



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT  
TERPADU DI UGD RSUDNAGAN RAYA TAHUN 2008**

**Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**OLEH :  
ZAHARI  
NPM : 0606154042**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PASCA SARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2008**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**Tesis dengan judul**

**ANALISIS SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT  
TERPADU DI UGD RSUD NAGAN RAYA  
TAHUN 2008**

**Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis  
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia**

Depok, 5 Desember 2008

**Pembimbing**

**(dr. Mieke Savitri, M.Kes)**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : ZAHARI

NPM : 0606154042

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Kekhusuan : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Angkatan : 2006

Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**Analisis Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Di UGD RSUD Nagan Raya Tahun 2008.**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 5 Desember 2008

( ZAHARI )

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Zahari  
TTL : Simpang, 02 Juli 1978  
Alamat Instansi : Puskesmas Simpang Jaya Kecamatan Kuala  
Kabupaten Nagan Raya

### Riwayat Pendidikan :

1. SD Sawah Tingkeum, lulus tahun 1990
2. SMP Seubadeh, lulus tahun 1993
3. SMA Negeri Bakongan, 1995
4. SPK Depkes RI Meulaboh lulus tahun 1998
5. Fakultas Kesehatan Masyarakat UNMUHA Banda Aceh, lulus tahun 2005

### Riwayat Pekerjaan :

1. Perawat Puskesmas Seubadeh (1998-2000)
2. Project Officer PHP Oxfam International (2005)
3. Assistans PHP Oxfam International (2006)
4. Staf Puskesmas Simpang Jaya Kab. Nagan Raya (2006- sekarang)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran ALLAH SWT atas rahmat dan karunia-Nya yang telah memberikan kekuatan, ketabahan, kesabaran dan kesehatan sehingga penulis dapat penyusunan Tesis dengan judul “ANALISIS SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU DI UGD RSUD NAGAN RAYA TAHUN 2008”.

Penulisan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penelitian dan penulisan tesis ini dapat diselesaikan atas dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setulus-tulusnya kepada:

1. dr. Mieke Savitri, M.Kes, selaku pembimbing yang sangat bijaksana telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan, sumbangan pikiran dan motivasi pada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
2. drg. Wahyu Sulistiadi, MARS yang telah memberikan bimbingan, sumbangan pikiran pada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
3. dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc, Ketua Departemen AKK dan staf yang telah memberikan kesempatan, pengarahan, bimbingan, dan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan
4. dr. H.Zafirul Luthfy RA, M.Kes selaku Direktur RSUD Nagan Raya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengadakan penelitian.
5. Para Dosen Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit yang telah memberikan ilmu manajemen rumah sakit yang sangat bermanfaat bagi penulis.

6. Seluruh Tim Penguji ujian tesis yang telah meluangkan waktu dan memberi masukan untuk perbaikan tesis ini.
7. Terima Kasih kepada BRR yang telah memberikan beasiswa kepada penulis sehingga bisa melanjutkan studi di FKM UI.
8. Terima kasih kepada PEMDA Kabupaten Nagan Raya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan studi di FKM UI.
9. Dari lubuk hati yang paling dalam dengan penuh rasa haru dan terima kasih atas do'a, pengorbanan, cinta, semangat dan pengertian istriku tercinta Hazratul Fitri, SKM serta anakku tersayang Safratul Ulyaa Zahari ku persembahkan seluruh kebanggaan ku pada kalian.
10. Sembah sujud ananda haturkan untuk kedua orang tua juga mamak dan ayah tuan yang dalam sisa perjalanan hidupnya senantiasa mendoakan ananda untuk teguh menghadapi berbagai masalah. Juga kepada Adek dan Abang mandum terima kasih atas segala dukungannya.
11. Rekan-rekan mahasiswa Aceh FKM – UI angkatan pertama dan kedua dan Semua pihak yang telah banyak membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tidak mungkin penulis sebutkan secara satu persatu

Hanya kepada Allah penulis panjatkan doa, semoga amal baik semua pihak mendapatkan pahala yang setimpal serta Ridha-Nya.

Akhirnya kata penulis mengucapkan, semoga tesis ini bermanfaat bagi penulis sendiri dan semua pihak, khususnya UGD RSUD Nagan Raya.....Amin.

Jakarta, 5 Desember 2008  
Penulis

ZAHARI

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**  
**Tesis, November 2008**

Zahari, NPM.0606154042

**Analisis Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya Tahun 2008**

xvii+ 96 halaman, 17 tabel, 6 lampiran.

**ABSTRAK**

Rumah sakit merupakan organisasi yang padat modal, padat karya dan padat sumber daya. Bagi rumah sakit yang tidak mempersiapkan diri dengan sarana dan prasarana serta sumber daya manusia yang mempunyai pendidikan dan ketrampilan yang optimal akan berpotensi menimbulkan kekecewaan bagi pasien dan keluarganya, dapat juga mengalami tuntutan hukum dan akan mengalami kerugian-kerugian finansial lainnya terutama jika bekerja tanpa berpedoman pada standar operasional prosedur yang ditetapkan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya dalam menerapkan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, Serta mengetahui keadaan sarana dan prasarana di unit gawat darurat, sumber daya manusia, standar dan kebijakan. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi. Analisis data dilakukan dengan melakukan komparasi dengan standar Departemen Kesehatan nomor 106 tahun 2004, berkaitan dengan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu.

Hasil penelitian menunjukkan Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya belum siap dengan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, dibuktikan dengan ruangan, peralatan medis, ambulan yang tidak sesuai standar serta masih banyak tenaga pelaksana di unit gawat darurat yang belum mengikuti pelatihan PPGD.

Setelah dilakukan analisis kesenjangan maka yang menjadi alasan ketidaksiapan adalah lebih kurang sosialisasi sistem penanggulangan gawat darurat terpadu masih rendah, serta terkendala pada anggaran.

Dari hasil penelitian disarankan untuk manajemen rumah sakit lebih memperhatikan unit gawat darurat dalam memenuhi standar yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dalam hal fasilitas dan peralatan medis, meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan dengan memberikan pelatihan-pelatihan tentang gawat darurat seperti PPGD, BLS dan pelatihan gawat darurat lainnya..

Untuk itu diharapkan kepada pihak manajemen di Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya serta kepala Unit Gawat Darurat untuk melakukan sosialisasi Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu kepada seluruh tenaga yang bertugas di unit gawat darurat serta meningkatkan komitmen tenaga di UGD dalam memberikan pelayanan yang bermutu terhadap pasien.

**Daftar bacaan : 37 (1996-2007)**



PUBLIC HEALTH FACULTY  
PROGRAM ADMINISTRATION of HOSPITAL STUDY  
Thesis, November 2008

Zahari, NPM.0606154042

Analysis of the Integrated System of Emergency Services in Intensive Care Unit in  
General Hospital Nagan Raya 2008.

xvii+ 96 Pages, 17 Tables, 6 Attachments

ABSTRACTS

Hospital is capital intense organization, a lots of activities, and resources. For hospital that unprepared self with structure, infrastructure and human resource that have education and optimal skill will generate disappointment for patient and its family and also cause of prosecution and financial losses other especially if work without at standard of procedure operational specified.

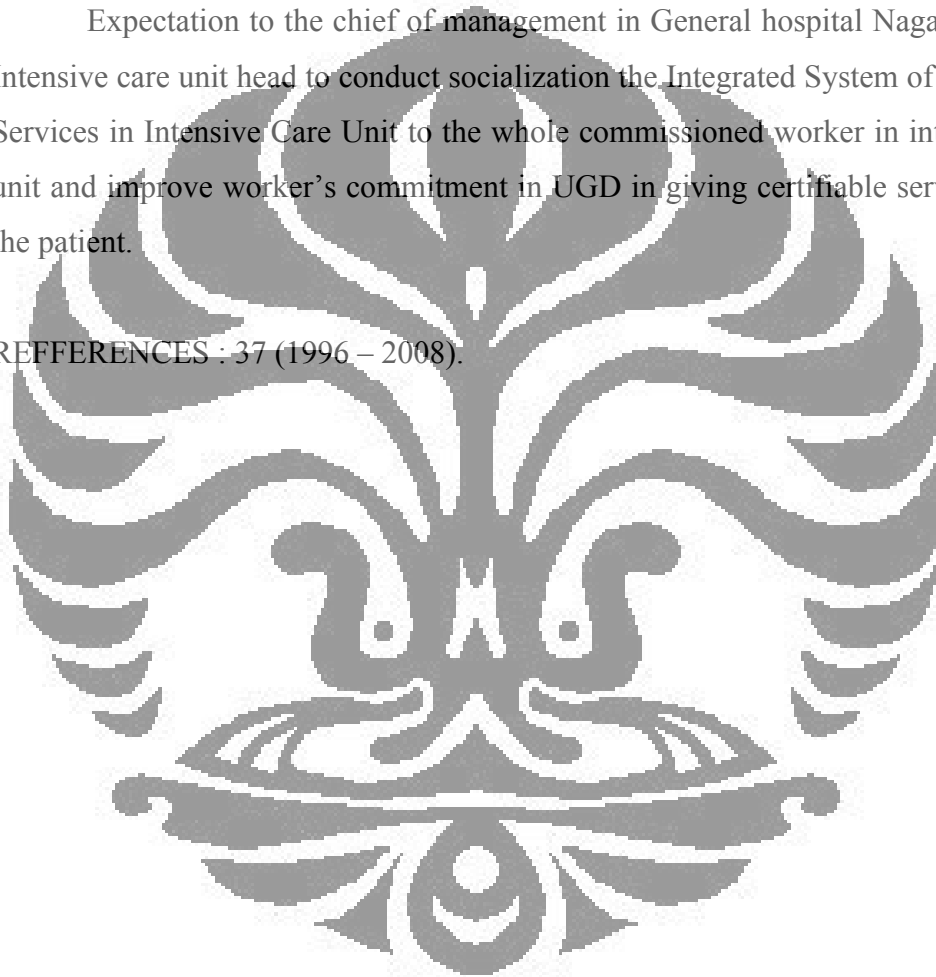
This Research intent to know the readiness of General Hospital Nagan Raya to applying the Integrated System of Emergency Services in Intensive Care Unit and know structure and infrastructure's situation in intensive care unit, human resource, standard and policy. Research Method is using qualitative by undertaking deep interview, document study and observation. Data Analysis is conducted by undertaking comparison with standard from Department of Public Health no.106, 2004, relate to system of integrated service emergency serious condition.

The Research Result shows General Hospital Nagan Raya not ready yet with the Integrated System of Emergency Services in Intensive Care Unit, proved by the room, medical equipments, inappropriate ambulance standard and many executors in intensive care unit that has not followed training PPGD yet. After conducted difference analysis the reason of unready ness is the system socialization of system integrated emergency serious condition has been low and stuck in budget.

From research result suggested for hospital management more concerned about intensive care unit in fulfilling standard that was issued by Department of Public Health in the case of facility and medical equipments, improve knowledge of health worker by give trainings about emergency serious condition like PPGD, BLS and other training of emergency serious condition.

Expectation to the chief of management in General hospital Nagan Raya and Intensive care unit head to conduct socialization the Integrated System of Emergency Services in Intensive Care Unit to the whole commissioned worker in intensive care unit and improve worker's commitment in UGD in giving certifiable service against the patient.

REFERENCES : 37 (1996 – 2008).



## DAFTAR ISI

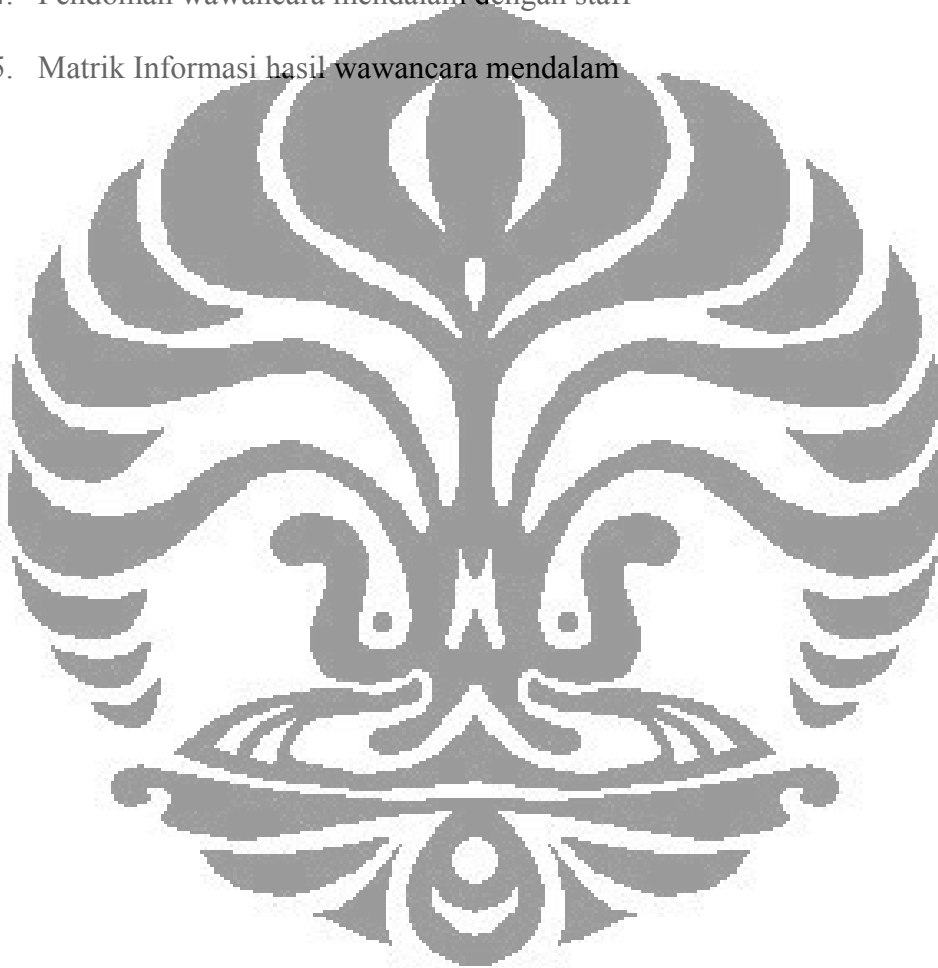
Halaman Judul.....	i
Pernyataan Persetujuan .....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Daftar Riwayat Hidup .....	iii
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Abstract .....	ix
Daftar Isi .....	xi
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv
Daftar Singkatan.....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	7
1.4. Tujuan Penelitian .....	8
1.5. Manfaat Penelitian.....	9
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
2.1. Rumah Sakit.....	11
2.2. Fungsi dan Tugas Rumah Sakit.....	11
2.3. Pendekatan Sistem .....	12
2.4. Pengertian Bencana/Disaster.....	15
2.5. Siklus Bencana .....	17
2.6. Pentingnya Pelayanan Kesehatan Pada Saat Bencana .....	19
2.7. Penanggulangan Keadaan Darurat Tingkat Nasional .....	19
2.8. Badan Koordinasi Penanggulangan Bencana.....	20

2.9. Unit Gawat Darurat.....	22
<b>BAB III GAMBARAN UMUM .....</b>	<b>43</b>
3.1. Letak RSUD Nagan Raya .....	43
3.2. Sejarah RSUD Nagan Raya .....	43
3.3. Prasarana .....	45
3.4. Bentuk Pelayanan di RSUD Nagan Raya .....	48
<b>BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>52</b>
4.1. Kerangka Konsep.....	52
4.2. Definisi Operasional.....	54
<b>BAB V METODE PENELITIAN.....</b>	<b>56</b>
5.1. Jenis Penelitian.....	56
5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	56
5.3. Informan.....	56
5.4. Sumber Data .....	57
5.5. Keabsahan Informasi.....	57
5.6. Pengumpulan Data .....	58
5.7. Pengolahan data/Informasi.....	58
5.8. Analisis Data .....	59
<b>BAB VI HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>60</b>
6.1. Input .....	60
6.1.2. SDM di UGD .....	61
6.1.3. Perangkat Keras .....	63
6.1.4. Perangkat Lunak.....	68
6.1.5. Perangkat Informasi dan Komunikasi.....	71
6.1.6. Ambulance .....	72
6.2. Proses .....	73
6.2.1. Perencanaan .....	73

6.2.2. Penatalaksanaan .....	74
6.2.3. Pengawasan .....	75
6.2.4. Evaluasi .....	76
6.3. Output .....	76
<b>BAB VII PEMBAHASAN .....</b>	<b>78</b>
7.1. Keterbatasan Penelitian .....	78
7.2. Pembahasan Hasil Penelitian .....	78
<b>BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>91</b>
8.1. Kesimpulan .....	91
8.2. Saran .....	92
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR LAMPIRAN

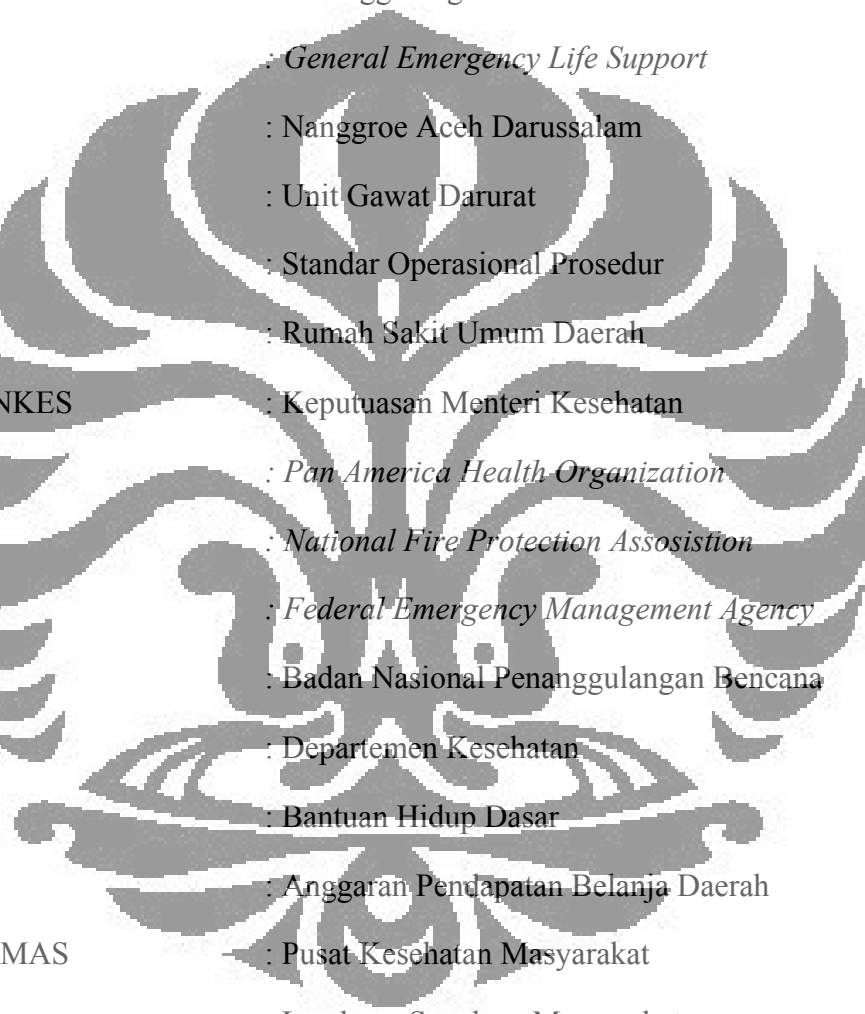
1. Instrumen penelitian
2. Pendoman wawancara mendalam dengan direktur
3. Pendoman wawancara mendalam dengan kepala UGD
4. Pendoman wawancara mendalam dengan staff
5. Matrik Informasi hasil wawancara mendalam



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Kualifikasi Tenaga pada UGD Kelas II (tipe C).....	29
Tabel 2.2. Kemampuan menangani live saving pada anak .....	34
Tabel 2.3. Jam buka pelayanan gawat darurat .....	35
Tabel 2.4. Pemberi pelayanan gawat darurat bersertifikat .....	36
Tabel 2.5. Kecepatan pelayanan dokter di pelayanan gawat darurat .....	37
Tabel 2.6. Kepuasan pelanggan pada pelayanan gawat darurat.....	38
Tabel 2.7. Kematian pasien 24 jam di unit gawat darurat.....	39
Tabel 3.2. Jenis Bangunan .....	30
Tabel 3.3. Jenis Bangunan.....	31
Tabel 3.4. Pembangunan Baru .....	32
Tabel 4.1. Definisi Operasional .....	39
Tabel 5.1. Metode Pengumpulan Data.....	97
Tabel 6.1. Jumlah SDM di UGD RSUD NR .....	46
Tabel 6.2. Kesiapan RSUDNR Menurut Fasilitas .....	50
Tabel 6.3. Kesiapan Peralatan Medik Utama .....	52
Tabel 6.4. Kesiapan Perangkat Lunak.....	54

## DAFTAR SINGKATAN



SPGDT	: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
PPGD	: Penanggulangan Penderita Gawat Darurat
<i>GELS</i>	: <i>General Emergency Life Support</i>
NAD	: Nanggroe Aceh Darussalam
UGD	: Unit Gawat Darurat
SOP	: Standar Operasional Prosedur
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
<i>PAHO</i>	: <i>Pan America Health Organization</i>
<i>NFPA</i>	: <i>National Fire Protection Assosistion</i>
<i>FEMA</i>	: <i>Federal Emergency Management Agency</i>
BNPB	: Badan Nasional Penanggulangan Bencana
DEPKES	: Departemen Kesehatan
BHD	: Bantuan Hidup Dasar
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
YEL	: Yayasan Ekosistem Lestari
SK	: Surat Keputusan
KMS	: Koalisi Masyarakat Sipil
BRI	: Bank Rakyat Indonesia



SDM : Sumber Daya Manusia  
BRR : Badan Rehabilitasi Dan Rekontruksi  
*BLS* : *Basic Life Support*  
PNS : Pegawai Negeri Sipil  
DAK : Dana Alokasi Khusus



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Secara geografis Indonesia berada di kawasan rawan bencana alam baik yang berasal dari alam itu sendiri atau karena ulah manusia dan kegagalan teknologi, bencana alam yang maha dahsyat terjadi pada 26 Desember 2004 yaitu terjadi gelombang tsunami yang menghancurkan sebagian wilayah aceh, menghancurkan harta benda serta ratusan ribu orang meninggal dunia, kerusakan lingkungan dan sarana kesehatan yang ada, hal ini diperberat lagi dengan adanya krisis multi dimensi termasuk konflik vertikal antara masyarakat dan pemerintah pusat.

Bencana merupakan kejadian yang menyebabkan terjadinya banyak pasien gawat darurat, yang tidak dapat dilayani oleh unit pelayanan kesehatan seperti biasa, terdapat kerugian materil dan terjadinya kerusakan infrastruktur fisik serta terganggunya kegiatan normal dalam masyarakat (Depkes,2004).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 1999 telah menyusun Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yang ditetapkan melalui surat keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medik NoHK.00.06.3.4.1630 dan mencanangkan deklarasi Makassar 2000 yang antara lain berupaya memasyarakatkan SPGDT-B/S dan di bentuknya Brigade Siaga Bencana atau Brigade Gawat Darurat (DepKes,1999), selanjutnya pada tahun 2004 pemerintah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 106/Menkes/SK/1/2004 tentang Tim Pengembangan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dan Pelatihan

Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD) atau *Emergency Life Support* (GELS) Tingkat pusat (Depkes, 2004).

Keberhasilan penanganan penderita gawat darurat antara lain ditentukan oleh tersedianya sumber daya yang sesuai dengan standar dan terlaksananya sistem penanggulangan gawat darurat terpadu ( SPGDT ), karena pada keadaan tersebut memerlukan *respon time* yang terbatas (Depkes,2006).

Oleh karena gawat darurat dapat terjadi pada siapa saja, kapan saja dan dimana saja, maka penanganan- penanganan pasien gawat darurat harus dilakukan baik oleh orang awam, awam khusus maupun paramedis dan dokter sesuai kompetensinya. Maka konsep penanganan pasien gawat darurat adalah "*time saving is life saving*". Karena sangat terbatasnya waktu tanggap (*respon time*) untuk menyelamatkan jiwa dan atau gerak pasien, maka penanganan harus sistematis dan berskala prioritas tindakan yang dilakukan harus cepat, tepat dan cermat sesuai standar.(Guntur,2001).

Didalam Piagam Kemanusiaan dinyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak atas kesehatan, ini mencakup tidak hanya atas akses setara terhadap pelayanan kesehatan, namun juga terhadap semua faktor kesehatan yang menentukan, semua yang terlibat dalam pemenuhan hak-hak manusia lainnya, misalnya terhadap akses air yang aman dan sanitasi memadai, pasokan makanan yang aman, gizi dan perumahan yang memadai, kondisi lingkungan yang sehat, akses pada pendidikan dan informasi kesehatan, tanpa diskriminasi, martabat manusia dan pengakuan diri (Sphere, 2004)

Menurut Wolper dan Pena (1987) dalam Azwar (1996), Rumah Sakit merupakan tempat masyarakat mencari dan menerima pelayanan kesehatan serta menjadi tempat untuk penelitian klinik bagi mahasiswa kedokteran, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya. Rumah sakit saat ini mempunyai peran dan tanggung jawab lebih banyak, dibandingkan dengan peran Rumah Sakit terdahulu. Dengan kompleksitas Rumah Sakit yang terjadi, maka perlu adanya pengkajian yang khusus tentang perumahsakit.

Rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan yang bermutu dan tentunya terjangkau oleh masyarakat guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Semakin tinggi tingkat pendidikan masyarakat menyebabkan semakin meningkatnya kesadaran akan arti hidup sehat, maka keadaan tersebut menyebabkan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu dan nyaman semakin mendesak, dengan demikian rumah sakit juga dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Menurut Aditama (2002), fungsi rumah sakit adalah sebagai fungsi pelayanan medis, penunjang medis, pelayan dan asuhan keperawatan, rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan. Rumah sakit sebagai salah satu pemberi jasa pelayanan kesehatan tentu sangat diharapkan dapat memenuhi harapan tersebut yaitu memberikan pelayanan dengan mutu yang optimal. Hal ini tentu tidak dapat terlaksana tanpa sumber daya manusia yang memadai. Karenanya rumah sakit harus mempersiapkan sumber daya manusianya yang merupakan kunci utama untuk dapat terlaksananya pelayanan yang optimal tersebut.

Menurut buku pedoman saran dan prasarana teknis UGD yang di maksud dengan unit gawat darurat adalah satuan kerja pelayanan kesehatan pada suatu fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan pemeriksaan awal kasus gawat darurat serta melakukan resusiatasi dan dan stabilisasi pasien sampai dengan melakukan penata laksanaan gawat darurat termasuk kemampuan untuk menanggulagi korban musibah massal, menerima rujukan pasien maupun mengirim rujukan pasien kefasilitas kesehatan lain yang setara maupun yang lebih tinggi, baik berasal dari dalam maupun luar fasilitas kesehatan yang ada (Depkes, 2007).

Menurut buku SPGDT, Unit Gawat Darurat adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multi disiplin (Depkes, 2006)

Tenaga perawat merupakan salah satu jenis tenaga kesehatan yang selalu ada pada setiap rumah sakit, juga merupakan salah satu ujung tombak dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keperawatan adalah salah satu profesi yang berperan penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Lebih dari 100 tahun yang lalu perawat legendaris Florence Nightingale telah mengatakan bahwa *“hospital should not harm the patients”* dan ditahun 1859 ia menyatakan bahwa pelayanan keperawatan bertujuan untuk *“put patient in the best condition for nature to act upon him”* Hal ini menunjukkan kepedulian yang mendalam dari seorang perawat terhadap pasien yang ditanganinya di rumah sakit. Untuk dapat melakukan asuhan keperawatan yang optimal maka diperlukan sumber daya manusia yang baik pula. (Aditama, 2004)

Gempa bumi 8,9 Skala Richter dan diikuti gelombang tsunami di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) pada tanggal 26 Desember 2004 telah mengakibatkan banyak korban jiwa dan ratusan ribu jiwa, lainnya kehilangan tempat tinggal dan terpaksa mengungsi ke tenda-tenda darurat dan penampungan lainnya. Hal ini menimbulkan masalah tersendiri dibidang kesehatan seperti banyaknya pasien gawat darurat, sekitar 80 % penduduk NAD di daerah bencana kehilangan tempat tinggal.

Berdasarkan data dari Bakornas PB (2008), kejadian bencana di Indonesia pada tahun 2007 terjadi 379 kejadian yang terdiri dari: banjir 152 (40%), angin topan 75 (20%), tanah longsor 56 (15%), banjir dan tanah longsor 45 (12%), gelombang pasang/ abrasi 29 (8%), gempa bumi 12 (3%), kegagalan teknologi 6 (1%), dan letusan gunung berapi 4 (1%). Data tentang menderit dan mengungsi akibat bencana tahun 2007 dengan total korban sebagai berikut: banjir 1.561.640 jiwa (80%), akibat gempa bumi 204.447 (11%), banjir dan tanah longsor 113.367 (6%), gelombang pasang/ abrasi 23.779 (1%), letusan gunung berapi 19.818 (1%), Angin topan 11.058 (1%), tanah longsor 7.488 (0,4%). Sedangkan korban meninggal dan hilang akibat bencana seluruhnya 918 jiwa, akibat banjir dan tanah longsor 346 jiwa, karena kegagalan teknologi 248 jiwa, banjir 122 jiwa, gempa bumi 102 jiwa, tanah longsor 73 iwa, angin topan 24 jiwa dan gelombang pasang/ abrasi 3 jiwa. Rumah rusak akibat bencana selama tahun 2007 seluruhnya 208.463 unit, yang paling banyak karenagempa bumi yaitu145.595 unit, banjir 41.301 unit, angin topan 9.286 unit, banjir dan tanah longsor 7.883 unit, tanah longsor 2.685 unit, dan karena gelombang pasang/ abrasi 1.713 unit.

Gempa bumi 8,9 Skala Richter dan diikuti gelombang tsunami di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) pada tanggal 26 Desember 2004 telah mengakibatkan banyak korban jiwa dan ratusan ribu jiwa, lainnya kehilangan tempat tinggal dan terpaksa mengungsi ke tenda-tenda darurat dan penampungan lainnya. Hal ini menimbulkan masalah tersendiri dibidang kesehatan, sekitar 80 % penduduk NAD di daerah bencana kehilangan tempat tinggal.

Penduduk Provinsi NAD sebelum bencana berjumlah 4.2004.904 jiwa (BPS Provinsi NAD 2004). Akibat bencana tersebut sampai dengan tanggal 16 Februari 2005 217.133 orang meninggal/hilang atau sebesar 5,16% dari total penduduk (DepKes, Kajian Assesment,2005). Tenaga kesehatan yang meninggal/hilang sebanyak 533 orang dari 17.356 tenaga kesehatan yang ada (Depkes,Kajian Assesment,2005), sedangkan data yang dikutip dari warta ekonomi.com, jumlah tenaga kesehatan yang menjadi korban berjumlah 634 orang

Posko Penanggulangan Bencana Depsos mencatat bahwa jumlah pengungsi di NAD dan Sumut pada (19/1) sebanyak 603.518 orang. Para pengungsi itu ada di Bireuen sebanyak 35.000 orang, Aceh Timur (22.000), Aceh Utara (97.942), Banda Aceh (27.980), Lhokseumawe (11.000), Pidie (49.421), Aceh Tengah (3.454), Aceh Jaya (33.055), meulaboh (80.251), Aceh Besar (107.740), Simeulue (46.017), Aceh Barat (58.583), Aceh Barat Daya (13.964), Nagan Raya (13.099), dan di Kabupaten Nias, Sumut (4.012). ( <http://www.indonesia.com>).

Data kunjungan pasien pada unit gawat darurat RSUD Nagan Raya 3 bulan terakhir pada tahun 2008 adalah: pada bulan September 470 orang, Oktober 515 orang dan pada bulan November 512 orang(data skunder,2008).

Dari data diatas maka sudah seharusnya rumah sakit memiliki unit gawat darurat yang betul-betul siap, yang dimaksud dengan siap disini merupakan kesiapan tempat , peralatan dan sumber daya manusia yang terlatih.

## 1.2. Perumusan masalah

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan dengan metode wawancara terhadap 3 (tiga) orang petugas unit gawat darurat (UGD) diperoleh informasi bahwa masih banyak menerima *complain* dari pasien gawat darurat terhadap pelayanan UGD. berdasarkan informasi yang diterima *complain* tersebut berkaitan dengan lambatnya pelayanan gawat darurat, keluarga pasien melakukan protes terhadap petugas UGD, serta obat-obatan dan peralatan yang tersedia di UGD masih kurang, dan informasi lainnya bahwa tenaga perawat masih kurang, sistem komunikasi antara UGD dengan unit pelayanan lain tidak jelas, tidak adanya Standar Operasional Prosedur(SOP) tentang pelaksana pelayanan gawat darurat. Ketidak sesuaian hal-hal di atas maka akan berdampak pada kualitas pelayanan di rumah sakit, karena kualitas pelayanan di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh sumber daya manusia serta sarana dan prasarana di rumah sakit tersebut.

## 1.3. Pertanyaan penelitian

1. Apakah Sumber Daya Manusia yang ada di UGD RSUD Nagan Raya sudah sesuai dengan Standar Sistem Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT Nomor: 106/Menkes/SK/1/2004) ?



2. Bagaimanakah kesiapan perangkat keras di UGD RSUD Nagan Raya dalam penanggulangan gawat darurat ditinjau dari segi kesiapan gedung, ambulan, obat-obatan dan perangkat komunikasi, peralatan sesuai dengan SPGDT Nomor: 106/Menkes/SK/1/2004?
3. Bagaimanakah kesiapan Perangkat Lunak di UGD RSUD Nagan Raya dalam penanggulangan gawat darurat ditinjau dari kesiapan SOP, pendidikan dan pelatihan bagi tenaga perawat sesuai dengan SPGDT Nomor: 106/Menkes/SK/1/2004 ?

#### 1.4. Tujuan penelitian

##### 1.4.1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis sistem penanggulangan gawat darurat terpadu di UGD RSUD Nagan Raya Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

##### 1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketuinya dan didapatinya informasi yang mendalam terhadap variabel sumber daya manusia di UGD RSUD Nagan Raya dalam penanggulangan gawat darurat terpadu sesuai dengan KEPMENKES Nomor: 106/Menkes/SK/1/2004
2. Diketuinya dan didapatinya informasi yang mendalam terhadap variabel perangkat keras di UGD RSUD Nagan Raya dalam penanggulangan gawat darurat terpadu sesuai dengan KEPMENKES Nomor: 106/Menkes/SK/1/2004
3. Diketuinya dan didapatinya informasi yang mendalam terhadap variabel perangkat lunak di UGD RSUD Nagan Raya dalam penanggulangan gawat

darurat terpadu sesuai dengan KEPMENKES Nomor:  
106/Menkes/SK/1/2004

## **1.5. Manfaat penelitian**

### **1.5.1. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Nagan Raya.**

Menjadi masukan dalam menentukan kebijakan untuk mempercepat kesiapan komponen rumah sakit guna mewujudkan pelayanan yang lebih baik di UGD di RSUD Nagan Raya.

### **1.5.2. Bagi RSUD Nagan Raya**

Menjadi masukan untuk mempersiapkan Unit Gawat Darurat RSUD Nagan Raya sesuai dengan standar Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu.

## **1.6. Ruang lingkup**

Penelitian ini hanya dibatasi pada Unit Gawat Darurat RSUD Nagan Raya Kabupaten Nagan Raya tentang kesiapan sumber daya manusia, perangkat keras, dan perangkat lunak, dengan menekankan pada input komponen penelitian serta membandingkan dengan standar UGD berdasarkan standar Kepmenkes No.106 SPGDT dengan menggunakan jenis penelitian kualitatif dan metode pengumpulan data wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen yang dilakukan pada bulan Juli 2008.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Rumah Sakit**

Rumah sakit didefinisikan sebagai suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera, dan melahirkan (Peraturan Menkes RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006).

#### **2.2. Fungsi dan Tugas Rumah Sakit**

Rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan Peraturan Menkes RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 disebutkan bahwa RS mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan, dan pelatihan. Rumah sakit juga dapat bertugas untuk melaksanakan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan berdasarkan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya organisasi yang dimiliki. Rumah sakit mengemban fungsi sebagai berikut :

- a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier.
- b. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- c. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan.
- d. Pelaksanaan administrasi rumah sakit.

Rumah sakit juga mempunyai fungsi sosial yang mencerminkan upaya pelayanan medik dengan mempertimbangkan imbalan jasa yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan menyediakan sebagian dari fasilitas pelayanan rawat inap untuk orang yang kurang dan atau tidak mampu membayar sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Permenkes RI Nomor 920/Men.Kes/Per/XII/86).

### 2.3. Pendekatan Sistem

Seperti disebutkan oleh Ryan dalam Azwar (1996), Wijono (1999) Sistem merupakan gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan. Didalam sistem terdapat elemen-elemen yang mutlak, elemen tersebut adalah sebagai berikut:

- a. *Input* adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Input dari suatu

sistem terbuka adalah bermacam-macam sumber dayayang ditransformasikan kedalam produk atau jasa untuk mencapai tujuan sistem.

- b. *Process* yaitu suatu kumpulan atau elemen yang terdapat dalam sistem dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Fungsi-fungsi yang diperlukan untuk mengubah input (sumber daya) menjadi hasil yang diinginkan merupakan proses sistem.
- c. *Output* merupakan kumpulan atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

Pada sebuah sistem hasil *Output* akan dipengaruhi oleh 4 (empat) M, yaitu: *Man* yaitu sumber daya manusia yang bekerja pada organisasi tersebut, *Money* merupakan dana/anggaran yang yang digunakan untuk operasional organisasi, *Material* adalah sarana dalam menjalankan organisasi dan *Method* yaitu cara suatu organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Untuk mempersiapkan sebuah organisasi perlu manajemen yang baik, dalam suatu proses dapat diketahui dari fungsi-fungsi yang dijalankan sesuai dengan tugas masing-masing. George Terry mengemukakan seperti yang dikutip oleh Azwar (1996), fungsi manajemen meliputi *Planning, organizing, actuating dan Controlling*.

Dalam menyusun suatu rencana yang baik menurut prajudi dalam Syafie (2006) yaitu: identifikasi masalah, analisis situasi, merumuskan yang hendak dicapai, menyusun garis besar semacam profosal, membicarakan profosal yang telah disusun, menetapkan komponen, menentukan tanggung jawab komponen masing-masing,

menentukan outline, menentukan kontrak antar unit, pengumpulan data terkait, pengolahan data, penyimpulan data, pendistribusian data, penyusunan naskah final, evaluasi naskah rencana, persetujuan naskah rencana, dan penjabaran untuk pelaksanaan. Sedangkan menurut Komarudin dalam syafiie (2006), aktivitas perencanaan dapat dibagi sebagai berikut: meramalkan proyeksi yang akan datang, menetapkan sasaran serta mengkomunikasikannya, menyusun program dengan urutan kegiatan, menyusun kronologi jadwal kegiatan, menyusun anggaran dan alokasi sumber daya, membangun prosedur dan standar, menetapkan dan menginterpretasikan kebijakan.

*Organizing* merupakan rangkaian kegiatan untuk menghimpun sumber daya yang dimiliki oleh organisasi dan memanfaatkan secara efisien untuk tujuan organisasi, fungsi pengorganisasian juga meliputi proses pengintegrasian sumber daya yang dimiliki oleh organisasi untuk mencapai tujuan organisasi (Muninjaya, 1999).

*Actuating* merupakan suatu proses memberikan bimbingan kepada staf agar mereka mampu bekerja secara optimal dalam mengerjakan tugas-tugasnya sesuai dengan ketrampilan yang dimiliki dan sesuai dengan sumber daya.

Menurut George R Terry dalam Azwar (1996), *Actuating* merupakan tindakan-tindakan yang menyebabkan suatu organisasi dapat berjalan. Alat yang biasa di gunakan untk menggerakkan kelompok antara lain: perintah, petunjuk, bimbingan, surat edaran, rapat koordinasi dan pertemuan-pertemuan.

Perencanaan dan pengawasan (*controlling*) sama seperti dua sisi mata uang, pengawasan bertugas untuk memastikan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana. Aspek pengawasan biasa dilakukan atas beberapa hal yaitu aspek tugas dan fungsi manajemen, aspek sumber daya, aspek sarana dan prasarana serta aspek keuangan.

#### **2.4. Pengertian Bencana/ disaster**

Menurut SK No.709/Menkes/VI/1998 Bencana adalah suatu peristiwa yang terjadi secara mendadak/ tidak terencana atau secara perlahan tetapi berlanjut yang menimbulkan dampak terhadap pola kehidupan normal atau kerusakan ekosistem, sehingga diperlukan tindakan darurat dan luar biasa untuk menolong dan menyelamatkan korban

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam, manusia dan atau keduanya yang mengakibatkan korban dan penderitaan manusia, kerugian harta benda, kerusakan lingkungan, kerusakan sarana dan prasarana dan fasilitas umum serta menimbulkan gangguan terhadap tata kehidupan masyarakat (SK Menko Kesra No.17/Kep/Menko/Kesra/X/1995).

Bakornas PB (1999), mendefinisikan bahwa bencana sebagai suatu kejadian secara alami maupun karena ulah manusia, terjadi secara mendadak ataupun berangsur-angsur, menimbulkan akibat yang merugikan sehingga masyarakat dipaksa untuk melakukan tindakan penanggulangan.

Bencana dapat diartikan secara beraneka ragam, dari berbagai definisi dapat ditemukan karakteristik sebagai berikut:

- a. Adanya kerusakan pada pola-pola kehidupan normal, kerusakan ini biasanya cukup parah, akibat kejadian yang tidak terduga serta luas jangkauannya.
- b. Merugikan manusia baik yang berupa kematian, kesakitan, kesengsaraan maupun akibat negatif lainnya pada kesehatan.
- c. Merugikan struktur sosial seperti keretakan sistem pemerintahan, bangunan, komunikasi dan berbagai pelayanan umum utama lainnya.
- d. Adanya pengungsian yang membutuhkan tempat tinggal/ penampungan, makanan, pakaian, bantuan kesehatan dan pelayanan sosial bagi para pengungsi.

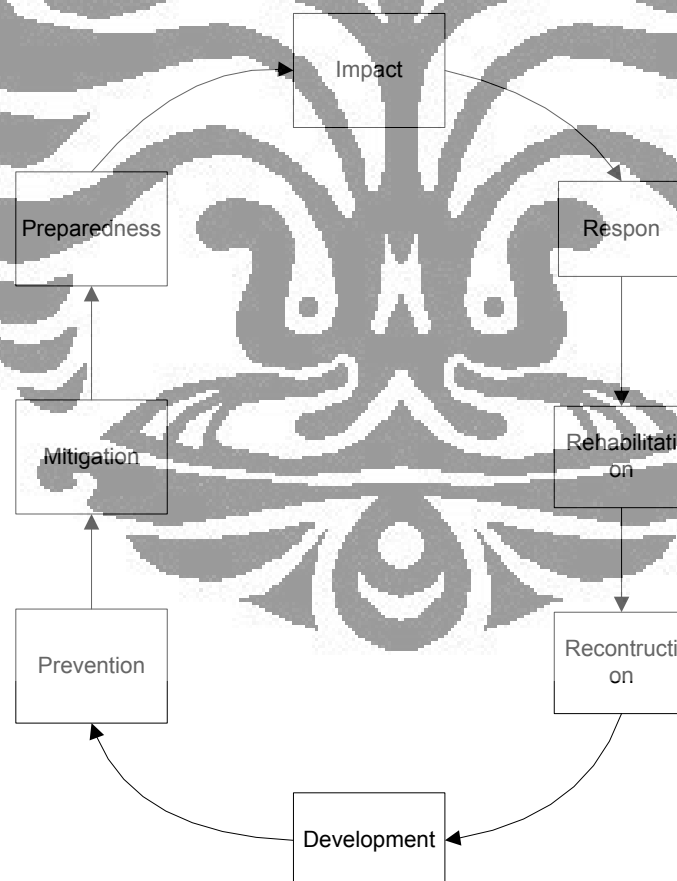
Peristiwa bencana diklasifikasikan menjadi tiga kategori, pertama yaitu bencana alam (*natural disaster*) yang disebabkan oleh lingkungan geofisik alam itu sendiri seperti: gempa bumi, tsunami, letusan vulkanik, tanah longsor, banjir. Kedua adalah bencana akibat ulah manusia (*man made disaster*), antara lain: perang, polusi, kebakaran, keracunan, gedung runtuh, kecelakaan transportasi, kerusakan sosial, terorisme, SARA. Ketiga adalah bencana yang terjadi akibat karena keduanya seperti kebakaran hutan dapat terjadi karena ulah manusia dan dapat juga karena alam (Burhanudin, 2001).



## 2.5. Siklus Bencana

Menurut Sylvaranto(1996), dalam Saraim hal 11(2003) menjelaskan bahwa bahwa bencana dapat digambarkan sebagai rangkaian peristiwa yang berkaitan dengan kepentingan berbagai sektor tertentu maupun lintas sektoral. Peristiwa bencana merupakan awal siklus penanggulangan bencana, yang tidak hanya penanganan saja, tetapi perlu direncanakan bagaimana pencegahan serta mempelajari karakteristik dari masing-masing kejadian bencana untuk menghindari korban dan kerugian yang diakibatkannya.

Gambar 2-1 *disaster cycle* (PAHO,2006)



Pada saat terjadi bencana (*impact*) harus dilakukan *respon* dari daerah sekitar terjadinya bencana berupa:

- 1) *Resque Triase* dimana masyarakat sekitar bencana melakukan pencarian korban dan selanjutnya memilih korban dan memberikan pertolongan darurat oleh masyarakat,
- 2) *Acute Medical Response* yaitu korban yang ditemukan selanjutnya mendapat pertolongan medik oleh petugas medik di sekitar tempat kejadian dan dibawa ke rumah sakit terdekat, di rumah sakit terdekat ini dilakukan pengobatan *definitive* atau bila tidak mampu ditangani disini dirujuk ketempat lain.
- 3) *Emergency Relief* di tempat kejadian dilakukan pelayan bagi korban bencana yang sehat antara lain, tempat penampungan darurat, penyediaan makanan dan air bersih, penyediaan selimut dan pakaian, pengelolaan korban meninggal dan hewan yang mati, pengelolaan sampah/ kebersihan lingkungan.
- 4) *Emergency Rehabilitation* adalah tindakan pelayanan selanjutnya berupa pembangunan rumah darurat, penyediaan jamban serta sanitasi di sekitar tempat penampungan, penyediaan suplai makanan dan air, pemilihan pelayanan kesehatan dasar, pencegahan wabah penyakit dan penanganan psikososial. Kemudian dilakukan pemulihan (*recovery*), pembangunan kembali sarana dan prasarana yang hancur akibat bencana. Selanjutnya dilakukan *development* biasanya dilakukan penyempurnaan pembangunan sarana dan prasarana agar lebih baik lagi dibanding keadaan sebelum bencana. Hal yang lebih penting adalah pencegahan yaitu melakukan tindakan pencegahan agar bencana serupa tidak timbul lagi atau menghindari dari keadaan bencana. *Mitigation* dilakukan bilak keadaan bencana tidak dapat dihindari atau dicegah, maka dilakukan upaya agar bila memang terjadi bencana, besar kerusakan atau korban dapat diperkecil.

*Preparedness* yaitu melakukan tindakan kesiapsiagaan menghadapi bencana dan akibat dari bencana sehingga korban korban yang mungkin timbul dapat sekecil mungkin (Sarim,2003 : 12).

## **2.6. Pentingnya Pelayanan Kesehatan pada Saat Bencana**

Pelayanan kesehatan adalah suatu unsur penentu yang kritis untuk pertahanan hidup pada awal suatu bencana. Bencana hampir selalu berdampak bermakna terhadap kesehatan masyarakat dan kesejahteraan penduduk terkena bencana. Dampak kesehatan masyarakat dapat digambarkan sebagai dampak langsung misalnya cedera, *traumatis psikologis* atau tidak langsung misalnya meningkatnya tingkat penyakit infeksi , kurang gizi, komplikasi penyakit menahun, dampak tidak langsung ini biasanya berkaitan dengan faktor-faktor misalnya tidak memadai jumlah dan kualitas air, rusaknya sanitasi, terputusnya pasokan makanan, terganggunya pelayanan kesehatan, penduduk yang terlalu padat dan berpindah.

## **2.7. Penanggulangan Keadaan Darurat Tingkat Nasional**

*Preparedness* adalah segala aktivitas, program dan sistem yang dikembangkan dan diimplementasikan sebelum sesuatu peristiwa bencana dan keadaan darurat terjadi, yang digunakan untuk mendukung dan memperkuat perbaikan atau pemulihan (*recovery*) dari bencana atau keadaan darurat (NFPA,2004). Kesiagaan berarti sikap atau kondisi seseorang atau suatu sistem yang memungkinkan untuk setiap saat dapat memungkinkan untuk dapat mengambil tindakan dan atau dapat digerakkan sesuai keperluan secara cepat dan tepat

menghadapi keadaan darurat dapat berbeda- beda dari satu organisasi lainnya. Namun secara universal langsung mengarahkan kepada: 1) perlindungan kepada manusia, 2) perlindungan kepada properti, serta 3) memungkinkan organisasi berproduksi sesegera mungkin.

Suatu organisasi kesiagaan penanggulangan keadaan darurat padaah kelompok organisasi yang dibentuk dengan mempertimbangkan kewenangan didalamnya, yaitu wewenang manajemen dan operasional. Tim didalamnya harus dapat melebur atau menggabungkan posisinya atau tanggung jawabnya (FEMA,2000).

## **2.8. Badan Koordinasi Penanggulangan Bencana**

Pemerintah secara resmi melalui Peraturan Presiden No.83 tahun 2005 membentuk Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana (Bakornas PB) untuk menjawab menyikapi dan menjawab keadaan darurat yang akhir-akhir ini sering sering terjadi di Indonesia, sekaligus penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.

- 1) Tugas utama lembaga non struktural dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden yaitu: Mengkoordinasikan perencanaan dan pelaksanaan kegiatan penanganan bencana dan kedaruratan secara terpadu.
- 2) Melaksanakan penanganan bencana dan kedaruratan mulai dari sebelumnya, pada saat dan setelah terjadi bencana yang meliputi pencegahan, kesiapsiagaan, penanganan darurat dan pemulihan.

Selanjutnya melalui Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 mengeluarkan ketentuan-ketentuan tentang penanggulangan bencana menimbang karena wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia memiliki kondisi geografis, geologis, hidrologis, dan demografis yang memungkinkan terjadinya bencana, baik yang disebabkan oleh faktor alam, faktor non alam maupun faktor manusia yang menyebabkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis yang dalam keadaan tertentu dapat menghambat pembangunan nasional. Untuk menanggulangi keadaan bencana selanjutnya pemerintah mengeluarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB).

Tugas BNPB adalah:

- 1) Memberikan pedoman dan pengarahan terhadap usaha penanggulangan bencana yang mencakup pencegahan bencana, penanganan tanggap darurat, rehabilitasi, dan rekonstruksi secara adil dan setara;
- 2) Menetapkan standardisasi dan kebutuhan penyelenggaraan penanggulangan bencana berdasarkan peraturan perundangundangan;
- 3) Menyampaikan informasi kegiatan penanggulangan bencana kepada masyarakat;
- 4) Melaporkan penyelenggaraan penanggulangan bencana kepada Presiden setiap sebulan sekali dalam kondisi normal dan setiap saat dalam kondisi darurat bencana;
- 5) Menggunakan dan mempertanggungjawabkan sumbangan/bantuan nasional dan internasional;

- 6) Mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran yang diterima dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
- 7) Melaksanakan kewajiban lain sesuai dengan peraturan perundangundangan;
- 8) Menyusun pedoman pembentukan Badan Penanggulangan Bencana Daerah.(Peraturan Presiden, No.8 Tahun 2008).

### **2.9. Unit Gawat Darurat (UGD)**

Unit gawat darurat adalah unit pelayanan dirumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin (Depkes,2006). Didalam menjalankan pelayanan di UGD yang peka terhadap kedaruratan dan keadaan bencana maka diterapkan sistem pelayanan gawat darurat terpadu (SPGDT).

Menurut buku pedoman sarana dan prasarana teknis UGD yang di maksud dengan unit gawat darurat adalah satuan kerja pelayanan kesehatan pada suatu fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan pemeriksaan awal kasus gawat darurat serta melakukan resusitasi dan dan stabilisasi pasien sampai dengan melakukan penatalaksanaan gawat darurat termasuk kemampuan untuk menanggulangi korban musibah massal,menerima rujukan pasien maupun mengirim rujukan pasien kefasilitas kesehatan lain yang setara maupun yang lebih tinggi, baik berasal dari dalam maupun luar fasilitas kesehatan yang ada(Depkes,2007).

Dengan adanya otonomi di bidang kesehatan dimana salah satu fungsi pemerintah pusat adalah mempersiapkan standar-standar dan pedoman –pedoman maka dengan tersusunnya Pedoman Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu

(SPGDT), sudah menjadi harapan semua pihak agar dapat meningkatkan pelayanan gawat darurat baik pra rumah sakit maupun rumah sakit melalui tersedianya sumber daya yang sesuai dengan standar. Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang kontinum mulai dari pra rumah sakit sampai dengan rumah sakit(IRD,HCU,ICU dan kamar jenazah) dan multi disiplin/ multi profesi (Depkes,2004).

SPGDT adalah suatu sistem pelayanan gawat darurat yang terdiri dari unsur, pelayanan pra rumah sakit, pelayanan dirumah sakit dan pelayanan antar rumah sakit, pelayanan berpedoman pada respon cepat yang menekankan pada *time saving is life and limb saving* yang melibatkan pelayanan oleh masyarakat awam umum, awam umum khusus, petugas medis, pelayanan gawat darurat dan sistem komunikasi untuk menyelenggarakan pelayanan terpadu bagi penderita gawat darurat baik dalam keadaan sehari-hari maupun dalam keadaan bencana.

Keadaan gawat darurat medik merupakan peristiwa yang apat menimpa seseorang atau kelompok orang dengan tiba-tiba yang dapat membahayakan jiwa sehingga memerlukan tindakan yang cepat dan tepat agar meminimalkan angka kematian dan mencegah terjadinya kecacatan yang tidak perlu (Depkes,2004).

Pelayanan di UGD adalah pelayanan pertama bagi kasus gawat darurat yang memerlukan organisasi yang baik, pembiayaan termasuk sumber pembiayaan, sumber daya manusia yang baik dan terlatih, mengikuti perkembangan teknologi pada pelayanan medis. Klasifikasi yang membedakan setiap pelayanan di unit gawat darurat di rumah sakit adalah kemampuan dalam melakukan pemeriksaan awal dan penatalaksanaan pasien gawat darurat yang diketahui dengan adanya:

- a. Ketersediaan sumber daya manusia
- b. Ketersediaan fasilitas dan peralatan
- c. Ketersediaan sarana pendukung
- d. Ketersediaan sistem kendali mutu
- e. Ketersediaan fasilitas pendidikan dan pelatihan (Depkes,2004).

### **2.8.1. Klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat**

Berdasarkan buku Pedoman SPGDT (Depkes,2006) dan Buku Standar Instalasi Gawat Daurat Rumah Sakit(Depkes,2007) bahwa Unit Pelayanan Gawat Darurat ditetapkan sesuai standar klasifikasi tempat pelayanan, diperlukan data jumlah/ jenis kunjungan yang diterima sehari-hari dan kesiapan serta kemampuan menangani korban massal. Klasifikasi unit pelayanan gawat darurat terdiri dari:

- a. Instalasi Pelayanan Gawat Darurat Bintang IV sebagai standar minimal untuk rumah sakit tipe A
- b. Instalasi pelayanan gawat darurat bintang III sebagai standar minimal untuk rumah sakit tipe B
- c. Instalasi pelayanan gawat darurat bintang II sebagai standar minimal untuk rumah sakit tipe C
- d. Instalasi pelayanan gawat darurat bintang I sebagai standar minimal untuk rumah sakit tipe D

Yang dimaksud adalah:

- a. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas IV



Yang dimaksud unit pelayanan gawat darurat kelas IV yaitu memiliki dokter subspesialis yang siap panggil (*on-call*), beberapa dokter spesialis yang selalu siap di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap di tempat 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan *general emergency life support* (GELS) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan resusitasi dan *stabilisasi airways, breathing, circulation*, serta terapi definitif. Memiliki transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siap dalam 24 jam.

b. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas III

Memiliki dokter spesialis empat besar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidan) yang siaga ditempat (*on site*) dalam 24 jam, dokter umum siaga ditempat (*on site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi medik untuk pelayanan GELS dan atau ATLS + ACLS mampu memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi* dengan masalah ABC untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam.

c. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas II

Memiliki dokter spesialis empat besar yang siap panggil, dokter umum yang siaga di tempat dalam 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS dan atau ATLS + ACLS mampu memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi* dengan masalah ABC untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam.

d. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas I

Memiliki dokter umum di tempat 24 jam yang memiliki kualifikasi GELS dan atau ATLS + ACLS, mampu melakukan resusitasi dan stabilisasi pasien, serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi.

### 2.8.2. Ketentuan Umum Pelayanan Unit Gawat Darurat

- a. Organisasi Unit Pelayanan Gawat Darurat didasarkan pada organisasi multi disiplin, multi profesi dan terintegrasi.
- b. Mempunyai struktur fungsional organisasi UGD yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam melaksanakan pelayanan gawat darurat di unit Pelayanan Gawat Darurat dengan wewenang penuh.
- c. Dalam melaksanakan pelayanan di UGD harus mempunyai alur pelayanan sebagai berikut:
  - 1) Pelayanan Triase (*screening*)
  - 2) Ruang Resusitasi/stabilisasi
  - 3) Ruang observasi sesuai dengan fasilitas dan kemampuan yang tersedia didukung terapi definitif
  - 4) Pelayanan rekam medik 24 jam.
- d. Unit pelayanan gawat darurat harus bisa bekerja sama dengan unit pelayanan medis terkait dengan ada diluar maupun di dalam instansi pelayanan tersebut baik pra rumah sakit maupun rumah sakit dalam menyelenggarakan terapi definitif.
- e. Dalam kesiagaan menghadapi bencana

1) Mempunyai disaster plan yang diberlakukan didalam instansi pelayanan kesehatan maupun jajaran pemerintah daerah serta instansi terkait dalam wilayah tempat pelayanan gawat darurat tersebut berada untuk menangani korban bencana.

2) Mempunyai kerja sama dengan sarana dan fasilitas kesehatan disekitarnya dalam menghadapi keadaan bencana yang terjadi di daerah wilayah kerjanya.

f. Memiliki sarana penunjang

1) Penunjang medis : Radiologi, laboratorium klinik, depo farmasi dan depo penyediaan darah.

2) Penunjang non medis : komunikasi khusus ( telepon, radio-medik) dan ambulans.

g. Memiliki personalia yang terampil, ditunjang oleh kemampuan yang diperoleh melalui berbagai pelatihan atau kursus.

h. Memiliki program pelatihan untuk pelayanan gawat darurat sesuai dengan klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat tersebut. (Depkes, 2004)

### 2.8.3. Organisasi Dan Tata Laksana

Di setiap rumah sakit pada unit pelayanan gawat darurat harus mempunyai:

a. Falsafah dan tujuan

Mempunyai kebijakan berupa surat-surat keputusan tentang:

1) Pembentukan unit gawat darurat;

- 2) Tatalaksana di unit pelayanan gawat darurat antara lain, alur pelayanan, tata tertib, standar pelayanan, pembiayaan dan lain-lain;
  - 3) Evaluasi dan monitoring.
- b. Administrasi dan pengelolaan, pada unit pelayanan gawat darurat harus mempunyai ketentuan tertulis tentang:
- 1) Uraian tugas, struktur organisasi dan personalia;
  - 2) Pendataan fasilitas, sarana dan prasarana, dan lain-lain;
  - 3) Pelaksanaan koordinasi dengan unit-unit pelayanan terkait baik intern maupun intra pelayanan gawat darurat;
  - 4) Disaster plan.
- c. Pimpinan dan staf
- Pelaksana gawat darurat dipimpin oleh tenaga:
- 1) pelayanan gawat darurat dipimpin oleh tenaga dengan klasifikasi pelayanan gawat darurat;
  - 2) staf pelaksana pelayanan gawat darurat adalah tenaga fungsional dengan kualifikasi sesuai dengan klasifikasi pelayanan gawat darurat.
- d. Lokasi dan fasilitas;
- 1) Lokasi pelayanan gawat darurat mudah di akses langsung oleh masyarakat;
  - 2) Pelayanan gawat darurat harus mempunyai fasilitas triase, reusitasi, ruang observasi , pelayan *false emergency* , ruang istirahat petugas, ruang tunggu dan lain-lain;
  - 3) Dalam keadaan bencana mudah dilakukan zoning ruangan;

- 4) Mempunyai fasilitas komunikasi dan informasi untuk masyarakat;
- 5) Mempunyai fasilitas untuk *life saving* (alat, obat dan ruangan).

e. Prosedur tetap pelayanan

pelaksana pelayanan gawat darurat harus mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP), sebagai berikut;

- 1) Kasus perawatan dengan ancaman kematian;
- 2) *True emergency* dengan lima kasus terbanyak;
- 3) Kasus keracunan massal;
- 4) Kasus-kasus khusus seperti: perkosaan, kekerasan pada anak, persalinan normal/tidak normal, kegawatan diruang perawatan;
- 5) Ketentuan-ketentuan khusus yang berhubungan dengan: kegunaan hubungan dengan asuransi, batas-batas tindakan medis, etika dan hukum, pendataan, tanggung jawab dokter pada penanganan kedaruratan.

f. Pelatihan dan peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM)

Pelaksanaan pelayanan gawat darurat harus mempunyai kemampuan memberikan pelatihan dengan kualifikasi sebagai berikut;

- 1) Unit pelayanan gawat darurat kelas IV mampu memberikan pelatihan PPGD/GELS dan pendidikan untuk calon dokter spesialis, dokter umum, perawat, awam umum, awam khusus;
- 2) Unit pelayanan gawat darurat kelas III mampu memberikan pelatihan PPGD/GELS untuk dokter, perawat, awam khusus dan awam umum;

3) Unit pelayanan gawat darurat kelas II mampu memberikan pelatihan PPGD/ Bantuan Hidup Dasar (BHD) untuk perawat, awam khusus dan awam umum;

4) Unit pelayanan gawat darurat kelas I/ pra rumah sakit/puskesmas mampu memberikan pelatihan PPGD pada awam khusus dan awam umum.

g. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tentang program dan pelaksanaan pelatihan bagi tenaga baru maupun penyegaran bagi tenaga lama.

h. Evaluasi dan kendali mutu

Pelaksanaan pelayanan gawat darurat harus mempunyai tim evaluasi dan kendali mutu, sebagai berikut;

- 1) Tim audit pelayanan medik;
- 2) Tim audit kematian;
- 3) Tim audit administrasi dan keuangan;
- 4) Tim evaluasi data.

#### 2.8.4. Sumber Daya Manusia

Dengan meningkatnya keasadaran masyarakat untuk memperoleh kesehatan yang bermutu khususnya dibidang gawat daurat dalam memasuki era globalisasi dan pasar bebas perlu mendapatkan perhatian dari unit-unit pelayanan kesehatan antara lain dengan meningkatkan profesionalisme petugas kesehatan(Depkes,2004).

Kualifikasi sumber daya manusia yang bertugas pada unit gawat darurat adalah tenaga yang terampil terhadap pasien dengan keadaan kegawat daruratan, untuk itu tenaga harus dibekali dengan pelatihan –pelatihan gawat darurat seperti PPGD/GELS dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini.

**Tabel 2.1**  
**Kualifikasi tenaga pada UGD Kelas II (tipe c)**

Kualifikasi tenaga pada UGD Kelas II (tipe c)	
Dokter Spesialis	4 Besar On Call
Dokter Umum + GELS	On site 24 jam dengan rasio 1: 20 kasus di bagi dalam 3 shift (1-1-1)
Perawat Kepala SI/ DIII (PPGD+BLS)	Jam Kerja/ di Luar Jam kerja
Perawat (PPGD+BLS)	On Site 24 jam dengan rasio 1 perawat untuk 5 pasien dalam sehari terbagi dalam 3 shift
Non Medis TU/ Keuangan (24 jam) Kamtib (24 Jam) Pekarya ( 24 jam)	Total minimal 13 orang

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Tahun 2006

## 2.8.5. Perangkat Keras Pada UGD kelas C

### 2.8.5.1. Fisik

Standar fisik seperti dijelaskan dalam buku pedoman SPGDT(Depkes,2007), sebagai berikut:

- 1) Luas ruangan > 200 m<sup>2</sup>

- 2) Triase
- 3) Ruang penerimaan pasien
- 4) Ruang pemeriksaan
- 5) *True emergency*
- 6) *false emergency*
- 7) Ruang radiologi konvensional
- 8) Laboratorium sederhana
- 9) Ruang tunggu keluarga pasien
- 10) Ruang administrasi
- 11) Ruang staf (+/-)
- 12) Ruang perawat
- 13) Gudang obat/ farmasi
- 14) Gudang alat (+/-)
- 15) Toilet /kamar petugas
- 16) Toilet /kamar pasien
- 17) Ruang pertemuan
- 18) Ruang perpustakaan
- 19) Ruang resusitasi
- 20) Ruang tindakan medis
- 21) Ruang tindakan bedah
- 22) Ruang tindakan kebidanan
- 23) Ruang observasi dan stabilisasi
- 24) Ruang kubah lambung



- 25) Ruang observasi bayi dan anak
- 26) Ruang penyimpanan alat medis
- 27) Ruang barang steril
- 28) Ruang cuci dan sterilisasi alat.

#### 2.8.5.2. Obat-obatan dan bahan habis pakai

- 1) Obat bantuan hidup
- 2) Obat stabilisasi
- 3) Obat untuk terapi cepat
- 4) Desinfektan
- 5) Flaster
- 6) Bahan-bahan non medis

#### 2.8.5.3. sistem informasi dan komunikasi

- 1) Telepon 1(satu) line
- 2) Over head 1 (satu) unit

#### 2.8.5.4. Sistem Transfortasi

Ambulan tranfortasi 2 (dua) unit.

### 2.8.6. Triase

Triase merupakan pengelompokan korban yang berdasarkan atas berat ringannya trauma/ penyakit serta kecepatan penanganan atau pemindahannya. (Depkes,2006).

Prinsip seleksi korban berdasarkan atas: ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam ukuran menit, ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam ukuran jam, ruda paksa ringan dan sudah meninggal (Depkes,2006).

Dalam memberika prioritas pertolongan dan untuk memudahkan korban mana yang harus didahulukan digunakan labeliasi warna. Pertolongan pada pelayanan gawat darurat sehari-hari harus didahulukan korban yang kondisinya berat sekali. Sebaiknya pada penanggulangan gawat darurat bencana berhubung jumlah ketenagaan dan fasilitas kesehatan minimal/ limumpuk maka dahulukan pertolongan pada korban yang kondisinya ringan agar bisa di berdayakan untuk dapat membantu. labelisasi warna pada triase adalah: biru (kondisinya berat sekali), merah( kondisi berat), kuning (kondisi sedang), hijau (kondisi ringan),hitam (sudah meninggal).(Depkes,2006).

#### 2.8.7. *Standar of Conduct*

Dari buku standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit(Depkes,2007) di jelaskan bahwa:

a. Sumber daya manusia

Petugas yang *on call* paling lambat telah sampai di UGD maksimal 2 jam, dan satndar SDM harus terpenuhi 95%.

b. Ruangan

Ketersediaan ruangan 80% dari seluruh standar yang ada untuk setiap kelas/ bintang kecuali yang vital (untuk live saving 100% sedangkan penunjang 50%). Beberapa ruangan bisa bergabung dengan ruangan lainnya, prinsip utama adalah jenis pelayanannya jadi tidak harus sendiri-sendiri atau terletak

di tempat lain (diluar UGD) tetapi dapat diakses dan memberikan pelayanan 24 jam.

c. Alat dan fasilitas medis

80% alat tersedia sesuai dengan kelas UGD nya dan untuk yang *live saving* harus 100%.

d. Alur pelayanan pasien

a) Triase

Dilakukan minimal 2 perawat, waktu maksimal 2 menit (dalam 2 menit pasien sudah dilakukan labelling), yaitu pada keadaan sehari-hari ditulis pada status, pada keadaan bencana dengan kode labelling merah, kuning, hijau dan hitam.

b) Resusitasi dan stabilisasi

Apabila pasien memerlukan resusitasi bedah maka, maksimal telah dilakukan resusitasi 20 menit sejak pasien terdaftar dan waktu di ruangan maksimal 4 jam dengan target pencapaian 80% dari total seluruh pasien yang masuk resusitasi

c) *False emergency*

Pasien *false emergency* maksimal 1 jam di UGD

d) Kamar operasi

Operasi *demage control* yang telah diprediksi maksimal dalam 1,5 jam, untuk masalah strangulasi/ iskemik dengan waktu tunggu maksimal 4 jam dan untuk infeksi maksimal waktu tunggu 8 jam.

#### 2.8.8. Penjabaran Indikator dalam standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Berdasarkan buku rancangan standar pelayanan minimal yang dikeluarkan oleh Direktorat Bina Pelayanan Medik Depkes RI, 2007. Standar pelayanan unit gawat darurat ada 6 seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.2

Kemampuan Menangani *Leve Saving* Paa Anak dan Dewasa di Gawat Darurat

Judul	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di unit gawat darurat
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat terhadap anak dan dewasa
Definisi operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke gawat darurat
Sumber data	Rekam medik di gawat darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.3

## Jam Buka Pelayan gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam disetiap rumah sakit
Definisi operasional	Jam buka 24 jam adalah
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.4

## Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat

Judul	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Definisi operasional	Jam buka 24 jam adalah
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala pendidikan dan pelatihan rumah sakit

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorta Jenderal Bina Pelayan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.5

## Kecepatan pelayan Dokter di Pelayan Gawat Darurat

Judul	Kecepatan pelayan Dokter di Pelayan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapatkan pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien sampai mendapat pelayan dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n=50)
Sumber data	<i>sample</i>
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu.

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorta Jenderal Bina Pelayan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.6

## Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey (minimal n=50)
Sumber data	survey
Standar	70%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu.

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorta Jenderal Bina Pelayan Medik Depkes RI Jakarta 2007



Tabel 2.7

## Kematian Pasien 24 Jam di Unit Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien 24 Jam di Unit Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Kematian 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	Rekam medik
Standar	2 per seribu
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Gawat Darurat

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayan Medik Depkes RI Jakarta 2007

### 2.8.9. Penanggulangan Penderita Gawat darurat (PPGD)

Kegawatan merupakan suatu keadaan yang menimpa seseorang yang dapat menimbulkan proses mengancam jiwa, dalam arti perlu pertolongan tepat, cermat dan tepat bila tidak maka seseorang tersebut dapat mati atau menderita cacat. (Depkes, 2006).

Prinsip PPGD ialah (1) tindakan dapat dilakukan oleh siapa saja baik oleh dokter, perawat, awam yang pertama menegtahuinya. (2)Tindakan pertolongan pertama bukanlah terapi definitif. (3)tindakan PPGD terdiri dari bantuan hidup dasar/ *basic life support* dan bantuan hidup lanjut / *advenced life support*. (4)Dalam penangananya melibatkan multi disiplin, multi profesi, dan lintas sektoral bukan merupakan penjumlahan masing-masing disiplin.(5) Bila resusitasi yang bersipat *life saving* berhasil, diperlukan pengetahuan tambahan (spesialisasi) sesuai kasus untuk menunggu rujukan. (6) Kegiatan PPGD meliputi: pra rumah sakit, intra rumah sakit dan antar rumah sakit (Depkes,2006).



## **BAB 3**

### **GAMBARAN UMUM RSUD NAGAN RAYA**

#### **3.1. Letak Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Nagan Raya**

RSUD Nagan Raya adalah Rumah Sakit milik pemerintah yang berada di Ujong Patihah Kecamatan Kuala Kabupaten Nagan Raya dibangun diatas lahan 4,7 hektar dengan status type C dan berlokasi di Jalan Nasional ( Meulaboh –Tapak Tuan) Kilometer 28,5 Kecamatan Kuala. Telp 0655-7007401 Kode Pos 23661.

#### **3.2. Sejarah RSUD Nagan Raya**

RSUD Nagan Raya pada awalnya adalah pengembangan dari Puskesmas Perawatan Ujong Patihah dengan kapasitas 10 tempat tidur, satu rumah dinas dokter dan dua rumah dinas paramedis. Diawali pembangunannya pada akhir tahun 2003 dengan usulan Proposal Rencana Pembangunan RSUD Nagan Raya yang ditujukan kepada Bappenas, Depkes R.I dan Dinas Kesehatan Prov. NAD. Pada tahun 2004 Pemerintah Pusat Melalui Departemen Kesehatan mengalokasikan dana APBN tahun anggaran 2004 untuk membangun Gedung Poliklinik & Administrasi dan dana dari APBD Prov. NAD tahun anggaran 2004 untuk membangun Gedung UGD. Gedung Poliklinik & Administrasi (1.200 M<sup>2</sup>) sudah terbangun, sedangkan Gedung UGD (400 M<sup>2</sup>) tertunda pembangunannya akibat bencana gempa dan tsunami akhir tahun 2004.

Dampak bencana Gempa & Tsunami yang terjadi tanggal 26 Desember 2004 sangat besar pengaruhnya dalam melanjutkan proses pembangunan RSUD Nagan Raya. Hal ini disebabkan karena Kabupaten Nagan Raya merupakan Kabupaten yang juga terkena Tsunami (16 desa pesisir pantai rusak total, banyak sarana dan prasarana pelayanan yang juga rusak). Semua pusat pelayanan kesehatan korban gempa dan tsunami Kabupaten Nagan Raya pada saat itu berada di Puskesmas Perawatan Ujong Patihah. Di Puskesmas inilah sejak awal Januari s/d April 2005 dibuka pelayanan dokter spesialis (relawan) yang datang langsung dari Swiss untuk membantu korban gempa & tsunami. Dokter-dokter spesialis tersebut dibawa oleh sebuah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak dalam pelestarian lingkungan hidup yaitu Yayasan Ekosistem Lestari (YEL) dan PanEco dari Swiss.

Pada tahun 2005 Pemda Nagan Raya mengeluarkan Peraturan daerah (Qanun) No.3 Tahun 2005 tentang Struktur Organisasi RSUD Nagan Raya serta pelantikan Kepala Kantor Pelayanan Kesehatan RSUD Nagan Raya yang pertama pada tanggal 7 April 2005 sesuai Surat Keputusan (SK) Bupati Nagan Raya Nomor : Peg.821.2/0465/2005 tanggal 7 April 2005 M / 27 Shafar 1426H

Pembangunan RSUD Nagan Raya bantuan YEL, PanEco dan Caritas Swiss telah dimulai pada akhir bulan Pebruari 2006 dan berakhir pada akhir bulan Mei 2007, disamping itu RSUD Nagan Raya juga mendapatkan bantuan 5 (lima) Unit Mobil Ambulance; masing-masing dari Unicef, PT. Merck Tbk, Kualisi Masyarakat Sipil (KMS) dan Bank Rakyat Indonesia (BRI). Tahun 2006 mendapat bantuan 1 (satu) unit lagi mobil Ford (ambulance) bantuan Malthesser Jerman. Juga pada tahun yang sama telah menerima bantuan Peralatan Medis & Non Medis untuk kegiatan

Ponek (Obstetri / Ginekologi dan Pediatrik) dari Unicef dan dari Dinas Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD). Dari Project HOPE Amerika berupa peralatan Laboratorium, Poliklinik Anak dan Kebidanan. Serta bantuan Sumber Air Bersih (Sumur Bor) dari Solidarities Perancis.

### 3.4. Prasarana

**Tabel 3.2**

**Jenis bangunan yang telah dibangun sebelum pengembangan menjadi RSUD Nagan Raya**

No	Kegiatan /Jenis Bangunan	Luas	Thn. Dibgun
1.	Puskesmas Rawat Inap	800 M2	1993
2.	Rumah Dinas Dokter	70 M2	1993
3.	Rumah Dinas Paramedis	60 M2	1993
4.	Gedung Adm dan Poliklinik	1200 M2	2004
5.	Gedung UGD	400 M2	2004
6.	Gedung Serba Guna	324 M2	2005

Sebelum dilakukan pengembangan menjadi RSUD Nagan Raya, telah ada beberapa bangunan seperti pada tabel diatas yang di bangun dari tahun 1993 sampai dengan tahun 2005.

**Tabel 3.3****Jenis Bangunan Yang di Bangun Pada Awal Tahun 2006**

No	Kegiatan/Jenis Bangunan	Luas
1.	Gedung Rawat Inap I	296,14 M2
2.	Gedung Rawat Inap II	384,4 M2
3.	Gedung Balai Pengobatan	587,8 M2
4.	Bangunan Penunjang	492,27 M2
5.	Pembangunan Selasar	700 M2
6.	Pembangunan Jalan dan Parkir	325 M2
7.	Pembangunan Pos Satpam	5 M2
8.	Pembangunan Penghijauan	-
9.	Pembangunan Blok Toilet I	45 M2
10.	Pembangunan Blok Toilet II	45 M2
11.	Pembangunan Pagar Lingkar RS	-
12.	Pembang Asrama 1 Kamar	357 M2
13.	Pembang Rumah Staf 2 Kamar	200 M2
14.	Pembang Rumah Dokter 3 Kamar	420 M2
15.	Pembang Rumah Dokter 4 Kamar	198 M2
16.	Pembangunan Pintu Gerbang	-
17.	Pembang Septik Tank Perumahan	-
18.	Pembangunan Drainase dlm RS	-
19.	Pembang Pipa Distrib Air Bersih	-

**Gedung Rawat Inap I**, terdiri dari ruang rawat inap dengan jumlah 22 TT biasa (4 Ruang VIP), Dapur Kecil, R. Obat dan R. Perawat serta 4 kamar toilet (WC)

. **Gedung Rawat Inap II**, terdiri dari ruang rawat inap dengan jumlah 24 TT, Dapur Kecil, R. Obat dan R. Perawat serta 2 kamar toilet (WC). **Gedung Balai Pengobatan** didalamnya berisi 3 Kamar Operasi, R. Peralatan, R. Bank Darah, R. Laboratorium, R. ICU, R. Perawat ICU, Ruang Steril Operasi, R. Pre Op, R. Post Op, R. Bersalin Normal, R. Jaga Perawat, R. Rawat Bayi, R. Rawat Ibu, R. Dokter Jaga, R. Arsip, 5 R. Toilet (WC). Sedangkan **Bangunan Penunjang** terdiri dari R. Cuci, Gudang R. Cuci, Gudang Kering, Gudang Daging, Gudang Sayur, Dapur Besar, Kantin, Gudang Obat, Pengolahan Limbah Padat (tersendiri) , Garase, R. Bengkel, Gudang Peralatan, R. Kantor Penunjang, R. Staff, R. Genset, dan R. Rapat serta 2 Kmr. Toilet (WC).

**Tabel 3.4**

**Pembangunan Baru, Lanjutan, Rehab dan Bongkar Bangunan Lama**

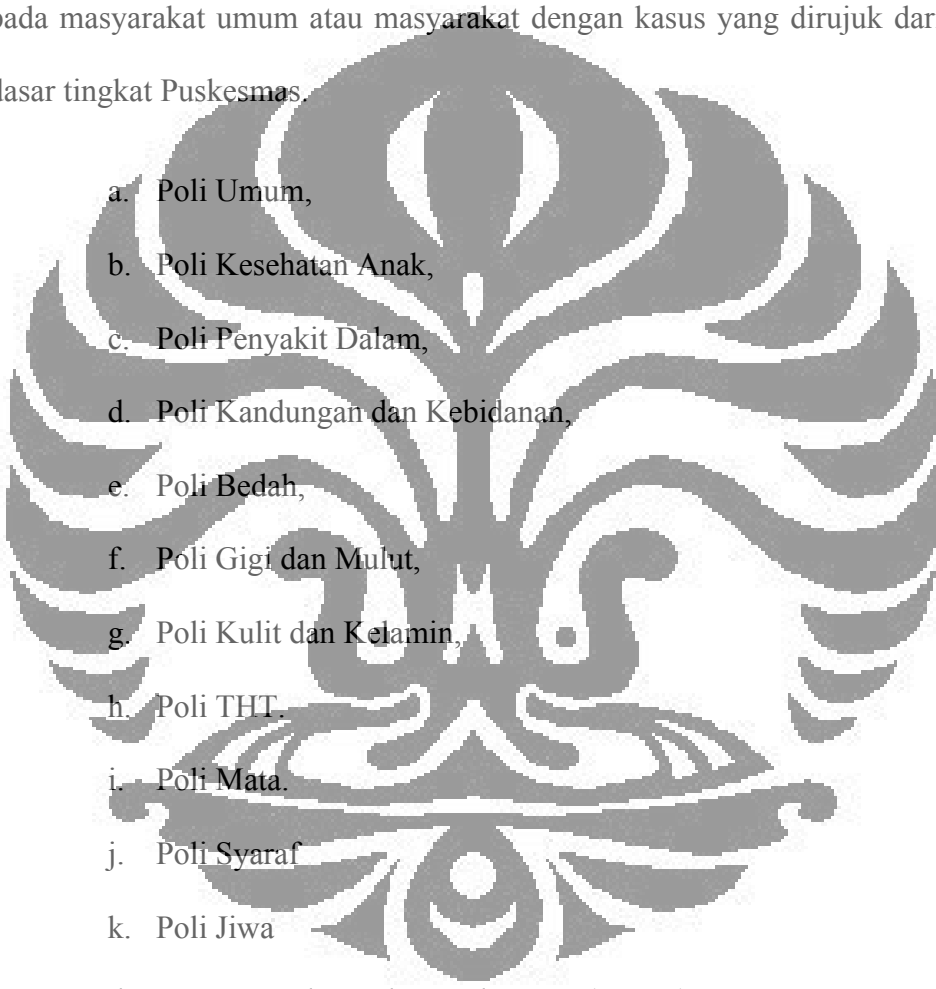
NO	Kegiatan	Luas
1	Pembangunan Baru - Kamar Duka - Garase Ambulance - Musholla + Tpt Wudhu - Gedung UGD - Gdg. Rekam Medik - Pagar & Selokan	150 M2 120 M2 226 M2 378 M2 404 M2
2.	Rehab Bangunan Lama : - Gdg Poli Klinik	716 M2
3.	Bongkar Bangunan Lama -2 Unit Rumah Paramedis	60 M2

Berdasarkan tabel 3.4 pihak pengelola RSUD Nagan Raya telah melakukan pemugaran bangunan lama, membongkar bangunan yang tidak sesuai *dengan master plan* dan membangun beberapa gedung baru.

### 3.5. Bentuk Pelayanan di RSUD Nagan Raya

#### 3.5.1. Pelayanan Rawat Jalan atau Poliklinik.

Pelayanan rawat jalan dikembangkan agar dapat memberikan jangkauan pelayanan yang lebih luas baik untuk pelayanan dasar ataupun pelayanan spesialis pada masyarakat umum atau masyarakat dengan kasus yang dirujuk dari pelayanan dasar tingkat Puskesmas.

- 
- a. Poli Umum,
  - b. Poli Kesehatan Anak,
  - c. Poli Penyakit Dalam,
  - d. Poli Kandungan dan Kebidanan,
  - e. Poli Bedah,
  - f. Poli Gigi dan Mulut,
  - g. Poli Kulit dan Kelamin,
  - h. Poli THT.
  - i. Poli Mata.
  - j. Poli Syaraf
  - k. Poli Jiwa

#### 3.5.2. Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan (PTKK)

Pelayanan korban kekerasan yang dilaksanakan secara bersama-sama dalam bentuk pengobatan dan perawatan secara fisik, psikis serta pelayanan sosial dan hukum dengan lingkup pelayanan :

- a. Penyelamatan nyawa (*Life-saving*) untuk krisis fisik.



- b. Penanganan teknis-medis terhadap trauma fisik.
- c. Penanganan krisis psikologik termasuk penanganan konselling untuk mendapatkan dukungan keluarga dan persiapan kembali menghadapi masyarakat (rehabilitasi).
- d. Edukasi kepada klien, keluarga dan masyarakat melalui PKMRS dengan isu sensitif gender
- e. Pencatatan dan Pelaporan untuk layanan hukum.

### 3.5.3. Pelayanan Gawat Darurat.

Pembangunan fasilitas Unit Gawat Darurat (UGD) dirancang agar dapat melaksanakan pelayanan gawat darurat yang mencakup :

- a. Aspek pelayanan gawat darurat terhadap peningkatan kasus kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja dan kasus penyakit serta kelainan lainnya yang membutuhkan penanganan kegawat-daruratan.
- b. Pengembangan pelayanan gawat darurat bagi kecelakaan rumah tangga
- c. Pengembangan pelayanan gawat darurat kasus persalinan sebagai upaya nyata dalam penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.
- d. Strategi penanggulangan kasus KLB dari berbagai penyakit khususnya Diare dan ISPA – Pneumonia.
- e. Pengembangan kualitas pelayanan pada instalasi gawat darurat dengan program pendidikan dan latihan standar operasional prosedur (SOP).

#### 3.5.4. Pelayanan Penunjang Medik.

- a. Ruang Laboratorium / Patologi Klinik,
- b. Ruang Isolasi,
- c. Ruang Radiologi,
- d. Ruang Operasi ( td. 2 R. OK Bedah Umum dan 1 R. OK Kebidanan),
- e. Ruang *Intensive Care Unit* (ICU),
- f. Ruang Fisioterapi,
- g. Ruang / Gudang Farmasi
- h. Ruang Unit Bank Darah,
- i. Apotik RS,
- j. Ruang Sterilisasi,
- k. Ruang Dapur,
- l. Ruang Laundry.

#### 3.5.5. Pelayanan Rawat Inap.

Pelayanan rawat inap disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat dengan prioritas awal pada perawatan 4 (empat) bagian besar (Penyakit Dalam, Penyakit Anak, Bedah dan Kandungan/Kebidanan) serta perawatan ICU dengan total 80 Tempat Tidur (TT) Sedangkan perawatan rawat inap kasus penyakit lainnya akan disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan masyarakat.

#### 3.5.6. Rekam Medik.

Kegiatan ini dimaksudkan agar seluruh informasi dan data penderita dapat disimpan dan diaudit dengan baik. Direncanakan semua informasi penderita dapat

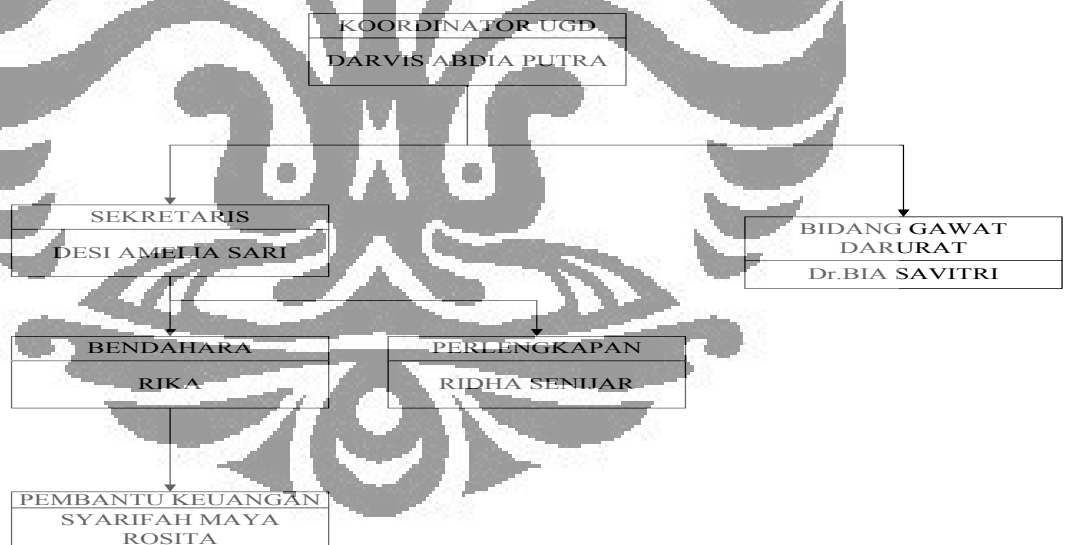
diakses secara *computerized (on line)*, sehingga dapat mempercepat dan menjamin mutu pelayanan melalui Sistem Informasi Pelayanan Kesehatan Terpusat (LAN = *Local Area Network*)

### 3.5.7. Pemeriksaan Kesehatan (*General Check Up*)

3.5.8. Bentuk-bentuk pelayanan Nonmedik yang diberikan meliputi :

- a. Instalasi Pengolahan Sampah Medis Rumah Sakit
- b. Instalasi Pengolahan Air Limbah Rumah Sakit

### 3.5.8.1 Struktur Organisasi UGD RSUD Nagan Raya



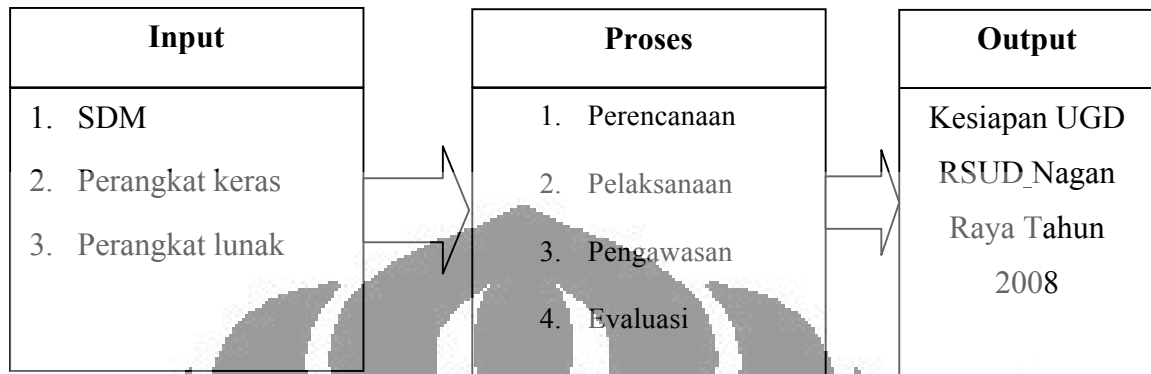
## BAB 4

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1. Kerangka Konsep

Klasifikasi yang membedakan setiap pelayanan di unit gawat darurat di rumah sakit adalah kemampuan dalam melakukan pemeriksaan awal dan penatalaksanaan pasien gawat darurat yang diketahui dengan adanya: ketersediaan sumber daya manusia, ketersediaan fasilitas dan peralatan, ketersediaan sarana pendukung, ketersediaan sistem kendali mutu, ketersediaan fasilitas pendidikan dan pelatihan (Depkes,2004).

Data dari profil RSUD Nagan Raya tahun 2007 penyakit yang terbanyak di temukan di UGD adalah *trauma capitis* sebanyak 320 kasus (17%) dan data awal yang diperoleh peneliti dari tiga orang petugas UGD melalui wawancara via telpon di dapati bahwa adanya komplain pasien terhadap pelayanan gawat darurat di UGD, keluhan tentang tenaga, obat dan peralatan yang kurang, sistem komunikasi antar UGD dengan unit pelayanan lain kurang dikomunikasikan dengan baik serta petugas tidak mengetahui adanya kebijakan prosedur(SOP) tentang pelaksanaan pelayanan gawat darurat. Maka kerangka konsep penelitian tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



Pelayanan kesehatan merupakan suatu unsur penentu yang kritis untuk mempertahankan hidup pada awal suatu bencana. Bencana hampir selalu berdampak bermakna terhadap kesehatan dan kesejahteraan penduduk yang terkena bencana. Dampak kesehatan langsung akibat suatu kedaruratan dan bencana misalnya terjadi cedera, *traumatis psikologis* sedangkan dampak tidak langsung seperti meningkatnya penyakit infeksi, kurang gizi, komplikasi penyakit menahun. Dampak tidak langsung ini biasanya berkaitan dengan faktor-faktor misalnya tidak memadai jumlah dan kualitas air, rusaknya sanitasi, terputusnya pasokan makanan, terganggunya pelayanan kesehatan, penduduk yang terlupadat dan berpindah.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 106/MENKES/SK/1/2004 bahwa kesiapan unit gawat darurat dalam menghadapi keadaan bencana dan kedaruratan sangat ditentukan oleh kesiapan sumber daya manusia yang terdiri dari tenaga medis, paramedis, dan tenaga lainnya serta kesiapan perangkat keras, perangkat lunak, dan perangkat informasi. Jadi untuk menentukan kesiapan UGD dibandingkan antara data yang ditemukan di UGD RSUD Nagan Raya dengan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 106/MENKES/SK/1/2004, selanjutnya akan ditemukan hasil apakah UGD tersebut sesuai dengan standar atau tidak.

#### 4.2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	
<b>SDM</b>	Dokter Umum	Tenaga medis yang bekerja pada instalasi gawat darurat yang diukur berdasarkan pelatihan yang diikuti, waktu bertugas dan jumlah seperti pada satandar	Ceklist	Telaah Dokumen, observasi dan Wawancara mendalam	waktu bertugas, jumlah dan pelatihan yang pernah di ikuti
	Dokter Spesialis	Tenaga medis dengan spesialisasi yang terkait dengan kegawat daruratan diukur berdasarkan jenis, waktu bertugas dan jumlah seperti pada satandar	Ceklist	Telaah Dokumen, observasi dan Wawancara mendalam	waktu bertugas, jumlah dan jenis
	Perawat dan Pegawai Lain	Perawat dan tenaga non kesehatan lainnya yang bekerja pada instalasi gawat darurat diukur berdasarkan pelatihan yang di ikuti, jenis, waktu bertugas dan jumlah seperti pada satandar	Ceklist	Telaah Dokumen, observasi dan Wawancara mendalam	waktu bertugas, jumlah, jenis dan pelatihan yang pernah di ikuti
<b>Perangkat Keras</b>	Fasilitas prasarana	Saranan fisik gedung gawat darurat yang diukur berdasarkan luas bangunan dan fungsi ruangan ugd berdasarkan pada satndar	Ceklist	Telaah Dokumen, observasi dan Wawancara mendalam	Ukuran bangunan, fungsi penggunaan ruangan
	Peralatan	Merupakan sarana teknis yang digunakan pada saat gawat darurat terdiri dari jumlah dan jenis peralatan	Ceklist	Telaah Dokumen, observasi dan Wawancara mendalam	Jumlah dan jenis alat-alat kesehatan
	Obat-obatan	Merupakan sarana obat-obatan yang digunakan dan berhubungan dengan gawat darurat	Ceklist	Telaah Dokumen, observasi dan Wawancara mendalam	Jumlah dan jenis obat-obatan
	Komunikasi	Fasilitas alat komunikasi yang tersedia untuk membantu kelancaran pelayanan dan pencatatan	Ceklist	Telaah Dokumen dan observasi	Pernyataan informan, jumlah fasilitas yang tersedia

		yang berhubungan dengan penyakit pasien.			
<b>Perangkat Lunak</b>	Prosedur tetap	Peraturan pengelolaan pelayanan kesehatan yang dengan keadaan bencana anntara lain: Kasus perawatan dengan ancaman kematian; <i>True emergency</i> dengan lima kasus terbanyak; Kasus keracunan massal; Kasus-kasus khusus seperti: perkosaan, kekerasan pada anak, persalinan normal/tidak normal, kegawatan diruang perawatan; Ketentuan-ketentuan khusus yang berhubungan dengan: kegunaan hubungan dengan asuransi, batas-batas tindakan medis, etika dan hukum, pendataan, tanggung jawab dokter pada penanganan kedaruratan.	Ceklist	Telaah Dokumen, observasi dan Wawancara mendalam	Pernyataan informan ,  SOP
	Disaster plan	Perencanaan dalam penanggulangan bencana yang disusun dalam suatu dokumen	Ceklist	Telaah Dokumen dan wawancara mendalam	Pernyataan informan,  Dokumen disaster plan
	Pendidikan dan pelatihan	Pengembangan pengetahuan bagi petugas kesehatan di UGD tentang penanggulangan kegawat daruratan	Ceklist	Telaah Dokumen wawancara mendalam	Pernyataan informan,  sertifikat DIKLAT
<b>Kesiapan UGD Berdasarkan SPGDT Tahun 2004</b>		Terpenuhinya standar sumber daya manusia, perangkat keras, perangkat lunak dan perangkat informasi sesuai dengan standar SPGDT No 106 Tahun 2004.	Standar SPGDT	Telaah Dokumen, observasi dan Wawancara mendalam	Pernyataan informan, jenis tenaga, waktu bertugas, jumlah tenaga, ukuran bangunan, pungsi penggunaan bangunan, jumlah dan jenis alat-alat kesehatan, jumlah dan jenis obat-obatan, SOP, serta jumlah dan jenis perangkat informasi

## BAB 5

### METODE PENELITIAN

#### 5.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan metode observasi, telaah dokumen dan wawancara mendalam. Penelitian ini dirancang dengan cara melakukan perbandingan antara standar baku Depkes tentang sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT) terhadap sistem penanggulangan gawat darurat di UGD RSUD Nagan Raya. Analisa data direncanakan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif untuk data skunder dan kualitatif untuk data primer. Triangulasi sumber dilaksanakan dengan melakukan *cross-check* data terhadap fakta dari sumber lain yang berbeda untuk menggali topik yang sama.

#### 5.2. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Gawat Darurat (UGD) Badan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nagan Raya yang rencananya akan dilakukan pada bulan juli tahun 2008.

#### 5.3. Informan

Wawancara mendalam atau *indepth interview* merupakan salah satu tehnik penelitian kualitatif yang dilakukan untuk menggali informasi yang mendalam dari



informan. Kelebihan dari wawancara mendalam adalah informan tidak merasa malu, takut dan tertekan dalam menyampaikan informasi walaupun mengenai hal-hal sensitif.

Adapun informan dalam penelitian terdiri dari:

1. Direktur RSUD Nagan Raya
2. Kepala ruangan unit gawat darurat UGD RSUD Nagan Raya
3. Tiga orang staf UGD RSUD Nagan Raya

#### **5.4. Sumber Data**

##### **5.4.1. Data skunder**

Data skunder pada penelitian ini diambil dari dokumen unit gawat darurat dengan SPGDT di RSUD Nagan Raya dengan metode telaah dokumen, antar lain: Hospital Dissaster Plan, Data kepegawaian di RSUD Nagan Raya, Data sarana dan Prasarana.

##### **5.4.2. Data primer**

Data primer pada penelitian ini diperoleh dengan metode wawancara langsung dengan informan dengan menggunakan metode wawancara mendalam dengan alat bantu panduan wawancara.

#### **5.5. Keabsahan Informasi**

Moleong (2006), menyatakan bahwa untuk menetapkan keabsahan (*trustworthineess*) data/informasi diperlukan teknik pemeriksaan data. Teknik pemeriksaan data tersebut didasarkan atas kinerja; derajat kepercayaan, keteralihan

ketergantungan dan kepastian. Teknik pemeriksaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan triangulasi sebagai berikut:

#### 1. Triangulasi sumber

Informasi dalam penelitian ini didapatkan dari Karyawan, Kepala Ruangan UGD, dan Direktur Rumah Sakit.

#### 2. Triangulasi metode

Teknik pengumpulan informasi yang digunakan adalah telaah dokumen, observasi dan wawancara mendalam (*indepth interview*).

### 5.6. Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan telaah dokumen terhadap topik-topik penelitian dengan menggunakan alat bantu cheklis (daftar tilik). Kemudian hasil telaah dokumen akan dibandingkan dengan Standar SPGDT Nomor 106 Tahun 2004.

Bila hasil telaah dokumen didapatkan terjadinya ketidaksesuaian antara standar SPGDT Nomor 106 Tahun 2004 dengan kenyataan yang ada, maka akan dilakukan penggalan informasi penyebab ketidaksesuaian tersebut dengan menggunakan metode wawancara mendalam dengan pendekatan *what, when, where, who, why dan how* (5W + 1 H).

### 5.7. Pengolahan Data/informasi

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan perbandingan antara hasil telaah dokumen dengan standar SPGDT No 106 Tahun 2004 yang disajikan dalam tabel. Informasi dari hasil wawancara dengan informan akan dilakukan transkripsi informasi dengan cara pengaturan informasi, pengkodean serta meringkas informasi dalam bentuk matrik informasi berdasarkan topik-topik penelitian.

### **5.8. Analisis Data**

Analisis kualitatif yaitu analisis terhadap data terkumpul dari telaah dokumen dan informasi dari hasil wawancara atau data riil di lapangan dengan mengkomparasikan dengan standar SPGDT No 106 tahun 2004 Kemenkes RI serta melihat isi informasi untuk membandingkan antara realita UGD RSUD Nagan Raya dengan standar SPGDT No 106 tahun 2004 dengan analisis terhadap isi informasi.

## **BAB 7**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1. Keterbatasan Penelitian**

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan kualitatif dengan menggunakan data skunder melalui telaah dokumen, pengamatan dan metode wawancara mendalam kepada informan baik yang berperan sebagai pengambil kebijakan dan pelaksana pelayanan di RSUD Nagan.

Pada sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT), tidak hanya terpadu untuk rumah sakit saja seperti UGD, ICU, HCU namun juga berhubungan dengan pra-rumah sakit dan antar rumah sakit. Karena adanya keterbatasan waktu dan biaya yang dimiliki peneliti maka peneliti hanya fokus pada UGD, khususnya kegiatan wawancara mendalam peneliti melakukan hanya dengan 5 informan yang dilaksanakan selama satu bulan yaitu pada bulan Juli 2008. Pelaksanaan wawancara dilakukan pada saat jam kerja sehingga sering terlalu terburu-buru, disebabkan kesibukan kerja informan pada saat itu, sehingga dapat mempengaruhi kualitas data.

#### **7.2. Pembahasan Hasil Penelitian**

Hasil dari penelitian ini dilakukan komparasi dengan pedoman sistem penanggulangan gawat darurat terpadu yang ditetapkan melalui Surat Keputusan

Direktorat Jenderal Pelayanan medik NoHK.00.06.1630,yang selanjutnya dilakukan pengembangan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 106/Menkes/SK/2004.

Selain itu peneliti juga mengacu pada penelitian sebelumnya yang di teliti oleh Sarim pada tahun 2004 pada rumah sakit se-wilayah Cirebon tentang kesiapan unit gawat darurat secara keseluruhan belum siap. Dari hasil penelitian tersebut jika dilihat dari masing-masing variabel di temukan sebagai berikut dari segi SDM belum siap karena kekurangan dokter dan perawat dengan kualifikasi PPGD, tranfortasi belum siap karena ambulans gawat darurat belum tersedia serta fasilitas luasnya masih kurang dari ketentuan.

#### **7.2.1. Kesiapan Sumber Daya Manusia di Unit Gawat Darurat**

Pelaksanaan pelayanan gawat darurat harus mempunyai tenaga yang terampil, serta memiliki kemampuan dalam pengelolaan pasien gawat darurat, unit gawat darurat yang dipimpin oleh tenaga dengan kualifikasi sesuai dengan klasifikasi UGD, begitu juga dengan staf pelaksana adalah tenaga fungsional dengan kualifikasi sesuai klasifikasi UGD.

Untuk mendapatkan hasil pelayanan yang optimal maka memerlukan tenaga sesuai dengan kulifikasi yang dibutuhkan serta mendapatkan pembinaan melalui berbagai jenis pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan, khususnya di unit gawat darurat bagi dokter dan perawat.

### 7.2.1.1. Kesiapan Dokter Spesialis

Untuk unit gawat darurat kelas C harus memiliki dokter spesialis empat besar yaitu spesialis anak, spesialis kandungan, spesialis bedah dan spesialis penyakit dalam. Dengan cara bertugas *on call* dalam waktu 30 menit setelah di panggil melalui telepon. Pada saat penelitian di UGD RSUD Nagan Raya dokter spesialis belum lengkap, yang telah terpenuhi yaitu spesialis anak, kandungan dan penyakit dalam sedangkan dokter spesialis bedah belum terpenuhi, dengan waktu jaga *on call* yaitu tiba di bagian gawat darurat setelah mendapatkan panggilan selama 30 menit. Dari data kualitatif di peroleh informasi bahwa untuk menangani pasien bedah di *handle* sementara oleh dokter umum untuk kasus-kasus ringan yang bisa ditangani di UGD, sedangkan untuk kasus-kasus berat misalnya kejadian *trauma capitis* yang berat pasien di rujuk ke rumah sakit lain biasanya ke RSUD Cut Nyak Dhien atau ke RSU Pirngadi Medan. Pada saat penulis melakukan penelitian dokter spesialis bedah belum ada namun sudah dicarikan sementara ini belum dapat karena terbentur dengan anggaran, spesialis tersebut minta dengan nilai kontrak yang tinggi

### 7.2.1.2. Kesiapan dokter umum, perawat dari segi jumlah dan pelatihan

Pelatihan merupakan suatu usaha untuk meningkatkan keterampilan karyawan untuk melakukan pekerjaan tertentu, sedangkan pendidikan merupakan suatu usaha untuk meningkatkan pengetahuan atau pemahaman tentang suatu pekerjaan (Soeroso, 2003). Pendidikan formal di dalam suatu organisasi adalah suatu proses pengembangan

kemampuan ke arah yang diinginkan oleh organisasi yang bersangkutan. Sedangkan pelatihan (*training*) adalah bagian dari suatu proses pendidikan, yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan khusus seseorang atau sekelompok orang.

Dalam suatu pelatihan, orientasi pada tugas yang harus dilaksanakan, sedangkan pendidikan lebih kearah kemampuan umum. Pelatihan pada umumnya menekankan kepada kemampuan psikomotor, meskipun didasari pengetahuan dan sikap, sedangkan dalam pendidikan ketiga area kemampuan tersebut (kognitif, afektif, dan psikomotor) memperoleh perhatian yang seimbang. Demikian juga metode belajar mengajar yang digunakan pada pelatihan lebih inovatif dibandingkan dengan pendidikan. Pada akhir suatu proses pelatihan biasanya peserta hanya memperoleh suatu sertifikat, sedangkan pada akhir pendidikan peserta pada umumnya memperoleh ijazah atau gelar (Notoatmojo, 2003).

Berdasarkan hasil penelitian, masih banyak tenaga yang bertugas di UGD RSUD Nagan Raya yang belum berkesempatan mengikuti pelatihan PPGD, berdasarkan pedoman sistem penanggulangan gawat darurat terpadu dan satndar instalsi gawat darurat rumah sakit untuk unit gawat darurat pada RSUD dengan Klasifikasi C atau UGD bintang II harus mempunyai dokter umum dengan kualifikasi PPGD/GELS yang bekerja *site on* selama 24 jam dengan *ratio* 1:20 kasus yang terbagi dalam 3 giliran jaga(1-1-1).

Ternyata dari observasi dan data kualitatif pada Unit gawat darurat RSUD Nagan Raya tidak dapat memenuhi standar ini karena dari jumlah 5 orang dokter umum yang bertugas di UGD. Yang pernah mendapat sertifikasi PPGD/GELS hanya satu orang. Jika

ditinjau dari jumlah pasien yang masuk melalui UGD rata-rata 20-30 orang perhari maka kekuarangan sekitar 2 dokter umum dengan sertifikasi PPGD/GELS. Hal ini dapat terjadi berdasarkan data kualitatif bahwa pihak manajemen masih kurang memahami akan standar UGD rumah sakit dan pedoman SPGDT, serta kendala lainnya berkaitan dengan anggaran yang ada. Memang berdasarkan informasi dari beberapa informan UGD RSUD Nagan Raya sedang mempersiapkan diri menjadi UGD yang terpadu sesuai dengan pedoman SPGDT dan standar UGD rumah sakit, ini terbukti dengan telah diberi kesempatan kepada beberapa staf untuk mendapatkan pelatihan PPGD.

Sebagai pelaksana pelayanan kegawat daruratan di UGD, perawat juga harus mempunyai kualifikasi PPGD+BLS, perawat bertugas di Unit gawat darurat secara *on site* dengan rasio satu perawat untuk 5 pasien. Dari 20 orang perawat yang bertugas di UGD RSUD Nagan Raya dengan shift 5-5-5-5 hanya dua orang perawat dengan sertifikasi PPGD+BLS yaitu kepala UGD dan seorang staf pelaksana. disini terlihat kekurangan perawat dengan kualifikasi PPGD+BLS, jika dilihat dari rata-rata pasien yang datang ke UGD sebanyak 20-30 orang maka dibutuhkan 4 perawat PPGD+BLS jika pasien 20 orang perhari dan jika 30 orang perhari maka kekurangan perawat PPGD+BLS sebanyak 6 orang. Dari segi jumlah tenaga perawat sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan pelayanan namun dari segi kualitasnya masih kurang ini dapat dilihat dari *standar of conduct* dalam standar IGD rumah sakit bahwa sumber daya manusia itu harus terpenuhi 95%. Komitmen manajemen untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia di UGD sangat kuat, hal ini berdasarkan hasil wawancara dengan



informan mereka mengatakan bahwa UGD itu secepatnya akan terpadu dengan memberikan kesempatan kepada staf untuk mengikuti pelatihan gawat darurat.

### **7.2.1.3. Kesiapan pegawai lain**

Pegawai lain/non medis di Unit gawat darurat kelas C total minimal 13 orang yang terdiri dari tata usaha/ keuangan, keamanan dan ketertiban dan pekerya yang bekerja 24 jam dengan 3 kelompok giliran jaga. Semua petugas tersebut di komando oleh kepala perawat dengan dengan sertifikasi PPGD+BLS yang bekerja di jam kerja atau di luar jam kerja. Di UGD RSUD Nagan Raya kepala perawat sudah dengan sertifikasi PPGD+BLS dengan pendidikan D.III keperawatan, kekurangan disini adalah jumlah tenaga lainnya hanya 8 orang semuanya sebagai petugas keamanan dan ketertiban, dari informasi yang di dapatkan melalui informan bahwa yang mengangani keuangan dan administrasi dipercayakan pada perawat jaga pada shift tersebut. Jumlah seluruh tenaga lain di UGD adalah 8 orang dari standarnya 13 orang. kelemahan dari standar ini adalah pada UGD dengan bintang I dan II tidak di jelaskan bagaimana shiftnya serta di standar tersebut masih ada tenaga pekerya sementara pada saat sekarang ini tenaga pekerya tersebut sudah jarang ditemukan bahkan tidak ada lagidan tugas-tugasnya tidak di jelaskan untuk apa saja. Kalau dilihat dari total minimal sudah sangat jelas bahwa pegawai lain di UGD RSUD Nagan Raya ini masih kurang. Informasi dari beberapa informan bahwa dalam merencanakan SDM pihak manajemen mendapatkan informasi dari kepala UGD baik berkaitan dengan kekurangan SDM seterusnya pihak

manajemen akan menindaklanjutinya, sebaiknya pihak manajemen rumah sakit melakukan kajian beban kerja terhadap pegawainya sebelum membuat perencanaan.

## **7.2.2. Kesiapan Perangkat Keras di Unit Gawat Darurat**

### **7.2.2.1. Kesiapan Fisik Sarana dan Prasarana**

Prasarana gedung untuk UGD tipe C adalah  $> 200 \text{ m}^2$  dengan pembagian ruangan seperti triase, resusitasi, tindakan medis, ruang stabilisasi dan observasi, kamar operasi serta ruang khusus. Jika dilihat dari Prasarana gedung di UGD RSUD Nagan Raya sudah memenuhi standar dengan ukuran  $400 \text{ m}^2$  sedangkan untuk ruangan belum memenuhi syarat yaitu pada ruang penunjang medis belum ada ruang perpustakaan dan ruang tenun steril, sementara untuk ruang tindakan medis belum terpenuhi sama sekali sesuai dengan *standar of conduct* dalam buku standar instalasi gawat darurat rumah sakit yang di terbitkan oleh Depkes. dengan melihat dari kelas UGD yang ditentukan oleh kriteria yang paling minimal bahwa ketersediaan ruangan 80% dari seluruh standar yang ada untuk tiap kelas/ bintang kecuali yang vital untuk *live saving* 100% sedangkan penunjang 50%. Jika dilihat dari ketentuan diatas maka UGD RSUD Nagan Raya belum memenuhi kriteria terhadap ruang tindakan medis yang seharusnya 100% terpenuhi sedangkan untuk penunjang medis sudah memenuhi standar.

Dari pengamatan dan informasi yang di sampaikan informan bahwa jika ada kasus-kasus tertentu misalnya memerlukan tindakan bedah atau tindakan kebidanan akan

ditangani pada bagian masing-masing. Berdasarkan data kualitatif yang menjadi kendala dalam pemenuhan ruangan tersebut terbentur pada anggaran rumah sakit seperti untuk membuat sekat-sekat dan alat-alat yang diperlukan untuk tiap-tiap ruangan.

Sarana transportasi terdiri ambulans gawat darurat dan ambulans jenazah, ambulans gawat darurat tujuan penggunaannya untuk pertolongan gawat darurat pra rumah sakit, pengangkutan penderita gawat darurat yang sudah stabil dari lokasi kejadian ketempat tindakan *definitive*/ rumah sakit sebagai transportasi rujukan. Adapun persyaratan umum: kendaraan roda 4 atau dengan suspensi lunak, warna kendaraan putih atau kuning muda dengan pengenal khusus yang memantulkan cahaya, tulisan ambulans terbalik yang memantulkan cahaya hanya pada bagian depan, sedangkan disamping kiri dan kanan terdiri dari: logo rumah sakit dan nama rumah sakit serta lambang emergency internasional (untuk ambulans gawat darurat), tulisan sponsor hanya boleh diletakkan disamping belakang kiri dan kanan dengan ukuran maksimal 10x50 cm, pintu belakang tidak mengganggu keluar masuknya stretcher, lampu rotator warna hijau terletak ditengah atas kendaraan, dinding dan lantai kendaraan tidak membentuk sudut dengan lantai bidai, ruang dalam kendaraan cukup luas untuk bekerja dan infuse dapat menetes dengan baik, tempat duduk bagi petugas/ pendamping penderita dapat dibuka/dilipat, ruangan penderita mempunyai akses dengan tempat pengemudi, gantungan infuse 2 buah terletak sekurang-kurangnya 90 cm diatas tempat penderita, terdapat disaster kit pada ambulans gawat darurat dan ambulans rumah sakit lapangan, terdapat peta setempat disetiap jenis ambulans darat. Sedangkan persyaratan teknis ambulans jenazah yaitu: warna kendaraan

hitam, warna lampu rotator biru terletak ditengah atas kendaraan, sirane satu atau dua nada, tulian mobil jenazah terbalik dibagian depan yang memantulkan cahaya, dilengkapi sabuk pengaman untuk peti jenazah, dapat mengangkut satu peti jenazah, ruang jenazah terpisah dengan ruang pengemudi, tempat duduk terlipat bagi sekurang-kurangnya untuk 4 orang diruangan jenazah.

Dari pengamatan dan informasi yang diperoleh dari informan di UGD RSUD Nagan Raya terdapat 5 buah ambulan biasanya yang di gunakan untuk transportasi, administrasi serta di gunakan juga untuk mengangkut jenazah. Adapun ambulan gawat darurat masih di gabungkan penggunaannya dengan ambulan jenazah. Jika mengacu pada pedoman SPGDT bahwa untuk UGD bintang dua memiliki dua buah ambulan transportasi, bisa di simpulkan bahwa untuk UGD RSUD Nagan Raya kebutuhan ambulannya sudah terpenuhi. Dari informasi yang disampaikan informan kedepan akan dilakukan pemisahan antara ambulan gawat darurat dan ambulan jenazah, ambulan jenazah akan di cat berwarna hitam.

#### **7.2.2.2. Kesiapan Peralatan Medis**

Tidak tersedianya sarana pendukung kerja dengan memadai menyebabkan tenaga pelaksana tidak dapat melaksanakan pekerjaannya dengan efektif dan efisien, dikarenakan sebagian besar pekerjaan yang harus dilakukan oleh staf membutuhkan alat-alat medis yang lengkap dan sarana pendukung lainnya. Apabila keadaan ini terus

dibiarkan organisasi, maka selain akan berpengaruh terhadap pelayanan yang diberikan juga dapat menimbulkan kekecewaan bagi pasien dan keluarganya.

Dalam pelaksanaannya upaya yang dilakukan oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang berkualitas pada pasien gawat darurat pihak manajemen akan mempersiapkan tenaga skill sesuai dengan kebutuhan UGD juga memberikan kesempatan kepada staff untuk mengikuti pelatihan gawat darurat serta mempersiapkan fasilitas prasarana yang cukup dan memadai.

Untuk peralatan medis umum di UGD RSUD Nagan Raya sudah lengkap seperti poli klinik set, tensi meter, stetoskop, thermometer sudah tersedia sedangkan untuk peralatan medis utama belum sepenuhnya terpenuhi. Berdasarkan standar minimal pada buku standar instalasi gawat darurat rumah sakit bahwa 80% alat dan fasilitas medis harus tersedia sesuai dengan kelas UGDnya sedangkan yang bersipat *live saving* harus terpenuhi 100% yang harus dimiliki UGD. Dari data kualitatif dan pengamatan bahwa ketersediaan peralatan medis utama berjumlah 60% jika di komparasikan dengan standar maka peralatan medis di UGD RSUD Nagan Raya belum sesuai standar.

Informasi yang di peroleh dari informan bahwa untuk menyediakan sarana yang memadai masih terkendala dana, karena alokasi dana untuk rumah sakit sangat terbatas, seperti yang disampaikan oleh direktur rumah sakit sarana dan prasarana itu merupakan pengadaan dari pusat, provinsi dan APBD seperti untuk tahun 2009 akan mendapatkan dana alokasi khusus (DAK) yang di peruntukkan khusus untuk UGD hambatan lainnya

adalah dalam membuat perencanaan berkaitan dengan alat medis, obat-obatan serta SDM harus mendapatkan persetujuan dari DPRD.

#### **7.2.2.3. Kesiapan Obat-obatan**

Obat-obatan yang harus tersedia di unit gawat darurat terbagi menjadi obat-obatan utama, obat-obatan tambahan dan cairan infus serta cairan infus tambahan.

Untuk obat-obatan utama cukup tersedia, sedangkan untuk obat-obatan tambahan dan cairan infuse tambahan hanya dua jenis yang belum terpenuhi seperti anti bisa ular dan cairan infuse koloid seperti hemocel, hes 6%. Setelah dilakukan komparasi dengan standar minimal UGD bahwa 80% obat harus tersedia dan untuk yang bersipat *live saving* harus terpenuhi 100%, maka obat-obatan yang utama di UGD RSUDNR telah terpenuhi 100% sedangkan untuk obat-obatan tambahan terpenuhi 84%. Maka dapat disimpulkan bahwa dari segi obat-obatan untuk penanggulangan gawat darurat terpadu di UGD RSUDNR sudah terpenuhi, di kuatkan lagi dengan informasi yang disampaikan oleh beberapa informan bahwa kebutuhan obat-obatan di UGD sudah cukup terpenuhi.

#### **7.2.2.4. Kesiapan Perangkat Komunikasi**

Dalam pelayanan kegiatan gawat darurat sehari-hari memerlukan sebuah system komunikasi yang terdiri dari jaring penyampaian informasi, jarring koordinasi dan jarring pelayanan gawat darurat sehingga seluruh kegiatan dapat berlangsung dalam satu system terpadu.

Perangkat komunikasi radio merupakan sarana bantu untuk mendukung kelancaran komunikasi dalam pelayanan medik dan kesehatan, berbeda dengan telepon perangkat komunikasi radio mempunyai keunggulan maupun kekurangan dibandingkan dengan perangkat telpon dari segi keuntungan antara lain tidak tergantung dari adanya jaringan telepon dan komunikasi tidak terbatas pada dua pihak saja, pada saat yang sama berita dapat diterima oleh semua pihak yang memonitor gelombang tersebut. Hal ini sangat menguntungkan untuk digunakan dalam program penanganan bencana/ gawat darurat.

Gawat darurat adalah nyawa (*time saving is life saving*) dimulai dari ujung tombak pelayanan dipuskesmas sampai dengan pusat tertinggi perlu system komunikasi sebagai rujukan untuk peningkatan dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Perangkat komunikasi dan informasi di unit gawat darurat RSUD Nagan Raya belum semuanya terpenuhi, yang sudah tersedia seperti: telepon, radio internal, radio komunikasi, komputer sementara yang belum ada adalah overhead projector. Pada saat keadaan gawat darurat atau keadaan bencana yang paling penting adalah telepon dan radio komunikasi, karena radio komunikasi dapat dipantau oleh orang lain pada gelombang yang sama. Dari pedoman SPGDT untuk UGD bintang II harus memiliki OHP satu unit, untuk keadaan saat ini banyak lembaga sudah tidak menggunakannya lagi kerana sudah beralih ke-LCD, untuk itu mungkin Depkes perlu merevisi ulang panduan tersebut.

### 7.2.3. Kesiapan Perangkat Lunak

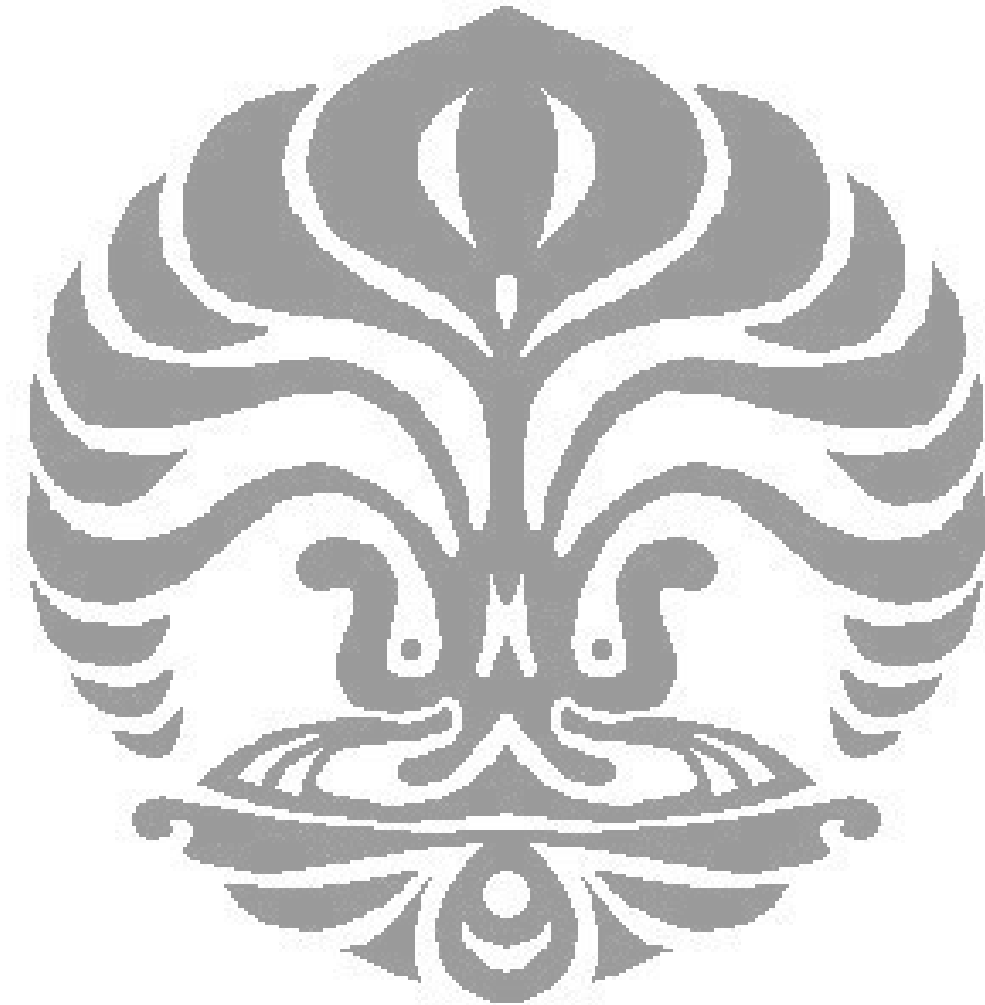
Pelaksana pelayanan gawat darurat harus mempunyai standar operasional (SOP), pada penelitian ini memperhatikan 14 standar operasional prosedur seperti berikut ini: kasus perkosaan, keracunan massal, kekerasan pada anak, persalinan normal, persalinan tidak normal, kegawatan diruang perawatan, kegunaan dengan asuransi, batas-batas tindakan medis, etikan hukum pendataan, tanggung jawab dokter pada penanganan kegawat daruratan, kasus kegawatan yang mengancam jiwa, *true emergency* (5 kasus terbanyak), kasus dengan korban massal.

Kesiapan perangkat lunak di unit gawat darurat RSUD Nagan Raya belum terpenuhi, hanya dua SOP yang telah ada yaitu batasan tindakan medis dan tanggung jawab dokter pada penanganan kegawat daruratan. Dari data kualitatif beberapa informan menyampaikan bahwa SOP itu sangat penting selain sebagai panduan dalam melaksanakan pekerjaan juga sebagai pedoman jika misalnya terjadi tuntutan hukum, bahwa petugas telah bekerja sesuai dengan standar prosedur.

Ketiadaan SOP disebabkan kurangnya komitmen pihak manajemen dalam bekerja sama dengan SMF, karena penyusunan SOP itu adalah wewenang komite medik yang akan dilaksanakan oleh UGD. Jadi pedoman dalam melakukan penanganan pasien di UGD RSUDNR berdasarkan data kualitatif yang disampaikan oleh informan bahwa karena rumah sakit belum memiliki SOP maka mereka menggunakan ilmu dan keahlian



yang yang dimiliki, seperti yang di sampaikan oleh informan bahwa dalam waktu dekat pihak rumah sakit akan membuat SOP dan disater plan untuk UGD.



## BAB 8

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan tentang system penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT) di unit gawat darurat rumah sakit umum Nagan Raya, maka dapat ditarik kesimpulan:

Dalam pelaksanaannya UGD RSUD Nagan Raya sedang mengarah kepada sistem penanggulangan gawat darurat terpadu seperti telah ada staf UGD yang mendapat pelatihan PPGD, melakukan pembagian ruangan serta desain luas ruangan sesuai dengan standar pedoman SPGDT, namun yang menjadi kendala untuk sumber daya manusia nya masih kekurangan dokter spesialis satu orang dan kekurangan dokter umum dengan sertifikasi PPGD/GELS serta masih banyak perawat tanpa sertifikasi PPGD+BLS.

Untuk menangani kasus-kasus tertentu misalnya yang berkaitan dengan bedah, kebidanan langsung ditangani di *center* masing-masing karena ruang tindakan medis di UGD belum tersedia berdasarkan kriteria yang paling minimal bahwa ketersediaan ruangan 80% dari seluruh standar yang ada untuk tiap kelas/ bintang kecuali yang vital untuk *live saving* 100% sedangkan penunjang 50%. Jika dilihat dari ketentuan diatas maka UGD RSUD Nagan Raya belum memenuhi kriteria terhadap ruang tindakan medis yang seharusnya 100% terpenuhi sedangkan untuk penunjang medis sudah memenuhi standar.

Sementara yang berkaitan dengan fasilitas peralatan medik utama di UGD baru terpenuhi 60%, peralatan medis umum sudah terpenuhi 100%. Jika di dibandingkan dengan standar instalasi gawat darurat rumah sakit bahwa 80% alat dan fasilitas medis harus tersedia sesuai dengan kelas UGD-nya sedangkan yang bersifat *live saving* harus terpenuhi 100% yang harus dimiliki UGD. Sedangkan untuk obat-obatan dalam pelaksanaan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu untuk obat-obatan utama 100% sudah terpenuhi dan obat-obatan tambahan terpenuhi 84%.

Di UGD RSUD Nagan Raya belum memiliki SOP sebagai pedoman dalam melakukan pelayanan kegawat daruratan. Sedangkan untuk perangkat komunikasi dan informasi dari 5 perangkat tersebut seperti disyaratkan dalam pedoman SPGDT di RSUD Nagan Raya sudah terpenuhi 4 alat-alat yang belum ada hanyalah *over headprojector*.

## **8.2. Saran**

### **8.2.1. Bagi Departemen Kesehatan**

- a. Agar mendistribusikan pedoman SPGDT ke setiap rumah sakit di daerah-daerah
- b. Pembiayaan pelatihan dan peningkatan SDM untuk sertifikasi PPGD bagi perawat dan dokter.

- c. Peninjauan kembali satandar pegawai lainnya pada pedoman SPGDT yang berjumlah 13 orang, karena pada saat ini tenaga pekarya tidak ada lagi atau pendidikannya ditingkatkan meneimal D3.

### 8.2.2. Bagi Pemerintah Kabupaten Nagan Raya

- a. Agar Pemerintah Daerah meningkatkan komitmennya dalam memberikan dukungan pembiayaan guna pemenuhan kebutuhan SDM, peraturan serta sarana dan prasarana.
- b. Pemerintah kabupaten Nagan Raya sebaiknya memprioritaskan rekrutmen PNS perawat dari tenaga kontrak yang saat ini bekerja di UGD RSUD Nagan Raya.

### 8.2.3. Bagi Manajemen RSUD Nagan Raya

- a. Segera membentuk komite medik untuk dapat menyusun SOP di unit gawat darurat
- b. Sosialisasikan SPGDT pada seluruh jajaran struktural, jajaran fungsional medis serta non medis di RSUD Nagan Raya
- c. Rekrutmen tenaga spesialis bedah yang kurang sesuai dengan ketentuan 4 spesialis dasar untuk rumah sakit tipe C.
- d. Agar pihak manajemen rumah sakit untuk mengadakan pelatihan bagi para tenaga kesehatan mengenai kegawat daruratan khususnya untuk dokter dan perawat yang bertugas di UGD

- e. Memfungsikan ruang UGD untuk ruang tindakan medis yang belum tersedia yaitu ruang resusitasi, ruang tindakan bedah, kebidanan, kubah lambung dan ruang observasi bayi dan anak .
- f. Melengkapi peralatan medis utama yang kurang seperti magil porcep, pipe oroparing, defibrilator, partus set, pulse oximeter sehingga sesuai dengan ketentuan.
- g. Membagi fungsi ambulan yang sudah tersedia untuk fungsi ambulan jenazah, ambulan tranfortasi dan ambulan gawat darurat
- h. Menyusun standar operasional prosedur yang masih kurang agar sesuai ketentuan serta komitmen dalam pelaksanaannya.
- i. Di perlukan segera menyusun disaster plan untuk keberhasilan menghadapi keadaan bencana, mengingat secara geografis Aceh merupakan wilayah rawan bencana.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Aditama C.Y,2004  
*Manajemen Administrasi Rumah Saki* (edisi kedua), Ui, Jakarta
2. Azwar,A, 1996  
*Pengantar Administrasi Rumah Sakit*. PT. Bina Rupa Aksara, Lakarta.
3. Backtiar, A, 2007  
*Paket Mata Ajaran Metodologi Penelitian Kesehatan*, Program Pasca Sarjana FKM UI, Depok.
4. Burhanudin,H.B,Drs,2001  
*Badan Koordinasi Penanggulangan Bencana (BAKORNAS PB) Pengantar Penanggulangan Bencana*.
5. Departemen Kesehatan RI , 2006  
*Seri (PPGD) Penanggulangan Penderita Gawat Darurat/ General Emergency Life Support(GELS): Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu(SPGDT)*, Jakarta
6. Departemen Kesehatan RI , 2006  
*Seri (PPGD) Penanggulangan Penderita Gawat Darurat/ General Emergency Life Support(GELS): materi Teknis Medis Standar(A,B,C,D,E)*, Jakarta
7. Departemen Kesehatan RI , 2006  
*Seri (PPGD) Penanggulangan Penderita Gawat Darurat/ General Emergency Life Support(GELS): materi Teknis Medis Khusus*, Jakarta
8. Departemen Kesehatan RI , 2007  
*Pedoman Penanganan Medis Korban Massal Akibat Bencana Kimia*, Jakarta
9. Departemen Kesehatan RI, 2007  
*Rancangan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, Ditjen Yanmed Depkes, Jakarta.
10. Departemen Kesehatan RI , 2006  
*Penatalaksanaan Korban Bencana Massal*, Jakarta
11. Departemen Kesehatan RI,2002

- Pedoman Koordinasi Penanggulangan Bencana di Lapangan,*  
Jakarta.
12. Departemen Kesehatan RI, 2001  
*Indonesia sehat 2010, Visi Baru, Misi, Kebijakan dan Strategi Pembangunan Kesehatan,*
13. Departemen Kesehatan RI, 2001  
*Pedoman Penilaian Risiko Bencana Di Provinsi dan Kabupaten/Kota di Jakarta*
14. Departemen Kesehatan RI, 2001  
*Pedoman penanggulangan Bencana di Lapangan, Jakarta*
15. Departemen Kesehatan RI, 2000  
*Prosedur Penilaian Cepat (Rapid Assesment Prosedure)*
16. Departemen Kesehatan RI, 1999  
*Standar pelayanan Rumah Sakit, Jakarta*
17. Departemen kesehatan RI, 1999  
*Sistem pelayanan gawat darurat dan kebijakan nasional, Materi pelatihan PPGD*
18. Departemen Kesehatan RI, ARSADA, 2007  
*Rancangan Standar Pelayanan Rumah Sakit, Jakarta*
19. Federal Emergency Management Agency (FEMA)(2000)  
*FEMA 141:Emergency Management Guide For Bussines and Industry A Step By Step Approach To Emergency Planning Response And Recovery For Companies Of All Size, Maryland: FEMA Publications*
20. Guntur, 2001  
*Penanggulangan Sistem Penaggulangan Gawat Darurat Terpadu. Makalah disampaikan pada lokakarya Eksternal Hospital Disaster Plan.*
21. <http://www.bakornasbpb.go.id/website/documents/>, di download pada 15 April 2008.

22. Keputusan Presiden Republik Indonesia: Nomor 3 Tahun 2001  
*Tentang Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi*, Jakarta
23. Moleong, Lexy J, 2002.  
*Metodelogi Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.
24. National Fire Protection Assosiation (NFPA)(2004).  
*NFPA 1600: Standard on Disasster/Emergency Management and Bussines Continuity Program*. Quincy: NFPA Publication
25. Notoatmodjo, S. 2003.  
*Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Rineka Cipta. Jakarta
26. Oficce for the Coordination of Humanitarian Affairs(OCHA)(2001)  
*Guiding Priciples On Internal Displacement*, Jakarta.
27. Oficce for the Coordination of Humanitarian Affairs(OCHA)(2002)  
*Buku Pegangan Untuk Penerapan Prinsip-Prinsip Panduan Bagi Pengungsian Internal*, *The Brooking institution*, UN-OCHA
28. Oxfam GB, 2004  
*Proyek Sphere: Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum dalam Respon Bencana*, PT. Grasindo, Jakarta.
29. Pan America Health Organization2000, alih Bahasa Munaya Fauziah,2006  
*Natural Disasters: Protecting the Public's Health*, EGC, Jakarta
30. P, Cahonar, 2005  
*Bencana: Gempa dan Tsunami Nanggroe Aceh Drussalam & Sumatra Utara*, Penerbit Buku Kompas, Jakarta
31. Pohan .IS,MPH,MHA,DR,2007  
*Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar pengertian dan Penerapan*, Penerbit EGC,Jakarta.
32. Rijadi,Suprijanto, 1997



*Pelatihan: manajemen gawat darurat, Pokja Kajian pelayanan Kajian Kesehatan, Pusat penelitian Universitas Indonesia.*

33. Soeroso, S. 2003.

*Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit. Suatu Pendekatan Sistem.* EGC. Jakarta.

34. Syafiie, Kencana inu, 2006

*Ilmu Administrasi Publik: edisi revisi,* Rineka Cipta, Jakarta

35. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007

*Tentang Penanggulangan Bencana,* Jakarta

36. WHO Geneva, 1999

*Rapid Health Assesment Protokol for Emergencies*

37. Wijono, Djoko, 1999

*Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi kesehatan,* Airlangga University Press

**Lampiran: 5**

**MATRIK WAWANCARA MENDALAM**

NO	TOPIK	PENDAPAT INFORMAN		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
<b>INPUT</b>				
<b>1</b>	<b>Sumber daya manusia</b>			
a	Jumlah SDM.	Tenaga ahli di UGD belum ada, dari segi jumlah sudah mencukupi dan dari kualitasnya masih kurang.	Tenaga masih kurang, dokter di UGD 5 orang sedangkan PNS 3 orang selebihnya kontrak 17 orang tenaga non medis 8 orang	Satu shift 5 orang, informan mengatakan masih kurang sebaiknya 8 orang karena kebanyakan cewek dan tenaga kontrak.
b	Kualifikasi SDM	Perawat yang bersertifikat PPGD 3 orang satu di Ok 2 di UGD rata rata tamatan akper, dokter 5 orang 1 memiliki sertifikat GELS/PPGD.	Tenaga yang bekerja di UGD adalah tenaga senior dan pernah mengikuti banyak pelatihan gadar, seakarang ini atasan tidak pernah mengadakan pelatihan.	Tenaga di UGD harus berpengalaman dalam melayani pasien gadar, di UGD rata-rata tamatan akper, menurut informan ini tingkat pendidikan tidak berpengaruh, biarpun tamatan SPK yang penting bisa kerja.
c	Petugas telah di bekali dengan pelatihan gadar dan, dan rencana kedepan.	3 orang perawat pernah mendapatkan pelatihan PPGD dan 1 orang dokter, pihak manajemen merencanakan semua staf UGD akan mendapatkan pelatihan gadar, sehingga pelayanan di UGD benar-benar baik.	Informan yang diwawancara pernah mendapatkan pelatihan PPGD sewaktu bekerja di puskesmas, satu orang perawat PPGD di tugaskan di OK bukan di UGD, dokter baru satu orang yang PPGD, mereka sudah meminta ke yanmed untuk mengadakan pelatihan	Petugas UGD banyak yang belum bersertifikasi PPGD, informan ini mendapatkan pelatihan dari IOM, 118, dan UGM namun sudah di usulkan kemanajemen RS untuk mengadakan pelatihan.

NO	TOPIK	PENDAPAT INFORMAN		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
d	Hambatan pemenuhan SDM dari segi kualitas dan kuantitas	Perlu dilakukan training	Tenaga yang bersertifikat PPGD tidak di tempatkan di UGD oleh kasie yanmed, sehingga pemenuhan tenaga profesional tidak terlayani, dalam melayani pasien sesuai dengan keahlian yang dimiliki oleh yang bersangkutan.	
<b>2</b>	<b>Perangkat keras</b>			
a	Fasilitas prasarana( gedung, alat medis, ambulan)	➢ Dari informasi yang disampaikan bahwa alat medis masih sangat terbatas, alat tersebut berasal dari dinkes prov , untuk alkes di Ugd sudah ditender diperkirakan akhir desember 2008 terealisasi	Kondisi bangunan 400m <sup>2</sup> sudah baik, sedangkan untuk ambulan masih di gabung penggunaannya baik untuk transfortasi, gadar dan jenazah, dan berkaitan dengan alkes masih kurang.	Tidak ada pemisahan ambulan jenazah dengan gadar, lata-alat medis dan gadar pada ambulan juga belum ada.
b	Keketersediaan peralatan medis dan non medis.	➢ Mengenai ambulan tersedia 5 untuk astu diperuntukan bagi jenazah namun belum ada ketentuan khusus misalnya berhubungan dengan catnya masih sama digunakan masih gabung, rencana manajemen akan diganti catnya menjadi hitam dan untuk ambulan gadar belum ada.		

NO	TOPIK	PENDAPAT INFORMAN		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
c	Persediaan obat-obatan untuk mengelola pelayanan gadar	Informasi yang di berikan informan untuk obat-obatan cukup dan sesuai dengan data skunder.	Untuk obatan gadar mencukupi, namun informan menjelaskan juga bahwa untuk obat lain sangat jauh ketinggalan karena saat pengadaan obat-obatan pihak apoteker tidak tau	
d	Masalah yang dihadapi berkaitan dengan perangkat keras	Berkaitan dengan obat-obatan tidak ada hambatan yang berat untuk pengadaan obat kita harus mengusulkan anggaran untuk obat-obatan pada DPRD, sementara dengan alkes masih kurang.	Permasalahan ada, namun semua sedang ditangani dan telah dipisahkan ada yang menangani obat, alat.	Semua permasalahan akan dikonfirmasi ke manajemen rumah sakit. Alkes sangat kurang itu yang menjadi permasalahannya.
<b>3</b>	<b>Perangkat lunak</b>			
a	SOP	Secara keseluruhan belum punya SOP, seperti yang di sampaikan manajemen bahwa selalu mengupayakan termasuk melihat SOP di seluruh Rumah sakit, di banda Aceh juga belum punya SOP.	Informan menyampaikan bahwa SOP harus ada dan sangat penting namun untuk UGD ini belum ada.	Informan tidak tau sama sekali mengenai SOP, bahkan tidak pernah dengar.
B	Disaster plan	Menyampaikan bahwa disaster plan memang untuk kedepan akan di buat, sekarang disaster plan itu belum ada.	secara struktur belum dibuat untuk mengelola pada keadaan bencana da satu orang yang ditunjuk untuk mengkoordinasikan jika sewaktu-waktu terjadi bencana	Disaster plan belum di buat.

NO	TOPIK	PENDAPAT INFORMAN		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
c	Hambatan dan permasalahan berkaitan dengan perangkat lunak.	Permasalahannya belum ada, belum menemukan satu tindakan yang menjadi keluhan masyarakat, juga menyampaikan bahwa SOP itu penting. Sop untuk penunjang sudah ada seperti laundry, ginsset.	Karena tidak ada SOP sehingga pelaksanaannya sangat semrawut, seharusnya memang berpedoman pada SOP sehingga tidak menyalahi aturan.	Informan menjelaskan dengan adanya SOP sangat membantu pekerjaan, namun yang menjadi permasalahan dan hambatan belum adanya SOP sehingga tidak ada acuan.
<b>4</b>	<b>Perangkat informasi</b>			
a	Perangkat informasi dan komunikasi	Sudah memiliki telpon antar ruang, keluar dan terima, radio komunikasi.	sudah ada seperti aipon untuk ruangan keruangan, telpon bisa terima dan keluar menyangkut denganyang lain sedang di jajaki dengan IPRS.	Perangkat informasi seperti telpon, aipon sudah ada, radio komunikasi, perangkat lain seperti Fax, overhead belum ada,
b	Masalah yang dihadapi berkaitan dengan perangkat informasi dan komunikasi	Inti permasalahannya terletak dianggarannya, namun di UGD, sudah punya telpon antar ruang dan telpon bisa terima dan keluar di UGD masing satu unit jadi untuk komunikasi dan informasi tidak ada permasalahan.		Tidak ada permasalahan yang di sampaikan informan.
<b>PROSES</b>				
<b>1</b>	<b>Perencanaan</b>			
a	Perencanaan yang menyangkut dengan SDM, alat, obat di UGD	Perencanaan di buat berdasarkan prioritas setelah mendapatkan laporan dari kepala UGD, pihak manajemen menyampaikan ke kepala UGD untuk membuat rencana	Kepala UGD belum sepenuhnya diberikan kewenangan, dalam perencanaan kepala UGD mendapat masukan dari yanmed dan direktur, berhubungan dengan perencanaan alat,	Memang ada ketentuan dari rumah sakit sendiri, dalam membuat perencanaan merupakan wewenang manajemen.

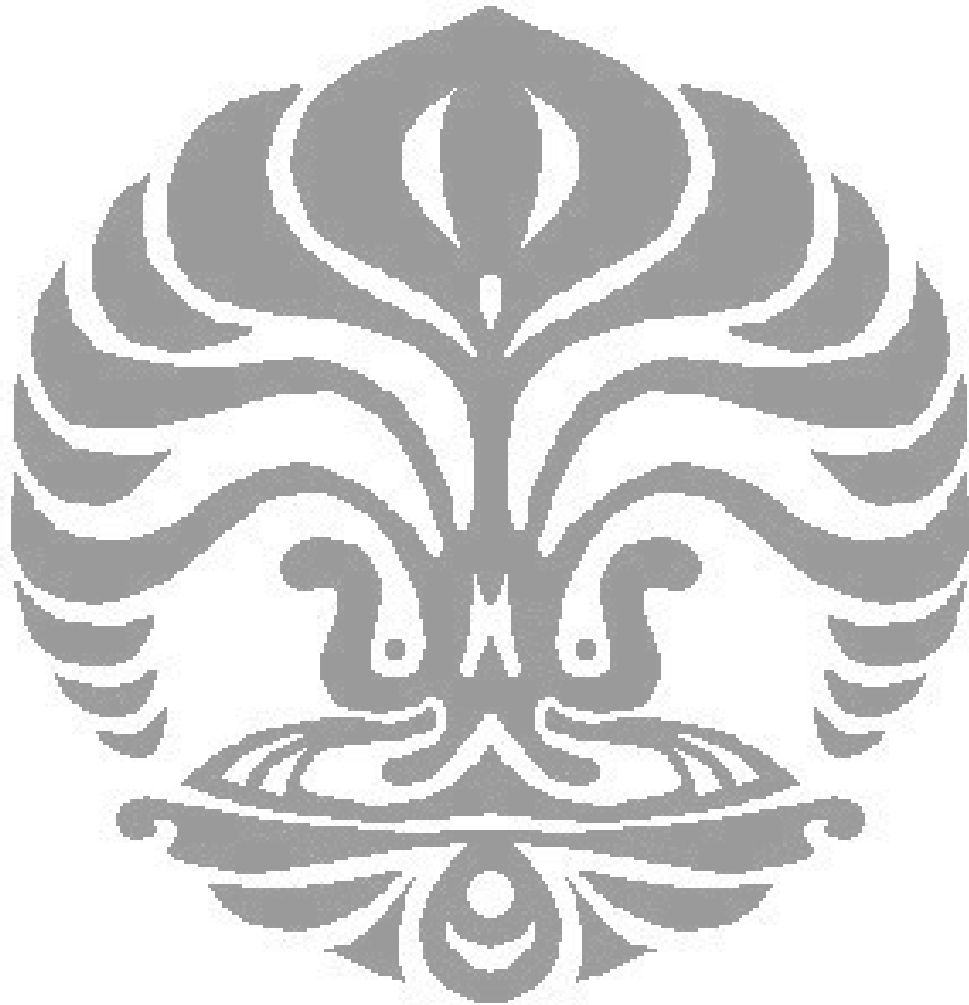
		untuk alokasi pada tahun 2009.	ambulan ditentukan oleh bagian program.	
NO	TOPIK	PENDAPAT INFORMAN		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
b	Hambatan dalam perencanaan SDM, obat, alat.	Karena perencanaan menunggu laporan dari kepala UGD maka sering terlambat di terima manajemen, namun permasalahannya ada di DPR setuju tidak dengan perencanaan tersebut.		
<b>2</b>	<b>Penatalaksanaan</b>			
a	Upaya yang dilakukan oleh RS dalam memberikan pelayanan efektif, efisien dan berkualitas kepada pasien dengan sumber daya yang dimiliki UGD.	Informan menyampaikan dengan meningkatkan skill staf, memberi kesempatan kepada mereka untuk mengikuti pelatihan gadar seperti PPGD, BLS, CLTS dan pelatihan lain, mempersiapkan fasilitas prasaranan yang cukup dan memadai.	Berikan sesuai dengan arahan atau petunjuk yang diberikan oleh kasie YANMED, diberikan pelatihan supaya pelayanan lebih baik.	Sebagi petugas tetap berupaya semaksimal mungkin untuk memberikan pelayanan yang terbaik, kekurangan masih banyak karena tenaga masih kurang pengalaman.
b.	Bimbingan kepada staf agar mereka mampu bekerja secara optimal.	Sistem nya direktur memimpin secara keseluruhan dibawahnya ada KTU dan kasie dan membuat ada rapat bulanan untuk dokter tiap hari rabu awal bulan, kepada paramedis dan yang lain setiap tanggal 28 akhir bulan untuk memberikan bimbingan dan memecahkan permasalahan	Dalam satu bulan ada 2 kali pertemuan membahas kinerja. kalau ada terjadi permasalahan kita bahas bersama termasuk masalah keuangan, menyangkut pasien.	Bimbingan tentang pengarahan dalam pekerjaan sering di sampaikan dalam rapat.

NO	TOPIK	PENDAPAT INFORMAN		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
<b>3</b>	<b>Pengawasan</b>			
a	Pengawasan terhadap pelayanan.	Ada evaluasi bulanan, kepala UGD membuat laporan bulanan terhadap kasus yang mereka tangani dan laporan bulanan tentang masalah bahan habis pakai.	Informan menyatakan bahwa ikut serta dalam melakukan pengawasan dan memberikan bimbingan dengan turun langsung baik siang, malam.	Pengawasan dilakukan atasan tidak ada ketentuan kadang dalam sebulan ada beberapa kali seperti SIDAK.
b	Pengawasan terhadap SDM	Pengawasan terhadap tenaga dilakukan langsung oleh kepala UGD.		
c	Pengawasan terhadap perangkat keras/lunak	Melakukan pengawasan bersama, namun lebih di bebaskan kepada kepala UGD, SOP belum ada, kedepannya memang perlu pengawasan supaya staf bekerja sesuai dengan SOP.	Membuat laporan barang masuk/ keluar, petugas jugaturut menjaga alat-alat di UGD jika terjadi kehilangan harus bertanggung jawab.	Kami melaporkan apa-apa yang menjadi keperluan di UGD, mereka tetap turun.
d	Pengawasan terhadap perangkat informasi	Dilakukan bersama-sama baik oleh staf, kepala UGD, misalnya ada kerusakan atau hilang dibuatkan laporan dan akan ditindaklanjuti oleh bagian IPRS.	Pengawasannya sama seperti yang dilakukan terhadap perangkat keras seperti alat-alat.	
e	Yang melakukan pengawasan	Manajemen, terutama kepala UGD, namun belum ada staf khusus seperti supervisor untuk melakukan pengawasan.	Kepla UGD dan bekerja sama dengan dokter penanggung jawab medis, menyangkut dengan keperawatan dikerjakan sendiri oleh kepala UGD.	Yang melakukan pengawasan kepala UGD, kaside medis, pelayanan, dan bahkan direktur.
<b>4</b>	<b>Evaluasi</b>			
a	evaluasi SDM di UGD		Dilihat berdasarkan kinerja sehari-hari.	Evaluasi SDM ada seperti penilaian

				kinerja tetapi masih tersendat- sendat.
NO	TOPIK	PENDAPAT INFORMAN		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
	Perangkat keras		Sama-sama kita lakukan bersama TU dan seluruh kasie.	Ada dilakukan evaluasi
	Yang melakukan evaluasi		Sekarang tidak ada tim, yang melakukan kepala UGD dan direktur	
Out put				
a	Penerapan system penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT).	Penerapan SPGDT masih dangkal, belum ada pembagian ruang dan triase, juga menyampaikan untuk tahun depan akan dipersiapkan namun masih terbentur dengan anggaran dan sudah diusulkan pada tim anggaran untuk mengusulkan anggaran pada tahun 2009.	Sedang bertahap, untuk sementara masih gabung-semua, untuk kedepan memang sudah direncanakan untuk dibuat pembagian ruangan dan triase	Belum..belum dilakukan penerapan system terpadu.
b	Bagaiman sebuah UGD Rumah sakit type C yang memenuhi standar	Lengkap semua fasilitas prasarana nya, SDM yang memiliki Skill terhadap gadar, fasilitas penunjang seperti alat, obat yang cukup, SOP nya harus ada.		Penataan ruangan dan alat-alat sudah sudah ideal.
c	Bagaiman kebijakan rumah sakit yang siap dengan SPGDT	Informan menyampaikan akan mempersiapkan semaksimal mungkin melalui persiapan alat medis dengan membuat usulan untuk persiapan UGD ini di setujui oleh DPRD tahun depan sudah terpadu katanya.serta mengirimkan staf- staf	Informan menyampaikan semua tergantung pimpinan kalau memang pimpinan punya keinginan untuk maju maka dari beliau lah.	Ada memang lagi proses, kedepan direncanakan memang ada.



		untuk mengikuti pelatihan-pelatihan gawat darurat.		
--	--	--	--	--



**Lampiran: 5**

**MATRIK WAWANCARA MENDALAM**

NO	TOPIK	INPUT	
		INFORMAN 4	INFORMAN 5
<b>1</b>	<b>Sumber daya manusia</b>		
a	Jumlah SDM	Informan menyampaikan SDM belum mencukupi karena yang piket kadang-kadang tidak datang, mau pulang datang pasien, jika semua disiplin dan pimpinan tegas akan cukup.	Masih kurang dari segi kualitas karena banyak yang baru tamat sekolah, jumlah mungkin sudah cukup, ada sekitar 20 orang perawat memang rata-rata pegawai kontrak, PNS 3 orang.
b	Kualifikasi SDM.	Sebagian tenaga tamat akper, spk ada beberapa orang, pekarya tidak ada.	Tingkat pendidikan rata-rata sudah akper, namun pengalaman kerja masih kurang, pelatihan gadar hanya beberapa orang saja yang pernah ikut.
c	Pelatihan gadar seperti PPGD.	Masih sedikit yang pernah pelatihan gadar sekitar 3 orang, informan juga belum pernah ikut pelatihan emergency, dan kalau ada kesempatan bersedia untuk ikut pelatihan tersebut.	Ada beberapa orang yang ikut pelatihan dengan 118, jika diberi kesempatan akan ikut, juga menyampaikan bahwa sebagai pelaksana tergantung yang ditunjuk atasan.
d	Hambatan dalam pemenuhan SDM		Tidak ada hambatan sekarang ini banyak tenaga kontrak yang dibiayai oleh PEMDA, jadi kapan pun dibutuhkan tinggal ajukan ke PEMDA.
<b>2</b>	<b>Perangkat keras</b>		
a	Fasilitas prasarana( gedung, alat medis, ambulan)	Tidak ada perbedaan ambulan, jenazah dan gawat darurat sama saja. Alat medis masih kurang	Luas bangunan 400m <sup>2</sup> ,merupakan bantuan Caritas Swiss, alat medis masih kurang,ada

		alat tersebut di bantu oleh NGO YEL. Alat-alat seperti partus set di UGD ini gak ada, yang ada di ruang kebidanan.	penambahan ALKES pada akhir Desember 2008. Mengenai ambulan informan tidak tau jika ambulan dibedakan antara ambulan jenazah, transfortasi, gadar.
<b>NO</b>	<b>TOPIK</b>	<b>PENDAPAT INFORMAN</b>	
		<b>INFORMAN 4</b>	<b>INFORMAN 5</b>
b	Persediaan obat-obatan	obat-obatan banyak sekali yang kurang, seperti infuse set, abocath itu kurang sekali, kadang – kadang tidak ada ketika pasien masuk kita suruh beli di luar.	Untuk keadaan GADAR mencukupi, untuk umumnya tidak begitu lengkap.
c	Masalah yang dihadapi berkaitan dengan perangkat keras.	Masalah yang berkenaan dengan alat-alat dan obat-obatan, seperti abocath kadang gak ada, jika beli di luar keluarga pasien marah.	infuse set kadang-kadang ya tidak ada, biasanya keluarga pasien beli di luar.
<b>3</b>	<b>Perangkat lunak</b>		
a	SOP	Informan tidak tau, dan tidak pernah lihat, menurut nya jika SOP ada dan sudah di susun akan memudahkan, menjadi pedoman dalam melakukan pekerjaan.	Mengatakan di UGD belum ada SOP.
b	Disaster plan	Disaster plan.... saya belum pernah dengar... tentang apa itu	Gak pernah dengar, kayaknya gak ada
c	Hambatan dan permasalahan berkaitan dengan perangkat lunak	SOP belum ada jadi tidak bisa jelaskan, informan mengharapkan semoga saja cepat di buat oleh yang berwenang dirumah sakit.	Ya hambatan disini SOP nya belum disusun, kalau sudah ada kan bisa dijadikan pedoman.
<b>4</b>	<b>Perangkat informasi</b>		
a	Perangkat informasi dan komunikasi.	Di UGD sudah ada telpon, dan aipon, hand talky	Perangkat informasi dan komunikasi sudah ada,

		masing satu unit	seperti telpon, dan alat komunikasi antar ruangan sudah ada.
NO	TOPIK	PENDAPAT INFORMAN	
		INFORMAN 1	INFORMAN 2
b	Masalah yang dihadapi berkaitan dengan perangkat informasi dan komunikasi	Tidak ada masalah, untuk rekam medis belum jelas	Tidak ada masalah
PROSES			
1	Perencanaan		
a	Perencanaan yang menyangkut dengan SDM, alat, obat di UGD	Karena informan adalah pelaksana jadi tidak tau tentang perencanaan, dan mengatakan bahwa itu kebijakan direktur.	Perencanaan yang membuat orang program.
b	Hambatan dalam perencanaan SDM, obat, alat	Hambatan, saya gak tau, yang membuat perencanaan itu bagian program.	Menyangkut dengan proses, karena informan adalah pelaksana jadi tidak mengetahuinya.
2	Penatalaksanaan		
a	Upaya yang dilakukan oleh RS dalam memberikan pelayanan efektif, efisien dan berkualitas kepada pasien dengan sumber daya yang dimiliki UGD	Membeberikan pelayanan sesuai dengan keahlian yang dimiliki, jika pasien datang cepat-cepat diberikan tindakan.	Kasie yanmed serta kepala UGD selalu menekankan supaya staf UGD itu bekerja semaksimal mungkin dalam memberikan pelayanan, mengupayakan pemenuhan alat, memberi kesempatan kepada kami untuk ikut pelatihan.
b.	Proses bimbingan	Bimbingan sering, namuntidak ada jadwal tetap	Untuk meningkatkan pelayanan, ada juga diberikan bimbingan seperti pada saat rapat.
3	Pengawasan		

a	Pengawasan terhadap pelayanan	Ada pengawasan dilakukan oleh kepala UGD, mereka datang lihat_ lihat kemari.	Pengawasan ada, kadang-kadang direktur melakukan inspeksi mendadak ke UGD
b	Pengawasan terhadap SDM		Tenaga disini selalu di pantau, staf yang masuknya telat, cepat pulang bahkan ada yang gak masuk sama sekali, biasanya dipindahkan.
c	Pengawasan terhadap perangkat keras	Terhadap alat-alat kami yang melapor ke bagian gudang misalnya ada alat yang rusak.	Jika ada kerusakan staf melapor ke kepala UGD.
d	Pengawasan terhadap perangkat informasi		Sama saja, intinya kita disini saling menjaga
e	Yang melakukan pengawasan	Kepala UGD	Kepala UGD
<b>4</b>	<b>Evaluasi</b>		
a	Bagaimana sistem evaluasi yang dilakukan terhadap SDM di UGD?	Saya gak tau....	Gak tau
	Yang berhubungan dengan perangkat keras		Gak tau
	Yang melakukan evaluasi		Gak tau, ada gak yang mengevaluasi
<b>Out put</b>			
a	Penerapan system penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT)	Belum terpadu, triase gak ada, jika pasien gawat darurat masuk missal kecelakaan, jika perlu di rawat inap langsung diantar keruangan tidak di observasi di UGD.	Gak pernah dengar SPGDT, sepertinya belum ada penerapan system yang seperti itu.
b	UGD Rumah sakit type C yang memenuhi standar	Harus lengkap baik dari segi peralatan, tenaga yang terlatih dan dilatih tentang gawat darurat, harus sesuai	Tenaga nya harus pengalaman di bidang GADAR, ambulan, peralatan dan obat yang lengkap.

		dengan standar RS type C, staf kebanyakan tidak pernah ikut pelatihan gawat darurat.	
c	Bagaiman kebijakan rumah sakit yang siap dengan SPGDT	Saya melihat pihak pimpinan mempersiapkan rumah sakit dengan sungguh-sungguh.	Kebijakan pimpinan rumah sakit, memang ingin menuju kepada pelayanan yang lebih baik, bulan Desember 2009 diadakan pelatihan untuk staf UGD.

