

 Rumah Sakit Unhas	PENGISIAN FLOWSHEET ICU		
	Nomor Dokumen 3932/UN4.24.0/OT.01.00/2 023	Nomor Revisi 1	Halaman 1/4
PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR Intensive Care Unit	Tanggal Terbit 04 April 2023	 Ditetapkan, Direktur Utama, dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D.,Sp.M (K) NIP 19700212200801101	
PENGERTIAN	Suatu tindakan pencatatan identitas pasien, diagnosa medis, tindakan operasi (bila ada), terapi, observasi dan respon pasien selama pasien di rawat di ruang ICU ke dalam sebuah form rekam medis “flowsheet”, dimana data-data ini akan di update oleh perawat dan dokter, setiap hari atau jika ada perubahan terapi.		
TUJUAN	Sebagai acuan untuk penerapan langkah-langkah untuk : a. Sarana komunikasi bagi semua staf di intensive care unit b. Sarana komunikasi bagi perawat dan dokter dalam merawat pasien intensive care unit c. Legal proteksi bagi Rumah Sakit. d. Media pembelajaran bagi staf dan peserta didik di intensive care unit. e. Dasar pemberian asuhan keperawatan dan pendidikan bagi pasien dan keluarga. f. Salah satu data kendali mutu dan penelitian.		
KEBIJAKAN	Pelayanan keperawatan pada pasien bermasalah diberikan tindakan, dan semua tindakan dituliskan dalam “flow sheet” yang secara jelas dan pasti untuk menyelamatkan dan mencegah terjadinya kesalahan, khususnya dalam memberikan pelayanan pasien (Sesuai dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Unhas Nomor 48/UN4.24.0/2023 tentang Pedoman pelayanan Intensive Care Unit (ICU))		
PROSEDUR	- Persiapan Alat : 1. Flowsheet 2. Pulpen tinta merah, hitam dan biru 3. Penggaris - Prosedur Pengisian : 1. Perawat penanggungjawab pasien bertanggung jawab terhadap kelengkapan flowsheet pasien. 2. Perawat penanggungjawab pasien shift malam membuat flowsheet pasien untuk hari berikutnya. Name : diisi dengan nama pasien ID Number : diisi dengan nomor rekam medis Date of Birth : diisi dengan tanggal lahir pasien		

	Age : diisi dengan usia pasien Date admission : diisi dengan tanggal pasien masuk ke ICU Day/Date Observation : diisi dengan tanggal observasi pasien Sex : diisi dengan jenis kelamin pasien Weight : diisi dengan berat badan terkini pasien Height : diisi dengan tinggi badan terkini pasien Diagnosis : diisi dengan diagnosis pre operative pasien Allergic & Other reaction : diisi dengan riwayat alergi pasien ICU days : diisi dengan hari keberapa perawatan ICU Insurance : diisi dengan jenis pembayaran pasien : diisi apabila pasien mengidap penyakit infeksius, seperti TB (warna Biru) atau HbsAg (warna coklat), pasien dengan status DNR (warna ungu), pasien dengan implan (warna abu-abu) Warning color code : Operative : diisi dengan jenis tindakan operasi ETT Type : diisi dengan melingkari jenis pemakaian ETT Length at lips : diisi dengan batas bibir ETT pasien Intubated days : diisi dengan hari keberapa pasien terintubasi Tracheostomy days : diisi dengan hari keberapa pasien terpasang trakesotomi Ventilated days : diisi dengan hari keberapa pasien terventilator Hemodynamic State : diisi setiap jam B.P : diisi dengan nilai tekanan darah pasien, menggunakan tinta warna hitam Pulse : diisi dengan frekuensi denyut jantung, menggunakan tinta warna merah Temperature : diisi dengan suhu tubuh, menggunakan tinta warna biru MAP : diisi dengan tekanan rerata arteri, menggunakan tinta warna hitam ICP : diisi dengan tekanan intracranial (bila ada) diisi dengan menggunakan tekanan vena sentral CVP : (bila ada) Invasive Devices : diisi dengan memberi centang ✓ sesuai dengan alat invasif yang terpasang di pasien Hand perfussion : diisi dengan hangat atau dingin tangan pasien Foot Perfussion : diisi dengan hangat atau dingin kaki pasien CRT (seconds) : diisi dengan waktu refill kapiler pasien Semua data-data diatas diisi oleh perawat penanggung jawab pasien - Respiratory Observation : diisi setiap jam atau jika ada perubahan terapi ✓ Mode : diisi dengan mode ventilator ✓ FiO2 : diisi dengan nilai fiO2 pada ventilator ✓ Rate : diisi dengan frekuensi napas pada ventilator dan napas spontan pasien ✓ Tidal Volume : diisi dengan nilai TV pasien ✓ Press. Support : diisi dengan nilai PS pada ventilator ✓ PEEP : diisi dengan nilai PEEP pada ventilator ✓ PIP : diisi dengan nilai PIP pada ventilator ✓ I. Time : diisi dengan nilai I.Time pada ventilator ✓ EtCO2. : diisi jika sensor EtCo2 terpasang ✓ SpO2 : diisi dengan nilai saturasi oksigen pasien Tracheal suction : diisi apabila perawat/dokter melakukan <i>suction</i> Pupil size R/L : diisi dengan ukuran pupil pasien, contoh 2 mm/2 mm Pupil reaction R/L : diisi dengan kondisi pupil pasien, contoh lambat/cepat Cornea Reflexes R/L : diisi dengan refleks kornea pasien, contoh ada/ada
--	---

	<i>Pain Score</i> (NRS/BPS) : diisi dengan skala nyeri pasien <i>GCS</i> : diisi dengan nilai GCS pasien, apabila pasien afasia maka dinilai Vx dan/atau pasien terintubasi dinilai Vt <i>Sedation score.</i> : diisi dengan menggunakan RASS <i>Level of consciousness</i> : diisi dengan menilai tingkat kesadaran <i>Turning/Positioning</i> : diisi apabila perawat/dokter melakukan perubahan posisi <i>Blood Glucose.</i> : diisi apabila perawat/dokter melakukan pemeriksaan gula darah sewaktu <i>Medication</i> : diisi sesuai dengan terapi pengobatan pasien, lengkap dengan dosis, waktu dan rute pemberian dan setelah obat diberikan, maka perawat penanggung jawab pasien memberikan paraf dan stempel. Apabila ada perubahan terapi, maka dokter pemberi instruksi harus menuliskan di bagian ini. Keterangan : ✓ : Untuk menuliskan jadwal terapi ✓ : Apabila terapi pasien sudah diberikan maka petugas yang memberikan terapi menandai dengan bulatan, paraf dan stempel <i>Feeding</i> : diisi dengan jumlah dan jenis nutrisi enteral pasien <i>Inputs</i> : diisi dengan jumlah dan jenis cairan yang masuk ke pasien. Contoh : 21 (jumlah cairan yang masuk)/50 (sisa cairan) <i>Total input</i> : diisi dengan menjumlahkan semua cairan yang masuk <i>Output</i> : - <i>Gastric</i> : diisi dengan jumlah residu lambung - <i>Urine</i> : diisi dengan jumlah rata-rata produksi urine per jam - <i>Bowel</i> : diisi dengan jumlah feses pasien - <i>Stoma</i> : diisi dengan produksi stoma - <i>Drainage 1</i> : diisi apabila pasien terpasang drain post operasi - <i>Drainage 2</i> : diisi apabila pasien terpasang drain post operasi - <i>IWL used</i> : diisi dengan IWL yang digunakan, dihitung menggunakan rumus $IWL \text{ shift pagi} = \frac{10-15 \text{ ml} \times BB \text{ (Kg)} \times 6 \text{ jam}}{24 \text{ jam}}$ $IWL \text{ shift siang} = \frac{10-15 \text{ ml} \times BB \text{ (Kg)} \times 7 \text{ jam}}{24 \text{ jam}}$ $IWL \text{ shift malam} = \frac{10-15 \text{ ml} \times BB \text{ (Kg)} \times 10 \text{ jam}}{24 \text{ jam}}$ <i>Total output</i> : diisi dengan menjumlahkan semua jumlah cairan yang keluar <i>Fluid balance</i> : diisi dengan hasil balans cairan, menggunakan rumus : Balans cairan : Total input – total output Semua data-data diatas diisi oleh perawat penanggung jawab dan/atau dokter intensivist dan/atau PPDS
UNIT TERKAIT	1. Ruang instalasi Pelayanan Intensif (ICU dan NICU)
Dokumen terkait	Form <i>ICU Observation Form</i> MR 5.20/ICU/2017
Petugas terkait	1. Perawat ICU 2. DPJP ICU 3. PPDS