

LAPORAN AUDIT

Surabaya, 13 Januari 2019

Lampiran :-

Perihal : Laporan Hasil Audit Manajemen

Kepada,

Yth, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji

Di Surabaya

Saya telah melakukan audit atas manajemen pelayanan terhadap pasien pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Audit ini mencakup pelayanan kegawat daruratan terhadap pasien yang dilakukan oleh Instalasi Gawat Darurat. Audit tersebut dimaksudkan untuk menilai efisiensi dan efektivitas dari kegiatan pelayanan kesehatan terhadap pasien dan memberikan saran perbaikan atas kelemahan yang ditemukan selama audit, sehingga diharapkan di masa yang akan datang dapat dicapai perbaikan atas kekurangan tersebut dan perusahaan dapat beroperasi dengan lebih efisien dan efektif dalam mencapai tujuannya.

Hasil audit yang disajikan dalam bentuk laporan audit yang meliputi:

Bab I : Informasi Latar Belakang

Bab II : Kesimpulan Audit yang Didukung dengan Temuan Audit

Bab III : Rekomendasi

Bab IV : Ruang Lingkup Audit

Dalam melaksanakan audit, saya telah memperoleh banyak bantuan, dukungan, dan kerja sama dari berbagai pihak baik jajaran direksi maupun staf yang berhubungan dengan pelaksanaan audit ini. Untuk itu saya mengucapkan terima kasih atas kerja sama yang telah terjalin dengan baik ini

BAB I

INFORMASI LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya merupakan pelayanan kesehatan yang terletak di jalan Manyar Kertoadi Surabaya. RSU Haji Surabaya didirikan pada tanggal 17 April 1993 dan merupakan RS Pemerintah Propinsi Jawa Timur. RSU Haji merupakan RSU Tipe B Pendidikan sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan 30 Oktober 2008 dan berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur tanggal 30 Desember 2008 Rumah sakit Umum Haji Surabaya ditetapkan sebagai rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

RSU Haji Surabaya melayani semua lapisan masyarakat umum dengan motto "Menebar Salam dan Senyum dalam Pelayanan". Berbagai kasus pasien yang datang memerlukan penanganan lebih banyak memilih Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagai salah satu pelayanan terdepan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang ditawarkan IGD tersedia selama 24 jam penuh membuat operasional dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan.

Tujuan IGD RSU Haji Surabaya adalah untuk memberikan jasa pelayanan kesehatan yang optimal dengan mencegah kematian dan kecacatan pada penderita gawat darurat, menerima rujukan / merujuk penderita gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai, melakukan pertolongan korban musibah massal dan bencana yang terjadi, serta mengembangkan dan menyebarkan penanggulangan penderita gawat darurat melalui pendidikan dan menyelenggarakan berbagai kursus yang berhubungan dengan pengetahuan dan keterampilan bantuan hidup dasar (basic life support) maupun bantuan hidup lanjut (advanced life support).

Secara keseluruhan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD Haji Surabaya yaitu:

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1) Gawat Darurat | 11) Rehabilitasi Medik |
| 2) Rawat Jalan | 12) Transfusi Darah |
| 3) Rawat Inap | 13) Kerja Sama |
| 4) Bedah Sentral | 14) Pelayanan Sanitasi |
| 5) Persalinan | 15) Rekam Medik |
| 6) Intensif | 16) Administrasi Manajemen |
| 7) Radiologi | 17) Ambulans |
| 8) Laboratorium Patologi Klinik | 18) Pemulasaran Jenazah |
| 9) Farmasi | 19) Pelayanan Pemeliharaan Sarana |
| 10) Gizi | 20) Pelayanan Sterilisasi dan Pencucian |

Susunan direksi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya adalah sebagai berikut:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Direktur Utama | : Dr. drg. Sri Agustina Ariandani, M.Kes |
| Wadir Pelayanan Medik dan Keperawatan | : dr. Endang Prabawati, M.Kes |
| Wadir Penunjang Medik dan Diklit | : drg. Ansarul Fahrudha, M.Kes |
| Wadir Umum dan Keuangan | : Sugeng Harijanto, SKM., MPH |
| Kepala Instalasi Gawat Darurat | : dr. Ananda Haris, Sp.BS |

Sedangkan tujuan dilakukannya audit manajemen adalah untuk:

1. Menilai efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan terhadap pasien di IGD RSUD Haji Surabaya.
2. Memberikan saran perbaikan atas kelemahan yang ditemukan.

BAB II

KESIMPULAN AUDIT

Berdasarkan temuan (bukti) yang penulis peroleh selama penelitian, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

Kondisi:

1. Kematian pasien gawat darurat melebihi standar yang telah ditetapkan.
2. Prosedur *discharge planning* yang sudah ada belum terlaksana secara optimal.

Kriteria:

1. Kematian pasien gawat darurat ≤ 8 jam dengan standar ≤ 0.002 (dua permil) periode analisa selama tiga bulan (Juli-September 2018)
2. *Discharge planning* dilaksanakan secara optimal demi mempersiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya.

Penyebab:

1. Pasien yang datang dengan kondisi kegawatdaruratan yang berbeda-beda, ditambah terdapat kondisi triase yang belum berjalan sesuai dengan prosedur menyulitkan pemberian prioritas penanganan pasien.
2. Penerapan *discharge planning* dipengaruhi situasi IGD, tergantung dari ramai tidaknya pasien. Pelatihan terhadap tanggung jawab dokter kepada penyembuhan pasien juga tidak ada.

Akibat:

1. Kematian pasien diatas standart yaitu 0.003 selama bulan Juli-September 2018.
2. Dokter hanya berfokus kepada pemenuhan penanganan gawat darurat dan pendokumentasian *discharge planning* menjadi kurang lengkap.

DAFTAR RINGKASAN TEMUAN AUDIT

No.	Kondisi	Kriteria	Penyebab	Akibat
1.	Kematian pasien gawat darurat melebihi standar yang telah ditetapkan	Kematian pasien gawat darurat \leq 8 jam dengan standar \leq 0.002 (dua permil) periode analisa selama tiga bulan (Juli-September 2018)	Pasien yang datang dengan kondisi kegawatdaruratan yang berbeda-beda, ditambah terdapat kondisi triase yang belum berjalan sesuai dengan prosedur menyulitkan pemberian prioritas penanganan pasien	Kematian pasien diatas standart yaitu 0.003 selama bulan Juli-September 2018.
2.	Prosedur <i>discharge planning</i> yang sudah ada belum terlaksana secara optimal	<i>Discharge planning</i> dilaksanakan secara optimal demi mempersiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya	Penerapan <i>discharge planning</i> dipengaruhi situasi IGD, tergantung dari ramai tidaknya pasien. Pelatihan terhadap tanggung jawab dokter kepada penyembuhan pasien juga tidak ada.	Dokter hanya berfokus kepada pemenuhan penanganan gawat darurat dan pendokumentasian <i>discharge planning</i> menjadi kurang lengkap.

BAB III

REKOMENDASI

Hasil audit yang dilakukan menemukan kelemahan yang harus menjadi perhatian manajemen di masa yang akan datang, yaitu:

1. Kelemahan yang terjadi pada sistem triase selama periode analisis belum berjalan.
2. Kelemahan yang terjadi pada sistem dan prosedur *discharge planning* yang belum optimal di IGD.
- 3.

Atas kelemahan yang terjadi, maka diberikan rekomendasi sebagai langkah perbaikan yang bisa diambil manajemen untuk memperbaiki kelemahan tersebut.

Rekomendasi:

1. Diperlukan pengkajian ulang prosedur triase yang sudah ada oleh Kepala IGD melalui evaluasi secara menyeluruh, serta disesuaikan dengan pelayanan yang diharapkan. Melakukan pendampingan, pembinaan dan sosialisasi kepada seluruh dokter maupun perawat yang beraga di IGD agar dapat terus konsisten dan meningkatkan kepatuhan terhadap prosedur.
2. IGD harus menerapkan *discharge planning* secara terstruktur dan terintegrasi. Kepala IGD melalui Bidang Keperawatan dapat mengusulkan format *discharge planning* yang dibuat secara terstruktur dan terintegrasi kepada setiap unit yang melaksanakan di rumah sakit sehingga tidak berjalan sendiri-sendiri, hal ini bertujuan untuk mengkomunikasikan data pasien ke semua anggota tim kesehatan sehingga tidak terjadi data yang tumpang tindih, berulang, dan meminimalisir kesenjangan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pelatihan juga perlu dilaksanakan tentang pentingnya *discharge planning* bagi pasien maupun bagi rumah sakit kepada dokter dan perawat. Pengimplementasian secara intensif dimulai dari penetapan rencana, implementasi, evaluasi dan rencana tindak lanjut,

dengan begitu pendokumentasian *discharge planning* dibuat secara penuh sebagai bukti evaluasi hasil implementasi asuhan keperawatan.

BAB IV

RUANG LINGKUP AUDIT

Audit yang dilakukan pada IGD RSUD Haji Surabaya hanya meliputi pelayanan kesehatan kegawatdaruratan terhadap pasien dengan periode audit tahun 2018. Audit ini mencakup penilaian efisiensi dan efektivitas dari kegiatan dan aktivitas yang dilakukan untuk mencapai tujuan yang maksimal.

Objek Perusahaan: Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
Program yang diaudit: Audit Manajemen Pelayanan Kesehatan Instalasi Gawat Darurat

No.	Daftar Pertanyaan	Jawaban		Komentar
		Ya	Tidak	
1.	Apakah IGD memiliki kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa?	✓		Semua petugas IGD mampu menangani semua pasien sesuai jenis kegawat daruratannya
2.	Apakah pelayanan gawat darurat selalu siap 24 jam?	✓		Pelayanan IGD selalu siap 24 jam tidak pernah tutup meskipun hari libur.
3.	Apakah pemberi pelayanan sudah memiliki sertifikat pelatihan dalam menangani pasien? (BLS/PPGD/GELS/ALS)	✓		Sudah memiliki sertifikat pelatihan, sertifikat diserahkan ke secretariat IGD
4.	Apakah IGD memiliki tim penganggulangan bencana dalam menangani bencana yang bisa terjadi sewaktu-waktu?	✓		Sudah ada tim bencana dari rumah sakit yang ditempatkan di IGD untuk menanggulangi korban bencana
5.	Apakah dokter sudah memenuhi waktu tanggap pelayanan di gawat darurat < 5 menit?	✓		Waktu tanggap sudah sesuai dengan prosedur untuk menangani kegawat daruratan dengan cepat
6.	Apakah pelayanan IGD sudah memenuhi kepuasan pelanggan?	✓		Melaksanakan pelayanan sesuai dengan hasil survey yang telah dilaksanakan
7.	Apakah seluruh pasien sudah tertangani dengan baik sehingga dapat meminimalkan kematian pasien kurang dari 24 jam?		✓	Kondisi pasien yang datang mempengaruhi penyembuhan yang dilaksanakan
8.	Apakah pasien yang telah meninggal masih mendapatkan perawatan khusus?	✓		Pasien meninggal diurus ke bagian pemulasaran jenazah sesuai dengan prosedur.

9.	Apakah IGD sudah tidak mengharuskan pasien membayar uang muka terlebih dahulu?	✓		Sama sekali tidak ada pembayaran uang muka, penanganan lebih cepat
10.	Apakah triase sudah terlaksana secara optimal?	✓		Triase baru berjalan sejak pelantikan structural IGD baru.
11.	Apakah setiap pasien yang akan dirujuk sudah memuat data yang lengkap?	✓		Data identitas dan analisis pasien yang akan dirujuk sudah lengkap, demi penanganan pasien yang berkelanjutan
12.	Apakah setiap pasien yang akan dipindahkan tempat sudah harus sesuai pengawasan dokter?	✓		Pasien yang akan dipindahkan ke unit lain sudah sesuai advis konsultasi DPJP (dokter penanggung jawab pasien) demi keamanan pasien
13.	Apakah terdapat ketua tim jaga yang mengkoordinir dan mempersiapkan tim setiap kali shift jaga?	✓		IGD yang buka 24 jam dibagi menjadi 3 shift dengan satu tim setiap shiftnya. Setiap tim dipimpin oleh ketua untuk mengatur tim
14.	Apakah dokter sudah memberikan petunjuk pasien pulang (<i>Discharge planning</i>)?		✓	Kadang-kadang dokter belum memberi petunjuk untuk kontrol ke poli
15.	Apakah karyawan IGD tidak ada yang menganggur saat jam kerja?	✓		Semua bekerja secara optimal sesuai tupoksi, meskipun tidak ada pasien sekalipun.

Diaudit oleh:	Jawaban		Catatan:	Di-review oleh:
	YA	TIDAK		
(.....)				(.....)
Tgl.....				Tgl.....



TATA LAKSANA PASIEN MENINGGAL

	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	IV / 2 / 3 / 0026 / 07	01	1/3
Prosedur Tetap	Tanggal Terbit 09 Oktober 2009	Ditetapkan, Direktur RSUD Haji Surabaya dr. Sukanto, SpOG	
Pengertian	Pasien meninggal adalah pasien yang dirawat di IGD setelah melalui proses perawatan dan pengobatan di IGD dinyatakan meninggal oleh Dokter Jaga IGD/Dokter Spesialis Konsulen.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Agar pasien yang meninggal bisa mendapatkan pelayanan yang baik2. Agar penanganan jenazah pasien penyakit menular tidak menambah resiko penularan penyakit kepada perawat dan keluarga pasien.		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none">1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit;2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/1993 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);3. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik;4. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur;5. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Dokter Jaga IGD menyatakan pasien meninggal dan segera memberitahu serta menjelaskan kepada keluarga pasien. Pernyataan meninggal ditulis di dokumen medik.2. Dokter jaga segera mengisi dan menandatangani surat keterangan pemeriksaan kematian (Form A & M) masing-masing rangkap dua, yang satu diserahkan ke keluarga pasien, yang satunya lagi direkatkan ke		

dokumen medik pasien.

3. Tatacara pemulasaraan jenazah pasien penyakit menular :


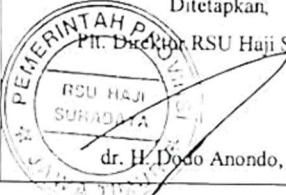
a. Bahan/alat yang harus dipersiapkan :

1. Sarung tangan untuk semua petugas yang akan menangani jenazah.
2. Scort plastic, masker, pelindung mata
3. Kain bersih penutup jenazah
4. Klem dan gunting
5. Plester kedap air
6. Kapas atau kasa absorben
7. Pembalut
8. Tempat sampah medis dengan label “ bahan infeksius “

b. Prosedur :

1. Mencuci tangan sebelum mengenakan sarung tangan
2. Memakai sarung tangan untuk semua petugas dan keluarga yang akan menangani
3. Memakai scort plastic
4. Bila ada kemungkinan terjadi percikan kenakan masker dan pelindung mata.
5. Lepaskan selang infus ditutup dengan plester kedap air
6. Lepaskan pakaian kotor dan tempatkan dalam wadah linen kotor.
7. Lepaskan pembalut luka dan taruh dalam tempat sampah medis bersama dengan benda terkontaminasi lain.
8. Taruh kasa pembalut absorben di daerah perineum, rekatkan dengan plester.
9. Letakkan jenazah dalam posisi terlentang dengan tangan disisi atau terlipat di dada.
10. Taruh handuk kecil dibawah kepala untuk menampung rembesan darah.
11. Tutup kelopak mata secara perlahan-lahan atau tutupi dengan kapas lembab, tutupi telinga dan mulut dengan kapas dan kasa.
12. Bersihkan jenazah kemudian tutupi dengan kain bersih.
13. Pasang label pengenal pada pergelangan kaki atau ibu jari kaki jenazah.
14. Perawat/Bidan memberitahu petugas kamar jenazah melalui telepon bahwa ada pasien meninggal dan jenazah bisa dipindahkan setelah dua (2) jam.

	<p>15. Perawat/Bidan memberitahu keluarga untuk menyelesaikan pembayaran.</p> <p>16. Cuci Tangan setelah melepas sarung tangan</p> <p>4. Tata cara pemulasaraan pasien tidak menular :</p> <p>4.1 Petugas yang akan menangani jenazah harus memakai sarung tangan.</p> <p>4.2 Melepas infuse dan alat medik lain, buang dalam tempat sampah medis.</p> <p>4.3 Letakkan jenazah dalam posisi terlentang dengan tangan disisi atau di dada.</p> <p>4.4 Tutupi mata dengan kapas lembab, tutupi telinga dan mulut dengan kapas dan kasa.</p> <p>4.5 Bersihkan jenazah dan tutupi dengan kain bersih.</p> <p>4.6 Perawat menawarkan kepada keluarga pasien, jenazah akan dimandikan dirumah atau di rumah sakit. Bila memilih di rumah sakit maka perawat/bidan memberitahu petugas kamar jenazah dan bisa dipindahkan setelah dua jam. Bila memilih dirumah maka jenazah diperbolehkan dibawa pulang setelah dua jam.</p> <p>4.7 Perawat/Bidan memberitahu keluarga pasien untuk menyelesaikan pembayaran.</p> <p>5. Petugas :</p> <p>5.1 Dokter Jaga IGD</p> <p>5.2 Perawat / Bidan</p> <p>5.3 PRS</p>
<p>Referensi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pedoman pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan kesehatan Depkes RI, Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan 2003 - Universal precaution dan Dampak Medikolegal pada pemulasaraan jenazah HIV & AIDS, dr. Edy Suyanto, SpF, SH.
<p>Unit Terkait</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Pemulasaraan Jenazah

	TATA LAKSANA TRIASE		
	No. Dokumen IV / 5 / 1 / 0005 / 07 **	No. Revisi 04	Halaman 1/2
Prosedur Tetap	Tanggal Terbit 03 Maret 2011	Ditetapkan,  dr. H. Dodo Anondo, MPH	
Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyeleksi semua penderita yang datang ke IGD untuk mengetahui dalam keadaan gawat darurat. 2. Hasil seleksi penderita dikategorikan dalam 5 (lima) kelompok yang ditandai dengan label warna : <ol style="list-style-type: none"> a. Label Biru : kondisi gawat darurat mengancam jiwa b. Label Merah : kondisi gawat darurat berat c. Label Kuning : kondisi gawat darurat ringan d. Label Hijau : kondisi gawat darurat semu e. Label Hitam : kondisi datang sudah meninggal 		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya kecacatan dan kematian 2. Melakukan rujukan 3. Menanggulangi korban bencana 		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit; 2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/1993 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws); 3. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik; 4. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur; 5. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur 		

<p>Prosedur</p>	<p>1. Prosedur pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas IGD menerima pasien. Sebelum melakukan triase, petugas memberi salam dan memperkenalkan diri kepada penderita/keuanganya. b. Petugas melakukan triase untuk menentukan pasien sesuai dengan kategori kegawatdaruratannya. Pelaksanaan triase harus sudah dilaksanakan dalam jangka waktu 5 (lima) menit setelah pasien datang. Pasien dengan label merah atau biru langsung dimasukkan ke ruang resusitasi untuk segera dilakukan pertolongan. b. Pasien dengan label kuning, akan dibawa ke ruang tindakan bedah jika merupakan kasus bedah. Sedangkan pasien label kuning dengan kasus medik di masukkan ke ruangan medik dan untuk kasus kebidanan dan kandungan dimasukkan ke VK IGD. Pasien dengan label kuning merupakan prioritas kedua setelah pasien label merah atau biru c. Pasien dengan label hijau diberi penjelasan bahwa keadaannya tidak gawat dan tidak darurat dan akan dirawat setelah petugas menolong pasien yang lebih gawat (Label biru, merah atau kuning) d. Pasien dengan label hitam yang dinyatakan telah meninggal dunia oleh dokter dibawa ke ruang jenazah. e. Petugas : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Jaga IGD 2. Perawat/Bidan IGD <p>2. Kriteria pasien IGD (Lihat lampiran)</p>
<p>Referensi</p>	
<p>Unit Terkait</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komite Medik 2. Komite Keperawatan 3. Staf Medik Fungsional



RUJUKAN

	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	IV / 5 / 2 / 0018 / 07	03	1/2
Prosedur Tetap	Tanggal Terbit 09 Oktober 2009	Ditetapkan, Direktur RSU Haji Surabaya dr. M. M. M. M. M., SpOG	
Pengertian	Rujukan adalah pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan diagnostik dan atau terapi, atau pasien yang dikirim untuk alih rawat Rujukan bisa juga berupa spesimen		
Tujuan	Agar pasien mendapatkan pelayanan yang optimal		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none">Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit;Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/1993 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik;Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur;Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">Pasien yang dirujuk<ol style="list-style-type: none">Keadaan dimana sarana dan prasarana (alat, tenaga dan ruangan) tidak mendukung → mis : ICU/Ruangan penuhAtas permintaan keluarga pasienPenatalaksanaan :<ol style="list-style-type: none">Dokter membuat surat rujukan yang berisi tentang data pasien, tindakan/terapi yang telah diberikan serta hasil pemeriksaan penunjang yang telah ada.Penderita dikirim dengan ambulans dan didampingi oleh perawat yang		

	<p>terlatih.</p> <p>2.3 Sebelum dirujuk petugas memberitahukan terlebih dahulu kepada rumah sakit tujuan melalui radiomedik atau telepon tentang kondisi pasien dan pengobatan yang telah dilakukan serta ada tidaknya ruangan.</p> <p>2.4 Apabila rumah sakit yang dituju menolak / ruangan penuh maka petugas merujuk ke rumah sakit lain atas persetujuan pasien/keluarga.</p> <p>2.5 Petugas : Dokter Jaga IGD, Perawat/Bidan IGD</p>
Referensi	
Unit Terkait	1. Instalasi Gawat Darurat



TATA LAKSANA TRANSPORTASI PASIEN IGD

No. Dokumen
IV / 5 / 2 / 0003 / 07

No. Revisi
02

Halaman
1 / 2

Prosedur Tetap

Tanggal Terbit
30 Juli 2009



Pengertian

Transportasi adalah suatu usaha untuk memindahkan pasien dari suatu tempat ke tempat lain, misalnya dari IGD ke Ruang OK dan ICU atau dari IGD ke Rumah Sakit lain

Tujuan

Memindahkan penderita ketempat yang lebih optimal dengan aman tanpa memperberat keadaan penderita



Kebijakan

- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit;
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/1993 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik;
- Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur;
- Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur.

Prosedur


1. Pasien yang akan ditransportasi harus stabil dari segi jalan napas (airway), pernapasan (breathing) dan sirkulasi (circulation), luka sudah dirawat, patah tulang sudah di immobilisasi
2. Pengecekan oleh dokter jaga dan ditulis di lembar observasi khusus oleh perawat/bidan
3. Selama perjalanan harus dimonitor tensi, nadi, pernapasan, kesadaran, keadaan tubuhnya (hipotermi dll)
4. Jika ada gangguan selama perjalanan harus segera diatasi sesuai dengan prosedur yang berlaku
5. Setelah sampai ditempat tujuan segera dilakukan pengecekan ulang tensi.

	<p>nadi respirasi, kesadaran, terapi/tindakan yang telah diberikan selama perjalanan dan ditulis dilembar observasi khusus, kemudian serah terima dengan petugas ditempat tersebut dan ditandatangani dilembar observasi khusus (petugas yang mengantar dan petugas yang menerima).</p> <p>6. Alat-alat yang mungkin masih dipakai oleh pasien dicatat dilembar observasi khusus dan jika sudah selesai segera dikembalikan.</p> <p>7. Sarana transportasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Alat/kendaraan pengangkut (kursi roda, brankar/transfer stretcher, ambulance) b. Obat/alat emergency <p>8. Petugas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter - Perawat/Bidan - PRS sebagai pembantu <p>Petugas harus terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 perawat/bidan - 1 dokter, 1 perawat dan 1 PRS (dalam keadaan tertentu)
Referensi	-
Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> - Instalasi Rawat Inap Shofa & Marwah - Instalasi Rawat Intensif - Instalasi Bedah Sentral - Instalasi Gawat Darurat

	KETUA TIM JAGA IGD		
	No. Dokumen IV/2/2/0004/07	No. Revisi 02	Halaman 1/2
Prosedur Tetap	Tanggal Terbit 30 Juli 2009		
Pengertian	Ketua Tim Jaga IGD adalah dokter jaga IGD yang bertugas pada setiap shift jaga		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinir semua tugas yang harus dilaksanakan oleh tim jaga 2. Melancarkan pelayanan pasien IGD 		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit; 2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/1993 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws); 3. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik; 4. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur; 5. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur. 		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketua tim jaga melakukan tugasnya pada setiap kali shift jaga untuk mengkoordinir tentang kelengkapan pencatatan laporan, kelengkapan informed consent, memonitor kebersihan ruangan dan alat-alat kesehatan, penanganan pasien dan laporan medik setiap malam dan hari libur 2. Definisi Operasional : <ol style="list-style-type: none"> a. Pencatatan laporan lengkap adalah jika format terisi semua b. Alat kesehatan bersih adalah jika alat-alat tersebut bebas dari kotoran dan siap pakai c. Ruangan bersih jika ada tempat sampah, kotoran tidak berserakan, 		



PETUNJUK PASIEN PULANG (DISCHARGE PLANNING)

	No. Dokumen V / 2 / 4 / 0022 / 09	No. Revisi 00	Halaman 1 / 2
Prosedur Tetap	Tanggal Terbit 13 Juli 2009	Ditetapkan, Direktur RSU Haji Surabaya  dr. Sukanto, SpOG	
Pengertian	Suatu proses persiapan dan koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan sebelum dan sesudah pulang		
Tujuan	Umum : Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit Khusus : <ol style="list-style-type: none">1. Meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien.2. Meningkatkan tanggung jawab perawat terhadap pelayanan pasien.3. Meningkatkan profesionalisme pelayanan keperawatan.		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none">1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit;2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/1993 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);3. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik;4. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur;5. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Pada pasien yang direncanakan pulang harus dibuatkan rencana pasien pulang oleh katim dengan mempergunakan format baku petunjuk pasien pulang (discharge planning).2. Pasien / keluarga pasien diberi pengarahan / motivasi oleh perawat (katim atau PJ) tentang rencana perawatan selanjutnya / di rumah, mengenai: diet aktivitas yang diperbolehkan, obat-obatan yang diminum atau yang dihentikan dan		

	<p>istirahat yang diperlukan dll.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kartu kontrol, hasil foto Rontgen, USG, CT-Scan, Laboratorium, Hasil PA dan obat pasien dibawaikan pada saat pasien pulang. 4. Setelah pasien / keluarga mendapat penjelasan petunjuk pasien pulang, selanjutnya pasien / keluarga diminta tanda tangan sebagai bukti sudah mendapat penjelasan.
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sitorus R. (2006), Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit. 2. Nursalam (2007), Manajemen Keperawatan.
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Rawat Inap Sofa dan Marwah 2. Ruang Rawat Inap Paviliun 3. IGD 4. ICU 5. IBS 6. Rawat Jalan

**DATA KEMATIAN DI IGD
RSU HAJI SURABAYA – TAHUN 2018
BL. JAN – NOV' 2018, ≤ 8 JAM**

NO.	BULAN	JUMLAH KUNJUNGAN	JUMLAH PX MENINGGAL	PROSENTASE (%)
1	Januari	2.882	6	0,002
2	Februari	2.761	6	0,002
3	Maret	3.200	5	0,002
4	April	2.878	8	0,003
5	Mei	2.555	4	0,002
6	Juni	2.563	3	0,001
7	Juli	2.553	6	0,002
8	Agustus	2.721	10	0,004
9	September	2.584	7	0,003
10	Oktober	2.587	10	0,004
11	November	2.594	8	0,003

**DATA KEMATIAN DI IGD
RSU HAJI SURABAYA – TAHUN 2018
BL. JAN – NOV' 2018, ≤ 8 JAM**

