PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR : 52/UN4.24.0/2023

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN DIALISIS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

Menimbang ; a. bahwa dalam upaya memberikan pelayanan dialisis yang cepat, tepat, bermutu, profesional dan dengan memperhatikan keselamatan pasien serta untuk memberi kepuasan kepada pasien dan keluarga di Rumah Sakit Unhas maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang berkesinambungan mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar;

b. bahwa agar pelayanan di dialisis dapat dilaksanakan dengan baik, maka perlu adanya pedoman pelayanan dialisis sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan dialisis di Rumah Sakit Unhas;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin a dan b maka perlu ditetapkan pedoman pelayanan dialisis di Rumah Sakit Unhas dengan Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas.

Mengingat ; a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;

b. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;

c. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan;

d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;

e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812/Menkes/Per/VII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan dialysis pada fasilitas kesehatan;

f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;

g. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 Tentang Standar Kegiatan Usaha Dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan;

h. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI). 2013. Konsensus Dialisis Perhimpunan Nefrologi Indonesia. Jakarta;
i. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 12/UN4.1/2022 tanggal 1 Juli 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Pengelola Universitas Hasanuddin;
j. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI). 2018. Pedoman Tatalaksan Penjaminan Kendali Mutu di Unit Dialisis. Jakarta;
k. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7071/UN4.1/KEP/2022 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

MEMUTUSKAN

Menetapkan ; PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS TENTANG PEDOMAN PELAYANAN DIALISIS.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang diamaksud dengan:
1. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Unhas
2. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang disingkat Rumah Sakit Unhas.
3. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.
4. Kepala Instalasi adalah seseorang yang diangkat oleh Direktur Utama yang bertanggungjawab terhadap kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di unit/instalasi
5. Dialisis adalah salah satu terapi pengganti ginjal atau terapi pendukung ginjal untuk mengeluarkan kelebihan air, zat terlarut, dan racun dari darah ketika ginjal tidak dapat melakukan fungsi- fungsinya dengan baik.
6. Dialisis Peritoneal adalah terapi pengganti ginjal atau terapi pendukung ginjal untuk mengeluarkan kelebihan air, zat terlarut, dan racun dari darah) dengan menggunakan lapisan perut yang disebut membran peritoneum.
7. Hemodialisis yang selanjutnya disingkat HD adalah terapi pengganti ginjal atau terapi pendukung ginjal untuk mengeluarkan kelebihan air, zat terlarut, dan racun dari darah dengan menggunakan ginjal buatan yang disebut dialiser dengan mesin hemodialisis.
8. Penyakit Ginjal Kronik adalah suatu kondisi kerusakan ginjal yang terjadi selama 3 bulan atau lebih berupa abnormalitas struktural atau fungsional ginjal dengan atau tanpa penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang bermanifestasi sebagai kelainan patologis atau kerusakan ginjal termasuk ketidakseimbangan komposisi zat di dalam darah atau urin serta ada atau tidaknya gangguan hasil pemeriksaan pencitraan; atau suatu kondisi kerusakan ginjal yang terjadi selama 3 bulan atau lebih berupa Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang kurang dari 60

mL/menit/1,73 m lebih dari 3 bulan dengan atau tanpa kerusakan ginjal.

9. Dialisis Kronik adalah dialisis atau terapi yang dilakukan pada pasien penyakit ginjal kronik sebagai pengobatan pengganti ginjal.
10. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.
11. Fasilitas pelayanan dialisis adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan dialisis di Rumah Sakit Unhas.
12. Unit pelayanan dialisis adalah fasilitas pelayanan dialisis di Rumah Sakit Unhas.
13. Perawat Mahir adalah perawat yang memiliki sertifikat pelatihan dialisis di pusat pendidikan yang diakreditasi dan disahkan oleh organisasi profesi.
14. Organisasi profesi adalah Perhimpunan Nefrologi Indonesia, yang selanjutnya disebut PERNEFRI.
15. Profesi Pemberi Asuhan, yang selanjutnya disingkat PPA, adalah staf rumah sakit yang berhak memberikan rencana asuhan pasien terkait kondisi perkembangan pasien setiap waktu.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman pelayanan unit kerja dialisis di Rumah Sakit Unhas ini dimaksudkan guna memberikan pedoman dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penyelenggaraan pelayanan dialisis di Rumah Sakit Unhas yang berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien sehingga didapatkan suatu pelayanan baku, berkualitas dan komprehensif.

BAB III
PENYELENGGARAAN

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 3

(1) Penyelenggaraan pelayanan Dialisis berupa Hemodialisis dan Dialisis Peritoneal yang dilaksanakan sesuai dengan pedoman penyelenggaraan pelayanan Dialisis yang ditetapkan oleh Menteri.
(2) Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan dialisis harus memiliki izin dari dinas Kesehatan Kota Makassar.
(3) Izin penyelenggaraan dialisis dilakukan melalui *online single submission* (OSS)

Bagian Kedua
Persyaratan Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis

Pasal 4

(1) Setiap penyelenggaran pelayanan dialisis harus memenuhi ketentuan persyaratan yang ditetapkan.

(2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Struktur organisasi, lokasi, ketentuan ruangan, sarana dan prasarana, obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai, serta peralatan, serta ketenagaan.

Pasal 5

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan/ penyelenggaraan pelayanan dialisis di Rumah Sakit Unhas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB IV

PERIZINAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN DIALISIS

Bagian Kesatu
Penyelenggaraan Klinik Dialisis

Pasal 6

(1) Izin penyelenggaraan klinik dialisis diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota Makassar setelah memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
(2) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan yang berlaku.
(3) Izin penyelenggaraan klinik pelayanan dialisis harus disertai rekomendasi dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi selatan dan organisasi profesi sebagai kelayakan fasilitas pelayanan dialisis.
(4) Izin penyelenggaraan klinik pelayanan dialisis selanjutnya dilakukan melalui o*nline single submission* (OSS)

Bagian Kedua
Penyelenggaraan Unit Pelayanan Dialisis

Pasal 7

(1) Izin penyelenggaran unit pelayanan dialisis dilakukan melalui o*nline single submission* (OSS)
(2) Penyelenggaraan unit pelayanan dialisis di Rumah Sakit yang merupakan pengembangan pelayanan setelah beroperasinya rumah sakit harus terlebih dahulu mendapat izin Dinas Kesehatan Kota Makassar
(3) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan setelah memenuhi persyaratan.

Pasal 8

Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan pelayanan dialisis di Rumah Sakit Unhas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB V

RUANG LINGKUP

Pasal 9

Ruang lingkup pelayanan unit dialisis Rumah Sakit Unhas meliputi pemberian pelayanan dialisis pada:
(1) Pasien normal (non infeksius);
(2) Pasien dengan hepatitis C, menggunakan mesin khusus;
(3) Pasien dengan hepatitis B, menggunakan mesin khusus dan di tempatkan di ruang khusus (isolasi);
(4) Pasien CAPD

Pasien dialisis yang dilayani dapat berasal dari:
(1) Rawat Jalan
(2) Rawat Inap
(3) *Travelling*

BAB V

ORGANISASI

Pasal 10

(1) Unit Dialisis termasuk dalam Instalasi Perawatan Khusus yang langsung dibawahi oleh Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
(2) Kepala Instalasi Perawatan Khusus bertanggung jawab langsung kepada Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
(3) Koordinator pelayanan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Instalasi dan berlaku sebagai mitra.
(4) Perawat Primer dan Perawat Administrasi bertanggung jawab kepada Koordinator pelayanan.
(5) Pasal 11

Ketentuan lebih lanjut mengenai struktur organisasi unit dialisis di Rumah Sakit Unhas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 12

(1) Menteri Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi selatan, dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar melakukan pembinaan dan pengawasan dengan melibatkan organisasi profesi sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangannya masing-masing.
(2) Pengawasan dilakukan terhadap pemenuhan standar sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri ini dan kewajiban yang diatur dalam Peraturan Pemerintah yang mengatur mengenai penyelenggaraan bidang perumahsakitan dan Peraturan Pemerintah yang mengatur mengenai perizinan berusaha berbasis risiko

(3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk :
   a. melindungi pasien dalam penyelenggaraan pelayanan dialisis yang dilakukan tenaga kesehatan;
   b. mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan dialisis sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran; dan
   c. memberikan kepastian hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan.

(4) Laporan pelaksanaan pengawasan dilakukan paling lama 14 (empat belas) hari setelah selesai melaksanakan pengawasan. Laporan ditujukan kepada: Menteri dan tembusan kepada Gubernur dan Bupati/Walikota; dan Lembaga OSS sesuai Peraturan Pemerintah tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko.

Pasal 13

(1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10, Menteri Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi selatan, dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar dapat mengambil tindakan administratif terhadap fasilitas pelayanan dialisis dan tenaga kesehatan.

(2) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
   a. teguran lisan;
   b. teguran tertulis;
   c. pencabutan surta izin praktik; dan/atau
   d. izin penyelenggaraan fasilitas pelayanan dialisis.

BAB VII

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 14

(1) Tiap PPA wajib mendokumentasikan asuhan dan pelayanan yang diberikan ke pasien dalam status harian dialisis dan atau Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

(2) Koordinator pelayanan dialisis harus melakukan pelaporan atas pelayanan dialisis yang diselenggarakan kepada Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) korwil Sulawesi Selatan setiap 6 bulan dan Dinas Kesehatan Kota Makassar setiap 1 (satu) tahun.

(3) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi jumlah pasien, jenis penyakit dan pelayanan dialisis yang diberikan serta jumlah rujukan yang dilakukan.

BAB VIII

PENUTUP

Pasal 15

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.
Agar Setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Rektor dengan penempatannya.

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal

Pada tanggal 30 JANUARI 2023
DIREKTUR UTAMA

ANDI MUHAMMAD ICHSAN
NIP 197002122008011013

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR : 52/UN4.24.0/2023
TANGGAL :30 JANUARI 2023
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN DIALISIS
DI RUMAH SAKIT UNHAS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal merupakan organ vital bagi manusia. Penyakit ginjal kronik (*Chronic Kidney Disease*/CKD) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversble*, dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia. *End Stage Renal Disease* (ESRD) merupakan tahap akhir dari CKD yang ditunjukkan dengan ketidakmampuan ginjal dalam mempertahankan homeostasis. Bila pasien berada pada tahap ESRD, terapi pengganti ginjal menjadi satu-satunya pilihan untuk mempertahankan fungsi tubuh.

Dialisis adalah tindakan medis pemberian terapi pengganti fungsi ginjal sebagai bagian dari pengobatan pasien gagal ginjal dalam upaya mempertahankan kualitas hidup yang optimal yang terdiri dari dialisis peritoneal dan hemodialisis. Dialisis peritoneal adalah suatu terapi pengganti ginjal yang mempergunakan peritoneum pasien yang bersangkutan sebagai membran semipermeabel antara lain CAPD *(Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis**).*** Hemodialisis adalah proses pemisahan/pengeluaran sampah metabolisme atau zat toksik dari dalam tubuh dengan menggunakan selaput membran semipermable oleh suatu *artificial kidney*. Saat ini hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan dan jumlahnya dari tahun ketahun terus meningkat. Unit Dialisis merupakan ruangan khusus yang tidak terpisah dari suatu rumah sakit untuk melaksanakan tindakan dialisis baik dialisis ataupun CAPD *(Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis)*.

B. Tujuan

Pedoman pelayanan unit kerja dialisis di rumah sakit ini dimaksudkan guna memberikan panduan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penyelenggaraan pelayanan dialisis di Rumah Sakit.

(1) Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas pelayanan pasien gagal ginjal yang berorientasi pada keselamatan & keamanan pasien.

(2) Tujuan Khusus

a. Memberi acuan pelayanan dialisis
b. Meningkatkan dan mutu pelayanan di unit dialisis
c. Menjamin kepastian hukum dalam pelayanan dialisis

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Unit Dialisis Rumah Sakit Unhas memberikan pelayanan hemodialisis dan CAPD *(Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis)*. Jumlah mesin hemodialisis terdiri dari 13 mesin NIPRO Surdial 55 Plus, 10 mesin digunakan untuk pasien non infeksius, 1 mesin digunakan untuk pasien dengan hepatitis B, dan 1 mesin digunakan untuk pasien dengan hepatitis C. Unit dialisis Rumah Sakit Unhas memiliki satu ruangan khusus untuk pasien CAPD yang memiliki standar dan prasarana yang sesuai dengan standar pelayanan CAPD.

Tindakan Dialisis yang dilakukan mencakup:

1. Hemodialisis Cito
   Tindakan hemodialisis yang dilakukan pada pasien dengan kondisi harus segera dilakukan tindakan hemodialisis.
   Kriteria dialisis cito:
   - Asidosis metabolik yang sulit dikoreksi
   - Uremia >200 mg/dl
   - Hiperkalemia > 7 mEq/L
   - Intoksikasi
   - Encefalopati uremikum
   - *Overload*
   - Perikarditis uremikum
2. Hemodialisis Inisiasi
   Tindakan hemodialisis inisiasi dilakukan untuk pasien yang baru akan menjalani hemodialisis untuk pertama kali namun tidak tergolong hemodialisis cito.
3. Hemodialisis Reguler
   Tindakan hemodialisis reguler dilakukan kepada pasien yang sudah rutin menjalani hemodialisis dan sudah memiliki jadwa setiap minggunya. Jadwal untuk pasien dialisis regular terdiri dari 2x seminggu dengan durasi 5 jam tiap sesi hemodialisis dan 3x seminggu dengan durasi 4 jam tiap sesi hemodialisis. Indikasi hemodialisis lebih dari 2 kali seminggu yaitu pasien dengan hemodinamik tidak stabil, pasien dengan keperluan operatif, ibu hamil, pasien dengan kondisi overhidrasi yang sulit dikendalikan, pasien dengan berat badan kering lebih dari 75 kg, pasien transplantasi ginjal dengan reaksi rejeksi dan pasien transplantasi ginjal dengan *delayed graft function*.
4. Hemodialisis SLED (*Sustained Low Efficiency Dialysis*)
   Tindakan hemodialisis SLED (*Sustained Low Efficiency Dialysis*) dilakukan kepada pasien dengan kondisi tidak stabil. Durasi hemodialisis SLED dilakukan 6 jam tiap sesi)
5. Hemodialisis SLEED (*Sustained Low Efficiency Daily Dialysis*)
   Tindakan dialisis SLEED (*Sustained Low Efficiency Daily Dialysis*) dilakukan kepada pasien dengan kondisi tidak stabil dan tidak dapat dilakukan hemodialisis SLED. Durasi hemodialisis SLEED dilakukan 2 jam tiap sesi dan dilakukan tiap hari
6. Tindakan CAPD
   Terapi pengganti ginjal alternatif lain selain hemodialisis yang mempergunakan peritoneum pasien sendiri sebagai membran semipermeabel

D. Batasan Operasional

Unit Dialisis merupakan ruangan khusus yang tidak terpisah dari suatu rumah sakit untuk melaksanakan tindakan dialisis baik hemodialisis ataupun CAPD *(Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis)*.

E. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812/Menkes/Per/VII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan dialysis pada fasilitas kesehatan
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 Tentang Standar Kegiatan Usaha Dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan
8. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI). 2013. Konsensus Dialisis Perhimpunan Nefrologi Indonesia. Jakarta;
9. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI). 2018. Pedoman Tatalaksan Penjaminan Kendali Mutu di Unit Dialisis. Jakarta;
10. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 24/UN4.1/2022 tanggal 17 Oktober 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
11. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7071/UN4.1/KEP/2022 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

F. Kebijakan Unit

Dalam rangka mencapai efektivitas pelayanan dialisis perlu ditunjang dengan suatu kebijakan Prosedur Operasional Standar (POS):

Hemodialisis

1. Alur pelayanan hemodialisis
2. Penerimaan pasien baru
3. Pelayanan pasien cito
4. Pemeriksaan hepatitis B, C dan HIV
5. Pemisahan mesin hemodialisis
6. Pemindahan pasien dari mesin B dan C ke mesin normal
7. Prosedur insersi *AV Shunt*
8. Prosedur perawatan *Double Lumen Catheter* (DLC)
9. Persiapan mesin dialisis
10. Pemasangan *bloodline*
11. *Informed consent* dialisis
12. Heparinisasi
13. Prosedur hemodialisis
14. Penanganan hipertensi intradialisis
15. Penanganan hipotensi intradialisis
16. Penanganan nyeri dada intradialisis

17. Penanganan emboli paru intradialisis
18. Penanganan sakit kepala intradialisis
19. Penanganan demam menggigil intradialisis
20. Penanganan kram otot intradialisis
21. Pemberian terapi *Eritropoetin Stimulating Agent* (ESA)
22. Pemberian terapi besi parenteral
23. Biopsi ginjal
24. Transfer pasien dari Instalasi Perawatan Intensif/Instalasi Rawat Inap ke Unit Dialisis
25. Transfer pasien dari Instalasi dari Unit Dialisis Perawatan Intensif/Instalasi Rawat Inap
26. Penanganan Pasien COVID-19 di Unit Hemodialisis
27. Alur Pasien Hemodialisis yang membutuhkan rawat inap
28. Penerimaan Pasien *Traveling* Hemodialisis
29. *Screening* COVID-19 di Unit Hemodialisis
30. Tranfusi Intradialitik
31. Penanganan Anemia

CAPD

1. Alur Pelayanan CAPD
2. Prosedur Pergantian *Transfer Set* CAPD
3. Prosedur Pemeriksaan Pet (*Peritoneal Equilibrium Test*)
4. Prosedur Pergantian Cairan CAPD
5. Prosedur Perawatan *Exit Site* CAPD
6. Prosedur Pengambilan Sampel Kultur Cairan CAPD
7. Prosedur Pemeriksaan Adekuasi CAPD
8. Prosedur Pemberian Obat Intraperitoneal

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

Pasien yang menjalani dialisis membutuhkan pemantauan dan tunjangan hidup khusus yang harus dilakukan oleh suatu tim, termasuk di antaranya dokter yang mempunyai dasar pengetahuan, keterampilan teknis, komitmen waktu, dan secara fisik selalu berada di tempat untuk melakukan perawatan dialisis. Perawatan ini harus berkelanjutan dan bersifat proaktif, yang menjamin pasien dikelola dengan cara aman, manusiawi, dan efektif dengan menggunakan sumber daya yang ada, sehingga memberikan kualitas pelayanan yang tinggi dan hasil optimal.

Kualifikasi tenaga kesehatan yang bekerja di unit dialisis harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai dan mempunyai komitmen tehadap waktu. Uraian kualifikasi ketenagaan berdasarkan klasifikasi pelayanan unit dialisis seperti terlihat pada tabel 1 di bawah ini

KLASIFIKASI KETENAGAAN DI UNIT PELAYANAN DIALISIS

No	Jenis Tenaga	Klasifikasi Pelayanan
1.	Supervisor	Seorang dokter spesialis penyakit dalam konsultan ginjal hipertensi (Sp.PD-KGH) yang diakui pernefri dan bertugas sebagi pengawas supervisor. Disamping itu dapat juga bertugas sebagai dokter penanggung jawab unit dialisis dan/atau dokter pelaksana unit dialisis
2.	Perawat mahir	Perawat lulusan Ners/Akademi keperawatan yang telah menempuh pendidikan khusus dialisis dan perawat ginjal intensif dipusat pelatihan dialisis yang diakui PERNEFRI
3.	Perawat terlatih	Perawat lulusan Ners/Akademi keperawatan yang telah mendapatkan pelatihan tentang dasar-dasar dialisis yang nantinya akan membantu perawat mahir dalam melaksanakan tindakan dialisis
4.	Perawat Administrasi	Perawat lulusan Akademi keperawatan yang akan memfasilitasi dan mengurus administrasi di unit dialisis
5.	Teknisi	Minimal SMU/STM atau perawat dengan Pelatihan khusus mesin dialisis dan perlengkapannya. Bertugas menyiapkan mesin, perlengkapan, menjalankan, merawat mesin dialisis dan pengolahan air, bekerjasama dengan tekhnisi pabrik pembuatnya (produsen/agent)

Data Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jumlah dan Kualifikasi di Unit Dialisis Rumah Sakit Unhas, Tahun 2022

No	Tugas dan Perannya	Status	Pendidikan	Jumlah	Nama
1	Supervisor	PNS & Non PNS	Dokter Konsulen Ginjal Hipertensi	3	• Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, SpPD, KGH, SpGK, FINASIM • Prof. Dr. dr. Syakib Bakri, SpPD KGH • Dr. dr. Hasyim Kasim, SpPD, KGH, FINASIM • dr.St.Rabiul Zatalia,Sp.PD-KGH, FINASIM • dr. Akhyar Albaar, Sp.PD-KGH, FINASIM
2	Kepala Instalasi	PNS	Dokter Spesialis	1	dr. Akhyar Albaar, Sp.PD-KGH, FINASIM
3	Kepala Ruangan	PNS	Magister Keperawatan	1	Dewiyanti Toding, S.Kep.,Ns, M.kep
4	Perawat Administrasi	Kontrak	D3	1	Fadly Nuraman, Amd. kep
5	Perawat Primer	PNS	Magister Keperawatan	1	Isnah Ariyanti, S.kep.,Ns, M.kep
6	Perawat Pelaksana	PNS	Ners	1	Sitti Paisah, S.Kep.,Ns
			D3	1	Muh. Subair, Amk
		NPT	Ners	4	• Harlinah, S.Kep., Ns • Sri Rahayu, S.Kep.,Ns • Suci Indra Safutri, S.Kep.,Ns • Zainal Abidin, S.Kep., Ns • Syahrul, S.Kep., Ns
			D3	1	Masnawati Riduan, Amd.kep

Sumber : Data Sekunder Rumah Sakit Unhas, 2022

B. Distribusi Ketenagaan

Dalam pelayanan dialisis perlu menyediakan sumber daya manusia yang kompeten, cekatan dan mempunyai kemampuan sesuai dengan perkembangan teknologi sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal, efektif dan efisien. Atas dasar tersebut di atas, maka perlu kiranya menyediakan, mempersiapkan dan mendayagunakan sumber-sumber yang

ada. Untuk menunjang pelayanan dialisis, maka dibutuhkan tenaga dokter, perawat yang mempunyai pengalaman, keterampilan dan pengetahuan yang sesuai.

No	Jenis Tenaga	Jadwal Jaga
1	Dokter Jaga Hemodialiss	Senin-Sabtu, Pukul 07.15-19.30 WITA
2	Koordinator Pelayanan	Senin-Kamis, Pukul 07.15-16.00 WITA, Jumat, Pukul 07.15-16.30 WITA
3	Perawat Primer	Senin-Kamis, Pukul 07.15-16.00 WITA, Jumat, Pukul 07.15-16.30 WITA
4	Perawat Pelaksana	Senin-Sabtu, Pagi Pukul 07.15-14.00 WITA Senin-Sabtu, Siang Pukul 12.15-19.30 WITA

C. Pengaturan Jaga

1. Pengaturan jadwal dinas perawat dialisis dibuat dan dipertanggungjawabkan oleh Koordinator pelayanan dialisis dan diketahui oleh Kepala Instalasi Perawatan Khusus yang selanjutnya akan dilaporkan ke bagian SDM Rumah Sakit Unhas.
2. Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu 1 bulan dan direalisasikan ke perawat dialisis setiap 1 bulan.
3. Untuk tenaga perawat yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu maka perawat tersebut mengajukan permintaan dinas paling lambat tanggal 22 bulan sebelumnya. Permintaan akan disesuakan dengan kebutuhan tenaga yang ada (apabila tenaga cukup, berimbang dan tidak mengganggu pelayanan, permintaan dapat disetujui).
4. Jika ada perubahan mendadak jadwal jaga perawat maka wajib mengisi *form* pertukaran jaga yang disetujui oleh koordinator pelayanan, kepala instalasi dan kepala bidang SDM dan Adm. Umum paling lambat 5 hari kerja sebelum pertukaran dinas berlangsung. Pergantian pertukaran dinas harus dilakukan di bulan yang sama.
5. Sistem pelayanan unit dialisis dilakukan selama 13 jam dengan pembagian shift. Pembagian shift dibagi menjadi 2 shift yaitu :
   - shift pagi dimulai pada 07.15 s.d 14.00 WITA
   - shift siang dimulai pukul 12.15 s.d 19.30 WITA

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

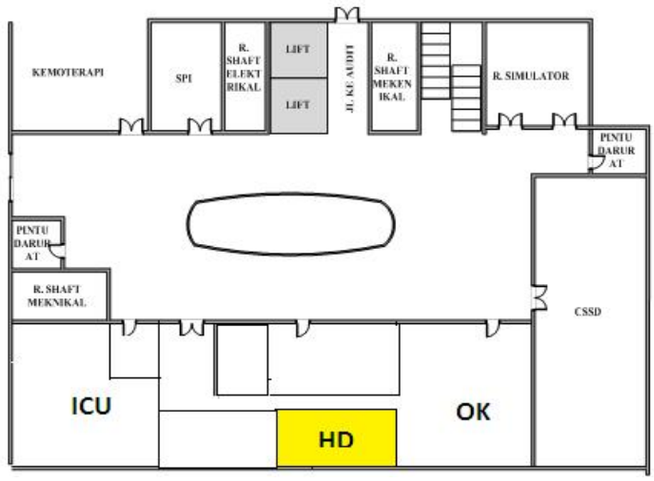
1) Lokasi

Ruang unit dialisis terletak di lantai dua gedung EF Rumah Sakit Unhas. Berada satu komplek dengan ruangan operasi (OK) dan ruang pemulihan serta ruang ICU. Akses ke unit gawat darurat, laboratorium, dan radiologi sangat mudah karena dapat diakses menggunakan lift.

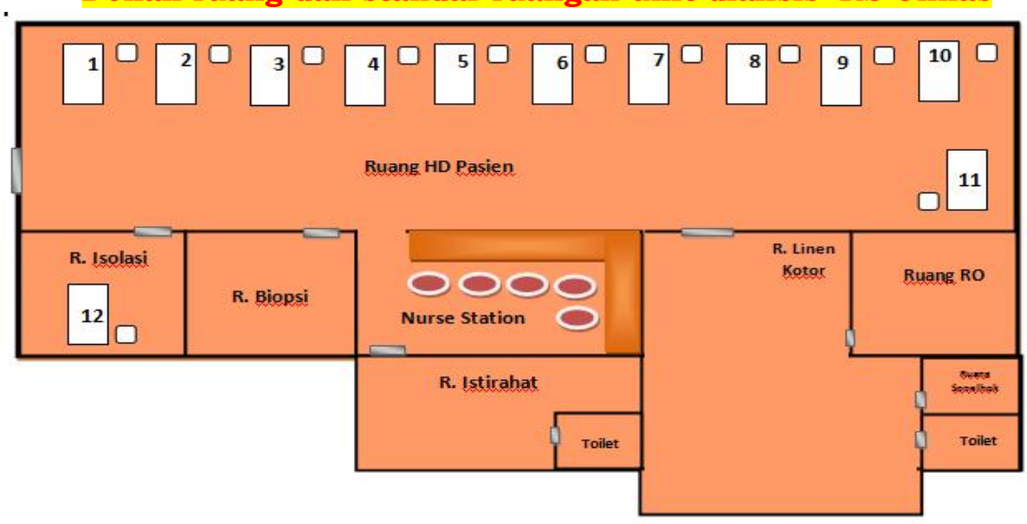
2) Denah

Pelayanan unit dialisis yang memadai ditentukan berdasarkan desain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat.

Analisis Denah Standar dan Sarana Unit dialisis RS Unhas



Denah ruang dan standar ruangan unit dialisis RS Unhas



B. Standar Fasilitas

a. Persyaratan Minimal Bangunan dan Prasarana

1. Bangunan Unit Dialisis
   a. Ruangan Dialisis
   b. Ruangan Pemeriksaan / Konsultasi
   c. Ruangan Dokter
   d. Ruangan Perawat (*Nurse Station*)
   e. Ruangan *Reuse*

f. Ruangan Pengolahan Air (*water treatment*)
g. Ruangan Sterilisasi alat
h. Ruangan Penyimpanan Obat
i. Ruangan Pimpinan
j. Ruangan Administrasi
k. Ruangan Pendaftaran / penerimaan pasien dan rekam medik
l. Ruang penunjang non medik
m. Ruang tunggu pasien
n. Toilet
o. Spoelhok

2. Seluruh ruangan harus memenuhi persyaratan minimal untuk kebersihan, ventilasi, penerangan dan mempunyai sistem keselamatan kerja dan kebakaran
3. Mesin dialisis yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan harus secara berkala dikalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4. Mempunyai fasilitas listrik dan penyediaan air bersih (*water treatment*) yang memenuhi persyaratan kesehatan
5. Mempunyai sarana untuk mengolah limbah dan pembuangan sampah sesuai peraturan yang berlaku.

b. Persyaratan Minimal Peralatan
1. Sekurang – kurangnya 4 mesin dialisis yang siap pakai dan jenis mesin dialisis tersebut harus terdaftar di departemen kesehatan
2. Tempat tidur / kursi untuk tempat pasien yang dialisis
3. Peralatan medik standar seperti stetoskop, tensimeter, timbangan badan dan sebagainya, dengan jumlah sesuai kebutuhan
4. Sebaiknya mempunyai peralatan yang diperlukan untuk resusitasi kardiopulmoner yang sekurang – kurangnya terdiri dari ambu viva
5. Peralatan *reuse dializer* manual atau otomatis
6. *Nurse call system*
7. Peralatan pengolahan air sehingga air untuk dialisis memenuhi standar AAMI
8. Peralatan sterillisasi alat medis
9. Generator listrik sesuai kebutuhan
10. Peralatan pemadam kebakaran
11. Peralatan Komunikasi Eksternal (telepon dan Fax)
12. Peralatan untuk kegiatan perkantoran
13. Peralatan untuk mengelola limbah dan sampah
14. Perlengkapan dan peralatan lain sesuai kebutuhan

Ruangan unit dialisis Rumah Sakit Unhas dilengkapi dengan tiga belas mesin dialisis dan empat belas tempat tidur. Jarak tempat tidur satu setengah meter yang memudahkan akses pelayanan terhadap pasien. *Nurse station* berada di pusat ruangan sehingga akses untuk observasi pasien lebih mudah. Terdapat juga ruang perawat yang sekaligus menjadi ruang koordinator pelayanan.

Peralatan yang memadai baik kualitas maupun kuantitas sangat membantu kelancaran pelayanan. Di bawah ini adalah uraian peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan unit dialisis Rumah Sakit Tipe B:

No.	Nama Fasilitas	Kondisi	
		Baik	Rusak
1.	Mesin Dialisis Merk Nipro Surdial 55 plus	√	
2.	Tempat tidur	√	
3.	Alat pengukur tekanan darah Mobile	√	
4.	Alat pengukur tekanan darah air raksa	√	
5.	EKG	√	

6.	Syring Pump Syramed SP 6000	√	
7.	Alat pengukur suhu air raksa	√	
8.	Alat penghisap (*suction*) sentral	√	
9.	Humidifier	√	
10.	Alat akses vascular	√	
11.	Monitor RGB	√	
12.	Oksigen sentral	√	
13.	*Emergency trolley* yang berisi alat dan obat untuk keadaan *emergency*: ✓ Adrenalin ✓ Sulfat atrophin ✓ Ephedrine ✓ Epinephrine ✓ KCL ✓ Dextrosa 40%	√	
14.	Goggle/kacamata Be-safe	√	
15.	Apron	√	
16.	Sepatu boot	√	
17.	Sarung tangan karet	√	
18.	Timbangan	√	
19.	USG	√	
20.	Oksigen transfer	√	
21.	*Medical refrigerator*	√	
22.	Laringoskop	√	

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Alur Pelayanan

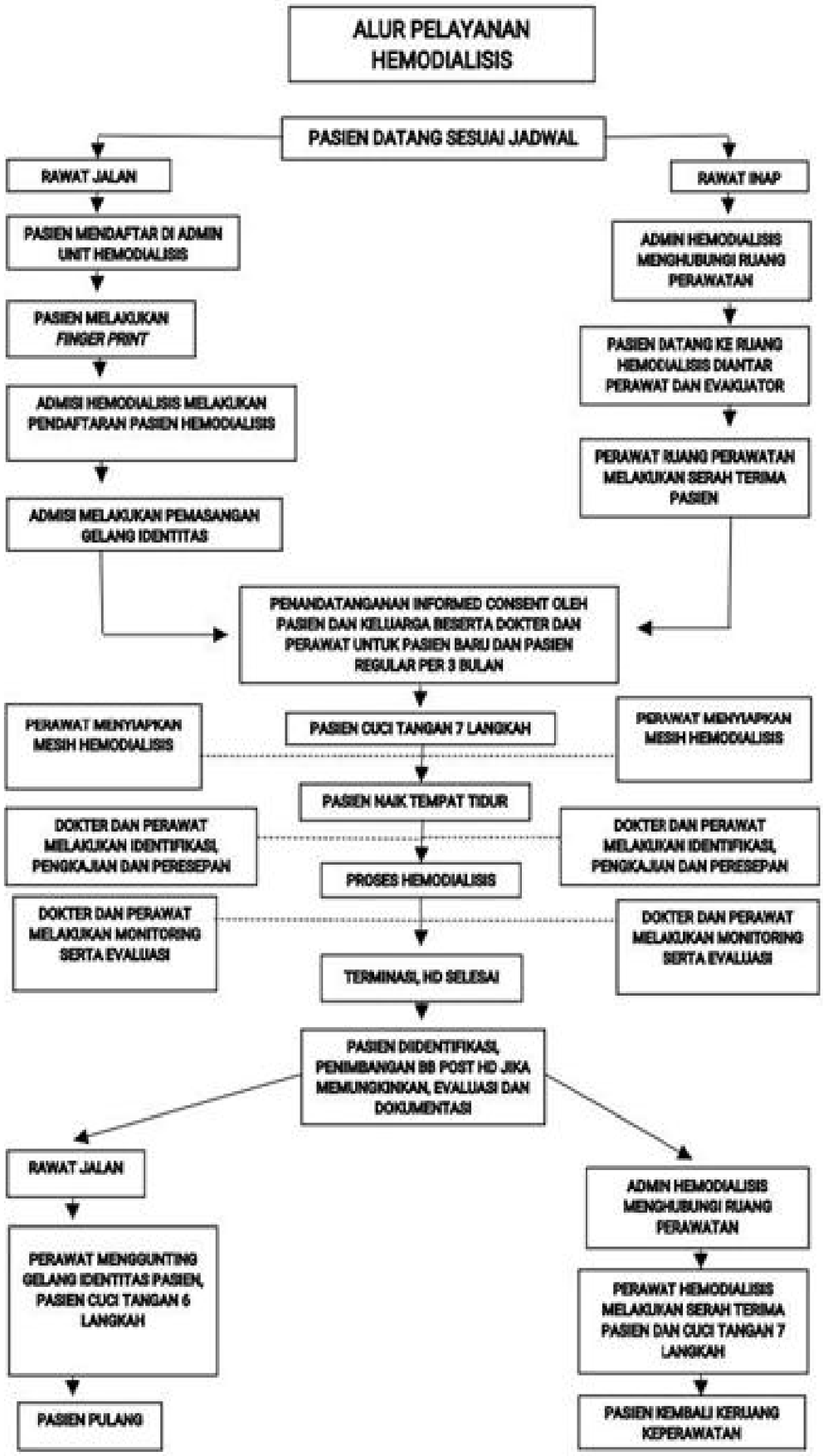
1. Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

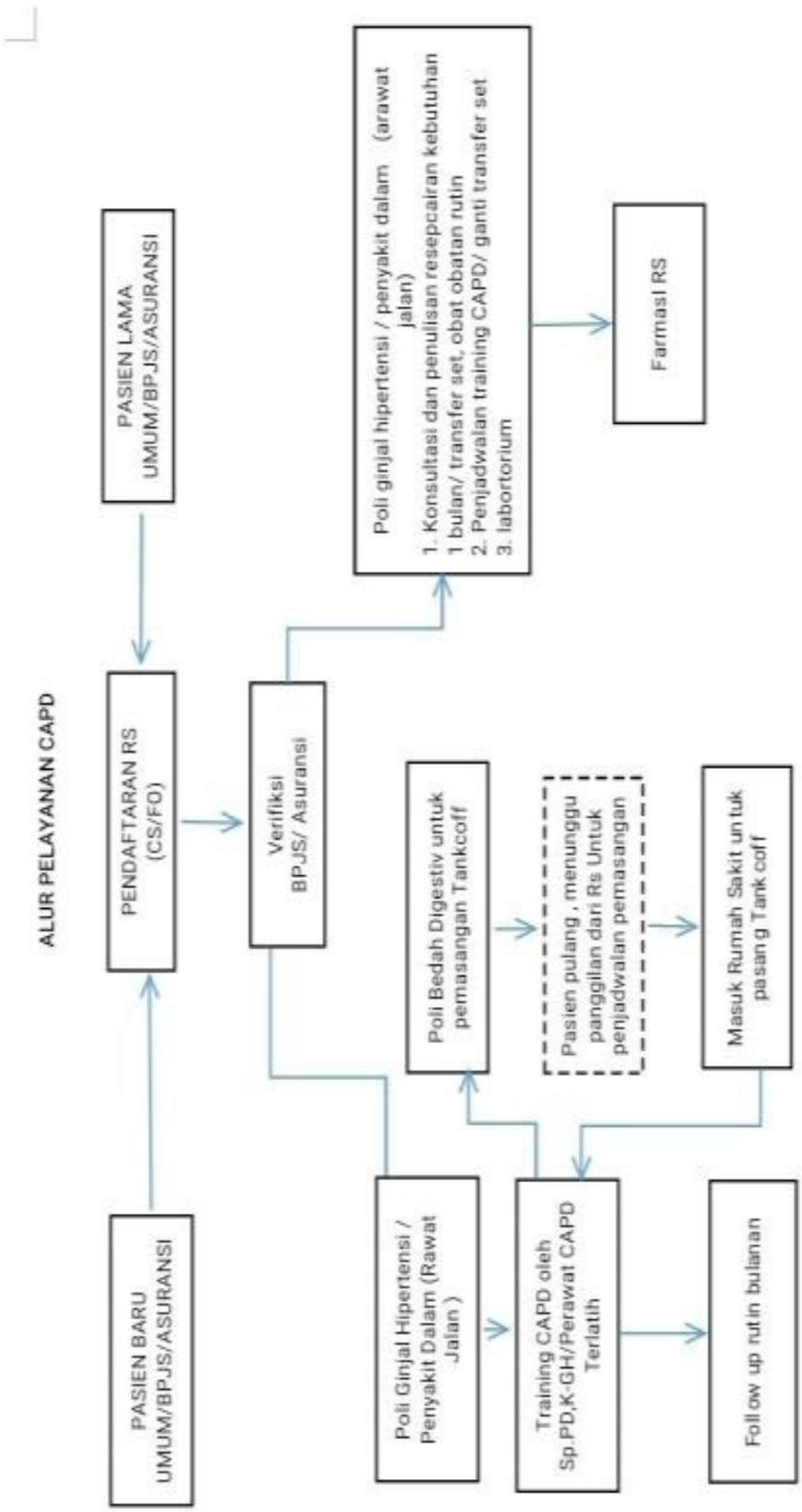
Pasien rawat jalan yang akan menjalani dialisis datang sesuai jadwal yang telah ditetapkan oleh petugas dialisis. Pasien dengan jaminan BPJS Kesehatan mendaftar di ruang administrasi dialisis dan melakukan deteksi sidik jari/*fingerprint*. Setelah SEP diterbitkan pasien dipasangi gelang identitas, dilakukan penimbangan berat badan, pemberian *informed consent* dan dipersilahkan menempati tempat tidur yang telah ditentukan.

2. Pendaftaran Pasien Rawat Inap

Perawat administrasi ruang dialisis akan menghubungi perawat ruangan dimana pasien tersebut dirawat. Perawat administrasi akan meminta perawat ruangan mengantar pasien tersebut ke ruang dialisis.

Alur pelayanan dialisis dapat dilihat pada bagan di bawah ini:


ALUR PELAYANAN HEMODIALISIS
PASIEN DATANG SESUAI JADWAL
RAWAT JALAN
RAWAT INAP
PASIEN MENDAFTAR DI ADMIN UNIT HEMODIALISIS
PASIEN MELAKUKAN FINGER PRINT
ADMISI HEMODIALISIS MELAKUKAN PENDAFTARAN PASIEN HEMODIALISIS
ADMISI MELAKUKAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS
ADMIN HEMODIALISIS MENGHUBUNGI RUANG PERAWATAN
PASIEN DATANG KE RUANG HEMODIALISIS DIANTAR PERAWAT DAN EVAKUATOR
PERAWAT RUANG PERAWATAN MELAKUKAN SERAH TERIMA PASIEN
PENANDATANGANAN INFORMED CONSENT OLEH PASIEN DAN KELUARGA BESERTA DOKTER DAN PERAWAT UNTUK PASIEN BARU DAN PASIEN REGULAR PER 3 BULAN
PERAWAT MENYIAPKAN MESIN HEMODIALISIS
PASIEN CUCI TANGAN 7 LANGKAH
PERAWAT MENYIAPKAN MESIN HEMODIALISIS
PASIEN NAIK TEMPAT TIDUR
DOKTER DAN PERAWAT MELAKUKAN IDENTIFIKASI, PENGKAJIAN DAN PERESEPAN
DOKTER DAN PERAWAT MELAKUKAN IDENTIFIKASI, PENGKAJIAN DAN PERESEPAN
PROSES HEMODIALISIS
DOKTER DAN PERAWAT MELAKUKAN MONITORING SERTA EVALUASI
DOKTER DAN PERAWAT MELAKUKAN MONITORING SERTA EVALUASI
TERMINASI, HD SELESAI
PASIEN DIIDENTIFIKASI, PENIMBANGAN BB POST HD JIKA MEMUNGKINKAN, EVALUASI DAN DOKUMENTASI
RAWAT JALAN
PERAWAT MENGGUNTING GELANG IDENTITAS PASIEN, PASIEN CUCI TANGAN 6 LANGKAH
PASIEN PULANG
ADMIN HEMODIALISIS MENGHUBUNGI RUANG PERAWATAN
PERAWAT HEMODIALISIS MELAKUKAN SERAH TERIMA PASIEN DAN CUCI TANGAN 7 LANGKAH
PASIEN KEMBALI KERUANG KEPERAWATAN


ALUR PELAYANAN CAPD
PASIEN BARU UMUM/BPJS/ASURANSI
PASIEN LAMA UMUM/BPJS/ASURANSI
PENDAFTARAN RS (CS/FO)
Verifiksi BPJS/ Asuransi
Poli ginjal hipertensi / penyakit dalam (arawat jalan)
1. Konsultasi dan penulisan resepcairan kebutuhan 1 bulan/ transfer set, obat obatan rutin
2. Penjadwalan training CAPD/ ganti transfer set
3. labortorium
Farmasi RS
Poli Bedah Digestiv untuk pemasangan Tankcoff
Pasien pulang , menunggu panggilan dari Rs Untuk penjadwalan pemasangan
Masuk Rumah Sakit untuk pasang Tank coff
Poli Ginjal Hipertensi / Penyakit Dalam (Rawat Jalan)
Training CAPD oleh Sp.PD,K-GH/Perawat CAPD Terlatih
Follow up rutin bulanan

B. Jenis Pelayanan

1. Pelayanan Dialisis Rawat Jalan

Memberikan pelayanan dialisis baik hemodialisis maupun CAPD kepada pasien rawat jalan dengan membantu meningkatkan kualitas hidup pasien dengan gagal ginjal.

2. Pelayanan Dialisis Rawat Inap

Memberikan pelayanan dialisis kepada pasien rawat inap agar memperoleh penanganan hemodialisa dengan upaya mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan.

3. Pelayanan Dialisis Cito/*Oncall*

Memberikan pelayanan di luar jam kerja kepada pasien dengan kondisi emergency dan harus segera dilakukan tindakan hemodialisis. Adapun kriteria pasien yang harus segera dilakukan tindakan hemodialisis yaitu pasien dengan kondisi:

- Asidosis metabolik yang sulit dikoreksi
- Uremia >200 mg/dl
- Hiperkalemia > 7 mEq/L
- Intoksikasi
- Encefalopati uremikum
- *Overload*
- Perikarditis uremikum

C. Skrining Infeksi Pasien

Skrining infeksi pasien dilakukan pada setiap pasien baru hemodialisis dan CAPD atau pasien pindah dari unit dialisis lain. Pemeriksaan serologi yang dilakukan adalah HBs Ag, anti HCV, dan anti HIV. Pemeriksaan serologi yang diharapkan minimal dengan menggunakan metode ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*). Pemeriksaan ini bertujuan untuk menentukan apakah pasien dapat menerima pelayanan dialisis di RS Universitas Hasanuddin atau tidak. Hal ini juga bertujuan pada penempatan mesin saat menjalani tindakan hemodialisis. Untuk mengurangi risiko penularan C0VID-19 maka dilakukan skrining pasien COVID-19 di unit hemodialisis setiap bulan.

D. Pemberian *Informed Consent*

Pemberian *informed Consent* dilakukan pada pasien/keluarga yang akan dilakukan tindakan dialisis serta akan dilakukan kembali tiap 30 hari sekali atau terdapat perubahan terapi pada pasien yang akan menjalani hemodialisis. Hal ini bertujuan sebagai sarana untuk mendapatkan legitimasi atas tindakan dialisis yang akan dilakukan terhadap pasien.

E. Asesmen Pasien Dialisis

Asesmen yang dilakukan pada pasien hemodialisis meliputi asesmen awal, asesmen harian dan asesmen berkala. Asesmen awal dilakukan pada setiap pasien yang akan menjalani hemodialisis untuk pertama kalinya dan akan dilakukan asesmen berkala setiap 30 hari sekali. Adapun asesmen harian dilakukan setiap kali pasien menjalani hemodialisis. Asesmen pada pasien CAPD meliputi asesmen awal yang dilakukan pada setiap pasien yang akan menjalani CAPD untuk pertama kalinya dan akan dilakukan pengkajian berkala pada saat kunjungan perawat ke pasien CAPD di rumah.

F. Prosedur Pelayanan Dialisis

Prosedur yang dilakukan untuk menunjang tindakan dialisis diatur dalam Prosedur Operasional Standar (POS). Adapun list Prosedur Operasional Standar (POS) di unit dialisis:

Hemodialisis

1. Alur pelayanan hemodialisis
2. Penerimaan pasien baru
3. Pelayanan pasien cito
4. Pemeriksaan hepatitis B, C dan HIV
5. Pemisahan mesin hemodialisis
6. Pemindahan pasien dari mesin B dan C ke mesin normal
7. Prosedur insersi *AV Shunt*
8. Prosedur perawatan *Double Lumen Catheter* (DLC)
9. Persiapan mesin dialisis
10. Pemasangan *bloodline*
11. *Informed consent* dialisis
12. Heparinisasi
13. Prosedur hemodialisis
14. Penanganan hipertensi intradialisis
15. Penanganan hipotensi intradialisis
16. Penanganan nyeri dada intradialisis
17. Penanganan emboli paru intradialisis
18. Penanganan sakit kepala intradialisis
19. Penanganan demam menggigil intradialisis
20. Penanganan kram otot intradialisis
21. Pemberian terapi *Eritropoetin Stimulating Agent* (ESA)
22. Pemberian terapi besi parenteral
23. Biopsi ginjal
24. Transfer pasien dari Instalasi Perawatan Intensif/Instalasi Rawat Inap ke Unit Dialisis
25. Transfer pasien dari Instalasi dari Unit Dialisis Perawatan Intensif/Instalasi Rawat Inap
26. Penanganan Pasien COVID-19 di Unit Hemodialisis
27. Alur Pasien Hemodialisis yang membutuhkan rawat inap
28. Penerimaan Pasien *Traveling* Hemodialisis
29. *Screening* COVID-19 di Unit Hemodialisis
30. Tranfusi Intradialitik
31. Penanganan Anemia

CAPD

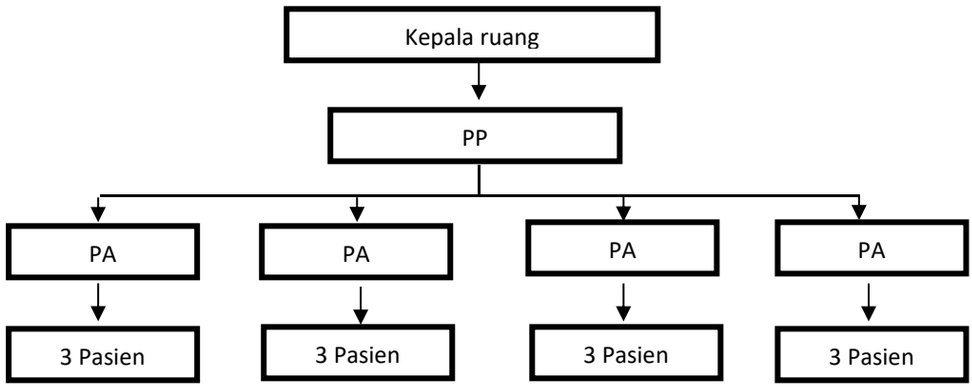
1. Alur Pelayanan CAPD
2. Prosedur Pergantian *Transfer Set* CAPD
3. Prosedur Pemeriksaan Pet (*Peritoneal Equilibrium Test*)
4. Prosedur Pergantian Cairan CAPD
5. Prosedur Perawatan *Exit Site* CAPD
6. Prosedur Pengambilan Sampel Kultur Cairan CAPD
7. Prosedur Pemeriksaan Adekuasi CAPD
8. Prosedur Pemberian Obat Intraperitoneal

G. Pelayanan Keperawatan Unit Dialisis

Model penugasan : Model modifikasi primer

Deskripsi: Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan keperawatan. Perawat primer sebagai perawat penanggung jawab asuhan, bertanggung jawab penuh selama proses dialisis berlangsung terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari masuk sampai keluar rumah sakit.

Struktur MAKP Modifikasi Primer



BAB V

LOGISTIK

Perencanaan alat kesehatan, barang habis pakai, *form* rekam medis, dan alat tulis kantor dilakukan sesuai kebutuhan dan disusun pada triwulan ke IV yang kemudian akan disusun dalam rencana strategis unit dialisis. Tujuan dari perencanaan alat kesehatan, barang habis pakai, *form* rekam medis, dan alat tulis kantor agar dapat menunjang proses pelayanan di unit dialisis.

A. Prosedur Penyediaan Alat Kesehatan di Unit Dialisis

Perencanaan peralatan/peremajaan dan pengadaan peralatan baru dilakukan sesuai kebutuhan dan disusun pada triwulan ke IV yang kemudian akan disusun dalam rencana strategis unit dialisis. Tujuan dari perencanaan pengadaan dan peremajaan peralatan adalah agar peralatan dapat digunakan setiap saat tanpa adanya hambatan dan menunjang proses pelayanan di unit dialisis.

Prosedur kegiatan:

a. Dilakukan pengecekan rutin, sehingga diketahui peralatan yang tidak dapat digunakan atau tidak dapat diperbaiki, dan direncanakan dalam anggaran rutin atau diganti yang baru.
b. Pengajuan pembelian peralatan baru diketahui kepala instalasi kepada tim pengadaan barang rumah sakit disertai perkiraan biaya.
c. Bila sudah terealisasi kepala instalasi menerima alat dan menandatangani buku penerimaan barang serta menuliskan pada buku inventaris.

B. Prosedur Penyediaan Barang Habis Pakai di Ruang Dialisis

Penyediaan barang habis pakai dan obat di ruang dialisis yang digunakan baik oleh dokter maupun perawat berhubungan langsung dengan depo farmasi OK/dialisis/ICU. Barang habis pakai dan obat yang akan digunakan diorder dengan sistem IT Rumah Sakit Unhas.

Prosedur kegiatan:

a. Admisi unit dialisis/perawat/dokter melakukan order melalui sistem IT
b. Depo farmasi OK/ dialisis /ICU menerima orderan
c. Depo farmasi OK/Dialisis/ICU menyiapkan barang habis pakai dan obat sesuai orderan.
d. Depo farmasi OK/Dialisis/ICU akan menghubungi unit dialisis untuk mengambil barang habis pakai dan obat sesuai orderan.
e. Admisi unit dialisis/perawat/dokter menerima barang habis pakai dan obat dari depo farmasi OK/Dialisis/ICU

C. Prosedur Penyediaan *Form* Rekam Medis di Ruang Dialisis

a. Form rekam medis yang digunakan di unit dialisis disediakan oleh instalasi admisi dan rekam medis Rumah Sakit Unhas. Saat jumlah *form* di unit dialisis sudah mulai berkurang maka admisi akan melakukan order *form* melalui sistem IT. Form rekam medis yang di order adalah rekam medis yang belum tersedia secara elektronik. Permintaan penyedian *form* dapat dilakukan tiap hari kerja.

Prosedur kegiatan:

b. Admisi unit dialisis melakukan order *form* melalui sistem IT
c. Instalasi admisi dan rekam medis menerima orderan
d. Instalasi admisi dan rekam medis menyiapkan *form* rekam medis sesuai orderan.

e. Instalasi admisi dan rekam medis akan menghubungi unit dialisis untuk mengambil *form* rekam medis sesuai orderan.
f. Admisi unit dialisis menerima *form* rekam medis dari instalasi admisi dan rekam medis
g. Form rekam medis yang di order adalah rekam medis yang belum tersedia secara elektronik

D. Prosedur Penyediaan ATK

Alat tulis kantor yang digunakan di unit dialisis disediakan oleh instalasi layanan pengadaan Rumah Sakit Unhas. Permintaan alat tulis kantor dilakukan setiap bulannya melalui sistem IT . Permintaan alat tulis kantor dapat dilakukan tiap hari selasa dan jumat.

Prosedur kegiatan:

a. Admisi unit dialisis melakukan order alat tulis kantor melalui sistem IT
b. Staf logistik menerima orderan
c. Staf logistik menyiapkan alat tulis kantor sesuai orderan.
d. Staf logistik akan menghubungi unit dialisis untuk mengambil alat tulis kantor sesuai orderan.
e. Admisi unit dialisis menerima alat tulis kantor dari staf logistik

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Ruang dialisis merupakan ruang perawatan yang memiliki risiko tinggi, baik dari segi kondisi pasien maupun dari peralatan yang digunakan sehingga dibutuhkan keterampilan perawat yang cepat dan tepat untuk keselamatan pasien.

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Proses tersebut meliputi:

1. Asesmen risiko
2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko
3. Pelaporan dan analisis insiden
4. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut
5. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbul risiko

Hal-hal tersebut bertujuan untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko. Salah satu langkah yang dapat diambil dalam penerapan sasaran keselamatan pasien adalah menerapkan sistem manajemen risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Manajemen risiko adalah perilaku dan intervensi proaktif untuk mengurangi kemungkinan cedera serta kehilangan. Manajemen risiko bertujuan untuk mencegah cedera pada pasien dan menghindari tindakan yang merugikan profesi. Asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan sistem pelaksanaannya yang aman merupakan kunci bagi manajemen risiko yang efektif dalam keperawatan kedaruratan. Mayoritas cedera pada pasien dapat ditelusuri sampai kepada ketidaksempurnaan sistem yang dapat menjadi penyebab primer cedera atau yang membuat perawat melakukan kesalahan sehingga terjadi cedera pada pasien. Begitu terjadi cedera, manajemen risiko harus memfokuskan perhatiannya pada upaya mengurangi akibat cedera tersebut untuk memperkecil kemungkinan diambilnya tindakan hukum terhadap petugas.

B. Tujuan

Adapun tujuan dilakukannya *Patient Safety* dan *Risk Management* di ruang dialisis:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan dan pelaporan KTD untuk menghindari terjadinya pengulangan KTD
5. Perbaikan dan peningkatan sistem pelayanan kepada pasien dan masyarakat

C. Standar *Patient Safety*

1. Identifikasi pasien dengan benar.

Identifikasi pasien dilakukan pada semua kegiatan sebagai berikut : sebelum pemberian obat, sebelum pemberian darah/produk darah, sebelum pengambilan darah atau sampel lain untuk pemeriksaan klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya terhadap pasien, sebelum pemberian diet kepada pasien.

Dalam proses identifikasi pasien dengan benar, dapat dilakukan sedikitnya dua cara identifikasi pasien, yaitu : Nama Lengkap Pasien dan Tanggal Lahir Pasien atau Nama Lengkap Pasien dan Nomor Rekam Medik Pasien, tidak diperbolehkan menggunakan nomor tempat tidur pasien.

2. Meningkatkan Efektifitas Komunikasi Verbal

Komunikasi antara petugas rumah sakit dengan pasien dapat dilakukan baik secara tertulis maupun lisan/verbal. Kesalahan yang membahayakan pasien yang sering terjadi adalah pada komunikasi verbal/lisan. Komunikasi verbal/lisan yang dimaksud adalah :

a. Komunikasi via telepon maupun perintah secara langsung/lisan
b. Komunikasi dalam memberikan instruksi (baik terapi, prosedur/tindakan, diet, dll)
c. Komunikasi dalam melaporkan hasil pemeriksaan terkait kondisi pasien yang kritis
d. Komunikasi yang melibatkan pasien secara aktif untuk bertanya tentang hal-hal yang terkait dengan pelayanan yang diterima.

Adapun persyaratan komunikasi verbal via telepon atau perintah lisan adalah dengan cara **Tulis**, **Baca kembali** dan **Konfirmasi (TBaK)**yaitu :

a. Pemberi informasi mengucapkan perintah secara jelas
b. Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan di rekam medik yang ditujukan untuk penulisan tersebut (Tulis)
c. Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi (Baca Kembali), jika perlu harus dieja.
d. Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasikan kebenaran hasil pemb acaan ulang (Konfirmasi Ulang) dan meminta pemberi perintah agar datang menandatangani catatan rekam medik tersebut paling lambat 24 jam sebelum perintah.
e. Di formulir pencatatan rekam medik, ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam), kemudian meminta tanda tangan dari pemberi perintah saat dia datang paling lambat 1 X 24 jam.

Persyaratan komunikasi verbal via telepon/lisan saat melaporkan hasil kritis pasien yaitu dengan menggunakan metode SBAR (*Situation, Background, Assesment, and Recommendation*)

a. ***Situation*** : Menjelaskan nama lengkap dan tanggal lahir pasien, masalah tanda vital dan mental pasien
b. ***Background*** : Menjelaskan diagnosa penyakit dan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya
c. ***Assesment*** : Menjelaskan diagnosa penyakit dan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya.
d. ***Recommendation*** : Meminta saran dokter dan perubahan penatalaksanaan pengobatan/perawatan atau meminta kesediaan dokter/residen untuk observasi langsung pasien

Apabila terjadi komunikasi pada situasi dimana proses pembacaan ulang dan menulis tidak memungkinkan untuk dilakukan, misalnya dalam keadaan *emergency* atau sedang dalam posisi steril, maka penerima instruksi harus melakukan pengulangan instruksi secara lisan dahulu. Setelah keadaan *emergency* berlalu, baru menuliskan perintah.

Salah satu bentuk komunikasi di ruangan dialisis yaitu pada saat serah terima pasien baik antar tim maupun antar unit pelayanan. Kesenjangan saat melakukan serah terima pasien ini dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan pelayanan dan berpotensi menimbulkan cedera pada pasien.

3. Mengurangi Risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Hospital acquired Infection*)

Pasien yang menjalani hemodialisis memiliki risiko cukup besar terinfeksi hepatitis B dan hepatitis C karena terpapar oleh tindakan ataupun produk darah. Cara penularannya melalui mesin hemodialisis, ruang dialisis dan peralatan lain.

Hal yang dilakukan agar pada saat tindakan hemodialisis aman (*safety*):

a. Pada Mesin
   Setiap kali prosedur dialisis selesai, dilakukan dekontaminasi pada mesin hemodialisis baik pada bagian luar mesin maupun bagian dalam mesin dengan menggunakan desinfektan kimia
b. Air RO (*Reverse Osmosis*)
   - Air RO : air tanah/permukaan yang telah mengalami proses pemurnian sehingga memenuhi standar AAMI
   - Pipa-pipa RO harus dipisahkan jalurnya sesuai hasil serologi pasien
c. Ruang Dialisis
   - Ruang tempat penyimpanan peralatan medis maupun obat terpisah dari ruang pasien
   - Seluruh aktivitas berkaitan dengan persiapan medis maupun obat dilakukan di ruang khusus
   - Jarak antara maisng-masing tempat tidur dan mesin dialisis tidak terlalu rapat
   - Memiliki penerangan dan sirkulasi udara yang memadai
   - Memiliki ruangan khusus terpisah untuk pasien HBsAg positif
d. Peralatan Lain
   - Semua peralatan medis steril yang dibawa ke ruang dialisis dibatasi secukupnya dengan keperluan saat itu
   - Peralatan seperti kursi roda, tempat tidur, meja dan semua alat yang terpapar dengan pasien dibersihkan dnegan klorin 10%
   - Gorden/tirai antar tempat tidur harus dicuci setiap 1-2 bulan
   - Linen:
     - Sprei, selimut dan sarung bantal pasien harus diganti segera setelah dialisis
     - Linen kotor ditaruh di tempat khusus
     - Bila linen terpercik darah, disiram terlebih dahulu dengan klorin 1% sebelum ditaruh di tempat linen kotor
     - Linen dengan HBsAg positif ditempatkan terpisah dan dicuci dengan larutan klorin

Pencegahan penularan infeksi bisa diatasai dengan hand hygien. Hand Hygiene merupakan langkah awal sebagai upaya preventif untuk meminimalisir masalah ini. Hand Hygiene dilakukan ketika :

a. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
b. Sebelum menangani alat invasive untuk pasien, baik memakai sarung tangan maupun tidak
c. Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi tubuh, membran mukosa, kulit yang tidak utuh atau pembalut luka

d. Bila berpindah dari bagian tubuh pasien yang terkontaminasi ke bagian tubuh pasien lainnya selama perawatan pasien yang sama
e. Setelah kontak dengnan benda-benda (termasuk peralatan medis) dan permukaan disekital lingkungan pasien
f. Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non-steril

Hand Hygiene dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu dengan menggunakan sabun dan air, serta *Alcohol based handrub*. Cuci tangan menggunakan sabun dan air dilakukan ketika :

- Tangan terlihat kotor, atau
- Terkena darah/cairan tubuh lainnya, atau
- Setelah dari kamar mandi
- Sedangkan cuci tangan menggunakan *alcohol based handrub* dilakukan pada saat tangan tidak terlihat kotor. Setiap *bed* di ruang dialisis memiliki cairan *alcohol based handrub*. Teknik cuci tangan dilakukan sesuai dengan ketentuan dari *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* tahun 2009.

Untuk mengurangi risiko penularan C0VID-19 maka dilakukan skrining pasien COVID-19 di unit dialisis secara regular (perbulan) bagi pasien yang belum melakukan vaksinasi secara lengkap (minimal 3x vaksin) dan penyediaan ruangan isolasi khusus bagi pasien hemodialisis yang terkonfirmasi COVID-19.

4. Mengurangi risiko pasien jatuh

Pasien-pasien di ruang dialisis, semuanya di imobilisasi atau semua kebutuhannya dibantu oleh tim medis. Khusus untuk pasien dengan kondisi gelisah, bisa dilakukan fiksasi.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

A. Pengertian

Rumah sakit merupakan salah satu tempat kerja yang wajib melaksanakan program K3RS yang bermanfaat baik pekerja, pasien, pengunjung maupun bagi masyarakat di lingkungan sekitar rumah sakit.

Tenaga kesehatan sebagai ujung tombak yang melayani dan melakukan kontak langsung dengan pasien secara terus menerus tentunya mempunyai risiko terpajan infeksi, oleh sebab itu tenaga kesehatan wajib menjaga kesehatan dan keselamatan dari risiko tertular penyakit agar dapat bekerja maksimal.

B. Tujuan

1. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya dapat melindungi diri sendiri, pasien dan masyarakat dari penyebaran infeksi.
2. Petugas kesehatan di dalam menjalankan tugas dan kewajibannya mempunyai risiko tinggi terinfeksi penyakit menular di lingkungan tempat kerjanya. Untuk menghindarkan paparan tersebut, setiap petugas harus menerapkan prinsip "*Universal Precaution*".

C. Tindakan yang berisiko terpajan

- Cuci tangan yang kurang benar.
- Penggunaan sarung tangan yang kurang tepat.
- Penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman.
- Pembuangan peralatan tajam secara tidak aman.
- Tehnik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan kurang tepat.
- Praktik kebersihan ruangan yang belum memadai.

D. Prinsip Keselamatan Kerja

Prinsip utama prosedur *Universal Precaution* dalam kaitan keselamatan kerja adalah menjaga *higiene* sanitasi individu, *higiene* sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan.

Ketiga prinsip tesebut dijabarkan menjadi 5 (lima) kegiatan pokok yaitu :

1. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang
2. Pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksi yang lain.
3. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
4. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.

E. Pemeriksaan Berkala

Petugas dialisis harus mempunyai perlindungan diri karena petugas berkecimpung dengan darah, sehingga perlu pemeriksaan berkala status serologi yang bersamaan dengan jadwal *medical check up* karyawan Rumah Sakit Unhas dan khusus pemeriksaan anti HCV serta HBsAg dilakukan setiap 6 bulan sekali.

F. Pendokumentasian

Pendokumentasian di unit Dialisis melalui *Electronic Medical Record* (EMR). Adapun beberapa format pendokumentasian lainnya namun belum tercantum dalam *Electronic Medical Record* (EMR), maka pendokumentasiannya secara manual.

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, pelayanan dialisis harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu. Dalam kegiatan peningkatan mutu pelayanan dialisis perlu ada suatu program yang terencana dan berkesinambungan sebagai pedoman bagi pelayanan dialisis dalam mengevaluasi dan membuat rencana tindak lanjut sehingga tercapai peningkatan mutu pelayanan yang diharapkan. Indikator yang digubakan adalah dengan menggunakan SPM (Standar Pelayanan Minimal).

Adapun standar pelayanan minimal di ruang dialisis Rumah Sakit Unhas adalah:

1. Ketersediaan pelayanan dialisis sesuai PMK no 8 tahun 2022
2. Dokter pemberi pelayanan dialisis
3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan tersedia tenaga terlatih
4. Waktu pemberian pelayanan dialisis
5. Pelaporan Adanya Kejadian Pasien Risiko Jatuh/ Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian
6. Kepuasan pelanggan

Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan, maka fungsi pelayanan kesehatan termasuk pelayanan dalam rumah sakit secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi efektif dan efisien serta member kepuasan terhadap pasien, keluarga maupun masyarakat. Dengan latar belakang di atas, maka program pengendalian / peningkatan mutu pelayanan merupakan prioritas utama di semua rumah sakit.

Program pengendalian/peningkatan mutu pelayanan disusun berdasarkan sistematika sebagai berikut :

1. Penetapan alur pelayanan teknis dan alur pelayanan administratif
2. Penetapan sistem pengadaan logistik dan fasilitas penunjang terkait
3. Penetapan Standar Pelayanan Medis dan Penunjang Medis (Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Indikator Mutu, dan penyusunan SPO)
4. Penetapan sistem rekruitmen dan pengembangan ketenagaan
5. Penetapan media monitoring layanan beserta standar layanan, meliputi :
   - *Morning Report*
   - Diskusi Refleksi Kasus (DRK)
   - Rapat Bulanan
6. Pelaksanaan program MONEV (monitoring dan evaluasi) serta perumusan langkah perbaikan / peningkatan mutu Secara periodik perlu dilakukan studi banding untuk melihat layanan dialisis rumah sakit lain, baik rumah sakit pemerintah maupun swasta.
7. Kegiatan "*Bench Marking*" diatas diperlukan untuk memperluas wawasan staf dialisis dalam pengelolaan unit layanan terkait

   Dalam system "Pengendalian Mutu" Ruang Dialisis RS Unhas secara sistematis melalui berbagai tahapan sebagai berikut :

   a. Pembuatan atau penetapan standar, indikator mutu dan SPO (alur kerja) yang relevan atau terkait
   b. Sosialisasi standar mutu
   c. Menetapkan sistem Monitoring dan Evaluasi (MONEV)
   d. Sebagai tindak lanjut dari kegiatan MONEV dirumuskan ACTION PLAN terkait.

   Sedangkan uraian sistematika program "Pengendalian Mutu" di atas adalah sebagai berikut :

a. Pembuatan atau Penetapan Standar Mutu, meliputi :
   - Penetapan Standar Asuhan Keperawatan
   - Pembuatan atau penetapan SPO tindakan medis dan tindakan keperawatan
   - Pembuatan atau penetapan SPO manajerial dan alur pelayanan

b. Sosialisasi Standar Mutu
   Sosialisasi dimaksud dilaksanakan pada saat rapat rutin, *pre* dan *post conference*

c. Menetapkan atau melaksanakan sistem Monitoring dan Evaluasi (MONEV)
   Kegiatan ini bertujuan untuk memonitor dan mengevaluasi sejauh mana standar mutu yang telah ditetapkan diatas terlaksana / dilaksanakan oleh petugas di lapangan. Aplikasi kegiatan MONEV ini meliputi :
   - Supervisi rutin; dilaksanakan oleh penanggung jawab/ koordinator pelayanan unit dialisis
   - *Pre dan post conference* (harian)
   - Rapat rutin bulanan

d. Ditetapkan *ACTION PLAN* terkait tindak lanjut dari kegiatan MONEV. Penetapan dengan "*ACTION PLAN*" ditentukan oleh temuan teknis dalam kegiatan Monitoring dan Evaluasi. Dalam penerapan "*ACTION PLAN*" tersebut diharapkan mampu memfasilitasi percepatan pencapaian standar mutu yang telah ditetapkan.

Mutu pelayanan dialisis juga mencakup pelayanan pelayanan keperawatan dimana standar mutu pelayanan keperawatan di RS Unhas adalah sebagai berikut:

1. Perawat dialisis melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif
   a. Perawat melakukan pengkajian *head to toe* dengan Teknik wawancara, auskultasi, palpasi, dan perkusi
   b. Form pengkajian keperawatan baik status harian maupun pengkajian berkala diisi sesuai dengan hasil pengkajian keperawatan
   c. Pencatatan data dikaji sesuai dengan format pengkajian
   d. Data dikelompokkan berdasarkan data subjektif dan objektif
   e. Masalah dirumuskan berdasarkan gejala mayor dan minor (80% gejala mayor)
2. Perawat dialisis menetapkan diagnosis keperawatan sesuai hasil pengkajian
   a. Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil analisis data
   b. Melakukan identifikasi masalah actual, risiko, atau promosi Kesehatan
   c. Merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan kaida penulisan diagnosis keperawatan
3. Perawat dialisis melakukan intervensi dan implementasi sesuai dengan rumusan diagnose dan NCP
   a. Impelementasi keperawatan dilakukan mengacu pada rencana Tindakan keperawatan
   b. Evaluasi pelaksanaan implementasi dengan melakukan konfirmasi ke pasien
   c. Revisi Tindakan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi
   d. Semua Tindakan yang dilaksanakan dicatat secara singkat dan jelas
4. Perawat dialisis melakukan evaluasi dan RTL sesuai dengan implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan
   a. Evaluasi dibuat berdasarkan luaran yang telah ditetapkan
   b. Hasil evaluasi dicatat
   c. Revisi Tindakan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi

d. Semua Tindakan yang dilaksanakan dicatat secara singkat dan jelas
5. Tidak ada komplain terhadap mutu pelayanan keperawatan di unit dialisis
6. Kepatuhan supervisi Tindakan keperawatan

BAB IX

PENUTUP

Pedoman Pelayanan unit dialisis Rumah Sakit Unhas ini mempunyai peranan penting sebagai pedoman bagi pelaksanaan kegiatan sehari-hari tenaga unit dialisis sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan khususnya pelayanan di unit dialisis.

Penyusunan Pedoman Pelayanan unit dialisis ini adalah langkah awal ke suatu proses yang panjang, sehingga memerlukan dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak dalam penerapannya sehingga tujuan yang sudah kita tetapkan dapat tercapai.

DIREKTUR UTAMA

AHMAD MUHAMMAD ICHSAN
NIP. 197002122008011013