



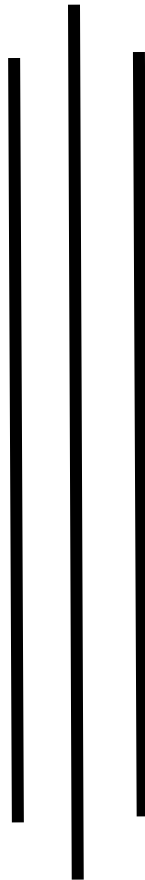
**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**



**GERMAS**  
Gerakan Masyarakat  
Hidup Sehat

## **PETUNJUK TEKNIS TIM GERAK CEPAT**

**PANITIA PENYELENGGARA IBADAH HAJI ARAB SAUDI  
BIDANG KESEHATAN  
TAHUN 2020 M/ 1441 H**



**PUSAT KESEHATAN HAJI  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
TAHUN 2020**

## **KATA PENGANTAR**

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 62 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Kesehatan Haji, mengamanahkan bahwa Penyelenggaraan Kesehatan Haji dilaksanakan dalam bentuk pembinaan kesehatan haji, pelayanan kesehatan haji dan perlindungan kesehatan haji yang dilaksanakan selama di Indonesia dan di Arab Saudi.

Tim Gerak Cepat (TGC) PPIH Arab Saudi Bidang Kesehatan yang dibentuk pada Tahun 2016 adalah dalam rangka pelaksanaan Permenkes 62 Tahun 2016 dalam hal pembinaan, pelayanan dan perlindungan kesehatan bagi Jemaah haji di Arab Saudi.

Penyusunan petunjuk teknis pelayanan kesehatan Tim Gerak Cepat ini bertujuan untuk memberikan pedoman saat pelaksanaan tugas. Penyusunan petunjuk teknis ini telah melibatkan berbagai pihak termasuk petugas yang pernah bertugas sebagai Tim Gerak Cepat dengan tujuan agar dapat menghasilkan petunjuk teknis yang bisa diaplikasikan saat bertugas.

Semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya bagi kita semua dalam melaksanakan tugas sehingga petugas dan Jemaah haji Indonesia selalu dalam kondisi sehat dan bugar selama melaksanakan ibadah haji di tanah suci.

**Kepala Pusat Kesehatan Haji**

**Dr. Dr. Eka Jusup Singka, M.Sc**

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	Hal i
Kata Pengantar .....	ii
Daftar Isi .....	iii
BAB I      Pendahuluan .....	1
1.    Latar Belakang .....	1
2.    Dasar Hukum .....	2
3.    Tujuan .....	2
4.    Sasaran .....	2
BAB II     Gambaran Umum .....	3
1.    Gambaran Jemaah Haji .....	3
2.    Gambaran Kegiatan TGC .....	5
3.    Tata Hubungan Kerja dengan Unit lain .....	8
BAB III    Pelaksanaan Kegiatan .....	10
1.    Pendekatan dan Konsep Kerja TGC .....	11
2.    Mobilisasi Petugas TGC .....	13
3.    Pola Koordinasi .....	13
4.    Peralatan TGC .....	13
BAB IV     Pencatatan dan Pelaporan .....	16
BAB V      Penutup .....	17
Lampiran .....	18

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Ibadah haji adalah rukun Islam kelima yang merupakan kewajiban bagi setiap orang Islam yang mampu melakukannya. Pelayanan kepada jemaah meliputi berbagai aspek termasuk bidang kesehatan. Strategi penyelenggaraan kesehatan haji semakin berkembang, sebelumnya penguatan aspek kuratif saja (KKHI dan sektor/klinik based) berubah menjadi penguatan promotif preventif tanpa mengesampingkan kuratif rehabilitatif, ditambah dengan pola pendekatan perlindungan jemaah haji melalui pembentukan tim gerak cepat (TGC). Hal ini sesuai dengan Undang-Undang No. 8 Tahun 2019 bahwa pemerintah mempunyai kewajiban dalam pembinaan, pelayanan dan perlindungan terhadap jemaah haji Indonesia, diperkuat dengan undang-undang no. 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang di dalamnya mengatur tentang upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Sebagai pelaksanaan dari undang-undang diatas, melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) no. 3 tahun 2018 tentang Rekrutmen Petugas Panitia Penyelenggara Ibadah Haji (PPIH) Arab Saudi Bidang Kesehatan, Tim Kesehatan Haji Indonesia (TKHI), dan Tenaga Pendukung Kesehatan dalam Penyelenggaraan Kesehatan Haji, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Pusat Kesehatan Haji membentuk Tim Promotif Preventif (TPP) dengan kegiatan utama Pembinaan Kesehatan, Tim Kuratif Rehabilitatif (TKR) yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan, sedangkan untuk perlindungan kesehatan jemaah merupakan tugas utama dari Tim Gerak Cepat (TGC).

Sejak tahun 2016, dibentuk Tim Gerak Cepat (TGC) yang mempunyai fungsi utama sebagai perlindungan terhadap jemaah haji Indonesia. TGC akan berperan dalam pelayanan kesehatan terutama di tingkat sektor dan saat proses ARMUZNA (Arafah, Muzdalifah, dan Mina). Prinsip kerja TGC adalah deteksi dini kegawatdaruratan, tatalaksana kegawatdaruratan, mempercepat proses rujukan terhadap jemaah yang mengalami kegawatdaruratan, dan pelaporan.

Peran TGC dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan dan rujukan cepat dapat mempercepat penanganan jemaah sakit sehingga memperkecil angka morbiditas dan mortalitas jemaah khususnya di tingkat sektor dan fase ARMUZNA. Dalam menjalankan fungsinya TGC akan berkoordinasi dengan seluruh PPIH Kesehatan lain seperti Tim Promotif dan Preventif (TPP), Tim Kuratif Rehabilitatif (TKR), PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji dan seluruh PPIH bidang lainnya.

#### **B. Dasar Hukum**

- a. Undang-Undang Nomor 8 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Ibadah Haji dan Umroh;
- b. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
- c. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
- d. Peraturan Pemerintah No 79 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 13 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Ibadah Haji;
- e. Peraturan Menteri Kesehatan No 15 tahun 2016 tentang Istithaah Kesehatan Jemaah Haji;
- f. Peraturan Menteri Kesehatan No 62 tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Haji;
- g. Peraturan Menteri Kesehatan No 3 tahun 2018 tentang Rekrutmen Panitia Penyelenggaraan Ibadah haji Arab Saudi Bidang Kesehatan, Tim Kesehatan Haji Indonesia, dan Tenaga Pendukung Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Kesehatan Haji.

#### **C. Tujuan**

- a. Tujuan Umum  
Memberikan pembinaan, pelayanan dan perlindungan jemaah haji Indonesia di Arab Saudi
- b. Tujuan Khusus
  - Melakukan identifikasi dan deteksi dini risiko kegawatdaruratan,
  - Melakukan emergency respon dan rujukan
  - Pencatatan dan pelaporan

#### **D. Sasaran**

Seluruh jemaah haji Indonesia yang berada di Arab Saudi

## **BAB II**

### **GAMBARAN UMUM**

#### **A. Gambaran Jemaah Haji**

Jemaah Haji Indonesia tahun 2020 diperkirakan berjumlah 221.000 orang yang akan dibagi dalam kelompok terbang (kloter). Tiap kloter biasanya terdiri dari 350 – 450 jemaah. Pemberangkatan kloter ke Arab Saudi akan dibagi menjadi 2 gelombang keberangkatan.

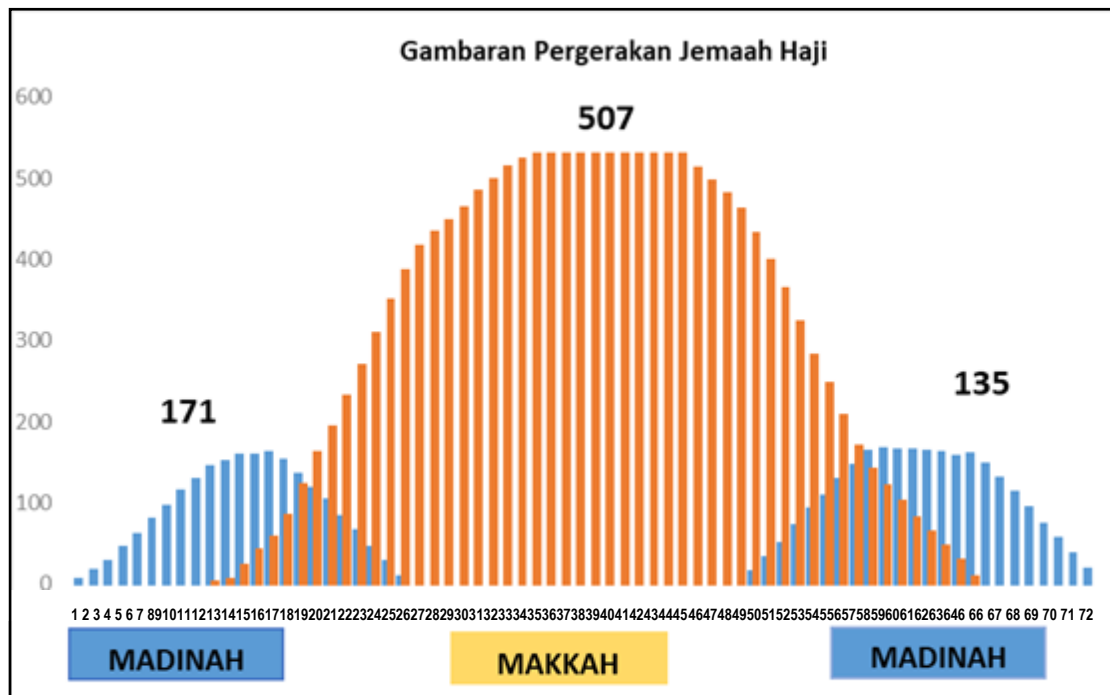
##### **1. Gelombang 1.**

Kloter yang masuk dalam gelombang 1 akan berangkat terlebih dahulu dari tanah air. Kloter gelombang 1 akan mendarat di Arab Saudi melalui bandara Prince Amir bin Muhammad bin Abdul Aziz di Madinah, baru kemudian menuju Makkah untuk melaksanakan haji. Sesudah melaksanakan haji, kloter gelombang 1 kembali ke tanah air melalui bandara King Abdul Aziz di Jeddah.

##### **2. Gelombang 2.**

Kloter gelombang 2 berangkat setelah kloter gelombang 1. Kloter gelombang 2 akan berangkat dari tanah air dan mendarat melalui bandara King Abdul Aziz di Jeddah kemudian langsung menuju Makkah. Sesudah melaksanakan haji, kloter gelombang 2 akan bertolak menuju Madinah dan kembali ke tanah air melalui bandara Internasional Prince Muhammad bin Abdul Aziz di Madinah.

Gambaran perpindahan kloter jemaah haji Indonesia di kota Makkah dan Madinah dapat dilihat di gambar berikut:



Berdasarkan Gambaran Pergerakan Jemaah Haji diatas terlihat bahwa, di wilayah kerja Madinah jumlah jemaah haji gelombang I mengalami puncak pada hari ke 12 – 14 fase kedatangan dan selanjutnya mengalami penurunan karena jemaah haji gelombang I mulai bergerak ke Makkah.

Wilayah kerja Makkah mulai menerima kedatangan jemaah haji kloter gelombang II pada hari ke 10 operaional ibadah haji. Dan mengalami puncak jumlah terbanyak pada hari ke 5 sebelum fase Armuzna hingga 5 hari setelah fase Armuzna (selama 11 hari).

Pada fase kepulangan jumlah jemaah haji di Wilayah Kerja Makkah mengalami penurunan pada hari ke 42 operasional ibadah haji karena jemaah haji gelombang I mulai bergerak ke Jeddah untuk pulang ke Tanah Air melalui Bandara Internasional King Abdul Aziz Jeddah dan jemaah haji gelombang II mulai bergerak ke Madinah untuk melanjutkan ibadah di Madinah yang kemudian kembali ke Tanah Air melalui Bandara Internasional Prince Muhammad bin Abdul Aziz Madinah.

Di Madinah, jemaah haji Indonesia ditempatkan di pondokan-pondokan yang areanya dibagi menjadi 5 sektor. Letak pondokan di Madinah tidak terlalu jauh dengan Masjid Nabawi sehingga untuk mencapai masjid Nabawi cukup dengan berjalan kaki. Hal ini juga yang menyebabkan pondokan di

Madinah sebagian besar tidak memiliki musholla pondokan (area kumpul yang luas). Suhu dan kelembaban di Madinah biasanya lebih panas dan lebih kering.

Di Makkah, jemaah haji Indonesia ditempatkan di pondokan-pondokan yang areanya dibagi menjadi 11 sektor. Letak pondokan di Makkah biasanya berkisar 1 – 4 km dari Masjidil Haram sehingga untuk mencapai Masjidil Haram diperlukan kendaraan. Pondokan di Makkah biasanya memiliki musholla pondokan yang cukup besar dan bisa dimanfaatkan sebagai area kumpul.

## **B. Gambaran Kegiatan TGC**

Tim Gerak Cepat terdiri dari 70 orang, yang terdiri dari 27 dokter, 32 perawat, dan 11 tenaga farmasi. TGC akan dibagi menjadi 2 tim berdasarkan area kerja yaitu area Makkah dan Madinah. Area Makkah terdiri dari 11 sektor, masing-masing sektor berisi 2 dokter, 2 perawat, dan 1 tenaga farmasi, sedangkan area Madinah akan dibagi menjadi 5 sektor, masing-masing sektor berisi 1 dokter dan 2 perawat.

### **a. Kegiatan TGC di Daerah Kerja Makkah**

#### **1) Sebelum kedatangan jemaah kloter pertama**

TGC melakukan rapat koordinasi dengan perangkat Sektor yang terdiri dari TGC Makkah, TPK dan PPIH Arab Saudi Kementerian Agama. Kemudian dilanjutkan dengan orientasi dan pemetaan Sektor yang kegiatannya antara lain persiapan sarana kesehatan dan obat-obatan sektor, orientasi pondokan, rumah sakit rujukan, pelayanan emergency di Masjidil Harom, dan survey sektor khusus. Koordinasi dengan KKHl Makkah, dan Tenaga Pendukung Kesehatan.

#### **2) Kedatangan dan kepulangan jemaah**

TGC melakukan identifikasi awal, deteksi dini dan penanganan kegawatdaruratan saat kedatangan/kepulangan jemaah di wilayah kerja sektor masing-masing. Juga meminta data jemaah resiko tinggi dari PPIH kloter. TGC sektor dan PPIH kloter membangun jejaring



kerja melalui sarana komunikasi berbasis online untuk memudahkan koordinasi. Selain itu melakukan Rapat Koordinasi secara berkala dengan PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji dan perangkat sektor untuk monitoring dan evaluasi kegiatan.

3) Selama jemaah di Mekkah

Tim TGC melakukan visitasi di Pondokan bersama PPIH Kloter, khususnya pada jemaah risiko tinggi. Pelayanan kesehatan di masing-masing sektor sesuai jadwal jaga yang ditetapkan, terdiri dari : deteksi dini kegawatdaruratan, tatalaksana kegawatdaruratan, dan rujukan. Rujukan dilakukan sesuai dengan system triase (merah dan kuning ke KKHI Mekkah, dan hijau stabilisasi di kloter).

4) Pelayanan Kesehatan Sektor Khusus

Pelayanan kesehatan di sektor khusus bertempat di sekitar Masjidil Haram. Pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua shift yaitu : shift pertama 09.00 s/d 21.00 WAS dan shift kedua 21.00 s/d 09.00 WAS (Jadwal menyesuaikan dengan jadwal operasional sector khusus).

Petugas setiap shift berjumlah 2 orang terdiri atas 1 orang dokter dan 1 orang perawat, kecuali setiap hari jumat khusus di shift pertama terdiri atas 2 orang dokter dan 2 orang perawat. Adapun kegiatan di sektor khusus meliputi deteksi dini, melakukan triase, penanganan kegawatdaruratan, dan rujukan.

**b. Kegiatan TGC di Daerah Kerja Madinah**

1) Sebelum kedatangan jemaah kloter pertama

TGC melakukan rapat koordinasi dengan perangkat Sektor yang terdiri dari TGC Madinah, TPK dan PPIH Arab Saudi Kementerian Agama. Kemudian dilanjutkan dengan orientasi dan pemetaan Sektor yang kegiatannya antara lain persiapan sarana kesehatan dan obat-obatan sektor, orientasi pondokan, koordinasi dengan KKHI Madinah, dan Tenaga Pendukung Kesehatan.

## 2) Kedatangan dan kepulangan jemaah

TGC melakukan identifikasi awal, deteksi dini dan penanganan kegawatdaruratan saat kedatangan/kepulangan jemaah di wilayah kerja sektor masing-masing. Juga meminta data jemaah resiko tinggi dari PPIH kloter. TGC sektor dan PPIH kloter membangun jejaring kerja melalui sarana komunikasi berbasis online untuk memudahkan koordinasi. Selain itu melakukan Rapat Koordinasi secara berkala dengan PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji dan perangkat sektor untuk monitoring dan evaluasi kegiatan.

## 3) Selama jemaah di Madinah

Tim TGC melakukan visitasi di Pondokan bersama PPIH Kloter, khususnya pada jemaah risiko tinggi. Pelayanan kesehatan di masing-masing sektor sesuai jadwal jaga yang ditetapkan, terdiri dari: deteksi dini kegawatdaruratan, tatalaksana kegawatdaruratan, dan rujukan. Rujukan dilakukan sesuai dengan system triase (merah ke RSAS, kuning ke KKHI Madinah, dan hijau stabilisasi di kloter).

## 4) Pelayanan Kesehatan Sektor Khusus

Pelayanan kesehatan di sektor khusus bertempat di area sekitar Masjid Nabawi. Pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua shift yaitu : shift pertama 03.30 s/d 13.00 WAS dan shift kedua 13.00 s/d 22.30 WAS.

Petugas setiap shift berjumlah 2 orang terdiri atas 1 orang dokter dan 1 orang perawat. Adapun kegiatan di sektor khusus meliputi deteksi dini, melakukan triase, penanganan kegawatdaruratan, dan rujukan.

### **c. Kegiatan TGC di Daerah Kerja Arafah**

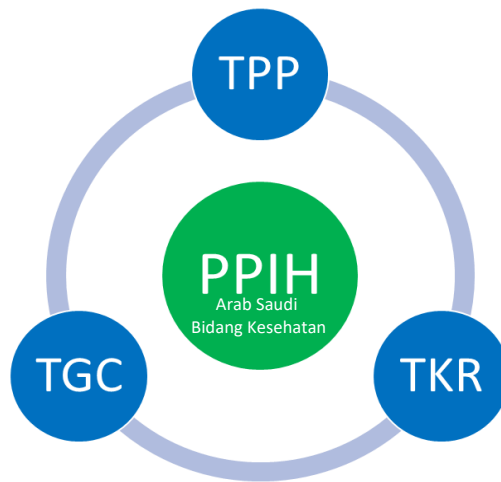
TGC yang ditempatkan pada Pos Kesehatan Satelit Arafah terdiri atas 8-10 orang TGC yang akan berkoordinasi dengan TPP dan TPK. Tugas TGC di Pos Kesehatan Satelit adalah deteksi dini kasus kegawatdaruratan, penanganan kegawatdaruratan, melakukan rujukan dan evakuasi, pencatatan dan pelaporan.

#### **d. Kegiatan TGC di Daerah Kerja di Mina**

- 1) Pada saat jemaah haji mulai bergerak menuju Muzdalifah dan Mina maka sebagian anggota TGC di Arafah akan berangkat lebih awal ke Mina untuk mempersiapkan menyambut kedatangan jemaah di Mina.
- 2) TGC di Mina dibagi menjadi dua tim, yaitu Tim yang bertugas di sepanjang jalur lontar jamarat dan Tim yang bertugas di Pos Satelit Mina.
  - a) Tugas Tim yang bertugas di sepanjang jalur jamarat adalah :
    - Deteksi dini kasus kegawatdaruratan;
    - Penanganan kasus gawat darurat;
    - Rujukan dan evakuasi;
    - Pencatatan dan pelaporan.
  - b) Tugas Tim di Pos Satelit adalah :
    - Visitasi kloter;
    - Deteksi dini kasus kegawatdaruratan;
    - Penanganan kasus gawat darurat;
    - Rujukan dan evakuasi;
    - Pencatatan dan pelaporan.

#### **C. Tata Hubungan Kerja dengan Unit Lain**

Petugas kesehatan Haji Indonesia secara umum terdiri dari 2 komponen besar, yaitu PPIH Arab Saudi dan PPIH Kloter. PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji adalah petugas kesehatan yang menyertai kloter, dengan tiap kloter terdiri dari satu orang dokter dan dua orang perawat. Sedangkan PPIH Arab Saudi Bidang Kesehatan terdiri dari tiga tim besar yaitu TPP, TKR, dan TGC.



Adapun tata hubungan kerja TGC dengan unit lain tersebut adalah sebagai berikut :

a. TGC dengan TKR

- Rujukan jamaah
- Pemulangan jamaah dari KKHI ke Sektor/ kloter
- Persiapan Pos TGC di sektor
- Persiapan Armina
- Pelayanan obat/ farmasi dan perbekes

b. TGC dengan TPP

- Jadwal kunjungan di kloter/ pemonndokan
- Promotif Preventif di luar pemonndokan
- Promotif Preventif di fase Armina
- Koordinasi persiapan Armina

c. TGC dengan PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji

- Penanganan kegawatdaruratan
- Trujukan jamaah (KKHI/ RSAS)
- Visitasi jamaah di kloter
- Pelayanan kesehatan di sektor
- Pelayanan farmasi di sektor
- Pemulangan jamaah dari KKHI/ RSAS ke sektor

### BAB III

## PELAKSANAAN KEGIATAN

### 1. Pendekatan dan Konsep Kerja TGC

TGC dalam memberikan pelayanan kepada jemaah haji Indonesia dilakukan dengan pendekatan manajemen risiko. Risiko dapat diformulasikan dengan rumus:

$$\text{Risk} = \text{Hazard} \times \text{Vulnerability} / \text{Capacity}.$$

Faktor risiko di Arab Saudi dapat berupa cuaca dan lingkungan yang ekstrim, badai pasir, kepadatan massa (berkumpulnya orang dalam jumlah banyak pada waktu dan tempat tertentu), penyakit menular dan lain-lain, yang akan dihadapi oleh jemaah haji Indonesia saat berada di Arab Saudi. Vulnerabilitas jemaah haji Indonesia yang tinggi dengan jumlah kelompok risiko tinggi sekitar 67% dari jumlah jemaah, maupun budaya Arab Saudi yang berbeda dapat mempengaruhi perilaku dan kondisi kesehatan jemaah haji. Faktor risiko bertemu dengan vulnerabilitas tinggi dapat menimbulkan risiko yang besar. Faktor risiko seringkali sulit diubah dan dimanipulasi, tetapi vulnerabilitas dapat diintervensi dengan tindakan-tindakan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sehingga dapat menurunkan risiko kesehatan jemaah haji Indonesia saat berada di Arab Saudi. Intervensi lainnya untuk menurunkan risiko adalah meningkatkan kapasitas, baik SDM kesehatan maupun peralatan dan perbekalan kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya kepada jemaah haji Indonesia.

Konsep kerja TGC adalah:

#### a. Perkuat Kompetensi Petugas.

Petugas TGC Harus memiliki kompetensi dalam hal pengenalan dini kegawatdaruratan, kemampuan dalam tatalaksana awal kegawatdaruratan, pengetahuan evakuasi dan rujukan serta bantuan hidup dasar.

Kemampuan deteksi dini kagawatdaruratan petugas TGC terkait *primary survey* mencakup mempertahankan patensi jalan nafas (*Airway*), evaluasi

pernafasan (*Breathing*), sirkulasi (*Circulation*), deficit neurologis (*Disability*) serta potensi lain yang mengancam (*Exposure/Environment*).

Terkait Evakuasi dan Rujukan petugas TGC mampu melakukan triase dengan mengacu pada *ABC Approach dan Syndromic Approach*. Triase jemaah dengan kasus merah seperti henti nafas dan henti jantung, sumbatan jalan nafas karena benda asing maupun sumbatan akibat respon inflamasi yang sangat berat, gangguan sirkulasi berat (syok) yang sulit tertangani oleh sebab apapun, ditandai dengan akral dingin, denyut nadi < 50 kali permenit atau lebih dari 150 kali permenit, sesak nafas berat yang sulit tertangani, penurunan kesadaran, kejang berkelanjutan dan nyeri dada tipikal. Triase jemaah dengan kasus kuning seperti hipertensi berat, nyeri berat dengan Visual Analog Scale (VAS) 7-10, sindrom geriatri, kondisi paska kejang, demam pada jemaah imunokompromise (jemaah AIDS, ataupun pada jemaah Geriatri), kondisi dehidrasi berat seperti muntah yang terus menerus, ataupun pada keadaan diare persisten dengan dehidrasi berat, trauma ekstremitas yang menimbulkan deformitas ataupun nyeri berat, gangguan perilaku yang mengancam baik diri sendiri maupun orang lain. Triase jemaah dengan kasus hijau seperti nyeri ringan sedang dengan VAS 1-6, diare tanpa dehidrasi ataupun dehidrasi ringan, trauma atau luka minor, jemaah kronis psikiatri tanpa adanya gejala akut, kondisi infeksi ringan, jemaah kronis yang tidak mengalami fase akut seperti hipertensi dan diabetes mellitus.

Selain melakukan triase petugas TGC harus mampu mempersiapkan dan melakukan rujukan dan evakuasi, mencakup pencatatan identitas jemaah, diagnosis saat ini, terapi yang sudah diberikan serta persiapan dokumen seperti Fotocopy Visa, Surat Rujukan (dalam bahasa Inggris), Kartu Kesehatan Jemaah Haji (KKJH) Indonesia elektronik.

**b. Persingkat Akses dan Dekatkan Jemaah.**

Pola gerak TGC saat pra dan pasca Armina adalah “menjemput bola”, yaitu melakukan visitasi ke Kloter yang berada dalam tanggung jawab sektornya dengan tujuan penemuan kasus dan pertolongan

keawatdaruratan di Kloter. Bekerja secara efektif dan efisien. Selanjutnya melakukan rujukan jika diperlukan. Begitu pula saat berada di sektor khusus terutama pada jam sibuk dan kritis (pada siang hari dan hari jumat), TGC akan melakukan identifikasi jemaah sakit, pertolongan keawatdaruratan serta rujukan bagi jemaah haji Indonesia yang membutuhkan. Saat Armuzna, TGC akan bertugas di Pos Satelit Arafah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada Jemaah, begitu juga pada saat di Mina. Kasus yang dirujuk oleh TGC tidak harus ke KKHI terlebih dahulu akan tetapi disesuaikan dengan kondisi jemaah berdasarkan hasil triase. Jemaah yang memerlukan intervensi yang lebih canggih dapat langsung dirujuk ke rumah sakit Arab Saudi.

c. **Perkuat Komunikasi.**

TGC harus melakukan komunikasi ke tim kesehatan lainnya di Arab Saudi antara lain PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji, TPP, TKR/ KKHI, Tim Visitasi, Kasi dan Kabid Kesehatan. Selain itu juga menjalin komunikasi dan koordinasi kepada Sektor, TPHI, Kasatop Armina dan pihak lain yang dapat memperlancar dan mempermudah pelaksanaan tugas TGC.

d. **Sederhanakan Prosedur.**

Setiap kasus medis yang ditemukan dan ditangani oleh TGC menggunakan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang sudah ditetapkan. Hal ini disesuaikan dengan peralatan kesehatan dan jumlah SDM TGC di Sektor, di Arafah dan di Mina.

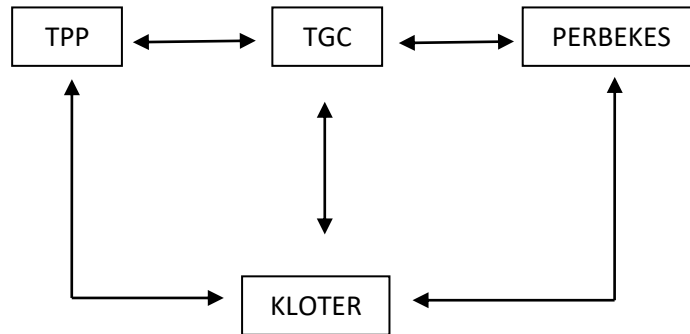
## **2. Mobilisasi petugas TGC**

Pada saat operasional haji di Arab Saudi, TGC dapat dimobilisasi sesuai kebutuhan bila diperlukan. Mobilisasi dapat dilakukan antar ketiga daerah kerja, Mekah, Madinah, atau Bandara. Mobilisasi juga bisa dilakukan antar tim penugasan (TGC, TKR, TPP).

## **3. Pola Koordinasi**

TGC berkoordinasi dengan TPP dalam menentukan jadwal kunjungan ke kloter sesuai dengan sektornya masing-masing, saat akan melakukan proses kegiatan promotif dan preventif kepada jemaah haji.

TGC berperan dalam membantu proses distribusi obat ke kloter yang dilakukan oleh tim Perbekes. Selanjutnya TGC juga melaporkan sisa obat dan perbekes Kit TGC



#### 4. PERALATAN TGC

##### a. Kit personal TGC

No	Kit APD	Kit P3K	Kit Pendukung
1.	Masker	Coolbag	Bravo
2.	Goggle	Ice pack	Senter
3.	Handscoen	Kanebo	Power bank
4.	Rompi (Penulisan, dan list orangnya lebih besar)	Pulseoxymetri	Tas backpack troley (Diberi bordir TGC)
5.	Botol minum	Stetoskop	Handuk
6.	Id card/name tag	Tensimeter	
7.	Payung Lipat	Inhaler Salmoterol	
8.	Bottle Spray	Cairan	
9.		Infus set	
10.		Obat-obatan	
11.		Termometer	



No	Kit APD	Kit P3K	Kit Pendukung
12.		Clorethil	

**b. Kit Obat**

No.	Kegunaan obat	Jenis obat
1.	Emergency	<p>I. Oral:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ISDN 5mg</li> <li>2. Aspilet 80mg</li> <li>3. Clopidogrel 75mg</li> <li>4. Captopril 25 mg</li> <li>5. Analgetik/ antipiretik</li> <li>6. Oralit</li> <li>7. Proton Pump Inhibitor</li> <li>8. Antasida</li> <li>9. Kortikosteroid</li> <li>10. Salbutamol</li> <li>11. Betahistine mesylate</li> <li>12. Anti Spasmodik</li> </ol> <p>II. Injeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adrenalin</li> <li>2. Dexametasone</li> <li>3. Sulfas atropin</li> <li>4. Furosemid</li> <li>5. Diazepam</li> <li>6. Ranitidin</li> <li>7. Analgetik</li> <li>8. Ondancetron</li> </ol>

		<p>9. Infus NaCl</p> <p>10. Infus D10</p> <p>11. D40%</p> <p>12. Aminofilin</p> <p>13. Difenhidramin</p> <p>III. Lain-lain :</p> <p>1. Sterile eye drop</p> <p>2. Inhaler ventolin</p> <p>3. Analgetik Topical</p> <p>4. Betadine</p>
2	Bahan habis pakai	<p>1. Kassa steril</p> <p>2. Plester</p> <p>3. Hansaplast</p> <p>4. Verban gulung</p> <p>5. Abbocath</p> <p>6. Infus set</p> <p>7. Spuit 3cc, 5cc</p> <p>8. Alkohol swab</p>

## **BAB IV**

### **PENCATATAN DAN PELAPORAN**

#### **1. Pencatatan dan Pelaporan Melalui SSKOHATKES**

Setiap kegiatan TGC dilaporkan setiap hari paling lambat pukul 17.00 WAS melalui format yang ditetapkan. Pencatatan dan pelaporan TGC meliputi Deteksi dini dan Emergency Respon.

#### **2. Pencatatan dan Pelaporan Manual Harian**

- Kegiatan Deteksi Dini dan Emergency Respon di Sektor, Sektor Khusus di Catat dalam buku manual dan dilaporkan kepada Koordinator TGC setiap Hari dengan format yang telah ditentukan
- Pencatatan dan Pelaporan selama fase ARMUZNA dicatat manual dan di input segera ke SSKOHATKES.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Demikian Petunjuk Teknis tentang TIM Gerak Cepat (TGC) PPIH Arab Saudi tahun 2020M/1441H ini disusun, dengan harapan dapat dijadikan pedoman dan acuan kerja bagi seluruh Tim Gerak Cepat PPIH Arab Saudi dalam melaksanakan tugasnya melayani Jemaah Haji Indonesia di Arab Saudi.

Lampiran:

1. **SOP Penatalaksanaan Kasus**

a. SOP Pencatatan dan Pelaporan

<b>PENGERTIAN</b>	Pencatatan dan Pelaporan adalah suatu sistem dokumentasi pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada jemaah.
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan langkah-langkah dalam pencatatan dan pelaporan.
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pencatatan pelaporan dilakukan setiap hari, dilaporkan maksimal jam 17.00 WAS.</li><li>2. Pencatatan pelaporan yang bersifat Emergency/Urgency segera dilaporkan kepada Pimpinan</li></ol>
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Catatan dan laporan berisi pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada jemaah oleh tim yang bertugas.</li><li>2. Pencatatan dan pelaporan yang bersifat rutin dilakukan setiap hari (oleh tim yang bertugas), dan dilaporkan pada Koordinator Tim Gerak Cepat.</li><li>3. Untuk pencatatan dan pelaporan yang berkaitan dengan hal hal yang urgen/emergency maka anggota tim gerak cepat harus melaporkannya secara langsung kepada koordinator tim gerak cepat saat setelah kejadian/peristiwa berlangsung atau terjadi.</li><li>4. Pencatatan dan pelaporan berisikan nama jemaah, usia, jenis kelamin, Nomor Passport, Sektor, Kloter dan Embarkasi, Diagnosa, dan Tindakan lanjut yang ditulis dalam format pencatatan dan pelaporan yang telah ditetapkan.</li><li>5. Pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh tim yang bertugas di hari tersebut.</li></ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tim Gerak Cepat</li><li>2. PPIH Kloter</li></ol>

b. SOP Rujukan

<p><b>PENGERTIAN</b></p>	<p>Rujukan jemaah adalah proses pemindahan jemaah oleh Tim Gerak Cepat (TGC) untuk mendapatkan tindakan diagnostik dan atau teraupetik lebih lanjut di pelayanan KKHI atau RS Arab Saudi.</p>
<p><b>TUJUAN</b></p>	<p>Sebagai acuan langkah-langkah dalam melakukan rujukan jemaah.</p>
<p><b>KEBIJAKAN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jemaah dengan triage merah dirujuk ke RSAS</li> <li>2. Jemaah dengan triage Kuning dirujuk ke RSAS</li> <li>3. Jemaah dengan triage hijau dilakukan stabilisasi di kloter</li> </ol>
<p><b>PROSEDUR</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TGC yang bertugas menentukan kebutuhan pelayanan spesifik jemaah dan memutuskan pelayanan kesehatan rujukan yang sesuai berdasarkan triase.</li> <li>2. TGC menentukan obat-obat, peralatan medik, dan peralatan lain yang diperlukan selama di perjalanan, jenis tenaga kesehatan yang mengantar, serta kendaraan transportasi yang sesuai dengan kebutuhan jemaah.</li> <li>3. Sebelum jemaah berangkat, dokter atau perawat memastikan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jemaah dan keluarga sudah diinformasikan tentang rencana dan tujuan rujukan tersebut.</li> <li>b. Surat rujukan, Fotocopy VISA, Kartu Kesehatan Jemaah Haji Indonesia (KKJH) sudah tersedia</li> <li>c. Barang-barang jemaah sudah disertakan (misalnya: pakaian luar &amp; dalam, pakaian ihram, <i>handphone</i>, uang, dan lain-lain). Catatan: Rujukan ke RS Arab Saudi tidak menyertakan barang-barang jemaah seperti pakaian dan uang, barang-barang tersebut disimpan oleh keluarga/ketua regu/ketua rombongan.</li> </ol> </li> </ol>

	<p>d. Koordinasi dengan petugas ambulans dan Tim Pendukung Kesehatan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Lakukan pencatatan hasil monitoring kondisi jemaah oleh petugas pendamping pada Form Rujukan Jemaah dan dilakukan serah terima jemaah kepada petugas pelayanan rujukan.</li> <li>5. Lakukan pencatatan barang-barang jemaah bila ada pada Formulir Serah Terima Barang Pasien (STBP) kepada petugas terkait.</li> <li>6. Formulir Rujukan Jemaah dan Formulir STBP dibawa kembali ke Sektor oleh petugas pendamping rujukan/ evakuasi.</li> <li>7. Formulir Rujukan diserahkan kepada DPJP/PPJP yang merawat jemaah sebelumnya untuk dimasukkan ke dalam rekam medik jemaah</li> <li>8. Formulir STBP diserahkan ke petugas terkait.</li> </ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas Sektor</li> <li>2. Petugas PPIH Kloter</li> <li>3. Unit Farmasi</li> <li>4. KKHI</li> <li>5. RSAS</li> </ol>

c. SOP Sektor Khusus

<b>PENGERTIAN</b>	Suatu sektor dengan wilayah kerja terminal Bab Ali , Syib Amir, dan area Masjidil Haram untuk daerah kerja Mekkah. Masjid Nabawi untuk daerah kerja Madinah
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan langkah-langkah dalam melakukan pelayanan kesehatan di wilayah sektor khusus.
<b>KEBIJAKAN</b>	Memberikan pembinaan, pelayanan dan perlindungan berupa deteksi dini, penanganan kegawatdaruratan dan rujukan di wilayah sektor khusus
<b>PROSEDUR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah petugas TGC setiap shift terdiri dari 1 dokter dan 1 perawat. Untuk daerah kerja Mekkah setiap hari jumat khusus di shift pertama terdiri atas 2 dokter, 2 perawat dan disiapkan 1 unit ambulance standby</li> <li>• Jadwal jaga harian terbagi atas dua shift yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mekkah <ul style="list-style-type: none"> <li>- shift pertama 09.00 s/d 21.00 WAS</li> <li>- shift kedua 21.00 s/d 09.00 WAS</li> </ul> </li> <li>Madinah <ul style="list-style-type: none"> <li>- shift pertama 03.30 s/d 13.00 WAS</li> <li>- shift kedua 13.00 s/d 22.30 WAS</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Melakukan deteksi dini kegawatan dan melakukan penatalaksanaan kegawatdaruratan pada jamaah haji yang membutuhkan pelayanan kesehatan.</li> <li>• Lakukan triase dan tatalaksana sesuai kegawatdaruratan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Merah dan Kuning rujuk ke RSAS</li> <li>○ Hijau stabilisasi di tempat, dan dirujuk ke KKHI atau kembali ke kloter tergantung dari hasil stabilisasi</li> </ul> </li> <li>• Siapkan surat rujukan, Fotocopy VISA dan kartu kesehatan jamaah haji Indonesia Elektronik.</li> <li>• Siapkan pendamping jamaah/PPIH Kloter bila</li> </ul>



	<p>memungkinkan pada saat proses rujukan</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Melakukan pencatatan dan pelaporan.</li></ul>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Petugas pelaksana TGC</li><li>– Petugas pelaksana KKHI, RSAS/Klinik.</li><li>– PPIH Kloter</li><li>– TPK.</li></ul>

d. SOP Pelayanan Kesehatan Sektor

<b>PENGERTIAN</b>	Pelayanan kesehatan sektor merupakan pelayanan kesehatan di tingkat sektor yang dilakukan oleh Tim Gerak Cepat (TGC), yang terdiri dari Visitasi kloter, Identifikasi dini jamaah sakit, Penanganan gawat darurat, Rujukan, Evakuasi, Pencatatan dan Pelaporan.
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan dalam pelayanan di sektor untuk Tim Gerak Cepat
<b>KEBIJAKAN</b>	Memberikan pembinaan, pelayanan dan perlindungan di wilayah sektor
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah petugas Setiap sektor Mekkah adalah 5 orang yang terdiri atas 2 orang dokter, 2 orang perawat dan 1 orang farmasi, sedangkan sektor Madinah terdiri atas 1 dokter dan 2 perawat.</li> <li>2. Jadwal jaga setiap shift adalah 24 jam setiap 1x jaga yang terdiri dari 1 orang dokter, 1 orang perawat.</li> <li>3. Petugas yang tidak jaga shift melakukan kegiatan visitasi dan menerima kloter yang datang ke sektor tersebut</li> <li>4. Visitasi Kloter dilakukan setiap hari oleh tim yang bertugas visitasi pada hari tersebut (Sesuai dengan SPO Visitasi Kloter).</li> <li>5. Identifikasi dini jamaah sakit dilakukan saat kedatangan/kepulangan, visitasi kloter maupun saat penugasan di sektor khusus maupun terminal, TGC berperan sebagai triase dalam menentukan rencana tindak lanjut terhadap jamaah sakit.</li> <li>6. Penanganan Gawat Darurat dilakukan saat ditemukan jamaah yang membutuhkan sesuai prinsip triase dan kegawatdaruratan. Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Merah dan Kuning rujuk ke RSAS</li> <li>○ Hijau stabilisasi di tempat dan kembali ke kloter, atau</li> </ul> </li> </ol>

	<p>rujuk KKHI sesuai dengan kondisi jamaah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Siapkan surat rujukan, Fotocopy VISA dan kartu kesehatan jamaah haji Indonesia Elektronik.</li> <li>8. Siapkan PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji untuk mendampingi jamaah pada saat proses rujukan</li> <li>9. Rujukan dan Evakuasi dilakukan sesuai SPO rujukan dan evakuasi Tim Gerak Cepat</li> <li>10. Pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh tim yang berdinass saat hari tersebut dibantu oleh Tim Pendukung Kesehatan (TPK), sesuai format yang disepakati.</li> <li>11. Tidak Terdapat Pelayanan Rawat Inap di tingkat sektor. Dalam waktu kurang dari 2 jam, TGC sudah menentukan rencana lanjutan pada jamaah sakit (Kembali ke kloter atau Rujuk KKHI/RSAS)</li> </ol>
<p><b>UNIT TERKAIT</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas Sektor</li> <li>2. PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji</li> <li>3. Tim Gerak Cepat</li> <li>4. TPK</li> <li>5. KKHI</li> <li>6. RSAS</li> </ol>

e. SOP Tatalaksana Sindrom Koroner Akut

<p><b>PENGERTIAN</b></p>	<p>Adalah suatu sindrom klinis berupa serangan sakit dada yang khas, yaitu seperti ditekan terasa berat di dada yang seringkali menjalar ke lengan kiri. Hal ini timbul saat jemaah melakukan aktivitas dan hilang bila untuk istirahat atau bisa terjadi nyeri dada saat istirahat. Angina pectoris ini biasanya berkaitan dengan penyakit jantung koroner atero sklerotik.</p>
<p><b>RUANG LINGKUP PENGUNAAN</b></p>	<p>TGC</p>
<p><b>KRITERIA DIAGNOSIS</b></p>	<p>Keluhan</p> <p>Jemaah datang dengan keluhan nyeri dada yang khas, yaitu seperti rasa ditekan atau terasa seperti ditimpa beban yang sangat berat.</p> <p>Diagnosis seringkali berdasarkan keluhan nyeri dada yang mempunyai ciri khas sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letak <p>Sering jemaah merasakan nyeri dada di daerah sternum atau di bawah sternum (substernal : tidak dapat melokalisasi), atau dada sebelah kiri dan kadang-kadang menjalar ke lengan kiri, dapat menjalar ke punggung, rahang, leher, atau kelengankanan. Nyeri dada juga dapat timbul di tempat lain seperti di daerah epigastrium, leher, rahang, gigi, dan bahu.</p> </li> <li>2. Kualitas <p>Pada angina, nyeri dada biasanya seperti tertekan benda berat, atau seperti diperas atau terasa panas, kadang-kadang hanya mengeluh perasaan tidak enak di dada karena jemaah tidak dapat menjelaskan dengan baik.</p> </li> <li>3. Hubungan dengan aktivitas</li> </ol>

	<p>Nyeri dada pada ACS biasanya timbul pada saat melakukan aktivitas, misalnya sedang berjalan cepat, tergesa-gesa, atau sedang berjalan mendaki atau naik tangga.</p> <p>4. Lamanya serangan Lamanya nyeri dada &gt; 20 menit</p> <p>5. Nyeri dada bisa disertai keringat dingin, mual, muntah, sesak dan pucat.</p>
<b>PROSEDUR</b>	<p>Terapi farmakologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oksigen 4 L/ menit (saturasi O<sub>2</sub> dipertahankan &gt; 90%) (1C)</li> <li>• Aspirin 160 mg – 320 mg per oral (dikunyah) (1B)</li> <li>• Clopidogrel 300 mg per oral (1C)</li> <li>• Nitrat 5 mg sub lingual (dapat diulang 3 x), bila TDS &gt; 100 mmHg.</li> </ul>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji</li> <li>2. RSAS</li> </ol>
<b>RUJUK/ KONSULTASI</b>	<p>- Jemaah langsung dirujuk ke RSAS</p>

f. SOP Tata Laksana Dehidrasi

<b>PENGERTIAN</b>	Dehidrasi adalah berkurangnya cairan tubuh total, dapat berupa hilangnya air lebih banyak daripada natrium (dehidrasi hipertonik), atau hilangnya air sama dengan natrium (dehidrasi isotonic) hilangnya natrium lebih banyak dari hilangnya air (dehidrasi hipotonik).
<b>RUANG LINGKUP PENGGUNAAN</b>	TGC
<b>KRITERIA DIAGNOSIS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANAMNESIS <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat asupan yang kurang</li> <li>- Kehilangan cairan yang berlebihan melalui panas, keringat, takipnea, muntah atau diare.</li> <li>- Jumlah ekskresi urine &lt;30 ml/jam</li> </ul> </li> <li>2. PEMERIKSAAN FISIK <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apatitis</li> <li>- Aktivitas menurun</li> <li>- Badan terasa lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Lidah kering</li> <li>- Kadang-kadang timbul rasa haus</li> </ul> </li> </ol>
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diit sesuai kebutuhan jemaah (enteral atau parenteral)</li> <li>2. Dehidrasi ringan : cairan oral sebanyak 1500-2500 ml/24 jam (30 ml/KgBB/24 jam) ditambah dengan defisit cairan</li> <li>3. Dehidrasi berat <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian cairan parenteral</li> <li>b. Rehidrasi cairan sesuai kebutuhan</li> <li>c. Cairan kristaloid untuk rehidrasi 500ml habis dalam 15-30 menit</li> <li>d. Harus disesuaikan dengan komorbiditas atau penyakit dasar yang ada jemaah.</li> </ol> </li> </ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji</li> <li>2. TGC</li> </ol>

	<p>3. KKHI</p> <p>4. RSAS</p>
<b>INDIKASI RAWAT Di Kloter</b>	Jemaah dengan kondisi hemodinamik stabil
<b>INDIKATOR KLINIS</b>	Penurunan angka kematian dan kesakitan yang disebabkan oleh defisit cairan.
<b><i>Expected Length of Stay</i></b>	-
<b>RUJUK/ KONSULTASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika tidak ada perbaikan, rujuk ke KKHI/RSAS</li> <li>- Penurunan kesadaran</li> </ul>

g. SOP Tata Laksana Diare

<b>PENGERTIAN</b>	Diare didefinisikan sebagai perubahan frekuensi buang air besar menjadi lebih sering dari normal/lebih dari 3 kali per hari disertai perubahan konsistensi feses menjadi lebih encer. Diare juga dapat diartikan sebagai keluarnya feses lebih dari 200 gram per hari (pada populasi barat), atau kandungan air pada feses lebih dari 200 mL per hari.
<b>RUANG LINGKUP PENGGUNAAN</b>	TGC
<b>KRITERIA DIAGNOSIS</b>	<p><b>Anamnesis</b> Onset, durasi, frekuensi, progresivitas, kualitas diare (konsistensi feses, adakah disertai darah atau lendir), gejala penyerta (muntah, nyeri perut, demam), riwayat makanan/minuman yang dikonsumsi 6 - 24 jam terakhir, adakah keluarga atau orang disekitarnya dengan gejala serupa, kebersihan/ kondisi tempat tinggal, apakah wisatawan atau pendatang baru, riwayat seksual, riwayat penyakit dahulu, penyakit dasar/komorbid.</p> <p><b>Pemeriksaan Fisik</b> Keadaan umum, tanda vital, status gizi, tanda dehidrasi, tanda anemia, kualitas dan lokasi nyeri perut, colok dubur (dianjurkan untuk usia &gt; 50 tahun, dan feses berdarah), identifikasi penyakit komorbid.</p>
<b>PROSEDUR</b>	<p><b>1. Terapi suportif</b> Untuk dehidrasi ringan Per oral : minum oralit 1 gelas ( 200-300 cc) tiap habis diare Untuk dehidrasi berat Intravena : ringer laktat, ringer asetat, normal salin berikan 500 ml dalam waktu 15-30 menit</p> <p><b>2. Terapi simptomatik</b> Jika dehidrasi ringan Obat anti Diare sesuai dengan dosis.</p>
<b>UNIT TERKAIT</b>	TGC, KKHI, RSAS



<b>INDIKASI RAWAT</b>	Dehidrasi Berat
<b>INDIKATOR KLINIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BAB normal</li> <li>- Rehidrasi baik</li> </ul>
<i>Expected Length of Stay</i>	
<b>RUJUK/ KONSULTASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KKHI</li> <li>- RSAS</li> </ul>

h. SOP Tata Laksana Heat Stroke

<b>PENGERTIAN</b>	Kondisi yang mengancam jiwa dimana suhu mencapai 40 derajat/lebih akibat terpapar panas yang sangat lama, dimana pasien tidak dapat mengeluarkan keringat yang cukup menurunkan tubuh.
<b>RUANG LINGKUP PENGGUNAAN</b>	TGC
<b>KRITERIA DIAGNOSIS</b>	Tanda: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hiperpirexia</li> <li>2. Hiperventilasi</li> <li>3. Tanda syok</li> <li>4. Penurunan kesadaran</li> </ol>
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amankan jemaah dan longgarkan pakaian</li> <li>2. Kompres es di lipatan-lipatan dan kompres kepala (semprot)</li> <li>3. Jika sadar berikan minum</li> <li>4. Jika tidak sadar maka berikan inf cairan kristaloid 500 cc dalam 15 -30 menit selanjutnya jemaah dirujuk</li> </ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PPIH Kloter Tenaga Kesehatan</li> <li>2. KKHI</li> <li>3. RSAS</li> </ol>
<b>RUJUK/ KONSULTASI</b>	Jika kondisi jemaah tidak membaik saat diobservasi, dirujuk ke KKHI / RSAS

i. SOP Tata Laksana Krisis Hiperglicemia

<p><b>PENGERTIAN</b></p>	<p>Krisis Hiperglikemia adalah komplikasi akut yang dapat terjadi pada penderita Diabetes mellitus (DM), baik pada DM tipe 1 maupun DM tipe 2, dalam bentuk Ketoasidosis Diabetik (KAD), Status Hiperosmolar Hiperglikemik (SHH) atau kondisi yang mempunyai elemen KAD dan SHH.</p> <p>KAD adalah sindroma klinis dengan triad hiperglikemia, asidemia, ketosis, hiperglikemia dengan kadar gula darah lebih dari 250 mg/dl, asidemia dengan pH arterial kurang dari 7,3 serta ketonuri moderat.</p> <p>SHH: Hiperglikemia ekstrim, hiperosmolaritas dan dehidrasi berat tanpa ketosis dan asidosis yang signifikan.</p>
<p><b>RUANG LINGKUP PENGGUNAAN</b></p>	<p>TGC</p>
<p><b>KRITERIA DIAGNOSIS</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANAMNESIS <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktor risiko diabetes tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkontrol</li> <li>- Faktor pencetus : jemaah baru terdiagnosis diabetes, infeksi, tidak minum obat, tidak suntik insulin, sindrom koroner akut, stroke, stress berat, kondisi <i>volume overload</i></li> <li>- Gejala : mual, muntah-muntah, lemas, anoreksia, nyeri perut, diare, poliuri, polidipsi, gangguan kesadaran, penurunan berat badan</li> </ul> </li> <li>2. PEMERIKSAAN FISIK <ol style="list-style-type: none"> <li>a. BB, TB, IMT</li> <li>b. Kesadaran : komposmentis sampai koma</li> <li>c. Tekanan darah : dapat normal sampai tidak terukur</li> <li>d. Nadi : umumnya cepat, isi kurang sampai tidak teraba</li> <li>e. Pernafasan : umumnya cepat, dalam, beraroma buah (pernafasan kusmaul, berbau aseton)</li> <li>f. Suhu : dapat meningkat diatas normal</li> </ol> </li> </ol>

	<p>g. Status gizi : dapat baik, kurang atau lebih</p> <p>h. Kepala : mata pandangan kabur</p> <p>i. Leher : tidak ditemukan kaku kuduk</p> <p>j. Thoraks :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paru :perubahan suara nafas dan adanya suara nafas tambahan bila ada kelainan.</li> <li>- Jantung : pembesaran jantung dan perubahan bunyi jantung bila ada kelainan</li> </ul> <p>k. Perut : Nyeri tekan terjadi pada kelainan saluran cerna, maupun kelainan saluran kemih. Hati dan Limpa dapat membesar sesuai dengan penyakit penyerta</p> <p>l. Turgor menurun, mata cekung, mukosa kering</p> <p>3. GAMBARAN KLINIS</p> <p>Pada KAD sering ditemukan kesadaran penderita dalam keadaan koma, walaupun dapat ditemukan penderita dalam keadaan sadar, tergantung berat tidaknya asidosis atau gangguan elektrolit (natrium), ataupun derajat gangguan sirkulasi sistemik (syok). Ditemukan takikardi disertai hipotensi dan tipe pernafasan kusmaul dan bau aseton. Pada umumnya penderita dalam keadaan dehidrasi berat.</p> <p>Pada KAD GD 250-600 mg/dl, pada SHH GD &gt;800 mg/dl Evaluasi dengan TTV dan saturasi O2</p>
<b>DIAGNOSIS BANDING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SHH</li> <li>- KAD</li> </ul>
<b>PENATALAKSANAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amankan jemaah</li> <li>2. Penggantian Cairan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jika tidak didapatkan tanda-tanda gangguan jantung (dilihat 2 tanda yaitu JVP meningkat dan adanya ronki) maka jemaah bisa diberikan iv line nacl 0,9% sebanyak 2 liter</li> <li>b. Jika didapatkan tanda gangguan jantung maka diberikan</li> </ol> </li> </ol>

	cairan nacl 0,9 % sebanyak 300 cc dan maksimal pemberian adalah 500 cc
<b>UNIT TERKAIT</b>	PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji, KKHI
<b>RUJUK/ KONSULTASI</b>	- Rujuk Ke KKHI atau RSAS

j. SOP Tata Laksana Krisis Hipertensi

<p><b>PENGERTIAN</b></p>	<p>Krisis hipertensi merupakan suatu keadaan klinis yang ditandai oleh tekanan darah yang sangat tinggi dengan kemungkinan akan timbulnya atau telah terjadinya kelainan organ target. Pada umumnya krisis hipertensi terjadi pada jemaah hipertensi yang lalai atau tidak memakan obat anti hipertensi</p> <p>Krisis hipertensi meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertensi darurat atau hipertensi emergensi Selain tekanan darah yang sangat tinggi (tekanan diastolik &gt;120 mmHg) terdapat kelainan/ kerusakan target organ yang bersifat progresif, sehingga tekanan darah harus diturunkan dengan segera (dalam menit sampai jam) agar dapat mencegah/membatasi kerusakan target organ yang terjadi</li> <li>2. Hipertensi mendesak/hipertensi urgensi adalah Peningkatan tekanan darah (tekanan diastolik &gt;120 mmHg) tanpa disertai kerusakan target organ akut progresif. Penurunan darah dapat dilaksanakan dalam 24-48 jam.</li> <li>3. Hipertensi akselerasi (accelerated hypertension) : Peningkatan tekanan darah yang berhubungan dengan perdarahan retina atau eksudat.</li> <li>4. Hipertensi maligna (malignant hypertension): peningkatan tekanan darah yang berkaitan dengan edema papil.</li> </ol>
<p><b>RUANG LINGKUP PENGGUNAAN</b></p>	<p>TGC</p>
<p><b>KRITERIA DIAGNOSIS</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Anamnesis</b> : selain ditanyakan mengenai etiologi hipertensi pada umumnya, perlu juga ditanyakan gejala-gejala kerusakan target organ seperti : gangguan penglihatan, edema pada ekstremitas, penurunan kesadaran, sakit kepala, mual / muntah, nyeri dada,</li> </ol>

	<p>sesak napas, kencing sedikit / berbusa, nyeri seperti disayat pada abdomen.</p> <p><b>2. Pemeriksaan fisik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengukuran tekanan darah pada kedua ekstremitas</li> <li>Perabaan denyut nadi perifer</li> <li>Bunyi jantung</li> <li>Bruit pada abdomen</li> <li>Adanya edema atau tanda penumpukan cairan.</li> <li>Status neurologis</li> </ol> <p><b>3. GAMBARAN KLINIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nyeri dada</li> <li>➤ Kelemahan badan</li> <li>➤ Kelemahan fungsi organ</li> <li>➤ Dan lain-lain sesuai dengan organ yang terkena</li> </ul>
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tatalaksana Hipertensi Emergency <ol style="list-style-type: none"> <li>Penanganan ABC sesuai kondisi jemaah</li> <li>Rujuk</li> </ol> </li> <li>Tatalaksanaan hipertensi urgensi Captopril peroral dengan range 25 mg/kali</li> </ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji</li> <li>KKHI</li> <li>TGC</li> </ol>
<b>RUJUK/ KONSULTASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jemaah langsung dirujuk ke KKHI</li> </ul>

k. SOP Tata Laksana PPOK

<b>PENGERTIAN</b>	Penyakit yang ditandai dengan adanya perlambatan aliran udara yang tidak sepenuhnya reversibel. dikarakteristikkan dengan hambatan aliran udara yang persisten, progresif dan berhubungan dengan peningkatan respons inflamasi kronis di paru terhadap partikel dan gas berbahaya.
<b>RUANG LINGKUP PENGGUNAAN</b>	TGC
<b>KRITERIA DIAGNOSIS</b>	<p><b>Anamnesis</b> Keluhan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sesak napas</li> <li>b. Kadang-kadang disertai mengi</li> <li>c. Batuk kering atau dengan dahak yang produktif</li> <li>d. Rasa berat di dada</li> </ul> <p><b>Pemeriksaan Fisik</b> Keadaan umum, tanda vital, identifikasi penyakit komorbid Evaluasi: dengan saturasi oksigen</p>
<b>PENATALAKSANAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amankan jemaah dan dilonggarkan pakaian</li> <li>2. Diberikan inhalasi ventolin lalu dilakukan observasi 15 menit,jika masih sesak nafas maka diulang pemberian inhalasi ventolin</li> <li>3. Jika masih sesak nafas atau belum membaik maka jemaah dirujuk</li> <li>4. Jemaah yang membaik dalam artian hilang sesak nafas (wheezing hilang) dan saturasi membaik maka jemaah diobservasi di makhtab</li> </ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji, KKHI
<b>RUJUK/ KONSULTASI</b>	Pemberian ventolin 2x tidak membaik dan kondisi sesak nafas memburuk



## I. SOP Resusitasi

<b>PENGERTIAN</b>	Suatu usaha/ tindakan yang dilakukan untuk mengembalikan fungsi jantung dan paru yang mengalami gangguan secara mendadak
<b>RUANG LINGKUP PENGGUNAAN</b>	Jamaah yang mengalami henti nafas dan henti jantung
<b>KRITERIA DIAGNOSIS</b>	Henti nafas dan atau henti jantung.
<b>PENATALAKSANAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Danger : pastikan Safety petugas, jamaah, dan lingkungan sekitar.</li> <li>2. Mengecek respon jamaah Menepuk bahu jamaah dan memanggil “Bapak/Ibu, apakah anda baik-baik saja ?”</li> <li>3. a. Jika ada respon : Letakkan jamaah di tempat yang aman, coba untuk mengetahui masalah yang terjadi dan berikan bantuan seperlunya. Kaji kembali kaadaan jamaah secara reguler</li> <li>b. Jika tidak ada respon :  Meminta penolong kedua untuk mencari pertolongan.</li> </ol> <p><b>Penolong 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cek nadi karotis dan pernafasan Mengecek nadi karotis dalam waktu maksimal 10 detik. Jika tidak ada nadi atau ragu, mulai RJP. Berikan 5 siklus ( kurang lebih 2 menit) dengan rasio 30:2, 30 kompresi diikuti dengan 2 ventilasi.</li> <li>5. Jika ada nadi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membuka jalan nafas dengan head tilt-chin lift. Mengecek pernafasan dengan Lihat, Dengar dan Rasakan (3-5 detik), Lihat pergerakan dada, Dengar suara nafas melalui mulut/hidung jamaah, Rasakan aliran udara pada pipi</li> </ul> </li> </ol>

	<p>penolong</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tidak ada nafas, atau bernafas dengan tidak dekuat, berikan bantuan per nafas (1 nafas /3-5 detik sekitar 10-12 nafas/menit)</li> <li>• Jika bernafas dengan baik dan adekuat, maka letakkan jemaah pada posisi recovery</li> <li>• Kaji kembali pernafasan jemaah hingga pertolongan datang.</li> </ul> <p><b>Penolong 2 tiba</b></p> <p>Penolong 1 berfungsi sebagai pemberi ventilasi dan penolong kedua berfungsi sebagai pemberi kompresi.</p> <p>6. Penolong kedua segera memulai RJP 5 siklus dengan rasio kompresi dan ventilasi 30:2 dengan kecepatan 100-120x/menit. Mengecek nadi dilakukan setelah 5 siklus/ 2 menit.</p> <p>Jika ada nadi dan nafas : letakkan jemaah pada posisi recovery</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika ada nadi tetapi tidak ada nafas lanjutkan dengan memberi bantuan pernafasan, 1 nafas / 3-5 detik ( 10-12 pernafasan / menit )</li> <li>• Jika tidak ada nadi atau pernafasan lanjutkan RJP.</li> </ul> <p>Catatan : Penolong bergantian setiap 5 siklus/ 2 menit RJP.</p>
<b>UNIT TERKAIT</b>	PPIH Kloter Tenaga Kesehatan Haji RSAS
<b>RUJUK/ KONSULTASI</b>	Rujuk ke RSAS



## TIM PENYUSUN

Penanggung Jawab :

Dr. dr. Eka Jusup Singka, M. Sc

Penyusun:

dr. Enny Nuryanti, MKM

dr. Karmijono Pontjo W, MPH

dr. Agus Sulthoni, MMRS

dr. Jessica, Sp. KP

Heri Budianto, Amd

Kontributor:

dr. Indro Murwoko

Dr. Rosidi Roslan, SKM, SH, MPH

Rahmad Kurniadi, S.Sos, M. Kes

dr. Mohammad Imran, MKM

dr. Edi Supriyatna, MKK

Tim Gerak Cepat Tahun 2018

Tim Gerak Cepat Tahun 2019