



RS Mata Undaan
Care and Smile



Edisi 1

Tahun 2019

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT

RS. Mata Undaan Surabaya

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343 806, 5319 619
Fax. 031 - 5317 503**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 403/PER/DIR/RSMU/III/2019 TANGGAL 15 MARET 2019 TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	iii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 403/PER/DIR/RSMU/III/2019 TANGGAL 15 MARET 2019 TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	1
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Pedoman	2
1.3 Ruang Lingkup	2
1.4 Batasan Operasional	2
1.5 Dasar Hukum	3
BAB II STANDAR KETENAGAAN	5
2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia	5
2.2 Distribusi Ketenagaan	5
2.3 Pengaturan Jaga	5
BAB III STANDAR FASILITAS	8
3.1 Denah Ruang	8
3.2 Standar Fasilitas	9
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN	12
4.1 Tata Laksana Triase	12
4.2 Tata Laksana Pendaftaran Pasien	15
4.3 Tata Laksana Asesmen Pasien	15
4.3.1 Asesmen Awal	15
4.3.2 Asesmen Lanjutan	16
4.4 Tata Laksana Asuhan Pasien	17
4.4.1 Kegawatdaruratan Medis	17
4.4.2 Kegawatdaruratan Bedah	17
4.4.3 Kedaruratan Mata	17
4.4.4 Pelayanan HCU	17
4.4.5 Pelayanan Code Blue	17
4.4.6 Pelayanan PONEK	19
4.4.7 Penanggulangan Bencana	19
4.4.8 Pelayanan Do Not Resuscitate	20
4.4.9 Pelayanan Pasien Meninggal (<i>Death on Arrival</i>)	21
4.5 Tata Laksana Pemulangan Pasien	21
4.6 Tata Laksana Sistem Transfer dan Rujukan	22
4.7 Pelayanan Ambulance	23
BAB V LOGISTIK	29
BAB VI KESELAMATAN PASIEN IGD	39
BAB VII KESELAMATAN KERJA	41
BAB VIII PENGENDALIAN MUTU	46

BAB IX PENUTUP47



RS Mata Undaan
Care and Smile

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 403/PER/DIR/RSMU/III/2019
TANGGAL : 15 MARET 2019
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka melaksanakan pelayanan dan meningkatkan mutu Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu dibuat Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat;
b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
4. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 014/P4M/SK/II/2019 Tentang Berlakunya Struktur Organisasi, *Job Description* dan *Job Spesification* Rumah Sakit Mata Undaan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Ketiga : Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.
- Keempat : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Kelima

- : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Maret 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
NOMOR : 403/PER/DIR/RSMU/III/2019
TANGGAL : 15 MARET 2019
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Sesuai dengan 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 terlebih dahulu. Pelayanan kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan kegawatdaruratan saat ini sudah diatur dalam suatu sistem yang dikenal dengan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) baik SPGDT sehari-hari (SPGDT-S) dan akibat bencana (SPGDT-B).

Dalam peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 147/menkes/per/I/2010 tentang perizinan 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, dan (4) administrasi dan manajemen. 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 berkompeten dalam melakukan upaya kesehatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan oleh suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.

Sesuai dengan Kemenkes No 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Gawat Darurat (IGD), bahwa Rumah Sakit harus memiliki Standar Instalasi Gawat Darurat sehingga dapat memberikan pelayanan dengan cepat dan penanganan yang tepat. Meskipun belum ada standard untuk Rumah Sakit khusus, sebagai rumah sakit wajib melakukan pelayanan Gawat Darurat dan mampu melakukan pemeriksaan awal kasus Gawat Darurat, melakukan Resusitasi dan stabilisasi (live saving) dengan menyesuaikan dan keadaan Rumah Sakit.

Berkaitan dengan hal tersebut diatas maka, dalam melakukan pelayanan gawat darurat di Rumah Sakit Mata Undaan harus berdasarkan standar pelayanan Gawat Darurat RS Mata Undaan.

1.2 Tujuan

1. Memberikan pelayanan Gawat Darurat yang cepat dan tepat
2. Menjadi acuan bagi semua pihak dan tatacara pelaporan jumlah pasien IGD
3. Mengembangkan pelayanan yang telah ada sehingga dapat menumbuhkan kepuasan pada pengunjung
4. Meraih kepercayaan masyarakat melalui upaya pelayanan kesehatan yang professional, berintegritas tinggi, efektif dan melebihi kepuasan pelanggan
5. Memiliki SDM yang mempunyai kompetensi tinggi, menguasai teknologi, produktif, jujur, bertanggung jawab, berkokmitmen tinggi dan innovative
6. Mengembangkan pola kepemimpinan organisasi yang tepat untuk mencapai semua tujuan diatas.

1.3 Ruang Lingkup

Pelayanan Gawat Darurat di Rumah Sakit : merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk.

Sesuai Klasifikasi IGD RS Mata Undaan melaksanakan IGD level 1, yang diselenggarakan secara terus menerus selama 24 jam tujuh hari seminggu meliputi:

1. Kebijakan rumah sakit terkait pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat
 - a. Pelayanan Kegawat Daruratan
 - 1) Gawat Darurat Medik
 - 2) Gawat Darurat Bedah/Trauma
 - 3) Gawat Darurat Mata
 - 4) Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
 - b. Pelayanan Code Blue
 - c. Pelayanan Rujukan/Transfer Pasien
 - d. Pelayanan Penanggulangan Bencana
 - e. Pelayanan Ambulance
 - f. Pelayanan Visum et Repertum
 - g. Pelayanan DNR (*Do Not Resuscitate*)
 - h. Pelayanan High Care Unit

1.4 Batasan Operasional

Batasan operasional yang ada di IGD antara lain:

1. Pelayanan Gawat Darurat adalah pelayanan yang diberikan secara cepat dan tepat pada seseorang atau kelompok orang agar dapat meminimalkan angka kematian dan mencegah terjadinya kecacatan.
2. Pelayanan IGD level 1, memberikan pelayanan :
 - Diagnosis dan penanganan permasalahan pada:
 - A : jalan napas (Airway problem)
 - B : pernafasan (Breathing problem)
 - C : Sirkulasi pembuluh darah (Circulation problem)
 - Melakukan stabilisasi dan evakuasi
3. Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah Instalasi pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan multidisiplin ilmu

4. Kondisi gawat darurat adalah suatu keadaan dimana seseorang secara tiba-tiba dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam anggota badannya dan jiwanya (akan menjadi cacat atau mati) bila tidak mendapatkan pertolongan dengan segera.
5. SMART adalah Spesifik, Measureable, Achievable, Reliable, Time.
6. Gawat darurat medik adalah kondisi Gawat Darurat yang terjadi karena kelainan sitemik dan metabolik
7. Gawat Darurat Bedah adalah kondisi Gawat Darurat yang memerlukan penanganan cepat akibat trauma
8. Gawat Darurat Mata adalah kondisi Gawat Darurat yang mengancam kebutaan dan memerlukan penanganan yang cepat dan tepat
9. Triase adalah pengelompokan pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya dan pengelompokannya di indikasikan dengan indikator warna. Terbagi menjadi 2 klasifikasi yaitu triase sehari – hari dan triase bencana. Triase dilakukan di ruangan triase yang terletak di lantai 1.
10. *Primary survey* adalah pengkajian cepat untuk mengidentifikasi dengan segera masalah aktual atau resiko tinggi dari kondisi life threatening (berdampak terhadap kemampuan pasien untuk mempertahankan hidup). Pengkajian tetap berpedoman pada inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi jika hal tersebut memungkinkan.
11. *Secondary survey* adalah pengkajian sekunder dilakukan setelah masalah airway, breathing dan circulation yang ditentukan pada pengkajian primer sebelumnya. Pengkajian sekunder meliputi pengkajian obyektif dan subyektif dari riwayat keperawatan dan pengkajian head to toe.
12. Sistem rujukan pasien adalah proses merujuk atau memindahkan pasien ke rumah sakit yang lain yang memiliki kemampuan SDM dan fasilitas peralatan yang lebih memadai.
13. Area dekontaminasi adalah area yang dapat digunakan untuk melakukan tindakan dekontaminasi pada pasien yang terpapar bahan-bahan kimia.
14. Response Time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan.
15. PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) adalah pelayanan penanganan gawat darurat pada ibu hamil dan pada bayi baru lahir yang dilakukan di rumah sakit meliputi stabilisasi di IGD dan persiapan obat definitif, penanganan di ruang tindakan, tindakan operatif yang tepat dan cepat, perawatan intensif ibu dan bayi, serta pelayanan asuhan antenatal resiko tinggi.

1.5 Dasar Hukum

1. Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan di Rumah Sakit
4. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 0701/YANMED/RSKS/GDE/VII/1991 tentang Pedoman Pelayanan Gawat Darurat
5. Kepmenkes RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit,
6. Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
7. Undang-Undang Keselamatan Kerja No 1 Tahun 1970
8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana,
9. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen,

10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit,
11. Kepmenkes RI Nomor 145/Menkes/SK/IX/2007 tentang Pedoman Teknis Penyelenggaraan Gawat Darurat dan Bencana.

BAB II STANDAR KETENAGAAN

2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Pengembangan kualitas Sumber Daya Manusia di IGD harus terus menerus ditingkatkan, melalui peningkatan jenjang pendidikan dan mengikuti bermacam-macam pelatihan yang berhubungan dengan masalah IGD. Adapun SDM di IGD level 1, meliputi:

Kualifikasi Tenaga	IGD Level 1	Jumlah
Kepala IGD (dr. Spesialis Mata) (Pelatihan kegawatdaruratan) PPGD + BLS	Jam Kerja	1
Dokter Umum (+ Pelatihan Kegawat Daruratan) GELTS, ATLS, ACLS, dll	On site 24 jam	1
Perawat IGD (Pelatihan GELS/BTCLS, dll)	On site 24 jam	5
Non medis	On site 24 jam	
1. Satpam		1
2. Supir ambulance		2
3. Farmasi		1
4. Administrasi		1
5. Laboratorium		1

2.2 Distribusi Ketenagaan

Pola pengaturan ketenagaan Pelayanan IGD yaitu:

1. Hari Kerja

		Pagi	Sore	Malam
Dr. Spesialis Mata		+	+	+ (on call)
Dr. Umum		+	-	+ (on site)
Administrasi		+	+	-
Penunjang :	Laboratorium	+	+	On call
	Farmasi	+	+	On call
	Ambulance	+	+	On call

2. Hari Minggu/Hari Libur

		Pagi	Sore	Malam
Dr. Spesialis Mata		+	+	+ (on call)
Dr. Umum		+	-	+ (on site)
Administrasi		+	+	-
Penunjang :	Laboratorium	+	+	On call
	Farmasi	+	+	On call
	Ambulance	+	+	On call

2.3 Pengaturan Jaga

1. Pengaturan Jaga Perawat IGD

- a. Pengaturan jadwal dinas perawat IGD dibuat dan di pertanggung jawabkan oleh Ka. IGD.

- b. Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan direalisasikan ke perawat pelaksana IGD setiap satu bulan.
- c. Perawat jaga IGD adalah
 - 1) Shift pagi perawat rawat jalan yang sudah terjadwal
 - 2) Shift sore perawat rawat inap yang sudah terjadwal
 - 3) Shift malam perawat rawat inap yang sudah terjadwal
- d. Untuk tenaga perawat yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka perawat tersebut dapat mengajukan permintaan dinas pada buku permintaan. Permintaan akan disesuaikan dengan kebutuhan tenaga yang ada (apa bila tenaga cukup dan berimbang serta tidak mengganggu pelayanan, maka permintaan disetujui).
- e. Setiap tugas jaga / shift harus ada perawat penanggung jawab shift (PJ Shift) dengan syarat pendidikan minimal D III Keperawatan dan masa kerja minimal 2 tahun, serta memiliki sertifikat tentang kegawat daruratan.
- f. Apabila ada tenaga perawat jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (terencana), maka perawat yang bersangkutan harus memberitahu Ka. IGD : 2 jam sebelum dinas pagi, 4 jam sebelum dinas sore atau dinas malam. Sebelum memberitahu Ka. IGD, diharapkan perawat yang bersangkutan sudah mencari perawat pengganti, Apabila perawat yang bersangkutan tidak mendapatkan perawat pengganti, maka Ka. IGD akan mencari tenaga perawat pengganti yaitu perawat yang hari itu libur.
- g. Apabila ada tenaga perawat tiba – tiba tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (tidak terencana), maka Ka. IGD akan mencari perawat pengganti yang hari itu libur. Apabila perawat pengganti tidak di dapatkan, maka perawat yang dinas pada shift sebelumnya wajib untuk menggantikan.

2. Pengaturan Jaga Dokter IGD

- a. Pengaturan jadwal dokter jaga IGD menjadi tanggung jawab Ka. IGD dan disetujui oleh Wakil Direktur Pelayanan Medis.
- b. Jadwal dokter jaga IGD dibuat untuk jangka waktu 1 bulan serta sudah diedarkan ke unit terkait dan dokter jaga yang bersangkutan 1 minggu sebelum jaga di mulai.
- c. Dokter jaga IGD adalah
 - 1) Dokter umum dan dokter spesialis mata yang sudah terjadwal
 - 2) Shift pagi dan sore adalah dokter spesialis mata
 - 3) Shift malam adalah dokter umum (on side), dokter spesialis mata (on call)
- d. Apabila dokter jaga IGD karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai dengan jadwal yang telah di tetapkan maka :
 - 1) Untuk yang terencana, dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke Ka Bidang Peralatan Medis/Penanggung Jawab Dokter IGD paling lambat 3 hari sebelum tanggal jaga, serta dokter tersebut wajib menunjuk dokter jaga pengganti.
 - 2) Untuk yang tidak terencana, dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke coordinator jaga Dokter IGD dan di harapkan dokter tersebut sudah menunjuk dokter jaga pengganti, apabila dokter tersebut tidak bisa mencari pengganti coordinator jaga Dokter IGD wajib untuk mencarikan dokter jaga pengganti, yaitu digantikan oleh dokter jaga yang pada saat itu libur. Apabila dokter jaga pengganti tidak di dapatkan maka dokter jaga shift sebelumnya

wajib untuk menggantikan.(Prosedur pengaturan jadwal jaga dokter IGD sesuai SOP terlampir).

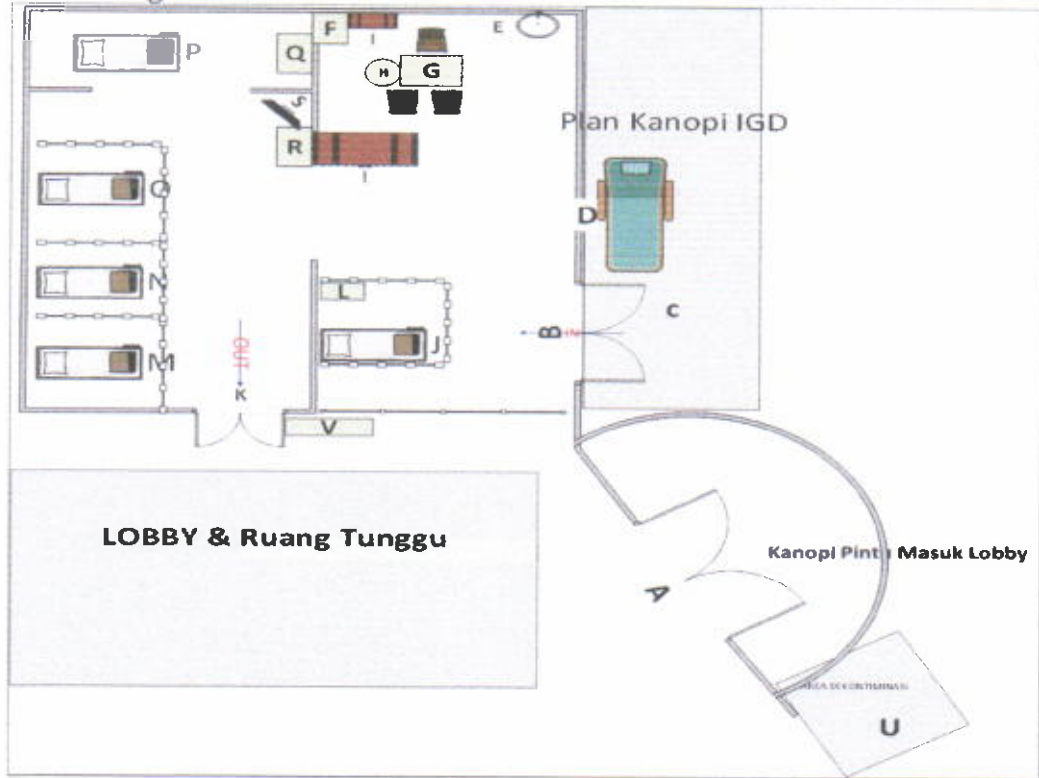
- 3) Untuk yang tidak terencana, dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke coordinator jaga Dokter IGD dan di harapkan dokter tersebut sudah menunjuk dokter jaga pengganti, apabila dokter jaga pengganti tidak didapatkan, maka coordinator Dokter IGD wajib untuk mencarikan dokter jaga pengganti, yaitu digantikan oleh dokter jaga yang pada saat itu libur. Apabila dokter jaga pengganti tidak di dapatkan maka dokter jaga shift sebelumnya wajib untuk menggantikan.

3. Pengaturan Jadwal Dokter Konsulen

- a. Pengaturan jadwal jaga dokter konsulen menjadi tanggung jawab Wakil Direktur Pelayanan Medis.
- b. Jadwal jaga dokter konsulen dapat dihubungi sewaktu-waktu (on call)

**BAB III
STANDAR FASILITAS**

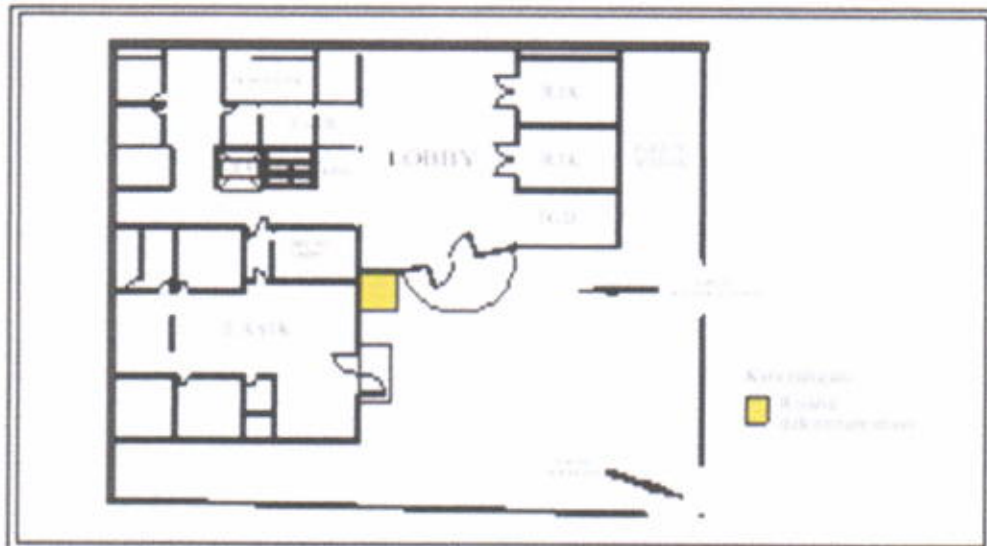
3.1 Denah Ruang



Gambar 3.1 Denah IGD RS. Mata Undaan



**DENAH RUANG DEKONTAMIASI
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**



3.2 Standar Fasilitas

1. Persyaratan Fisik Bangunan

- a. Luas ruang IGD berukuran 9x6 meter dengan perkiraan penanganan korban massal bencana di selasar IGD
- b. Ruang IGD berada di depan RS dengan tanda plakat IGD berada di luar atas yang mudah terlihat dari luar gedung
- c. Parkir ambulance berada tepat di depan pintu masuk IGD
- d. Pintu masuk dan pintu keluar IGD berbeda dengan pintu keluar IGD berbentuk *sliding door*
- e. Area dekontaminasi ditempatkan didepan/diluar IGD atau terpisah dengan IGD
- f. Terdapat 2 brankar di ruang IGD yang digunakan untuk triase dan penanganan pasien
- g. Ruang tunggu pasien bergabung dengan ruang tunggu pasien rawat jalan
- h. Apotik tersedia 24 jam dengan bekerja sama dengan pihak farmasi RS
- i. Terdapat ruang khusus dokter dan perawat

2. Persyaratan Sarana

Adapun persyaratan sarana yang harus ada yaitu:

No	Ruangan	IGD Level 1
1.	Ruang Penerimaan	
	a. R. Tunggu (Public Area)	
	- Toilet	+
	b. R. Administrasi	
	- RM	+
	c. R. Triase	Bisa bergabung dengan ruangan lain
2.	Ruang Tindakan	
	a. R. Resusitasi	+
	b. R. Tindakan Bedah	OK
	a. Non Bedah	Bisa bergabung
	c. R. Dekontaminasi	+/-
3.	R. Observasi	Bisa bergabung

3. Fasilitas/Prasarana Medis

Fasilitas dan penunjang yang harus tersedia sesuai pelayanan IGD level 1, meliputi:

R. Triase :

No	Kelas/Ruang	Level 1	Jumlah
1.	Stetoskop	+	1
2.	Sphygmomanoter	+	
3.	Senter	+	1
4.	Brankar untuk penerimaan	+	2
3.	Label (pada saat korban missal)	+	

Ruang Tindakan :

1.	R. Resusuitasi	Jumlah
	Tipe / Jenis dan Merk Alat	
	Nasopharingeal tube	+
	Oropharingeal tube	+
	Laryngoscope set dewasa	+
	Laryngoscope set anak	+
	Nasotracheal tube	+
	Orotacheal tube	+
	Suction	+
	Tracheostomi set	+
	Bag valve mask (dewasa/anak)	+
	Kanul oksigen	+
	Oksigen mask (dewasa/anak)	+
	Chest tube	+
	Crico/Trakheostomi	+
	ECG	+
	Vena suction	+
	Defibrilator	+
	Gluco stick	+
	Stetoskop	+
	Termometer	+
	Nebulizer	+
	Oksigen medis (Consentrator)	+
	Infant Warmer	+

Ruang Tindakan Bedah
Alat medis:

No	Jenis dan Merk Alat	Level 1
1.	Meja operasi / TT tindakan	Minimal 1
2.	Dressing set	Minimal 10
3.	Infusion set	Minimal 10
4.	Tiang infuse	Minimal 2
5.	Lampu operasi	Minimal 1
6.	Thermometer	Minimal 1
7.	Stetoskop	Minimal 1
8.	Suction	Minimal 1
9.	Sterilisator	Minimal 1
10.	Bidai	Minimal 1
11.	Splint	Minimal 1

Ruang Tindakan Medis
Peralatan Medik :

No	Jenis Nama Obat	Level 1
1.	Kumbah lambung set	Minimal 1
2.	EKG	Minimal 1
3.	Kursi roda	Minimal 1
4.	Irigator pemeriksaan	Minimal 1
5.	Nebulizer	Minimal 1
6.	Oksigen medis	Minimal 1
7.	NGT	Minimal 1
8.	Jarum spinal	Minimal 1
9.	Lampu kepala	Minimal 1
10.	Ophthalmoscope	Minimal 1
11.	Otoscope	Minimal 1
12.	Slit lamp	Minimal 1
13.	TT	Minimal 1
14.	Film viewer	Minimal 1

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat adalah bagian integral dari suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit, oleh karena itu IGD tidak terpisah secara fungsional dari unit pelayanan lainnya. Pasien gawat darurat yang berada di dalam lingkungan rumah sakit akan ditangani secara regional (wilayah tiap unit) dengan dukungan dari TIM Code Blue Pusat RS Mata Undaan. Pasien yang berasal dari luar rumah sakit akan di tangani di IGD dengan dukungan dari TIM Code Blue RS Mata Undaan. Adapun Tata laksana pelayanan IGD di RS Mata Undaan meliputi :

4.1 Tata Laksana Triase

Seluruh pasien yang datang ke IGD RS Mata Undaan akan melalui triase yang akan di lakukan oleh perawat atau dokter yang saat itu bertugas di IGD / ruang triage lantai 1.

1. Petugas Penanggung Jawab

- a. Dokter Jaga IGD
- b. Perawat Jaga IGD

2. Perangkat Kerja

- a. Stetoscope
- b. Senter
- c. Tensimeter
- d. Pulseoxymeter
- e. Slitlamp
- f. Hammerpercusion
- g. Status Rekam Medis
- h. Monitor EKG

3. Pelayanan Triase IGD

Triase adalah sistem :

- a. Seleksi dalam kehidupan sehari – hari
- b. Seleksi dalam keadaan bencana

Cara Penanganan :

1. Pasien diterima dan diarahkan ke ruang triase IGD
2. Keluarga atau pengantar mendaftarkan pasien di registrasi RS
3. Dokter jaga IGD melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik pada pasien secara lengkap dan menentukan prioritas penanganan
4. Bila di dapatkan kegawatdaruratan yang mengancam jiwa tetapi bukan oenyakit mata, maka pasien akan dirujuk ke RS lain, diprioritaskan RS Adi Husada Kapasari yang terdekat dan RSUD Dr. Soetomo sebagai RS rujukan utama dan sebagai jejaring RS yang ada.

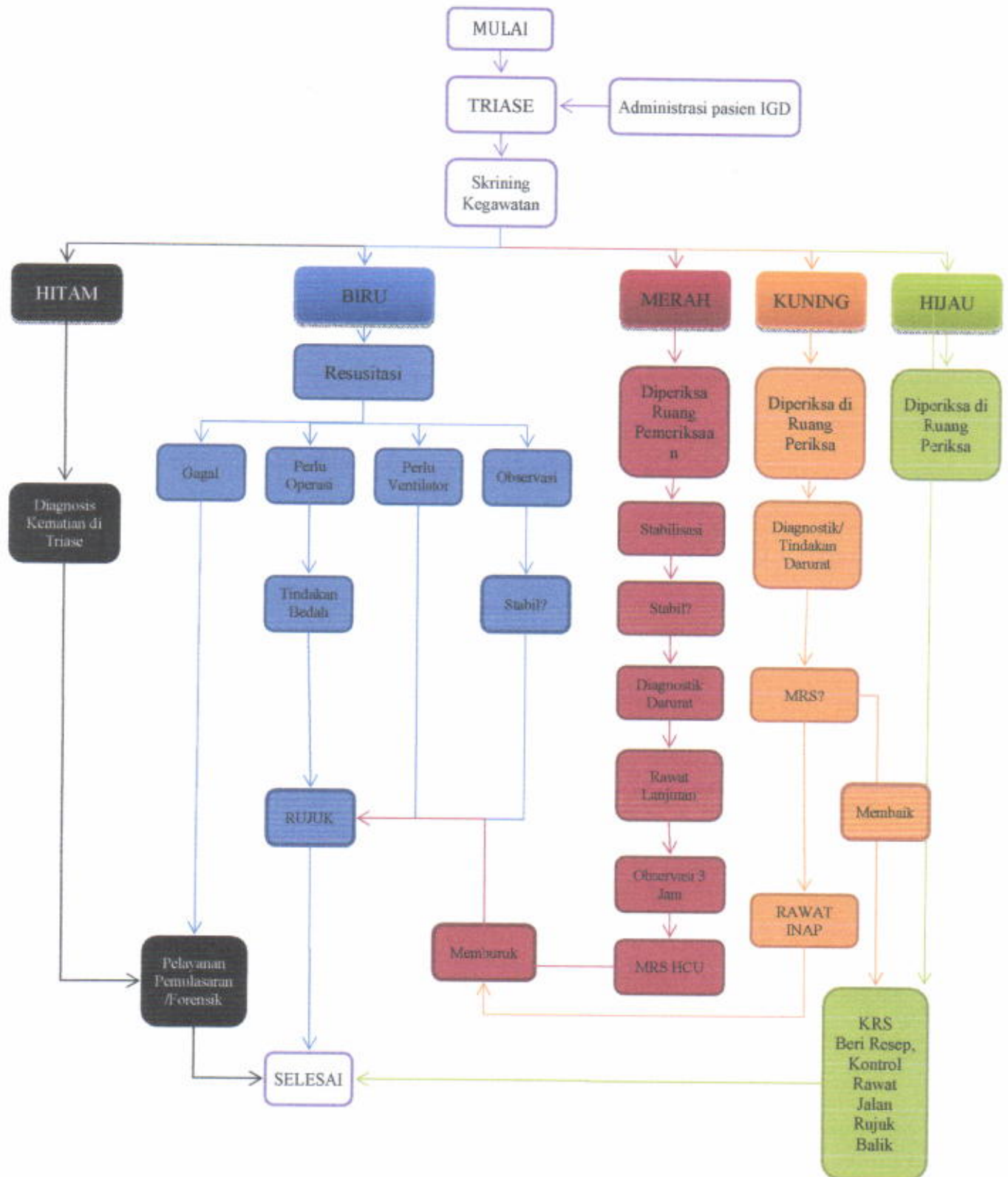
Urutan sistem organ yang terancam berdasarkan kecepatan menyebabkan kematian adalah sebagai berikut :

1. Kegawatan sistem pernafasan
2. Kegawatan sistem sirkulasi darah
3. Kegawatan sistem kesadaran
4. Kegawatan sistem perkemihan
5. Kegawatan sistem pencernaan
6. Kegawatan sistem muskuloskeletal

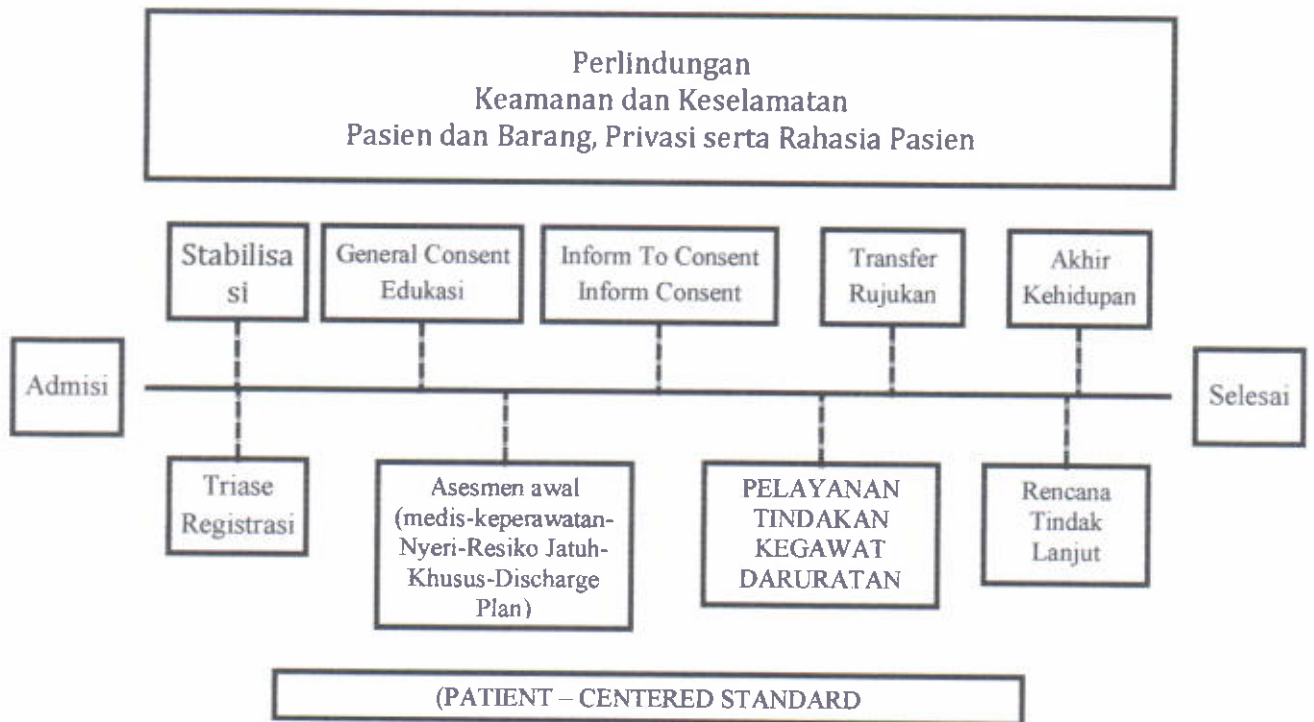
Berikut adalah tabel klasifikasi triage RS Mata Undaan :

Kode Warna Triage	Kegawatdaruratan	Tindakan
Hijau	Tidak Gawat	Observatif
Kuning	Gawat	Butuh
Merah	Mendesak	Resusitasi
Hitam	Meninggal Dunia	Tidak Perlu

Gambar 4.1 Alur Pelayanan Pasien di IGD



Gambar 4.2 Akses dan Kontinuitas Pasien



4.2 Tata Laksana Pendaftaran Pasien

1. Petugas Penanggung Jawab

- a. Perawat IGD
- b. Petugas Admission(Loket/Registrasi)
- c. Sekuriti

2. Perangkat Kerja

- a. Status Medis

3. Tata Laksana Pendaftaran Pasien IGD

- a. Pendaftaran pasien yang datang ke IGD dilakukan oleh pasien / keluarga dibagian Loket R.Jalan atau Registrasi
- b. Bila pasien memiliki BPJS atau asuransi kesehatan lainnya, pendaftaran akan di wakikan kepada pihak penyelia asuransi kesehatan
- c. Bila keluarga tidak ada petugas IGD bekerja sama dengan sekuriti untuk mencari identitas pasien
- d. Sebagai bukti pasien sudah mendaftar di bagian admission akan memberikan status yang diberi sticker merah, kemudian langsung dibawa ke ruang pemeriksaan perawat.
- e. Bila pasien betul dalam keadaan gawat darurat, maka akan langsung diantar ke ruang resusitasi

4.3 Tata Laksana Asesmen Pasien

4.3.1 Asesmen Awal

Asesmen pasien di RS Mata Undaan terdiri dari 3 proses utama, yaitu :

1. Pengumpulan informasi (identitas, keadaan fisik, psikologi, sosial, kultural, riwayat kesehatan pasien)

2. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan imajing diagnostik
 3. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien
- Asesmen awal medis dan keperawatan di IGD didasarkan pada prinsip *live saving and limb saving* dengan fokus pelayanan pada :
- Penanganan permasalahan pada :
 - A : *Airway* atau jalan nafas
 - B : *Breathing* atau pernafasan
 - C : *Circulation* atau sirkulasi pembuluh darah
 - Melakukan stabilisasi dan evakuasi
 - Melakukan triage guna efektifitas pelayanan pada kasus masal

4.3.2 Asesmen Lanjutan

1. Asesmen pra tindakan pembedahan
Kepada pasien yang direncanakan pembedahan, dilaksanakan asesmen awal pra bedah dengan setidaknya ada catatan ringkas dan diagnosis pra bedah yang dilakukan oleh profesional pemerisuhan di IGD
2. Asesmen Gizi
Penetapan dilakukan oleh ahli gizi berdasarkan antropometri dan *Body Weight Ratio*, riwayat penyakit dahulu, golongan umur, budaya, dan agama. Ahli gizi akan menentukan jenis diet dan edukasi tentang diet dan melakukan evaluasi terkait keberhasilan pada rencana diet
3. Asesmen Nyeri
Lingkup pelayanan di RS Mata Undaan pada nyeri disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas nyeri
 - a. Pada neonatus dan bayi menggunakan *Neonatal Index Pain Scale*
 - b. Balita menggunakan metode FLACC (*Face, Leg, Activity, Cry, Consolability*)
 - c. Pada anak – anak dan dewasa dapat digunakan *Wong Baker Pain Scale*
 - d. Pada pasien yang tidak sadar menggunakan *Critical Pain Observation Tool*
4. Asesmen Resiko Jatuh
Asesmen resiko jatuh adalah suatu kegiatan mengidentifikasi adanya resiko jatuh pada pasien untuk dapat mengantisipasi rencana asuhan pasien. Menggunakan skala *Morse* pada aplikasinya. Kriteria yang digunakan adalah :
 - a. Pasien dengan umur > 60 tahun
 - b. Pasien dengan alat bantu (baik dengar, bicara, terutama alat bantu berjalan)
 - c. Pasien dengan gangguan cara berjalan
 - d. Pasien yang pernah memiliki riwayat gangguan kesadaran
 - e. Pasien yang pernah memiliki riwayat jatuh

Skrining resiko jatuh dapat dilakukan dengan pemberian stiker kuning pada bagian dada sebelah kiri pasien, penempelan stiker warna kuning di rekam medis, pemberian prioritas pasien dengan resiko jatuh.
5. Asesmen Resiko Infeksi
Asesmen resiko infeksi dilakukan untuk mencegah penularan kepada orang lain. Penyakit yang termasuk dalam resiko infeksi adalah yang tergolong dalam *airborne disease* terutama Tuberkulosis Paru dan HIV / AIDS. Pasien yang merasa pernah memiliki atau sedang dalam proses infeksi penyakit tersebut akan dimotivasi untuk bisa memberikan informasi tersebut kepada petugas rumah sakit yang bertugas agar

dapat dilakukan prioritas pelayanan dengan tujuan untuk mengurangi penularan kepada orang lain

4.4 Tata Laksana Asuhan Pasien

Asuhan pasien IGD Rumah Sakit Mata Undaan meliputi :

- 4.4.1 Kegawatdaruratan Medis**
- 4.4.2 Kegawatdaruratan Bedah**
- 4.4.3 Kegawatdaruratan Mata**
- 4.4.4 Pelayanan HCU**

Pelayanan HCU diberikan bila terdapat ketidakstabilan dari fungsi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran namun memerlukan pengobatan, perawatan, dan pemantauan secara ketat agar dapat mengetahui secara dini perubahan yang membahayakan. Waktu penyelenggaraan pelayanan HCU berlangsung selama 24 jam sehari selama 7 hari.

Tindakan medik dan asuhan keperawatan yang diberikan adalah Bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjutan, terapi oksigen dan obat – obatan penunjang hidup dasar.

4.4.5 Pelayanan Code Blue

Code Blue adalah kode isyarat yang digunakan untuk menandakan adanya kegawatdaruratan medis dan panggilan kepada personel medis dan peralatan untuk mengatasi pasien khususnya pada saat terjadi henti jantung atau distress nafas.

Tujuan aktivasi *code blue* adalah agar semua staff/karyawan Rumah Sakit dapat segera melakukan pertolongan dan segera meminta bantuan kepada petugas yang lebih kompeten yaitu Tim *Code Blue*.

Petugas medis dan keperawatan IGD bertanggung jawab terhadap situasi *code blue* yang berlokasi di rawat jalan, ruang tunggu pasien, dan pasien dari luar rumah sakit. Pelaporan kejadian *code blue* disertai dengan di mana kejadian tersebut terjadi, waktu kejadian, dan berapa lama sejak kejadian hingga pertolongan datang. Proses rujukan kepada RS rujukan mungkin diperlukan sesuai dengan supervisor tim *Code Blue* (anastesi).

Fasilitas *Code Blue*

Adapun perlengkapan yang dimiliki antara lain :

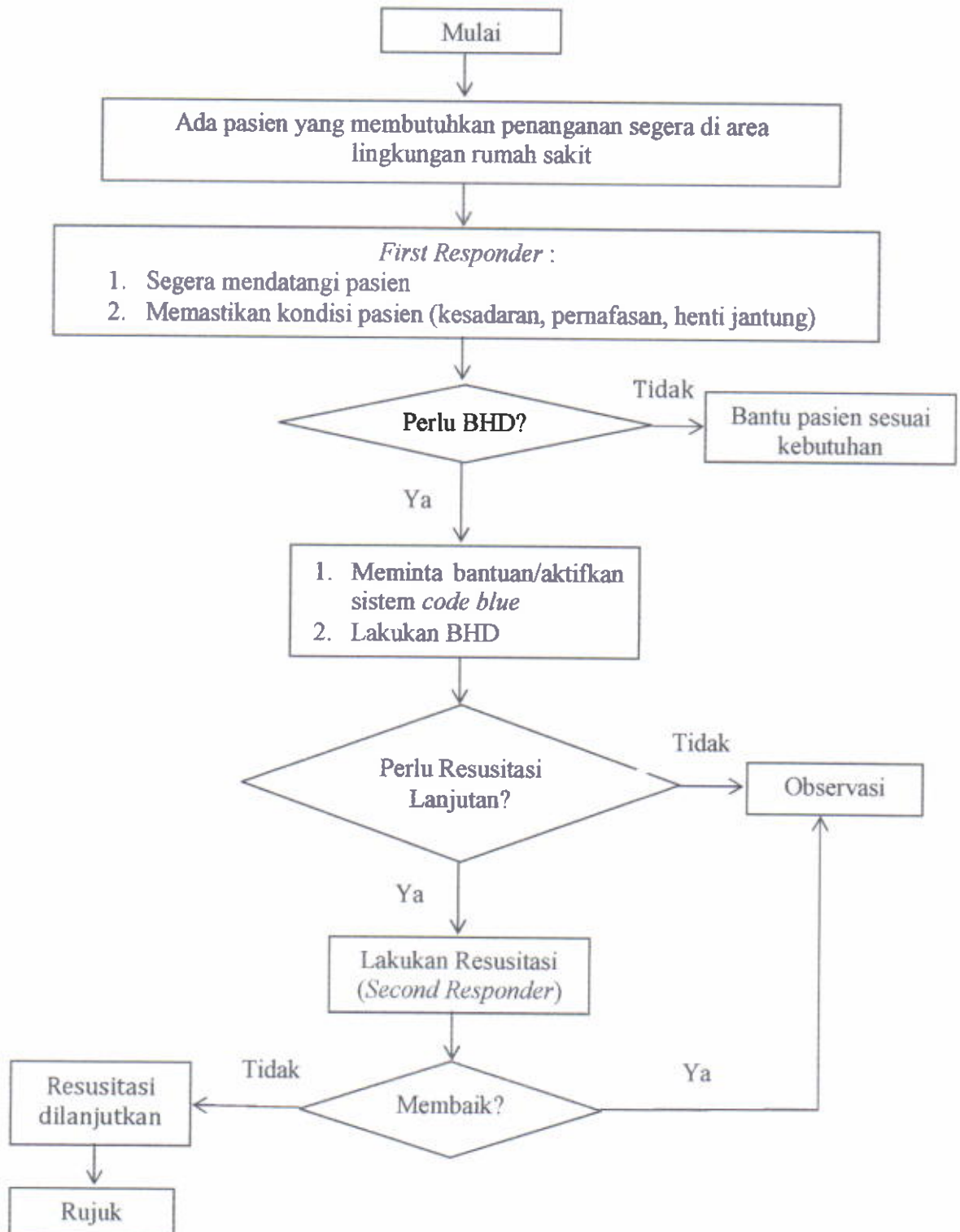
1. Tempat Tidur 2 crank
2. Sumber oksigen
3. Suction apparatus
4. Monitor tanda – tanda vital
5. Defibrilator
6. Emergensi kit yg berisi
 - a. Bag valve mask dan jacksonrees
 - b. Orpharynx dan nasopharynx airway
 - c. IV cathether, Blood set, ringerlaktat, ringer asetat, koloid
 - d. Obat emergensi (adrenaline, sulfas atropin, lidocain, amiodaron) dan spuit (3 ml, 5 ml, 10 ml)
 - e. Nasal canula, selang oksigen, NG tube

Tim *Code Blue* :

Yang dimaksud dengan Tim *Code Blue* adalah :

1. dr. Anastesi dan kepala instalasi IGD
2. Perawat yang telah ditugaskan sebagai petugas *Code Blue*
3. Perawat anastesi

Alur Code Blue

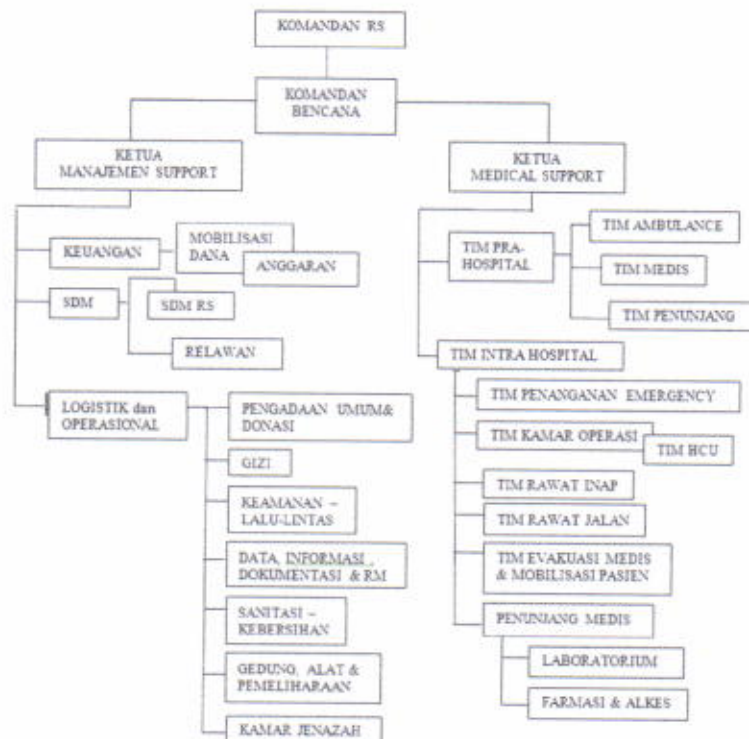


4.4.6 Pelayanan PONEK

Pelayanan PONEK IGD berpedoman pada PROGNAS, yaitu menitikberatkan pada proses stabilisasi dan perujukan ke rumah sakit yang memiliki fasilitas dan SDM yang lebih lengkap. Proses perujukan dilakukan pada rumah sakit rujukan yang memiliki kerja sama dengan RS Mata Undaan yaitu RS Adi Husada Kapasari dan RS dr. Soetomo Surabaya.

4.4.7 Penanggulangan Bencana

Pelayanan Bencana di IGD mengacu pada Panduan Penanganan Bencana Rumah Sakit dimana IGD berada di bawah struktural direktur dan wakil direktur medis dan non-medis sebagai komandan rumah sakit dan komandan bencana dan manajemen support. Adapun struktur organisasi tim tanggap darurat RS Mata Undaan adalah :



Pos Penanganan Bencana

Pada saat terjadinya bencana, kewenangan petugas IGD adalah sebagai petugas yang melakukan triase dan pengelompokan pasien, dan melakukan dekontaminasi pada pasien yang dibutuhkan yang selanjutnya bekerja sama dengan pihak LASIK sebagai poskomando bencana untuk instruksi dari komandan bencana lebih lanjut.

Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah langkah pertama penanganan terhadap peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi. Proses yang dilakukan untuk eliminasi mikroorganisme dan bahan kimia lain sebelum dilakukan proses sterilisasi dengan tujuan untuk keamanan dan keselamatan staf yang melakukan proses lebih lanjut.

Tujuan dilakukan proses dekontaminasi adalah sebagai acuan penanganan terhadap proses kejadian luar biasa baik dalam kehidupan sehari – hari dan kondisi bencana.

Proses dekontaminasi pada pasien dilakukan pada setiap pasien yang terindikasi telah terpapar oleh bahan kontaminan kimia berbahaya sebelum masuk ke dalam lingkungan intra rumah sakit. Dekontaminasi dilakukan di tempat yang telah dipersiapkan, dekat dengan ruang IGD dan terdapat sumber air mengalir. Prosedur dilakukannya dekontaminasi adalah :

1. Petugas yang melakukan proses dekontaminasi memakai alat pelindung diri lengkap (sepatu boots kedap air, apron, masker, kaca mata, penutup kepala).
2. Pastikan pasien telah dalam keadaan stabil terindikasi dari stabilnya tanda – tanda vital
3. Posisikan pasien dengan keadaan terlentang atau sesuai dengan dibagian tubuh mana bahan kontaminan berada
4. Buka seluruh pakaian yang digunakan pasien
5. Lakukan pencucian dari kepala hingga kaki dengan minimal 25 liter air mengalir dalam waktu 1 menit. (diperlukan area minimal 22 inchi² atau 66 cm² per orang)
6. Gunakan cairan pembersih baru 0,5 % Sodium hypochlorite (HTH chlorine)
7. Kontaminan biologi membutuhkan waktu 10 menit
8. Cuci kembali dengan air mengalir untuk menghilangkan bekas cairan pembersih dan kontaminan
9. Keringkan dan berikan pakaian kering dan seliut untuk menghindari hipotermia
10. Masukkan pasien ke IGD dan lakukan triage
11. Penanganan dilakukan berdasarkan derajat kegawatan dari pasien

4.4.8 Pelayanan *Do Not Resuscitate*

Do not resuscitate adalah perintah yang memberitahukan kepada tenaga medis untuk tidak melakukan tindakan resusitasi, bukan menghentikan pengobatan/perawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dari pasien atau keluarga. CPR atau *Cardio Pulmonary Resuscitation* adalah prosedur medis yang dilakukan untuk mengembalikan fungsi jantung dan pernafasan spontan pada pasien yang mengalami kegagalan jantung maupun pernafasan. RS Mata Undaan menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi atau menghentikan pemberian bantuan hidup dasar.

Perintah DNR dapat diminta oleh pasien dewasa yang kompeten untuk mengambil keputusan terhadap dirinya setelah mendapat penjelasan dari dokternya. Bagi pasien yang tidak kompeten, misalnya bayi, anak, orang dengan gangguan kejiwaan atau pasien tidak sadar/koma, keputusan dapat diambil oleh keluarga terdekat atau wali yang sah yang ditunjuk oleh pengadilan atau oleh surrogate decision maker (Pengambil Keputusan/ Kerabat)

Tata Laksana *Do Not Resuscitate* (DNR)

- I. Petugas Penanggung Jawab**
Dokter Penanggung Jawab / Perawat
- II. Perangkat Kerja**
Formulir Persetujuan Tindakan
- III. Tata Laksana Informed Consent**

1. Dokter yang sedang bertugas menjelaskan tujuan dari pengisian informed consent DNR pada pasien / keluarga pasien disaksikan oleh perawat dan oleh saksi kedua dari keluarga
2. Pasien / keluarga menyetujui, informed consent diisi dengan lengkap disaksikan oleh perawat dan saksi kedua dari keluarga dan berikan salinan informed consent kepada keluarga
3. Setelah diisi dimasukkan dalam status medik pasien.
4. Tinjau kembali status DNR secara berkala dengan pasien atau walinya, revisi bila ada perubahan keputusan yang terjadi. Perintah DNR dapat dibatalkan dengan keputusan pasien sendiri atau dokter yang merawat, atau oleh wali yang sah. Dalam hal ini, catatan DNR di rekam medis harus pula dibatalkan dan gelang DNR (jika ada) harus dilepaskan.
5. Catat dalam rekam medis. Bila keputusan DNR dibatalkan, catat tanggal terjadinya dan gelang DNR dimusnahkan.

4.4.9 Pelayanan Pasien Meninggal (*Death on Arrival*)

Jenazah secara etis diperlakukan penghormatan sebagaimana manusia. Martabat kemanusiaan ini secara khusus adalah kebersihan sebagaimana kepercayaan atau adatnya, perlakuan sopan dan tidak merusak badan wadahnya tanpa indikasi atau kepentingan kemanusiaan termasuk penghormatan atas kerahasiaannya. Secara khusus penanganan jenazah sangat penting guna mengurangi resiko infeksi nosokomial. Proses penanganan jenazah di RS. Mata Undaan hanya meliputi penanganan sementara sampai diperlihatkan ke keluarga pasien bukan pemulasaran.

- a. Visum Luar (pemeriksaan luar)
- b. Visum Dalam (pemeriksaan Otopsi)
 - Keduanya dengan atau tanpa diikuti pemeriksaan penunjang seperti patologi anatomi, radiologi, toksikologi/farmakologi, analisa mikrobiologi dll.
 - Di RS. Mata Undaan proses pemeriksaan otopsi bekerjasama dengan pihak RSU. Dr. Soetomo Surabaya sehingga apabila ada permintaan untuk dilakukan otopsi jenazah yang meninggal di RS. Mata Undaan dikirim ke RSU. Dr. Soetomo.

4.5 Tata Laksana Pemulangan Pasien

1. Petugas Penanggung Jawab

- a. DPJP (dokter jaga, konsulen SpM, konsulen anastesi)
- b. Perawat
- c. Supir Ambulan

2. Perangkat Kerja

- a. Ambulan
- b. Alat Tulis
- c. Rekam medis

3. Tata Laksana Pemulangan Pasien

a. Pemulangan karena selesai perawatan

Proses pemulangan dilakukan dengan kendaraan pribadi pasien atau kendaraan umum, namun dapat dilakukan dengan ambulan rumah sakit bila pasien dalam kondisi kritis dengan disertai dengan panduan discharge planning

b. Pemulangan karena proses rujukan

Pasien akan di rujuk kepada rumah sakit yang berafiliasi dengan RS Mata Undaan yaitu rumah sakit Adi Husada Kapasari dan Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya

c. Pemulangan atas permintaan sendiri

Proses pemulangan dapat di bantu dengan ambulan rumah sakit bila kondisi pasien membutuhkan. Proses pemulangan atas permintaan sendiri harus dilengkapi dengan surat permintaan pulang atas permintaan sendiri yang di tanda tangani oleh pasien yang bersangkutan, keluarga, dan saksi dari pihak rumah sakit dan telah di informasikan bila terjadi keadaan medis yang terjadi karena pemutusan pengobatan, maka sudah diluar dari tanggung jawab rumah sakit

d. Pemulangan karena meninggal dunia

Pemulangan karena meninggal akan disertai dengan surat kematian dan atau visum bila kematian tidak wajar. Transit akan di lakukan di RS dr Soetomo atau RS Adi Husada Kapasari atau dengan kendaraa jenazah yang di hendaki oleh keluarga

4.6 Tata Laksana Sistem Transfer dan Rujukan

1. Petugas Penanggung Jawab

- a. Perawat IGD /R.Jalan/R.Inap
- b. Supir Ambulan
- c. DPJP

2. Perangkat Kerja

- a. Ambulan
- b. Alat Tulis

3. Tata Laksana Rujukan dan Transportasi Pasien IGD

a. Alih Rawat Internal Rumah Sakit

- 2) Perawat IGD menghubungi rawat inap untuk persiapan pemindahan menuju rawat inap
- 3) Bila diperlukan tindakan bedah maka pasien akan di arahkan menuju kamar operasi
- 4) Proses transtfer dapat dilakukan dengan kursi roda ataupun tempat tidur sesuai dengan kondisi pasien
- 5) Pengisian rekam medis dilakukan sebelum pasien dipindahkan ke unit terkait

b. Alih Rawat Eksternal Rumah Sakit

- 1) Perawat IGD menghubungi rumah sakit yang akan dirujuk
- 2) DPJP memberikan informasi pada dokter jaga rumah sakit rujukan mengenai keadaan umum pasein
- 3) Bila tempat telah tersedia di rumah sakit rujukan, perawat IGD menghubungi ambulan dan melakukan persiapan pasien dan alat guna selama proses transportasi ke rumah sakit tujuan
- 4) Pengisian rekam medis dilengkapi sebelum proses transfer dilakukan
- 5) Perawat atau dokter pendamping yang bertugas wajib meminta tanda tangan konfirmasi penerimaan pasien kepada rumah sakit tujuan

c. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Pasien / keluarga pasien dijelaskan oleh dokter jaga mengenai tujuan pemeriksaan diagnostik, bila setuju maka keluarga pasien harus mengisi informed consent
- 2) Perawat menghubungi rumah sakit rujukan atau instalasi laboratorium terkait
- 3) Perawat menghubungi petugas ambulan RS Mata Undaan

- 4) Perawat melakukan persiapan pasien dan alat guna selama proses transportasi ke rumah sakit tujuan atau instalasi laboratorium terkait

d. Spesimen

- 1) Pasien / keluarga pasien dijelaskan mengenai tujuan pengambilan dan pemeriksaan spesimen
- 2) Bila keluarga setuju maka harus mengisi inform consent
- 3) DPJP mengisi formulir pemeriksaa, dan diserahkan kepetugas laboratorium

Petugas laboratorium melakukan rujukan ke laboratorium yang

- a. Bagi pasien yang memerlukan penggunaan ambulan RS Mata Undaan sebagai transportasi, maka perawat unit terkait menghubungi petugas IGD dan pengemudi untuk menyiapkan kendaraan
- b. Perawat IGD menuliskan data-data / penggunaan ambulan nama pasien, ruang rawat inap, waktu penggunaan & tujuan penggunaan dan tanda tangan persetujuan DPJP atau dokter jaga
- c. Perawat IGD menyiapkan alat medis sesuai dengan kondisi pasien.

4.7 Pelayanan Ambulan

Spesifikasi Mobil Ambulance

1. Ambulance Transport

Nomor Polisi	: L 8013 SY
Merk / Type	: Mazda
Jenis Model	: E 2000
Tahun Pembuatan	: 2002
Tahun Perakitan	: 2002
Isi silinder	: 2000 cc
Warna	: Hijau Milk
Nomor Rangka	: MHESSW0E21K003050
Nomor Mesin	: FE413778
Warna TNKB	: Hitam
Bahan Bakar	: Bensin
ED No. Pol.	: 02 03 2022

2. Tata Tertib Ambulance

- a. Sirine dan lampur rotator dapat digunakan saat mengangkat pasien
- b. Menaati peraturan lalu lintas
- c. Kecepatan maksimum 40 km / jam di jalan biasa dan 80 km / jam di jalan bebas hambatan
- d. Petugas medis memonitor kondisi pasien selama transportasi dan dilampirkan dalam rekam medis
- e. Penggunaan ambulance untuk selain kepentingan transportasi pasien harus seijin direktur, kepala tata usaha, dan kepala instalasi gawat darurat

3. Pemeriksaan Ambulance

Untuk memudahkan pemeriksaan dapat juga menggunakan akronim (EWAGON)

- a. Engine : Periksa mesin baik / tidak
- b. Water : Periksa air radiator, wiper, air cadangan radiator, air accu sesuai dengan petunjuk pemakaian.
- c. Air : Periksa tekanan udara ban cukup atau tidak, AC dan blower berfungsi baik atau tidak

- d. Gas : Periksa bahan bakar minyak (solar / premium) sesuai petunjuk pemakaian atau tidak
- e. Oil : Periksa indicator oli mesin dan minyak rem sesuai petunjuk pemakaian
- f. Noise : Dengarkan suara mesin normal atau tidak
- g. Elektrikal system : Periksa dan lihat lampu dekat, lampu jauh, sign hazard, rotator, sirine, lampu kabin depan dan belakang, dan lampu-lampu indicator menyala atau tidak dan pecah atau tidak.
- h. Body : Periksa seluruh bodi mobil bersih dan mulus, ada kerusakan atau tidak
- i. Alat penunjang : periksa toolkit, dongkrak, ban serep, triangle hazard, dan APAR tersedia pada tempatnya
- j. Kondisi ban : Periksa kondisi ban mobil, kembang ban baik atau sudah gundul, apakah retak atau sobek
- k. Sabuk pengaman : Pemeriksaan dan coba sabuk pengaman masih dalam kondisi baik atau tidak, kain sabuk pengaman sobek atau tidak.

Pemeriksaan persediaan dan perlengkapan kompartemen pasien

- a. Periksa tekanan tabung oksigen
- b. Periksa semua perlengkapan oksigen dan ventilasi berfungsi dengan baik
- c. Bersihkan debu dan cari tanda-tanda kerat pada alat rescue
- d. Nyalakan semua peralatan bertenaaga aki untuk memastikan kinerjanya
- e. Lakukan pemeriksaan tambahan pada alat khusus seperti monitor pasien, suction electric dan AED (Automated External Defibrillation)
- f. Lengkapi laporan pemeriksaan, Perbaiki kerusakan, ganti barang-barang yang hilang.
- g. Bersihkan kompartemen untuk menghindari resiko infeksi

4. Logistik Ambulance

NO	JENIS BARANG	NAMA BARANG FARMASI	JUMLAH	SATUAN
OBAT GOLONGAN HIGH ALERT				
1	OBAT	ATROPINE SULFAT INJ	2	AMPUL
2	OBAT	EPHEDRINE HCL INJ	1	AMPUL
3	OBAT	EPHINEPRINE INJ	2	AMPUL
4	OBAT	LIDOCAIN INJ	3	AMPUL
5	OBAT	XYLOCAIN SPRAY	1	FLS
OBAT GOLONGAN NON HIGH ALERT				
1	OBAT	AMINOPHYLLINUM INJ	1	AMPUL
2	OBAT	DEXAMETHASONE INJ	2	AMPUL

PERBEKALAN FARMASI				
1	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.4,0 WORK	1	PCS
2	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.4,5 WORK	1	PCS
3	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.5,0 WORK	1	PCS
4	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.5,5 WORK	1	PCS
5	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.6 WORK	1	PCS
6	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.6,5 WORK	1	PCS
7	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO 7,0 WORK	1	PCS
8	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.7,5 WORK	2	PCS
9	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.8,0 WORK	1	PCS
10	ALKES	NASSAL PRONG	1	PCS
11	ALKES	INFUSET BD	1	PCS
12	ALKES	INFUSET MICRO TERUMO	1	PCS
13	ALKES	AIRSOFT ANASTHESI MASK 5 LARGE	1	PCS
14	ALKES	MASKER OKSIGEN PEAD 1042	1	PCS
15	ALKES	MASKER OKSIGEN ADULT	1	PCS
16	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 8	1	PCS
17	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 10	1	PCS
18	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 12	1	PCS
19	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 16	1	PCS
20	ALKES	LEUCOFIX 2137	1	ROLL
21	ALKES	SPUIT 1 CC TERUMO	2	PCS
22	ALKES	SPUIT 3 CC TERUMO	2	PCS
23	ALKES	SPUIT 5 CC TERUMO	2	PCS
24	ALKES	SPUIT 10 CC TERUMO	1	PCS

25	ALKES	SPUIT 20 CC TERUMO	1	PCS
26	ALKES	NEOFLON BD NO. 24	2	PCS
27	ALKES	VENFLON 20 BD SAFETY	2	PCS
28	ALKES	VENFLON 22 BD SAFETY	2	PCS
29	ALKES	ALCOHOL SWAB	10	PCS
30	ALKES	DURAPORE	1	ROLL
31	INFUS	D40 25 ML	1	SOFTBAG
32	INFUS	RL SANBE	1	SOFTBAG
NO	JENIS BARANG	NAMA BARANG FARMASI	JUMLAH	SATUAN
<i>OBAT GOLONGAN HIGH ALERT</i>				
1	OBAT	ATROPINE SULFAT INJ	2	AMPUL
2	OBAT	EPHEDRINE HCL INJ	1	AMPUL
3	OBAT	EPHINEPRINE INJ	2	AMPUL
4	OBAT	LIDOCAIN INJ	3	AMPUL
5	OBAT	XYLOCAIN SPRAY	1	FLS
<i>OBAT GOLONGAN NON HIGH ALERT</i>				
1	OBAT	AMINOPHYLLINUM INJ	1	AMPUL
2	OBAT	DEXAMETHASONE INJ	2	AMPUL
<i>PERBEKALAN FARMASI</i>				
1	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.4,0 WORK	1	PCS
2	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.4,5 WORK	1	PCS
3	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.5,0 WORK	1	PCS
4	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.5,5 WORK	1	PCS
5	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.6 WORK	1	PCS
6	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.6,5 WORK	1	PCS
7	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE	1	PCS

		NO 7,0 WORK		
8	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO 7,5 WORK	2	PCS
9	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO 8,0 WORK	1	PCS
10	ALKES	NASSAL PRONG	1	PCS
11	ALKES	INFUSET BD	1	PCS
12	ALKES	INFUSET MICRO TERUMO	1	PCS
13	ALKES	AIRSOFT ANASTHESI MASK 5 LARGE	1	PCS
14	ALKES	MASKER OKSIGEN PEAD 1042	1	PCS
15	ALKES	MASKER OKSIGEN ADULT	1	PCS
16	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 8	1	PCS
17	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 10	1	PCS
18	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 12	1	PCS
19	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 16	1	PCS
20	ALKES	LEUCOFIX 2137	1	ROLL
21	ALKES	SPUIT 1 CC TERUMO	2	PCS
22	ALKES	SPUIT 3 CC TERUMO	2	PCS
23	ALKES	SPUIT 5 CC TERUMO	2	PCS
24	ALKES	SPUIT 10 CC TERUMO	1	PCS
25	ALKES	SPUIT 20 CC TERUMO	1	PCS
26	ALKES	NEOFLON BD NO. 24	2	PCS
27	ALKES	VENFLON 20 BD SAFETY	2	PCS
28	ALKES	VENFLON 22 BD SAFETY	2	PCS
29	ALKES	ALCOHOL SWAB	10	PCS
30	ALKES	DURAPORE	1	ROLL
31	INFUS	D40 25 ML	1	SOFTBAG
32	INFUS	RL SANBE	1	SOFTBAG

5. Pemesanan / Permintaan Ambulance

Permintaan ambulance dapat dilakukan oleh setiap unit yang terdapat di RS Mata Undaan dan akan dilaksanakan oleh unit IGD selaku penganggung jawab

pelayanan ambulance. Hal – hal yang harus dipenuhi sebelum melakukan pemakaian ambulance adalah melakukan :

- a. Melakukan persiapan dokumen informasi dan persetujuan, yang terdiri dari surat pemberian informasi dan persetujuan di rujuk, form rujuk pasien**
- b. Menghubungi tempat tujuan rujuk**
- c. Melakukan persiapan untuk selama dalam proses transportasi ambulan baik peralatan dan petugas**
- d. Mendokumentasikan keadaan pasien selama proses rujuk**
- e. Melakukan serah terima dengan rumah sakit tujuan beserta dengan tanda tangan serah terima dan dokumentasi lainnya**

BAB V LOGISTIK

5.1 PERENCANAAN

Menentukan macam, mutu, dan jumlah alat yang dibutuhkan dalam pelayanan gawat darurat. Alat kesehatan yang digunakan adalah untuk mendiagnosa, menangani, monitor, dan mengevakuasi (proses rujukan) serta alat medis pendukung untuk penanggulangan penderita gawat darurat. Jenis peralatan maupun obat – obatan yang tersedia di IGD Rumah Sakit Mata Undaan dengan standar IGD level 1, yang meliputi :

5.1.1 Peralatan

Peralatan yang tersedia di IGD mengacu kepada buku Pedoman Pelayanan Pelayanan Gawat Darurat Departemen Kesehatan RI untuk penunjang pelayanan terhadap pasien gawat darurat.

Alat yang harus tersedia bersifat *life saving* untuk kasus kegawatan mata

1. Alat – alat untuk resusitasi :
 - a. Mesin suction (1 set)
 - b. Oksigen lengkap dengan flowmeter (1 set)
 - c. Laringoskope anak dan dewasa (1 set)
 - d. Sputit usemua ukuran (masing – masing 10 buah)
 - e. Oropharingeal airway (sesuai kebutuhan)
 - f. Infus set / standar set (5 / 5 buah)
 - g. Brandcard fungsional diatur posisi trendelenburg, ada gantungan tanda dan penghalang (1 buah)
 - h. Gunting besar (1 buah)
 - i. Defibrilator (1 buah)
 - j. Monitr EKG (1 buah)
 - k. Trolley emergensi yang berisi alat – alat untuk melakukan resusitasi (1 buah)
 - l. Papan resusitasi (1 buah)
 - m. Ambu bag (1 buah)
 - n. Stetoskop (1 buah)
 - o. Tensi meter (1 buah)
 - p. Thermometer (1 buah)
 - q. Tiang infus (1 buah)
 - r. Nebulizer (1 buah)
2. Alat – alat untuk ruang tindakan bedah :
 - a. Verban segala ukuran :
 - 4 x 5 cm (5 buah)
 - 4 x 10 cm (5 buah)
 - b. Heacting set (3 set)
 - c. Benang – benang / jarum segala jenis dan ukuran :
 - Mersilk 5/0
 - Mersiline 5/0
 - Prolene 4/0
 - Ethione 10/0
 - Vicryl 4/0
 - Vicryl 6/0
 - Vicryl 7/0
 - Vicryl 8/0

- d. Jarum suntik segala ukuran\
 - e. Lampu sorot (1 buah)
 - f. Kassa (1 tromol)
 - g. Sduit sesuai kebutuhan
 - Sduit 1 cc (5 buah)
 - Sduit 3 cc (5 buah)
 - h. Infus set (1 buah)
 - i. Lampu emergensi (1 buah)
 - j. Stetoskop (1 buah)
 - k. Tensimeter (1 buah)
 - l. Thermometer (1 buah)
 - m. Elastis bandage sesuai kebutuhan
 - 6 inchi (1 buah)
 - 4 inchi (2 buah)
 - 3 inchi (1 buah)
 - Tiang tanda (2 buah)
3. Alat – alat untuk ruang tindakan non-bedah :
- a. Mesin EKG (1 buah)
 - b. Infus set (1 buah)
 - c. IV catheter semua nomor (1 set)
 - d. Sduit sesuai kebutuhan :
 - 1 cc (5 buah)
 - 3 cc (5 buah)
 - 5 cc (5 buah)
 - 10 cc (5 buah)
 - 20 cc (3 buah)
 - 50 cc (3 buah)
 - e. Tensimeter (1 buah)
 - f. Stetoskop (1 buah)
 - g. Thermometer (1 buah)
 - h. Tiang tanda (1 buah)
4. Alat – alat dalam trolley emergensi
- a. Obat *Life Saving* (terlampir pada standard obat UGD RSSS)
 - b. Obat penunjang (terlampir pada standard obat UGD RSSS)
 - c. Alat – alat kesehatan
 - Ambu bag / Air viva untuk dewasa dan anak – anak (@ 1 buah)
 - Oropharingeal airway
 - Nomer 3 (2 buah)
 - Nomer 4 (2 buah)
 - Laringoscope dewasa dan anak (@ 1 set)
 - Face mask (1 buah)
 - Sduit sesuai ukuran
 - Infus set 9 1 set)
 - Endotracheal tube (dewasa dan anak)
 - Nomer 2,5 (1 buah)
 - Nomer 3 (1 buah)
 - Nomer 4 (1 buah)

- Nomer 7 (1 buah)
- Nomer 7,5 (1 buah)
- Nomer 8 (1 buah)
- Kanula oksigen sesuai kebutuhan
- IV cathether sesuai kebutuhan
 - Nomer 18 Cath / Terumo (2 / 2 buah)
 - Nomer 20 Cath / Terumo (2 / 16 buah)
 - Nomer 22 Cath / Terumo (2 / 11 buah)
- Suction catheter segala ukuran
 - Nomer 10 (3 buah)
 - Nomer 12 (2 buah)
 - Neck collar ukuran S / M (2 / 1)

5.1.2 Linen

Distribusi linen dilakukan dengan bekerja sama dengan pihak sanitasi dan rumah tangga. Pembersihan linen dilakukan pada setiap :

- a. Setiap 3 hari bila tidak ada pasien
- b. Setiap hari bila telah digunakan namun tidak terkena cairan tubuh pasien
- c. Setiap saat bila telah terkena cairan tubuh pasien

Pembersihan pada gorden dilakukan setiap 3 bulan sekali, namun pembersihan insidental akan dilakukan bila gorden telah terpapar dengan cairan tubuh pasien.

Pengambilan linen kotor dilakukan oleh petugas *cleaning service*, begitu pula dengan distribusi linen bersih.

5.1.3 Ambulance

Untuk menunjang pelayanan terhadap pasien RSMU saat ini memiliki 1 (satu) Unit ambulance yang kegiatannya berada dalam koordinasi IGD dan bagian umum. Fasilitas dan sarana untuk ambulance :

1. Perlengkapan Ambulance
 - a. Air conditioner
 - b. Sirine
 - c. Lampu rotater
 - d. Sabuk pengaman
 - e. Sumber listrik / stop kontak
 - f. Lemari untuk alat medis
 - g. Lampu ruangan
2. Alat dan obat
 - a. Strecher (1 buah)
 - b. Stetoscope (2 buah)
 - c. Piala ginjal (5 buah)
 - d. Emergency Kit yang berisi :

NO	JENIS BARANG	NAMA BARANG FARMASI	JUMLAH	SATUAN
<i>OBAT GOLONGAN HIGH ALERT</i>				
1	OBAT	ATROPINE SULFAT INJ	2	AMPUL

2	OBAT	EPHEDRINE HCL INJ	1	AMPUL
3	OBAT	EPHINEPRINE INJ	2	AMPUL
4	OBAT	LIDOCAIN INJ	3	AMPUL
5	OBAT	XYLOCAIN SPRAY	1	FLS
OBAT GOLONGAN NON HIGH ALERT				
1	OBAT	AMINOPHYLLINUM INJ	1	AMPUL
2	OBAT	DEXAMETHASONE INJ	2	AMPUL
PERBEKALAN FARMASI				
1	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.4,0 WORK	1	PCS
2	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.4,5 WORK	1	PCS
3	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.5,0 WORK	1	PCS
4	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.5,5 WORK	1	PCS
5	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.6 WORK	1	PCS
6	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.6,5 WORK	1	PCS
7	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.7,0 WORK	1	PCS
8	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.7,5 WORK	2	PCS
9	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.8,0 WORK	1	PCS
10	ALKES	NASSAL PRONG	1	PCS
11	ALKES	INFUSET BD	1	PCS
12	ALKES	INFUSET MICRO TERUMO	1	PCS
13	ALKES	AIRSOFT ANASTHESI MASK 5 LARGE	1	PCS
14	ALKES	MASKER OKSIGEN PEAD 1042	1	PCS
15	ALKES	MASKER OKSIGEN ADULT	1	PCS
16	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 8	1	PCS
17	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 10	1	PCS
18	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 12	1	PCS
19	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 16	1	PCS
20	ALKES	LEUCOFIX 2137	1	ROLL
21	ALKES	SPUIT 1 CC TERUMO	2	PCS
22	ALKES	SPUIT 3 CC TERUMO	2	PCS

23	ALKES	SPUIT 5 CC TERUMO	2	PCS
24	ALKES	SPUIT 10 CC TERUMO	1	PCS
25	ALKES	SPUIT 20 CC TERUMO	1	PCS
26	ALKES	NEOFロン BD NO. 24	2	PCS
27	ALKES	VENFLON 20 BD SAFETY	2	PCS
28	ALKES	VENFLON 22 BD SAFETY	2	PCS
29	ALKES	ALCOHOL SWAB	10	PCS
30	ALKES	DURAPORE	1	ROLL
31	INFUS	D40 25 ML	1	SOFTBAG
32	INFUS	RL SANBE	1	SOFTBAG
NO	JENIS BARANG	NAMA BARANG FARMASI	JUMLAH	SATUAN
OBAT GOLONGAN HIGH ALERT				
1	OBAT	ATROPINE SULFAT INJ	2	AMPUL
2	OBAT	EPHEDRINE HCL INJ	1	AMPUL
3	OBAT	EPHINEPRINE INJ	2	AMPUL
4	OBAT	LIDOCAIN INJ	3	AMPUL
5	OBAT	XYLOCAIN SPRAY	1	FLS
OBAT GOLONGAN NON HIGH ALERT				
1	OBAT	AMINOPHYLLINUM INJ	1	AMPUL
2	OBAT	DEXAMETHASONE INJ	2	AMPUL
PERBEKALAN FARMASI				
1	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.4,0 WORK	1	PCS
2	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.4,5 WORK	1	PCS
3	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.5,0 WORK	1	PCS
4	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.5,5 WORK	1	PCS
5	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.6 WORK	1	PCS
6	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.6,5 WORK	1	PCS
7	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.7,0 WORK	1	PCS
8	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.7,5 WORK	2	PCS

9	ALKES	ETT CUFF ENDOTRACHEALTUBE NO.8,0 WORK	1	PCS
10	ALKES	NASSAL PRONG	1	PCS
11	ALKES	INFUSET BD	1	PCS
12	ALKES	INFUSET MICRO TERUMO	1	PCS
13	ALKES	AIRSOFT ANASTHESI MASK 5 LARGE	1	PCS
14	ALKES	MASKER OKSIGEN PEAD 1042	1	PCS
15	ALKES	MASKER OKSIGEN ADULT	1	PCS
16	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 8	1	PCS
17	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 10	1	PCS
18	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 12	1	PCS
19	ALKES	SUCTION CATHETER NO. 16	1	PCS
20	ALKES	LEUCOFIX 2137	1	ROLL
21	ALKES	SPUIT 1 CC TERUMO	2	PCS
22	ALKES	SPUIT 3 CC TERUMO	2	PCS
23	ALKES	SPUIT 5 CC TERUMO	2	PCS
24	ALKES	SPUIT 10 CC TERUMO	1	PCS
25	ALKES	SPUIT 20 CC TERUMO	1	PCS
26	ALKES	NEOFLON BD NO. 24	2	PCS
27	ALKES	VENFLON 20 BD SAFETY	2	PCS
28	ALKES	VENFLON 22 BD SAFETY	2	PCS
29	ALKES	ALCOHOL SWAB	10	PCS
30	ALKES	DURAPORE	1	ROLL
31	INFUS	D40 25 ML	1	SOFTBAG
32	INFUS	RL SANBE	1	SOFTBAG

5.2 Standar Obat IGD RS Mata Undaan

5.2.1 Obat - Obatan Mata

No	Nama Obat	Satuan	Jumlah	Jenis Obat
1.	Effrisel ed	Fless	3	Midriatikum
2.	Mydriatil ed	Fless	3	Midriatikum
3.	Atropin 1 % ed	Fless	3	Siklopegik
4.	Atropin 0,5 % ed	Fless	3	Siklopegik
5.	Pantocain 2 % ed	Fless	3	Anastesi

6.	Pantocain 0,5 % ed	Fless	3	Anastesi
7.	Giflox ed	Fless	3	Antibiotik
8.	Timol ed	Fless	3	Menurunkan TIO
9.	Carpin 2 % ed	Fless	3	Miotikum
10.	Polygran ed	Fless	3	Antibiotik
11.	Gentamycin ed	Fless	3	Antibiotik
12.	Xitrol ed	Fless	3	Antibiotik
13.	Homatropin ed	Fless	3	Siklopegik
14.	Fluorescein ed	Fless	3	Diagnostik Kornea
15.	Polygran eo	Tube	3	Antibiotik
16.	Gentamycin eo	Tube	3	Antibiotik
17.	Xitrol eo	Tube	3	Antibiotik
18.	Betadine stick steril	Stick	3 pack	Desinfektan

5.2.2 Obat – Obatan Tablet

No	Nama Obat	Satuan	Jumlah	Jenis Obat
1.	Adalat 5 mg	Tablet	10	Antihipertensi/betablocker
2.	Adalat 10 mg	Tablet	10	Antihipertensi/betablocker
3.	Cedocard 5 mg	Tablet	8	Anti anginal
4.	Nitobat	Tablet	10	Nitrogliserida
5.	Mefinal 500 mg	Tablet	10	Analgetika
6.	Glaucon	Tablet	10	Menurunkan TIO
7.	Prednison	Tablet	10	Anti Inflamasi
8.	Chloramphenicol	Capsul	10	Antibiotik

5.2.3 OBAT - OBAT HIGH ALERT (RAK 1)

NO	NAMA BARANG	KATEGORI	SATUAN	JUMLAH
A. ANASTESI				
1	ATROPIN SULFAT INJEKSI	OBAT	AMPUL	2
2	BENADON INJ	OBAT	VIAL	1
3	CORDARONE	OBAT	AMPUL	2
4	DOPAMIN INJ.	OBAT	AMPUL	1
5	LIDOCAIN 2% INJEKSI	OBAT	AMPUL	8
B. ADRENERGIK AGONIS				
7	EPHEDRINE HCL INJEKSI	OBAT	AMPUL	2
8	EPHINEPRINE 0.1 % INJEKSI	OBAT	AMPUL	1

5.2.4 OBAT - OBAT NON HIGH ALERT (RAK 2)

NO	NAMA BARANG	KATEGORI	SATUAN	JUMLAH
1	AMINOPHYLLINUM INJEKSI	OBAT	AMPUL	2

2	BETADINE SOL 55 ML	OBAT	BOTOL	1
3	BUSCOPAN INJEKSI	OBAT	AMPUL	3
4	CALCIUM GLUCONAS INJ 10%	OBAT	AMPUL	2
5	CEDOCARD 5MG	OBAT	TABLET	2
6	CLONEX 500 MG INJEKSI	OBAT	AMPUL	3
7	CORTIDEX INJ	OBAT	AMPUL	10
8	D40 25 CC OTSU	INFUS	BOTOL	3
9	DEXAMETHASONE 5 MG INJ.	OBAT	AMPUL	10
10	DIPENHIDRAMIN HCL INJEKSI	OBAT	AMPUL	2
11	FARSORBID INJ	OBAT	VIAL	1
12	KETOROLAC INJ	OBAT	AMPUL	2
13	LASIX INJ.	OBAT	AMPUL	3
14	METHYL PREDNISOLONE INJ	OBAT	VIAL	10
15	ONDANSSETRON 4 INJ	OBAT	AMPUL	2
16	PRIMPERAN INJEKSI	OBAT	AMPUL	1
17	SANTAGESIK INJ	OBAT	AMPUL	5

5.2.5 RAK 3

NO	NAMA BARANG	KATEGORI	SATUAN	JUMLAH
1	D5 + 1/4 NS	INFUS	PCS	1
2	D5 + 1/2 NS	INFUS	PCS	1
3	NS 100 ML	INFUS	PCS	3
4	MANITOL 250 ML	INFUS	PCS	2
5	NS 500 ML	INFUS	PCS	2
6	RL SANBE	INFUS	PCS	1
7	RL OTSU	INFUS	PCS	2
8	WATER INJECTION OTSU 25 CC	INFUS	BOTOL	6

5.2.6 RAK 4

NO	NAMA BARANG	KATEGORI	SATUAN	JUMLAH
1	ALCOHOL SWAB	OBAT	BOTOL	100
2	BLOOD LANCET	ALKES	PCS	100
3	DURAPORE TM 15381 2.5 CM X 9.1 M	ALKES	PCS	1
4	GUEDEL AIRWAY 100 MM 6310 RED	ALKES	PCS	2
5	GUEDEL AIRWAY 70 MM WHITE	ALKES	PCS	2
6	GUEDEL AIRWAY 80 MM GREEN	ALKES	PCS	2
7	GUEDEL AIRWAY 90 MM 6309 YELLOW	ALKES	PCS	2
8	GUEDEL AIRWAY 110 MM 6310 ORANGE	ALKES	PCS	2
9	HANSAPLAST PLESTER	ALKES	PCS	20

10	HYPAFIX	ALKES	PCS	1
11	ID BAND DWS BLUE OM	ALKES	PCS	10
12	ID BAND PINK DEWASA OM	ALKES	PCS	10
13	KASA 10 CM	ALKES	PCS	5
14	KASA STERIL	ALKES	PCS	1
15	LEUCOFIX	ALKES	PCS	1
16	NEEDLE 23	ALKES	PCS	10
17	NEEDLE 26	ALKES	PCS	5
18	OPTIUM	ALKES	PCS	100
19	SOFRATULLE	ALKES	PCS	1
20	SPUIT 1 CC	ALKES	PCS	5
21	SPUIT 10 CC	ALKES	PCS	3
22	SPUIT 20 CC	ALKES	PCS	3
23	SPUIT 3 CC	ALKES	PCS	10
24	SPUIT 5 CC	ALKES	PCS	5
25	SPUIT 50 CC	ALKES	PCS	3
26	TEGADERM 1623	ALKES	PCS	10
27	TORNIQUET	ALKES	PCS	1
28	VASOFIX SAFETY G 24	ALKES	PCS	2
29	VENFLON 20 BD PRO SAFETY	ALKES	PCS	2
30	VENFLON 22 BD PRO SAFETY	ALKES	PCS	2

5.2.7 RAK 5

NO	NAMA BARANG	KATEGORI	SATUAN	JUMLAH
1	ELECT.SPHYG ELEMANO	ALKES	PCS	1
2	ETT CUFF ENDOTRACHEAL TUBE NO.5	ALKES	PCS	1
3	ETT CUFF ENDOTRACHEAL TUBE NO.6.0	ALKES	PCS	1
4	ETT CUFF ENDOTRACHEAL TUBE NO 7	ALKES	PCS	1
5	ETT CUFF ENDOTRACHEAL TUBE NO.7.5	ALKES	PCS	1
6	ETT CUFF ENDOTRACHEAL TUBE NO.8	ALKES	PCS	1
7	FEDDING TUBE NGT NO 10	ALKES	PCS	1
8	INTRAFIX SAFESET B-BRAUN	ALKES	PCS	2
9	INFUSET MICRO TERUMO	ALKES	PCS	2
10	MASKER NEBUL SALTER LAB	ALKES	PCS	1
11	MASKER OKSIGEN DEWASA	ALKES	PCS	2
12	NASSAL PRONG	ALKES	PCS	2
13	POLLY CATHETER RUSCH NO.12	ALKES	PCS	1
14	ST ANSEL NO 7	ALKES	PCS	4
15	ST.STERIL SAVEGLOVE PF NO.6.5	ALKES	PCS	1
16	SUCTION CATHETER NO 12	ALKES	PCS	1
17	URINBAG	ALKES	PCS	2

5.3 Penganggaran

1. Penganggaran dilakukan dengan pembuatan draft alat dan bahan yang dibutuhkan untuk penggunaan di Instalasi Gawat Darurat, yaitu spesifikasi alat, harga, jumlah, dan sifat kebutuhan yang mendesak atau tidak.
2. Pengajuan anggaran dilakukan pada rapat koordinasi struktural dan dilakukan dengan bekerja sama dengan pihak farmasi RS Mata Undaan.

5.4 Pengadaan

Pengadaan peralatan, obat, bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan :

1. Sesuai dengan buku pedoman pelayanan gawat darurat Depkes
2. Selalu tersedia peralatan dan obat *emergency*

Terdapat daftar obat-obat yang mudah diidentifikasi dan letak obat mudah diambil.

5.5 Penyimpanan

Peralatan disimpan dalam dua tempat :

1. Tempat penyimpanan utama dan cadangan
2. Tempat penggunaan setelah digunakan

Untuk penyimpanan peralatan, diperlukan ketrampilan berikut:

1. Catatan penerimaan barang baru dan pengeluaran barang
2. Membuat neraca buku-stok (persediaan) atau buku besar

5.6 Distribusi

Peralatan dapat dikeluarkan untuk digunakan bila diperlukan. Prosedur administrasi yang harus dipenuhi untuk distribusi dan pemakaian barang, antara lain:

1. Pencatatan di lembar penggunaan alat dan bahan pada saat pelayanan
2. Catatan di buku besar (menuliskan pengeluaran barang tersebut dalam buku besar persediaan)
3. Laporan mengetahui atau persetujuan koordinator atau kepala instalasi
4. Catatan inventaris dari bagian yang menerima dan menggunakan peralatan

5.7 Lain-Lain

1. Pemeliharaan dan perbaikan alat dilakukan minimal setiap 6 bulan sekali dan sewaktu – waktu saat terjadi kerusakan alat
2. Terdapat protap pemeliharaan, pemeriksaan, dan perbaikan alat secara berkala
3. Terdapat jadwal pemeriksaan dan pemeliharaan alat
4. Terdapat bukti pelaksanaan dan pemeliharaan
5. Terdapat bukti kalibrasi alat
6. Terdapat prosedur penggantian kerusakan alat dan kadaluarsa obat
7. Terdapat persetujuan dan diketahui oleh koordinator atau kepala instalasi

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN IGD

"*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of hospital quality management.*" (World Alliance for Patient Safety, Forward Programme WHO, 2004). Oleh karena itu diperlukan komitmen tenaga medis untuk menjaga keselamatan pasien, kompeten dan etis dalam keperawatan (CNA, 2002). Keselamatan pasien merupakan hal terpenting yang harus dilaksanakan secara terus menerus dan di pantau pelaksanaannya pada setiap unit kerja di Rumah Sakit, karena pada dasarnya keselamatan pasien sebagai salah satu barometer dalam program peningkatan mutu Rumah Sakit.

Menurut definisi keselamatan pasien (patient safety) Rumah Sakit adalah suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang sangat dibutuhkan mengingat saat ini banyak pasien yang dalam penanganannya sangat memperhatikan, dengan adanya sistem ini diharapkan dapat meminimalisir kesalahan dalam penanganan pasien baik pada pasien UGD, rawat inap maupun pada pasien poliklinik (PERSI, 2006).

Di dalam pelaksanaan keselamatan pasien di IGD mengacu pada tata laksana keselamatan pasien Rumah Sakit yaitu 6 (enam) Goal menuju keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan meliputi :

6.1 Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Ketepatan identifikasi pada pasien IGD, yaitu dengan :

1. Mengidentifikasi dengan benar dan tepat sebagai individu yang akan mendapat pelayanan atau pengobatan
 2. Mencocokkan pelayanan atau treatment yang akan diberikan kepada pasien tersebut
- Cara melakukan identifikasi pasien di IGD adalah dengan menanyakan nama, tanggal lahir, dan alamat dan mengacu pada data verbal yang di berikan oleh pasien. Proses identifikasi dilakukan setiap :
- a. Setiap proses registrasi pasien
 - b. Sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur
 - c. Sebelum pemberian obat, darah, dan produk darah lain
 - d. Sebelum pengambilan spesimen untuk pemeriksaan diagnostik

6.2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Pelayanan komunikasi efektif telephone (internal) dengan dokter dalam melaporkan kondisi pasien dan konsultasi menggunakan SBAR, yaitu :

S (Situation)

B (Background)

A (Assesment)

R (Recommendation)

Di dalam pelaksanaannya saat melaksanakan komunikasi melalui telephone dengan dokter dengan metode SBAR ini di catat oleh perawat di dalam Rekam medik pasien, dan dokter akan melakukan konfirmasi berkaitan dengan rekomendasi yang telah diberikan, selanjutnya distempel untuk kemudian minta tanda tangan dokter dan perawat yang melakukan komunikasi lewat telephone.

6.3 Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai

Penatalaksanaan keamanan obat high alert sesuai dengan manajemen obat (LASA, NORUM, Cairan konsentrat) mulai dari seleksi obat, peresepan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, pencatata, dan pendokumentasian serta monitoring. Pelaksanaan pemberian obat

yang dilakukan oleh perawat kepada pasien, sebelum pemberian perawat melakukan verifikasi dengan prinsip 7 tepat, yaitu :

- a. Tepat obat
- b. Tepat waktu dan frekuensi pemberian
- c. Tepat dosis
- d. Tepat rute pemberian
- e. Tepat identitas pasien
- f. Tepat informasi
- g. Tepat dokumentasi

6.4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

Setiap pasien IGD yang akan dilaksanakan tindakan pembedahan oleh operator dilakukan marking area sebelum pembedahan dengan menggunakan skin marker sebagai penandaan pada sisi yang akan dioperasi. Tindakan penanganan pasien di IGD dilaksanakan sesuai SPO dan Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.

6.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Di dalam pelaksanaan meminimalkan angka infeksi nosokomial, maka setiap petugas IGD dalam melaksanakan tugasnya mengikuti prinsip 6 langkah cuci tangan, yaitu : dan dilakukan pada 5 moment (menurut WHO), yaitu :

- a. Sebelum kontak dengan pasien
- b. Sebelum melaksanakan prosedur aseptik
- c. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien
- d. Setelah kontak dengan pasien
- e. Setelah kontak dengan lingkungan pasien

6.6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh

Setiap pasien IGD yang diketahui dengan resiko jatuh,

Pelaporan insiden keselamatan pasien IGD, harus dilaporkan kepada **TIM KESELAMATAN PASIEN**, apabila terjadi suatu insiden (KTD/KNC), maka :

1. Wajib segera ditindaklanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak di harapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja shift kepada atasan langsung paling lambat 2 x 24 jam (jangan menunda laporan)
3. Setelah selesai mengisi laporan segera serahkan kepada atasan langsung (kepala unit)
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading resiko terhadap insiden yang dilaporkan
5. Hasil grading akan menunjukkan grading resiko terhadap insiden yang terjadi :
 - a. Grade Biru : Investigasi sederhana oleh atasan langsung maksimal waktu 1 minggu
 - b. Grade Hijau : Investigasi sederhana oleh atasan langsung maksimal waktu 2 minggu
 - c. Grade Kuning : Investigasi komprehensif atau analisis akar masalah / RCA oleh Tim Keselamatan Pasien max 45 hari
 - d. Grade Merah : Investigasi komprehensif atau analisis akar masalah / RCA oleh Tim Keselamatan Pasien max 45 hari
6. Setelah melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim Keselamatan Pasien

BAB VII KESELAMATAN KERJA

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

7.1 Kebersihan Tangan

1) Pengertian

Adalah suatu prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan air mengalir atau dengan menggunakan handrub berbasis alkohol. Menjaga kebersihan tangan dengan baik dan benar dapat mencegah penularan mikroorganisme dan menurunkan frekuensi infeksi nosokomial (Boyce 1999, Larson 1995).

2) Tujuan

Untuk menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara.

3) Tata laksana

Yang terkait dengan tata laksana kebersihan tangan adalah :

- a) Cairan antiseptik
- b) fasilitas kebersihan tangan
- c) Siapa saja yang wajib melakukan kebersihan tangan
- d) Indikasi kebersihan tangan
- e) Jenis kebersihan tangan
- f) Prosedur kebersihan tangan

7.2 Surveilans Resiko Infeksi

Surveilans kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien. Salah satu dari bagian surveilans kesehatan adalah Surveilans infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Health Care Associated Infections/HAIs*). HAIs yang beresiko timbul di RS Mata Undaan Surabaya, seperti:

1. IDO/SSI
2. ISK
3. Plebitis
4. MDRO

7.3 PPRA

Prinsip dan program PPRA adalah melakukan monitoring pemberian antibiotik untuk mencegah terjadinya resistensi terhadap antibiotik tertentu. Pemberian antibiotik akan disertai dengan form monitoring pemberian antibiotik yang meliputi jenis, dosis, lama pemberian, dan rute pemberian antibiotik yang wajib diisi oleh DPJP.

7.4 Laporan Pajanan

Penatalaksanaan Paska Pajanan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh seseorang (karyawan, peserta didik, SDM out sourcing) setelah terpajan oleh benda tajam yang terkontaminasi cairan tubuh pasien atau cairan tubuh pasien infeksius maupun diduga infeksi

Human Immunodefisiensi Virus (HIV), Hepatitis B Virus (HBV) dan Hepatitis C Virus (HCV) di RS Mata Undaan

Sumber pajanan adalah pasien yang menjadi sumber bahan yang infeksius maupun diduga infeksi HIV, HBV, dan HCV yang dirawat di RSUD RS Mata Undaan

Terpapar adalah seseorang (karyawan, peserta didik, SDM out sourcing) yang tanpa sengaja terpapar benda tajam yang terkontaminasi cairan tubuh pasien infeksius maupun di duga infeksi HIV, HBV dan HCV di RS Mata Undaan.

1. TATALAKSANA UMUM

- a. Bila tertusuk jarum segera bilas dengan air mengalir dan sabun/cairan antiseptik sampai bersih
- b. Bila darah/cairan tubuh mengenai kulit yang utuh tanpa luka atau tusukan, cuci dengan sabun dan air mengalir
- c. Bila darah/cairan tubuh mengenai mulut, ludahkan dan kumur-kumur dengan air beberapa kali.
- d. Bila terpecik pada mata, cucilah mata dengan air mengalir (irigasi), dengan posisi kepala miring ke arah mata yang terpecik.
- e. Bila darah memercik ke hidung, hembuskan keluar dan bersihkan dengan air.
- f. Bagian tubuh yang tertusuk tidak boleh ditekan dan dihisap dengan mulut.

2. TATALAKSANA PAJANAN BAHAN INFEKSIUS DI TEMPAT KERJA

Langkah 1: Cuci

- a. Tindakan darurat pada bagian yang terpajan seperti tersebut di atas.
- b. Setiap pajanan dicatat dan dilaporkan kepada yang berwenang yaitu atasan langsung dan Tim PPI atau K3. Laporan tersebut sangat penting untuk menentukan langkah berikutnya. Memulai PPP sebaiknya secepatnya kurang dari 4 jam dan tidak lebih dari 72 jam, setelah 72 jam tidak dianjurkan karena tidak efektif.

Langkah 2: Telaah pajanan

a. Pajanan

Pajanan yang memiliki risiko penularan infeksi adalah:

- 1) Perlukaan kulit
- 2) Pajanan pada selaput mukosa
- 3) Pajanan melalui kulit yang luka

b. Bahan Pajanan

Bahan yang memberikan risiko penularan infeksi adalah:

- 1) Darah
- 2) Cairan bercampur darah yang kasat mata
- 3) Cairan yang potensial terinfeksi: semen, cairan vagina, cairan serebrospinal, cairan sinovia, cairan pleura, cairan peritoneal, cairan pericardial, cairan amnion
- 4) Virus yang terkonsentrasi

c. Status Infeksi

Tentukan status infeksi sumber pajanan (bila belum diketahui), dilakukan pemeriksaan:

- 1) Hbs Ag untuk Hepatitis B
- 2) Anti HCV untuk Hepatitis C
- 3) Anti HIV untuk HIV
- 4) Untuk sumber yang tidak diketahui, pertimbangkan adanya
- 5) Faktor risiko yang tinggi atas ketiga infeksi di atas

d. Kerentanan

Tentukan kerentanan orang yang terpajan dengan cara:

- 1) Pernahkan mendapat vaksinasi Hepatitis B.

- 2) Status serologi terhadap HBV (titer Anti HBs) bila pernah mendapatkan vaksin.
 - 3) Pemeriksaan Anti HCV (untuk hepatitis C)
 - 4) Anti HIV (untuk infeksi HIV)
3. LANGKAH DASAR TATALAKSANA KLINIS PPP HIV PADA KASUS KECELAKAAN KERJA
- a. Menetapkan memenuhi syarat untuk PPP HIV.
 - b. Memberikan informasi singkat mengenai HIV untuk mendapatkan persetujuan (informed consent).
 - c. Memastikan bahwa korban tidak menderita infeksi HIV dengan melakukan tes HIV terlebih dahulu.
 - d. Pemberian obat-obat untuk PPP HIV.
 - e. Melaksanakan evaluasi laboratorium.
 - f. Menjamin pencatatan.
 - g. Memberikan follow-up dan dukungan

Menetapkan Memenuhi Syarat Untuk PPP HIV

Evaluasi memenuhi syarat untuk PPP HIV adalah meliputi penilaian keadaan berikut:

- a. Waktu terpajan
- b. Status HIV orang terpajan
- c. Jenis dan risiko pajanan
- d. Status HIV sumber pajanan

1.1. Waktu memulai PPP HIV

PPP harus diberikan secepat mungkin setelah pajanan, dalam 4 jam pertama dan tidak boleh lebih dari 72 jam setelah terpajan.

Dosis pertama atau bahkan lebih baik lagi paket PPP HIV harus tersedia di fasyankes untuk orang yang potensial terpajan setelah sebelumnya dilakukan tes HIV dengan hasil negatif.

1.2. Infeksi HIV yang sebelumnya sudah ada

Kita harus selalu menyelidiki kemungkinan orang yang terpajan sudah mendapat infeksi HIV sebagai bagian dari proses penilaian memenuhi syarat untuk PPP, dan jika orang tersebut telah mendapat infeksi HIV sebelumnya, maka PPP tidak boleh diberikan dan tindakan pengobatan dan semua paket perawatan seperti skrining TB, IMS, penentuan stadium klinis dll sesuai dengan pedoman ARV mutlak perlu dilakukan.

1.3 Penilaian pajanan HIV

Orang yang terpajan pada membran mukosa (melalui pajanan seksual atau percikan ke mata, hidung atau rongga mulut) atau kulit yang tidak utuh (melalui tusukan perkutaneus atau abrasi kulit) terhadap cairan tubuh yang potensial infeksius dari sumber terinfeksi HIV atau yang tidak diketahui statusnya harus diberikan PPP HIV. Jenis pajanan harus dikaji lebih rinci untuk menentukan risiko penularan. Dokter dapat menerapkan algoritma penilaian risiko untuk membantu dalam proses penentuan memenuhi syaratnya.

1.4 Penilaian status HIV dari sumber pajanan

Mengetahui status HIV dari sumber pajanan sangat membantu. Pada kasus kekerasan seksual, sulit untuk mengidentifikasi pelaku dan memperoleh persetujuan untuk dites. Jika sumber pajanan HIV negatif, PPP jangan diberikan.

Pemberian informasi singkat mengenai HIV dan tes HIV yang standar harus diikuti dalam melakukan testing terhadap sumber pajanan, yang meliputi persetujuan tes HIV (dapat diberikan secara verbal) dan menjaga kerahasiaan hasil tes.

Tidak ada formula atau mekanisme yang sederhana dapat diterapkan untuk menentukan kemungkinan bahwa sumber yang tidak diketahui atau dites terinfeksi HIV. Karena itu, penilaian status HIV dari sumber dan keputusan tentang memenuhi syarat PPP harus berdasarkan data epidemiologi yang ada.

7.5 Sterilisasi

Sterilisasi seluruh unit yang terdapat di Rumah Sakit Mata Undaan akan dilakukan oleh CSSD yang berada di struktural kamar operasi. Pembersihan alat yang telah di pakai, pengeringan, pengemasan, proses sterilisasi, dan pelabelan akan dilaksanakan oleh CSSD. Pengiriman instrumen atau alat yang telah dipakai di IGD ke CSSD dilakukan dengan menggunakan wadah tertutup dan kedap air. Proses pencatatan jenis dan jumlah alat dilakukan oleh petugas IGD yang melakukan penyeteroran alat dan akan diulang kembali pencatatan pada saat pengambilan alat yang telah selesai proses sterilisasi.

Rumah sakit wajib menjamin kesehatan dan keselamatan baik pasien, penyedia layanan atau pekerja maupun masyarakat sekitar dari berbagai potensi bahaya di RS. Oleh karena itu, rumah sakit wajib melaksanakan Upaya Kesehatan dan keselamatan Kerja (K3) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh sehingga resiko terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Keselakaan Akibat Kerja (KAK) di RS dapat dihindari. Dalam UU no. 23 tahun 1992 tentang kesehatan dinyatakan bahwa upaya kesehatan dan keselamatan kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja yang mempunyai resiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit. Untuk mengantisipasi terjadinya kecelakaan kerja di IGD, maka kita harus memperhatikan cara – cara untuk mengatasi kecelakaan kerja, mencegah, dan mengurangi kecelakaan dan bagaimana cara emadamkan kebakaran atau kejadian lain yang membahayakan dan memberi alat pelindung kepada petugas IGD. Sedangkan bahaya potensial dan standar pelayanan keselamatan kerja yang ada di rumah sakit terutama IGD, antara lain :

7.6 Proteksi Kebakaran

Terdapat 1 buah apar yang terletak di depan IGD dan satu buah apar di unit ambulan. Pencegahan terhadap bahaya kebakaran bekerja sama dengan pihak keamanan dan K3RS. Simulasi kebakaran yang bersifat kecil dan besar dilakukan bekerja sama dengan pihak K3RS meliputi cara identifikasi, evakuasi, alur, cara pemadaman api kecil dengan apar, hingga sistem komunikasi internal rumah sakit tentang *code red* dan juga bekerja sama dengan dinas kebakaran kota surabaya dalam hal penanganan kebakaran besar.

7.7 Kalibrasi Alat

Kalibrasi alat IGD dilakukan dengan bekerja sama dengan pihak ke 3 yaitu dalam hal ini PT. Surya Medikal Service dan dilakukan setiap 6 bulan sekali. Perbaikan alat bila terjadi kerusakan bekerja sama dengan pihak Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Mata Undaan yang juga tercantum dalam daftar alat yang telah terkalibrasi, meliputi jenis alat, spesifikasi, kapan di kalibrasi, pihak pengkalibrasi, dan kapan kalibrasi selanjutnya akan di lakukan. Beberapa contoh alat yang terdapat di IGD dan telah terkalibrasi adalah :

- 1) Monitor tanda – tanda vital
- 2) Defibrilator
- 3) Suction Pump
- 4) Echocardiography
- 5) Tensimeter, dsb

7.8 Keselamatan dan Keamanan

Penanganan terhadap ancaman bahaya keamanan rumah sakit mata undaan khususnya instalasi gawat darurat dilakukan dengan bekerja sama dengan pihak keamanan rumah sakit. Pencegahan terhadap potensial bahaya huru hara yang terjadi di lingkungan rumah sakit, dan bila terjadi korban luka atau jiwa yang masuk ke lingkungan rumah sakit namun disertai dengan potensial huru hara yang dapat masuk ke dalam lingkungan rumah sakit, ditangani oleh pihak keamanan rumah sakit.

7.9 Pengelolaan Limbah Medis, Non-medis, dan barang atau Limbah B3

Pengelolaan limbah medis, non-medis, dan limbah beracun di Instalasi Gawat Darurat dilakukan dengan bekerja sama dengan pihak sanitasi yang tugas dilapangan bekerja sama dengan *cleaning service*.

1) Linen

Kebersihan linen di IGD dilakukan menurut standar yang telah ditetapkan oleh PPI RS yaitu, dilakukan penggantian 3 hari sekali bila tidak dipakai, dilakukan penggantian setiap hari bila dipakai namun tidak terkena cairan tubuh pasien atau kotoran non-medis lain, dilakukan penggantian insidental bila telah terkena cairan tubuh pasien. Proses pencucian dan pendistribusian linen dilakukan dengan bekerja sama dengan pihak laundry rumah sakit.

2) Limbah non-infeksius, infeksius, dan beracun

Proses pembuangan sampah dilakukan oleh pihak *cleaning service* yang berada di bawah struktural rumah sakit. Pembuangan sampah dipisah berdasarkan kriteria infeksius dengan warna kuning, non-infeksius dengan warna hitam, dan beracun dengan warna merah. Distribusi limbah non infeksius akan dibuang bersamaan dengan limbah rumah tangga rumah sakit. Pembuangan limbah infeksius dan beracun akan di tampung di ruangan pembuangan limbah infeksius yang dikelola pihak sanitasi rumah sakit yang pada akhirnya akan dimusnahkan dengan insenerator

3) Bahan B3 dan bila terjadi tumpahan

Bahan B3 yang terdapat di IGD adalah alkohol 70% yang termasuk dalam kategori mudah terbakar, dan *Chlorhexidin gluconat 2 – 4%* yang termasuk kategori beracun bagi lingkungan. Limbah *Chlorhexidin gluconat* yang merupakan desinfektan untuk proses cuci tangan akan dikelola melalui IPAL dan alkohol ditempatkan di ruangna yang bersuhu stabil, jauh dari sumber api.

7.10 Utilitas

Utilitas dasar dari rumah sakit terbagi dalam 2 kategori dasar yaitu listrik dan air. Bila terdapat gangguan dalam suplai air yang di salurkan oleh PDAM dan listrik yang disalurkan oleh PLN, RS Mata Undaan memiliki cadangan yang dapat digunakan dalam jangka waktu tertentu untuk menunjang kelancaran operasional layanan hingga normalnya pasokan air dan listrik.

RS Mata Undaan memiliki tandon air berkapasitas 2000 liter yang digunakan bila terdapat gangguan pada suplai air PDAM.

Bila terjadi gangguan pada suplai listrik, pihak RS memiliki genset yang adapat menunjang kelancaran pelayanan dan khususnya di IGD ditunjang dengan adanya UPS untuk proses *local back-up* di IGD.

BAB VIII UPAYA PENINGKATAN MUTU

Mutu pelayanan RS Mata Undaan adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat sebagai konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan RS dan masyarakat sebagai konsumen.

Adapun upaya peningkatan mutu pelayanan IGD adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif, menyangkut input, proses, dan output secara objektif, sistemik, dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, dan memecahkan masalah – masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di IGD berdaya guna dan berhasil guna.

Tujuan peningkatan mutu yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan melalui upaya peningkatan mutu pelayanan secara efektif dan efisien agar tercapai derajat kesehatan yang optimal. Adapun tercapainya peningkatan mutu pelayanan IGD, meliputi optimalisasi tenaga dan prasarana, pemberian pelayanan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh dan terpadu sesuai kebutuhan pasien, pemanfaatan teknologi tepat guna hasil penelitian, dan pengembangan pelayanan IGD.

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu di pelayanan IGD, terdapat **aspek yang ditingkatkan** meliputi :

1. Keprofesian
2. Efisiensi
3. Keamanan pasien
4. Kepuasan pasien
5. Sarana dan lingkungan fisik

Indikator : ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Adapun indikator yang ada di IGD, meliputi :

1. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan dilakukan oleh petugas yang kompeten
2. Emergency respon time (waktu tanggap pelayanan gawat darurat) ≤ 5 menit

BAB IX PENUTUP

Demikianlah buku Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RS Mata Undaan Surabaya ini disusun. Kami mengajak kepada semua pihak yang bekerja di RS Mata Undaan Surabaya untuk dapat bersama – sama mengembangkan dan membangun sistem pelayanan di Instalasi Gawat Darurat. Seluruh tenaga baik medis dan non-medis yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RS Mata Undaan hendaknya selalu mengikuti standar operasional yang telah ditetapkan dan selalu memelihara iklim kerja yang kondusif demi keberlangsungan pelayanan yang baik, berintegritas, dan memuaskan.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Maret 2019
Direktur,


dr. Sudjarno, Sp.M (K)