATS secepatnya

2) Pelayanan kuratif

Pelayanan kesehatan kuratif yaitu suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.

Upaya kesehatan kuratif juga dapat diartikan sebagai usaha medis yang dilakukan untuk menyembuhkan atau mengurangi rasa sakit yang diderita seseorang. Termasuk dalam tindakan ini adalah mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera.

Tujuan utama dari usaha pengobatan (kuratif) adalah pengobatan yang setepat-tepatnya dan secepat-cepatnya dari setiap jenis penyakit sehingga tercapai penyembuhan yang sempurna dan segera.

Upaya kuratif cenderung bersifat reaktif, maksudnya upaya kesehatan kuratif umumnya dilakukan setelah adanya suatu penyakit atau setelah masalah datang. Upaya kesehatan kuratif ini juga cenderung hanya melihat dan menangani penderita penyakit lebih kepada sistem biologis-nya saja

3) Pelayanan paliatif

Pelayanan paliatif adalah pelayanan pada seorang pasien dan keluarganya yang memiliki penyakit yang tidak dapat disembuhkan dengan cara memaksimalkan kualitas hidup pasien serta mengurangi gejala yang mengganggu, mengurangi nyeri dengan memperhatikan aspek psikologis dan spiritual.

Tujuan perawatan paliatif untuk mengurangi penderitaan pasien, meningkatkan kualitas hidupnya, juga memberikan *support* kepada keluarganya. Jadi, tujuan utama perawatan paliatif bukan untuk menyembuhkan penyakit dan yang ditangani bukan hanya penderita, tetapi juga keluarganya.

Meski pada akhirnya pasien meninggal, yang terpenting sebelum meninggal dia sudah siap secara psikologis dan spiritual, serta tidak stress menghadapi penyakit yang dideritanya.

Prinsip-prinsip Perawatan Paliatif adalah menghargai setiap kehidupan, menganggap kematian sebagai proses yang normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghargai keinginan pasien dalam mengambil keputusan, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, mengintegrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien dan keluarga, menghindari tindakan medis yang sia-sia, memberikan dukungan yang diperlukan agar pasien tetap aktif sesuai dengan kondisinya sampai akhir hayat, memberikan dukungan kepada keluarga dalam masa dukacita.

Pasien yang mendapatkan pelayanan paliatif misal penderita kanker, orang-orang dengan penyakit kronis lain, seperti penyakit Alzheimer, diabetes, HIV/AIDS, dan masalah pada system saraf yang tidak bias disembuhkan

Prosedur yang dilakukan selama perawatan paliatif adalah:

Mengatasi gangguan fisik, seperti nyeri, susah tidur, napas menjadi pendek, tidak nafsu makan, dan merasa sakit pada perut. Guna mengatasinya, spesialis akan melakukan konseling gizi, terapi fisik, serta berkolaborasi dengan tim nyeri. Mengatasi gangguan emosi dan sosial, seperti merasa takut, marah, sedih, emosi tidak terkontrol, dan depresi. Begitupun dengan keluarga pasien yang juga merasakan hal yang sama. Spesialis akan melakukan konseling dengan CLP.

Meringankan masalah spiritual dengan menolong pasien untuk menemukan kedamaiannya, dan biasanya melibatkan tokoh agama masing-masing yang dipercayainya.

Pasien paliatif dapat ditempatkan di bangsal rawat inap sesuai dengan kasusnya karena belum tersedia bangsal khusus pasien paliatif.

4) Pelayanan rehabilitatif

Pelayanan kesehatan rehabilitatif, yaitu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya

Usaha rehabilitative ini memerlukan bantuan dan pengertian dari seluruh anggota masyarakat untuk dapat mengerti dan memahami keadaan mereka (bekas penderita), sehingga memudahkan mereka (bekas penderita) dalam proses penyesuaian dirinya dalam masyarakat dengan kondisinya yang sekarang ini.

Rehabilitasi bagi bekas penderita terdiri dari hal berikut:

- a) Rehabilitasi fisik, yaitu agar penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimalnya.
- b) Rehabilitasi mental, yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan social secara memuaskan.
- c) Rehabilitasi social vokasional, yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan atau jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya
- d) Rehabilitasi aesthetis, yaitu usaha yang dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan dari bagian anggota tubuh, walaupun fungsinya tidak bekerja seperti anggota tubuh aslinya

5) Pelayanan Intensif/khusus

pelayanan intensif adalah suatu pelayanan di Rumah Sakit yang khusus mengelola pasien dalam kondisi kritis atau sakit berat, cedera dengan penyulit yang mengancam jiwa, yang membutuhkan tenaga terlatih dengan didukung oleh peralatan khusus. Pelayanan intensif psikiatri ada di Unit Psikiatri Intensif Putra (Wisma Antasena) dan Unit Psikiatri Intensif Putri (Wisma Shinta).

Untuk pelayanan intensif fisik non infeksius ada di ICU/HCU (Wisma Parikesit). Sedangkan pelayanan intensif fisik infeksius ada di ICU/HCU Wisma Dewi Ratih.

- c. Dokter mengisi lembar rawat inap dan mendelegasikan kepada perawat untuk memberikan tindakan selanjutnya, seperti :
 - 1) Pemasangan infus, cateter, dan injeksi serta tindakan lain.
 - 2) Melengkapi pemeriksaan penunjang, meliputi : laboratorium, radiodiagnostik
 - 3) Pasien pre operasi atau diagnosa klinis kardiologi ditambah EKG.
 - d. Petugas IGD berkoordinasi dengan pendaftaran untuk membuat catatan rawat inap pasien.
 - e. Petugas membuat nota IGD dan menyertakan pada catatan medis pasien.
 - f. Petugas IGD konfirmasi ke ruangan per telepon tentang kesiapan kamar.
 - g. Petugas IGD berkoordinasi dengan CS atau satpam atau sopir ambulan untuk mengantar pasien ke ruangan.
 - h. Serah terima dengan petugas rawat inap.
 - i. Bila pasien menolak untuk rawat inap maka dokter menuliskan pada catatan medis dan blanko penolakan rawat inap bahwa klien tidak bersedia rawat inap setelah dijelaskan risikonya dan memohon klien menandatangani pernyataan tersebut.
5. Konsultasi dengan Dokter Spesialis
- a. Jika setelah diperiksa keadaan pasien gawat atau perlu diketahui dokter spesialis, maka dokter langsung melaporkan ke dokter spesialis sesuai ketentuan yang berlaku.
 - b. Dokter IGD bersama perawat melaksanakan instruksi dokter spesialis.
 - c. Konsultasi dapat per telepon atau langsung ke dokter bersangkutan jika dokter berada di lingkungan rumah sakit, baik oleh dokter atau perawat dengan membawa catatan medis pasien.
6. Pasien yang memerlukan Pemeriksaan Penunjang
- a. Jika pasien memerlukan pemeriksaan penunjang, dokter membuat surat pengantar periksa sesuai klinis pasien baik laboratorium, roentgen, EKG, EEG, dan lain – lain.
 - b. Pasien membawa surat pengantar periksa ke unit penunjang, jika tak mampu maka pasien dibantu menyelesaikan pemeriksaan tersebut baik oleh petugas IGD, unit penunjang, atau CS.
 - c. Hasil pemeriksaan dianalisa dokter IGD untuk disimpulkan :
 - 1) Pasien rawat jalan dan diproses seperti pasien rawat jalan.
 - 2) Pasien rawat inap dan diproses seperti pasien rawat inap.
7. Spesialisasi Penanganan Kasus
- a. Pasien ditangani / dirawat oleh dokter spesialis sesuai penyakitnya.
 - b. Pasien emergency dilaporkan langsung oleh dokter jaga IGD.
8. Pasien datang sudah meninggal
- a. Keluarga tetap mendaftarkan pasien di pendaftaran.
 - b. Jika penyebab kecelakaan atau kriminal dokter menuliskan di catatan IGD sebagai pasien visum et repertum dan membuat surat kematian.

- c. Petugas IGD membuat nota beban IGD dan memohon keluarga membayar di kassa, lalu mengembalikan nota merah ke IGD dan mengambil surat kematian.
- d. Petugas IGD berkoordinasi dengan Satpam, CS, dan petugas pemulasaraan jenazah untuk memasukkan jenazah ke kamar jenazah.
- e. Petugas pemulasaraan jenazah sebagai penanggung jawab kamar jenazah berkoordinasi dengan keluarga untuk memutuskan jenazah dirukti di rumah sakit atau di rumah duka.
- f. Satpam berkoordinasi dengan :
 - 1) Petugas Ambulans dan keluarga untuk mengantar jenazah ke rumah duka.
 - 2) Kepolisian, bila kasus kecelakaan lalu lintas / criminal untuk kepastian jenazah dapat dibawa pulang.

G. Pengiriman Pasien Ke Rumah Sakit Lain

1. Pendahuluan

Instalasi Gawat Darurat sebagai garda terdepan dalam menangani pasien selain merujuk juga dimungkinkan untuk memindahkan pasien ke rumah sakit lain dengan berbagai macam alasan seperti :

- a. Atas permintaan pasien dan atau keluarga pasien.
- b. Adanya dasar pendanaan dari pasien yang sudah mempunyai kontrak kerjasama dengan rumah sakit lain.
- c. Alih Rawat karena tempat penuh atau keterbatasan kemampuan rumah sakit untuk merawat pasien tersebut.

2. Tujuan

Memberikan tatacara yang jelas dalam transportasi pasien sehingga :

- a. Ada kontak dari Dokter yang mengirim dan dokter yang akan merawat pasien.
- b. Rumah sakit yang dituju dapat mempersiapkan diri untuk menerima pasien tersebut.
- c. Transportasi disesuaikan dengan kondisi pasien untuk menghindari hal – hal yang tak diinginkan.

3. Tatacara Pelaksanaan

Jika ada permintaan dari pasien dan keluarga pasien untuk alih rawat ke Rumah sakit lain maka :

a. Administratif

Pasien atau keluarga bertanggung jawab harus secara tertulis menanda tangani di dokumen Rekam medis yang ada berisikan :

- 1) Permintaan untuk alih rawat pasien.
- 2) Bertanggungjawab atas segala risiko yang mungkin terjadi.
- 3) Sanggup membayar biaya yang harus dikeluarkan untuk alih rawat tersebut.
- 4) Melunasi semua biaya rumah sakit.

b. Dokter yang merawat

Sebagai dokter yang merawat maka setelah ada pasien yang mengajukan alih rawat pasien ke Rumah Sakit lain maka harus melakukan langkah – langkah :

- 1) Menghubungi dokter yang akan merawat pasien di rumah sakit tersebut tentang adanya pasien dengan alih rawat.
- 2) Memberikan surat keterangan alih rawat dengan data – data yang telah diperiksa di rumah sakit ini.
- 3) Mempersiapkan obat – obatan yang akan diberikan selama transportasi.
- 4) Memberikan instruksi kepada petugas transport penanganan pasien selama di perjalanan.
- 5) Memberikan obat – obatan yang sedang di berikan.
- 6) Lain-lain yang diperlukan.

c. Petugas Transport.

Pada dasarnya petugas transportasi dapat dipakai mobil ambulan dari rumah sakit semula, rumah sakit yang dituju maupun ambulan lain yang mempunyai spesifikasi tertentu :

- 1) Perawat yang sudah lulus PPGD.
- 2) Petugas lain sesuai dengan instruksi dari dokter pengirim.
- 3) Peralatan – peralatan sesuai dengan standart peralatan di ambulan. (Lihat Protap Penggunaan Ambulans).
- 4) Dalam kondisi tertentu dan untuk keselamatan pasien dokter pengirim dapat memberikan instruksi tambahan selain yang seperti tersebut diatas.

H. Penanganan Musibah Massal

1. Batasan

a. Definisi

Musibah masal atau bencana adalah keadaan yang gawat dimana kehidupan sehari – hari mendadak terganggu dan banyak orang terjerumus dalam keadaan tak berdaya dan menderita, dan sebagai akibat daripadanya membutuhkan pengobatan, perawatan, perlindungan, makanan, dan lain kebutuhan.

b. Tim penanggulangan musibah / bencana masal RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang (selanjutnya disebut sebagai tim saja).

Adalah tim yang dibentuk oleh Direktur RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang dengan tujuan untuk menangani korban bencana, baik yang terjadi diluar maupun di dalam RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang, dalam bentuk penanganan intra rumah sakit ("hospital care") maupun penanganan di lapangan ("pre hospital care").

2. Tujuan

Tujuan dari pembentukan Tim Penanggulangan Bencana dan musibah masal adalah :

- a. Mengkoordinasikan semua tenaga medis dibawah satu komando.
- b. Mampu bergerak secara cepat jika sewaktu – waktu tim dibutuhkan.
- c. Mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik secara profesional.

3. Kualifikasi Bencana

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| a. Bencana tingkat I | :jumlah korban 1 - 49 orang |
| b. Bencana tingkat II | :jumlah korban 50 - 99 orang |
| c. Bencana tingkat III | :jumlah korban 100 - 299 orang |

d. Bencana tingkat IV : jumlah korban lebih dari 300 orang.

Yang dimaksud korban disini tidak hanya korban yang meninggal dunia, tapi juga termasuk didalamnya adalah semua orang yang mengalami gangguan baik psikis maupun fisik, dari yang bersifat ringan sampai yang paling berat.

4. Tatacara Kerja

Pada saat ada laporan terjadinya bencana maka dokter triase yang bertugas harus mengambil langkah – langkah :

a. Mengkonfirmasi dan mencatat laporan tersebut se jelas mungkin mengenai :

- 1) Kapan
- 2) Dimana
- 3) Perkiraan jumlah korban
- 4) Macam bencana (gunung berapi, tanah longsor, banjir, kebakaran, kecelakaan lalu lintas dlsb.)
- 5) Situasi terkini
- 6) Mencatat identitas pelapor.
- 7) Dll yang dapat memperjelas situasi.

b. Melaporkan langsung ke Kepala Instalasi Gawat Darurat dan menantikan instruksi lebih lanjut.

c. Menghubungi semua anggota tim Penanggulangan Bencana RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

d. Mempersiapkan peralatan yang mungkin diperlukan dalam rangka evakuasi dan penanganan di lapangan.

5. Penanggulangan di dalam Rumah Sakit

Jika terjadi bencana/ musibah dimana korban langsung datang ke Rumah sakit maka perlu dilakukan langkah – langkah :

a. Penerima pertama adalah petugas IGD yang pertama kali menerima penderita atau informasi adanya bencana. Petugas ini berkewajiban untuk segera menghubungi dokter jaga Triase untuk bertindak sebagai pimpinan (Triage Officer atau pimpinan triase).

b. Pimpinan triase kemudian bertindak :

- 1) menghubungi kepala IGD
- 2) menghubungi koordinator/senior, dimana bila dipandang perlu akan menggantikan sebagai pimpinan triase.

c. Disamping itu kepala IGD juga menghubungi Direktur RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang, yang akan melakukan koordinasi dengan unit kerja diluar RS yang bantuannya diperlukan bila ternyata yang terjadi adalah bencana tk III atau IV.

d. Pelaksanaan penanganan pasien dilakukan secara terkoordinasi dengan semua pihak yang terkait.

6. Pengiriman Tim Medis Lapangan

Pengiriman Tim Medis Lapangan beserta peralatannya dilakukan hanya atas perintah dan persetujuan dari Direktur RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang dengan bukti surat tugas.

BAB V LOGISTIK

A. Obat Life Saving

1. Pendahuluan

Upaya pelayanan yang optimal pada penderita Gawat Darurat tidak terlepas dari tersedianya alat-alat/obat-obat "Emergency" habis pakai di Ruang Gawat Darurat yang selalu siap pakai. Dalam hal ini perlu petunjuk pelaksanaan yang jelas dalam hal penggunaannya.

2. Tujuan

Memberikan petunjuk penggunaan alat yang benar, tepat dan cepat dalam hal penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat.

3. Daftar Alat Habis Pakai

a. Nasogastric Tube (NGT).

1) Indikasi

- a) Kuras lambung pada pasien keracunan
- b) Pada pasien vomitus yang berat untuk mencegah aspirasi misalnya : pada ileus, Gastritis.

2) Cara pemasangan

- a) Ukurkan panjang NGT dari telinga ke hidung sampai lambung pasien.
- b) Masukkan ujung NGT lewat hidung pasien suruh pasien menelan NGT sampai batas yang telah kita ukur tadi - plester NGT dengan bibir atas.
- c) Untuk memastikan NGT masuk lambung (tidak masuk paru) hisap NGT akan keluar cairan lambung atau bisa juga dites dengan memasukkan udara dengan stetoskop diatas epigastrik → akan terdengar suara udara masuk.

b. Catether (Foley Catether).

1) Indikasi.

- a) Retensi urine pada BPH
- b) Untuk mengukur banyaknya urine out put pada rehidrasi.
- c) Keperluan diuresis yang cepat, misalnya pada pemberian diuretic pada odem pulmo.

2) Cara pemakaian.

- a) Bersihkan OUE dengan antiseptik (Betadine).
- b) Masukkan jelly kurang lebih 3 cc lewat OUE
- c) Masukkan ujung cateter lewat OUE dengan cara steril sampai vesica urinaria sehingga keluar urine.
- d) Fixasi dengan cara memasukkan aqua bidest kurang lebih 15 cc lewat jalur pengunci.

c. Urinal Bag

1) Indikasi

- a) Untuk mengukur banyaknya urine out put pada rehidrasi.

- b) Keperluan diuresis yang cepat, misalnya pada pemberian diuretic pada odem pulmo.
 - 2) Cara pemakaian.

Dipasang diujung luar cateter dapat sekaligus digunakan mengukur besarnya urine out put.
- d. Abocath.
 - 1) Indikasi.

Memberikan jalur yang dapat memasukkan obat dan cairan kedalam tubuh pasien.
 - 2) Cara pemasangan.
 - a) Lakukan ikatan diatas vena yang vena yang dipilih.
 - b) Masukkan jarum setelah dilakukan tindakan antiseptik sehingga darah keluar kemudian hubungkan dengan infus set dengan botol infus yang telah disediakan.
 - c) Kemudian ditutup dengan kasa ber antiseptik dan lakukan fixasi.
- e. Infus set / tranfusi set.

- 1) Indikasi.
 - a) Penghubung abocath dengan cairan infus / darah, sekaligus pengatur besarnya aliran cairan infus/ darah.
 - b) sebagai jalan masuk obat – obatan yang diberikan secara intravena.
 - 2) Cara pemasangan.

Dipasang antara Abbocath dan botol infus.

Disamping alat – alat tersebut diruang Gawat Darurat perlu disediakan alat-alat habis pakai yang lain :

- a. Gips dengan softbandnya
 - b. Alkohol.
 - c. Kassa steril
 - d. Betadine
 - e. Jarum injeksi
- 4. Obat-obat Emergency
 - a. Adrenalin
 - 1) Indikasi.
 - a) Shok anafilaktik
 - b) Henti jantung pada kegagalan RJP

Dosis : 1 mg (Dewasa).

10 mcg / kg (anak-anak).
 - c) Asthma Bronchiale

Dosis : 0,2 - 0,3 mg secara SC
 - 2) Pemberian

Bisa diulang tiap 5 menit sampai timbul denyut jantung.

b. Dexametason, Kalmethason

Indikasi :

1) Syok anafilaktik.

Dosis : 10 mg (dewasa) secara IV, bisa diulang tiap jam.

2) Asthma Bronchiale.

Dosis : 10 mg (dewasa) secara IV, bisa diulang tiap 6-8 jam.

Catatan : Hanya diberikan pada Status Asmatikus dan penderita Asma yang sudah tergantung dengan obat Glukocortikostereoid.

3) Allergi

Dosis : 5 mg (dewasa) secara IV / IM

c. Natrium Bicarbonat

Indikasi :

Henti jantung (Asidosis)

Dosis : 1 mg / kg secara IV

d. Dopamin

Indikasi :

Hipotensi / shock Cardiogenic.

Dosis : 2 - 20 mg / kg BB/menit per drip (dititrasi) sampai tercapai tekanan yang diinginkan.

e. Lidocain

Indikasi :

1) Disaritmia Ventrikuler

Dosis : 1 mg / kg BB bolus, diikuti per infus 1 - 4 mg / menit sampai hilang disaritmianya.

2) Anestesi lokal.

Dosis : 2% dengan jumlah cc sesuai besarnya luka.

f. Sulfas Atrofin

Indikasi :

1) Bradikardi

Dosis : 0,5 - 2 mg IV sampai tercapai efek yang diinginkan.

2) Keracunan obat Insektisida.

Dosis : 0,5 - 2 mg IV sampai tercapai efek yang diinginkan.

g. Aminophyllin

Indikasi :

Asthma Bronchiale

Dosis : 0,5 ampul bolus diteruskan 1,5 ampul dalam D5 per drips 20 tetes/menit.

h. Ethibernal

Indikasi :

Pasien Gaduh Gelisah

Dosis : 100 mg 1 m (dewasa).

i. Diazepam

Indikasi : pasien kejang.

Dosis : 10 mg IV (dewasa)

5 mg per rectal (anak – anak dg Berat Badan < 10 Kg)

10 mg per rectal (anak – anak dg Berat Badan > 10 Kg)

Bila masih kejang bisa diulang tiap 10 Menit. (lihat protap Penatalaksanaan Kejang)

j. Baralgin, Buscopan

Indikasi:

1) pasien Kolik (renal/abdomen).

Dosis : 1 ampul IV/1 m (dewasa).

2) Untuk mengurangi Rasa sakit dan kejang segala macam sebab.

Dosis : 1 ampul IV/1 m (dewasa).

k. Primperan

Indikasi : Pada Pasien dengan keluhan mual dan muntah.

Dosis : 1 ampul IV (dewasa).

l. Cimetidine

Indikasi : Digunakan pada pasien Epigastric pain/Gastritis.

Dosis : 1 ampul IV (dewasa).

m. Lasix

Indikasi : Digunakan pada Diuresis cepat, pada pasien oedem pulmonum.

Dosis : 2 ampul IV (dewasa).

n. Profenid, Pronalges, Kaltrofen

Indikasi : Digunakan sebagai analgetic kuat.

Dosis : 1 ampul IM.

o. Transamin

Indikasi : Digunakan pada kasus perdarahan.

Dosis : 1 ampul IV (dewasa)

p. Halloperidol

Indikasi : Digunakan pada kasus Kejiwaan

Dosis : 1 ampul IM (dewasa)

5. Cairan (Infus)

a. Ringer lactate

Indikasi : Digunakan pada kasus : Hipovolemia / dehidrasi dan asidosis metabolic.

b. Na Cl 0,9%

Indikasi : Digunakan pada pasien :

1) Alkolosis metabolic misalnya pasien muntah terus menerus.

2) Cairan kuras lambung.

c. Dextrose 5%

Indikasi : Digunakan untuk maintenance.

d. Dextrose 10%

Indikasi : Digunakan untuk pasien sulit makan (pengganti glucose).

e. DS. ¼ S

Indikasi : Digunakan pada pasien Neonatus.

6. Untuk obat-obatan dan peralatan habis yang ada dan belum terdaftar dalam ketentuan ini maka berlaku sesuai dengan leaflet dan buku petunjuk yang dibuat oleh produsen/ pembuat yang bersangkutan.

B. Peralatan Life Saving

1. Peralatan Life Saving adalah alat – alat yang diperlukan dalam pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat seperti :
 - a. Ambu bag set
 - b. Laringoscope set
 - c. DC Shock,
 - d. Bedside monitor
 - e. kain kasa dan
 - f. Peralatan infus seperti Abbocath, Infus set dsb
 - g. Gips material.
 - h. Peralatan pengobatan/bedah minor.
 - i. Katheter, sonde lambung, kantong urin.
 - j. Dsb. Sesuai pedoman pelayanan Eksternal IGD (SPGDT th.2006)
2. Tujuan
Melancarkan semua kegiatan pelayanan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat.
3. Tatacara Penyediaan
 - a. Petugas Farmasi yang bertugas di apotik satelit Instalasi Gawat Darurat bertanggung jawab untuk :
 - 1) Setiap pagi/setiap ada laporan penggunaan obat dan alat emergency memeriksa dan mengisi obat dan alat emergency yang diperlukan/telah digunakan di IGD.
 - 2) Bertanggung jawab atas obat dan alat emergency yang ada di box emergency IGD.
 - 3) Bertanggung jawab secara administratif terhadap pengelolaan obat dan alat habis pakai di apotik satelit IGD.
 - b. Petugas IGD yang bertugas dan mengetahui adanya kekurangan obat dan alat emergency segera melaporkan kepada petugas farmasi di apotik satelit IGD untuk dipenuhi kembali.
4. Tatacara Penggunaan Obat dan Alkes
Semua perawat di IGD yang menggunakan alat dan obat berkewajiban :
 - a. Mengambil obat di apotik satelit IGD dengan mencatat nama pasien dan nama obat atau alat yang akan digunakan
 - b. Mengingatkan dokter untuk menuliskan di resep semua obat dan alat yang digunakan sesuai dengan nama pasien yang mempergunakan obat dan alat habis pakai tersebut maka :
 - 1) Jika pasien pulang maka resep diserahkan ke apotik atau ke pasien untuk dibawa ke apotik dandiserahkan ke petugas apotik kemudian pasien/ keluarga pasien membayar tagihannya di kasir.

- 2) Pada pasien mondok resep dibawa perawat ke apotik untuk dibiling kemudian resep dilampirkan pada status penderita sehingga dapat dilagihkan pada saat pasien pulang.
- c. Pada keadaan tertentu dimana diperlukan pemakaian obat dan alat habis pakai yang banyak dan segera Petugas IGD dapat meminta obat dan alat habis pakai dengan mengambil atau meminta dahulu tanpa menulis nama dan alat ke petugas apotik.

C. Pemberian Resep Obat Pasien Non Gawat

Pasien yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat dan termasuk golongan fals emergency maka pemberian resep obat hanya untuk 2 (dua) hari untuk pasien non psikiatri dan 7 (tujuh) hari untuk pasien psikiatri dan kemudian pasien dianjurkan untuk kontrol dan berobat di poliklinik yang bersangkutan.

D. Ketentuan Lain

Pelaksanaan operasional IGD secara umum dilakukan dengan mengacu pada protap yang berlaku.

Hal-hal yang belum diatur dalam protap, dilaksanakan dengan sebaik mungkin dengan mengutamakan kepentingan penderita, dengan mengacu pada peraturan yang berlaku. Selanjutnya untuk hal – hal seperti tersebut, diusahakan pembuatan protap secepatnya.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal-hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk memaksimalkan timbulnya resiko.

Landasan dari keselamatan pasien meliputi :

1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2. Undang-Undang No.36

Ada beberapa definisi dalam keselamatan pasien yang termasuk dalam indikator Insiden Keselamatan Pasien (IKP) meliputi:

1. KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) adalah insiden yang mengakibatkan pasien cedera.
2. KNC (Kejadian Nyaris Cidera) adalah terjadinya insiden yang belum sempat terpapar ke pasien.
3. KTC (Kejadian Tidak Cidera) adalah insiden sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cedera.
4. KPC (Kejadian Potensial Cidera) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
5. Sentinel Event adalah KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius.

B. Tujuan

Tujuan dari keselamatan pasien di IGD adalah untk membuat asuhan pasien lebih aman sehingga akan tercipta kondisi sebagai berikut :

1. Budaya safety meningkat dan berkembang
2. Komunikasi dengan pasien berkembang
3. KTD menurun dan peta KTD selalu ada dan terkini
4. Resiko klinis menurun
5. Mutu pelayanan meningkat
6. Citra IGD Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang meningkat diiringi kepercayaan masyarakat meningkat.

C. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di IGD



Bila ada insiden keselamatan pasien, maka akan dipecahkan dengan metode :

1. RCA (*Root Cause Analysis*)
2. FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)
3. Risk Grading Matriks

Dari hasil analisa melalui ketiga metode tersebut akan dihasilkan suatu solusi yang akan dilakukan penerapan secara berkesinambungan sehingga KTD akan menurun dan keselamatan pasien meningkat sehingga tercapai Instalasi Gawat Darurat yang aman.

D. Evaluasi

Tim atau komite KPRS menunjuk satu orang coordinator yang disebut dengan istilah "champions" di setiap unit kerja di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. Setiap ada insiden keselamatan pasien di IGD direkap oleh champions kemudian dilaporkan kepada tim atau komite KPRS yang kemudian membuat rekomendasi-rekomendasi apakah masalah tersebut bisa diselesaikan oleh Kepala unit gawat darurat, Kasi Keperawatan Pelayanan Rawat Jalan, Kabid Keperawatan atau sampai ke tingkat Direktur.

E. Penanggung Jawab Harian

Keselamatan Pasien merupakan tanggung jawab seluruh pegawai Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang berada di Instalasi Gawat Darurat yang dikoordinir oleh seorang champions di Instalasi Gawat Darurat.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

A. Keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja di Instalasi Gawat Darurat

Beberapa hal yang harus diperhatikan untuk mewujudkan keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja di Instalasi Gawat Darurat adalah :

1. Keamanan pasien dan pengunjung
 - a. Ruang tunggu sebaiknya terpisah dengan IGD
 - b. Lantai ruangan dibuat rata, kering dan tidak licin
 - c. Sirkulasi udara di dalam ruangan harus lancar
 - d. Ada ruang triase
 - e. Ada ruang resusitasi
 - f. Ada ruang seklusi
 - g. Ada ruang observasi pasien jiwa tenang
 - h. Ada ruang observasi
 - i. Ada ruang PONEK
2. Keamanan petugas Instalasi Gawat Darurat
 - a. Seluruh ruangan IGD harus mudah dibersihkan
 - b. Permukaan meja rata, dan tahan terhadap bahan yang bersifat asam dan korosif
 - c. Penerangan di dalam ruangan harus cukup terang, adanya pemisahan tempat sampah antara bahan dari kaca, botol, sarung tangan
 - d. Seluruh pegawai IGd menggunakan seragam pegawai sesuai ketentuan
 - e. Cuci tangan dalam five moment
3. Penanganan limbah Instalasi Gawat Darurat

Limbah Instalasi Gawat Darurat adalah bahan bekas dalam pekerjaan di IGD yang dapat berbentuk cair, padat dan gas, dimana hal tersebut dapat berbahaya jika tidak ditangani dengan benar. Karena itu pengelolaan limbah perlu dilakukan untuk mencegah adanya infeksi nosokomial yang mungkin terjadi serta penyebaran penyakit di masyarakat.

Untuk penanganan limbah Instalasi Gawat Darurat agar aman bagi petugas dan lingkungan sekitarnya maka perlu dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

 - a. Disediakan wadah pengumpul :
 - 1) Untuk benda tajam disediakan wadah yang kuat dan tidak mudah robek
 - 2) Kantong plastik sebagai pembungkus, kantong plastic warna kuning untuk limbah infeksius dan kantong plastik warna hitam untuk limbah non infeksius
 - 3) Tempat/bak sampah
 - 4) Tempat pengumpulan sampah sementara apabila jumlahnya besar
 - b. Limbah sebaiknya dipisahkan berdasarkan kategori/jenis limbah dan dimasukkan ke dalam tempat/kantong sampah
 - c. Limbah yang bersifat infeksius dilakukan penanganan limbah secara khusus

- d. Limbah kimia yang bukan termasuk dalam bahan berbahaya dapat dibuang bersama-sama limbah domestik bila dalam bentuk padat dan ke saluran air limbah bila bentuk cair. Tetapi bila berasal dari bahan beracun berbahaya (B3) perlu ditampung dalam wadah khusus dan dimasukkan ke dalam IPAL.
- e. Sampah umum/domestik :
 - 1) Dimasukkan dalam kantong plastik warna tertentu
 - 2) Dibawa ke TPS (tempat pembuangan sampah sementara) oleh petugas kebersihan untuk selanjutnya dibuang ke TPA (tempat pembuangan akhir).

B. Pencegahan Bahaya/Kecelakaan Fisik, Kimia dan Biologis

1. Tata ruang dan alat penunjang pencegahan dan penanggulangan kecelakaan
 - a. Seluruh ruangan IGD mudah dibersihkan dan tahan terhadap reaksi disinfektan
 - b. Pada tempat yang rawan kecelakaan diberi tanda peringatan .
 - c. Koridor/gang harus bebas halangan
 - d. Lantai IGD harus bersih, kering dan tidak licin
 - e. Sistem ventilasi harus cukup dan udara dalam ruangan dibuat mengalir searah
 - f. AC/pendingin ruangan harus cukup, bisa menstabilkan suhu ruangan antara 20° C - 25° C
 - g. Penerangan cukup
 - h. Ada ruang lemari asam
 - i. Tersedianya APAR yang sesuai dengan kebutuhan dan diletakan pada tempat yang strategis
 - j. Penempatan alat- alat kesehatan di IGD harus sedemikian rupa sehingga tidak membahayakan pegawai IGD.
2. Penanganan dan penyimpanan bahan-bahan kimia
Syarat- syarat penyimpanan
 - a. Bahan beracun
 - 1) ruangan dingin dan berventilasi
 - 2) jauhkan dari bahan yang mudah terbakar
 - 3) jauhkan dari bahan yang mungkin mudah bereaksi
 - 4) beri tanda bahan beracun
 - b. Bahan korosif
 - 1) tempat kan pada ruangan dingin dan berventilasi
 - 2) jauhkan dari bahan beracun
 - 3) beri tanda bahan korosif
 - c. Bahan mudah terbakar
 - 1) ruangan dingin dan berventilasi
 - 2) jauhkan dari sumber api atau panas
 - 3) jauhkan dari bahan oksidator
 - 4) beri tanda bahan mudah terbakar

- d. Bahan mudah meledak
 - 1) ruangan dingin dan berventilasi
 - 2) jauhkan dari panas dan api
 - 3) jauhkan dari bahan yang mudah terbakar
 - 4) hindarkan dari gesekan / tumbukan mekanik
- e. Gas bertekanan
 - 1) disimpan dalam keadaan tegak dan terikat
 - 2) ruangan dingin dan tidak terkena sinar matahari langsung
 - 3) jauhkan dari api dan panas
 - 4) jauhkan dari bahan korosif yang dapat merusak kran dan katup
- f. Lain lain
 - 1) Untuk bahan kimia yang mempunyai efek toksik, karsinogenik, teratogenik atau yang bersifat asam kuat/basa kuat, jika akan menggunakan harus dilakukan di almari asam dan petugas harus menggunakan APD.
 - 2) Penempatan bahan-bahan kimia harus dipisah-pisahkan sesuai dengan golongan dan sifatnya
- 3. Pencegahan infeksi bagi pegawai Instalasi Gawat Darurat
 - a. Cuci tangan sesering mungkin dengan sabun / disinfektan
 - b. Gunakan APD bila diperlukan
 - c. Sputum sesudah dipakai jarumnya harus dalam keadaan tertutup
- 4. Sarana dan prasarana K3 IGD yang perlu disiapkan :
 - a. Apron
 - b. Sarung tangan
 - c. Masker
 - d. Sepatu tertutup
 - e. Wastafel yang dilengkapi dengan sabun (skin disinfektan) dan air mengalir
 - f. Kontainer khusus untuk insenerasi jarum, lancet
- 5. Pengamanan pada keadaan darurat :
 - a. Sistem tanda bahaya
 - b. Sistem evakuasi
 - c. Alat komunikasi darurat baik di dalam atau ke luar IGD
 - d. Sistem informasi darurat
 - e. Pelatihan khusus berkala tentang penanganan keadaan darurat
 - f. Alat pemadam kebakaran, masker, pasir, dan sumber air terletak pada lokasi yang mudah dicapai
 - g. Alat seperti kampak, palu, obeng, tangga dan tali

C. Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang

Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang merupakan bagian dari rumah sakit yang berkaitan erat dengan masalah K3 karena pekerjaan yang berhubungan dengan pasien. Beberapa hal yang sudah dilakukan dalam rangka menjamin keselamatan dan kesehatan kerja di IGD adalah :

1. Pembuatan program pemeliharaan dan keselamatan kerja karyawan
 - a. Pemeriksaan general check-up untuk karyawan
 - b. Pemeriksaan skrining HbSAg untuk karyawan
 - c. Vaksinasi Hepatitis B bagi karyawan yang hasil pemeriksaan skriningnya menunjukkan HbSAg negatif dan titer anti HbS < 100
 - d. Pemberian makanan tambahan
 - e. Pendidikan dan pelatihan K3 untuk karyawan
 - f. Perlindungan karyawan dari pasien jiwa gaduh gelisah dengan tetap standby nya security di pintu masuk IGD termasuk adanya pelatihan mengenai self defence pada pasien gaduh gelisah
2. Menggelorakan budaya cuci tangan dengan program "Five Moments" yaitu :
 - a. Sebelum kontak dengan pasien
 - b. Sebelum tindakan aseptis
 - c. Sebelum terkena cairan tubuh pasien
 - d. Setelah kontak dengan pasien
 - e. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

A. Pendahuluan

Mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat didasarkan pada praktek profesional tenaga medik dan paramedik yang menuntut kompetensi tiap individu, dokter dan perawat adalah yang melaksanakan. Mutu pelayanan di instalasi gawat darurat merupakan hasil dari proses kerjasama antar individu profesi yang bergabung dalam satu tim dalam melaksanakan tindakan gawat darurat. Oleh karena itu perlu adanya sistem yang dapat mengendalikan kualitas pelayanan instalasi gawat darurat melalui program peningkatan mutu. Sesuai perkembangan ilmu dalam upaya pengendalian mutu instalasi gawat darurat yang lebih baik dalam metoda evaluasi pelaksanaan program ini mengalami perubahan dengan penambahan evaluasi program pada perhitungan angka indikator klinik mutu pelayanan instalasi gawat darurat.

B. Tujuan

1. Umum

- a. Semua petugas Instalasi Gawat Darurat mampu memberikan pelayanan secara optimal (prima dan profesional).
- b. Meningkatkan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat
- c. Melaksanakan Visi, Misi, dan Falsafah Instalasi Gawat Darurat khususnya dan RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang pada umumnya.

2. Khusus

Agar semua petugas di Instalasi Gawat Darurat lebih inovatif dalam meningkatkan mutu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat sehingga dapat :

- a. Memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarga pasien.
- b. Menurunkan angka infeksi nosokomial.
- c. Meminimalkan kecelakaan / kegagalan yang terjadi di Instalasi Gawat Darurat.
- d. Memberikan pelayanan gawat darurat secara prima, profesional dan bermutu tinggi.

C. Program Peningkatan Mutu Di Instalasi Gawat Darurat

Program peningkatan mutu di Instalasi Gawat Darurat dilaksanakan berdasarkan :

1. Evaluasi kerja staff.
2. Evaluasi keluhan / kekurangan dalam pelayanan dan upaya perbaikan.
3. Evaluasi laporan kecelakaan / kegagalan yang terjadi di Instalasi Gawat Darurat.
4. Evaluasi penilaian indikator klinik mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat.
5. Pertemuan rutin untuk "Peningkatan Mutu" di Instalasi Gawat Darurat.
6. Pelaksanaan DRK untuk mencari jalan keluar dari kegagalan teman atau mendapatkan cara terbaik dari keberhasilan teman
7. Melakukan simulasi penanganan pasien di IGD untuk dapat mengingat sistem dan menjadi terbiasa dengan sistem yang ada dan untuk mendapatkan sistem terbaik
8. Evaluasi terhadap pencatatan laporan kegiatan pelayanan tahunan untuk perencanaan kebutuhan dan program jangka panjang.

9. Program pelatihan bagi perawat dan dokter Instalasi Gawat Darurat berkaitan dengan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.
10. Evaluasi metoda pelaksanaan program.

D. Metoda Evaluasi Pelaksanaan Program

1. Evaluasi kerja staf Instalasi Gawat Darurat dilakukan oleh Kepala Instalasi Gawat Darurat berdasarkan kemampuan kerja masing – masing staf. Dilaksanakan setiap tahun sekali dengan melibatkan staf dalam perencanaan dan penilaian kerjanya serta memberikan duplikat penilaiannya.
2. Evaluasi keluhan/kekurangan dalam pelayanan dan upaya perbaikan.
Dirangkum berdasarkan keluhan para pegawai yang berhubungan dengan IGD yang ditulis oleh perawat Instalasi Gawat Darurat ke dalam buku laporan/ bukuoperan dinas dan segera ditindak lanjuti atau di teruskan untuk dibahas bersama pegawai yang bersangkutan. Sedang untuk keluhan dari pasien dan keluarga didapat dari kuesioner tentang pelayanan Instalasi Gawat Darurat yang berkoordinasi dengan bagian Diklat dan/atau Litbang atau komplain dan keluhan pelanggan lewat website RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.
3. Evaluasi dan laporan kecelakaan/kegagalan yang terjadi di Instalasi Gawat Darurat didapatkan dari temuan–temuan yang dicatat di buku kecelakaan/kegagalan tindakanataupun lembar laporan KTD dan KTC yang ada.
4. Evaluasi penilaian Indikator Klinik Mutu Pelayanan Gawat Darurat yang meliputi angka infeksi luka, angka komplikasi pasca tindakan dinilai oleh bagian keperawatan.
5. Pertemuan rutin untuk “Peningkatan Mutu” di Instalasi Gawat Darurat dilaksanakan tiap bulan, pertemuan diisi dengan tujuan untuk transfer ilmu baik dari dokter kepada staf Instalasi Gawat Darurat maupun oleh perawat. Adapun petugas yang bertanggungjawab dibuat secara bergilir sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
6. DRK dilakukan setiap bulan dengan tujuan untuk mendiskusikan mengapa suatu tindakan dapat kurang berhasil dan mengapa tindakan lain dapat berhasil dengan mudah.
7. Simulasi penanganan penderita gawat darurat dilakukan setiap bulan sekali dengan tema yang berganti-ganti dengan cara ini diharapkan akan muncul alaur penanganan atau sistem penaganan suatu kasus yang paling baik
8. Evaluasi terhadap pencatatan laporan kegiatan pelayanan tahunan untuk perencanaan kebutuhan dan program jangka panjang yang berhubungan dengan SDM, fasilitas dan produk layanan yang diharapkan dapat dikembagkan.
9. Program pelatihan bagi perawat dan dokter Instalasi Gawat Darurat berkaitan dengan peningkatan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat dilaksanakan sesuai dengan waktu/jadwal penyelenggaraan pelatihan yang diadakan, baik di lingkungan rumah sakit maupun di luar rumah sakit.

10. Evaluasi metoda pelaksanaan program peningkatan mutu di Instalasi Gawat Darurat.
Metoda evaluasi yang digunakan dalam pengendalian mutu di Instalasi Gawat Darurat disusun sesuai perkembangan ilmu dengan berdasarkan langkah-langkah evaluasi berupa perencanaan program, pelaksanaan program, monitoring, evaluasi dari laporan kegiatan.

E. EVALUASI

Evaluasi dari program peningkatan mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat dilaksanakan tiap akhir tahun dan dilaporkan ke pimpinan untuk mendapatkan rekomendasi tindak lanjut. Untuk evaluasi kerja IGD, dilakukan pertemuan rutin:

1. Pertemuan atau rapat bulanan IGD yang di ikuti oleh perawat IGD, administrasi IGD, kepala instalasi IGD, kepala seksi keperawatan dan kadang-kadang mendatangkan tim kerja rumah sakit yang berhubungan dengan IGD.
2. Pertemuan bulanan untuk melakukan simulasi suatu tindakan pelayanan GD dan membahasnya untuk mempertahankan dan peningkatan pelayanan IGD.
3. Pertemuan harian yang sekaligus melakukan operan jaga pagi dan prekonferen sekaligus membahas segala permasalahan yang terjadi yang dihadiri oleh kepala UGD kadang-kadang kepala IGD koordinator shif pagi dan semua perawat jaga pagi saat itu.
4. Pertemuan bulanan dihadiri oleh semua dokter Triase kepala IGD dan koordinator medis dilakukan tiap bulan sesuai jadwal.
5. Pertemuan tidak rutin diadakan atas permintaan IGD atau instalasi lain yang terlibat dengan pelayanan di IGD.
6. Pertemuan untuk evaluasi kasus khusus dilakukan antara staff IGD, Komite Medik dan staff dari SMF terkait.

F. PENANGGUNG JAWAB HARIAN

Sebagai penanggung jawab pelaksanaan pelayanan medis sehari – hari adalah dokter jaga IGD dengan koordinator shif keperawatan. Penanggung jawab harian berkewajiban menjaga terlaksananya pelayanan medis sehari – hari sesuai protap "Pelayanan Medis", dan bertanggung jawab langsung kepada kepala IGD.

BAB IX

PENUTUP

Berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan dan kedokteran berdampak pula pada bidang pelayanan gawat darurat. Pelayanan gawat darurat harus disiapkan dan dilaksanakan secara profesional serta disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan terutama untuk menyongsong era globalisasi.

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang merupakan bagian integral yang terpenting sebagai pintu utama dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dan merupakan upaya dalam rangka meningkatkan kualitas angka harapan hidup pasien.

Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang ini bertujuan untuk memberikan acuan yang jelas dan profesional dalam mengelola dan melaksanakan pelayanan gawat darurat bagi pasien. Selain itu, pedoman ini akan bermanfaat untuk mengimplementasikan dan mengevaluasi kemajuan dan perkembangan pelayanan kasus gawat darurat.

Direktur Utama,



RUKMONO SISWISHANTO