



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 47 TAHUN 2018
TENTANG
PELAYANAN KEGAWATDARURATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kegawatdaruratan yang terpadu dan terintegrasi dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), diperlukan pengaturan pelayanan kegawatdaruratan;
- b. bahwa pengaturan standar instalasi gawat darurat di Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit sudah tidak sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, serta kebutuhan program di bidang pelayanan kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan untuk melaksanakan ketentuan mengenai kegawatdaruratan sebagaimana diatur dalam Pasal 63 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5584) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
7. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 802);
 10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 882/Menkes/SK/X/2009 tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PELAYANAN KEGAWATDARURATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan.
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
3. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.

4. Pasien Gawat Darurat yang selanjutnya disebut Pasien adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera.
5. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.
6. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
7. Klinik adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan yang menyediakan pelayanan medik dasar dan/atau spesialisik.
8. Dokter adalah dokter dan dokter spesialis lulusan pendidikan kedokteran baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
9. Dokter Gigi adalah dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
10. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Pengaturan Pelayanan Kegawatdaruratan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Dokter, Dokter Gigi, tenaga kesehatan lain, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan.

BAB II KRITERIA

Pasal 3

- (1) Pelayanan Kegawatdaruratan harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan.
- (2) Kriteria kegawatdaruratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan;
 - b. adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
 - c. adanya penurunan kesadaran;
 - d. adanya gangguan hemodinamik; dan/atau
 - e. memerlukan tindakan segera.
- (3) Menteri dapat menetapkan kriteria gawat darurat selain sebagaimana dimaksud pada ayat (2).

BAB III PELAYANAN

Pasal 4

- (1) Pelayanan Kegawatdaruratan meliputi penanganan kegawatdaruratan:
 - a. prafasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. intrafasilitas pelayanan kesehatan; dan
 - c. antarfasilitas pelayanan kesehatan.
- (2) Pelayanan Kegawatdaruratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui sistem penanggulangan gawat darurat terpadu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 5

- (1) Penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a meliputi :
 - a. tindakan pertolongan; dan/atau

- b. evakuasi medik,
terhadap Pasien.
- (2) Tindakan pertolongan terhadap Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan di tempat kejadian atau pada saat evakuasi medik.
 - (3) Evakuasi medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan upaya memindahkan Pasien dari lokasi kejadian ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai kebutuhan medis Pasien dengan menggunakan ambulans transportasi atau ambulans Gawat Darurat disertai dengan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi.
 - (4) Dalam hal tidak terdapat ambulans transportasi atau ambulans Gawat Darurat, evakuasi medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat menggunakan alat transportasi lain di sekitar lokasi kejadian dengan tetap melakukan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi.

Pasal 6

- (1) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus melakukan penanganan Kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dan antarfasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b dan huruf c.
- (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Puskesmas;
 - b. Klinik;
 - c. tempat praktik mandiri Dokter;
 - d. tempat praktik mandiri Dokter Gigi;
 - e. tempat praktik mandiri tenaga kesehatan lain; dan
 - f. Rumah Sakit.

Pasal 7

- (1) Penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b merupakan pelayanan Gawat Darurat yang

diberikan kepada Pasien di dalam Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai standar.

- (2) Penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikategorikan berdasarkan atas kemampuan pelayanan:
 - a. sumber daya manusia;
 - b. sarana;
 - c. prasarana;
 - d. obat;
 - e. bahan medis habis pakai; dan
 - f. alat kesehatan.
- (3) Dalam hal penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dilakukan di Rumah Sakit, kategori sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas Pelayanan Kegawatdaruratan level I, level II, level III, dan level IV.
- (4) Pasien dapat mengakses langsung setiap level kategori penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

Pasal 8

Penanganan antarfasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c merupakan tindakan rujukan terhadap Pasien dari suatu Fasilitas Pelayanan Kesehatan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang lebih mampu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 9

- (1) Pelayanan Kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dilakukan di:
 - a. ruang pelayanan Gawat Darurat atau ruang tindakan untuk Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter, Dokter Gigi, serta tenaga kesehatan; dan
 - b. Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk Rumah Sakit.

- (2) Selain dilakukan pada tempat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pelayanan Kegawatdaruratan dapat dilakukan terhadap Pasien di ruangan lain.

Pasal 10

Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kegawatdaruratan harus memiliki:

- a. sumber daya manusia; dan
- b. sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.

Pasal 11

- (1) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf a disesuaikan dengan jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Dokter;
 - b. Dokter Gigi;
 - c. perawat; dan/atau
 - d. tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan.
- (3) Dokter, Dokter Gigi, perawat, dan/atau tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus memiliki kompetensi kegawatdaruratan.
- (4) Jenis dan jumlah tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c disesuaikan dengan kategori dan kemampuan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 12

- (1) Dokter atau Dokter Gigi pada Puskesmas, Klinik, praktik mandiri Dokter atau praktik mandiri Dokter Gigi, dan Rumah Sakit merupakan penanggung jawab Pelayanan Kegawatdaruratan.
- (2) Dokter atau Dokter Gigi penanggung jawab pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki

kewenangan untuk menetapkan kondisi pasien memenuhi kriteria kegawatdaruratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2).

- (3) Dalam hal Pelayanan Kegawatdaruratan diselenggarakan di Puskesmas, Klinik, dan Rumah Sakit, penanggung jawab Pelayanan Kegawatdaruratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dokter atau dokter spesialis.
- (4) Dokter atau Dokter Gigi penanggung jawab pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus ditetapkan oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau kepala atau direktur Rumah Sakit.
- (5) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dikecualikan untuk praktik mandiri Dokter atau Dokter Gigi.
- (6) Penanggungjawab Pelayanan Kegawatdaruratan di tempat praktik mandiri tenaga kesehatan lain disesuaikan dengan jenis tenaga yang melaksanakan praktik tenaga kesehatan.

Pasal 13

Sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf b dipenuhi berdasarkan standar masing-masing jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kegawatdaruratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 sampai dengan Pasal 13 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dengan Peraturan Menteri ini.

BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 15

- (1) Menteri, gubernur, dan bupati atau wali kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Pelayanan Kegawatdaruratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri, gubernur, dan bupati atau wali kota dapat melibatkan organisasi profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui monitoring dan evaluasi.
- (4) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan untuk mewujudkan sinergi, kesinambungan, dan efektifitas dalam Pelayanan Kegawatdaruratan.
- (5) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan secara berkala melalui koordinasi dan pemantauan langsung terhadap Pelayanan Kegawatdaruratan.

BAB V KETENTUAN PENUTUP

Pasal 16

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 17

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 1 November 2018

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 31 Desember 2018

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2018 NOMOR 1799

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,




Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR ... TAHUN ...
TENTANG
PELAYANAN KEGAWATDARURATAN

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu hak asasi manusia adalah mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan. Pelayanan kegawatdaruratan meliputi pelayanan kegawatdaruratan pada bencana dan pelayanan kegawatdaruratan sehari-hari. Pelayanan Kegawatdaruratan ini harus ditingkatkan secara terus-menerus untuk memenuhi harapan masyarakat yang selalu menginginkan kualitas pelayanan yang bermutu tinggi. Untuk mencapai pelayanan yang bermutu tinggi tersebut perlu peningkatan kualitas sumber daya manusia, di samping peningkatan sarana dan prasarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan, tanpa meninggalkan prinsip pelayanan yang terjangkau biayanya bagi masyarakat.

Pelayanan Kegawatdaruratan meliputi penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan, intrafasilitas pelayanan kesehatan, dan antarafasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan Kegawatdaruratan tersebut sampai saat ini belum menunjukkan hasil maksimal, sehingga banyak dikeluhkan oleh masyarakat ketika mereka membutuhkan pelayanan kesehatan. Meskipun di negara kita hampir di setiap kota terdapat fasilitas Pelayanan Kegawatdaruratan dari semua jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan, namun keterpaduan dalam melayani Pasien belum sistematis.

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu yang sudah diperkenalkan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2004 belum dapat memperbaiki Pelayanan Kegawatdaruratan di Indonesia. Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia dalam memberikan pelayanan masih bersifat tradisional, yaitu hanya berfungsi sebagai kamar terima, dimana Pasien yang datang akan diterima oleh dokter atau perawat. Setelah dilakukan anamnesa serta pemeriksaan fisik, Pasien akan dikonsulkan ke bagian definitif. Selanjutnya penatalaksanaan Pasien

dilakukan setelah dokter definitif tersebut datang atau melalui instruksi tanpa melihat langsung kondisi pasiennya. Hal tersebut jauh dari standar Pelayanan Kegawatdaruratan modern, yang mengedepankan perilaku atau budaya pelayanan yang berfokus pada Pasien dan keselamatannya.

Sementara, Pasien yang berkunjung ke fasilitas pelayanan Gawat Darurat datang dengan tingkat kegawatdaruratan yang berbeda (prioritas 1 untuk yang benar-benar Gawat Darurat atau *true emergency*, prioritas 2 yang gawat tetapi tidak darurat atau *urgent*, prioritas 3 yang tidak gawat maupun darurat atau *false emergency*). Semua Pasien prioritas 1 tidak bisa menunggu dan butuh penanganan langsung (*zero minute response*). Berdasarkan pengalaman empiris, hampir semua Pasien kritis mengalami gangguan fungsi atau anatomi lebih dari satu sistem organ, dimana manajemen awal harus dilakukan oleh seorang Dokter dan Dokter Gigi yang dapat melakukan prosedur resusitasi sampai pada tingkat lanjut yang dapat dilakukan oleh seorang Dokter dan Dokter Gigi yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan, mampu bekerja sama secara tim, cakap dalam berkomunikasi, dan mampu melihat Pasien secara holistik.

B. Tujuan

Pengaturan Pelayanan Kegawatdaruratan bertujuan untuk memberikan acuan bagi tenaga kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan.

II. PENANGANAN KEGAWATDARURATAN PRAFASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Penanganan Kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan merupakan tindakan pertolongan terhadap Pasien yang cepat dan tepat di tempat kejadian sebelum mendapatkan tindakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Penanganan Kegawatdaruratan prafasilitas ini turut berperan penting dalam menentukan keselamatan jiwa maupun menurunkan risiko kecacatan pada Pasien. Waktu tanggap secara umum untuk tindakan penanganan Pasien trauma atau nontrauma dilakukan segera mungkin. Penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan meliputi triase, resusitasi, stabilisasi awal, dan evakuasi.

Berpedoman pada respon cepat, penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang

ada pada Pusat Pelayanan Keselamatan Terpadu/*Public Safety Center* (PSC) 119 atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdekat, dan dapat melibatkan masyarakat awam dengan bantuan operator. Selain pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan, dibutuhkan pelayanan ambulans dan sistem komunikasi sebelum dibawa ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan bergantung pada keberadaan dan kemampuan dari:

A. Akses dan Komunikasi

Pusat komunikasi adalah nomor panggilan kegawatdaruratan 119, yang merupakan komponen paling vital pada penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan. Pusat komunikasi berperan dalam mengumpulkan informasi dari penelpon dan memberikan bimbingan pertolongan pertama bagi Pasien serta mendistribusikan informasi kepada PSC 119 di daerah dekat kejadian/lokasi kejadian. Bagi daerah yang belum memiliki nomor panggilan kegawatdaruratan 119 dapat menggunakan saluran komunikasi lainnya.

Petugas pusat komunikasi berperan dalam mencari Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdekat yang sesuai dengan kebutuhan sehingga Pasien dibawa ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tepat. Selain itu Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju dapat mempersiapkan ruangan, peralatan maupun Dokter dan Dokter Gigi serta tenaga kesehatan bagi Pasien.

B. Pelayanan Kegawatdaruratan di Tempat Kejadian

Dalam rentang kondisi prafasilitas pelayanan kesehatan, kegawatdaruratan dapat terjadi dimana saja dan kapan saja sehingga diperlukan peran serta dan bantuan masyarakat serta tenaga kesehatan dengan ambulans dari PSC 119 maupun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Adapun tindakan yang dapat dilakukan dalam penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan antara lain:

1. Masyarakat awam:

- a. Menyingkirkan benda-benda yang dapat menimbulkan risiko bertambahnya Pasien.
- b. Meminta pertolongan kepada orang sekitar, aparat dan petugas keamanan.

- c. Menghubungi call center 119 atau nomor kegawatdaruratan lain jika belum tersedia PSC 119.
 - d. Melakukan pertolongan yang dapat dilakukan dengan panduan *call center* 119/petugas.
2. Tenaga kesehatan dari PSC 119 ataupun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan:
- a. Triase
memilah kondisi Pasien agar mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*).
 - b. Stabilisasi/Resusitasi
Resusitasi diperuntukkan bagi Pasien yang mengalami henti jantung ataupun yang mengalami krisis tanda vital (jalan napas, pernapasan, sirkulasi, kejang).
 - c. Evakuasi Medik
Evakuasi medik merupakan upaya memindahkan Pasien dari lokasi kejadian ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan oleh Pasien dengan menggunakan ambulans transportasi atau ambulans Gawat Darurat disertai dengan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi. Apabila tidak terdapat ambulans transportasi atau ambulans Gawat Darurat, evakuasi medik dapat dilakukan dengan menggunakan alat transportasi lain di sekitar lokasi kejadian dengan tetap melakukan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi.
Ambulans Gawat Darurat harus memenuhi persyaratan sesuai dengan standar, yang meliputi persyaratan kelayakan jalan kendaraan, kelengkapan peralatan medis, kelengkapan peralatan nonmedis, dan ketenagaan yang meliputi tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan.

III. PENANGANAN KEGAWATDARURATAN INTRAFASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Pelayanan Kegawatdaruratan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan di:

1. Ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan untuk Puskesmas, Klinik, atau tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan lain; dan
2. Instalasi Gawat Daurat untuk Rumah Sakit.

Tempat Pelayanan Kegawatdaruratan tersebut berperan sebagai gerbang utama jalan masuknya Pasien.

Kemampuan suatu Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara keseluruhan dalam hal kualitas dan kesiapan sebagai tempat pelayanan maupun sebagai pusat rujukan penderita dari prafasilitas pelayanan kesehatan tercermin dari kemampuan tempat Pelayanan Kegawatdaruratan. Pasien dari tempat Pelayanan Kegawatdaruratan tersebut dapat dikirim ke ruang lain, misalnya ke ruang rawat inap di Puskesmas atau Klinik, unit perawatan intensif, ruang bedah sentral, ataupun ruang perawatan di Rumah Sakit, untuk mendapatkan penanganan selanjutnya. Jika dibutuhkan, penderita dapat dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain (penanganan kegawatdaruratan antarfasilitas pelayanan kesehatan).

Penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dikategorikan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan. Untuk pelayanan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan rumah sakit, kategori pelayanan kegawatdaruratan terdiri atas level I, level II, level III, dan level IV

Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memiliki Pelayanan Kegawatdaruratan yang minimal mempunyai kemampuan:

1. Pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu untuk Rumah Sakit.
2. Memberikan pelayanan Kegawatdaruratan sesuai jam operasional untuk Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter, Dokter Gigi, dan tenaga kesehatan.
3. Menangani Pasien segera mungkin setelah sampai di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
4. Memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.
5. proses triase untuk dipilah berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh profesi kedokteran dan/atau pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

6. Membuat alur masuk Pasien dengan penyakit infeksius khusus atau yang terkontaminasi bahan berbahaya sebaiknya berbeda dengan alur masuk Pasien lain. Jika fasilitas ruang isolasi khusus dan dekontaminasi tidak tersedia, Pasien harus segera dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang memiliki fasilitas ruang isolasi khusus.

Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan. Bisa diilustrasikan dengan Pasien yang terus mengalami perdarahan dan tidak dihentikan selama periode prafasilitas pelayanan kesehatan, maka akan sampai ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam kondisi gagal ginjal. Begitu cedera terjadi maka berlakulah apa yang disebut waktu emas (*The Golden periode*).

Satu jam pertama juga sangat menentukan sehingga dikenal istilah *The Golden Hour*. Setiap detik sangat berharga bagi kelangsungan hidup penderita. Semakin panjang waktu terbuang tanpa bantuan pertolongan yang memadai, semakin kecil harapan hidup Pasien.

A. Penanganan Kegawatdaruratan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Klinik, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi/Tenaga Kesehatan.

Puskesmas rawat inap dan Klinik rawat inap harus memiliki ruang Gawat Darurat sebagai tempat Pelayanan Kegawatdaruratan. Bagi Puskesmas nonrawat inap, Klinik nonrawat inap, dan tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan melaksanakan Pelayanan Kegawatdaruratan di ruang tindakan.

1. PELAYANAN

Pelayanan Kegawatdaruratan yang dilaksanakan di Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi meliputi pelayanan triase, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan. Sedangkan bagi tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, pelayanan Kegawatdaruratan meliputi pelayanan triase, survei primer, dan rujukan. Apabila diperlukan evakuasi, Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menjadi bagian dari SPGDT dapat melaksanakan evakuasi tersebut.

a. Triase

- 1) Adalah proses khusus memilah Pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan.
- 2) Prinsip Triase adalah pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/penyeleksian Pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan:
 - a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
 - b) Dapat mati dalam hitungan jam
 - c) Trauma ringan
 - d) Sudah meninggal
- 3) Prosedur triase:
 - a) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan. Bila jumlah Pasien lebih dari kapasitas ruangan, maka triase dapat dilakukan di luar ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan.
 - b) Penilaian dilakukan secara singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan kategori kegawatdaruratan Pasien oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - (1) Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
 - (2) Menilai kebutuhan medis
 - (3) Menilai kemungkinan bertahan hidup
 - (4) Menilai bantuan yang memungkinkan
 - (5) Memprioritaskan penanganan definitif
 - c) Mengkategorikan status Pasien menurut kegawatdaruratannya, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*). Kategori merah merupakan prioritas pertama (Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera). Kategori kuning merupakan prioritas kedua (Pasien memerlukan tindakan definitif, tidak ada ancaman jiwa segera). Kategori hijau merupakan prioritas ketiga (Pasien dengan cedera

minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan). Kategori hitam merupakan Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.

- d) Bagi Puskesmas atau Klinik yang melayani Pasien saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang menyebabkan Pasien dalam jumlah banyak, penggunaan *Tag Triase* (pemberian label pada Pasien) perlu dilakukan.
 - 4) Status Triase ini harus dinilai ulang terus menerus karena kondisi Pasien dapat berubah sewaktu-waktu. Apabila kondisi Pasien berubah maka dilakukan retriasi.
 - 5) Melakukan komunikasi dengan pusat komunikasi (misal PSC 119) dan Rumah Sakit rujukan, bila diperlukan.
- b. Survei Primer (Resusitasi dan Stabilisasi)
- 1) Tindakan resusitasi segera diberikan kepada Pasien dengan kategori merah setelah mengevaluasi potensi jalan nafas (*airway*), status pernafasan (*breathing*) dan sirkulasi ke jaringan (*circulation*) serta status mental Pasien yang diukur *Alert Verbal Pain Unresponsive* (AVPU).
 - 2) Batasan waktu (*respon time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya untuk Pasien yang membutuhkan pelayanan resusitasi adalah segera.
 - 3) Melakukan monitoring dan retriasi terhadap tindakan resusitasi yang diberikan. Monitoring kondisi Pasien berupa pemasangan peralatan medis untuk mengetahui status tanda vital, pemasangan kateter urine, dan penilaian ulang status mental Pasien.
 - 4) Apabila kondisi Pasien memerlukan tindakan definitif segera namun pada Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi tidak tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai, maka harus dilakukan rujukan segera sesuai prosedur tanpa melakukan survei sekunder.
 - 5) Bagi tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, Pasien harus segera dirujuk setelah melaksanakan survei primer.
- c. Survei Sekunder

- 1) Survei sekunder tidak diwajibkan apabila kondisi pasien memerlukan tindakan definitif segera namun pada Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi tidak tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai. Pada kondisi ini, pasien harus segera dilakukan rujukan sesuai prosedur tanpa melakukan survei sekunder.
 - 2) Melakukan anamnesa (alloanamnesa/autoanamnesa) untuk mendapatkan informasi mengenai apa yang dialami Pasien pada saat ini.
 - 3) Pemeriksaan fisik, neurologis dan status mental secara menyeluruh (*head to toe*) dengan menggunakan GCS (*Glasgow Coma Scale*).
 - 4) Bagi Puskesmas/Klinik, melakukan pemeriksaan penunjang sesuai dengan ketersediaan fasilitas yang dimiliki.
 - a) Pemeriksaan penunjang yang dilakukan seperti pemeriksaan laboratorium dan pencitraan yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik.
 - b) Pemeriksaan penunjang dilakukan bila kondisi Pasien telah stabil, yaitu: tanda-tanda vital normal, tidak ada lagi kehilangan darah, keluaran urin normal 0,5-1 cc/kg/jam, dan atau tidak ada bukti kegagalan fungsi organ.
 - 5) Tindakan *restraint* sesuai indikasi dengan teknik terstandar yang aman, dengan tujuan untuk mengamankan Pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku Pasien yang tidak terkontrol.
 - 6) Apabila kondisi Pasien memerlukan tindakan definitif namun pada Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi tidak tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai, maka harus dilakukan rujukan segera sesuai prosedur.
- d. Tata Laksana Definitif
- 1) Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap Pasien.

- 2) Penentuan tindakan yang diambil berdasarkan hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Yang berwenang melakukan tata laksana definitif adalah Dokter dan Dokter Gigi yang terlatih.
- e. Rujukan
- 1) Rujukan dilaksanakan jika tindak lanjut penanganan terhadap Pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan di Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan karena keterbatasan sumber daya.
 - 2) Sebelum Pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju mengenai kondisi Pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh Pasien.
 - 3) Proses pengiriman Pasien dilakukan bila kondisi Pasien stabil, menggunakan ambulans Gawat Darurat atau ambulans transportasi yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, didampingi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi dan membawa surat rujukan. Bagi tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan, penyediaan ambulans dilaksanakan berkoordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan rujukan atau PSC 119.

2. SUMBER DAYA MANUSIA

Puskesmas dan Klinik harus memiliki:

a. Dokter dan Dokter Gigi

- 1) Dokter/dokter gigi dengan kemampuan untuk melakukan triase, survei primer (resusitasi dan stabilisasi), survei sekunder, dan tatalaksana definitif sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
- 2) Dokter spesialis/dokter gigi spesialis di Klinik utama dengan kemampuan untuk melakukan triase, survei primer (resusitasi dan stabilisasi), survei sekunder, dan tata laksana definitif sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Dokter dan Dokter Gigi di Puskesmas rawat inap dalam memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan dapat berstatus *on*

call, untuk penanganan kasus kegawatdaruratan di luar jam operasional.

b. Perawat

Perawat minimal setingkat Diploma 3 yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan. Kompetensi kegawatdaruratan dapat diperoleh dari pendidikan ataupun pelatihan terkait pelayanan kegawatdaruratan.

c. Tenaga Kesehatan Lain dan Tenaga Nonkesehatan

Kebutuhan jenis dan jumlah tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan dan tingkat kemampuan masing-masing Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. SARANA, PRASARANA, OBAT, BAHAN MEDIS HABIS PAKAI, DAN ALAT KESEHATAN

Standar sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan mengikuti standar Puskesmas, Klinik, tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Yang harus diperhatikan untuk Ruang Gawat Darurat diharapkan memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Luas ruang gawat darurat disesuaikan dengan beban kerja dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan.
- b. Lokasi ruang gawat darurat harus mudah diakses oleh masyarakat yang membutuhkan pelayanan gawat darurat dengan tanda-tanda yang jelas dari dalam dan dari luar fasilitas pelayanan kesehatan.

B. Penanganan Kegawatdaruratan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Rumah Sakit dapat berfungsi sebagai tempat pelayanan akhir dalam penanganan Pasien sesuai dengan kemampuannya. Oleh karena itu sarana, prasarana, dan sumber daya Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus memadai, sehingga mampu menanggulangi Pasien (*“to save life and limb”*).

IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi Pasien yang datang langsung ke Rumah Sakit)/lanjutan (bagi Pasien rujukan dari Fasilitas Pelayanan

Kesehatan lain ataupun dari PSC 119), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya.

IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana.

Secara garis besar kegiatan di IGD Rumah Sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan Pasien.
- b. Menerima Pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.
- c. Merujuk kasus-kasus Gawat Darurat apabila Rumah Sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan/definitif.

IGD Rumah Sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam Rumah Sakit. Kriteria umum IGD Rumah Sakit:

- a. Dokter/Dokter Gigi sebagai Kepala IGD Rumah Sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
- b. Dokter/Dokter Gigi penanggungjawab Pelayanan Kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur Rumah Sakit.
- c. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
- d. Semua Dokter, Dokter Gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).
- e. Memiliki program penanggulangan Pasien massal, bencana (Disaster Plan) terhadap kejadian di dalam Rumah Sakit maupun di luar Rumah Sakit.
- f. Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

1. PELAYANAN

Penanganan kegawatdaruratan di Rumah Sakit meliputi pelayanan kegawatdaruratan level I, level II, level III, dan level IV. Adapun jenis pelayanan gawat darurat pada level I sampai dengan level IV sebagai berikut:

Level I	Level II	Level III	Level IV
<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan: permasalahan pada: A: jalan nafas (airway problem), B: ventilasi pernafasan (breathing problem), dan C: sirkulasi pembuluh darah (circulation problem) 2. Melakukan resusitasi dasar, stabilisasi dan evakuasi 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan: permasalahan pada jalan nafas (airway problem), ventilasi pernafasan (breathing problem) dan sirkulasi 2. Melakukan resusitasi dasar, Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Evakuasi dan rujukan antar Fasyankes. 4. Bedah emergensi 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosa & penanganan permasalahan pada A, B, C, dengan alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Melakukan resusitasi dasar, Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Evakuasi dan rujukan antar Fasyankes. 4. ROE (Ruang Observasi Emergensi) 5. Bedah emergensi 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan: permasalahan pada A,B,C dengan alat lengkap termasuk ventilator 2. Melakukan resusitasi dasar, Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi ROE (Ruang Observasi Emergensi) 4. Bedah emergensi 5. Anestesi emergensi

Rumah Sakit harus dapat melaksanakan pelayanan triase, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan. Apabila diperlukan evakuasi, Rumah Sakit yang menjadi bagian dari SPGDT dapat melaksanakan evakuasi tersebut.

a. Triase

Setiap Rumah Sakit harus memiliki standar triase yang ditetapkan oleh kepala/direktur Rumah Sakit.

- 1) Triase merupakan proses khusus memilah Pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan.
- 2) Triase tidak disertai tindakan/intervensi medis.
- 3) Prinsip triase diberlakukan sistem prioritas yaitu penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan

mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan:

- a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
 - b) Dapat mati dalam hitungan jam
 - c) Trauma ringan
 - d) Sudah meninggal
- 4) Prosedur triase :
- a) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit
 - b) Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - (1) Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
 - (2) Menilai kebutuhan medis
 - (3) Menilai kemungkinan bertahan hidup
 - (4) Menilai bantuan yang memungkinkan
 - (5) Memprioritaskan penanganan definitif
 - c) Namun bila jumlah Pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD Rumah Sakit).
 - d) Pasien dibedakan menurut kegawatdaruratannya dengan memberi kode warna:
 - (1) Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi) Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera.
 - (2) Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan) Pasien memerlukan tindakan definitif tidak ada ancaman jiwa segera.
 - (3) Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi) Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan.
 - (4) Kategori hitam: prioritas nol Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.

- e) Pasien kategori merah dapat langsung diberikan tindakan di ruang resusitasi, tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, Pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau di rujuk ke Rumah Sakit lain.
 - f) Pasien dengan kategori kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah Pasien dengan kategori merah selesai ditangani.
 - g) Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka Pasien diperbolehkan untuk dipulangkan.
 - h) Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah.
- 5) Rumah Sakit harus mampu:
- a) Mengkategorikan status Pasien, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*).
 - b) Menilai ulang terus menerus (status triase karena kondisi Pasien berubah maka dilakukan retriasse).
 - c) Menggunakan *Tag Triase* (pemberian label pada Pasien) karena sangat penting untuk menentukan prioritas pelayanan apabila Rumah Sakit tersebut melayani Pasien saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang terdapat Pasien dalam jumlah banyak.
- b. Survei Primer
- 1) Survei primer dilakukan dalam waktu cepat untuk mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa pada Pasien.
 - 2) Batasan waktu (*respon time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi segera mungkin.
- c. Resusitasi dan Stabilisasi
- 1) Tindakan resusitasi segera diberikan kepada Pasien dengan kategori merah setelah mengevaluasi potensi jalan nafas (*airway*), status pernafasan (*breathing*) dan sirkulasi ke

jaringan (*circulation*) serta status mental Pasien yang diukur menggunakan *Alert Voice/Verbal Pain Unresponsive* (AVPU).

- 2) Apabila Dokter/Dokter Gigi sedang menangani Pasien dengan kategori kuning tetapi disaat yang bersamaan datang Pasien dengan kategori merah, maka Dokter/Dokter Gigi wajib mendahulukan atau mengutamakan tindakan resusitasi kepada Pasien dengan kategori merah tersebut.
 - 3) Pelayanan resusitasi di ruang resusitasi harus dilakukan secara kerja sama tim dipimpin oleh seorang dokter yang memiliki kompetensi tertinggi untuk melakukan resusitasi sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - 4) Melakukan monitoring dan retriese terhadap tindakan resusitasi yang diberikan. Monitoring kondisi Pasien berupa pemasangan peralatan medis untuk mengetahui status tanda vital, pemasangan kateter urine, dan penilaian ulang status mental Pasien (GCS).
- d. Survei Sekunder
- 1) Melakukan anamnesa (*alloanamnesa/autoanamnesa*) untuk mendapatkan informasi mengenai apa yang dialami Pasien pada saat kejadian, mekanisme cedera, terpapar zat-zat berbahaya, riwayat penyakit terdahulu dan riwayat obat yang dikonsumsi.
 - 2) Pemeriksaan fisik secara menyeluruh (*head to toe*), neurologis, dan status mental dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS).
 - 3) Menginstruksikan agar dilakukan pemeriksaan penunjang saat Pasien sudah berada dalam kondisi stabil. Pasien dikatakan stabil apabila: tanda-tanda vital normal, tidak ada lagi kehilangan darah, keluaran urin normal 0,5-1 cc/kg/jam, dan tidak ada bukti kegagalan fungsi organ.
 - 4) Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium dan pencitraan yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik.
 - 5) Tindakan *restraint* sesuai indikasi dengan teknik terstandar yang aman, dengan tujuan untuk mengamankan Pasien,

orang lain dan lingkungan dari perilaku Pasien yang tidak terkontrol.

e. Tata Laksana Definitif

- 1) Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap Pasien.
- 2) Penentuan tindakan yang diambil berdasarkan atas hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, yang berwenang melakukan tata laksana definitif adalah Dokter/Dokter Gigi yang terlatih.

f. Rujukan

- 1) Rujukan adalah memindahkan Pasien ke tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih tinggi ataupun ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memiliki sarana dan prasarana medis serta tenaga ahli yang dibutuhkan untuk memberikan terapi definitif kepada Pasien.
- 2) Sebelum Pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju mengenai kondisi Pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh Pasien.
- 3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan pengirim harus mendapat kepastian bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju siap menerima dan melayani Pasien yang dirujuk.
- 4) Proses pengiriman Pasien dilakukan bila kondisi Pasien stabil, menggunakan ambulans yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi.

2. SUMBER DAYA MANUSIA

a. Dokter

Pelayanan Kegawatdaruratan di Rumah Sakit harus mempunyai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Kompetensi klinis dokter yang bekerja di Pelayanan Kegawatdaruratan disesuaikan dengan kompetensi dokter berdasarkan jenjang pendidikannya. Kewenangan klinis dokter yang bekerja disesuaikan dengan ketentuan Rumah Sakit yang ditetapkan dalam keputusan Direktur/Kepala Rumah Sakit. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Pelayanan Kegawatdaruratan meliputi:

- 1) Dokter terlatih yaitu dokter umum yang memiliki kompetensi untuk melakukan pelayanan kegawatdaruratan.
- 2) Dokter Spesialis adalah dokter spesialis-subspesialis disiplin ilmu tertentu yang memiliki kompetensi melalui pelatihan kegawatdaruratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Dokter Spesialis Kedokteran Emergensi (*Emergency Medicine*), yaitu dokter yang sudah menjalani program pendidikan dokter spesialis emergensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Perawat

Perawat yang bekerja di unit Pelayanan Kegawatdaruratan adalah perawat yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan yang diperoleh melalui pelatihan kegawatdaruratan terstandar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

c. Tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan

Kebutuhan jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan lainnya disesuaikan dengan kebutuhan Pelayanan Kegawatdaruratan dan tingkat kemampuan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

d. Kualifikasi tenaga gawat darurat

Kualifikasi tenaga gawat darurat di pelayanan gawat darurat level I sampai dengan level IV sebagai berikut:

Kualifikasi Tenaga Gawat Darurat	Level I	Level II	Level III	Level IV
Dokter	<i>On Site</i> 24 Jam	<i>On Site</i> 24 Jam	<i>On Site</i> 24 Jam	<i>On Site</i> 24 Jam
Dokter Spesialis	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan/atau spesialis lainnya <i>on call</i> .	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan/atau spesialis lainnya <i>on call</i> .	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan/atau spesialis lainnya: <i>on site/on call</i> 24 jam	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam, Anestesi: <i>on site</i> 24 jam Dokter spesialis lain (<i>on call</i>) Bila tersedia dokter emergensi: <i>on site</i>

Kualifikasi Tenaga Gawat Darurat	Level I	Level II	Level III	Level IV
Dokter Subspesialis/ Konsultan	-	-	-	<i>Onsite/ On call</i>
Perawat	On Site 24 Jam kecuali layanan tidak 24 jam (<i>on call</i>)	<i>On Site</i> 24 Jam	<i>On Site</i> 24 Jam	<i>On Site</i> 24 Jam
Tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

3. SARANA, PRASARANA, OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI,
DAN ALAT KESEHATAN

Ketentuan sarana, prasarana, dan alat kesehatan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sedangkan untuk obat, bahan medis habis pakai, dan prasarana ambulans yang harus disediakan di setiap level pelayanan gawat darurat sebagaimana tercantum dalam tabel sebagai berikut:

No	Kelas/ Ruang	Level I	Level II	Level III	Level IV	Keterangan
A.	RUANG TINDAKAN					
	1. Kategori Merah/P1					
	OBAT- OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI					
	Cairan Infus Koloid	+	+	+	+	Selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus di resepkan.
	Cairan Infus Kristaloid	+	+	+	+	
	Cairan Infus Dextrose	+	+	+	+	
	Adrenalin	+	+	+	+	
	Sulpat Atropin	+	+	+	+	
	Kortikosteroid	+	+	+	+	
	Lidokain	+	+	+	+	
	Dextrose 50%	+	+	+	+	
	Aminophilin	+	+	+	+	
	Pethidin	+	+	+	+	
	Morfin	+	+	+	+	
	Anti Convulsion	+	+	+	+	
	Dopamin	+	+	+	+	
	Dobutamin	+	+	+	+	
	ATS, TT	+	+	+	+	
	Trombolitik	+	+	+	+	
	Amiodaron (Inotropik)	+	+	+	+	
	APD: Masker, Sarung Tangan	+	+	+	+	
	Mannitol	+	+	+	+	

No	Kelas/ Ruang	Level I	Level II	Level III	Level IV	Keterangan
	Furosmide	+	+	+	+	
	Stesolid	+	+	+	+	Tersedia dalam jumlah yang cukup
	Mikro Drips Set	+	+	+	+	
	Intra Osseus Set	+	+	+	+	
2. Kategori Kuning/P2						
OBAT- OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI						
	Analgetik	+	+	+	+	Selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus di resepkan.
	Antiseptik	+	+	+	+	
	Cairan Kristaloid	+	+	+	+	
	Lidokain	+	+	+	+	
	Wound Dressing	+	+	+	+	
	Alat- alat Anti Septic	+	+	+	+	
	ATS	+	+	+	+	
	Anti Bisa Ular	+	+	+	+	
	Anti Rabies	+	+	+	+	
	Benang Jarum	+	+	+	+	
	analgetik	+	+	+	+	
	anti emetik	+	+	+	+	
	antibiotik	+	+	+	+	
	diuretic	+	+	+	+	
3. Kategori Hijau						
OBAT- OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI						
	Lidokain	+	+	+	+	dapat diresepkan

No	Kelas/ Ruang	Level I	Level II	Level III	Level IV	Keterangan
	Aminophilin/ β 2 Blokker	+	+	+	+	melalui apotik RS jika tidak tersedia di IGD
	ATS	+	+	+	+	
	APD: Masker	+	+	+	+	
	APD: Sarung Tangan	+	+	+	+	
	analgetik	+	+	+	+	
	anti emetik	+	+	+	+	
	antibiotik	+	+	+	+	
	diuretik	+	+	+	+	
4. Ruang Tindakan Kebidanan						
OBAT- OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI						
	Uterotonika	+	+	+	+	Tersedia dalam jumlah yang cukup
	Prostaglandin	+	+	+	+	
	Set Laparoscopy	-	-	Min. 1	Min. 1	
	Endoscopy Surgery	-	-	Min. 1	Min. 1	
	Laryngoscope		Min. 1	Min. 1	Min. 1	
	BVM		Min. 1	Min. 1	Min. 1	
	Defibrilator		Min. 1	Min. 1	Min. 1	
	Film Viewer	-	Min. 1	Min. 1	Min. 1	
B	RUANG KOMUNIKASI KEGAWATDARURATAN					
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat Komunikasi Internal dan eksternal disesuaikan dengan kebutuhan 2. Peralatan pendukung disesuaikan dengan kebutuhan 					

No	Kelas/ Ruang	Level I	Level II	Level III	Level IV	Keterangan
C	AMBULANS					
	Jenis Ambulans	Mobil ambulans transportasi+/-. Dapat bekerjasama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang terdekat	Mobil ambulans transportasi atau mobil ambulans Gawat Darurat	Mobil Ambulans transportasi dan mobil ambulans Gawat Darurat	Mobil transportasi dan mobil ambulans Gawat Darurat	

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002

