

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RSUD BIAK

Dokumen kerja / draft untuk penyesuaian dan pengesahan internal

1. IDENTITAS DOKUMEN

Nama Dokumen	SOP Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)
Unit Kerja	Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Biak
Nomor Dokumen	[Diisi RSUD Biak]
Nomor Revisi	[Diisi]
Tanggal Terbit	[Diisi]
Halaman	[Diisi]
Disusun oleh	Kepala Instalasi IGD / Tim Mutu
Disahkan oleh	Direktur RSUD Biak

2. PENGERTIAN

Pelayanan IGD adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dengan kondisi gawat darurat untuk mencegah kematian dan/atau kecacatan melalui triase, pemeriksaan, tindakan penyelamatan nyawa, stabilisasi, observasi, konsultasi, serta penentuan tindak lanjut sesuai kemampuan rumah sakit.

3. TUJUAN

- 1) Menjamin pasien gawat darurat memperoleh penanganan cepat, tepat, aman, bermutu, dan berkesinambungan.
- 2) Menetapkan alur pelayanan IGD yang seragam bagi seluruh petugas.
- 3) Menjamin pelaksanaan triase dan prioritas penanganan berdasarkan tingkat kegawatan.
- 4) Mendukung keselamatan pasien, pencegahan kecacatan, dokumentasi medis, dan koordinasi rujukan.

4. KEBIJAKAN / DASAR HUKUM

- 1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.
- 2) Ketentuan peraturan perundang-undangan tentang penyelenggaraan rumah sakit, keselamatan pasien, rekam medis, dan sistem rujukan yang berlaku.
- 3) Kebijakan, pedoman pelayanan, dan keputusan Direktur RSUD Biak yang berlaku.

Catatan: nomor/judul regulasi internal RSUD Biak dan regulasi nasional terbaru perlu diverifikasi sebelum SOP ditetapkan sebagai dokumen resmi.

5. RUANG LINGKUP

Berlaku bagi seluruh petugas yang terlibat dalam pelayanan IGD, meliputi penerimaan pasien, triase, asesmen awal, resusitasi/tindakan kegawatdaruratan, pemeriksaan penunjang, konsultasi, observasi, penetapan disposisi, rujukan, transfer pasien, dokumentasi, dan serah terima.

6. PETUGAS TERKAIT

Dokter IGD/dokter jaga, perawat/bidan sesuai kompetensi dan kewenangan, petugas pendaftaran, petugas rekam medis, petugas laboratorium/radiologi, farmasi, ambulans/transportasi pasien, petugas keamanan, serta dokter spesialis/konsulen terkait.

7. SARANA DAN DOKUMEN

Area triase dan tindakan, bed IGD, monitor pasien, oksigen dan alat jalan napas, alat resusitasi, defibrilator/AED sesuai ketersediaan, obat emergensi, alat imobilisasi, APD, alat komunikasi, rekam medis/REKAM MEDIS ELEKTRONIK, formulir triase, formulir transfer/rujukan, dan daftar nomor kontak layanan terkait.

8. PROSEDUR PELAYANAN

A. Kedatangan pasien

- 1) Pasien datang melalui ambulans, kendaraan pribadi, rujukan fasilitas kesehatan, atau akses langsung.
- 2) Petugas melakukan identifikasi awal dan mengarahkan pasien ke area triase.
- 3) Bila pasien tampak tidak stabil atau memerlukan tindakan segera, pasien langsung dibawa ke area resusitasi/tindakan tanpa menunda pertolongan karena proses administrasi.

B. Triase

- 1) Triase dilakukan terhadap setiap pasien yang datang ke IGD.
- 2) Petugas menilai kondisi umum, jalan napas, pernapasan, sirkulasi, tingkat kesadaran, tanda vital, keluhan utama, mekanisme kejadian, serta faktor risiko.
- 3) Pasien dikategorikan berdasarkan tingkat kegawatan dan prioritas pelayanan sesuai sistem triase yang ditetapkan RSUD Biak.
- 4) Pasien dengan kondisi mengancam nyawa memperoleh prioritas tertinggi.
- 5) Hasil triase dicatat dalam rekam medis.

C. Asesmen dan tindakan awal

- 1) Dokter/perawat melakukan asesmen awal sesuai kondisi pasien.
- 2) Terapkan prinsip primary survey dan tindakan life-saving sesuai kompetensi/protokol klinis.
- 3) Berikan oksigen, akses vaskular, cairan, obat, kontrol perdarahan, imobilisasi, resusitasi, atau tindakan lain sesuai indikasi klinis.
- 4) Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai indikasi dan tidak boleh menunda tindakan penyelamatan nyawa pada kondisi kritis.

D. Konsultasi

- 1) Dokter IGD menghubungi dokter spesialis/konsulen sesuai kebutuhan klinis.
- 2) Konsultasi dilakukan melalui mekanisme komunikasi resmi rumah sakit.
- 3) Instruksi klinis dan hasil konsultasi didokumentasikan.

E. Observasi dan evaluasi ulang

- 1) Pasien yang memerlukan pemantauan ditempatkan di area observasi sesuai kondisi.
- 2) Tanda vital dan status klinis dipantau berkala sesuai tingkat kegawatan.
- 3) Dilakukan evaluasi ulang dan dokumentasi respons terhadap terapi.

F. Penentuan disposisi

Setelah stabilisasi dan evaluasi, pasien dapat: (a) dipulangkan dengan edukasi dan rencana tindak lanjut; (b) dirawat inap; (c) dipindahkan ke unit pelayanan lain; atau (d) dirujuk ke fasilitas yang lebih mampu bila kebutuhan pelayanan melebihi kemampuan RSUD Biak.

G. Rujukan/transfer

- 1) Dokter menetapkan indikasi rujukan/transfer.
- 2) Pasien distabilkan semaksimal mungkin sesuai kemampuan dan kondisi klinis.
- 3) Fasilitas penerima dihubungi dan dilakukan komunikasi klinis.
- 4) Dokumen rujukan/transfer dilengkapi.
- 5) Transportasi dan pendampingan disesuaikan dengan kondisi pasien.
- 6) Serah terima pasien dilakukan secara terstruktur dan didokumentasikan.

H. Administrasi dan dokumentasi

- 1) Administrasi dilakukan tanpa menghambat pertolongan pada kondisi gawat darurat.
- 2) Identitas pasien diverifikasi menggunakan minimal dua identitas bila memungkinkan.
- 3) Seluruh asesmen, triase, tindakan, obat, pemeriksaan, konsultasi, perkembangan, dan disposisi dicatat dalam rekam medis.
- 4) Kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien dilaporkan sesuai mekanisme RSUD Biak.

9. ALUR SINGKAT

Pasien datang → Identifikasi awal → Triase → Prioritas kegawatan → Resusitasi/asesmen awal bila diperlukan → Pemeriksaan & terapi → Konsultasi/observasi → Evaluasi ulang → Disposisi: pulang / rawat inap / transfer / rujuk → Serah terima & dokumentasi.

10. KESELAMATAN PASIEN DAN PENCEGAHAN INFEKSI

- 1) Terapkan identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, pencegahan infeksi, dan pencegahan risiko jatuh sesuai kebijakan RSUD Biak.
- 2) Gunakan APD sesuai risiko paparan.
- 3) Lakukan kebersihan tangan sesuai standar.
- 4) Pisahkan dan kelola limbah medis sesuai ketentuan.
- 5) Pastikan peralatan emergensi diperiksa, tersedia, dan siap digunakan.

11. INDIKATOR MUTU YANG DAPAT DIPANTAU

- 1) Kepatuhan pelaksanaan triase.
- 2) Waktu respons/pemeriksaan awal pasien gawat darurat.
- 3) Kelengkapan dokumentasi triase dan asesmen IGD.
- 4) Kepatuhan handover/serah terima pasien.
- 5) Waktu tunggu konsultasi/rujukan sesuai target internal.
- 6) Angka kejadian tidak diharapkan dan insiden keselamatan pasien terkait pelayanan IGD.
- 7) Kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan IGD.

12. TANGGUNG JAWAB

Kepala Instalasi IGD bertanggung jawab terhadap pelaksanaan SOP di unit. Dokter dan tenaga kesehatan bertanggung jawab memberikan pelayanan sesuai kompetensi, kewenangan, standar profesi, dan protokol klinis. Petugas administrasi mendukung kelancaran proses tanpa menghambat pelayanan kegawatdaruratan.

13. DOKUMEN TERKAIT

Formulir triase; asesmen awal IGD; rekam medis; lembar observasi; formulir konsultasi; formulir rujukan/transfer; checklist alat emergensi; daftar obat emergensi; formulir pelaporan insiden keselamatan pasien; dan dokumen mutu IGD lainnya.

14. CATATAN PENTING UNTUK PENERAPAN DI RSUD BIAK

SOP ini merupakan naskah dasar yang perlu disesuaikan dengan kelas/kemampuan pelayanan RSUD Biak, struktur organisasi, alur SIMRS/rekam medis elektronik, sistem triase yang digunakan, daftar dokter/konsulen, jejaring rujukan, ketersediaan ambulans, serta kebijakan Direktur RSUD Biak sebelum ditandatangani dan diberlakukan.

15. LEMBAR PENGESAHAN

Disusun oleh: _____
Jabatan: _____
Tanggal: _____

Diperiksa oleh: _____
Jabatan: _____
Tanggal: _____

Disahkan oleh: Direktur RSUD Biak
Nama: _____
NIP: _____
Tanggal: _____

Referensi utama: Permenkes RI No. 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.