

LAKESGILUTAU drg. R. POERWANTO
RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT



BUKU SAKU AKREDITASI RSGMAU TAHUN 2026

Pegangan Seluruh Pegawai Saat Survei Akreditasi



KATA SAMBUTAN KEPALA RSGMAU

Kolonel Kes (W) drg. Annita Yunistuti, Sp.KG

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya Buku Saku Personel RSGMAU dapat kami susun sesuai dengan yang diharapkan.

Secara garis besar, buku ini berisi tentang Visi, misi, 6 sasaran keselamatan pasien, pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), peran, tanggaung jawab personel, Hak pasien dan keluarga, Customer Service, Panduan menghadapi kebarkaran, Simbol Bahan dan Daerah Bahaya.

Buku Saku ini diharapkan dapat bermanfaat untuk mengenalkan dan mensosialisasikan secara ringkas program-program Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang telah dan harus dilaksanakan oleh seluruh personel RSGMAU terutama yang berhubungan langsung dengan pelayanan pada pasien dan keluarganya.

Dengan menerapkan isi buku saku ini setiap personel RSGMAU dapat bekerja sama mewujudkan Rumah Sakit yang bermutu dan aman (safe hospital), melalui pembentukan budaya keselamatan (safe culture), keselamatan pelayanan (safe care), staf yang bertanggung jawab (safe staff), keterlibatan pasien (safe patient). Memiliki sistem pendukung yang aman (safe support system) serta merupakan tempat yang aman (safe place)

Kami ucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan buku saku ini. Semoga buku saku ini dapat bermanfaat bagi personel RSGMAU dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Wassalamualaikum Wr. Wb.

1. Visi Rumah Sakit

Menjadikan RSGMAU sebagai pusat kedokteran gigi penerbangan dan pusat rujukan terbaik bidang pelayanan Kesehatan gigi dan mulut yang profesional, modern dan handal di lingkungan TNI dan sekitarnya.

2. Misi Rumah Sakit

- a. Melaksanakan dukungan Kesehatan dengan mewujudkan kondisi kesehatan gigi dan mulut yang prima bagi prajurit TNI AU baik sebelum, selama maupun setelah kegiatan operasi dan Latihan serta identifikasi gigi geligi bagi prajurit TNI AU.
- b. Melaksanakan pelayanan promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitative Kesehatan gigi dan mulut secara spesialisistik sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran gigi bagi segenap personel TNI AU/TNI, PNS beserta keluarganya serta masyarakat umum dengan mengutamakan keselamatan pasien.
- c. Melaksanakan pembinaan kompetensi dan penelitian pengembangan di bidang kedokteran gigi di lingkungan TNI AU khususnya bidang kedokteran gigi penerbangan.

3. Motto Pelayanan

“PREMOLAR”

Melaksanakan pekerjaan dengan:

Profesional, Responsif, Edukatif. Menyenangkan. Optimal. Loyal. Aman. Ramah

4. Logo dan Arti



Arti logo:

- a. Ular melingkari tongkat dengan sayap berwarna emas, melambangkan keehatan Angkatan Udara
- b. Tulisan huruf D (Dentist), yang berarti Kedokteran Gigi
- c. Lingkaran melambangkan kesoliditasan RSGMAU dalam melaksanakan tugas
- d. Warna dasar biru muda dan biru tua, melambangkan Warna TNI AU.

5. KODE ETIK PELAYANAN RSGMAU

- a. Tidak boleh meminta imbalan/tips pada pasien/ keluarga
- b. Tidak boleh memarahi pasien /keluarga .
- c. Selalu berbicara dengan suara yang rendah dan ramah pada pasien, keluarga dan pengunjung rumah sakit.
- d. Tidak boleh menyalahkan atau menegur pasien.
- e. Bila pasien/keluarga dalam posisi tidak mengikuti aturan, sampaikan koreksi dengan lemah lembut, santun dan ramah.
- f. Berupaya berhadapan dengan pasien/keluarga dengan wajah cerah dan penuh senyum.
- g. Selalu bersikap sabar terhadap pasien yang sedang emosi/marah.
- h. Tidak boleh membentak pasien/keluarga dengan alasan apapun.
- i. Terhadap pasien/keluarga yang mengotot dan bersikukuh, petugas harus mengalah dan berupaya membantu agar keinginan pasien terwujud tetapi keamanan rumah sakit tetap terjaga.
- j. Selalu mau meminta maaf kepada pasien/keluarga bila ada kekurangan dalam pelayanan dan tidak boleh bersikap arogan.

NO	PERTANYAAN	JAWABAN
1.	Apa yang anda ketahui tentang sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit?	Ada 6 Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah sakit: • Ketepatan identifikasi pasien • Peningkatan komunikasi yang efektif. • Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai • Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat

		pasien operasi. • Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. • Pengurangan risiko pasien jatuh
2.	Bagaimana prosedur di Rumah sakit dalam mengidentifikasi pasien?	• Setiap pasien yang masuk rawat inap dipasang gelang identitas pasien. • Ada 3 cara identifikasi yaitu menggunakan NAMA, TTL, dan No. RM. • Untuk bayi baru lahir menggunakan nama ibunya dan tanggal lahir bayi. • Pengecualian prosedur identifikasi dapat dilakukan pada kondisi kegawat daruratan pasien di UGD, dan kamar operasi dengan tetap memperhatikan data pada gelang identitas pasien.
3.	Kapan dilakukan proses verifikasi identitas pasien?	• Saat pemberian obat • Saat pemberian transfusi darah • Saat pengambilan sampel untuk pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi. • Saat dilakukan tindakan medis.
4.	Gelang identifikasi apa saja yang digunakan di rumah sakit	• Gelang identitas pasien adalah: - Pasien Laki-laki : BIRU MUDA - Pasien Wanita : MERAH MUDA • Kilp Identifikasi pasien: - Pasien Resiko Jatuh : KUNING - Pasien Alergi : MERAH - Pasien DNR : UNGU
5.	Bagaimana prosedur pemasangan gelang identifikasi?	Saat memasang gelang: • Jelaskan Manfaatnya • Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, dan menutup gelang.
6.	Dapatkah Anda	• Dalam melaporkan kondisi pasien untuk

	menjelaskan tentang cara komunikasi yang efektif di rumah sakit?	meningkatkan efektifitas komunikasi antar pemberi layanan Rumah sakit menggunakan Teknik S – Situation Kondisi terkini yang terjadi pada pasien B – Background Informasi penting apa yang berhubungan dengan kondisi pasien terkini A – Assessment Hasil pengkajian kondisi pasien terkini R – Recommendation Apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah pasien saat ini • Rumah sakit konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dan komunikasi lisan dengan catat, baca Kembali dan konfirmasi ulang (TULBAKON) terhadap perintah yang diberikan sebagai berikut: a. Catat lengkap pada rekam medis: * Isi perintah * Nama dan ttd penerima perintah * Nama dan ttd pemberi perintah (pada pertemuan berikutnya) * Tanggal dan Jam. b. Baca kembali isi perintah, bila perintah ada obat NORUM (Nama Obat, Rupa, dan Ucapan Mirip)/LASA, maka nama obat harus dieja dengan alphabet c. Konfirmasi ulang isi perintah, laporkan dengan Teknik SBAR dan diinput pada RME lalu minta konfirmasi DPJP. • Pelaporan kondisi pasien kepada DPJP pasien menjadi tanggung jawab dokter ruangan yang bertugas.
7.	Apa saja yang termasuk obat-obatan high alert	• Obat-obatan yang termasuk dalam high alert medication adalah: 1. Elektrolit pekat : KCl, MgSO₄, Natrium

	medication di Rumah Sakit?	Bikarbonat, NaCl > 0,9% 2. Obat-obatan narkotika, Sitotoksik. 3. NORUM (Nama Obat, Rupa, Ucapan Mirip)/LASA (Look Alike Sound Alike) yaitu obat-obatan yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip. Contoh: Azhromysin dan Erythromysin. Pengelolaan <i>high alert medication</i>: • Penyimpanan dilokasi khusus dengan akses terbatas dan diberi penandaan yang jelas berupa stiker berwarna merah bertuliskan "High Alert" • NaCl >0.9% dan KCl tidak boleh disimpan dirunag perawatan kecuali ICU. • Ruang perawatan yang boleh menyimpan elektrolit pekat harus memastikan bahwa elektrolit pekat disimpan dilokasi dengan akses terbatas bagi petugas yang diberi wewenang. • Obat diberi penandaan yang jelas berupa stiker berwarna merah bertuliskan "High Alert" dan khusus untuk elektrolit pekat, harus ditempelakan stiker yang dituliskan "Elektrolit pekat, harus diencerkan sebelum diberikan"
8.	Bagaimana prinsip pemberian obat yang benar?	Ada 7 prinsip benar dalam pemberian obat yaitu: 1. Benar Obat 2. Benar Dosis 3. Benar Waktu 4. Benar Cara pemberian/Rute 5. Benar Pasien 6. Benar Informasi 7. Benar Dokumentasi.
9.	Bagaimana cara melaporkan	a. Laporkan segera pada atasan anada/Ka Klinik /Ka Ruangan/ Ka Unit

	kesalahan pemberian obat (Medication error)	b. Ambil dan isi formular laporan insiden keselamatan pasien segera setelah kejadian. c. Laporan diserahkan pada komite mutu dan keselamatan pasien
10.	Bagaimana prosedur checklist keselamatan saat operasi?	a. Check In, dilakukan saat pasien sampai di area penerimaan, meliputi: konfirmasi pemeriksaan identitas pasien, jenis operasi, kelengkapan data pengujung, informed consent dan berkas rekam medis yang dibutuhkan. Dilakukan oleh perawat yang bertugas di area penerimaan pasien. b. Sign In, dilakukan di kamar operasi sesaat sebelum induksi, meliputi: Identitas, jenis operasi, lokasi operasi, cek penandaan area operasi, kelengkapan data dan kesiapan anestesi. c. Time Out, dilakukan di kamar operasi sesaat sebelum insisi, meliputi identitas pasien d. Sign Out, dilakukan setelah operasi selesai dan sebelum menutup luka operasi, berupa konfirmasi secara verbal Tindakan yang sudah dilakukan, kelengkapan instrument, kasa, alat tajam, specimendan cedera pasca operasi. e. Check Out, serah terima pasien, pemeriksaan penunjang, dokumen dari perawat anestesi kepada perawat ruangan di ruangan pemulihan. Proses Sign In, Time Out, dan Sign Out ini dipandu oleh perawat sirkuler (Circulating nurse) dan diikuti oleh operator, dokter anestesi, perawat anestesi.
11.	Kapan dilaksanakan cuci tangan yang benar di Rumah Sakit?	Semua petugas di Rumah Sakit termasuk dokter melakukan 6 Langkah kebersihan tangan pada 5 MOMENT yang ditentukan, yakni: 1. Sebelum kontak pasien 2. Sebelum tindakan aseptik 3. Setelah terkena cairan tubuh 4. Setelah kontak pasien Setelah kontak

		lingkungan pasien
	Bagaimanakah standar prose-dur cuci tangan yang benar di Rumah Sakit?	6 langkah cuci tangan yang benar sesuai WHO yaitu: 1. Telapak tangan 2. Punggung tangan 3. Sela-sela jari tangan 4. Empat jari saling mengunci 5. Sekeliling Ibu jari putar-putar 6. Ujung jari putar-putar 6 LANGKAH KEBERSIHAN TANGAN  Ratakan dengan kedua telapak tangan  Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya  Gosok kedua telapak dan sela-sela jari  Punggung jari tangan kanan digosokkan pada telapak tangan kiri dengan jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci  Ibu jari tangan kiri digosok berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya  Gosok berputar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya 20 – 30 DETIK ALKOHOL HAND RUB 40 – 60 DETIK AIR MENGALIR SABUN
12.	Bagaimanakah cara mengkaji pasien risiko jatuh?	• Penilaian risiko jatuh dilakukan saat pengkajian awal dengan menggunakan metode pengkajian risiko jatuh yang telah ditetapkan oleh RSGMAU. Penilaian risiko jatuh pada pasien anak menggunakan scoring HUMPTY DUMPTY dan pada pasien dewasa dan lansia menggunakan scoring MORSE, dan pada pasien psikiatri menggunakan scoring ADMONSOM. • Pengkajian tersebut dilakukan oleh perawat dan kemudian dapat dijadikan dasar pemberian rekomendasi kepada dokter untuk tatalaksana lebih lanjut. • Perawat memasang gelang risiko berwarna KUNING di pergelangan tangan pasien dan atau

		keluarga • Pengkajian ulang dilakukan oleh perawat secara berkala sesuai hasil penilaian risiko jatuh pasien dan jika terjadi perubahan kondisi pasien dan pengobatan.
13.	Apa yang dilakukan jika ada pasien yang jatuh?	Dilakukan tatalaksana pasien jatuh dan membuat laporan insiden keselamatan pasien.
14.	Tahukah anda tentang Hak dan kewajiban pasien?	Pasien berhak: • Mendapat informasi yang benar mengenai kondisi kesehatannya. • Mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai pelayanan yang diterima • Mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan medis, standar profesi, dan mutu pelayanan. • Menolak atau menyetujui Tindakan medis, kecuali dalam kasus pencegahan wabah atau KLB • Mengakses informasi yang tercatat dalam rekam medis. • Meminta pendapat dari tenaga medis lain (second opinion) • Mendapatkan hak lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pasien berkewajiban: • Memberikan informasi yang jujur dan lengkap mengenai kondisi Kesehatan-nya. • Mematuhi instruksi dan nasihat dari tenaga Kesehatan. • Menaati ketentuan yang berlaku di fasilitas Kesehatan. • Memberikan imbalan / jasa atas pelayanan yang diterima.

15.	Bagaimana prosedur pemberian informed consent kepada pasien dan keluarga? Siapa yang memberikan informed consent? Apa saja yang di informasikan saat Informed Consent? Apa yang dimaksud dengan General Consent? Siapa yang berhak memberikan persetujuan?	• Pernyataan persetujuan (Informed Consent) dari pasien didapat melalui proses yang ditetapkan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau staf yang terlatih, dalam Bahasa yang dipahami pasien. • Informed consent diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi. • Semua tindakan kedokteran harus mendapat persetujuan pasien dan atau keluarga setelah mendapat penjelasan yang cukup tentang hal-hal yang berkaitan dengan tindakan tersebut dai DPJP. • Informed Consent menginformasikan tentang: diagnosis (WD dan DD), dasar diagnosis, Tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tata cara, tujuan, Risiko, komplikasi, prognosis, alternatif dan Risiko • Persetujuan umum (general consent) dibuat saat pertama kali pasien berobat dan atau saat masuk perawatan inap. • General consent memuat persetujuan tindakan medis bersifat umum seperti pemberian obat, tindakan EKG, pemeriksaan radiologi, melepas infus dan pengambilan sampel darah/urine, dll. • Yang berhak memberikan persetujuan setelah mendapatkan informasi adalah: a. Pasien sendiri, yaitu apabila telah berumur 21 taun atau telah menikah. b. Bagi pasien dibawah 21 tahun, persetujuan (Informed consent) atau penolakan tindakan kedokteran diberikan oleh mereka menurut urutan hak, sbb: 1) Ayah/Ibu Kandung 2) Saudara-saudara kandung c. Bagi pasien dibawah umur 21 tahun dan
------------	---	--

		tidak mempunyai orang tua atau orang tuanya berhalangan hadir, persetujuan (Informed consent) atau penolakan tindakan kedokteran diberikan oleh mereka menurut hak sbb: 1) Ayah/Ibu Angkat 2) Saudara-saudar kandung 3) Induk semang d. Bagi pasien dewasa dengan gangguan mental, persetujuan (informed consent) atau penolakan-penolakan tindakan kedokteran diberikan oleh mereka menurut hak sbb: 1) Ayah/ibu kandung 2) Wali yang sah 3) Saudara-saudara kandung e. Bagi pasien dewasa yang telah menikah /orang tua, persetujuan atau penolakan tindakan medis diberikan mereka menurut urutan hal tersebut: 1) Suami/Istri 2) Ayah/Ibu kandung 3) Anak-anak kandung 4) Saudara-saudara kandung
16.	Bagaimana pasien mendapatkan informasi pelayanan kerohanian di RS?	Pelayanan kerohanian terdiri dari pelayanan pelayanan kerohanian rutin dan atas permintaan. Pasien yang membutuhkan pelayanan kerohanian akan mengisi formulir permintaan pelayanan kerohanian. Kemudian perawat akan menghubungi petugas terkait sesuai daftar yang ada
17.	Bagaimana RS melindungi kebutuhan privasi pasien?	Saat dilakukan pemeriksaan, konsultasi, tatalaksana antar pasien akan dibatasi dengan tirai.
18.	Bagaimana RS melindungi pasien	• Kriteria kekerasan fisik dilindungi RS terdiri atas: pelecehan seksual, pemukulan,

	terhadap kekerasan fisik?	penelantaran dan pemaksaan fisik terhadap pasien baik yang dilakukan oleh penunggu/pengunjung-pasien maupun petugas. • Kecuali terdapat indikasi, petugas Kesehatan dapat melakukan pemaksaan fisik (seperti pengekanan) sesuai standar medis dan etika rumah sakit yang berlaku. • Setiap petugas keamanan sudah terlatih untuk menangani hal tersebut. • Setiap pasien/pengunjung/karyawan yang berada dalam RS harus menggunakan tanda pengenalan berupa gelang identitas pasien, kartu visitor/pengunjung atau name tag karyawan.
19.	Bagaimana prosedur melindungi barang milik pasien?	• Kategori pasien yang barangnya harus dilindungi: a. Pasien kesadaran menurun b. Gangguan mental c. Cedera berat d. Pasien tanpa didampingi keluarga atau pengantar yang dipercayai. e. Pasien operasi f. Pasien dengan gangguan komunikasi.
20.	Apa yang dilakukan RS jika pasien menolak/ menghentikan Tindakan (resusitasi) atau pengobatan yang diberikan?	• Rumah Sakit menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi • Keputusan untuk tidak melakukan RJP harus dicatat di rekam medis pasien dan di formulir do not resuscitate (DNR). Formulir DNR harus diisi dengan lengkap dan disimpan di rekam medis pasien. • Alasan diputuskannya Tindakan DNR dan orang yang terlibat dalam pengambilan keputusan harus dicatat di rekam medis pasien dan formulir DNR. Keputusan harus dikomunikasikan kepada semua orang yang terlibat dalam aspek perawatan pasien

21.	Apa yang anda ketahui tentang kebutuhan untuk pasien tahap terminal?	a. Pemberian pelayanan yang sesuai dengan permintaan pasien dan keluarga seperti: Pengobatan gejala primer dan sekunder serta manajemen nyeri b. Memberi respon terhadap kondisi psikologis, sosial dan emosional pasien dan keluarganya. c. Menghargai nilai yang dianut pasien, agama, dan budaya. d. Mengikutsertakan pasien dan keluarga dalam semua keputusan pelayanan.
22.	Siapa yang memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga?	Semua pemberian informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan oleh petugas yang berkompeten dan dikoordinasi oleh Tim PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit), antara lain: Dokter, perawat, Bidan, Farmacist, Nutrisionist, Fisioterapist.
23.	Apa peran petugas RSGMAU?	a. Setiap petugas memiliki peran yang sangat penting dalam Pendidikan kepada pasien dan keluarganya b. Pendidikan kepada pasien dan keluarganya dengan cara memberi kesempatan kepada pasien dan keluarganya untuk menimbang dan mengambil keputusan yang terbaik. c. pada saat kita memberikan Pendidikan, pasien dan keluarganya diberikan, kesempatan untuk bertanya dan berbicara sebagai partisipasi aktif. d. Dibutuhkan peran aktif dari pasien dan keluarganya dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
24.	Apa saja yang harus disiapkan petugas RSGMAU sebelum melakukan Pendidikan kepada pasien?	Sebelum melakukan Pendidikan kepada pasien dan keluarganya harus disiapkan hal-hal sebagai berikut: • Membina hubungan saling percaya antar petugas, pasien dan keluarganya. • Bahasa yang akan digunakan harus baik dan santun

		• Kesiapan pasien dan keluarganya dalam menerima Pendidikan Kesehatan. • Pemilihan topik yang akan didiskusikan • Hambatan dalam penerimaan • Dipikirkan akan kemungkinan timbul kendala dalam proses Pendidikan Kesehatan tersebut, termasuk factor budaya dan atau agama.
25.	Assesmen apa saja yang dilakukan sebelum melakukan Pendidikan pasien dan keluarganya?	• Keyakinan dan nilai-nilai pasien dan keluarga • Kemampuan membaca, tingkat Pendidikan, dan Bahasa yang digunakan. • Hambatan emosional dan motivasi • Keterbatasan fisik dan kognitif • Kesiediaan pasien untuk menerima informasi
26.	Bagaimana prosedur pemberian informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga?	Pemberian informasi dan edukasi diberikan sesuai kebutuhan, dan diberikan oleh petugas dengan kompetensi yang sesuai yaitu TIM PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)
27.	Hal apa saja yang dilakukan petugas RSGMAU dalam memberikan Pendidikan pada pasien?	Petugas dapat memberikan Pendidikan pada pasien dan keluarganya dalam hal: • Keamanan dalam penggunaan obat • Penatalaksanaan nyeri • Penatalaksanaan asuhan keperawatan sesuai kasus penyakit. Diet dan nutrisi. • Keamanan penggunaan alat-alat medis • Teknik rehabilitasi. • Penanganan kebutuhan pribadi dan pemenuhan kebersihan diri (personal hygiene) • Perawatan di rumah.
28.	Bagaimana cara anda mengetahui pencapaian keberhasilan	Melakukan verifikasi bahwa pasien dan keluarga bisa menerima dan memahami edukasi yang diberikan.

	edukasi diberikan?	
29.	Apa bukti edukasi telah diberikan kepada pasien?	• Ada bahan materi yang diberikan kepada pasien dan atau keluarga. • Ada dokumen pemberian edukasi berupa formulir pemberian edukasi yang ditandatangani oleh pemberi edukasi dan penerima edukasi.
30.	Apa saja isi Daftar indikator mutu rumah sakit.	Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (Ruang OK) 1) Kepatuhan asesmen Prabedah 2) Kepatuhan penandaan lokasi operasi / site marking 3) Kepatuhan pelaksanaan surgical safety check list 4) Waktu tunggu operasi elektif 5) Kepatuhan penggunaan APD Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Sasaran Keselamatan Pasien (Ruang OK) 1) Ketepatan identifikasi pasien operasi 2) Kelengkapan pengisian form edukasi pasien operasi 3) Kepatuhan penandaan obat high alert di ruang operasi 4) Kepastian tepat Lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi 5) Kepatuhan cuci tangan di ruang operasi 6) Kepatuhan pencegahan resiko pasien jatuh di ruang operasi
31.	Apa Saja jenis-jenis insiden dan apakah definisi masing-masing insiden?	Insiden meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kondisi potensial Cedera (KPC), dan Kejadian Sentinel. • Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah terjadinya insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Contoh: Pasien Jatuh, Reaksi Salah

		Pemberian Obat, Phlebitis, Reaksi Transfusi Darah. • Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contoh: mendapat obat kontra-indikasi, akan tetapi diketahui dan kemudian dibatalkan (Prevention). • Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah terjadinya insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak menimbulkan cedera. Contoh: Darah transfuse yang salah sudah dialirkan tetapi tidak timbul cedera / gejala inkompatibilitas. • Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi. Contoh: Alat defibrillator yang standby di UGD diketahui terlebih dahulu ternyata alat tersebut rusak sebelum dipakai, tempat tidur pasien tidak ada pengaman. • Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: Operasi pada bagian tubuh yang salah.
32.	Apa yang Anda ketahui tentang PONEK RS?	Rumah sakit melaksanakan program PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) untuk menurunkan angka kematian bayi dan meningkatkan kesehatan ibu. Rumah Sakit membentuk Tim PONEK untuk menjalankan program PONEK RS
33.	Apa yang dimaksud dengan rumah sakit PONEK 24 Jam?	Rumah Sakit PONEK 24 Jam adalah rumah sakit yang mampu menyelenggarakan pelayanan kegawatmukaan maternal dan neonatal secara

	Bagaimana kriteria PONEK 24 Jam?	komperhensif dan terintegrasi 24. Kriteria Rumah Sakit PONEK 24 Jam • Ada dokter jaga yang terlatih di UGD untuk mengatasi kasus emergensi baik secara umum maupun emergensi obstetrik-Neonatal. • Dokter, Bidan dan perawat terlatih melakukan resusitasi neonates dan kegawatdaruratan obstetrik dan neonates. • Mempunyai Standar Prosedur Operasi penerimaan dan penanganan pasien kegawatdaruratan obstetrik dan neonates • Mempunyai prosedur pendelegasian wewenang tertentu. • Mempunyai standar respon time UGD (target kurang dari 5 menit), dikamar bersalin (target kurang dari 5 meni), pelayanan darah (target kurang dari 1 jam) • Tersedia kamar operasi (siaga 24 Jam) untuk melakukan operasi bila ada kasus kegawatdaruratan obstetrik dan umum. • Tersedia kamar bersalin yang mampu menyiapkan operasi dengan target waktu kurang dari 30 menit. • Memiliki kru/awak yang siap melakukan operasi atau melaksanakan tugas sewaktu-waktu, meskipun on call • Adanya dukungan setiap pihak dalam tim pelayanan PONEK antara lain dokter kebidanan, dokter anak, dokter/petugas anestesi, dokter penyakit dalam, dokter spesialis lain serta dokter umum, bidan dan perawat. • Mengupayakan tersedianya pelayanan darah 24 jam • Menupayakan tersedianya pelayanan penunjang lain yang berperan dalam PONEK, seperti laboratorium dan radiologi selama 24 jam recovery room 24 jam, oba dan ala penunjang
--	---	--

		selalu siap sedia.
34.	Bagaimana Prosedur skrining di UGD	• Skrining dilakukan pada kontak pertama untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani oleh RS • Proses skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik atau hasil-hasil pemeriksaan sebelumnya yang terkait fisik, psikologik, laboraorium klinik atau diagnostic imaging.
35.	Bagaimana prosedur triase?	• Rumah sakit melaksanakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatannya.
36.	Bagaimana prosedur pemulangan pasien?	• Dalam 48 jam setelah pasien masuk, perawat akan membuat perencanaan pemulangan pasien yang mencakup beberapa topik dan kriteria tentang bagaimana pasien akan dirawat setelah pulang. Hal ini didokumentasikan di formulir pengkajian awal keperawatan rawat inap.
37.	Bagaimana prosedur rencana pemulangan pasien kritis?	• Perencanaan untuk pasien pulang kritis/ ketergantungan petugas rumah sakit bekerjasama dengan Puskesmas setempat untuk perawatan di rumah atau home care. Sedangkan identifikasi pasien kritis antara lain: a) Usia >65 tahun dengan gangguan fungsional b) Keterbatasan mobilitas c) Memerlukan perawatan lanjutan. d) Memerlukan bantuan untuk melaksanakan aktivitas. e) Pasien anak dengan penyakit kompleks dan pemberi asuhan tidak mampu merawat pasien Ketika pulang.
38.	Bagaimana prosedur	Pengkajian rasa nyeri menggunakan Neonatal

pengkajian nyeri di RS?

Infarts pain scale (NIPS) untuk usia <1 tahun, FLACSS untuk usia 1-3 tahun, Wong Baker Faces Rating Scale untuk usia >3 tahun dan Numeric Scale untuk dewasa.



EVAKUASI NYERI

- 1) Numerik Rating Scale (NRS) atau visual Analog Scale (VAS) 0-10
 - pada pasien anak dan dewasa yang bisa berkomunikasi
- 2) Wong-Baker Faces Scale: 0-10
 - pada pasien anak besar atau dewasa yang sulit berkomunikasi
- 3) FLACC Scale : 0-10
 - pada pasien anak non verbal dengan usia 6 bulan – 12 tahun
- 4) CRIES Scale: 0-10
 - pada pasien anak <6 bulan

KLASIFIKASI NYERI (berdasarkan NRS)

- Nyeri Ringan : NRS <4, edukasi – imobilisasi – intervensi bila diperlukan
- Nyeri Sedang : NRS 4-7, intervensi segera dengan sepengetahuan DPJP
- Nyeri Bera: NRS > 7, intervensi segera dan intervensi lanjutan bila diperlukan dengan tim manajemen nyeri sepengetahuan DPJP

Terapi dikatakan berhasil bila ada penurunan NRS > 50% (Misal: dari 8 menjadi 4)

39.	Bagaimana prosedur penyimpanan penyajian dan pendistribusian makanan kepada pasien?	• Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan • Makanan didistribusikan secara tepat waktu dan memenuhi permintaan
40.	Bagaimana prosedur penanganan pasien-pasien dalam tahap terminal?	• Rumah sakit memahami kebutuhan pasien yang unik pada akhir kehidupan.
41.	Bagaimana prosedur pengelolaan obat emergensi di RS?	• Obat emergensi disimpan dalam troli/kit/ lemari emergensi terkunci, diperiksa, dipastikan selalu tersedia dan harus diganti segera jika jenis dan jumlahnya sudah tidak sesuai lagi dengan daftar yang ditempel/digantung di troli/kit/ lemari emergensi. Perbekalan farmasi dan pengunci troli tersebut dikontrol oleh farmasi. • Troli akan dibuka 3 bulan sekali untuk dilakukan pemeriksaan sesuai perbekalan farmasi dengan daftar, ketepatan penyimpanan dan tanggal kadaluarsa.
42.	Bagaimana alur pelaporan insiden apabila terjadi medication error?	• Baik dokter maupun perawat yang menemukan terjadinya medication error boleh melaporkan kejadian tersebut.
43.	Bagaimanakah kebijakan RS tentang persyaratan resep yang lengkap?	Resep harus memenuhi kelengkapan: • Nama pasien, tanggal lahir atau umur pasien (jika tidak dapat mengingat tanggal lahir), no rekam medik dan berat badan pasien (untuk pasien anak) • Nama dokter, tanggal penulisan resep dan ruang pelayanan • Mengisi kolom riwayat alergi obat pada bagian kanan atas lembar resep manual

		• Menuliskan tanda R/ pada setiap sediaan. Untuk nama obat tunggal ditulis dengan nama generik. Untuk obat kombinasi ditulis sesuai nama dalam formularium, dilengkapi dengan bentuk sediaan obat (contoh: 500mg, 1gram) • Bila obat berupa racikan dituliskan nama setiap jenis/bahan obat dan jumlah bahan obat (untuk bahan padat: microgram, milligram, gram) dan untuk cairan: tetes, mililiter, liter. • Pencampuran beberapa obat dalam satu sediaan tidak dianjurkan, kecuali sediaan dalam bentuk campuran tersebut telah terbukti aman dan efektif. • Aturan pakai (frekuensi, dosis, rute pemberian). Untuk aturan pakai jika perlu atau prn atau "pro re nata", harus dituliskan dosis maksimal dalam sehari.
44.	Dapatkah anda menjelaskan uraian jabatan anda?	• Uraian jabatan adalah proses, metode dan Teknik untuk memperoleh data jabatan yang diolah menjadi informasi jabatan dan disajikan untuk kepentingan program pegawai serta memberikan umpan balik bagi organisasi dan tatalaksana. • Uraian jabatan staf bersifat personal tergantung pada jabatan yang dimiliki. secara umum uraian jabatan tersebut terdiri dari nama, jabatan, misi organisasi, misi jabatan, hasil kerja, bahan kerja, perangkat kerja, sifat jabatan, pelaksana tugas (uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang), nama jabatan bawahan langsung, koreksi jabatan, kondisi pelaksanaan kerja, persyaratan jabatan, kondisi fisik, butiran informasi lain dan sura tugas. • Uraian jabatan ini disimpan oleh bagian administrasi masing-masing bagian/unit tempat bertugas dan salinannya harus dimiliki oleh setiap staf medis yang bersangkutan.

45.	Bagaimana pemilihan sampah medis dan non medis/ benda tajam/cair	• Panitia pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit telah menetapkan pemisahan sampah medis dan non medis • Sampah medis dibuang ditempat sampah medis berkantung plastik kuning. • Sampah non medis dibuang di tempat sampah non medis berkantung plastik hitam. • Sampah benda tajam dan jarum dibuang ditempat sampah khusus yang tidak dapat tembus (Puncture proof dan tidak di reuse yaitu safety box. • Limbah cair dibuang di wastafel atau kloset.
46.	Apakah RS menerapkan pemisahan pasien infeksius dan non infeksius?	• Panitia pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit telah menetapkan pemisahan pasien infeksius dan non infeksius. • Sesuai dengan SPO perawatan pasien di ruang isolasi infeksi. Pasien ditemakan sesuai dengan sumber infeksi, apakah lewat kontak, airborne, dan droplet.
47.	Bagaimana prosedur evakuasi di RS?	• Denah Evakuasi RSGMAU • Titik Kumpul di RSGMAU: a. di halaman parkir depan RSGMAU b. di halaman parkir belakang RSGMAU
48.	Bagaimana prosedur penggunaan APAR?	Apabila terjadi kebakaran setiap personel mempunyai tanggung jawab atas keselamatan dirinya sendiri, orang sekitarnya serta atas keselamatan lingkungan kerjanya Ketika menemukan api segera lakukan RACE: R = Remove (pindahkan pasien atau korban yang berada langsung dalam bahaya) A = Alarm (Panggil bantuan dengan memanggil teman di lokasi terdekat atau hidupkan <i>fire alarm</i> atau hubungi nomor

		<i>emergency</i> untuk menyatakan <i>code red</i>) C = Close (tutup pintu atau <i>fire shutter</i> untuk mencegah api menjalar) E = Extinguisher (padamkan api dengan alat pemadam api) Gunakan APAR dengan metode: P = Pull/Tarik picu A = Aim/arahkan selang S = Squeeze/tekan handle picu S = Sweep/sapukan pada api
49.	Apa wewenang dan tanggung jawab DPJP?	- Memberikan pelayanan medis sesuai dengan kompensasi dan kewenangan klinis yang diberikan, serta penugasan dari Ka RSGMAU - Melakukan proses Pendidikan dan pembelajaran kepada peserta didik program dokter sesuai penugasan sari ketua program studi/kordinator Pendidikan - Melakukan kegiatan penelitian dan pengembangan keilmuan kedokteran /Kesehatan - Meningkatkan kompetensi profesi sesuai bidang keilmuannya - Melakukan evaluasi dan usulan revisi (bila diperlukan) kepada Ka RSGMAU melalui komite medik terhadap peraturan internal staf medis, standar/panduan pelayanan medis dan standar prosedur operasional (SPO) di bidang pelayanan medis. - Pada hari libur, tugas visitasinya dapat didelegasikan kepada konsultan jaga/ dokter yang telah ditetapkan oleh komite medik.
50.	Berapa macam Tindakan anestesia?	- Anestesia umum: - dengan alat bantu jalan nafas - Tanpa alat bantu jalan nafas. - Anestesia regional:

		a. Blok spinal, termasuk intratecal labour analgesia (ILA). b. Blok epidural, termasuk painless labour c. Blok perifer • Anestesia kombinasi merupakan kombinasi antara anestesia umum dan regional.
51.	Apa yang anda ketahui tentang prosedur sedasi atau monitoring anestesia care?	Prosedur sedasi atau monitoring anesthesia care adalah pemberian obat anestesia, untuk mengurangi kecemasan pada saat dilakukannya pemeriksaan atau Tindakan, seperti: Tindakan bedah minor, pemeriksaan <i>magnetic resonance imaging (MRI)</i> dll.
52.	Bagaimana prosedur pelayanan pasien?	• Pelayanan harus direncanakan, dikordinasikan dan diberikan kepada setiap pasien berdasarkan kebutuhannya. • Pasien harus mendapatkan informasi dari dokter mengenai rencana pemeriksaan/ pengobatan/tindakan, alternatif terapi atau prognosis. • Pasien/keluarga harus diinformasikan mengenai perkiraan waktu pulang dan setiap ada perubahan dari perencanaan keperawatan. • Jika pasien menolak dilakukan pemeriksaan/tindakan medis, dan setelah diberitahukan mengenai konsekuensi medisnya oleh dokter, maka pasien atau keluarganya harus menandatangani "Surat Pernyataan". • Jika pasien menginginkan pulang atas keinginan sendiri dan setelah diberitahukan mengenai konsekuensi medisnya oleh dokter maka pasien atau keluarga-nya harus menandatangani "Surat Pernyataan"
53.	Pada kondisi apa pasien mendapatkan penanganan khusus?	• Pasien gawat darurat • Pasien tidak sadar • Pasien yang membutuhkan bantuan hidup • Pasien dialisis • Pasien dengan penyakit menular dan kekebalan

		yang lemah • Pasien yang mendapatkan transfuse darah atau produk darah lainnya • Pasien yang membutuhkan pengendalian • Pasien dalam pengobatan kemoterapi atau obat dengan pengawasan tinggi • Pasien usia lanjut dan anak-anak
54.	Bagaimana penatalaksanaan kedaruratan dan bencana?	• Kedaruratan (<i>Emergency</i>) adalah keadaan yang mengancam nyawa individu atau kelompok di lingkungan RS sehingga menyebabkan ketidakberdayaan yang memerlukan respon intervensi sesegera mungkin untuk menghindari kematian dan kecelakaan • Tim <i>CODE BLUE</i> - Tim khusus yang bertugas untuk memberi pertolongan pasien atau pengunjung yang mengalami <i>cardiac arrest</i>, pelajari prosedur <i>Code Blue</i>, sehingga anda dapat membantu tim <i>Code Blue</i> apabila terdapat kejadian. - Apabila terjadi kejadian <i>cardiac arrest</i> pada pengunjung, maka petugas dapat menekan tombol <i>Code Blue</i> yang terdapat pada nurse station. Dimana tombol tersebut menghubungkan dengan alat panggil (<i>pager</i>) yang dimiliki oleh dokter - Bila tim <i>Code Blue</i> sudah datang, maka kembalikan posisi tombol <i>Code Blue</i> dengan cara memutar ke arah jarum jam. • Tim Medical Emergency / MET Team. Tim ini khusus bertugas untuk memberikan pertolongan kepada pasien yang mengalami kritis atau penurunan kondisi sehingga membutuhkan pertolongan segera untuk tindakan berikutnya. • Bencana / Disaster - Bencana internal (<i>internal Disaster</i>): Kebakaran, ledakan gas, kontaminasi air bersih, kontaminasi makanan dsb.

		- Bencana eksternal (External disaster): Bencana alam (gempa bumi, banjir, tsunami, dll) Musibah massal (Kerusuhan, kecelakaan massal, korban bom, keracunan massal, wabah penyakit/pandemi) • Tim Disaster Response. Adalah tim yang bertugas untuk melakukan penilaian cepat kepada ketua tim penganggulangan bencana/K3 tentang suatu kejadian bencana yang terjadi di RS. • Evakuasi. Prosedur untuk memindahkan seluruh penghuni RS ke tempat aman dalam rangka menghindari banyak korban akibat bencana.
--	--	--

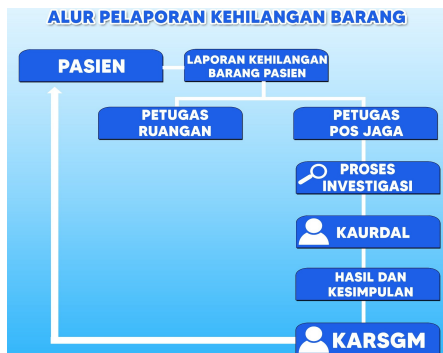
Kode Warna Limbah Medis

- ● Kuning : Limbah infeksius
- ● Hitam : Domestik

ALUR PENGADUAN PASIEN



ALUR PELAPORAN KEHILANGAN



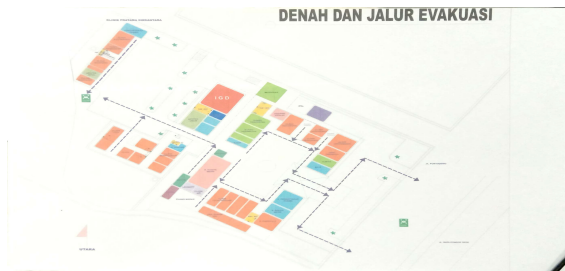
TATA TERTIB PENGUNJUNG

TATA TERTIB RSGMAU

1. Pendaftaran Pasien (Setiap Hari Kerja)
Pagi : 07.00 - 11.00
Sore : 17.00 - 19.00
2. Jam Besuk Rawat Inap (Kamis & Jumat)
Pagi : 10.00 - 12.00
Sore : 17.00 - 20.00
3. Mematuhi seluruh tata tertib, kewajiban administrasi dan prosedur pelayanan yang berlaku di RSGMAU.
4. Menjaga sopan santun, ketertiban, kebersihan dan kerapian selama berada di lingkungan RSGMAU.
5. Mematuhi rambu keselamatan, jalur evakuasi dan arahan petugas dalam keadaan darurat (Kebakaran, Gempa dll)
6. Tidak membawa senjata api dan senjata tajam tanpa ijin.
7. Tidak membawa barang berharga dan/atau uang dalam jumlah besar.
8. Tidak membawa binatang peliharaan.
9. Dilarang merokok, membawa atau mengonsumsi minuman beralkohol dan/atau narkoba / zat adiktif lainnya di lingkungan RSGMAU.
10. Dilarang melakukan perekaman gambar/video/audio terhadap pasien lain, petugas, atau area RSGMAU tanpa ijin.

Denah Jalur Evakuasi dan Titik Kumpul

Jalur Evakuasi



Terdapat Jalur Evakuasi/Titik Kumpul yang tersebar di beberapa titik di Lakesgilutau drg. R. Poerwanto, dimana jalur evakuasi berguna untuk memudahkan rute yang jelas dan aman bagi pasien apabila terjadi bencana menuju titik kumpul (tempat berkumpul).



Titik Kumpul



Jalur Evakuasi

Alur Bantuan Hidup Dasar

Bantuan Hidup Dasar



Pastikan 3A
Aman Penolong
Aman Pasien
Aman Lingkungan



Cek Kesadaran, Lihat Nafas

- Tepuk keras kedua bahu
- Panggil keras "PAK, PAK, PAK... BANGUN PAK..."
- Sambil lihat bernafas/tidak



**Jika tidak bereaksi
TERIAK MINTA TOLOONG
untuk aktifkan CODE
BLUE. telepon #*0**



Lakukan Pijat Jantung 30x

- 'satu dua tiga empat SATU'dst sampai dengan 'satu dua tiga empat ENAM'
- titik tumpu pada 1/2 bagian bawah tulang dada
- kedua tangan saling mencengkram, dengan kedalaman 5-6 cm



Bebaskan jalan nafas, beri nafas buatan

- head tilt - chin lift
- nafas buatan 2x setelah pijat jantung

Catatan :

- Dalam 1 siklus diberikan 30x pijatan jantung dan 2x nafas buatan
- Frekuensi pijat jantung 100-120 x/menit. Frekuensi nafas buatan 10 x/menit
- Evaluasi setelah 2 menit (= 5 siklus)
- BHD dihentikan bila : korban sudah ada respon, bantuan medis sudah datang, penolong kelelahan
- Jika ragu-ragu/tidak yakin, nafas buatan "mouth to mouth" tidak wajib dilakukan. Lakukan pijat jantung saja s.d bantuan medis datang

KPS untuk Semua Staf

Panduan inti staf klinis dan nonklinis RSGM AU

Inti KPS

Setiap orang harus sesuai kualifikasi, memahami tugas, kompeten saat mulai bekerja, mendapat orientasi, dinilai berkala, dikembangkan, dan dilindungi.

Hafalkan “5 TEPAT”

1	Tepat orang	Jumlah, jenis, dan penempatan staf sesuai kebutuhan.
2	Tepat kompetensi	Pendidikan, pengalaman, pelatihan, dan kemampuan terbukti.
3	Tepat tugas	Setiap staf memiliki dan memahami uraian tugas.
4	Tepat penugasan	Semua: uraian tugas/SPO. Klinis: ditambah SPK/RKK.
5	Terus dijaga	Orientasi, kinerja, kompetensi, dokumen, dan keselamatan dipantau.

Kenali jalur Anda

- **Staf klinis:** tenaga medis, keperawatan/kebidanan, dan tenaga kesehatan lain yang memberi pelayanan atau asuhan kepada pasien.
- **Staf nonklinis:** staf manajemen, administrasi, dan pendukung yang tidak memberi pelayanan atau asuhan klinis sesuai jabatannya.

Bila merangkap dua peran

Tugas manajerial/nonklinis mengikuti uraian tugas.

Tugas klinis tetap harus mengikuti kredensial, SPK, dan RKK.

Enam jawaban yang harus selalu siap

- **Siapa saya:** jabatan, unit, dan atasan langsung.
- **Tugas saya:** uraian tugas, tanggung jawab, dan batas pekerjaan.
- **Orientasi saya:** orientasi umum RSGM AU dan orientasi khusus unit.
- **Kompetensi saya:** cara dinilai saat mulai bekerja dan secara berkala.
- **Pelatihan saya:** pelatihan terakhir serta penerapannya di unit.
- **Keselamatan saya:** alur BHD, PPI, K3, pajanan, cedera, dan kekerasan.

Staf Klinis: “SIAP KLINIS”

Alur sejak pertama bergabung sampai penugasan kembali

S	Seleksi & dokumen	Kebutuhan staf ditetapkan; ijazah, registrasi/izin, pengalaman, dan persyaratan diperiksa.
I	Induksi/orientasi	Mengikuti orientasi umum RSGM AU dan orientasi khusus unit.
A	Asesmen kompetensi awal	Kemampuan dinilai sebelum atau saat mulai bertugas; area berisiko dinilai sebelum bekerja mandiri.
P	Proses kredensial	Dokumen diverifikasi dari sumber utama dan kelayakan profesional dinilai oleh komite/subkomite.
K	Kewenangan dirinci	Komite merekomendasikan Rincian Kewenangan Klinis (RKK).
L	Lembar SPK diterbitkan	Kepala RSGM menetapkan Surat Penugasan Klinis (SPK) beserta RKK.
I	Implementasi pelayanan	Mulai bekerja hanya sesuai RKK; gunakan supervisi bila dipersyaratkan.
N	Nilai kinerja	Kinerja, perilaku, mutu, keselamatan, dan etik/disiplin dipantau berkala.
I	Izin & kompetensi diperbarui	Masa berlaku izin, sertifikat, pelatihan, dan kesehatan kerja dipantau.
S	Siklus rekredensial	Tenaga medis minimal setiap 3 tahun; profesi lain sesuai ketentuan rumah sakit/peraturan.

Paling krusial

Staf klinis tidak boleh bekerja mandiri sebelum kredensial selesai dan SPK/RKK ditetapkan. Kompeten tidak otomatis berarti berwenang.

Staf Nonklinis: “SIAP KERJA”

Alur sejak pertama bergabung sampai kompetensinya terus terjaga

S	Seleksi & dokumen	Kualifikasi, pendidikan, pengalaman, identitas, dan persyaratan jabatan diperiksa.
I	Induksi/orientasi	Mengikuti orientasi umum RSGM AU dan orientasi khusus unit.
A	Asesmen awal	Kepala unit menilai kompetensi/kinerja sebelum staf mulai bekerja.
P	Penempatan & tugas	Menerima penugasan, unit kerja, atasan langsung, dan uraian tugas yang jelas.
K	Kerjakan sesuai SPO	Bekerja sesuai uraian tugas, prosedur, target, serta batas tanggung jawab.
E	Evaluasi kinerja	Kinerja didokumentasikan minimal setiap tahun atau sesuai ketentuan RSGM AU.
R	Rawat kompetensi	Mengikuti pendidikan/pelatihan sesuai kebutuhan, risiko, dan hasil evaluasi.
J	Jaga keselamatan	Patuhi K3, PPI, BHD, keamanan data, etika, dan alur pelaporan insiden.
A	Arsip diperbarui	Laporkan perubahan data pendidikan, orientasi, tugas, pelatihan, kinerja, dan kesehatan.

Paling krusial

Staf nonklinis bekerja sesuai uraian tugas dan SPO. Jangan melakukan tindakan klinis. Bila juga mempunyai tugas klinis, tugas tersebut wajib mengikuti SPK/RKK.

Hafalkan “5 JAGA”

Pedoman selama bertugas bagi seluruh staf klinis dan nonklinis

Hafalkan lima kewajiban

- **1. Jaga tugas** — pahami uraian tugas, atasan langsung, SPO, target, dan batas pekerjaan.
- **2. Jaga kompetensi** — ikuti asesmen, pendidikan/pelatihan, dan terapkan hasilnya.
- **3. Jaga dokumen** — pastikan data kepegawaian, sertifikat, dan izin bila dipersyaratkan selalu berlaku.
- **4. Jaga kinerja** — ikuti evaluasi, ketahui hasilnya, dan lakukan tindak lanjut.
- **5. Jaga keselamatan** — patuhi BHD, PPI, K3, keamanan data, etika, dan budaya keselamatan.

Perbedaan yang wajib diingat

Kelompok	Pegangan utama
Staf klinis	Uraian tugas + kredensial + SPK/RKK + evaluasi kinerja klinis.
Staf nonklinis	Uraian tugas + SPO unit + kompetensi jabatan + evaluasi kinerja.
Staf dengan dua peran	Uraian tugas untuk peran manajerial; SPK/RKK untuk pelayanan klinis.

Jika terjadi keadaan penting

Diminta bekerja di luar tugas/kewenangan

Jangan lakukan sendiri. Jelaskan batas tugas, hubungi atasan atau petugas berwenang, lalu ikuti supervisi atau alur rujukan internal.

Pajanan, cedera, insiden, atau kekerasan

Amankan diri dan pasien, lakukan pertolongan awal, laporkan segera melalui alur resmi, lalu ikuti evaluasi dan tindak lanjut.

Dokumen/izin hampir habis

Laporkan sebelum kedaluwarsa kepada atasan dan SDM; staf klinis juga berkoordinasi dengan komite terkait.

Jawaban Kilat Saat Telusur

Untuk semua staf: jawab jujur, singkat, sesuai praktik, dan tunjukkan bukti

T: Apa tugas Anda?

J: Saya bertugas sebagai ... di unit Tugas utama saya ... dan saya bertanggung jawab kepada

T: Apakah sudah orientasi?

J: Sudah, orientasi umum RSGM AU dan orientasi khusus unit, termasuk alur, risiko, mutu-keselamatan, PPI, dan K3.

T: Bagaimana kompetensi Anda dinilai?

J: Dinilai saat mulai bertugas dan dievaluasi berkala berdasarkan tugas, kinerja, mutu, keselamatan, serta perilaku.

T: Pelatihan terakhir?

J: Sebutkan pelatihan yang benar-benar diikuti, waktunya, manfaatnya, dan penerapannya di unit.

T: Jika terjadi insiden?

J: Saya amankan diri/pasien, lakukan pertolongan awal, laporkan melalui alur resmi, dan ikuti tindak lanjut.

T: Khusus klinis: apa itu SPK/RKK?

J: SPK adalah penugasan klinis resmi; RKK adalah rincian tindakan yang boleh saya lakukan. Saya bekerja sesuai batas keduanya.

T: Khusus nonklinis: apa batas tugas Anda?

J: Batas saya adalah uraian tugas, kompetensi jabatan, dan SPO unit. Jika di luar batas, saya lapor atasan.

Cek 30 detik sebelum survei

- Saya tahu uraian tugas dan atasan langsung.
- Saya sudah mengikuti orientasi umum dan khusus.
- Saya tahu pelatihan terakhir dan penerapannya.
- Dokumen dan sertifikat saya berlaku; izin juga berlaku bila dipersyaratkan.
- Klinis: saya tahu batas SPK/RKK. Nonklinis: saya tahu SPO dan batas tugas.
- Saya tahu alur BHD, PPI, K3, pajanan, insiden, dan kekerasan.
- Saya sudah dinilai kinerjanya dan tahu tindak lanjutnya.

Kalimat penutup

Kenal tugas. Kompeten. Patuh batas. Kinerja dinilai.
Staf terlindungi. Pasien selamat.

Acuan: KMK HK.01.07/MENKES/1596/2024 dan Instrumen Survei Akreditasi RS yang berlaku. Ikuti SPO serta regulasi internal RSGM AU.

SELAMAT DATANG

PELATIHAN PROTEKSI KEBAKARAN DAN PENGGUNAAN APAR

OLEH KAPTEN KES TRI WIDODO

BENCANA (disaster)

Bencana adalah **peristiwa** atau rangkaian peristiwa yang **mengancam** dan **mengganggu kehidupan** dan penghidupan masyarakat yang **disebabkan**, baik oleh faktor **alam** dan atau faktor **non alam** maupun faktor **manusia** sehingga **mengakibatkan** timbulnya **korban jiwa manusia**, **kerusakan lingkungan**, **kerugian harta benda**, dan **dampak psikologis**. Serta **terhambatnya** roda aktivitas **rumah sakit**.

BENCANA BERSAMA

CODE DARURAT



DASAR HUKUM

1. Kepres RI No. 43 / 1990
tentang Pembentukan Bakornas PB
2. Kep. Menko Kesra / Ketua Bakornas PB
No. 17/Kep/MENKO/KESRA/X/95
3. Kepres No. III tahun 2001
tentang Bakornas PB dan Penanggulangan Bencana
4. Kep. Gub. Propinsi DKI Jakarta No. 96 Tahun 2002
tentang pembentukan organisasi dan tata kerja
satuan
koord. PB dan P Propinsi DKI Jakarta
5. Kep. Gub. Prop. DKI Jakarta No. 1230/2002
tentang Protap PB dan P Prop. DKI Jakarta.
6. Kep. WJT No. 612 tahun 2002
tentang Protap petunjuk teknis operasi PB dan P
di Kodya Jakarta Timur

TUJUAN PELAJARAN

- ★ 1. MENGENAL FUNGSI APAR
- ★ 2. MENGGUNAKAN DENGAN EFEKTIF
- ★ 3. MENCIPTAKAN RASA PEDULI.
- ★ 4. MENGETI ALUR PEMADAMAN
- ★ 5. MENINGKATKAN SDM
- ★ 6.

PENANGGULANGAN BENCANA KEBAKARAN

Usaha manusia dalam menghadapi bencana :

1. Pencegahan

- Pemetaan / Pendataan daerah rawan kebakaran
- Pembuatan Peraturan
- Rakor (SATLAK)
- Pelatihan / Penyiapan SDM
- Sosialisasi Penggunaan apar
- Gladi / Latihan

2. Kesiapsiagaan

Mengingatikan agar mewaspadaai
Penjadwalan petugas team damkar
Pengecekan apar
Pengecekan APD

3. Respon

Setiap personil harus bereaksi cepat dan tanggap apa yg harus dilakukan

Dengan segera memadamkan api se awal mungkin

4. Usaha meringankan beban korban

5. Usaha pemulihan keadaan umum

6. Pembangunan kembali

kategori kebakaran dan penanggulangan bahaya kebakaran pada pasal 23 & 24 Perda DKI Jakarta No. 3 Tahun 1992 adalah sebagai berikut :

- 1. Kelas Api untuk Tipe A** adalah jenis kebakaran yang disebabkan dari bahan biasa yang mudah untuk terbakar seperti kayu, kertas, pakaian dan sejenisnya.
- 2. Kelas Api untuk Tipe B** adalah jenis kebakaran yang disebabkan dari bahan cairan yang mudah terbakar seperti minyak bumi, oli, gas, lemak dan sejenisnya.
- 3. Kelas Api untuk Tipe C** adalah jenis kebakaran yang disebabkan dari listrik, seperti kebocoran listrik, konsleting listrik dan termasuk kebakaran pada alat-alat listrik.
- 4. Kelas Api untuk Tipe D** adalah jenis kebakaran yang disebabkan oleh logam seperti Zeng, Magnesium, serbuk Aluminium, Sodium, Titanium dan lain-lain.

Namun seiring perkembangan zaman, data kelas jenis tipe api mengalami perubahan seperti berikut ini:

1. **Jenis Api kelas A** adalah Benda Padat (Kain, Kayu, Kertas)
2. **Jenis Api kelas B** adalah Benda Cair (Minyak, Bensin, Solar)
3. **Jenis Api kelas C** adalah Benda Gas (Elpiji, Tinner)
4. **Jenis Api kelas D** adalah Logam (Magnesium, Misiu)
5. **Jenis Api kelas E** adalah Elektrikal (Dinamo, Motor Listrik)

Foam alat pemadam jenis busa A B dan D



Alat pemadam jenis busa ini sangat efektif jika digunakan untuk memadamkan kebakaran yang termasuk kategori klas A, klas B, dan klas D. Bahan dari pemadam api busa ini adalah Natrium Bicarbonate dan Alumunium Sulfat, keduanya dilarutkan ke dalam air yang akhirnya membentuk busa dengan jumlah volume 10 kali volume campuran tersebut.

CO₂ (Karbondioksida) B C D dan E



Alat pemadam api ini memiliki keunggulan bisa digunakan memadamkan kebakaran yang disebabkan oleh kategori klas B, klas C, Klas D, dan Klas E.

***dry chemical powder* A B C dan E**



Serbuk kimia kering atau *dry chemical powder* adalah alat pemadam api yang bisa untuk memadamkan kebakaran yang terjadi dalam kategori klas A, klas B, klas C, dan klas E.

CLEAN AGENT

adalah senyawa kimia yaitu hydrochlorofluorocarbon (HCFC). Merupakan senyawa dari 1,1-dichloro-1-fluoroethane menurut [Chemical Abstracts](#).

A B C D dan E



Gas pengganti hallon sering digunakan di kapal, laboratorium, ruang arsip, ruang data center atau server, pesawat dan tempat dengan elektronik yang cukup banyak. dengan gas ini lebih aman dan bersih untuk alat-alat tersebut, sehingga tidak merusak.

TABEL KELAS KEBAKARAN

KELAS KEBAKARAN	MEDIA	FOAM	POWDER	CO ₂	CLEAN AGENT
KEBAKARAN KELAS A	KERTAS, KAYU, KARET	YA	YA	TIDAK	YA
KEBAKARAN KELAS B	MINYAK, BENZIN, SOLAR	YA	YA	YA	YA
KEBAKARAN KELAS C	GAS, TINNEN	TIDAK	YA	YA	YA
KEBAKARAN KELAS D	LOGAM, MAGNESIUM	YA	TIDAK	YA	YA
KEBAKARAN KELAS E	ELECTRIKAL	TIDAK	YA	YA	YA

System Sprinkler



Alat Pemadam Api Otomatis yang terpasang dalam satu ruangan akan berfungsi secara bersamaan dikarenakan pada ujung sprinkler untuk alat ini sudah dilengkapi dengan Actuator yang merupakan sistem elektronik. Alat ini memiliki fungsi sebagai Thermatic yang artinya bila adanya kegagalan fungsi elektronik, maka akan tetap bekerja dari panas temperatur $\pm 68^{\circ}\text{C}$

HYDRANT



system kerja **mabo**
Effective untuk api clas A dan B pada ruang tertutup

1. ketika kena api cairan mengurai membentuk gas



METODE LEMPAR
 lemparkan tabung hingga pecah di area api menyebar



2. presure dalam tabung mengembang



mabo dapat juga di campur air pecahkan tabung mabo 580 ml kedalam ember berisi air 10 - 12 liter



3. tabung pecah di tempratur 84°C menyiram api



siramkan kekobaran api dengan menggunakan gayung



PROSEDUR PENGGUNAAN APAR

1  * CABUT PIN	2  * ARAHKAN SELANG KE ATAS PUKUL TUAS UNTUK PASTIKAN TABUNG BERPUNCA DENGAN BAIK	3  * ARAHKAN MUNCUNG SELANG PADA API DENGAN JARAK 1,5 M * PASTIKAN TIDAK BERLAWANAN DENGAN ARAH ANGIN	4  * REMAS TUAS DAN SAPUKAN KE KANAN DAN KE KIRI
---	--	--	---

TUGAS TEAM DAMKAR RSAU ANTARIKSA



**KOMANDO / DAN TEAM
MEMIMPIN REGU DALAM
DAMKAR**



**TEAM PEMADAM API
DENGAN ALAT PEMADAM YANG ADA**

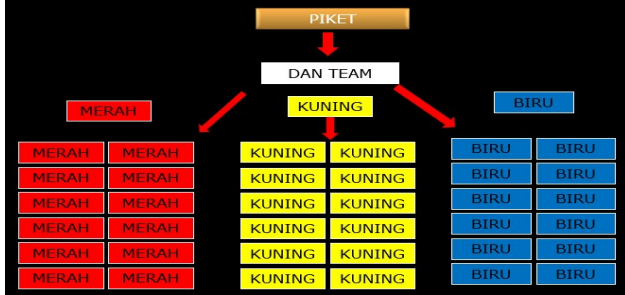


**TEAM EVAKUASI
EVAKUASI PASIEN / KORBAN
EVAKUASI BARANG INVENTARIS PENTING**



**TEAM PENGAMAN
MENGAMANKAN JALUR EVAKUASI
MENGAMANKAN BARANG EVAKUASI**

STRUKTUR



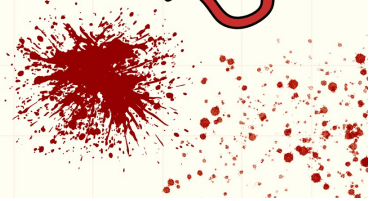
ALUR PETUNJUK PENEMU KEBAKARAN





Sumber Pajanan

Pasien yang menjadi sumber bahan yang infeksi maupun di duga infeksi HIV, Hepatitis B, Hepatitis C.



Needle Stick Injury (NSI)

Merupakan istilah untuk kecelakaan kerja yang dialami oleh petugas kesehatan karena tertusuk benda medis tajam yang sudah terkontaminasi cairan infeksius dari pasien.



Prinsip PPI dalam Penatalaksanaan Jarum Bekas Pakai

Jangan melakukan recapping (menutup ulang tutup jarum yang sudah di gunakan



Langsung buang spuit beserta jarum tanpa harus menutup jarum ke safety box setelah tindakan



Jika harus menutup jarum gunakan tehnik satu tangan



Bagaimana pelaksanaan jika terpapar pajanan

- **Luka perkutan**

Cuci dengan air mengalir & sabun/ antiseptik. Biarkan darah keluar secara alami, tidak boleh ditekan dan dihisap dengan mulut.

- **Pajanan Mata**

Bilas mata dengan air bersih mengalir (irigasi) dengan posisi kepala miring ke arah mata yang terpercik.

- **Pajanan Mulut**

Segera ludahkan dan berkumur dengan air bersih secara berulang- ulang selama 1 menit.

- **Pajanan Hidung**

Menghembuskan keluar dan bersihkan dengan air bersih secara berulang.



Alur Pelaporan & Respon



GOLDEN TIME PPP: < 4 JAM

Profilaksis Pasca Pajanan (PPP) paling efektif jika di mulai < 4 jam dan maksimal < 72 jam.

Tahapan Laporan Internal

- Segera lapor ke **Kepala Unit/Ruangan**
- Lanjutkan laporan resmi ke **Komite PPI/ K3RS**
- Rujuk petugas yang terpapar ke **IGD** untuk evaluasi medis
- Tim PPI/K3RS akan melakukan **investigasi** kelapangan untuk menetapkan status sumber pajanan bersama DPJP





- Melakukan skrening pada orang yang terpajan jika sumber pajanan terinfeksi atau dicurigai infeksi HIV, Hepatitis B, Hepatitis C lebih lanjut oleh **Dokter IGD**.
- Jika sumber pajanan terinfeksi atau dicurigai **HIV**, hasil sreening rapid HIV dikonsultasikan oleh **Tim VCT** Rumah Sakit.
- Jika sumber pajanan terinfeksi atau dicurigai **Hepatitis B atau C** hasil screning Hbsag dan anti HCV dikonsultasikan ke **UPD**.



Formulir Investigasi Pajanan

Dokumen Wajib Dicatat:

- Tanggal, jam, dan lokasi kejadian
- Identitas petugas yang terpajan
- Identifikasi & status medis pasien sumber pajanan
- Kronologi rinci & jenis tindakan medis
- APD yang digunakan saat kejadian



PPIRSGMAU

Tata Laksana Profilaksis (PPP/ PEP)



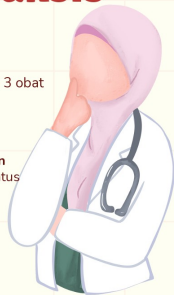
Profilaksis HIV (ARV)

Pemberian obat Antiretroviral (ARV) kombinasi 3 obat selama 28 hari berturut - turut tanpa terputus

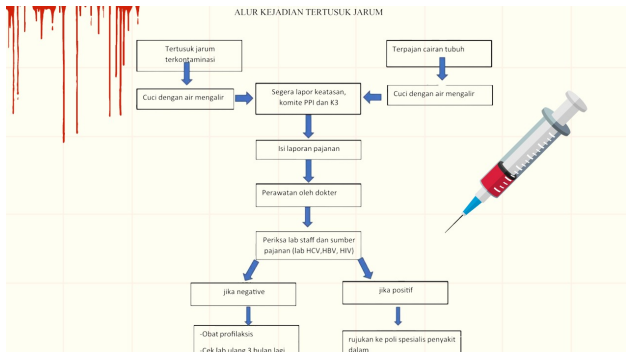


Profilaksis Hepatitis B

Diberikan kombinasi **Hepatitis B Immunoglobulin (HBIG)** dan seri Vaksinasi Hepatitis B sesuai Status imunitas petugas



PPIRSGMAU



Strategi pencegahan terjadinya pajanan

1. Lakukan **Kebersihan Tangan** sebelum tindakan.
2. Gunakan **Baki** jika memberikan benda tajam.
3. Gunakan **APD** sesuai jenis tindakan.
4. Jangan **manipulasi** jarum bekas pakai !!
5. Tidak **menyarungkan kembali** jarum yang telah dipakai !!
6. Jangan tinggalkan jarum sembarangan
7. Jangan pernah memberikan jarum bekas pakai kepada orang lain untuk di buang!!
8. Buang jarum bekas pakai pada **Safetybox** yang telah disediakan!
9. Buang **Safetybox** jika sudah $\frac{2}{3}$ atau batas merah!
10. Jaga kebersihan lingkungan!



Kesimpulan

- Petugas bekerja sesuai **SOP**
- Segera lakukan **penatalaksanaan** setelah tertusuk jarum habis pakai sesuai **SOP**
- Segera buat **kronologis kejadian** dan **laporkan** kejadian tertusuk benda tajam habis pakai sesuai alur.

Keselamatan Tenaga Kesehatan adalah Fondasi Utama Keselamatan Pasien

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. HAND HYGIENE / CUCI TANGAN

A. 5 MOMENT (2 SEBELUM, 3 SESUDAH)

- **SEBELUM** Kontak dengan Pasien
- **SEBELUM** melakukan Tindakan aseptik
- **SETELAH** terkena cairan tubuh Pasien
- **SETELAH** kontak dengan Pasien
- **SETELAH** kontak dengan lingkungan sekitar Pasien

B. 2 CARA CUCI TANGAN :

- **DENGAN HAND RUB BERBASIS ALKOHOL, WAKTU 20 – 30 DETIK**
- **DENGAN HAND SOAP (SABUN ANTISEPTIK) DIBAWAH AIR MENGALIR, WAKTU 40 – 60 DETIK. LEBIH LAMA KARENA 6 LANGKAH CUCI TANGAN DILAKUKAN 2 KALI: SAAT MEMAKAI SABUN DAN SAAT PEMBILASAN DIBAWAH AIR MENGALIR**

C. 6 LANGKAH CUCI TANGAN

- Lepaskan seluruh benda yang menempel ditangan (Jam, Cincin, Gelang)
- Gulung lengan baju
- Buka Keran Air dan basahi telapak tangan dengan air **(Bila memakai Sabun)**
- Tekan Dispenser Hand Soap / Hand Rub satu tekanan di telapak tangan, kemudian lakukan 6 langkah cuci tangan sebagai berikut :



- Biarkan tangan kering tanpa dilap, **SELESAI (Bila memakai Hand Rub)**
- **Bila memakai Hand Soap / sabun**, lanjutkan dengan membas tangan dibawah air keran dengan mengulang 6 Langkah cuci tangan
- Ambil Tissue, Keringkan tangan. **JANGAN BUANG TISSUE BEKASNYA, Tutup dulu keran menggunakan Tissue** bekas tersebut, baru kemudian buang Tissue ke tempat sampah. **SELESAI**.

2. ALAT PELINDUNG DIRI / APD

A. JENIS APD (Berurutan dari Atas ke Bawah) :

- HEAD CAP
- GOGGLES / FACE SHIELD
- MASKER
- GOWN / APRON
- SARUNG TANGAN / HANDSCOON / GLOVES
- BOOTS / SHOE COVER / SEPATU

B. PENGGUNAAN APD

- Tergantung tempat kerja
- Untuk **CSSD, Linen dan Petugas Limbah** : menggunakan Head Cap, Masker, Apron, **Boots** dan **Sarung Tangan Rumah Tangga Tebal**
- Untuk Petugas Kebersihan : menggunakan Masker, Apron, Sarung Tangan Biasa, Sepatu
- Untuk Perawat dan Dokter di Klinik : menggunakan Head Cap, Goggles / Face Shield, Masker, Sarung Tangan, Apron/Gown, Sepatu
- Untuk Perawat Ruang Isolasi, Masker menggunakan N95
- Untuk Petugas Makanan menggunakan Masker

3. LIMBAH

A. LIMBAH NON INFEKSIUS / SAMPAH RUMAH TANGGA

- Adalah Limbah yang tidak terkontaminasi cairan tubuh, contoh : Sisa Makanan, kertas, bungkus makanan

- Dibuang ke tempat sampah dengan Plastik warna **HITAM**
- Pembuangan Akhir di tempat penampungan sampah sementara, dikelola oleh Dinas Kebersihan

B. LIMBAH MEDIS / LIMBAH INFEKSIOUS

- Adalah Limbah sisa proses perawatan atau Tindakan medis yang telah terkontaminasi cairan tubuh Pasien
- Terdiri dari **Limbah Medis Padat** dan **Limbah Medis Cair**
- Dikelola secara KHUSUS, karena berpotensi menularkan infeksi

C. LIMBAH MEDIS CAIR

- Dibuang ke **Spoelhoeck**. Spoelhoeck Adalah saluran pembuangan khusus yang terhubung dengan IPAL (Instalasi Pengolahan Air limbah) Rumah Sakit
- Contoh Limbah Medis Cair : Saliva dalam suction portable, produk darah
- Tumpahan Cairan Tubuh yang mengkontaminasi permukaan harus dibersihkan dengan menggunakan Spill Kit, dengan tahapan sebagai berikut :
 - ✓ Ambil Kotak Spill Kit yang telah tersedia
 - ✓ Amankan Area tumpahan, Pasang Papan Tanda Peringatan
 - ✓ Gunakan APD (Masker, Goggle / Face Shield, Sarung Tangan)
 - ✓ Siapkan 2 buah Platik Kuning terbuka, Platik pertama digunakan untuk membuang Limbah Infeksious dan Platik kedua untuk menempatkan APD bekas Pakai yang dapat di pakai kembali setelah dibersihkan (Goggle, Boots atau Face Shield)
 - ✓ Tutup Cairan menggunakan Tissue, biarkan menyerap, bersihkan dengan gerakan melingkar, lakukan beberapa kali bila diperlukan sampai tumpahan benar – benar bersih
 - ✓ Buang Tissue ke Platik Kuning Limbah

- ✓ Tuangkan Cairan Disinfektan Klorin 0.5% pada bekas tumpahan, diamkan 5 menit dan bersihkan Kembali dengan Tissue
- ✓ Buang Tissue ke Plastik Kuning Limbah
- ✓ Bersihkan lantai dengan Mop dan Pembersih lantai biasa
- ✓ Lepaskan APD. APD disposable dibuang ke Plastik Kuning Limbah (Masker, Sarung Tangan) dan APD yang reuse dapat ditempatkan ke Plastik Kuning lain untuk dibersihkan. Ikat erat seluruh Plastik.
- ✓ Lakukan kebersihan Tangan.
- ✓ Buat Laporan dan Permintaan untuk mengisi ulang kelengkapan Kotak spill Kit yang telah terpakai agar siap Kembali untuk digunakan

D. LIMBAH MEDIS PADAT BENDA TAJAM

- Seluruh bahan atau benda bekas perawatan yang dapat melukai Pasien / Petugas seperti Jarum, Ampul bekas, kawat, Pisau Bedah
- Dibuang ke Safety Box khusus berbahan tebal, berwarna Kuning dan memiliki Simbol 'Hazardous Material' di bagian luarnya
- Limbah Medis Benda Tajam TIDAK BOLEH DIBUANG KE TEMPAT SAMPAH PLASTIK BIASA
- Pembuangan Limbah Medis Benda Tajam **dilakukan sendiri oleh Dokter atau Perawat yang menggunakan dan tidak boleh menutup kembali jarum bekas pakai** sebelum dibuang ke Safety Box.
- Safety Box diangkut setelah 2/3 Penuh, diangkut ke Tempat Penampungan Sementara dan dikelola sebagai Limbah Medis Infeksius oleh pihak ketiga

E. LIMBAH MEDIS PADAT (BUKAN BENDA TAJAM)

- Seluruh **bahan sisa perawatan** yang sudah **terkontaminasi cairan tubuh Pasien**, Contoh : Kasa, Suction, Kapas, Tampon, masker, sarung tangan bekas pakai
- Dibuang ke Tempat Sampah dengan PLASTIK WARNA KUNING

- Plastik Kuning di angkut setiap hari atau bila sudah 2/3 penuh, ke Tempat Penampungan Sementara sebagai Limbah Medis dan dikelola oleh pihak ketiga

F. PENGANGKUTAN LIMBAH PADAT

- Dilakukan oleh Petugas Limbah Rumah Sakit dari ruang perawatan ke Tempat Penampungan Sampah sementara
- Petugas **WAJIB** menggunakan **APD LENGKAP**
- Pengangkutan Limbah dilakukan **setiap hari** atau **bila ruang perawatan meminta** untuk diangkut karena sudah 2/3 penuh
- **Tidak boleh menuang ataupun memilah sampah.** Plastik sampah **diikat erat** dan tempatkan langsung plastic ke dalam troli yang **Tertutup**
- Tempat Sampah di ruangan dikumpulkan dan dicuci bersih, dikembalikan ke ruangan dengan terpasang plastik kuning yang baru

4. DEKONTAMINASI DAN STERILISASI ALAT

A. STERILISASI

- Dilakukan untuk semua Alat yang **BISA DIPAKAI ULANG** berdasarkan keterangan Pabrikan.
- Cara Sterilisasi alat berbeda berdasarkan Fungsi alat : Kritisal, Semi Kritisal dan Non Kritisal
- Kritisal adalah proses sterilisasi untuk alat yang digunakan berhubungan dengan jaringan steril atau system peredaran darah. Contoh : Instrumen Bedah
- Semi Kritisal adalah proses sterilisasi untuk alat yang berpotensi digunakan berhubungan dengan jaringan terbuka lecet atau luka gores. Contoh : Instrumen Penambalan, Instrumen Perawatan Gigi
- Non Kritisal Adalah proses dekontaminasi untuk alat yang berkontak dengan kulit utuh, Contoh : Stetoskop dan Manset Tensi Meter

B. CSSD

- Seluruh Proses Sterilisasi di RSGMAU dilakukan secara **TERPUSAT di CSSD** (Central Sterile Supply Department).

Tidak ada proses pencucian, perendaman ataupun sterilisasi di ruangan.

- Semua alat yang akan di steril ditempatkan dalam **Box penampungan khusus untuk alat Kotor**, dibawa ke CSSD melalui **Jalur Kotor**
- Alat Kotor dikirim setiap hari **setelah selesai pelayanan Siang maupun Malam**
- Alat yang sudah bersih dan steril sudah ditempatkan dalam Pouch khusus. **Tidak boleh membuka Pouch**. Tempatkan Pouches tersebut **langsung ke dalam Box Khusus alat Bersih (Box berbeda dengan alat kotor)**, dan dibawa Kembali ke ruangan perawatan melalui **Jalur Bersih (Berbeda dengan Jalur kotor)**, sebelum Jam pelayanan Pasien, Pagi maupun Sore
- Alat yang steril ditempatkan di lemari khusus alat bersih, **tidak bercampur dengan bahan atau alat lainnya**
- Sebelum menempatkan dalam lemari penyimpanan, Petugas ruang perawatan wajib memastikan :
 - ✓ Pouch Alat Steril tertutup rapat, tidak ada bagian terbuka
 - ✓ Indikator didalam Pouch berwarna Hitam, tanda bahwa alat sudah steril.
 - ✓ Pouch memiliki tanggal kadaluarsa
- Bila ditemukan Pouch terbuka, indikator tidak Hitam ataupun tidak ada tanggal kadaluarsa alat, maka instrument didalamnya diperlakukan sebagai Alat kotor dan dibawa Kembali ke CSSD

C. DEKONTAMINASI PERMUKAAN

- Proses pembersihan permukaan menggunakan **Tissue sekali pakai dengan desinfektan permukaan**
- Dilakukan keseluruhan permukaan yang sering tersentuh tangan Pasien maupun operator
- Dilakukan berurutan dari mulai daerah paling bersih ke daerah paling kotor
- Dilakukan antara dua pasien (setelah selesai satu pasien sebelum Tindakan kepada pasien lainnya) dan Terminal

(menyeluruh) setelah selesai jam pelayanan (Pasien terakhir)

D. BMHP REUSE (SINGLE USE YANG DI REUSE)

- Adalah bahan sekali pakai yang digunakan Kembali dengan pengawasan ketat
- Hanya ada 1 BMHP Reuse, yaitu **File Endodontik Protaper**.
- Selain File endo, barang yang dinyatakan sekali pakai oleh Pabrik (Disposable), hanya dipakai satu kali dan dibuang setelah pemakaian. Contoh : Bur diamond, Saliva Ejector, Jarum, Instrumen standard berbahan Plastik untuk ruang Penyakit Menular
- File Endodontik Protaper disterilkan seperti alat lainnya, ditempatkan dalam Box khusus setelah pemakaian dan dikirim ke CSSD
- File yang sudah steril dari CSSD, sebelum digunakan wajib diinspeksi kelayakan pakainya terlebih dahulu oleh Operator meliputi :
 - ✓ Alat Utuh, tidak ada kerusakan dan cacat mikro ataupun makro
 - ✓ File lurus, tidak bengkok
 - ✓ Tidak terjadi elongasi pemanjangan ataupun pemendekan dan atau berubah bentuk
 - ✓ Elastis, tidak mudah Patah
 - ✓ Pemakaian Maksimal 4 kali yang ditunjukkan oleh karet indikator

5. ETIKA BATUK DAN BERSIN

- Berlaku untuk semua Petugas, Pasien, Keluarga, Tenan maupun Pengunjung saat Batuk, Bersin atau memiliki gejala infeksi saluran napas
- Orang terindikasi Influenza ataupun penyakit infeksi pernapasan lainnya, WAJIB MENGGUNAKAN MASKER selama berada di Lingkungan Rumah Sakit
- Saat Batuk ataupun Bersin, Hidung dan Mulut ditutup menggunakan lengan atas bagian dalam atau Tissue
- Buang Tissue ke tempat sampah dan lakukan Hand Hygiene

6. PAJANAN INFEKSI

A. KASUS PAJANAN

- Pajanan Infeksi Adalah Kondisi saat seseorang **tanpa sengaja berkontak langsung** dengan **cairan tubuh infeksius pasien**, atau **benda tajam bekas pakai perawatan pasien** yang berisiko menularkan penyakit.
- Contoh Kasus Pajanan antara lain : Tertusuk Jarum suntik Bekas pakai Pasien, Mata Operator terciprat Darah Pasien, Luka pada tangan terpapar muntahan Pasien

B. ALUR PAJANAN

- Saat terpajan, hal yang perlu dilakukan pertama kali Adalah **JANGAN PANIK**.
- Langkah berikutnya Adalah dengan segera membersihkan area Pajanan, dengan ketentuan sebagai berikut :
 - ✓ Bila Pajanan terkena Kulit yang utuh tanpa luka atau bekas tusukan, maka daerah pajanan cukup dibersihkan dengan sabun dan Air Mengalir
 - ✓ Bila tertusuk jarum, biarkan darah mengalir sambil dibilas dibawah air mengalir. **Luka tidak boleh ditekan atau dihisap**, biarkan sampai darah berhenti mengalir untuk kemudian **cuci dengan sabun dan cairan antiseptik**
 - ✓ Bila Mukosa Mulut terkena pajanan, **Ludahkan dan Kumur** menggunakan air beberapa kali
 - ✓ Bila Mata terpercik Pajanan, **Cuci** dengan air mengalir dengan **posisi miring kearah Mata yang terpajan**
 - ✓ Bila Hidung terkena pajanan, **Hembuskan** keluar dan **Bersihkan dengan Air**
- Langkah selanjutnya adalah menghubungi Dokter UGD. Tindakan ini harus dilakukan Kurang dari 4 Jam dan Tidak Lebih dari 72 jam agar pemberian Profilaksis Pasca Pajanan (PPP) bila diperlukan, dapat berjalan efektif.
- Dokter UGD akan melakukan :

- ✓ Menentukan Derajat Risiko penularan Infeksi dengan menganalisa Lokasi terpajan, Bahan Pajanan, Sumber Infeksi dan status Imunitas Orang terpajan
- ✓ Pertimbangan untuk dilakukan pemeriksaan HbSAg, Anti HCV, Anti HIV
- ✓ Menetapkan memenuhi syarat untuk mendapatkan PPP
- ✓ Memutuskan untuk merujuk untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut bila diperlukan
- ✓ Edukasi dan Pendampingan Pasien
- Lakukan segera pelaporan kepada Atasan Langsung, IPCN, Komite PPI atau Komite K3

Materi PMKP

PENENTUAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS RS, INDIKATOR MUTU UNIT RS, DAN ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Indikator Mutu

Prioritas Rumah Sakit (Ruang OK)

- 1) Kepatuhan asesmen Prabedah
- 2) Kepatuhan penandaan lokasi operasi / site marking
- 3) Kepatuhan pelaksanaan surgical safety check list
- 4) Waktu tunggu operasi elektif
- 5) Kepatuhan penggunaan APD

Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Sasaran Keselamatan Pasien (Ruang OK)

- 1) Ketepatan identifikasi pasien operasi
- 2) Kelengkapan pengisian form edukasi pasien operasi
- 3) Kepatuhan penandaan obat high alert di ruang operasi
- 4) Kepastian tepat Lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi
- 5) Kepatuhan cuci tangan di ruang operasi
- 6) Kepatuhan pencegahan resiko pasien jatuh di ruang operasi

Indikator masing-masing Unit

No	Unit	Indikator Mutu
1	PPI	1) Kepatuhan cuci tangan. 2) Kepatuhan penggunaan APD. 3) Kepatuhan penggunaan APD di R.OK 4) Kepatuhan cuci tangan di ruang OK 5) Kepatuhan penggunaan APD pada pelayanan konservasi gigi. 6) Kepatuhan dokter dan perawat melakukan cuci tangan di klinik konservasi
2	Rekam Medis	1) Kepatuhan identifikasi pasien. 2) <u>Kecepatan pelayanan dan akses informasi medis kurang dari 10 menit</u> 3) <u>Kelengkapan pengisian asesmen rawat jalan</u>
3	OK	1) Penundaan waktu operasi efektif ≥ 60 menit 2) Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> 3) <u>Kepatuhan asesmen Prabedah</u> 4) Kepatuhan penandaan lokasi operasi / site marking 5) Kepatuhan pelaksanaan surgical safety check list 6) <u>Ketepatan identifikasi pasien operasi</u> 7) <u>Kelengkapan pengisian form edukasi pasien operasi</u> 8) <u>Kepastian tepat Lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi</u> 9) <u>Kepatuhan pencegahan resiko pasien jatuh di ruang operasi</u>
4	Rawat Inap	1) Kepatuhan jam visite dokter 2) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh pada pasien rawat inap
5	Laboratorium	1. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium ≤ 30 menit. 2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Indikator masing-masing Unit

No	Unit	Indikator Mutu
6	Farmasi	1) Kepatuhan penggunaan formularium nasional. 2) Kepatuhan penandaan obat high alert di ruang operasi 3) Ketepatan waktu penyiapan obat racik 4) Kepatuhan penandaan obat <i>high alert</i> di klinik konservasi
7	Rawat Jalan : Oral Diagnosa Pedo Prosto Perio Ortho Geri R.Menular VVIP Penyakit mulut	1) Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit 2) Persentase instrumen yang tidak kembali atau salah tempat kurang dari 17,6% 3) Kepatuhan terhadap clinical pathway 4) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
8	Humas	Kecepatan respon terhadap komplain.
9	Progar	Ketepatan klaim BPJS yang dibayarkan dalam satu bulan tagihan rawat jalan
10	urmin	Kelancaran disposisi pimpinan kurang dari 3 hari

Indikator masing-masing Unit

No	Unit	Indikator Mutu
11	Personel	Pengusulan pendidikan bagi personel RSGM
12	Haralkes	Respon time perbaikan dental unit kurang dari 15 menit
13	Gudang	Persentase selisih stok fisik dan catatan kurang dari 10%.
14	Pengadaan	Waktu tunggu pengadaan barang rutin kurang dari 3 hari
15	UGD	Kelengkapan pengisian asesmen awal medis di UGD
16	Radiologi	1) Kejadian pengambilan ulang foto rontgen rawat jalan 2) Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
17	HCU	Kepatuhan jam visite Dokter Spesialis di unit HCU
18	Transit Jenazah	Kepatuhan cuci tangan petugas di unit transit jenazah
19	SIMRS	Kecepatan respon tim IT dalam menangani keluhan kerusakan jaringan kurang dari 30 menit
20	Bank Darah	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Indikator masing-masing Unit

No	Unit	Indikator Mutu
21	Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
22	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien
23	Kesling	Ketepatan pengambilan limbah infeksius
24	Labtekgi	Ketepatan waktu pengiriman GTSL/GTL ke RSGM AU
25	BM	1) Kelengkapan <u>site marking</u> 2) Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit 3) Persentase instrumen yang tidak kembali atau salah tempat kurang dari 17,6% 4) Kepatuhan terhadap <u>clinical pathway</u>
26	Konservasi	1) Kelengkapan pengisian CPT oleh DPJP di klinik konservasi gigi. 2) Kepatuhan operator untuk menggunakan <u>Apexlocator</u> dalam mengukur panjang kerja pada kasus perawatan saluran akar. 3) Pola diagnosis 4 penyakit tertinggi kasus konservasi gigi. 4) Ketepatan waktu kontrol ulang 5) Ketepatan <u>identifikasi pasien sebelum tindakan konservasi gigi</u> 6) Kelengkapan pengisian form edukasi oleh DPJP di klinik konservasi gigi 7) Kepatuhan pengisian odontogram pada pelayanan konservasi gigi 8) Kepatuhan upaya pencegahan risiko <u>pasien jatuh</u> 9) Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit 10) <u>Persentase instrumen yang tidak kembali atau salah tempat kurang dari 17,6%</u> 11) Kepatuhan terhadap <u>clinical pathway</u>

Alur Pelaporan IKP (Insiden Keselamatan Pasien)

- Temuan Insiden:**
Tentukan kejadian (KPC, KNC, KTC, KTD, atau Sentinel)
- Laporan Internal Awal:**
Staf melaporkan insiden ke Ka unit paling lambat 2x24jam, dengan membuat kronologis kejadian di SIM RS.
- Grading dan Investigasi:**
Ka Unit melakukan investigasi sederhana dan menentukan grading (Tingkat risiko) insiden (biru/hijau/kuning/merah)
- Pelaporan ke Tim KPRS (Keselamatan Pasien Rumah Sakit):** maksimal 2x24jam
- Analisis dan Tindak Lanjut:**
- Investigasi Sederhana: Untuk grading hijau/biru.
- Root Cause Analysis (RCA): Untuk grading kuning/merah (insiden berat/sentinel).
- Rekomendasi Perbaikan:**
Tim KPRS memberikan rekomendasi perbaikan kepada manajemen (Direktur).
- Laporan Eksternal:**
Laporan insiden (KTD/Sentinel) dikirim ke Komite Keselamatan Pasien (KKP) atau lembaga terkait.
Monitoring: Pemantauan terhadap pelaksanaan tindak lanjut perbaikan agar insiden tidak terulang.

5 jenis Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

1. Kondisi Potensial Cedera (KPC)

Kondisi yang sangat berpotensi menimbulkan cedera, namun insiden belum terjadi.

- **Sarana & Prasarana:** Lantai ruang tunggu atau area poli gigi yang licin setelah dipel tanpa tanda peringatan.
- **Penyimpanan Obat:** Penyimpanan obat-obatan kategori LASA (Look Alike Sound Alike) seperti lidokain dan epinefrin yang diletakkan berdampingan tanpa label pembeda yang jelas.
- **Alat Medis:** Kabel foot control dental unit yang terkelupas atau menjuntai sehingga berisiko membuat pasien tersandung.

2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Insiden sudah terjadi tetapi belum sampai terpapar ke pasien.

- **Kesalahan Identitas:** Petugas hampir memanggil pasien yang salah untuk tindakan ekstraksi gigi, namun menyadarinya saat melakukan konfirmasi identitas ulang (cek gelang/nama) sebelum tindakan dimulai.
- **Kesalahan Sediaan:** Dokter hampir menyuntikkan anestesi lokal pada pasien yang memiliki riwayat alergi, namun asisten mengingatkan dokter setelah melihat catatan rekam medis tepat sebelum jarum disuntikkan.

5 jenis Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Insiden sudah terpapar ke pasien, tetapi pasien tidak mengalami cedera yang berarti.

- **Kesalahan Obat:** Pasien diberikan resep obat yang salah dan sudah meminumnya satu kali, namun setelah dievaluasi obat tersebut tidak menimbulkan efek samping atau bahaya bagi pasien.
- **Prosedur Administrasi:** Terjadi pengandaan status/rekam medis pasien sehingga data pemeriksaan sebelumnya tidak terbaca, namun tidak mengubah rencana perawatan yang diberikan hari itu.

4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

Cedera Alat: Tertinggalnya instrumen kecil (seperti potongan file endodontik) di dalam saluran akar gigi pasien saat perawatan saraf gigi tanpa diberitahukan kepada pasien.

- **Komplikasi Tindakan:** Pasien mengalami pingsan (sinkop) atau syok anafilaktik setelah pemberian anestesi lokal di kursi gigi.
- **Pasien Jatuh:** Pasien lanjut usia terjatuh saat mencoba turun dari dental unit karena posisi kursi yang terlalu tinggi atau tidak stabil.

5. Kejadian Sentinel

KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius/permanen.

- **Salah Sisi/Lokasi:** Melakukan pencabutan gigi yang sehat (salah posisi gigi) atau melakukan tindakan bedah pada sisi rahang yang salah (misal: seharusnya rahang kanan, dilakukan di rahang kiri).
- **Kematian:** Pasien meninggal dunia akibat reaksi alergi berat yang tidak tertangani segera setelah prosedur bedah mulut.

Panduan Skoring Grading Resiko

1. Skor Dampak (Severity)

TINGKAT	DESKRIPSI	DAMPAK
1	<u>Tidak Signifikan</u>	Tidak ada cedera.
2	<u>Minor</u>	Cedera ringan, dapat diatasi dengan P3K.
3	<u>Moderat</u>	Cedera sedang, butuh rawat inap/tindakan medis tambahan.
4	<u>Mayor</u>	Cedera luas/berat, cacat permanen.
5	<u>Katastropik</u>	Kematian yang tidak terkait perjalanan penyakit.

2. Skor Probabilitas (Frekuensi)

TINGKAT	DESKRIPSI	DAMPAK
1	Sangat Jarang	Terjadi > 5 tahun sekali.
2	Jarang	Terjadi 2-5 tahun sekali.
3	Mungkin	Terjadi 1-2 tahun sekali.
4	Sering	Terjadi beberapa kali dalam setahun.
5	Sangat Sering	Terjadi hampir tiap minggu/bulan.

Matriks Matriks Risiko & Tindakan

Setelah skor Dampak dan Probabilitas bertemu di tabel silang, muncul warna Band risiko:

Warna Band	Risiko	Investigasi Oleh	Batas Waktu
Biru	Rendah	Atasan langsung (Investigasi Sederhana)	Max. 1 minggu
Hijau	Sedang	Atasan langsung (Investigasi Sederhana)	Max. 2 minggu
Kuning	Tinggi	Tim Keselamatan Pasien (RCA)	Max. 45 hari
Merah	Ekstrem	Tim Keselamatan Pasien & Direksi (RCA)	Max. 45 hari

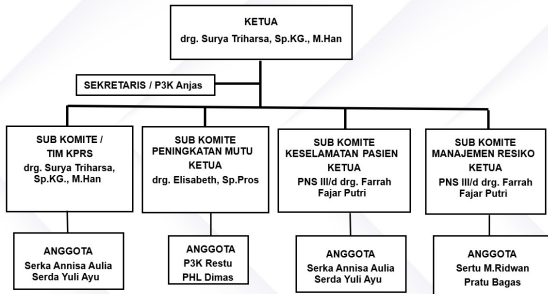
Tabel Matriks Grading Risiko

Probabilitas \ Dampak	1 (Tidak Signifikan)	2 (Minor)	3 (Moderat)	4 (Mayor)	5 (Katastropik)
5 (Sangat Sering)	Hijau	Hijau	Kuning	Merah	Merah
4 (Sering)	Hijau	Hijau	Kuning	Merah	Merah
3 (Mungkin)	Biru	Hijau	Kuning	Merah	Merah
2 (Jarang)	Biru	Biru	Hijau	Kuning	Merah
1 (Sangat Jarang)	Biru	Biru	Hijau	Kuning	Merah

Contoh Kasus:

Jika terjadi salah cabut gigi (Dampak: Moderat/3) dan hal ini jarang terjadi (Probabilitas: 2), maka skornya masuk ke kategori Moderat (Hijau).

Struktur Organisasi Komite PMKP



Materi AKP

- Pemeriksaan sekelompok orang untuk memisahkan orang yang sehat dari orang yang memiliki keadaan patologis yang tidak terdiagnosis atau mempunyai resiko tinggi (kamus Dorland ed. 25 : 974).
- Dalam praktek pelayanan RSGMAU, skrining dapat diartikan sebagai upaya mengidentifikasi penyakit atau kelainan pasien sehingga didapat keterangan tentang kondisi dan kebutuhan pasien saat kontak pertama.
- Hasil skrining kemudian digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien, sehingga RSGMAU dapat memutuskan untuk menerima atau merujuk sesuai misi dan sumber daya yang ada

Skrining

Skrining

Skrining Luar



Skrining Dalam

Piket

UGD
Pendaftaran
Klinik VIP
Oral Diagnosa

- Tindakan memilah/mengelompokkan pasien berdasar beratnya cedera, kemungkinan untuk hidup, dan keberhasilan tindakan berdasar sumber daya (SDM dan sarana) yang tersedia.
- Pasien dengan kebutuhan darurat, sangat mendesak atau pasien yang membutuhkan pertolongan segera diidentifikasi menggunakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan kebutuhan pasien yang mendesak dengan mendahulukan dari pasien yang lain.
- Dokter dan Perawat melakukan proses triase secepatnya kurang dari atau 2-5 menit.

Triase



Prioritas Kegawatan

- Segera, immediate ■ pasien mengalami cedera mengancam jiwa, kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. (pasien gawat darurat dan pasien gawat tidak darurat).
- Tunda, delayed ■ pasien memerlukan tindakan definitif tetapi tidak mengancam jiwa bila tidak ditolong segera. (pasien darurat tidak gawat)
- Minimal ■ pasien mendapat cedera minimal, dapat berjalan dan dapat menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. (pasien tidak gawat tidak darurat)
- Expectant ■ pasien meninggal



Prioritas Kegawatan

MERAH: Gawat darurat (waktu respon: 0-10 menit)

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| ● Masalah A-B-C | ■ Nyeri dada, |
| ● Kesulitan bernafas, | ■ Cedera multipel |
| ● Cedera kepala berat, | ■ Trauma dada/abdomen terbuka, |
| ● Cedera tulang belakang, | ■ Kelainan persalinan, |
| ● Syok, | ■ Perdarahan tidak terkontrol |
| ● Kejang | |



Prioritas Kegawatan

KUNING: Darurat tidak Gawat (waktu respon: 30 menit)

- Nyeri karena gangguan paru
- Luka bakar
- Penurunan kesadaran (GCS > 8)
- Diare dengan dehidrasi sedang
- Muntah terus menerus
- Panas tinggi



Prioritas Kegawatan

HIJAU: Tidak gawat tidak darurat (waktu respon: 60 menit)

- Fraktur tertutup, dislokasi, luka minor, batuk,

Hitam: DOA (death on arrival)
(waktu respon: 120 menit)

- Meninggal



Prioritas Kegawatan

• EMERGENCY CARE (Pasien Gawat Darurat)

- Trauma melibatkan laserasi fasial/oral dan atau luka dentoalveolar
- Pembengkakan orofasial yang sangat terlihat atau bertambah parah
- Perdarahan post ekstraksi yang tidak terkontrol
- Keadaan yang menghasilkan keadaan sistemik akut atau peningkatan temperatur tubuh sebagai akibat dari infeksi gigi
- Trismus parah
- Keadaan oro dental yang menyebabkan kondisi eksaserbasi sistemik

Prioritas Kegawatan

- **URGENT CARE** (Pasien Darurat Tidak Gawat).

- Infeksi gigi dan jaringan lunak tanpa efek sistemik
- Rasa sakit yang parah pada gigi dan fasial yang tidak dapat diatasi sendiri oleh pasien.
- Fraktur gigi satu atau lebih dengan terbukanya pulpa

- **ADVICE, SELF HELP AND ROUTINE CARE** (Pasien Tidak Gawat Darurat)

- Rasa sakit ringan sampai sedang yang tidak berhubungan dengan kondisi mendesak
- Trauma dental minor
- Perdarahan post ekstraksi yang dapat dikontrol sendiri oleh pasien
- Kehilangan mahkota tiruan, bridges atau veneer
- Patah atau kehilangan gigi tiruan
- Patah posts
- Patah atau lepasnya tambalan
- Perawatan rutin
- Gusi berdarah



5. Admisi

a. Admisi Rawat Jalan (Khusus Pasien Baru)

- 1) Petugas menjelaskan tentang general consent.
- 2) Petugas menjelaskan tentang hak pasien dan keluarga.
- 3) Petugas menjelaskan tentang tata tertib.
- 4) Pasien menandatangani general consent.

b. Admisi Rawat Inap (Setiap Pasien yang Masuk Rawat Inap)

- 1) Petugas menjelaskan tentang kamar operasi (OK).
- 2) Petugas menjelaskan tentang hak pasien.
- 3) Petugas menjelaskan tentang tata tertib.
- 4) Petugas menjelaskan tentang biaya perawatan rawat inap.
- 5) Pasien menandatangani general consent.
- 6) Petugas menghubungi petugas di ruang rawat inap.





RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT ANGKATAN UDARA

ALUR PASIEN RAWAT INAP

UMUM & BPJS

PENDAFTARAN



KLINIK LANJUTAN/
SPESIALIS



PENDAFTARAN
RAWAT INAP



KASIR



KLINIK LANJUTAN
/ SPESIALIS



RUANG
PERAWATAN



PULANG

INSTALASI GAWAT DARURAT

IGD



KLINIK LANJUTAN /
SPESIALIS



PENDAFTARAN
RAWAT INAP



KASIR



KLINIK LANJUTAN /
SPESIALIS



RUANG
PERAWATAN



PULANG

PENJELASAN

Pendaftaran :

1. Pembuatan Rekam Medis
2. Pembuatan Kartu Pasien
3. Pembuatan SEP (Pasien BPJS)
4. Sosialisasi Hak dan Kewajiban pasien

Radiologi :

1. Rontgen foto

Ruang Perawatan :

1. Perawatan pasien rawat inap sampai dinyatakan sembuh

Klinik Oral Diagnosa :

1. Pemeriksaan Diagnosa Awal
2. Pengisian Odontogram
3. Assesment Radiologi
4. Konsul ke Klinik lanjutan / Spesialis

Apotik :

1. Pembuatan Resep
2. Penjelasan aturan resep
3. Pembuatan copy resep jika dibutuhkan

Klinik Lanjutan/Spesialis :

1. Pemeriksaan Diagnosa lanjutan
2. Pemberian tindakan
3. Pemberian resep
4. Penjadwalan perawatan lanjutan

Laboratorium Gigi :

1. Pembuatan Prothesa (Cekat/Lepasan)
2. Reparasi Prothesa

Kasir :

1. Pembayaran pasien rawat jalan atau rawat inap
2. Pembuatan kwitansi pembayaran

Jl. Puntodewo No. 1 Dirgantara 2
Halim Perdana Kusuma Jakarta Timur, 13610
Telp. (021) 8087 - 9256
Email : rsgmau.lakesgijlut@gmail.com
Website : rsgmntniau.com

Kesinambungan Pelayanan

- Clinical Pathway adalah pedoman kolaboratif berbasis bukti yang mengatur langkah-langkah pelayanan terstruktur bagi pasien dengan kondisi medis tertentu dari awal masuk hingga pulang.
- Instrumen ini menggabungkan standar asuhan dari berbagai profesi kesehatan (dokter, perawat, farmasi, dll.) ke dalam satu protokol lokal yang berlaku di fasilitas kesehatan setempat

Tujuan Utama

- Kendali Mutu:** Memastikan penanganan medis terstandarisasi, aman, dan meminimalkan risiko kesalahan.
- Kendali Biaya:** Mengurangi tindakan tidak perlu untuk mengefisienkan anggaran perawatan.



Kesinambungan Pelayanan

 RSGM ANGKATAN UDARA Jalan Pulo Dawa 1 Dikentara II Halim Perdana Kusuma Jakarta Timur 13610		NO. RM : 108062 Nama Pasien : AMIRULLAH RIZKI MAYORAHUTNI Tgl. Lahir : 05/10/2001 Usia : 24 Tahun							
Perhatian: Harap semua persuluan dilakukan dengan kehati-hatian yang jelas, benar dan lengkap Berilah tanda centang pada kotak pilihan yang telah disediakan Berilah tanda lingkaran pada pilihan yang telah disediakan									
CLINICAL PATHWAY IMPAKSI GIGI									
Diagnosa Masuk RS : Pericoronitis ac. 18.28.38.40 Penyakit Utama : Penyakit Penyerta : Komplikasi : Tindakan : Odontectomy	Kode ICD : K07.1 - Impaksi Iatrid Kode ICD : Kode ICD : Kode ICD :	BB : 52 Kg TB : 153 Cm Tgl. Masuk : 10/12/2025 Tgl. Keluar : 12/12/2025	Lama rawat : 3 hari Rencana rawat : R. Rawat : Katan : Rujukan :						
Kegiatan	Uraian Kegiatan	Hari Penyakit							Keterangan
		Hari Rawat							
		1	2	3	4	5	6	7	
Asesmen Awal Medis	Dokter IGD	✓							
	Dokter Spesialis								
2. Laboratorium	Daerah Turun Lengkep	✓							
	Hg. Say								
Radiologi Imaging	Foto Panoramik Torak	✓							
Konsultasi	Internis, Jantung	✓							acc tindakan operasi
Assesment Lanjutan									
Assesment Medis	Dokter DPJP	✓							Visit harian follow
	Dokter non DPJP / Dokter Ruangan								
Assesment Keperawatan		✓							dit lunak
Assesment Gizi		✓							profilaksis
Assesment Farmasi									
6. Diagnosis									
a. Diagnosis Medis	Rata sakit / pembengkakan	✓							imaksi gigi 18
Diagnosis Keperawatan		✓							imaksi gigi 18
Diagnosis Gizi	Identifikasi kebutuhan edukasi dan latihan selama perawatan	✓							imaksi gigi 18
	Identifikasi kebutuhan drumah	✓							
7. Discharge Planning	Kebersihan rongga mulut	✓							Program pendidikan pasien dan keluarga

1/11/2017

Terima kasih atas kejasmanannya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas
 DRM 20-INAP

8. Edukasi Terintegrasi		✓						
a. Edukasi Informasi Medis	Penjelasan diagnosis	✓						Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan jaga berdasarkan discharge planning, pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi di TTD keluarga pasien.
	Rencana terapi	✓						
	Informed consent	✓						
b. Edukasi Gizi		✓						
c. Edukasi Keperawatan		✓						
d. Edukasi Farmasi		✓						
Pengisian Informasi Dan Edukasi Terintegrasi								
9. Terapi / Medika Mentosa								
a. Injeksi		✓	✓					Profilaktik 1 jam pre Operasi, RL Infus 20 ppm Hari ke 4 - 7 pemberian obat oral
b. Cairan Infus	RL	✓	✓					
	Antibiotik, analgetik	✓	✓					
c. Obat Oral	Antibiotik, analgesik		✓					
	Anti inflamasi		✓					
d. Rastal								
10. Intervensi								
a. Intervensi Medis		✓	✓					Keluhan utama pasien
b. Intervensi Keperawatan		✓	✓					Rencana Pulang
c. Intervensi Gizi		✓	✓					Rencana diet
d. Intervensi Farmasi		✓	✓					Rencana Pembenturan obat
e. Intervensi Farmasi								
11. Monitoring & Evaluasi								
a. Dokter DPJP	Assesmen ulang & review verifikasi rencana asuhan	✓						Pasien kontrol 1 minggu post operasi
b. Keperawatan		✓						
c. Gizi								
d. Farmasi								
12. Mobilisasi / Rehabilitasi								
a. Medis		✓						baik
b. Keperawatan		✓						dapat melakukan aktifitas mandiri
c. Fisioterapi								
13. Out Come / Hasil								
a. Medis	Rasa sakit teratasi	✓						tidak ada
b. Keperawatan	Pembengkakan hilang	✓						bengkak berkurang
c. Gizi		✓						I/iu baik
d. Farmasi		✓						dit normal jangan panas
			✓					cefadroxil 500mg 2 x 1

1/11/2017

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas
DRM 20a-INAP

14. Kriteria Pulang		✓						KU: Baik CM
15. Rencana Pulang / Edukasi Pelayanan Lanjutan	Penjelasan mengenai operasi implan (odontektomi) yang sudah dilakukan	✓						Perawat Post Operasi : - Jaga DH - Obat diminum habis - Apabila ada keluhan segera kontrol Pasien membawa resume perawatan / surat rujukan / surat kontrol saat pulang
	Penjelasan mengenai post operasi edontektomi implan	✓						
	Surat pengantar kontrol				✓			
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan		Perawat Penanggung Jawab					Pelaksana Verifikasi	
 drp. Verry Herawan, Sp.BM		 Elis Fitriah, AMK					 dr. Nelli Setiawati	

1/11/2017

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas
DRM 20a-INAP

Kesinambungan Pelayanan

- Pelayanan rawat jalan di RSGM melibatkan berbagai disiplin ilmu spesifik (seperti Bedah Mulut, Konservasi Gigi, Ortodonsi, dan prosthodontisi).
- Pasien sering kali datang berulang kali dengan rencana perawatan jangka panjang atau memiliki komorbiditas sistemik (seperti hipertensi atau diabetes melitus) yang berdampak langsung pada tindakan kedokteran gigi.
- PRMRJ dihadirkan sebagai formulir berkas rekam medis. Tujuannya adalah menyediakan rekaman klinis yang cepat, tepat, dan mudah dibaca oleh DPJP.



Kesinambungan Pelayanan

Pasien rawat jalan di RSGM yang memenuhi kriteria asuhan kompleks PRMRJ:

- Pasien dengan ≥ 3 Diagnosis: Mendapatkan perawatan di lebih dari dua spesialisasi gigi (misalnya: perawatan saluran akar simultan dengan kontrol ortodonti dan rencana implan gigi).
- Memiliki Riwayat Komorbiditas Sistemik: Pasien dengan penyakit jantung, diabetes melitus, gangguan koagulasi, atau alergi obat berat yang berisiko saat tindakan bedah minor.
- Pasien Multi-Asuhan: Pasien yang menerima asuhan kedokteran gigi sekaligus asuhan penunjang secara berkelanjutan (laboratorium, radiologi dental/CBCT).



**RSGM ANGKATAN UDARA**

Jalan Ponto Dawo 1 Dirgantara II
Halim Perdana Kusuma
Jakarta Timur 13610

NO. RM : 6 7 8 1 - -
Nama Pasien : HUMAEDI
Tgl. Lahir : 1967-04-24
Usia : 1967-04-24 (Laki-Laki)

Perhatian :
Harap semua penulisan dilakukan dengan keterbacaan yang jelas, benar, dan lengkap.
Berilah tanda centang pada kotak pilihan yang telah disediakan.
Berilah tanda lingkaran pada pilihan yang telah disediakan.

PROFIL RINGKASAN MEDIS RAWAT JALAN**ALERGI OBAT :**

-

Tanggal / Jam	Instalasi Unit	Pemeriksaan & Diagnosis	Rencana Perawatan	Pengobatan / Perawatan	Kode Penyakit	Tanda Tangan DPJP
28-07-2025 / 08:07:00	Klinik Bedah Mulut	17 Gangren Pulpa	Ekstraksi Komplikasi 17	Asam Mefenamat tab 500mg, Amoksisilin tab 500 mg		
25-02-2026 / 11:02:00	Periodonsia	Gigi depan goyang	DHE	32 31 41 42 pro observasi		

**RSGM ANGKATAN UDARA**

Jalan Ponto Dawo 1 Dirgantara II
Halim Perdana Kusuma
Jakarta Timur 13610

NO. RM : 6 7 8 1 - -
Nama Pasien : HUMAEDI
Tgl. Lahir : 1967-04-24
Usia : 1967-04-24 (Laki-Laki)

Perhatian :
Harap semua penulisan dilakukan dengan keterbacaan yang jelas, benar, dan lengkap.
Berilah tanda centang pada kotak pilihan yang telah disediakan.
Berilah tanda lingkaran pada pilihan yang telah disediakan.

PROFIL RINGKASAN MEDIS RAWAT JALAN**ALERGI OBAT :**

Tanggal / Jam	Instalasi Unit	Pemeriksaan & Diagnosis	Rencana Perawatan	Pengobatan / Perawatan	Kode Penyakit	Tanda Tangan DPJP
30-01-2026 / 12:01:00	Klinik konservasi	Necrosis of pulp	Tambal	Obturasi + 2PC+ GIC		

**RSGM ANGKATAN UDARA**

Jalan Ponto Dawo 1 Dirgantara II
Halim Perdana Kusuma
Jakarta Timur 13610

NO. RM : 6 7 8 1 - -
Nama Pasien : HUMAEDI
Tgl. Lahir : 1967-04-24
Usia : 1967-04-24 (Laki-Laki)

Perhatian :
Harap semua penulisan dilakukan dengan keterbacaan yang jelas, benar, dan lengkap.
Berilah tanda centang pada kotak pilihan yang telah disediakan.
Berilah tanda lingkaran pada pilihan yang telah disediakan.

PROFIL RINGKASAN MEDIS RAWAT JALAN**ALERGI OBAT :**

Tidak ada

Tanggal / Jam	Instalasi Unit	Pemeriksaan & Diagnosis	Rencana Perawatan	Pengobatan / Perawatan	Kode Penyakit	Tanda Tangan DPJP
---------------	----------------	-------------------------	-------------------	------------------------	---------------	-------------------

25-11-2024 / 12:11:00	VIP	Acute gingivitis	PRO SCALLING RA RB	SCALLING RA RB		
16-10-2025 / 03:10:00	prosthodonti	Edentulous ridge ra dan rb	Pro gt cekat ,26 pro exo	konsultasi		
21-10-2025 / 08:10:00	Bedah Mulut	periodontitis kronis 26	Ekstraksi komplikasi 26	Amox tab 3x500mg,ibuprofen tab 3x400mg		
27-11-2025 / 04:11:00	PROSTHODONSI	EDENTULOUS RIDGE RA DAN RB	PRO GT CEKAT RA	KONSULTASI		
31-03-2026 / 11:03:00	Klinik Prosthodonti	Loss of teeth due to accident, extraction or local periodontal disease	Pro GTSL RB	Cetak alginate RA RB		
17-04-2024 / 02:04:00	klinik prosthodontia	Loss of teeth due to accident, extraction or local periodontal disease	pro Bridge	Cetak Bridge		

	RSGM ANGKATAN UDARA Jalan Punto Dawo 1 Dirgantara II Halim Perdana Kusuma Jakarta Timur 13610	NO. RM : 109923 Nama Pasien : CHANOVIEA MUTIARASANI NIK : 3175087101970004 Tgl. Lahir : 31/01/1997 Usia : 29 Tahun 4 Bulan 30 Hari ☐ L ☒ P
		Perhatian : Harap semua penulisan dilakukan dengan keterbacaan yang jelas, benar dan lengkap. Berilah tanda centang pada kotak pilihan yang telah disediakan. Berilah tanda lingkaran pada pilihan yang telah disediakan.
TRANSFER PASIEN		
Unit Tujuan : 002 - Ruang Nuri Alasan Transfer : post op odontectomy Kondisi Klinis : compos mentis Permintaan pasien / keluarga : - Lainnya : -	Nama petugas yang dihubungi : elis f Waktu Transfer : Tanggal : 02-07-2026 Jam 11:40 WIB	Waktu menghubungi : Tanggal : 02-07-2026 Jam 11:35 WIB
Kategori transfer : ☒ Level 0 ☐ Level 1 ☐ Level 2 ☐ Level 3		
INDIKASI DI RAWAT : post op odontectomy		
RIWAYAT KESEHATAN : dalam batas normal		
PEMERIKSAAN FISIK : dalam batas normal		
PEMERIKSAAN PENUNJANG :		
1. Laboratorium : terlampir. 3. Lainnya :		
2. Radiologi : terlampir.		
DIAGNOSIS : 18.28.38.48 impaksi		
PROSEDUR : post op odontectomy		
TERAPI DAN TINDAKAN : iufd rl 20 tpm		
KONDISI SAAT DIPINDAHKAN : compos mentis		
Kondisi Awal Pasien Sebelum Ditransfer		
Kesadaran : compos mentis TD 115/84 mm/Hg HR : 74 x/menit RR 20 x/menit		
Kondisi Pasien Setelah Ditransfer		
Kesadaran : compos mentis TD 118/80 mm/Hg HR : 75 x/menit RR 18 x/menit		
Obat / cairan yang dibawa pada saat transfer		
a. b.		
SERAH TERIMA PASIEN		
Waktu serah terima : Tanggal : 02-07-2026 Jam 11:40		
Petugas yang menyerahkan  (Ari Nugrayanti) Nama & Tanda Tangan	Petugas yang menerima  (Elis Fitriah AMK) Nama & Tanda Tangan	

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

DRM 12-INAP

Pemulangan

	RSGM ANGKATAN UDARA Jalan Ponto Dawo 1 Dirgantara II Halim Perdana Kusuma Jakarta Timur 13610	NO. RM : 109923 Nama : CHANOVIETA Pasien : MUTIARASANI Tgl. Lahir : 31/01/1997 Usia : 29 Tahun 5 Bulan 0 ☐ L ☒ P Hari :														
<i>Perhatian :</i> Harap semua peralihan dilakukan dengan keterbacaan yang jelas, benar dan lengkap. Berilah tanda centang pada kotak pilihan yang telah disediakan. Berilah tanda lingkaran pada pilihan yang telah disediakan.																
RINGKASAN PULANG																
<table border="0"> <tr> <td>Nama pasien : CHANOVIETA MUTIARASANI</td> <td>DPJP : drg. Verry Herawan, Sp.BM</td> </tr> <tr> <td>Tgl Lahir/Usia : 31/01/1997</td> <td>No. RM. : 109923</td> </tr> <tr> <td>Agama : Islam</td> <td>Agama : Islam</td> </tr> <tr> <td>No. Identitas : 3175087101970004</td> <td>Ruangan Rawat : Ruang Nuri</td> </tr> <tr> <td>Status :</td> <td>Tgl masuk : 2026-07-01T00:00:00.000Z</td> </tr> <tr> <td>Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga</td> <td>Tgl pulang : 2026-07-03</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Alamat lengkap : VERTI HOUSE JATISAMPURNA NO.B4</td> </tr> </table>			Nama pasien : CHANOVIETA MUTIARASANI	DPJP : drg. Verry Herawan, Sp.BM	Tgl Lahir/Usia : 31/01/1997	No. RM. : 109923	Agama : Islam	Agama : Islam	No. Identitas : 3175087101970004	Ruangan Rawat : Ruang Nuri	Status :	Tgl masuk : 2026-07-01T00:00:00.000Z	Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga	Tgl pulang : 2026-07-03	Alamat lengkap : VERTI HOUSE JATISAMPURNA NO.B4	
Nama pasien : CHANOVIETA MUTIARASANI	DPJP : drg. Verry Herawan, Sp.BM															
Tgl Lahir/Usia : 31/01/1997	No. RM. : 109923															
Agama : Islam	Agama : Islam															
No. Identitas : 3175087101970004	Ruangan Rawat : Ruang Nuri															
Status :	Tgl masuk : 2026-07-01T00:00:00.000Z															
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga	Tgl pulang : 2026-07-03															
Alamat lengkap : VERTI HOUSE JATISAMPURNA NO.B4																
Diagnosa Masuk : Pericoronitis ec 18,28,38,48 impaksi Diagnosa Keluar : Pericoronitis ec 18,28,38,48 impaksi Pembedahan : odontektomi GA Pemeriksaan Fisik : Regio 18,28,38, 48 luka baik, jahitan intak Tindakan Khusus : - Indikasi Dirawat : Pericoronitis ec 18,28,38,48 impaksi pro odontektomi GA Komorbiditas : - Prosedur, terapi dan tindakan : Odontektomi GA Pemeriksaan Penunjang : lab, thorax, panoramik Riwayat Kesehatan : - Kondisi Pulang : Sehat Obat Yang Diberikan : Ceftriaxin 1G, Dexametason 5mg, ketorolac 30mg, ranitidin 50mg, Asam traneksamat 500mg Obat Setelah Keluar RS : Cefadroxil 500mg, dexametason 0,5mg, ibuprofen 400mg Kontrol Kembali : Kamis 9/7/2026 Pengambilan Hasil Pemeriksaan : ☐ Tgl : ☐ Poliklinik : Patologi Anatomi : ☐ Tgl : ☐ Tempat :																
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> Pasien / Keluarga  (CHANOVIETA MUTIARASANI) </td> <td style="text-align: center;"> Jakarta, 03-07-2026 07:09 Dokter  (drg. Verry Herawan, Sp.BM) </td> </tr> </table>			Pasien / Keluarga  (CHANOVIETA MUTIARASANI)	Jakarta, 03-07-2026 07:09 Dokter  (drg. Verry Herawan, Sp.BM)												
Pasien / Keluarga  (CHANOVIETA MUTIARASANI)	Jakarta, 03-07-2026 07:09 Dokter  (drg. Verry Herawan, Sp.BM)															

Rujukan

	RSGM ANGKATAN UDARA JL. PUNTODEWO 1 KOMP. DIRGANTARA II JAKARTA TIMUR	No RM :
		Nama :
		Tgl Lahir/Uda : Jenis Kelamin : ☐ L ☐ P
		Alamat :
Petaster: *Harap semua petaster diisi dengan keterangan yang jelas, benar dan lengkap. *Berilah tanda centang pada kotak pilihan yang telah disediakan.		

RUJUKAN PASIEN

Unit / RS Tujuan :	Petugas Unit RS* tujuan yang dihubungi :		Nama :
Alasan / Tujuan Rujuk ☐ Pindah rawat ☐ Pemeriksaan Penunjang ☐ Lainnya	Tanggal / Jan Rujuk 		Tgl./Jam :
	Atas Permintaan ☐ Dokter Kategori Rujuk ☐ Pasien/Keluarga ☐ Level 0 ☐ Level 2 ☐ Lainnya ☐ Level 1 ☐ Level 3		
	Petugas pendamping Kualifikasi	☐ ACLS ☐ ATLS ☐ Perawat ☐ BTLS	Sopir BHD
KELUHAN UTAMA			
ANAMNESIS : (Auto / Allo)			
KONDISI PASIEN : ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Lemah			
PEMERIKSAAN FISIK : Tensi : mmHg N : x/menit S : °C R : x/mnt			
PEMERIKSAAN PENUNJANG : 1. Laboratorium : 2. Radiologi : 3. Lainnya :			
KEBUTUHAN PELAYANAN :			
PROSEDUR DAN INTER VENSİ :			
DIAGNOSIS :			
TINDAKAN / TERAPI :			
Petugas Pengirim		Petugas Penerima	
()		()	
()		DOKTER	
()		()	



**RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT
ANGKATAN UDARA
JL. PUNTODEWO 1
KOMP. DIRGANTARA II
JAKARTA TIMUR**

FORMULIR RIIJUKAN-INTERNAI / EKSTERNAL *

Yth. T.S. Bagian : Poliklinik gigi (prostodonti)

Di Rumah Sakit : RSPAD

Mohon pemeriksaan lebih lanjut:

Nama : Istikomah

Tgl. Lahir : 10/08/1985

Kondisi Pasien : Compositus dengan riwayat DM dan psoriasis

Diagnosa sementara : edentulous ridge 7,16,15,13,12,11,21,22,26,27 RA
23,24,25,28,29,31,32,33,34,35

Intervensi dilakukan : edukasi pentingnya penggunaan gigit

tiruan dan kesehatan gigi dan mulut

Rujukan Yang diminta : PRO GTSL RA RB /melanjutkan Perencanaan

Rujukan Yang diminta : konsul dari dokter spesialis kulit RSPAD

Jakarta, 27/1/2026

Dokter yang merawat

dr. [Signature] Menta, Sp. Pros
No. SUB. 2034.73.08.100-30

Ket : *coret yang tidak perlu

Jawaban Rujukan : Pada suhu di atasnya pemrosesan Hg kondisi lebih
lainnya. Suhu dipelajari prosedur & lainnya.

Jakarta, ... 28/1/2026 ...

Dokter yang merawat

(...ing Desi Natalia, Sp. Pros)



RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT
ANGKATAN UDARA
JL. PUNTODEWO 1
KOMP. DIRGANTARA II
JAKARTA TIMUR

FORMULIR RUJUKAN INTERNAL / EKSTERNAL *

Yth. T.S. Bagian : Primeri Kelodonsia

Di Rumah Sakit : RSGMAU

Mohon pemeriksaan lebih lanjut:

Nama : An. Mohammad Gilang Chera

Tgl. Lahir : 11 November 2014

Kondisi Pasien : Obat: Wiperem; ankesa, plak karies: +, 11.21 pulpa ankesa
akut trauma

Diagnosa sementara : 11.21 other perikoronitis abscess

Intervensi dilakukan : Konsultasi gigitidiki

Rujukan Yang diminta : Mohon tawar dan penatalaksanaan lebih lanjut

Jakarta, 19 JAN 2026

Dokter yang merawat


drg. Adinda R.F. Sp.Perio
(.....)

Ket : *coret yang tidak perlu

Jawaban Rujukan : 11.21 gingivitis kronis ex trauma FM

Pulpaal deep bite → proaktif ankesasi

Jakarta, 19 JAN 2026

Dokter yang merawat


drg. Annisa, Sp.KGA
(.....)

Transportasi



RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT
ANGKATAN UDARA
JL. PUNTODEWO 1
KOMP. DIRGANTARA II
JAKARTA TIMUR

FORMULIR PENGKAJIAN KEBUTUHAN TRANSPORTASI PASIEN

No RM . 10.78.25
Nama . Ny. drs. Fetty Herfianti
Tempat/ tanggal lahir . Jakarta, 18 Juli 1975
Alamat . Jl. Werkudara Dirgantara I no. 301,
Kebutuhan transportasi . Pasien dari luar rumah sakit (sprain and strain of
Wrist/Foot trauma)
SDM pendamping pasien . Yvanita Ambarwati, A.Md. Kep (sudah BTCLs)
Obat dan Bahan Medis . ibuprofen /analgesik per oral
Peralatan Medis . Arm Sling (genggong tangan)
Persyaratan PPI . Hand Hygiene, memakai APD (masker & sarung tangan)

Staf pengelola rujukan

Jakarta, 22 Januari 2026

dr. Siskarini Handayani Putri

SP.476.154/11.75.08.1006.01.133.5.001/1.773.306222

Penolakan Rencana Asuhan Medis

	RSGM ANGKATAN UDARA Jalan Purno Darmo 1 Dirgantara II Halim Perdana Kusuma Jakarta Timur 13610	NO. RM	: 8184911-
		Nama Pasien	: ADE WAWAN
		Tgl. Lahir	: 08/08/1969
		Uda	: 56 Tahun (Laki-laki)
Perhatian: Harap semua prosedur dilakukan dengan ketelitian yang jelas, benar dan lengkap. Berilah tanda tangannya pada kotak pilihan yang telah disediakan. Berilah tanda tangannya pada pilihan yang telah disediakan.			
PERSETUJUAN / PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN JENIS TINDAKAN Penolakan tindakan kedokteran			

Dokter Pelaksana Tindakan	drg. Yanti Yunita, Sp.Prosth	
Pemberi Informasi (Jabatan)	dpp	
Penerima Informasi / Pemberi persetujuan* (hubungan dengan pasien)	Diri sendiri	
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI
1	Diagnosis Kerja	Edentulous ridge RA 17, 12, 27
2	Diagnosis Banding	Edentulous ridge RB 27, 47
3	Tindakan Kedokteran	pencetakan Gigi Tiruan
4	Indikasi Tindakan	Pembuatan gigi tiruan atas 12
5	Tata Cara	Terdapat 2 x kunjungan
6	Tujuan	mengembalikan fungsi estetik
7	Risiko Tindakan	fungsi pengunyahan tidak tercapai
8	Komplikasi	Gangguan sendi temporomandibular
9	Prognosis	Sedang
10	Alternatif & Risiko	Pembuatan gigi tiruan RA, RB pada gigi posterior
11	Lain - lain	berhasil kembali dalam waktu 6 bulan
Dengan ini menyatakan bahwa saya (dokter) telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.		Tanda tangan drg. Yanti Yunita, Sp.Prost
Dengan ini menyatakan bahwa saya (Pasien/keuarga pasien) telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas, kemudian yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.		No 4/B/Jan/17/5.08.1004.39. HK/3/TM.09.74/e/2024

PERNYATAAN PERSETUJUAN / PENOLAKAN TINDAKAN			
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, nama ADE WAWAN Umur 56 Tahun tahun Laki-laki, alamat JL. KAMP. BAHARI RT 003 RW 02 No. RM 88491			
Dengan ini menyatakan PERSETUJUAN / PENOLAKAN untuk dilakukan tindakan pembuatan gigi tiruan rahang atas dan rahang bawah pada gigi posterior			
terhadap saya/ SAYA saya, bernama ADE WAWAN Tgl. Lahir 08/08/1969 Laki-laki, Alamat JL. KAMP. BAHARI RT 003 RW 02			
saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan.			
Jakarta, tanggal, 10-06-2026 pukul 08:06:55			
Yang menyatakan Pasien/ Peranggung Jawab Pasien  (Ade Wawan) Tanda tangan & nama terang	Saksi 1  (Yuli Ayu Prihatini) Tanda tangan & nama terang	Dokter  drg. Yanti Yunita, Sp.Prost No 4/B/Jan/17/5.08.1004.39. HK/3/TM.09.74/e/2024	Saksi 2  dr. Anindya Pratiyasa, AMK No 25a/17.75.01.1004.39.HK/3/TM.09.74/e/2024

DAFTAR NAMA PENGAWAKAN RSGMAU

NO	BIDANG/UNIT	NAMA
1	KA RSGM	Kolonel Kes (W) drg. Annita Yuniastuti, Sp.KG
2	KA KOMMED	Kolonel Kes drg. Joko Purnomo, Sp.KG
3	KA KOMITE ETIK & HUKUM	Letkol Kes drg. Priatna, Sp. Ort
4	KA KOMWAT	PNS III/B Wiwik Setyaningsih
5	KA KOMTEKLA	Mayor Kes R. Nicky Anggara, S. Farm., Apt
6	KA SPI	Kolonel Kes Suradi Setiawan, A. Md
7	KA BID ADM, SDM, KEU	Letkol Kes Yudi Heryanadi, A. Mk
8	KA BAG ADM & SDM	Letda Lek (W) Ika Wahyu Dian Lestari
9	KA BAG KEU	Kapten Adm (W) Emilda Syafrida A.S.
10	KA UNIT ADM	Kapten Lek (W) Retno Libriyanti
11	KA UNIT PERSONIL	Letda Lek (W) Ika Wahyu Dian Lestari
12	KA UNIT HUMAS	Mayor Kes Tri Widodo, A. MTG
13	PROGAR	Kapten Adm (W) Emilda Syafrida A.S.

14	KA BID YAN MED & KEPERAWATAN	Letkol Kes (W) drg. Elisabet, Sp. Pros
15	KA BAG YAN MEDIK	Letkol Kes (W) drg. Elisabet, Sp. Pros
16	KA BAG KEPERAWATAN	Serda Taufik, A. Md Kep.
17	KA UGD DAN GIGI	PNS IV/a drg. Ayudia
18	KA UNIT OK	PNS IV/a drg. Verry Herawan, Sp. BM
19	KA UNIT HCU	PPPK dr. Siskarini
20	KA UNIT RANAP	Mayor Kes drg. Ahmad Faizal Bustomi, Sp. BM
21	KA UNIT RAJAL	Letkol Kes (W) drg. Elisabet, Sp. Pros
22	KA KLINIK ORTHO	PNS IV/a drg. Yesi Octavia, Sp. Ort
23	KA KLINIK OD	Mayor Kes drg. Ferydariswan, Sp. OF
24	KA UNIT PERIO	PNS IV/a drg. Adinda Ramadiani F, Sp. Perio
25	KA UNIT PEDO	PNS IV/b drg. Annisa, Sp. KGA
26	KA KLINIK KONSERVASI	Mayor Kes (W) drg. Lia Syafitri, Sp.KG
27	KA KLINIK PROSTHO	PNS IV/b drg. Yanti Yunita, Sp. Pros
28	KA KLINIK BM	PNS IV/a drg. Verry Herawan, Sp. BM

29	KA KLINIK GERI	Letkol Kes (W) drg. Dewi Delima L, M.Kes.,Sp.Ort
30	KA KLINIK PENYAKIT MENULAR	Kapten Kes drg. M. Arif Budiman Putra Pratama
31	KA KLINIK VIP	Letkol Kes (W) drg. Intan Dhamayanti, Sp.KG
32	KA BID PENUNJANG	Letkol Kes (W) drg. Tining Nikosari, Sp. Ort
33	KA BAG JANG MEDIS	Kpaen Kes Lulus Priyanto, A. Mk., S. Tr. Kes
34	KA BAG JANG NON MEDIS	Letkol Kes Yudi Heryanadi, A.Mk
35	Ka Unit RM	PNS II/d Wiby A., A. Md. PK
36	KA UNIT FARMASI	Mayor Kes R. Nicky Anggara, S.Farm., Apt
37	KA UNIT RADIOLOGI	PNS III/d Badrun, A. Md. Rad
38	KA UNIT CSSD	Serma Agus Siswanto, A. Md. Kes
39	KA UNIT GUDANG	PNS III/d Dono Herpito, A. Md. TEM
40	KA UNIT HARALKES	Lettu Kes Rama Yudistira, AMTE
41	KA UNIT LAB KLINIK	PPPK dr. Nelli Setiawati
42	KA UNIT PENGADAAN	Kapten Kes Lulus Priyanto, A. Mk., S. Tr. Kes
43	KA UNIT KESLING	Kapten Kes drg. M. Arif Budiman Putra Pratama

44	KA UNIT TRANSIT JENAZAH	Serda Taufik Sidiq, A. Md. Kep
45	KA UNIT GIZI	PHL Salsabila Kesi Anjassari, S. Gz
46	KA KOMITE PPI	PNS IV/b drg. Fety Herfiyanti
47	KA KOMITE K3RS	Mayor Kes Tri Widodo, A. MTG
48	KA KOMITE PMKP	Letkol Kes (W) drg. Elisabet, Sp. Pros
49	KASUB MUTU	Letkol Kes (W) drg. Elisabet, Sp. Pros
50	KASUB KESELAMATAN PASIEN	Kpaten Kes drg. M. Arif Budiman Putra Pratama
51	KASUB MANAJEMEN RESIKO	PNS III/d drg. Farrah Fajar Putri
52	KA TIM FARMASI DAN TERAPI	Mayor Kes R. Nicky Anggara, S.Farm., Apt
53	KA TIM PENAPISAN TEKNOLOGI	PNS IV/a drg. Rachma Irianni

DAFTAR NAMA TIM POKJA REAKREDITASI STARKES 2026

NO	N A M A	PANGKAT/NRP/NIP	JABATAN	KET
1.	drg. Hedis Hendaya, Sp. BM	Marsekal Pertama TNI	Kalakesgilut	
2.	drg. Maya Kartika D., Sp. Pros	Kolonel Kes / 522927	Seslakesgilut	
3.	drg. Annita Yuniastuti, Sp.KG	Kolonel Kes / 529266	Ka RSGM	
I.	PELAKSANA			
1.	drg. Priatna Gumilar, Sp. Ort	Letkol Kes / 535895	Ketua Akreditasi	
2.	Emilda Syafrida A.S	Kapten Adm / 517581	Bendahara I	
3.	Ardiyani Akbar	Sertu / 41719706545932	Bendahara II	
4.	Ika Wahyu Dian Lestari	Letda Lek / 538223	Sekretaris I	
5.	Catur Mei Riselasih	Serma / 535432	Sekretaris II	
6.	Dono Herpito, A. Md. TEM	PNS III/D 198001072003121001	IT I	

7.	Muhammad Mahdi, A. Md. Kom	PPPK Gol. VII / 19890402202311014	IT II	
8.	Puspito Budi S	PNS II/D 197009042005012007	Anggota	
II.	ASSESOR INTERNAL			
1.	drg. Nurul Haryanto, Sp.Perio	Kolonel Kes / 516301	A.I. Bid. Manajemen	
2.	drg. Candra Nila S., Sp. KGA	Kolonel Kes / 516304	A.I. Bid. SKP	
3.	Suradi Setiawan, A. Md	Kolonel Kes / 518325	A.I. Bid. Yan. Berfokus pada pasien	
	KELOMPOK MANAJEMEN RUMAH SAKIT			
III.	Kelompok Tata Kelola RS (TKRS)			
1.	drg. Joko Purnomo Sp.KG	Kolonel Kes / 529221	Ketua	
2.	Baharuddin	Kapten Kal / 526424	Anggota	
3.	Henry Arti	Serma / 536845	Anggota	
4.	Hariyaji Agus S	Serda / 535846	Anggota	

5.	Hadiyani, S.Sos., M. M	PNS III/D 198007142003122004	Anggota	
6.	Noviana Nursaf, A.MTG	PNS III/B 198011072007122001	Anggota	
7.	Mau'izatul Hasanah, S. Tr. KG	PPPK Gol. IX / 199112262023212011	Anggota	
8.	Anjas Pramuja, A. Md. Kom	PHL	Anggota	
9.	Suprpto	PHL	Anggota	
IV.	Kelompok Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)			
1.	drg. M. Syafri, Sp. KG	Letkol Kes / 530387	Ketua	
2.	drg. Ferydariswan, Sp.OF	Mayor Kes / 530386	Anggota	
3.	drg. Lia Syafitri, Sp.KG	Mayor Kes / 541117	Anggota	
4.	Retno Libriyanti	Kapten Lek / 525405	Anggota	
5.	Nur Fatimah Zahra	Letda Kes / 538194	Anggota	
6.	Dwi Endah Lestari	Sertu / 41929901549270	Anggota	

7.	Bagas Krisna Ardyan S	Serda / 3521107010553795	Anggota	
8.	Rahma Dewi Halim	Serda / 352220101055148	Anggota	
9.	Denis Kurniawan	Serda/ 3524105040559642	Anggota	
10.	Bagus Triyono	Pratu / 62119811552043	Anggota	
11.	Saalih Achmad	PNS III/B 197109101993031004	Anggota	
12.	Yayah Masriyah, A. Md. Kep	PNS III/C 197801042007122001	Anggota	
13.	Erfa Desi Nurasiah, A. Md. Kom	PPPK Gol. VII / 199712092025212020	Anggota	
14.	Solekah	PPPK Gol. V / 198808232025212066	Anggota	
15.	Suryadi, A. Md. Kes	PHL	Anggota	
16.	Agitsna Nur A. K., S. Pd	PHL	Anggota	

17.	Doni Wildan Hidayat	PHL	Anggota	
V.	Kelompok Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)			
1.	Tri Widodo, A. MTG	Mayor Kes / 519255	Ketua	
2.	Isnopri Rhamadi, A. Md. Kes	Lettu Kes / 533968	Anggota	
3.	Tri Prajoko	Lettu Kes / 531857	Anggota	
4.	Rama Yudistira, A. MTE	Lettu Kes / 531850	Anggota	
5.	drg. Ayudya Ika Putri K.	PNS IV/A 197809232009122001	Anggota	
6.	Mahardi Triatmodjo, A. MTG	PNS III/B 198203072007121001	Anggota	
7.	Akhmadi	PPPK Gol. V / 198803092025211025	Anggota	
8.	Abdul Rochman	PPPK Gol. V / 198110052025211030	Anggota	
9.	Dhea Nadia Ayuningtias, S. T	PPPK Gol. IX / 199706202025212025	Anggota	

10.	Sahrudi	PHL	Anggota	
11.	Adrian Safarudin	PHL	Anggota	
12.	Mochammad Reza Alfarizi	PHL	Anggota	
13.	Addie Anugrah Pratama, S. Kom	PHL	Anggota	
14.	Gilang Adi Saputra	PHL	Anggota	
15.	M. Yasir Indra, A. Md. KL	PHL	Anggota	
VI.	Kelompok Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)			
1.	drg. Elisabet, Sp.Pros	Letkol Kes / 532025	Ketua	
2.	drg. Marjati Agustina, Sp.KG	Letkol Kes / 534547	Anggota	
3.	Mukhamad Ridwan	Sertu / 536341	Anggota	
4.	Yuli Ayu Prihatin	Serda / 42129907552546	Anggota	
5.	Bagas Mujib Baihaqi	Praka / 61819707548361	Anggota	

6.	drg. Farrah Fajar Putri	PNS III/D 198808092014022002	Anggota	
7.	Restu Anggoro Mukti, A. Md. TG	PPPK Gol. VII / 19960820202321102	Anggota	
8.	Anjas Budi Prasetyo	PHL	Anggota	
9.	Dimas Aditya P. Y, A. Md. Kom	PHL	Anggota	
VII.	Kelompok Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK)			
1.	drg. Dewi Delima L., M.Kes.,Sp.Ort	Letkol Kes / 534544	Ketua	
2.	drg. Rachma Irianni	PNS IV/A 198009222010122002	Anggota	
3.	Wiwik Pujiastuti	Peltu / 525431	Anggota	
4.	Agus Siswanto, A. Md. Kes	Pelda / 521744	Anggota	
5.	Sutiya Riyadi	Serma / 525766	Anggota	
6.	Kevin Aprilian H	Serda / 3522104010555099	Anggota	

7.	Cahyono Yoki N, A. Md	Serda / 538621	Anggota	
8.	Lilis Mujirahayu, A. MTG	PNS III/D 197407191997032001	Anggota	
9.	Wiby A., A.Md., PK.	PNS II/D 197907082008122001	Anggota	
10.	Ryan Hidayat, S. Kom	PPPK Gol. IX / 199607272023211000	Anggota	
11.	Mat Yunus	PPPK Gol. V /197707072025211051	Anggota	
12.	Lukman Setiawan	PPPK Gol. V / 199410212025211022	Anggota	
13.	Gusfiya Rindani, A. Md. Kes	PHL	Anggota	
VIII.	Kelompok Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)			
1.	Yudi Heryanadi, A. Mk	Letkol Kes / 522771	Ketua	
2.	drg. Fetty Herfiyanti	PNS IV/B 197507182007122001	Anggota	
3.	drg. Ressy Marthia Dewi	PNS III/d	Anggota	

		198503102014022002		
4.	Yudha Tugas Adiputra	Sertu / 42010005551562	Anggota	
5.	Fahril Al Jatun	Pratu / 62110002552190	Anggota	
6.	Lila Sari Akmal, A. MKG	PNS III/C 198205212007122001	Anggota	
7.	Shelya Utami, A. Md. Kep	PNS III/B 199007132010122002	Anggota	
8.	Fitri Wulandari	PNS III/B 198307182003122001	Anggota	
9.	Elis Fitriah, A. Mk	PNS III/B 198302092007122001	Anggota	
10.	Fakhrudin	PNS II/A 198109082014101003	Anggota	
11.	Komariah	PPPK Gol .V / 197404252025212009	Anggota	
12.	Putut Widiyatmoko	PPPK Gol .V / 199010072025211045	Anggota	

13.	Slamet Kuswanto	PPPK Gol .V / 198704112025211025	Anggota	
KELOMPOK PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN				
IX.	Kelompok Akses dan Kesenambungan Pelayanan (AKP)			
1.	drg. Yanti Yunita, Sp.Pros	PNS IV/B 198406072007122001	Ketua	
2.	Tawang Graitto	Sertu / 42010106551558	Anggota	
3.	Wiwik Setyaningsih, A. Md. Kep	PNS III/B 197606202008122001	Anggota	
4.	Didit Sujadi, A. Md. Kes	PNS III/A 198009222006041001	Anggota	
5.	Dina Mariyana, A. MKG	PNS III/A 198011182006042001	Anggota	
6.	Agustini Purwoningtyas, A.Md	PPPK Gol. VII / 199308272024212025	Anggota	
7.	Waffiyatul Huda, S. Tr. Kep. Gi	PHL	Anggota	

X.	Kelompok Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga (HPK)			
1.	drg. Intan Dhamayanti, Sp. KG	Letkol Kes / 527175	Ketua	
2.	R. Udhyanto Marsono	Sertu / 529513	Anggota	
3.	Irsa Ahsanal Wafa	Sertu / 42010201551529	Anggota	
4.	Frisco Ardana	Pratu / 62010102551231	Anggota	
5.	Dhani Julian Rizaldi	Pratu / 62019807551224	Anggota	
6.	Fedra Gilang Romansah	Pratu / 3722110010554629	Anggota	
7.	Desiana Agnes S., A. Md. Kes	PNS III/D 197212171998032002	Anggota	
8.	Hary Handoyo	PNS III/B 197306061998031003	Anggota	
9.	Athanasia Diyan K., A. Md.	PPPK Go. VII / 199105172024212034	Anggota	
10.	Salsabila Kesi Anjassari, S. Gz	PHL	Anggota	

XI.	Kelompok Pengkajian Pasien (PP)			
1.	drg. Annisa, Sp.KGA	PNS IV/B 198407092007122001	Ketua	
2.	Yupi Oktapiani, A. Md. Ak	Sertu / 544357	Anggota	
3.	Suprpto	Sertu / 534469	Anggota	
4.	M. Satriyo Syuhada E.P, A. Md. Kes (Rad)	Serda / 3523111990558453	Anggota	
5.	Badrun, A. Md. Rad	PNS III/D 197010141992011001	Anggota	
6.	Siti Marpungah, A. MKG, S. KM	PNS III/B 198009132010122001	Anggota	
7.	Dwi Ekasari Hari Murti	PNS III/A 19800312005012006	Anggota	
8.	Yunika Tessarilah, A. Md. AK	PPPK Gol. VII / 199306102023212011	Anggota	
9.	Farhan Luthfi, A. Md. Bns	PHL	Anggota	

XII.	Kelompok Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)			
1.	drg. Cecilia G.Y.M., MARS	PNS IV/B 198505132007122001	Ketua	
2.	drg. Indri Kusumadewi, Sp.RKG	PNS IV/A 198201282007122001	Anggota	
3.	Yakobus Markus Ikanubun	Serma / 520026	Anggota	
4.	Wahyu Prasetyo	Serda / 544684	Anggota	
5.	Dendi Rahmani, A. Md. Kep	Serda / 61619406545559	Anggota	
6.	Geral Petrus Manaku	Koptu / 535857	Anggota	
7.	Yuanita Ambarwati, A.Md. Kep	PNS III/B 198607222008122002	Anggota	
8.	Mamit	PNS II/C 198006152014101005	Anggota	
9.	dr. Nelli Setiawati	PPPK / 199312122023212011	Anggota	
10.	Timotius Palmero Sriwijaya S	PHL	Anggota	

XIII.	Kelompok Pelayanan Anastesi dan Bedah (PAB)			
1.	drg. A.Faizal Bustomi, Sp. BM	Mayor Kes / 534505	Ketua	
2.	Lulus Priyanto A. Mk., S. Tr. Kes	Kapten Kes / 521323	Anggota	
3.	Juli Haryanto	Sertu / 534464	Anggota	
4.	drg. Verry Herawan, Sp.BM	PNS IV/A 198111022009121001	Anggota	
5.	Wilda Anita Ana, A. Md. Kes	PNS III/D 196902051992012001	Anggota	
6.	Gatot Bambang S., A. Md. Kes	PNS III/D 196810251994031004	Anggota	
7.	Ruli Kurniawati, A. Md. Kep	PNS III/B 197609082007122001	Anggota	
8.	Rahma Laksitawati, A. Md. Kes	PHL	Anggota	
9.	Nys. Irtiyah, S. H	PHL	Anggota	

XIV.	Kelompok Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)			
1.	R. Nicky Anggara., S.Farm, Apt	Mayor Kes / 21618507545664	Ketua	
2.	Chelsia Veroncy	Sertu / 41829709547590	Anggota	
3.	Utami Wedaringtyas, S.Si., Apt	PNS II/D 198112142006042008	Anggota	
4.	Willy Triana R., A. Md. Farm	PPPK Gol. VII / 199103232023211007	Anggota	
5.	Novi Heryanti, A. Md. Farm	PPPK Gol. VII / 199608202023211002	Anggota	
6.	Dea Perdana Putri, A. Md. Farm	PHL	Anggota	
7.	Apt. Ridhwin Patrinov F, S. Farm	PHL	Anggota	
XV.	Kelompok Komunikasi dan Edukasi (KE) & PKRS			
1.	drg. Tining Nikosari, Sp.Ort	Letkol Kes / 532024	Ketua	
2.	Bahtiar Adi Wijaya	Pratu/ 3723109030556775	Anggota	

3.	drg. Yesi Octavia, Sp. Ort	PNS IV/A 198305102008122002	Anggota	
4.	Erni Fatmawati, A. Md. Kes	PNS III/D 197309121998032003	Anggota	
5.	M. Daman Huri, A.MKG	PNS III/C 198406122007121001	Anggota	
6.	Roro Citra Vidada P., A. MTG	PNS III/B 198701182007122001	Anggota	
7.	Astria Wijayanti, A. MKG	PNS III/A 198906152010122003	Anggota	
8.	S. Krisnawan Aji	PPPK Gol VII /1995040082025211039	Anggota	
9.	Fika Rahmawati, S.Psi	PHL	Anggota	
KELOMPOK SASARAN KESELAMATAN PASIEN				
XVII	Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)			
1.	drg. M. Arif Budiman P	Kapten Kes / 22119309551728	Ketua	

2.	Riska Anggraini, A. Md. Kep	Serma / 538210	Anggota	
3.	Regita Ayu Cahyani, A.Md. Kep	Serda / 352321200558525	Anggota	
4.	Navisa Nur Oktavia	Serda / 35254100565260	Anggota	
5.	Ivan Iskandar	Serda / 3523106020558360	Anggota	
6.	Amin Santoso	Pratu / 62119907552188	Anggota	
7.	Septiano Dwi Yudha Prayogo	Pratu / 3722109010555444	Anggota	
8.	Ari Nugrayanti, A. Md. Kep	PNS III/B 198710022009122002	Anggota	
9.	Mey Ratna Juwita, A. MKG	PNS III/A 198505312009122005	Anggota	
XVII	KELOMPOK PROGRAM NASIONAL			
1.	dr. Siskarini Handayani P.	PPPK Gol. X / 198006152025212029	Ketua	
2.	Taufik Sidiq, A. Md. Kep	Serda / 534468	Anggota	

3.	Sigit Prasetyo Utomo	Pratu / 61919703549716	Anggota	
4.	Titin Supriatin, A. Md. Kep	PNS III/A 197905192005012009	Anggota	
5.	Milda Reta K., A. Md. Keb	PNS III/C 198505302007122001	Anggota	
6.	Ana Lia Puspita, A. Md. Kep	PNS II/D 19940225019032001	Anggota	
7.	Nina Rosita	PHL	Anggota	
8.	Rina Kameliani	PHL	Anggota	
9.	apt. Zelinda Ayu P, S. Farm	PHL	Anggota	