

# **Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)**

## **Syaiful Saanin. BSB Dinkes Prop. Sumbar**

**Panduan PPGD Nasional :** PPGD/GELS Kemenkes edisi 2006 :

1. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat terpadu.
2. Materi Teknis Medis Standar (ABCDE).
3. Materi Teknis Medis Khusus.

### **Pendahuluan**

Pelayanan kesehatan gawat-darurat : Hak dan kewajiban semua.

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan : Tanggung-jawab pemerintah dan masyarakat.

Koordinator : Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Badan Penanggulangan Bencana Daerah Tingkat I dan II.

SPGDT Sehari-hari dan Bencana : Pra RS, RS dan Antar RS.

### **Perlunya sistem :**

Untuk mengurangi dan menyelamatkan korban bencana, diperlukan cara penanganan yang jelas (efektif, efisien dan terstruktur) untuk mengatur segala sesuatu yang berkaitan dengan kesiap-siagaan dan penanggulangan bencana.

### **Tujuan :**

1. Didapatkan kesamaan pola pikir / persepsi tentang SPGDT.
2. Diperoleh kesamaan pola tindak dalam penanganan kasus gawat darurat dalam keadaan sehari-hari maupun bencana.

### ***Safe Community, (SC) :***

Keadaan sehat dan aman yang tercipta dari, oleh dan untuk masyarakat. Pemerintah dan teknokrat merupakan fasilitator dan pembina.

### **SPGDT :**

Sistem penanggulangan pasien gawat darurat yang terdiri dari unsur pra RS, RS dan antar RS. Berpedoman pada respon cepat yang menekankan *time saving is life and limb saving*, yang melibatkan masyarakat awam umum dan khusus, petugas medis, pelayanan ambulans gawat darurat dan komunikasi.

### ***PSC (Public Safety Center) :***

Pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal kegawat-daruratan, termasuk pelayanan medis yang dapat dihubungi dalam waktu singkat dan dimanapun berada (gabungan dari AGD 118, SAR/PK 113, Polisi 110).

Merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan, yang bertujuan untuk mendapatkan respons cepat (*quick response*) terutama pelayanan pra RS.

### **GERAKAN *SAFE COMMUNITY***

Adalah gerakan agar tercipta masyarakat yang merasa hidup sehat, aman dan sejahtera dimanapun mereka berada yang melibatkan peran aktif himpunan profesi maupun masyarakat (misal : *PSC*, Poskesdes dll).

### **Aspek *SC* :**

### *1. Care :*

Kerja-sama lintas sektoral t.u. non kesehatan dalam menata perilaku dan lingkungan untuk mempersiapkan, mencegah dan melakukan mitigasi dalam menghadapi hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan, keamanan, dan kesejahteraan.

### *2. Cure :*

Peran utama sektor kesehatan dibantu sektor terkait dalam penanganan keadaan dan kasus-kasus gawat-darurat.

### **Visi gerakan SC :**

1. Menjadi gerakan yang mampu melindungi masyarakat dalam keadaan darurat sehari-hari dan bencana, maupun atas dampak akibat terjadinya bencana.
2. Terciptanya perilaku masyarakat dan lingkungan untuk menciptakan situasi sehat dan aman.

### **Misi gerakan SC :**

1. Menciptakan gerakan di masyarakat
2. Mendorong kerja-sama lintas sektor-program
3. Mengembangkan standar nasional
4. Mengusahakan dukungan dana dalam rangka pemerataan dan perluasan jangkauan pelayanan terutama dalam keadaan darurat.
5. Menata sistem pendukung pelayanan diseluruh unit pelayanan kesehatan

### **Nilai dasar SC :**

1. *Care* : pencegahan, penyiagaan dan mitigasi
2. *Equity* : adanya kebersamaan dari institusi pemerintah, kelompok/organisasi profesi dan masyarakat
3. *Partnership* : menggalang kerja-sama lintas sektor dan masyarakat untuk mencapai tujuan
4. *Net working* : membangun jaring kerja-sama dalam suatu sistem dengan melibatkan seluruh potensi yang terlibat dalam gerakan SC
5. *Sharing* : memiliki rasa saling membutuhkan dan kebersamaan dalam memecahkan segala permasalahan dalam gerakan SC.

### **Maksud Usaha SC :**

Memberikan pedoman baku bagi daerah dalam melaksanakan gerakan SC agar tercipta masyarakat sehat, aman dan sejahtera.

### **Tujuan Usaha SC :**

1. Partisipasi masyarakat menata perilaku.
2. SPGDT yang dapat diterapkan.
3. Membangun respons masyarakat melalui pusat pelayanan terpadu dan potensi penyiagaan fasilitas.
4. Mempercepat response time untuk menghindari kematian dan kecacadan.

### **Sasaran Usaha SC :**

1. Tingkatkan kesadaran, kemampuan dan kepedulian dalam kewaspadaan dini kegawat-daruratan.
2. Terlaksananya koordinasi lintas sektor terkait, tergabung dalam satu kesatuan.

3. Terwujudnya subsistem komunikasi dan transportasi sebagai pendukung.

**Falsafah dan Tujuan SC :**

1. Memberikan rasa sehat dan aman dengan melibatkan seluruh potensi, memanfaatkan kemampuan - fasilitas secara optimal.
2. Merubah perilaku agar mampu menanggulangi kegawat-daruratan sehari-hari.
3. Ada visi, misi, tujuan dan sasaran.
4. Motto 'time saving is life and limb saving' dan kemampuan rehabilitasi.

**Ketentuan organisasi :**

1. Didasarkan pada organisasi yang melibatkan multi disiplin dan multi profesi.
2. Memiliki unsur Pimpinan/wakil, sekretaris, bendahara dan anggota.
3. Minimal melibatkan unsur kamtib & SAR. Kemudian unsur keselamatan & kesehatan kerja karyawan dan humas.

**Administrasi-Pengelolaan :**

1. Ada struktur, uraian tugas, kewenangan dan mekanisme kerja dengan unit lain.
2. Ada unit kerja terkait.
3. Ada produk hukum : dasar.
4. Ada petunjuk dan informasi untuk jamin kemudahan dan kelancaran dalam memberikan pelayanan di masyarakat.
5. Ada PSC sebagai unit respons cepat.

**Staf dan pimpinan :**

1. Gerakan SC diselenggarakan oleh seluruh komponen, kepala daerah menetapkan organisasi ini dengan SK.
2. Organisasi dimaksud adalah PSC yang dibangun disetiap daerah.
3. Jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga yang ditetapkan sesuai kebutuhan.

**Fasilitas - Peralatan :**

1. Fasilitas harus dapat menjamin efektifitas pelayanan termasuk pelayanan UGD di RS 24 jam.
2. Sarana dan prasarana, peralatan dan obat sesuai dengan standard
3. Adanya subsistem pendukung baik komunikasi, transportasi termasuk ambulans dan keselamatan kerja.

**Kebijakan & prosedur :**

1. Tertulis agar dapat dievaluasi dan disempurnakan.
2. Ditetapkan kebijakan pelayanan kasus gadar pra RS, RS dan rujukan, termasuk Hospital disaster plan
3. Ditetapkan ada PSC ditiap daerah dan perhatikan keselamatan kerja dan kegawat-daruratan sehari-hari.

**SPGDT :**

Secara Umum : Sistem koordinasi berbagai unit kerja (multi sektor), didukung berbagai kegiatan profesi (multi disiplin dan multi profesi) untuk selenggarakan pelayanan terpadu penderita gawat-darurat, dalam keadaan bencana maupun sehari-hari.

3 subsistem yaitu pra RS, RS dan antar RS.

**Sistem Pra RS Sehari-hari :**

1. PSC, Poskesdes. Didirikan masyarakat. Pengorganisasian dibawah Pemda.
2. BSB. Unit khusus pra RS. Pengorganisasian di jajaran kesehatan.
3. Pelayanan Ambulans. Koordinasi dengan memanfaatkan ambulans setempat.
4. Komunikasi. Koordinasi jejaring informasi.
5. Pembinaan. Pelatihan peningkatan kemampuan.

**Sistem Pra RS pada bencana :**

1. Koordinasi jadi komando. Efektif dan efisien bila dalam koordinasi dan komando
2. Eskalasi dan mobilisasi sumber daya. SDM, fasilitas dan sumber daya lain.
3. Simulasi. Diperlukan protap, juklak, juknis yang perlu diuji melalui simulasi.
4. Pelaporan, monitoring, evaluasi. Laporan dengan sistematika yang disepakati.

**Fase Acute Response :**

- a. Acute emergency response.  
Melaksanakan Rescue, triase, resusitasi, stabilisasi, diagnosis, terapi definitif.
- b. Emergency relief.  
Menyediakan makanan minuman, tenda, jamban dll. untuk korban 'sehat'.
- c. Emergency rehabilitation.  
Perbaikan jalan, jembatan, sarana dasar lain untuk kelancaran pertolongan.

**SPGDT INTRA RS**

1. Sarana, prasarana, BSB, UGD, HCU, ICU, penunjang
2. Hospital Disaster Plan, bencana dari dalam dan luar RS.
3. Transport intra RS.
4. Pelatihan, simulasi dan koordinasi untuk peningkatan kemampuan SDM.
5. Pembiayaan dengan jumlah cukup.

**SOP Minimal RS :**

Sehari-hari dan Bencana (Hosdip, Hospital Disaster Plan) :

1. Kegawatan dengan ancaman kematian
2. True emergency
3. Korban massal
4. Keracunan massal
5. Khusus :
  - Perkosaan, KDRT, child abused
  - Persalinan Tidak Normal
  - Kegawatan diruang rawat
6. Ketentuan :
  - Asuransi
  - Batasan tindakan medik
  - Etika & Hukum
  - Pendataan
  - Tanggung jawab dokter pada keadaan gawat darurat

## **SPGDT ANTAR RS**

1. Jejaring berdasar kemampuan RS dalam kualitas dan kuantitas.
2. Evakuasi. Antar RS dan dari pra RS .
3. *SIM* (Manajemen Sistem Informasi). Untuk menghadapi kompleksitas permasalahan dalam pelayanan.
4. Koordinasi dalam pelayanan rujukan, diperlukan pemberian informasi keadaan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan.

### **Evakuasi :**

Tata cara tertulis. Harus memiliki Peta geomedik

Kondisi pasien Stabil dan optimal pra dan selama evakuasi hingga tujuan.

Kriteria : Fisiologis / Anatomis

Mekanisme :

Tahu Tujuan dan Prinsip rujukan.

ABC stabil,

Imobilisasi,

Mekanika mengangkat pasien.

### **Sarana-prasarana Evakuasi Minimal :**

Alat / Bahan / Obat Bantuan Hidup Dasar

Cervical collar / splint

Short serta Long Spine Board

Wheeled serta Scoop Stretcher

### **Evakuasi :**

Darurat :

1. Lingkungan berbahaya (misal kebakaran).
2. Ancaman jiwa (misal perlu tempat rata dan keras untuk RJP).
3. Prioritas bagi pasien ancaman jiwa

Segera :

1. Ancaman jiwa, perlu penanganan segera.
2. Pertolongan hanya bisa di RS (misal pernafasan tidak adekuat, syok).
3. Lingkungan memperburuk kondisi pasien (hujan, dingin dll).

Biasa :

Tanpa ancaman jiwa, namun tetap memerlukan RS

## **HAL-HAL YANG DIATUR KHUSUS**

1. Petunjuk Pelaksanaan Permintaan dan Pengiriman bantuan medik dari RS rujukan.
2. Protap pelayanan gawat-darurat di tempat umum.
3. Pedoman pelaporan Penilaian Awal/Cepat (*RAH*).

## **SPGDT SEHARI-HARI.**

*Time Saving is Life Saving .*

*Response Time* sesingkat mungkin.

Merujuk *The Right Patient to The Right Place in The Right Time.*

***Public Safety Center : (Dinegara tertentu dikenal sebagai 911)***

Dilandasi aspek time management sebagai implementasi *time saving is life and limb saving* yang mengandung unsur *quick respons* dan ketepatan. Unsur kecepatan dipenuhi oleh subsistem transportasi dan komunikasi, unsur ketepatan dipenuhi oleh kemampuan melakukan pertolongan. Pelayanan gratis. Di RS, berlaku sistem pembayaran. Untuk skala desa : Poskesdes.

#### **Peran Dirjen Yanmed Kemenkes RI :**

1. Kualitas pelayanan & fasilitas pelayanan.
2. Promotif, kuratif dan rehabilitatif *continuum*. Pencegahan primer (*health promotion dan specific protection*). Pencegahan sekunder berupa deteksi dini dan pengobatan serta pembatasan cacat. Pencegahan tertier berupa rehabilitasi medik maksimal.
3. Yanmed dasar merupakan basis dari sistem rujukan medik spesialistik.

#### **Kebijakan Depkes-Pelayanan :**

1. Pedoman sertifikasi teknologi.
2. Pedoman penerapan, penapisan dan pengembangan teknologi dan etika.
3. Standar akreditasi sarana, prasarana.
4. Standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan.
5. Penetapan pedoman pembiayaan.

#### **Paradigma yanmed :**

1. Pergeseran orientasi dari professional driven menjadi client driven.
2. Pelayanan medik terintegrasi, *holistic-continuum*.
3. *Evidence based medicine* : fakta yang benar.
4. *Medicine by law*. Industri pelayanan medik mengandung unsur ekonomi, sosial, profesional. Undang-undang perlindungan konsumen tidak dapat diterapkan.

#### **Kebijakan Depkes - PSC :**

1. Menyediakan pelayanan prima pra RS.
2. Mengusahakan *geomedic mapping* (sumber daya sarana dan prasarana, lokasi permasalahan : mempermudah koordinasi dan penggerakan sumberdaya kesehatan dan non kesehatan).
3. Komunikasi dan transportasi.
4. Koordinasi dengan polisi/SAR-PMK, BNPB, BPBD I, BPBD II.

#### **Strategi bentuk-kembang PSC :**

1. Administrasi dan manajemen.  
Pengembangan visi, misi, strategi, kebijakan dan langkah-langkah.
2. SDM.  
Memacu perencanaan pengadaan, pemanfaatan serta pengembangannya
3. Teknologi.  
Pengembangan teknologi medik dan non medik dan penunjangnya.
4. Pembiayaan.  
*Public goods, public private* maupun *private goods* : sistem prabayar.

#### **Kata kunci pembentukan PSC :**

1. *Save community*.

2. *Time saving is life and limb saving.*
3. *Preparedness, prevention, mitigation, quick response dan rehabilitation.*
4. Administrasi-manajemen, SDM, teknologi dan pembiayaan.

## **GEOMEDIC MAPPING**

### **Manfaat :**

Keterpaduan konsep penyusunan pelayanan kesehatan dalam bencana  
Memudahkan mobilisasi sumberdaya (SDM, logistik medik, ambulans)

### **Tujuan penyusunan map**

Umum : Gambaran kekuatan sumberdaya (SDM, sarana-prasarana, fasilitas kesehatan) dan lokasi potensi bencana untuk menunjang SPGDT.

Khusus :

Identifikasi kekuatan dalam upaya preparednes  
Mengetahui Potensi bencana dan penanggulangannya  
Dapat mengambil langkah sesuai potensi yang ada  
Pedoman pada gawat darurat bencana

### **Kandungan map :**

Resource map : informasi sumber daya  
Hazard map : informasi jenis dan karakter hazard  
Vulnerability map : distribusi elemen masyarakat yang terancam  
Community & environtmental map : informasi mengenai komunitas

### **Prinsip mapping :**

Potensi ancaman gawat darurat  
Bagaimana penanggulangan potensi saat ini dan yad  
Simbol seragam agar tidak terjadi miskomunikasi  
Didistribusikan dan disosialisasikan  
Termasuk sarana transport dan komunikasi  
Tentukan koordinator intra dan lintas sektor serta pusat informasi bersama  
Tentukan kerjasama didaerah perbatasan  
Perbaharui setiap 6 bulan  
Perlu komitmen pihak terkait dalam kerjasama lintas sektor

## **KOMUNIKASI PPGD :**

### **Latar Belakang :**

Time saving is life & limb saving  
Peningkatan kasus gawat darurat  
Perubahan epidemiologi penyakit  
Potensi bencana yang tinggi  
Kondisi geografis kepulauan dll  
Penghubung fase SPGDT (Pra, Intra dan Antar RS)

### **Manfaat :**

- 1.PPGD S/B (rujukan, konsultasi, pengetahuan, multi sektor dini)
- 2.Mengatasi rasa terisolasi/tidak aman petugas

### **Masalah Pemilihan Perangkat keras Komunikasi :**

1. Fasilitas tidak memadai/merata dan tidak dijamin bebas gangguan
2. Toleransi minimal kasus gawat darurat bila ada hambatan komunikasi

### **Pilihan:**

1. Utama: Fasilitas telekomunikasi umum
2. Cadangan: Radio. Menjadi pilihan utama bila fasilitas telepon tidak ada
  - Fasilitas umum gagal
  - Dapat menghubungkan titik pelayanan terendah hingga tertinggi
  - Dapat mengatasi keadaan terburuk dari segi teknis

### **Prosedur Komunikasi Radio:**

1. Mengenal perangkat
2. Mampu menyiapkan perangkat
3. Pedoman berbicara serta tatacara berkomunikasi

### **Sistem Komunikasi PPGD:**

1. Jenis jaringan :
  - Intra sektor sistem tertutup, lintas sektor sistem terbuka, sistem penunjang
2. Bentuk jaringan :
  - Intra Tim, lokal, regional, nasional
3. Aspek Muatan : Gawat darurat : S/B/KLB; Normal : rujukan program, alat
4. Aspek Teknis : Hardware sesuai, software Network, pelaporan, logbook, kode
5. Pengembangan Teknis : Inter/intranet, teleconference, video-phone
6. Aspek Pengembangan SDM : Perorangan : Teknis, prosedur, kemampuan koordinasi, pelaporan

### **ASPEK LEGAL PELAYANAN GAWAT DARURAT - SAFE COMMUNITY**

Konsep/program PBB/WHO

UU Kesehatan Np. 23/1992

UU Kepolisian Negara RI No. 2/2002

UU Penanggulangan Bencana No. 24/2007

Peraturan Ka. BNPB No. 3/2008

Perda Penanggulangan Bencana No. 5/2007

Charitable immunity & Medical Necessity

dll.

### **PENUTUP :**

Indonesia : Super market bencana

Sistem Komando berdasar SPGDT S/B

Perlu pengetahuan sempurna dan tingkatkan keterampilan dengan pelatihan untuk berbagai jenis bencana / kegawat-daruratan medis