



**PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS**

**NOMOR 49/UN.4.24.0/2023**

**TENTANG**

**PEDOMAN PELAYANAN *INTENSIVE CARE UNIT (ICU) COMMUNICABLE DISEASE***

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS**

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit Unhas, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan ICU *Communicable Disease* yang bermutu tinggi;
- b. bahwa agar pelayanan ICU *Communicable Disease* di Rumah Sakit Unhas dapat berjalan dengan dengan baik, maka perlu adanya Pedoman Pelayanan ICU *Communicable Disease* sebagai landasan penyelenggaraan pelayanan ICU *Communicable Disease*;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin a dan poin b, maka dipandang perlu ditetapkan pedoman pengorganisasian ICU *Communicable Disease* dengan peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran
4. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/Per/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anastesiologi dan Terapi Intensif Rumah Sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2017 tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2018.
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan *Intensive Care* Rumah Sakit
9. Keputusan Rektor Unhas 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 ICU *COMMUNICABLE DISEASE*

### **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### Pasal 1

1. *Intensive Care Unit Communicable Disease*, yang selanjutnya disebut ICU CD adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri, dengan staf khusus dan perlengkapan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit akut.
2. Pelayanan ICU Covid CD adalah suatu bagian dari rumah sakit dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita Covid disertai dengan penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia.
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 ICU CD adalah seseorang yang diangkat oleh Direktur Utama yang bertanggungjawab terhadap kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di unit/instalasi
5. Koordinator Pelayanan ICU CD adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang untuk mengelola pelayanan asuhan keperawatan di ruang ICU CD
6. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ICU CD, yang selanjutnya disebut DPJP ICU adalah seorang dokter spesialis anesthesiologi yang sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan

satu patologi/penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di ICU Rumah Sakit Unhas. Asuhan medis lengkap artinya rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien

7. Peserta Didik Dokter Spesialis Anestesiologi, yang selanjutnya disebut PPDS Anestesiologi adalah dokter yang sedang menjalani pendidikan dokter spesialis anestesiologi.
8. Profesi Pemberi Asuhan, yang selanjutnya disingkat PPA, adalah tenaga kesehatan yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien, antara lain dokter, perawat, bidan, ahli gizi, apoteker, psikolog klinis, penata anestesi, terapi fisik, dsb.

## **BAB II**

### **MAKSUD DAN TUJUAN**

#### Pasal 2

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

## **BAB III**

### **PENYELENGGARAAN**

#### Pasal 3

1. Penyelenggaraan pelayanan ICU CD di Rumah Sakit Unhas termasuk Pelayanan ICU yang terintegrasi dengan pelayanan ICU NonCovid
2. Penyelenggaraan pelayanan intensif hanya dapat dilakukan oleh Profesi Pemberi Asuhan (PPA) yang terlatih dan berkompeten

#### Pasal 4

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan/penyelenggaraan pelayanan ICU CD di Rumah Sakit Unhas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

## **BAB IV**

### **RUANG LINGKUP**

#### Pasal 5

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU CD Rumah Sakit Unhas adalah pelayanan untuk pasien yang terkonfirmasi positif covid, disertai

dengan :

1. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari
2. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar.
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik.
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain.

## **BAB V**

### **ORGANISASI**

#### Pasal 6

1. ICU CD dibawah langsung oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
2. Kepala Instalasi ICU CD bertanggungjawab langsung kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
3. Kepala Ruangan ICU CD bertanggungjawab langsung kepada Kepala Instalasi ICU dan Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
4. Perawat Pelaksana dan Perawat Administrasi bertanggungjawab kepada Kepala Ruangan ICU CD

## **BAB VI**

### **PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

#### Pasal 7

1. Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik, Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Satuan Penjaminan Mutu melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangannya masing-masing
2. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud diarahkan untuk :
  - a. Melindungi pasien dalam penyelenggaraan pelayanan intensif yang dilakukan tenaga kesehatan;
  - b. mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan intensif sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran; dan
  - c. memberikan kepastian hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan.
3. Pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal.
4. Pengawasan internal Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Pengawasan teknis medis; dan
  - b. Pengawasan teknis perumahsakit.
5. Pengawasan teknis medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam

- medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis melalui Komite Medik Rumah Sakit.
6. Pengawasan teknis perumahsakitannya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b adalah pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan dan kinerja keuangan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.

## **BAB VII**

### **PENCATATAN DAN PELAPORAN**

#### Pasal 8

1. Tiap PPA wajib mendokumentasikan asuhan dan pelayanan yang diberikan ke pasien dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi dan *flowsheet* ICU.
2. Pendokumentasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa :
  - a. Tanda vital
  - b. Pemantauan fungsi organ secara berkala
  - c. Jenis dan jumlah asupan nutrisi dan cairan
  - d. Catatan pemberian obat
  - e. Jumlah cairan tubuh yang keluar dari pasien
3. Penanggungjawab ICU CD membuat pelaporan pelayanan ICU CD yang sudah dilakukan tiap bulan.
4. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa :
  - a. Rekapitulasi pasien masuk ICU CD
  - b. Penggunaan alat bantu
  - c. Lama rawat
  - d. Keluaran (pasien hidup atau meninggal) dari ICU CD

## **BAB VII**

### **PENUTUP**

#### Pasal 9

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

Ditetapkan di Makassar  
Pada tanggal 3 April 2023  
DIREKTUR UTAMA,



dr. Andi Muhammad Ichsan Ph.D Sp.M (K)   
NIP. 197002122008011013

LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS  
NOMOR 49/UN4.24.0/2023  
TANGGAL 03 APRIL 2023  
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN *INTENSIVE CARE UNIT*  
*COMMUNICABLE DISEASE* DI RUMAH SAKIT UNHAS

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

*Intensive Care Unit Communicable Disease* adalah suatu unit pelayanan dari rumah sakit dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia. Pelayanan ICU CD adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan diagnosa medis CD yang dalam kondisi kritis, dilaksanakan secara terintegrasi oleh tim yang terlatih dan berpengalaman dibidang *critical care*. Pengelolaan pelayanan ICU CD dilakukan secara khusus dengan mengutamakan keselamatan pasien (*Patient Safety*), untuk menurunkan angka kematian dan kecacatan.

Rumah Sakit Unhas sebagai salah satu penyedia pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi rujukan harus dapat memberikan ICU CD yang profesional dan berkualitas dengan mengedepankan keselamatan pasien. Sesuai dengan visi Rumah Sakit Unhas Menjadi pelopor terpercaya dalam memadukan pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional, termasuk didalamnya adalah pelayanan ICU CD yang sama disetiap rumah sakit di seluruh Indonesia, maka dipandang perlu untuk adanya suatu Pedoman Standar Pelayanan ICU yang meliputi ruang, struktur, SOP, peralatan, sarana dan prasarana sebagai acuan penyelenggaraan pelayanan ICU CD.

#### **B. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus**

Pedoman pelayanan instalasi ICU CD di rumah sakit ini dimaksudkan guna memberikan panduan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penyelenggaraan pelayanan ICU CD Rumah Sakit.

##### **1. Tujuan Umum**

Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang mendapatkan pelayanan ICU CD.

## 2. Tujuan Khusus

- a) Standarisasi ketenagaan struktur, kebutuhan dan kualifikasi sumber daya manusia yang meliputi penghitungan kebutuhan, kualifikasi, kompetensi dan lain-lain.
- b) Standarisasi standar mutu pelayanan, pemantauan dan pelaporan.
- c) Standarisasi sistem meliputi Kebijakan / SOP, UT dan lain-lain.
- d) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pemanfaatan pelayanan ICU CD.

## C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pelayanan perawatan ICU CD meliputi :

1. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik pasien dengan Covid derajat berat atau kritis tanpa diagnosis penyerta TB Paru, yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari.
2. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan Pelaksanaan spesifik pemenuhan kebutuhan dasar
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik.
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang bergantung pada fungsi alat/mesin dan orang lain.

## D. Batasan Operasional

Pelayanan ICU CD diindikasikan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien konfirmasi positif covid yang sakit kritis:

1. Pasien-pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan penanganan dokter, perawat, profesi lain yang terkait secara terkoordinasi dan berkelanjutan, serta pemantauan dan penanganan segera, terapi titrasi dan dukungan alat.
2. Keadaan pasien dalam bahaya dan mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus menerus serta intervensi segera dan dukungan peralatan canggih untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan

## E. Dasar Hukum

Penyelenggaraan pelayanan Instalasi ICU CD Rumah Sakit Unhas sesuai dengan:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran
4. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan

5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.519/Menkes/Per/III/2011 tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan anesthesiologi dan terapi intensif rumah sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2017 tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2018.
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan *Intensive Care* Rumah Sakit.
9. Pedoman Tatalaksana Covid-19 Edisi 3 Tahun 2020

## **F. Kebijakan Unit**

Dalam rangka mencapai efektivitas pelayanan di ICU CD perlu ditunjang dengan suatu kebijakan :

1. Standar asuhan keperawatan
2. Standar operasional prosedur
3. Indikasi pasien masuk dan keluar ICU CD
4. Pengendalian pemakaian obat
5. Pengendalian infeksi
6. Pedoman keselamatan pasien
7. Koordinasi lintas instalasi



## **BAB II**

### **STANDAR KETENAGAAN**

#### **A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA**

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

Kualifikasi tenaga kesehatan yang bekerja di ICU CD harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai dan mempunyai komitmen terhadap waktu.

a. Kepala Instalasi ICU

- Dokter Spesialis Anestesi/Konsultan Intensivist Care

b. Tim Medis

- Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS

c. Perawat

- Perawat di ICU CD merupakan perawat yang berpengalaman dan terampil
- Perawat dengan level PK 2
- Perawat dengan sertifikasi Pelatihan ICU Dasar
- Jumlah perawat ditentukan berdasarkan jumlah tempat tidur dan ketersediaan ventilasi mekanik. Perbandingan perawat : pasien yang menggunakan ventilasi mekanik adalah 1:1, sedangkan perbandingan perawat : pasien yang tidak menggunakan ventilasi mekanik adalah 1 : 2.

d. Tenaga non kesehatan

- Tenaga administrasi : harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi
- Tenaga pekarya
- Tenaga kebersihan

### Data Sumber Daya Manusia di ICU CD Tahun 2022

No	Jabatan	Pendidikan	Pelatihan	Jumlah	Standar	Ket
1	Kepala Instalasi	Spesialis Anestesiologi + Konsulen Intensivist Care		1	Sesuai standar	
2	Kepala Ruangan	Magister Keperawatan	Sertifikasi ICU Dasar + ICU Intermediate + ACLS	1	Sesuai standar	
3	Perawat Primer	Ners			Belum sesuai standar	
4	Perawat Pelaksana	Ners				
5	Tenaga Administrasi	Diploma Keperawatan	Mampu mengoperasikan komputer	1	Sesuai standar	

Sumber : Data Sekunder Rumah Sakit Unhas, 2020

#### **B. Distribusi Ketenagaan**

Dalam pelayanan ICU CD 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 intensif, maka dibutuhkan tenaga dokter, perawat yang mempunyai pengalaman, keterampilan dan pengetahuan yang sesuai.

<b>Jenis Tenaga</b>	<b>Jadwal Jaga</b>
DokterSpesialis	Anestesi <i>On Site</i> 24 jam
KoordinatorPelayanan	Senin-Kamis, Pukul 07.30-16.00 WITA, Jumat, pukul 07.30-16.30 WITA
Perawat	<i>On Site</i> 24 jam (dibagi dalam 3 shift, setiap shift, setiap shift sebanyak 3-4 orang)

## **C. Pengaturan Jam Kerja**

### **1. Pengaturan Jaga Perawat ICU CD**

Pengaturan jadwal dinas perawat ICU CD dibuat oleh Koordinator Pelayanan ICU dan disetujui oleh Kepala Instalasi Perawatan Intensif.

Untuk tenaga perawat yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka perawat tersebut dapat mengajukan permintaan dinas. Permintaan akan disesuaikan dengan kebutuhan tenaga yang ada (apabila tenaga cukup dan berimbang serta tidak mengganggu pelayanan, maka permintaan dapat disetujui).

Setiap tugas jaga / shift harus ada perawat penanggungjawab shift (PJ Shift) dengan syarat pendidikan minimal ners dan masa kerja minimal 2 tahun serta memiliki sertifikat pelatihan ICU dasar.

Jadwal dinas terbagi atas dinas pagi (pkl 07.30-14.00 WITA), dinas sore (pkl. 14.00-21.00), dinas malam pkl. 21.00-07.30 WITA), libur dan cuti. Apabila ada tenaga perawat jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (terencana), maka perawat yang bersangkutan harus memberitahu Koordinator Pelayanan ICU : 2 jam sebelum dinas pagi, 4 jam sebelum dinas sore atau dinas malam. Sebelum memberitahu Koordinator Pelayanan ICU, diharapkan perawat yang bersangkutan telah mencari perawat pengganti. Apabila perawat yang bersangkutan tidak mendapat perawat pengganti, maka Koordinator Pelayanan ICU akan mencari tenaga perawat pengganti yaitu perawat yang hari itu libur atau perawat pelaksana yang tinggal dekat dari area Rumah Sakit.

### **2. Pengaturan Jadwal Jaga Konsulen**

Pengaturan jadwal jaga dokter konsulen menjadi tanggung jawab tiap Departemen. Jadwal jaga dokter konsulen dibuat untuk jangka waktu 1 bulan serta sudah diedarkan ke unit terkait dan dokter konsulen yang bersangkutan 1 minggu sebelum jaga dimulai.

Apabila dokter konsulen jaga karena sesuatu hal tidak dapat jaga sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan maka :

- Untuk yang terencana, dokter yang bersangkutan harus telah menginformasikan kesekretariat Departemen/KSM, Kepala Instalasi/Koordinator Pelayanan dan Manajer Pelayanan Pasien (MPP) paling lambat 3 hari sebelum tanggal jaga, serta dokter tersebut wajib menunjuk dokter jaga konsulen pengganti
- Untuk yang tidak terencana, dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke sekretariat Departemen/KSM, Kepala Instalasi, Koordinator Pelayanan dan Manajer Pelayanan Pasien (MPP) dan diharapkan dokter tersebut sudah menunjuk dokter jaga konsulen pengganti. Bila dokter konsulen jaga pengganti tidak didapatkan maka MPP wajib mencarikan dokter jaga konsulen pengganti melalui komunikasi pada Departemen yang bersangkutan

## **BAB III**

### **STANDAR FASILITAS**

#### **A. Denah Ruangan dan Standar Ruangan**

##### **1. Denah Ruangan**

Ruang Instalasi ICU CD terdiri atas 5 bed, terletak di depan IGD Rumah Sakit Unhas. ICU CD sudah memiliki tata aliran udara yang sudah sesuai dengan persyaratan ruangan infeksi, yaitu tekanan negatif sebesar -12 di ruang pasien dan tekanan positif di ruang nurse station.

**DENAH**

##### **2. Standar Ruangan**

Ketentuan bangunan ICU CD adalah sebagai berikut :

- a. Terisolasi / terpisah dari ruangan lainnya

- b. Terbagi atas 3 zona, yaitu zona terkontaminasi, zona yang berpotensi terkontaminasi dan zona bersih
- c. Ruang penerimaan pasien
- d. Ruang antara (*antero room*)  
Ruang dengan tekanan udara negatif berjenjang dengan ruang disebelahnya dan memiliki *interlock system*.
- e. Ruang staff (*Staff station*)  
Ruang ini terpisah dengan ruang pasien, memiliki tekanan positif dan dilengkapi dengan monitor CCTV dan monitor pasien sentral.
- f. Ruang utilitas kotor (*dirty utility*)  
Ruang ini tersedia *bedpan washer, sloop sink, service sink*, tempat linen dan APD kotor.
- g. Ruang penyimpanan alkes/linen/farmasi (*storage room for medical supplies, linen and pharmacy*)  
Ruang ini juga terpisah dari ruang pasien dan memiliki tekanan positif
- h. Ruang Ganti Petugas (*Changing Room*)  
Ruang ganti petugas dilengkapi dengan loker, *shower room*, toilet dan wastafel.
- i. *Shower Room*
- j. Mempunyai standar tertentu terhadap :
  - 1. Bahaya api
  - 2. Ventilasi
  - 3. AC
  - 4. *Exhaust fan*
  - 5. Pipa air
  - 6. Komunikasi
  - 7. Bakteriologis
  - 8. Komunikasi
- k. Lantai mudah dibersihkan, keras dan rata.

## B. STANDAR FASILITAS

Adapun fasilitas yang ada di Unit ICU CD Rumah Sakit Unhas adalah sebagai berikut :

### a. Fasilitas Medis

N o.	Nama Fasilitas	Jumlah	standar	ket
1	<i>Patient Monitor</i>	10	Sesuai standar	Baik
2	<i>Syringe Pump</i>	10	Sesuai standar	Baik
3	<i>Infuse Pump</i>	10	Sesuai standar	Baik
4	EKG	1	Sesuai standar	Baik
5	Ventilator	5	Sesuai standar	Baik
7	Nebulizer	1	Sesuai Standar	Baik

8	Defibrilator	1	Sesuai standar	Baik
9	Tempat tidur	5	Sesuai standar	Baik
10	<i>Suction</i>	5	Sesuai standar	Baik
11	<i>High Flow Nasal Canule</i>	1	Sesuai standar	Baik
12	<i>Feeding Pump</i>	1	Sesuai standar	Baik
13	<i>Blanket Warmer</i>	1	Sesuai standar	Baik
14	<i>Blood Gas Analyzer</i>	1	Sesuai standar	Baik
15	<i>Video Laryngoscope</i>	2	Sesuai standar	Baik
16	<i>Ultrasonic Blood Flow Meter</i>	1	Sesuai standar	Baik
17	<i>Mobile Ventilator</i>	1	Sesuai standar	Baik
18	<i>Intermittent Pneumatic Compression Devices</i>	2	Sesuai standar	Baik

**b. Fasilitas Non Medis**

1. Ventilasi

Memakai AC dilengkapi filter dan sistem *ultracleanluminayairflow*. Suhu diatur antara 19-22°C dan kelembaban udara 50-60 %

2. Sistem Penerangan

Lampu ruangan memakai lampu pijar putih tertanam di dalam langit-langit sehingga tidak menampung debu dan mudah dibersihkan. Pencahayaan ruangan dapat diatur sesuai dengan kondisi dan kebutuhan, seperti fokusnya dapat diatur, tidak panas, terang, tidak menyilaukan dan tidak menimbulkan bayangan

3. Sistem Gas

Sistem gas dibuat sentral memakai sistem pipa. Sistem pipa melalui bawah lantai atau diatas langit-langit, dibedakan sistem pipa O<sub>2</sub> dan Nitrogen Oksida

4. Sistem Listrik

Ada sistem penerangan darurat dan sistem listrik cadangan

5. Sistem Komunikasi

Ada sistem komunikasi dengan ruangan lain di dalam rumah sakit dan ke luar Rumah Sakit

### **c. Instrumentasi**

Semua peralatan menggunakan mobile atau troli, mempunyai roda atau diletakkan diatas troli beroda. Semua alat terbuat dari *stainlesssteel* dan mudah dibersihkan.

### **d. Maintenance alat Kesehatan**

Untuk maintenance alat kesehatan dikoordinasikan dengan bagian IPSRS

### **e. Pembersihan**

#### **• Pembersihan Harian**

Setiap hari seluruh permukaan lantai, pendant pasien dan *nurse station* ICU dibersihkan dengan menggunakan cairan desinfektan. Setiap hari dilakukan pemeriksaan prasarana seperti penyediaan air bersih, kelistrikan, pencahayaan, ventilasi ,dan sebagainya. Pelaksana adalah *Cleaning Service*, dan penanggung jawab adalah Kepala Instalasi ICU.

#### **• Pembersihan bulanan**

Setiap 3 bulan dilakukan penggantian dan pencucian tirai pasien

#### **• Pembersihan setelah pasien pindah perawatan/meninggal**

- Setiap pasien pindah perawatan/meninggal dilakukan pembersihan di area sekitar tempat tidur pasien dengan menggunakan *chlorhexidine*, termasuk *patient monitor*, *bedside cabinet*, *infusion pump* dan *syringe pump* menggunakan kain lap bersih.
- Setiap pasien infeksius pindah perawatan/meninggal dilakukan sterilisasi ruangan dengan menggunakan alat dan cairan khusus



## BAB IV

### TATALAKSANA

Ruang lingkup pelayanan ICU CD Rumah Sakit Unhas mencakup pelayanan ICU Sekunder, yaitu memberikan pelayanan keperawatan pada pasien dengan standar ICU umum yang tinggi, bantuan ventilasi mekanik, dukungan atau bantuan hidup lain, tetapi tidak terlalu kompleks.

Adapun tata laksana pelayanan ICU CD di Rumah Sakit Unhas menerapkan sistem *semi-closed*. Kepala ICU melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya.

Pada keadaan sarana dan prasarana ICU CD yang terbatas, maka diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas apabila kebutuhan atau permintaan akan pelayanan ICU lebih tinggi dari kemampuan pelayanan yang dapat diberikan. Kepala Instalasi ICU CD bertanggungjawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien ICU. Bila kebutuhan pasien melebihi tempat tidur yang tersedia, kepala instalasi ICU menentukan kondisi berdasarkan prioritas kondisi medis.

#### A. Indikasi pasien ICU CD

Pelayanan ICU CD diperuntukkan untuk pasien terkonfirmasi positif covid dengan gejala berat/kritis, meliputi :

- Pada pasien remaja atau dewasa : pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) **ditambah satu dari:** frekuensi napas > 30 x/menit, distress pernapasan berat, atau SpO<sub>2</sub> < 93% pada udara ruangan.

#### ATAU

- Pada pasien anak : pasien dengan tanda klinis pneumonia (batuk atau kesulitan bernapas), ditambah setidaknya satu dari berikut ini:
  - Sianosis sentral atau SpO<sub>2</sub><93% ;
  - Distres pernapasan berat (seperti napas cepat, *grunting*, tarikan dinding dada yang sangat berat);
  - Tanda bahaya umum : ketidakmampuan menyusu atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang.
  - Napas cepat/tarikan dinding dada/takipnea : usia <2 bulan, ≥60x/menit; usia 2–11 bulan, ≥50x/menit; usia 1–5 tahun, ≥40x/menit; usia >5 tahun, ≥30x/menit.

Pasien yang terindikasi perawatan ICU CD, harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan pasien harus mendapatkan pelayanan ICU serta tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di ICU CD. Atas penjelasan tersebut, pasien dan/atau keluarga pasien dapat menyatakan

persetujuan atau penolakan perawatan ICU dengan menandatangani formulir persetujuan/penolakan.

Mengingat sarana dan fasilitas pelayanan ICU CD yang terbatas, maka kepala instalasi ICU CD dapat menerapkan kebijakan untuk melakukan filtrasi pasien berdasarkan asas prioritas dan indikasi masuk.

### **Berdasarkan skala prioritas**

#### **a. Prioritas 1**

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil, memerlukan terapi intensif dan tertitrasi, seperti dukungan/bantuan ventilasi, dan alat bantu suportif organ/sistem lain, infus obat-obat vasoaktif kontinyu, obat anti aritmia kontinyu, pengobatan kontinyu tertitrasi, dan lain-lain. Contoh kelompok pasien ini antara lain pasca bedah kardiorasik, pasien sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa, *imbalance elektrolit* yang berat, hipotensi berat. Terapi pada pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas.

#### **b. Prioritas 2**

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Contoh pasien ini antara lain pasien dengan penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat atau yang telah menjalani pembedahan mayor. Terapi pada pasien dengan prioritas 2 tidak mempunyai batas karena kondisi mediknya senantiasa berubah.

#### **c. Prioritas 3**

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh atau manfaat terapi ICU pada golongan ini sangat kecil. Contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastase disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade*, sumbatan jalan napas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelolaan pada pasien ini hanya untuk mengawasi kegawatan akut saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

#### **d. Pengecualian**

Dengan pertimbangan luar biasa, dan atas persetujuan kepala instalasi ICU, indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan, dengan catatan bahwa pasien-pasien dengan golongan demikian sewaktu-waktu harus bisa dikeluarkan dari ruangan ICU agar fasilitas ICU yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk prioritas 1, 2, atau 3. Pasien yang dimaksud antara lain :

1. Pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi “perawatan yang aman” saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah “DNR”. Sebenarnya pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan alat canggih yang tersedia di ICU untuk meningkatkan kemungkinan survival
2. Pasien dalam keadaan *vegetative* permanen
3. Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak, pasien-pasien seperti ini dapat dimasukkan di ICU untuk menunjang fungsi organ hanya untuk kepentingan transplantasi organ.

#### **Kriteria Keluar :**

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU CD berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan tim yang merawat pasien dengan 1 kali negatif hasil pemeriksaan swab PCR ditambah dengan kriteria keluar yang digunakan :

##### **a. Kriteria Umum**

- Bila kondisi fisiologis pasien stabil dan kebutuhan monitor dan perawatan ICU Covid sudah tidak diperlukan lagi
- Bila kondisi fisiologis pasien memburuk dan tidak ada lagi rencana intervensi aktif, layak untuk keluar dari ICU Covid dan mendapatkan tingkat perawatan lebih rendah.

##### **b. Tanda Vital**

- Nadi > 60 atau < 100 kali/menit
- *Mean arterial pressure* > 65 mmHg
- Tekanan darah diastolik < 110 mmHg
- Frekuensi napas 8 - 30 kali/menit
- Diuresis > 0,5 ml/kgBB/jam
- SpO<sub>2</sub> > 93% dengan nasal kanul
- Pasien sadar / tidak sadar sudah terpasang

### **c. Nilai Laboratorium**

- Natrium serum 125 - 150 mEq/L
- Kalium serum 3 - 5,5 mEq/L
- PaO<sub>2</sub> > 60 mmHg
- pH 7,3 - 7.5
- Glukosa serum 80 - 180 mg/dl
- Kalsium serum 2 - 2,5 mmol/L
- Laktat plasma perbaikan (kurangdari 2)

### **B. Informed Consent**

Sebelum pasien dimasukkan ke ICU CD, pasien dan atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di ICU, serta berbagai macam tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di ICU CD serta prognosa penyakit yang diderita pasien. Penjelasan tersebut diberikan oleh Kepala Instalasi ICU CD atau dokter yang bertugas. Setelah mendapatkan penjelasan tersebut, pasien dan atau keluarganya bisa menerima atau tidak bisa menerima.pernyataan pasien dan atau keluarganya (baik bisa menerima atau tidak bisa menerima) harus dinyatakan dalam formulir yang ditandatangani (*informed consent*).

### **C. ALUR PELAYANAN**

Pasien yang memerlukan pelayanan ICU CD dapat berasal dari :

1. Pasien dari IGD
2. Pasien dari Kamar Operasi atau kamar tindakan lain, seperti kamar bersalin, ruang dialisis atau kemoterapi
3. Pasien dari rawat inap Covid

#### **1. Penerimaan pasien**

- a. Sebelum masuk ICU CD, dokter yang merawat pasien melakukan evaluasi pasien sesuai bidangnya dan memberi pandangan atau usulan terapi.
- b. DPJP ruangan melayangkan lembar konsultasi perawatan ICU CD ke DPJP anastesi
- c. DPJP ICU/PPDS Anesthesiologi akan melakukan visite dan menjawab konsul. Apabila pasien termasuk pasien prioritas perawatan ICU CD, maka DPJP ICU/PPDS Anesthesiologi akan mengisi form "Lembar checklist pasien masuk ICU"
- d. Apabila mendapat persetujuan perawatan ICU CD, dilakukan transfer pasien ke ICU CD

- e. Kepala ICU melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya.
- f. Kepala ICU berkonsultasi pada konsultan lain dengan mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim.

**- Syarat pasien untuk ditransfer ke ICU CD:**

- Kondisi relatif stabil :tanda-tanda vital dan jalan napas stabil
- Tidak boleh menghentikan terapi suportif kontinyu (*norepinephrine, epinephrine, dobutamin, dopamine*) selama proses transfer
- Untuk pasien dengan terapi suportif kontinyu harus menggunakan *patient monitor*, untuk monitoring hemodinamik pasien selama proses transfer.
- Didampingi oleh dokter jaga ruangan.

## **2. Perawatan pasien**

### **a. Kemampuan pelayanan.**

Pelayanan ICU CD Rumah Sakit Unhas sesuai dengan kemampuan pelayanan ICU sekunder, yaitu :

- Resusitasi jantung paru
- Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakea; dan ventilasi mekanik
- Terapi oksigen
- Pemasangan kateter vena sentral dan arteri
- Pemantauan EKG, pulse-oksimetri, tekanan darah noninvasif dan invasif
- Pelaksanaan terapi secara titrasi
- Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
- Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
- Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat *portable* selama transportasi pasien gawat
- Melakukan fisioterapi dada
- Melakukan prosedur isolasi
- Melakukan hemodialysis intermitten dan kontinyu.
- Terapi plasmapheresis
- Saat ini, pelayanan ICU CD terbatas untuk pasien terkonfirmasi covid tanpa diagnose penyerta TB Paru.

### **b. Monitoring pasien**

- Kepala instalasi ICU CD melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi, dan tindakan

secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim dokter lainnya.

- Perawat penanggungjawab melaksanakan pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan rencana asuhan yang telah ditetapkan.

**Deskripsi Kegiatan Rutin Harian Unit ICU CD Rumah Sakit  
Unhas Tahun 2022**

<b>Shift</b>	<b>Kegiatan</b>
PAGI (07.30 –14.00)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre Konferens di Nurse Station</li> <li>- Operantiap shift per bed sesuai pembagian pasien</li> <li>- Personal Hygiene</li> <li>- Oral care</li> <li>- Mendampingi dokter visite</li> <li>- Melakukan intervensi keperawatan</li> <li>- Pemberian obat pasien</li> <li>- Pendokumentasian tiap tindakan</li> <li>- Pemberian makan pasien</li> <li>- Mengecek BHP</li> <li>- Balance cairan</li> </ul>
SIANG (14.00 – 21.00)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post Konferens di Nurse Station</li> <li>- Operantiap shift per bed sesuai pembagian pasien</li> <li>- Oral care</li> <li>- Melakukan intervensi keperawatan</li> <li>- Pemberian obat pasien</li> <li>- Pendokumentasian tiap tindakan</li> <li>- Membuat catatan perkembangan</li> <li>- Pemberian makan pasien</li> <li>- Mengecek kelengkapan obat-obat emergency</li> <li>- Balance cairan</li> </ul>
MALAM (21.00 – 07.30)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post Konferens d Nurse Station</li> <li>- Operantiap shift per bed sesuai pembagian pasien</li> <li>- Melakukan intervensi keperawatan</li> <li>- Oral care</li> <li>- Pemberian obat pasien</li> <li>- Pendokumentasian tiap tindakan</li> <li>- Pemberian makan pasien untuk malam hari</li> <li>- Mendata daftar obat-obat pasien yang kurang</li> <li>- Membuat sensus harian</li> <li>- Membuat Flowsheet baru untuk esok harinya</li> <li>- Balance Cairan</li> </ul>

**c. Kerjasama antar profesi**

- Pelayanan ICU CD terdiri dari berbagai multidisiplin ilmu dan multi profesi, antara lain dokter, perawat, apoteker, laboran dan dietisien. Untuk menjaga kontinuitas pelayanan, diharapkan terjalin komunikasi yang efektif, baik secara lisan maupun tertulis
- Koordinasi terintegrasi juga dibutuhkan untuk menjamin

pelayanan yang diberikan, misalnya koordinasi dengan unit depo farmasi, radiologi dan laboratorium.

#### **d. Penetapan status *Do Not Resuscitation* (DNR)**

Status DNR merupakan suatu perintah untuk tidak dilakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) jika terjadi permasalahan darurat pada jantung pasien atau pernapasan berhenti. Dokter intensivist berkoordinasi dengan anggota tim dokter lainnya untuk menetapkan status DNR, juga melakukan edukasi ke keluarga tentang kondisi pasien dan prognosis penyakitnya. Apabila keluarga pasien menerima dan menyetujuinya, keluarga pasien harus menandatangani formulir "*Do Not Resuscitation*"

#### **e. Pasien dengan Mati Batang Otak (MBO), *withholding* dan *withdrawl***

##### **- Tata laksana Pasien dengan MBO**

- **Mati batang otak** mengacu kepada kondisi tiadanya distribusi darah dan oksigen (O<sub>2</sub>) ke otak yang menyebabkan seluruh sistem otak (termasuk batang otak, saraf dan bagian-bagian otak lain yang mengatur aktivitas-aktivitas penghidupan seperti pernapasan dan denyut jantung) tidak lagi bekerja dengan sempurna dan keseluruhan.
- **Penentuan Mati Batang Otak**
  1. Penentuan seseorang mati batang otak hanya dapat dilakukan oleh tim dokter yang terdiri atas 3 (tiga) orang dokter yang kompeten, yaitu dokter spesialis anesthesiologi, dokter spesialis saraf dan dokter yang ditunjuk oleh Komite Medik Rumah Sakit Unhas .
  2. Masing-masing dokter melakukan pemeriksaan secara mandiri dan terpisah
  3. Diagnosis mati batang otak harus dibuat di ruang rawat intensif (*Intensive Care Unit*).
- **Pemeriksaan Mati Batang Otak**
  1. Pemeriksaan seseorang mati batang otak dilakukan pada pasien dengan keadaan sebagai berikut:
    - Koma *unresponsive*/GCS 3 atau *Four Score* 0
    - Tidak adanya sikap tubuh yang abnormal (seperti dekortikasi, atau deserebrasi)
    - Tidak adanya gerakan yang tidak terkoordinasi atau sentakan epileptik.
  2. Syarat yang harus dipenuhi untuk dapat dilakuka pemeriksaan mati batang otak meliputi:

- Terdapat prakondisi berupa koma dan apnea yang disebabkan oleh kerusakan otak struktural ireversibel akibat gangguan yang berpotensi menyebabkan mati batang otak
  - Tidak ada penyebab koma dan henti nafas yang reversibel antara lain karena obat-obatan, intoksikasi, gangguan metabolik dan hipotermia.
3. Prosedur pemeriksaan mati batang otak sebagai berikut :
- ✓ Memastikan arefleksia batang otak yang meliputi:
    - Tidak adanya respons terhadap cahaya
    - Tidak adanya refleks kornea
    - Tidak adanya refleks vestibulo-okular
    - Tidak adanya respons motorik dalam distribusi saraf kranial terhadap rangsang adekuat pada area somatik
    - Tidak ada refleks muntah (gag reflex) atau refleks batuk terhadap rangsang oleh kateter isap yang dimasukkan ke dalam trakea.
  - ✓ Memastikan keadaan henti nafas yang menetap dengan cara:
    - Pre – oksigenisasi dengan O<sub>2</sub> 100% selama 10 menit
    - Memastikan pCO<sub>2</sub> awal testing dalam batas 40-60 mmHg dengan memakai kapnograf dan atau analisis gas darah (AGD)
    - Melepaskan pasien dari ventilator, insuflasi trakea dengan O<sub>2</sub> 100%, 6 L/menit melalui kateter intra trakeal melewati karina
    - Observasi selama 10 menit, bila pasien tetap tidak bernapas, tes dinyatakan positif atau berarti henti napas telah menetap.
    - Bila tes arefleksia batang otak dan tes henti napas dinyatakan positif, tes harus diulang sekali lagi dengan interval waktu 25 menit sampai 24 jam
    - Bila tes ulangan tetap positif, pasien dinyatakan mati batang otak, walaupun jantung masih berdenyut
    - Bila pada tes henti napas timbul aritmia jantung yang mengancam nyawa maka ventilator harus dipasang kembali sehingga tidak dapat dibuat diagnosis mati batang otak

• **Penetapan Mati Batang Otak**

1. Penetapan waktu kematian pasien adalah pada saat dinyatakan mati batang otak, bukan saat ventilator dilepas dari mayat atau jantung berhenti berdenyut.
2. Setelah seseorang ditetapkan mati batang otak, maka semua terapi bantuan hidup harus segera dihentikan.



3. Dalam hal pasien merupakan donor organ, terapi bantuan hidup diteruskan sampai organ yang dibutuhkan diambil.
4. Setiap hasil asesmen dan rencana asuhan pasien serta tindakan yang akan diberikan pada pasien harus didokumentasikan dalam berkas rekam medis pasien.

- **Tata Laksana Pasien dengan *withholding* dan *withdrawl***

- Penghentian terapi bantuan hidup (*with-drawing life supports*) adalah menghentikan sebagian atau semua terapi bantuan hidup yang sudah diberikan pada pasien.
- Penundaan terapi bantuan hidup (*with-holding life supports*) adalah menunda pemberian terapi bantuan hidup baru atau lanjutan tanpa menghentikan terapi bantuan hidup yang sedang berjalan.
- Pasien yang berada dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (*terminal state*) dan tindakan kedokteran sudah sia-sia (*futile*) dapat dilakukan penghentian (*withdrawl*) atau penundaan terapi bantuan hidup (*withholding*)
- Keputusan untuk menunda atau menghentikan terapi bantuan hidup pada pasien dilakukan oleh dokter yang menangani pasien setelah berkonsultasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh komite medik
- Rencana tindakan menghentikan atau menunda terapi harus mendapat persetujuan dari keluarga pasien atau yang mewakili pasien.
- Terapi bantuan hidup yang tidak dapat dihentikan atau ditunda meliputi oksigen, nutrisi enteral dan cairan kristaloid.
- Terapi bantuan hidup yang dapat dihentikan atau ditunda hanya tindakan yang bersifat terapeutik dan/atau perawatan yang bersifat luar biasa (*extra-ordinary*), meliputi:
  1. Rawat di *Intensive Care Unit*;
  2. Resusitasi Jantung Paru;
  3. Pengendalian disritmia;
  4. Intubasi trakeal;
  5. Ventilasi mekanis;
  6. Obat vasoaktif;
  7. Nutrisi parenteral;
  8. Organ artifisial;
  9. Transplantasi;
  10. Transfusi darah;
  11. Monitoring invasif;
  12. Antibiotika; dan
  13. Tindakan lain yang ditetapkan dalam standar pelayanan kedokteran.

#### **f. Pencatatan dan pelaporan**

- Pencatatan menggunakan *flowsheet* yang meliputi pencatatan lengkap terhadap diagnosis yang menyebabkan dirawat di ICU Covid , data tanda vital, pemantauan fungsi organ khusus (jantung, paru, ginjal dan sebagainya) secara berkala, terapi oksigenasi dan settingan ventilator, jenis dan jumlah asupan nutrisi dan cairan, catatan pemberian obat serta jumlah cairan tubuh yang keluar dari pasien, tindakan keperawatan yang dilakukan, *balance cairan*, evaluasi CVP (bila perlu)
- Catatan ICU diverifikasi dan ditandatangani oleh dokter yang melakukan pelayanan dan bertanggungjawab atas semua yang dicatat tersebut.
- Pelaporan dilakukan dengan sistem *pre-konferens*, *post konferens* dan *hand over* antar perawat. Adapun hal-hal yang penting untuk dilaporkan antara lain : kejadian sentinel, kondisi pasien, terapi dan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan.

#### **g. Monitoring dan evaluasi**

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan guna mewujudkan pelayanan ICU Covid yang aman, bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien. Monitoring dan evaluasi dimaksud harus ditindaklanjuti untuk menentukan faktor-faktor yang potensial berpengaruh agar dapat diupayakan penyelesaian yang efektif.

#### **h. Pemindahan pasien**

##### **- Pindah ke ruang perawatan :**

- Dokter intensivist menyatakan pasien sudah layak dipindahkan berdasarkan kriteria keluar ICU
- Dokter intensivist dan perawat penanggungjawab mengkoordinasikan keputusan pemindahan pasien dengan anggota tim dokter lainnya
- Dokter intensivist membuat formulir “checklist pasien keluar ruang intensif” dan “lembar transfer pasien”

##### **- Pindah ke Rumah Sakit lain/Sistem Rujukan :**

- Rujukan Eksternal (rujukan antar fasilitas pelayanan kesehatan) yang terdiri dari :
  - Rujukan vertikal : rujukan yang terjadi dari suatu fasilitas pelayanan kesehatan kepada fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang menjangkau dalam suatu tingkatan pelayanan kesehatan yang berbeda.

- Rujukan horizontal : rujukan yang terjadi dari suatu fasilitas pelayanan kesehatan kepada fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang memiliki kemampuan yang lebih tinggi dalam suatu tingkatan yang sama.
- Sesuai dengan panduan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemindahan pasien ke rumah sakit lain (dirujuk)
- Syarat transfer pasien rujukan :
  - Kondisi pasien relatif stabil : tanda-tanda vital dan jalan napas stabil
  - Tidak boleh menghentikan terapi suportif kontinyu (*norepinephrine, epinephrine, dobutamin, dopamine*) selama proses transfer
  - Untuk pasien dengan terapi suportif kontinyu harus menggunakan *patient monitor*, untuk monitoring hemodinamik pasien selama proses transfer.
  - Didampingi oleh dokter jaga ruangan ICU
- **Pulang atas permintaan sendiri :**
  - Sesuai dengan panduan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pasien pulang atas permintaan sendiri
- **Pasien meninggal :**
  - Sesuai dengan panduan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pasien meninggal

#### **D. Kewaspadaan Isolasi**

Kewaspadaan isolasi adalah penerapan atau suatu program upaya pencegahan dan pengendalian infeksi. Kewaspadaan isolasi harus dipatuhi dan diterapkan oleh petugas kesehatan dalam melakukan pelayanan. Kewaspadaan isolasi yaitu :

##### **1. Kewaspadaan Standar**

Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien di diagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis. Tenaga kesehatan seperti petugas laboratorium, rumah tangga, CSSD, pembuang sampah dan lainnya juga berisiko besar terinfeksi. Oleh sebab itu penting sekali pemahaman dan kepatuhan petugas tersebut untuk juga menerapkan Kewaspadaan Standar agar tidak terinfeksi.

Pada tahun 2007, CDC dan HICPAC merekomendasikan 11 (sebelas) kewaspadaan standar yang harus diterapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan, sebagai berikut:

##### **a. Kebersihan Tangan**

Mencuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun

biasa dan air. Mencuci tangan bertujuan untuk membasmi mikroorganisme yang ada di tangan yang mampu mengakibatkan infeksi.

Ada beberapa hal yang perlu diingat saat membersihkan tangan yaitu:

- 1) Kebersihan tangan dilakukan sebelum dan setelah kontak dengan pasien
- 2) Bila jelas terlihat kotor atau terkontaminasi oleh bahan yang mengandung protein, tangan harus dicuci dengan sabun dan air mengalir.
- 3) Bila tangan TIDAK jelas terlihat kotor atau terkontaminasi, harus digunakan antiseptik berbasis alkohol untuk dekontaminasi tangan rutin.
- 4) Pastikan tangan kering sebelum memulai kegiatan

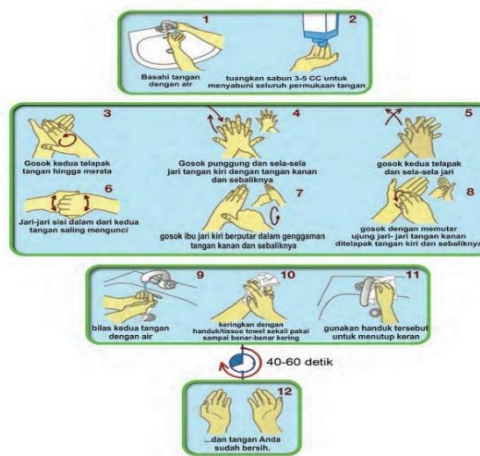
Kebersihan tangan di atas WHO menetapkan *five moment* (5 saat cuci tangan. *Five moment* cuci tangan yaitu :

- 1) Sebelum menyentuh pasien
- 2) Sebelum melakukan tindakan aseptik
- 3) Setelah terkontaminasi dengan cairan tubuh pasien
- 4) Setelah kontak dengan pasien
- 5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien.

Cara mencuci tangan ada 2 cara tergantung kondisi tangan dan tindakan apa yang akan dilakukan yaitu :

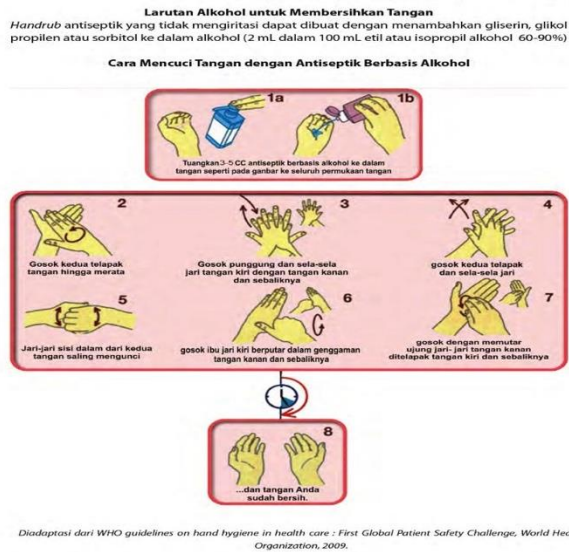
- 1) Mencuci tangan dengan dengan sabun dan air mengalir.

Mencuci tangan dengan dengan sabun dan air mengalir dilakukan bila tangan tampak kotor dan ingin melakukan tindakan invasif seperti pemasangan kateter vena sentral dan pembedahan.



Gambar 1 Diadaptasi dari WHO *guidelines on hand hygiene in health care : First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009*

## 2) Mencuci tangan dengan larutan antiseptik berbasis alkohol



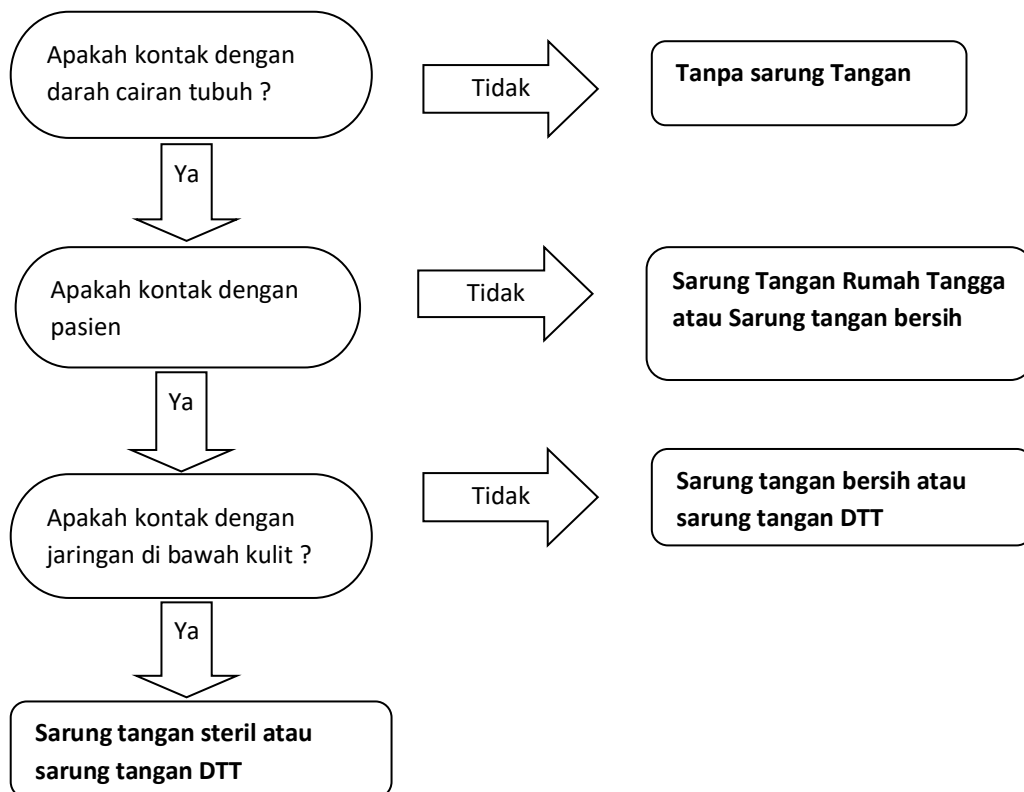
Gambar 2. 6 Langkah Cuci Tangan

### b. Alat Pelindung Diri (APD)

Alat pelindung diri pencegahan dan pengendalian infeksi mencakup sarung tangan, masker, alat pelindung mata (pelindung wajah dan kaca mata), topi, gaun, apron, dan pelindung lainnya. Alat pelindung diri digunakan sesuai indikasi dari tindakan keperawatan atau tindakan medis yang akan dilakukan.

#### 1. Sarung tangan

Penggunaan sarung tangan juga harus berdasarkan alur jenis tindakan, yaitu :



Gambar 3 Pemilihan jenis sarung tangan

## 2. Masker

Masker yang digunakan haruslah menutupi hidung, mulut, bagian bawah dagu, dan rambut-rambut pada wajah (jenggot). Masker yang digunakan untuk perawatan pasien dengan konfirmasi positif covid adalah masker N95.



Gambar 4 Cara Penggunaan Masker Respiratori N95

Adapun lama penggunaan masker N95 maksimal 1 (satu) minggu dengan pemeliharaan yang benar, yaitu setelah pemakaian diletakkan di tempat yang kering dan dimasukkan dalam kantong berlubang berbahan kertas.

## 3. Pelindung mata (*google*)

Petugas kesehatan harus menggunakan masker dan pelindung mata atau pelindung wajah jika melakukan tugas yang memungkinkan adanya percikan cairan secara tidak sengaja ke arah wajah, seperti tindakan intubasi, ekstubasi, oral hygiene, pemasangan NGT/OGT/OPA, ataupun nebulizer.

## 4. Gaun pelindung

Petugas kesehatan harus mengenakan gaun pelindung setiap memasuki ruangan untuk merawat pasien karena ada kemungkinan terpercik atau tersemprot darah, cairan tubuh, sekresi, atau eksresi. Gaun pelindung dilepas sesegera mungkin sebelum meninggalkan area pasien dan setelah gaun dilepas pastikan bahwa pakaian dan kulit tidak kontak dengan bagian yang potensial tercemar, lalu cuci tangan segera untuk mencegah berpindahkannya organisme.

## 5. Apron

Petugas Kesehatan harus menggunakan apron ketika

melakukan perawatan langsung atau prosedur dimana ada risiko tumpahan darah, cairan tubuh atau sekresi. Apron dilepas sesegera mungkin sebelum meninggalkan area pasien dan setelah apron dilepas pastikan bahwa pakaian dan kulit tidak kontak dengan bagian yang potensial tercemar, lalu cuci tangan segera untuk mencegah berpindahnya organisme.

#### 6. Pelindung kaki

Pelindung kaki digunakan untuk melindungi kaki dari cedera akibat benda tajam atau cairan/darah/sekret yang mungkin jatuh tidak sengaja ke atas kaki. Pelindung kaki direkomendasikan menggunakan bahan karet atau kulit tertutup (sejenis boot).









Saat menggunakan alat pelindung diri lengkap maka harus diketahui tahap dan cara penggunaannya tujuannya untuk tidak terjadi kontak silang dari petugas ke pasien. Begitupun dengan pelepasan alat pelindung diri memiliki cara melepaskannya agar tidak terjadi kontaminasi silang dari pasien ke petugas.

Cara petugas dalam menggunakan alat pelindung diri :

The infographic illustrates the correct sequence for putting on personal protective equipment (PPE) in a clinical setting. It consists of nine numbered steps, each accompanied by a small illustration of a person performing the action:

1. Kenakan baju operasi sebagai lapisan pertama pakaian pelindung
2. Kenakan sepatu bot karet
3. Kenakan sepasang sarung tangan pertama
4. Kenakan gaun luar
5. Kenakan celemek plastik
6. Kenakan sepasang sarung tangan kedua
7. Kenakan masker
8. Kenakan penutup kepala
9. Kenakan alat pelindung mata

Cara petugas melepaskan alat pelindung diri :

	1. Disinfeksi sepasang sarung tangan bagian luar	
	2. Disinfeksi celemek dan sepatu bot	
	3. Lepaskan sepasang sarung tangan bagian luar	
	4. Lepaskan celemek	
	5. Lepaskan gaun bagian luar	
	6. Disinfeksi tangan yang mengenakan sarung tangan	
		7. Lepaskan pelindung mata
		8. Lepaskan penutup kepala
		9. Lepaskan masker
		10. Lepaskan sepatu bot
		11. Lepaskan sepasang sarung tangan bagian dalam
		12. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih



## **BAB V**

### **LOGISTIK**

#### **A. Bahan Habis Pakai dan Obat-obatan**

Pengelolaan BHP dan obat meliputi perencanaan, pemesanan, pengambilan, penyimpanan dan pencatatan obat dan BHP untuk pelayanan pasien ICU CD. Adapun mekanisme pengadaan obat dan alat medis di ICU CD adalah sebagai berikut:

##### 1. Perencanaan

Kepala Instalasi berkoordinasi dengan Bagian Apotik untuk membuat daftar BHP dan obat-obatan yang kemungkinan akan digunakan selama pelayanan berdasarkan trend pemakaian BHP dan obat-obatan di periode sebelumnya

##### 2. Pemesanan

Mekanisme pemesanan obat dan BHP dilakukan setiap hari. Untuk pemesanan obat, DPJP/dokter pemberi instruksi harus melakukan order obat melalui SIM RS, sedangkan untuk BHP, perawat penanggungjawab pasien yang melakukan order BHP melalui SIM RS. Adapun untuk obat dan BHP yang tidak tersedia di Rumah Sakit Unhas, petugas depo farmasi akan memberikan informasi dan copy resep ke keluarga pasien.

##### 3. Pengambilan (distribusi)

Untuk distribusi BHP dan obat dilakukan oleh petugas Depo Farmasi Covid sesaat setelah orderan di SIM RS diterima.

##### 4. Penyimpanan

Obat-obatan dan BHP disimpan sesuai dengan pengaturan suhu obat. Untuk obat-obatan yang penyimpanannya membutuhkan suhu tertentu, maka akan disimpan di lemari pendingin khusus obat yang dilengkapi dengan temperature, sedangkan untuk obat-obatan dengan suhu ruang, akan disimpan di *bedside cabinet* pasien.

##### 5. Pencatatan dan pelaporan

Setelah obat didistribusikan, akan dilakukan pencatatan serah terima obat antara petugas depo farmasi dengan perawat yang menerima obat.

#### **B. Alat Rumah Tangga/Nonmedis**

Pengelolaan kebutuhan alat rumah tangga ICU CD meliputi perencanaan, pemesanan, distribusi dan perbaikan. Untuk kegiatan ini ICU CD melakukan koordinasi dengan Bagian Rumah Tangga Rumah Sakit Unhas.

- Perencanaan

Kepala Instalasi menyusun perencanaan alat rumah tangga/nonmedis disesuaikan dengan kebutuhan ruangan.

- Pemesanan

Untuk pemesanan barang yang habis, dilakukan order *online* melalui SIM RS ke Bagian Gudang RumahTangga.

- Pengambilan

Proses pengambilan dilakukan setelah barang selesai disiapkan oleh petugas Bagian Gudang Rumah Sakit

- Perbaikan

Peralatan rumah tangga yang rusak, seperti kursi, meja dan lain-lain akan dilakukan reparasi/perbaikan oleh petugas rumah tangga rumah sakit.

**1. Peralatan Kantor**

- Furniture ( meja, kursi, lemari buku/rak, filing cabinet dan lain-lain )
- Komputer
- Alat tulis kantor
- Telepon

**2. Peralatan Produksi**

Peralatan ICU CD yang digunakan :

**Daftar Nama Peralatan Inventaris ICU**

NURSE STATION	Kursi Hitam putar	buah
	Komputer Telemedicine	2 buah
	Monitor Sentral	1 buah
	Lemari Berkas Rekam Medis	2 buah
	Loker Petugas	3 buah
RUANG ANTARA	Loker Petugas	2 buah
RUANG LINEN	Lemari Linen	1 buah
	Lemari APD	1 buah
	Lemari Sepatu	1 buah
RUANG UTILITAS KOTOR	<i>Bedpan Washer</i>	1 buah
	Tempat APD Kotor	1 buah
	Tempat Sampah	1 buah
	Tiang Infus	5 buah
	APAR	1 buah
RUANG FARMASI	Lemari Alkes	1 buah
	Lemari BHP	1 buah
	Meja Peracikan	1 buah
	Kursi hitam putar	1 buah
	Lemari/Rak Obat	4 buah

## **BAB VI**

### **KESELAMATAN PASIEN**

Ruang ICU CD merupakan ruang perawatan yang memiliki resiko 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. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang penting, maka diperlukan standar yang sesuai dengan, yaitu :

#### **1. Implementasi Standar Keselamatan Pasien di ICU**

##### **a. Hak pasien**

Prosedur penjelasan hak pasien dilakukan oleh perawat penanggungjawab pasien, sesaat setelah pasien masuk ke ICU Covid . Penjelasan yang diberikan dengan *me-review* isi dari *general consent* yang sudah diberikan oleh admisi IGD.

Hak Pasien sebagaimana dimaksud pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 meliputi:

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga Pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
7. Memilih dokter, dokter gigi, dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik didalam maupun di luar Rumah Sakit
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya

10. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.
15. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
17. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
18. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

#### **b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga**

*Standarnya adalah :*

RS harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggungjawab pasien dalam asuhan pasien.

*Kriterianya adalah:*

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada system dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggungjawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

1. Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
2. Mengetahui kewajiban dan tanggungjawab
3. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit
6. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

**c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan**

*Standarnya adalah :*

RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

*Kriterianya adalah :*

1. Koordinasi pelayanan secara menyeluruh
2. Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
3. Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
4. Komunikasi dan transfer informasi antarprofesi Kesehatan

**d. Penggunaan metode peningkatan kinerja dengan evaluasi keselamatan pasien**

*Standarnya adalah :*

RS harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

*Kriterianya adalah :*

1. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik
2. Sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
3. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
4. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
5. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil Analisis

**e. Peran pimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien**

*Standarnya adalah :*

1. Pimpinan dorong dan jamin implementasi program keselamatan pasien melalui penerapan "7 Langkah Menuju keselamatan pasien RS".
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko keselamatan pasien dan program mengurangi KTD.
3. Pimpinan dorong dan tumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja RS serta tingkatkan keselamatan pasien.

5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja RS dan keselamatan pasien.

*Kriterianya adalah :*

1. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
2. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
3. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
4. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
5. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan Insiden.
6. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
7. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
8. Tersedia sumberdaya dan sistem informasi yang dibutuhkan
9. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumahsakit dan keselamatan pasien

**f. Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan pasien (orientasi umum bagi staf baru, pelatihan wajib Sasaran keselamatan pasien dan PMKP)**

*Standarnya adalah :*

1. RS memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
2. RS menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

*Kriterianya adalah :*

1. Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
2. Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
3. Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

**g. Komunikasi antar staf (pembahasan tentang penerapan perintah lisan dan pelaporan nilai kritis dari pasien)**

*Standarnya adalah :*

1. RS merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

*Kriterianya adalah :*

1. Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
2. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

**2. Implementasi 7 langkah menuju keselamatan pasien di ICU**

- a. Membangun kesadaran terhadap nilai keselamatan pasien
  - Setiap hari dilakukan kegiatan *pre* dan *post* konferens untuk membahas masalah yang terjadi dengan pasien, termasuk didalamnya keselamatan pasien.
  - Setiap bulan diadakan rapat bulanan, agenda wajib yang didiskusikan adalah capaian indikator mutu unit, sasaran keselamatan pasien dan kejadian insiden
- b. Memimpin dan mendukung staf ICU untuk memprioritaskan keselamatan pasien.
- c. Mengintegrasikan kegiatan pengelolaan risiko dalam kegiatan unit
  - Membuat dan menyusun risk register instalasi perawatan intensif
  - Melakukan rapat untuk menyusun FMEA instalasi perawatan intensif
  - Monitoring dan evaluasi implementasi rekomendasi yang telah dibuat dalam *risk register*
- d. Mengembangkan sistem pelaporan
  - Sosialisasi ke pasien dan keluarga pasien untuk melakukan pelaporan insiden via web/sismadak
  - Melakukan pelaporan insiden melalui sismadak
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
  - Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien setiap melakukan tindakan/prosedur
  - Memfasilitasi pasien/keluarga pasien, apabila terjadi complain.
- f. Belajar dan berbagipengalaman tentang keselamatan pasien
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
  - Melakukan identifikasi pasien dengan benar
  - Melakukan asess menulang untuk setiap perubahan (resiko jatuh)
  - Melakukan pelaporan insiden via sismadak/web

- Memasang *sign* untuk setiap resiko pasien sesuai dengan ketentuan rumah sakit

### 3. Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien

#### **Pelaksanaan implementasi Sasaran Keselamatan Pasien meliputi :**

##### **a. 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.

##### **b. 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 mengkonfirmasi kebenaran hasil pembacaan 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 tandatangan dari pemberi perintah saat dia datang paling lambat 1 X 24 jam.

Sedangkan persyaratan komunikasi verbal via telepon/lisan saat melaporkan hasil kritis pasien adalah 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/Request**: 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 ICU yaitu pada saat serah terima pasien (operan jaga) baik antar tim maupun antar unit pelayanan. Kesenjangan saat melakukan serah terima pasien ini dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan pelayanan dan berpotensi menimbulkan kejadian yang tidak diinginkan pasien

#### **c. Meningkatkan keamanan “elektrolit pekat/terkonsentrasi”**

Elektrolit terkonsentrasi merupakan larutan yang “*Hight Alert*” dan tidak diperbolehkan disimpan sebagai stok di unit-unit pelayanan pasien kecuali di Instalasi Bedah Sentral, UGD dan unit Kamar bersalin/PONEK, ICU. Yang termasuk Elektrolit terkonsentrasi adalah *Kalium chloride* (2 mEq/ml atau lebih pekat), *Natrium chloride* (lebih pekat dari 0,9%), *Natrium bikarbonat* (lebih pekat dari 8,4%), *Magnesium Sulfat* (50% atau lebih pekat). Di ruangan ICU, elektrolit terkonsentrasi tersebut di simpan sebagai stok dalam *trolis emergency* dengan penanda MERAH di kemasan elektrolit. Dalam penggunaannya, dosis dan pengenceran elektrolit ini tergantung sesuai dengan instruksi dokter.

#### **d. Memastikan Tepat Sisi, Tepat Prosedur dan Tepat Orang pada Tindakan Pembedahan**

Pada pasien yang rencana operasi, dilakukan *preoperative checklist* yang termasuk didalamnya “*marking site*” untuk memastikan tepat sisi dan tepat orang, yang dilakukan oleh dokter bedah bersama dengan perawat penanggungjawab. Sedangkan untuk

“Tepat Prosedur”, prosedur ini dilaksanakan di ruangan OK dengan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) “*sign-in*”, “*time out*” dan “*sign out*”.

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

*Hand Hygiene* merupakan langkah awal sebagai upaya preventif untuk meminimalisir masalah ini. *Hand Hygiene* dilakukan ketika (*five moments*) :

1. Sebelum menyentuh pasien
2. Sebelum tindakan aseptis
3. Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi tubuh, membran mukosa, kulit yang tidak utuh atau pembalut luka
4. Setelah menyentuh pasien
5. Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien

*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 :

1. Tangan terlihat kotor, atau
2. Terkena darah/cairan tubuh lainnya, atau
3. Setelah dari kamar mandi

Sedangkan cuci tangan menggunakan *alcohol based handrub* dilakukan pada saat tangan tidak terlihat kotor. Setiap bed di ICU memiliki cairan *alcohol based handrub*. Teknik cuci tangan dilakukan sesuai dengan ketentuan dari *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* tahun 2009.

**f. Mengurangi Resiko Pasien Jatuh**

Kejadian pasien jatuh selama perawatan di rumah sakit dapat meningkatkan bahaya dan cedera tambahan pada pasien. Oleh karena itu rumah sakit harus melakukan evaluasi resiko jatuh terhadap pasien, bertindak untuk mengurangi resiko jatuh dan mengurangi cedera akibat jatuh.

**Tata laksana pencegahan pasien jatuh di ICU CD**

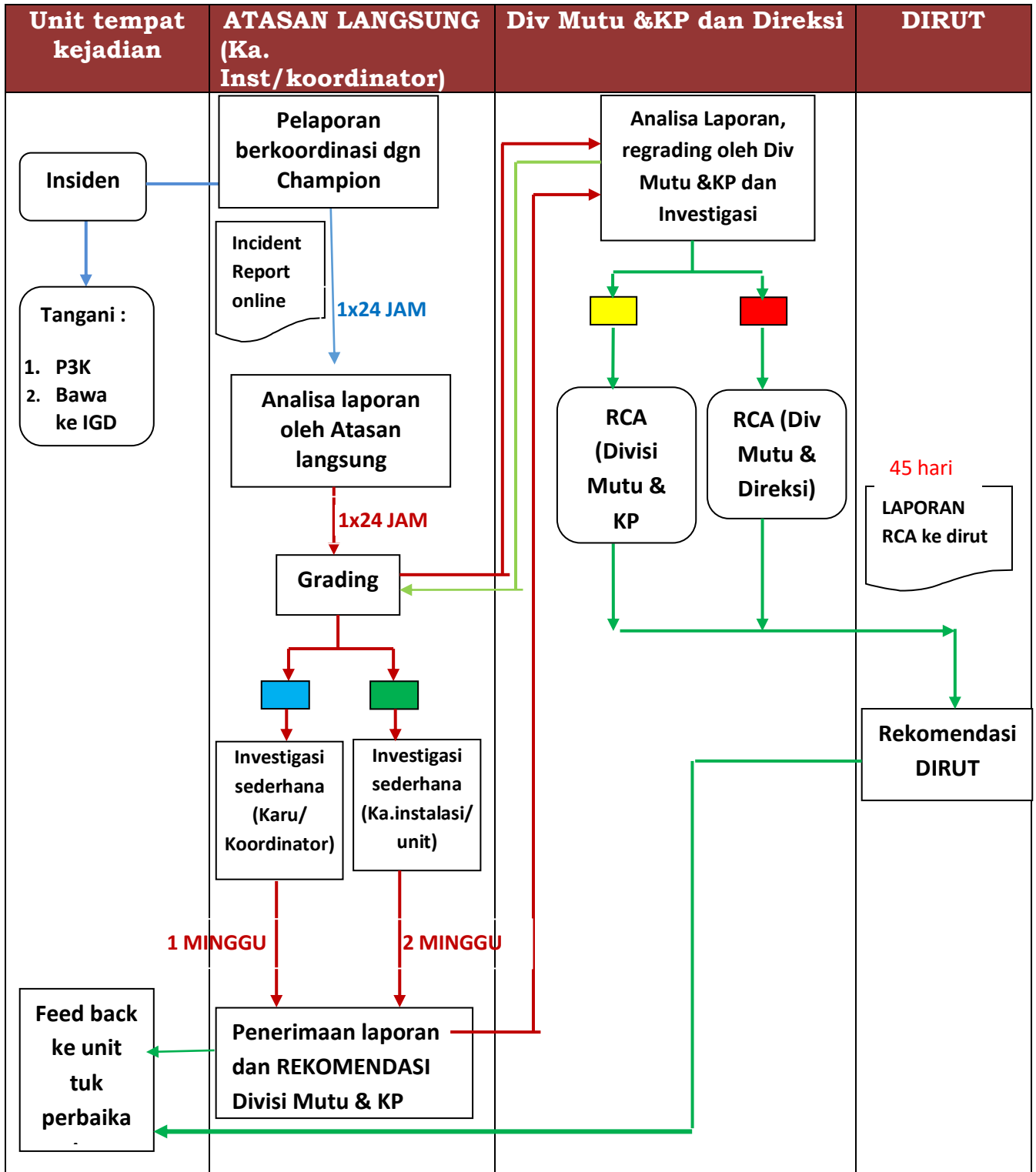
- Evaluasi resiko jatuh dapat dinilai dengan menggunakan skala jatuh.
  - a. Pasien anak menggunakan skala *Humpty Dumpty*
    - Resiko rendah dengan skor 7-11
    - Resiko tinggi skor > 12
  - b. Pasien dewasa menggunakan skala Morse
    - Resiko rendah skor 1-24
    - Resiko sedang skor 25-50
    - Resiko tinggi skor > 51
  - c. Pasien lansia (usia > 65 tahun) menggunakan asesmen resiko jatuh pasien lansia
    - Resiko rendah skor 1-3
    - Resiko tinggi > 3

- d. Pasien neonates menggunakan asesmen resiko jatuh neonates.  
Penetapan skala resiko jatuh dilakukan pada saat pasien masuk (1x24 jam), jika ada perubahan status kesehatan atau perubahan terapi, jika pasien pindah ruangan dan masa rawat pasien > 30 hari perawatan.
- Monitoring Pelaksanaan intervensi resiko jatuh sesuai dengan skor resiko jatuh pasien
    - Monitoring resiko jatuh rendah dilakukan per 24 jam
    - Monitoring resiko jatuh sedang dilakukan per 8 jam (per shift)
    - Monitoring resiko jatuh tinggi dilakukan per 2 jam
  - Pemasangan gelang resiko jatuh
    - Pemberian snap warna **KUNING** pada gelang identitas pasien
    - Pemasangan tanda segitiga jatuh pada bed pasienWarna **HIJAU** untuk resiko jatuh rendah  
Warna **ORANGE** untuk resiko jatuh sedang  
Warna **MERAH** untuk resiko jatuh tinggi
  - Edukasi kepada pasien dan keluarga pasien terkait pencegahan pasien jatuh dan didokumentasikan ke dalam formulir “edukasi terintegrasi.

**Ada 5 jenis insiden keselamatan pasien yang harus dilaporkan untuk ditindaklanjuti antara lain:**

1. Kejadian Sentinel : Insiden yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (cacat permanen).
2. KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) : insiden yang mengakibatkan pasien cedera/ kerugian.
3. KNC (Kejadian Nyaris Cedera) : insiden yang belum sampai terpapar/ cedera pada pasien dimana pegawai segera menyadari sebelum insiden terjadi
4. KTC (Kejadian Tidak Cedera) : telah terjadi insiden dan pasien sudah terpapar, tetapi pasien tidak mengalami cedera atau dampak dari tindakan tersebut.
5. KPC (Kondisi Potensial Cedera) : kondisi/ situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera.

## ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RS UNHAS



## BAB VII

### KESELAMATAN KERJA

Keselamatan kerja rumah sakit adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit (Permenkes NO. 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit).

Pelayanan ICU Covid merupakan pelayanan dengan kompleksitas pasien dan peralatan yang tinggi sehingga potensi bahaya dalam melaksanakan tugas juga besar. Potensi bahaya di RS, selain penyakit-penyakit infeksi juga ada potensi bahaya-bahaya lain yang mempengaruhi situasi dan kondisi di rumah sakit, yaitu kecelakaan (peledakan, kebakaran, kecelakaan yang berhubungan dengan instalasi listrik, dan sumber-sumber cedera lainnya), radiasi, bahan-bahan kimia yang berbahaya, gas-gas anastesi, gangguan psikososial dan ergonomi. Semua potensi bahaya tersebut di atas, jelas mengancam jiwa dan kehidupan bagi para karyawan di rumah sakit, para pasien maupun para pengunjung yang ada di lingkungan rumah sakit.

Implementasi penerapan keselamatan kerja di ruang ICU CD tetap berkoordinasi dengan bagian kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit (K3RS).

#### 1. Penggunaan Alat Pelindung Diri

- Menggunakan masker
- Menggunakan sarung tangan
- Pada saat merawat pasien infeksius yang menular melalui cairan tubuh, petugas menggunakan APD tambahan seperti apron sekali pakai dan *google* (kacamata)

#### 2. Pembinaan dan pengawasan staf ICU CD tentang sistem keselamatan kerja

- Melakukan koordinasi dengan bagian K3RS
- Mengikutsertakan staf ICU CD untuk mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran (*fire fighting*)
- Mengikutsertakan staf ICU CD untuk mengikuti pelatihan kewaspadaan bencana

#### 3. Pemilahan Sampah dan linen

- Sampah medis menggunakan tempat sampah dengan **KANTONG KUNING**
- Sampah nonmedis menggunakan tempat sampah dengan **KANTONG HITAM**
- Ampul obat-obatan, spuit bekas pakai dan *needle* dibuang di **safety box**.
- Dilakukan pemisahan linen infeksius dan noninfeksius. Untuk linen yang terkena cairan tubuh dan kotoran pasien, dimasukkan dalam kantong plastik dan diberi **LABEL**.

#### **4. Menerapkan aturan jam besuk untuk pasien**

Untuk meminimalkan resiko penyebaran virus covid, maka Rumah Sakit Unhas menerapkan jam besuk online, dimana keluarga pasien dapat melakukan video call via aplikasi *whatsapp* atau dengan pasien pada jam-jam tertentu. Selain itu, Rumah Sakit Unhas juga akan melakukan *family meeting*, dimana perawat dan dokter penanggung jawab akan memberikan informasi terkait kondisi pasien.

- Jam besuk online, Pagi pkl 10.00 WITA – 12.00 WITA
- Jam besuk online, Sore pkl.16.00 WITA – 18.00 WITA

#### **5. Melakukan inventarisasi dan kalibrasi alat-alat kesehatan**

- Inventarisasi dilakukan tiap bulan untuk memastikan alat dalam kondisi siap pakai
- Kalibrasi alat kesehatan dilakukan oleh bagian IPSRS untuk memastikan keakuratan alat

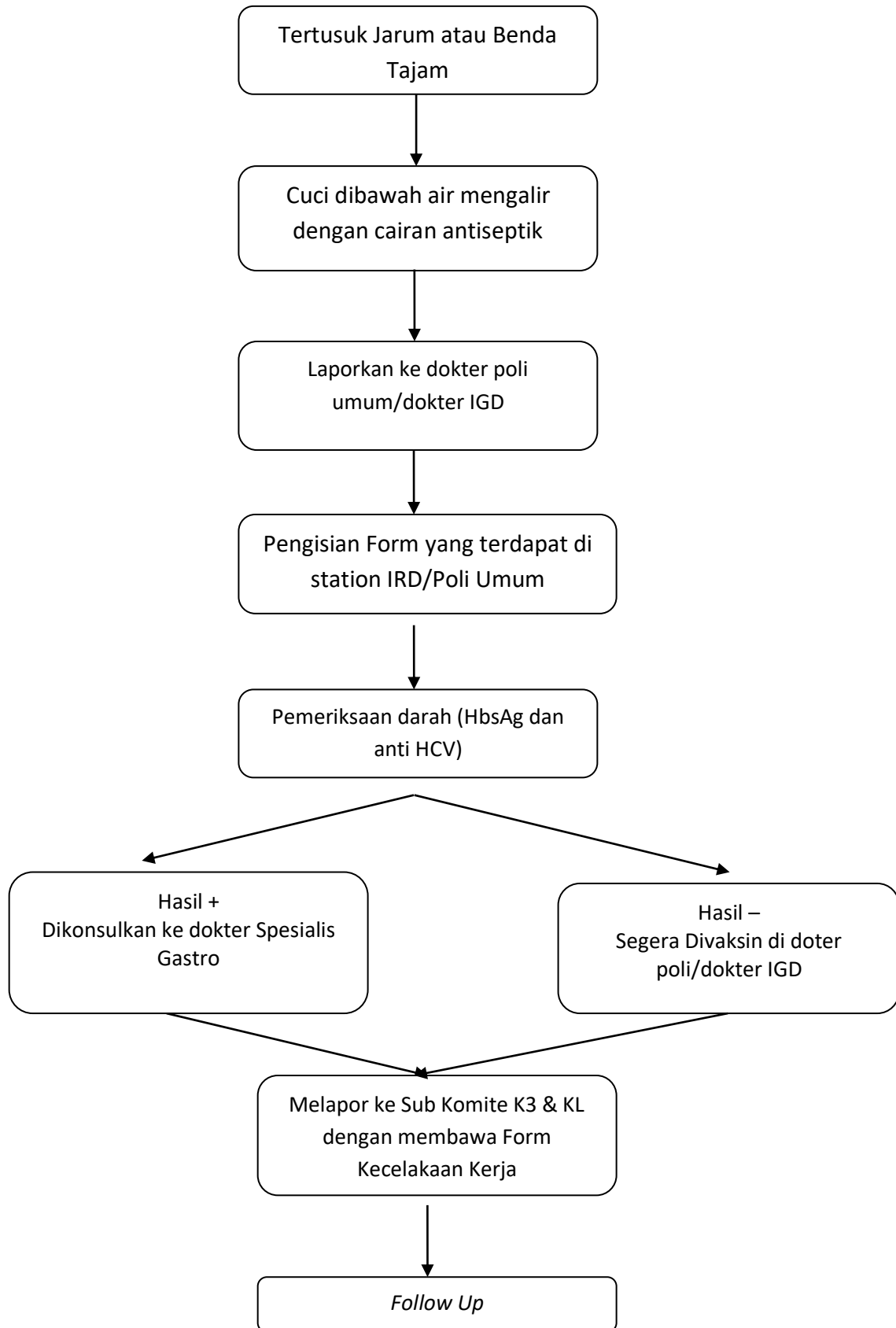
#### **6. Melakukan supervisi secara berkala**

- Supervisi tindakan sesuai SOP
- Supervisi program-program K3RS
  - ✓ Penggunaan APAR
  - ✓ Kode-kode bencana

#### **7. Menerapkan alur pelaporan insiden pasien/kecelakaan kerja**

Koordinasi dengan bagian Divisi Mutu& KP, Divisi K3/KL apabila terjadi insiden ataupun kecelakaan kerja.

## ALUR LAPORAN PAPARAN BENDA TAJAM INFEKSIUS (UNTUK PETUGAS)



## BAB VIII

### PENGENDALIAN MUTU

Mutu pelayanan merupakan kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya secara baik, sehingga semua kebutuhan pelanggan dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai. Untuk memastikan kualitas layanan yang diberikan, diperlukan upaya-upaya pengendalian mutu, diantaranya :

1. Melakukan koordinasi dengan bagian Satuan Penjaminan Mutu (SPM) rumah sakit untuk mengidentifikasi resiko, *skoring Hazard*, FMEA, *fishbone* dan PDSA yang kemungkinan terjadi di ICU CD untuk menentukan indikator mutu layanan ICU
2. Penilaian indikator mutu layanan dievaluasi setiap hari dan dilaporkan secara ONLINE kedalam SISMADAK.

#### - **Indikator Mutu Wajib**

##### **a. Kebutuhan identifikasi pasien**

Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.

Disebut patuh bila proses identifikasi pasien dilakukan secara benar oleh petugas pada saat, antara lain

1. Pemberian obat
2. Pemberian pengobatan termasuk nutrisi
3. Pemberian darah dan produk darah
4. Pengambilan specimen
5. Sebelum melakukan tindakan diagnostic/terapeutik

Pengukuran dilakukan terpisah untuk masing-masing proses tersebut diatas dan menghasilkan lima sub indikator, yaitu :

1. Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum pemberian obat
2. Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum pengobatan termasuk pemberian nutrisi pada diet khusus
3. Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum pemberian transfusi darah dan produk darah
4. Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum pengambilan spesimen pemeriksaan

**Angka kepatuhan identifikasi pasien diperoleh dengan :**

$\frac{\text{Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar}}{\text{Jumlah proses pelayanan yang diobservasi}}$
---



**b. Kepatuhan jam visite dokter spesialis**

Kepatuhan jam visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya setiap hari sebelum jam 14.00 termasuk libur.

**Angka kepatuhan jam visite dokter spesialis diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14.00 pada hari berjalan}}{\text{Jumlah visite dokter spesiali pada hari berjalan}}$$

**c. Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap**

Upaya pencegahan jatuh meliputi : screening di rawat jalan/IGD dan asesmen awal risiko jatuh. Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh rumah sakit.

**Angka kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang mendapatkan ketika upaya pencegahan jatuh}}{\text{Jumlah kasus semua pasien yang beresiko jatuh}}$$

**- Indikator Mutu Lokal**

**a. Angka kepatuhan pengisian monitoring transfusi darah**

Angka kepatuhan pengisian monitoring transfusi darah kepatuhan dalam monitoring reaksi transfusi darah sejak pre-, durante dan setelah transfusi sampai selesai

**Angka kepatuhan pengisian monitoring transfuse darah diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Pengisian lengkap form monitoring pasien transfuse darah}}{\text{Seluruh pasien transfuse darah}}$$

**b. Kejadian reaksi transfusi darah**

Yang dimaksud kejadian reaksi transfusi adalah reaksi yang timbul akibat dilakukannya transfusi darah yang tidak sesuai dengan golongan darah pasien (Reaksi incompatibilitas)

**Angka kejadian reaksi transfuse darah diperoleh dengan**

$$\frac{\text{Pengisian lengkap form monitoring pasien transfuse darah}}{\text{Seluruh pasien transfuse darah}}$$

**c. Pasien yang kembali ke instalasi pelayanan Intensif (ICU) dengan kasus yang sama < 72 jam**

Pasien kembali ke pelayanan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam dan memenuhi syarat masuk ruang intensif care.

**Angka pasien yang kembali ke instalasi pelayanan intensif dengan kasus yang sama > 72 jam diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang kembali ke ICU} < 72 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien keluar ICU}}$$

**d. Kejadian *self extubated***

Kejadian *self extubated* adalah kejadian ekstubasi yang dilakukan oleh pasien

**Angka kejadian *self-extubated* dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah pasien ICU yang melakukan extubasi sendiri}}{\text{Jumlah pasien ICU yang terintubasi}}$$

**e. Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator**

Tempat tidur ruang intensif adalah tempat tidur yang dapat diubah posisi yang dilengkapi dengan monitor dan ventilator

**Angka ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah tempat tidur yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator}}{\text{Jumlah seluruh tempat tidur di ICU}}$$

**f. Kejadian *self-extubated* di ICU pasien covid-19**

Kejadian *self extubated* adalah kejadian ekstubasi yang dilakukan oleh pasien

**Angka Kejadian *self-extubated* di ICU pasien covid-19 diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah pasien ICU Covid yang melakukan extubasi sendiri}}{\text{Jumlah pasien ICU yang terintubasi}}$$

**g. Kepatuhan identifikasi pasien covid-19**

Identifikasi pasien covid-19 adalah pengecekan identitas pasien covid-19 menggunakan minimal 2 identitas dari 4 identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.

**Angka kepatuhan identifikasi pasien covid-19 diperoleh dengan:**

$$\frac{\text{Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar}}{\text{Jumlah proses pelayanan yang diobservasi}}$$

**h. Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien Covid-19**

Kejadian pasien covid-19 secara tidak sengaja dan tiba-tiba terjatuh dari posisi berdiri, duduk atau berbaring ke tingkat yang lebih rendah.

**Angka kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien Covid-19 diperoleh dengan:**

$$\frac{\text{Jumlah pasien covid – 19 dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien covid – 19 yang jatuh}}{\text{Jumlah pasien covid – 19 yang dirawat dalam bulan tersebut}}$$

**i. Kepatuhan pelaksanaan SBAR dalam handover**

Kepatuhan pelaksanaan SBAR dalam handover adalah penggunaan metode SBAR (Jelaskan Situation, Background, Asessment dan Recommendation/Request) yang dilakukan jika melaporkan nilai kritis lab/radiologi atau tanda-tanda vital pasien dan proses pemberian informasi saat shift operan dilakukan oleh staf RS. Dikatakan patuh jika telah mendokumentasikan proses pelaksanaan SBAR dan disertai validasi berupa stempel.

**Angka kepatuhan pelaksanaan SBAR dalam handover diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Frekuensi pelaksanaan SBAR sesuai dengan standar}}{\text{Total frekuensi pelaksanaan SBAR yang seharusnya dilakukan}}$$

**j. Kelengkapan asesmen awal medis pasien kanker RI**

Kelengkapan asesmen awal medis pasien kanker rawat inap adalah kepatuhan melengkapi pengisian asesmen awal medis paling lambat 24 jam sejak pasien masuk pasien kanker masuk rawat inap

**Angka Kelengkapan asesmen awal medis pasien kanker RI diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah pasien dengan diagnosa kanker yang lengkap asesmen awal medis 24 jam sejak pasien masuk rawat inap}}{\text{Jumlah pasien yang masuk dengan diagnosa kanker di rawat inap (total shift)}}$$

**k. KNC Pemberian obat kanker**

KNC sejak mulai perawat pemberian (obat paket diterima dari petugas farmasi) sampai selesai (serah terima/double check obat racik dari Perawat ke Pasien) (harus memenuhi kriteria 7B)

**Angka Kelengkapan asesmen awal medis pasien kanker RI diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar}}{\text{Jumlah proses pelayanan yang diobservasi}}$$

**l. Kepatuhan identifikasi pasien kanker**

Identifikasi pasien Kanker adalah proses pengecekan identitas pasien Kanker menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum

memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.

**Angka Kepatuhan identifikasi pasien kanker diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar}}{\text{Jumlah proses pelayanan yang diobservasi}}$$

**m. Kepatuhan perintah lisan denga TBAK pasien kanker rawat inap**

TBAK adalah metode yang digunakan saat petugas RS menerima perintah lisan atau verbal atau via telpon dari petugas lainnya atau DPJP untuk mencegah terjadinya mis komunikasi antara petugas RS/Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Metode yang dipakai setelah menerima perintah adalah Tulis, Baca (Kembali, kalau perlu dieja) dan dikonfirmasi ke pemberi perintah agar mengisi dan menandatangani rekam medis serta member.

**Angka Kepatuhan perintah lisan denga TBAK pasien kanker rawat inap kanker diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah perintah lisan yang melaksanakan TBAK sesuai dengan regulasi emergency pelayanan kanker}}{\text{Total perintah lisan dalam kurun waktu tertentu}}$$

**n. Ketepatan waktu pemberian obat kanker**

Ketepatan pemberian obat yaitu ketepatan waktu pemberian obat sesuai dengan resep DPJP, yang diukur sejak serah terima obat dari petugas farmasi ke perawat sampai obat tersebut diberikan ke pasien dengan memperhatikan 7 B termasuk Benar pasien, benar obat, benar waktu, benar dosis, benar rute, dokumentasi dan benar pelaporan. Tepat waktu 100% jika seluruh item obat diberikan sesuai resep DPJP

**Angka Ketepatan waktu pemberian obat kanker diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah item obat high alert yang dilabeli hight alert pada trolley emergency pelayanan kanker}}{\text{Total item obat high alert di trolley emergency pelayanan kanker sesuai dengan standar RS (29 item)}}$$

**o. Upaya pencegahan risiko cedera pada pasien kanker yang berisiko jatuh**

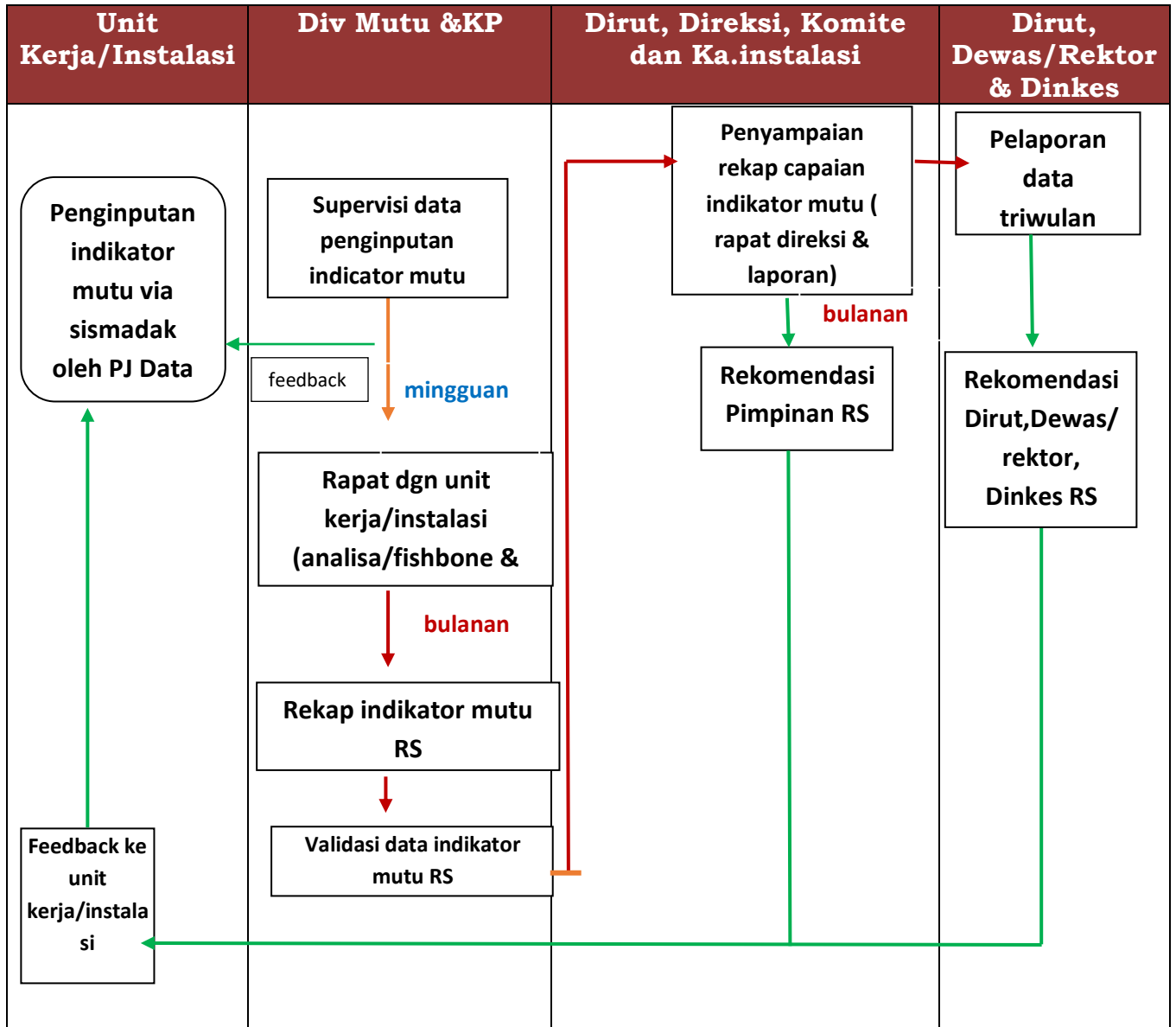
Kejadian pasien Kanker secara tidak sengaja dan tiba-tiba terjatuh dari posisi berdiri, duduk atau berbaring ketinggian yang lebih rendah

**Angka Upaya pencegahan risiko cedera pada pasien kanker yang berisiko jatuh diperoleh dengan :**

$$\frac{\text{Jumlah pasien kanker dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien kanker yang jatuh}}{\text{Jumlah pasien kanker dirawat dalam bulan tersebut}}$$

3. Pelaporan kejadian sentinel/insiden keselamatan pasien secara ONLINE ke Bagian Satuan Penjamin Mutu

ALUR PELAPORAN INDIKATOR MUTU DI RS UNHAS



## BAB IX

### PENUTUP

Pedoman Pelayanan Instalasi ICU CD di Rumah Sakit Unhas ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi menyelenggarakan pelayanan Instalasi ICU Rumah Sakit Unhas. Klasifikasi Pelayanan Instalasi ICU CD di Rumah Sakit Unhas adalah pelayanan ICU Sekunder disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit meliputi sumber daya, sarana, prasarana dan peralatan.

Oleh karena itu, setiap rumah sakit hendaknya dapat dijadikan acuan dan menjadi tolak ukur evaluasi pengembangan pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit.

Ditetapkan di Makassar  
Pada tanggal 3 April 2023

DIREKTOR UTAMA,



dr. Andi Muhammad Ichsan Ph.D Sp.M (K)  
NIP. 197002122008011013