



**PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS**

**NOMOR 48/UN4.24.0/2023**

**TENTANG**

**PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)**

**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 terapi intensif yang bermutu tinggi;
- b. bahwa agar pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit Unhas dapat berjalan dengan baik, maka perlu adanya Pedoman Pelayanan ICU sebagai landasan penyelenggaraan pelayanan ICU;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin a dan poin b, maka dipandang perlu ditetapkan pedoman pengorganisasian ICU 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 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.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang

penyelenggaraan pelayanan *Intensive Care* Rumah Sakit

8. 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

### **BAB I**

#### **KETENTUAN UMUM**

##### Pasal 1

1. *Intensive Care Unit*, yang selanjutnya disebut ICU, 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 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 penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia.
3. Pelayanan ICU Sekunder adalah yaitu memberikan pelayanan keperawatan pada pasien dengan standar ICU umum yang tinggi, bantuan ventilasi mekanik, dukungan atau bantuan hidup lain, tetapi tidak terlalu kompleks.
4. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.
5. Kepala Instalasi ICU adalah seseorang yang diangkat oleh Direktur Utama yang bertanggungjawab terhadap kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di unit/instalasi
6. Koordinator Pelayanan ICU adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang untuk mengelola pelayanan asuhan keperawatan di ruang ICU.
7. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ICU, 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
8. Peserta Didik Dokter Spesialis Anesthesiologi, yang selanjutnya disebut

PPDS Anestesiologi adalah dokter yang sedang menjalani pendidikan dokter spesialis anestesiologi.

9. 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 *intensive care unit* di Rumah Sakit Unhas ini dimaksudkan guna memberikan pedoman dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan penyelenggaraan pelayanan intensif 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 intensif di Rumah Sakit Unhas termasuk Pelayanan ICU Sekunder
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 intensif 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 Rumah Sakit Unhas adalah sebagai berikut:

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 dibawah langsung oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
2. Kepala Instalasi ICU bertanggungjawab langsung kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
3. Koordinator Pelayanan ICU bertanggungjawab langsung kepada Kepala Instalasi ICU
4. Perawat Pelaksana dan Perawat Administrasi bertanggungjawab kepada Koordinator Pelayanan ICU

## **BAB VI**

### **PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

#### Pasal 7

1. Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, 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 perumahsakit 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 membuat pelaporan pelayanan ICU yang sudah dilakukan tiap bulan.
4. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa :
  - a. Rekapitulasi pasien masuk ICU
  - b. Penggunaan alat bantu
  - c. Lama rawat
  - d. Keluaran (pasien hidup atau meninggal) dari ICU

## **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 48/UN4.24.0/2023  
TANGGAL 3 APRIL 2023  
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN *INTENSIVE CARE UNIT*  
DI RUMAH SAKIT UNHAS

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**A. Latar Belakang**

*Intensive Care Unit* 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 adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien dalam kondisi kritis diruang perawatan intensif, dilaksanakan secara terintegrasi oleh tim yang terlatih dan berpengalaman dibidang *critical care*. Pengelolaan pelayanan ICU 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 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 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.

**B. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus**

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

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang mendapatkan pelayanan ICU.

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

### **C. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup pelayanan perawatan intensif meliputi :

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 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.

Selain ruang lingkup pelayanan diatas, ICU juga memiliki bidang kerja meliputi :

1. Pengelolaan pasien langsung

Pengelolaan pasien langsung dilakukan secara primer oleh dokter intensivist dengan melaksanakan pendekatan pengelolaan total pada pasien sakit kritis, menjadi ketua tim dari berbagai pendapat konsultan atau dokter yang ikut merawat pasien. Cara kerja demikian mencegah pengelolaan yang terkotak-kotak dan menghasilkan pendekatan yang terkoordinasi pada pasien serta keluarganya.

2. Administrasi unit

Pelayanan ICU yang dimaksud untuk memastikan suatu lingkungan yang menjamin pelayanan yang aman, tepat waktu dan efektif. Untuk tercapainya tugas ini diperlukan partisipasi oleh dokter intensivist pada aktivitas manajemen.

3. Pendidikan, pelatihan dan penelitian

ICU melakukan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga medis dan non-medis mengenai hal-hal yang terkait dengan ICU. Pelatihan ICU untuk kepala ICU terdiri dari :

- a. Pelatihan pemantauan (monitoring)
- b. Pelatihan ventilasi mekanis
- c. Pelatihan terapi cairan, elektrolit dan asam basa
- d. Pelatihan penatalaksanaan infeksi
- e. Pelatihan manajemen ICU
- f. ICU juga merupakan tempat penelitian.

#### **D. Batasan Operasional**

Pelayanan ICU diindikasikan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien 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 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 anastesiologi dan terapi intensif rumah sakit.
6. 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.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan *Intensive Care* Rumah Sakit.

#### **F. Kebijakan Unit**

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

1. Standar asuhan keperawatan
2. Standar operasional prosedur
3. Indikasi pasien masuk dan keluar ICU
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 harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai dan mempunyai komitmen terhadap waktu.

Sesuai dengan klasifikasi pelayanan ICU Sekunder Rumah Sakit Unhas berikut standar kualifikasi ketenagaan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive care Unit* (ICU) di Rumah Sakit)

a. Kepala ICU

- Dokter Spesialis Anestesi (Sp. An) atau Konsultan Intensivist Care (KIC)

b. Tim Medis

- Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS

c. Perawat :

- Perawat dengan level PK II dan sudah mengikuti pelatihan ICU dasar.
- Minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU
- 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. Ketua Tim (Penanggung Jawab Shift)

- Minimal D3 Keperawatan, dengan pengalaman kerja di ICU minimal 3 tahun, memiliki sertifikat ICU dan sertifikat pelatihan tambahan yang menunjang kompetensi ICU

- S1 Keperawatan dengan pengalaman kerja di ICU minimal 2 tahun memiliki sertifikat ICU dan sertifikat pelatihan tambahan yang menunjang kompetensi ICU
  - S2 Keperawatan kritis pengalaman kerja di ICU minimal 1 tahun
- d. Kepala Ruangan
- Minimal Ners, dengan pengalaman sebagai ketua Tim ICU minimal 3 tahun dan memiliki sertifikat manajemen keperawatan
  - S2 Keperawatan kritis dengan pengalaman sebagai ketua Tim ICU 2 tahun
  - Kompetensi yang harus dimiliki adalah kompetensi yang dimiliki ketua tim ditambah kompetensi manajerial
- c. Tenaga non kesehatan
- Tenaga administrasi: harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi
  - Tenaga pekarya
  - Tenaga kebersihan

**Data Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jumlah dan Kualifikasi di Unit  
ICU Rumah Sakit Unhas Sesuai KEPMENKES RI  
No.1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan  
Pelayanan ICU di Rumah Sakit Tahun 2022**

| No | Jabatan             | Pendidikan  | Pelatihan   | Jumlah | Standar              | Ket |
|----|---------------------|---|---|--------|----------------------|-----|
| 1  | Kepala Instalasi    | Spesialis Anestesiologi + Konsulen Intensivist Care | ACLS  | 1      | Sesuai standar       |     |
| 2  | Kepala Ruangan      | Ners/Magister Keperawatan                           | Sertifikasi ICU Dasar + ICU Intermediate + ACLS   | 1      | Sesuai standar       |     |
| 3  | Perawat Pelaksana   | Ners  | 11 Perawat bersertifikasi ICU dasar, 10 Perawat bersertifikat ACLS, 12 Perawat Bersertifikasi Pelatihan ventilasi Mekanik | 12     | Belum sesuai standar |     |
| 4  | Tenaga Administrasi |   | Mampu mengoperasikan komputer   | 1      | Sesuai standar       |     |

Sumber : Data Sekunder Rumah Sakit Unhas, 2022

## B. Distribusi Ketenagaan

Dalam pelayanan intensif 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.

| Jenis Tenaga         | Jadwal Jaga   |
|----------------------|---|
| 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

Pengaturan jadwal dinas perawat ICU dibuat dan dipertanggungjawabkan oleh Koordinator pelayanan ICU dan disetujui oleh Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan. Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan direalisasikan ke perawat pelaksana ICU setiap satu bulan.

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

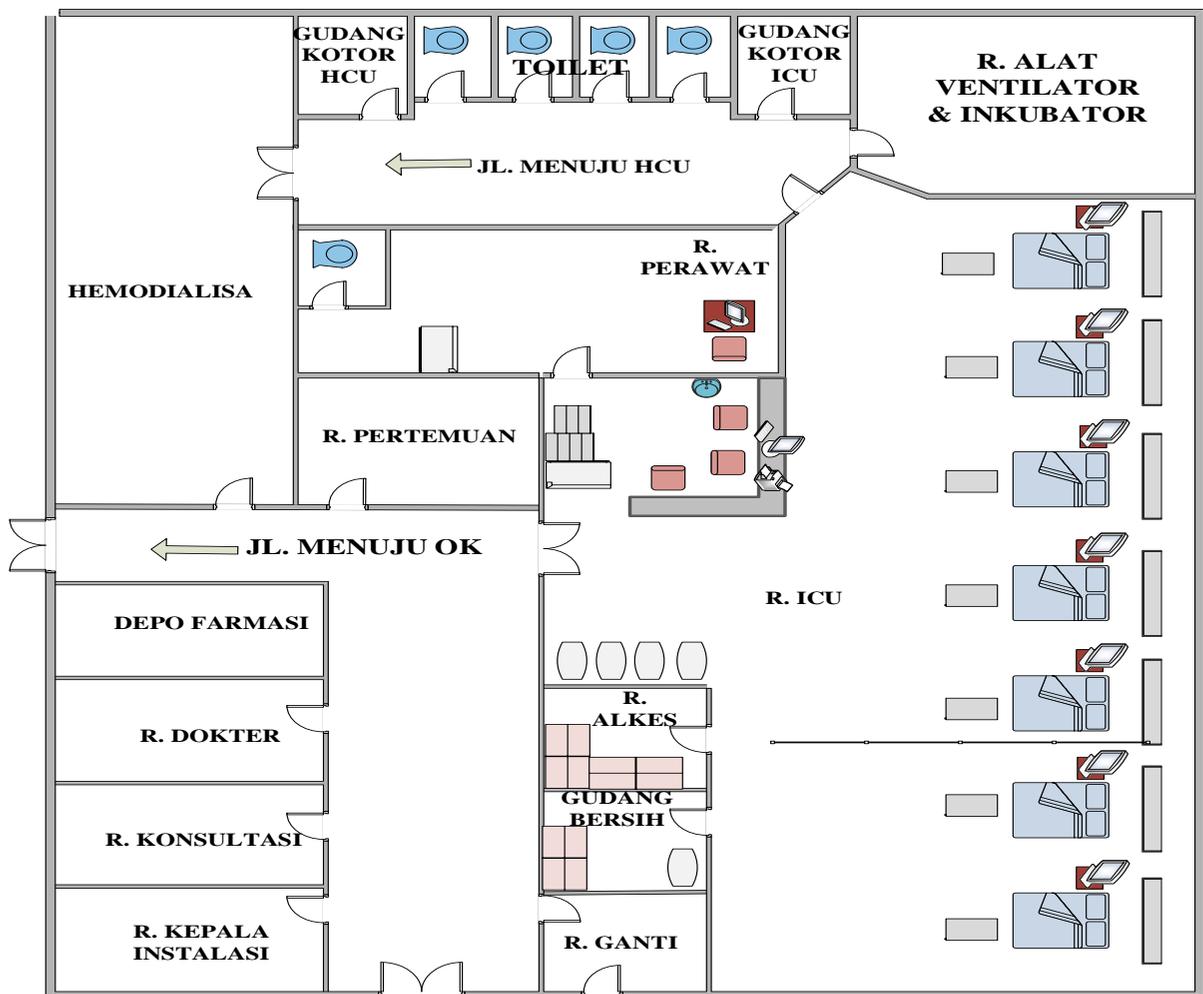
## **BAB III**

### **STANDAR FASILITAS**

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

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

Ruang Instalasi ICU terletak di lantai dua gedung EF Rumah Sakit Unhas. Berada satu kompleks dengan ruangan operasi (OK) dan ruang pemulihan. Tepatnya di sebelah kanan setelah menaiki tangga, Instalasi ICU terletak di sebelah kiri pintu darurat, di sebelah kanan Ruang Operasi/Unit OK, dan berada di depan Unit Kemoterapi. Berdasarkan standar menurut Kepmenkes No. 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) letak Instalasi ICU harus berada satu kompleks dengan kamar bedah, berdekatan juga dengan UGD, Laboratorium dan Radiologi. Hal ini bertujuan agar akses penanganan pasien di UGD dan kamar bedah pasca operasi, radiologi lebih mudah jika harus di tangani di ruang ICU, serta harus berdekatan dengan Laboratorium agar hasil pemeriksaan lab dapat diketahui dengan cepat, namun pada kenyataannya letak Instalasi ICU hanya berdekatan dengan kamar bedah/Unit OK dan jauh dari UGD, Laboratorium dan Radiologi sehingga letak Ruangan ICU belum memenuhi standar, namun akses ke UGD, Laboratorium, dan Radiologi dapat diakses dengan mudah menggunakan lift.



**Denah Ruangan Unit ICU  
Rumah Sakit Unhas**

## 2. Standar Ruangannya

- Ketentuan bangunan ICU adalah sebagai berikut :
  - a. Terisolasi / terpisah dari ruangan lainnya
  - b. Mempunyai standar tertentu terhadap :
    1. Bahaya api
    2. Ventilasi
    3. AC
    4. *Exhaust fan*
    5. Pipa air
    6. Komunikasi
    7. Bakteriologis
    8. Komunikasi
  - c. Lantai mudah dibersihkan, keras dan rata.
- Ruangannya ICU dibagi menjadi beberapa area yang terdiri dari :
  - a. Area pasien :
    - Unit terbuka 12 -16 m<sup>2</sup> / tempat tidur
    - Unit tertutup 16 – 20 m<sup>2</sup> / tempat tidur
    - Jarak antar tempat tidur : 2 m

- Unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur
- Unit tertutup : 1 tempat tidur terdiri dari 1 tempat cuci tangan.
- Harus ada sejumlah outlet yang cukup sesuai dengan level ICU. Untuk ICU sekunder harus ada 2 outlet oksigen, 1 outlet vakum dan 2 outlet stop kontak / tempat tidur.
- Pencahayaan cukup dan kuat untuk observasi klinis dengan lampu TL day light 10 watt/m<sup>2</sup>. Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain dari unit juga memperhatikan privasi pasien.

b. Area kerja meliputi :

- Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien.
  - Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan, resusitasi dan penyimpanan obat dan alat (termasuk lemari pendingin)
  - Ruang yang cukup untuk mesin *X-Ray mobile* dan dilengkapi dengan *viewer*
  - Ruang untuk telepon dan sistem komunikasi lain, komputer dan koleksi data, juga tempat untuk penyimpanan alat tulis dan terdapat ruang yang cukup untuk resepsionis dan petugas administrasi.
- Untuk standar ruangan, ICU memerlukan beberapa kondisi khusus seperti :
- a. Komponen penutup lantai.
- Komponen penutup lantai memiliki persyaratan sebagai berikut:
1. Tidak terbuat dari bahan yang memiliki lapisan permukaan dengan porositas yang tinggi yang dapat menyimpan debu.
  2. Mudah dibersihkan dan tahan terhadap gesekan
  3. Penutup lantai harus berwarna cerah dan tidak menyilaukan mata
  4. Pertemuan dinding dengan lantai dan dinding dengan dinding harus melengkung agar mudah dibersihkan dan tidak menjadi tempat sarang abu dan kotoran
  5. Disarankan menggunakan bahan vinil khusus yang dipakai untuk lantai Ruang Rawat Pasien ICU.
- b. Komponen dinding.
- Komponen dinding memiliki persyaratan sebagai berikut :
1. Dinding harus mudah dibersihkan, tahan cuaca dan tidak berjamur.
  2. Lapisan penutup dinding harus bersifat non porosif (tidak mengandung pori-pori) sehingga dinding tidak menyimpan debu.
  3. Warna dinding cerah tetapi tidak menyilaukan mata.
  4. Hubungan/pertemuan antara dinding dengan dinding

harus tidak siku, tetapi melengkung untuk memudahkan pembersihan.

c. Komponen langit-langit.

Komponen langit-langit memiliki persyaratan sebagai berikut :

1. Harus mudah dibersihkan, tahan terhadap segala cuaca, tahan terhadap air, tidak mengandung unsur yang dapat membahayakan pasien, serta tidak berjamur.
2. Memiliki lapisan penutup yang bersifat nonporosif (tidakberpori) sehingga tidak menyimpan debu.
3. Berwarna cerah, tetapi tidak menyilaukan pengguna ruangan.

Desain Pelayanan ICU Tahun 2022

| No              | Standar Kondisi Ruang ICU berdasarkan KEPMENKES No.1778/MENKES/SK/XII/2010                      | Kondisi di ICU RS Unhas   | Ket                            |
|-----------------|---|---|--------------------------------|
| Area Pasien     |   |   |                                |
| 1               | Jarak antar tempat tidur 2 m <sup>2</sup>   | Jarak antar tempat tidur 2 m <sup>2</sup>   | Sesuai standar                 |
| 2               | Unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur                               | 1 tempat cuci tangan untuk 6 tempat tidur   | Belum sesuai standar           |
| 3               | - Outlet oksigen 2 / tempat tidur<br>- Vakum / 1 tempat tidur<br>- Stop kontak 2 / tempat tidur | - Outlet oksigen 2/ tempat tidur<br>- Vakum 2 / tempat tidur<br>- Stop kontak 7-16/tempat tidur | Sesuai standar                 |
| Area Lingkungan |   |   |                                |
| 1               | Menggunakan <i>Air Conditioned</i>  | Menggunakan <i>Air Conditioned</i>  | Sesuai standar                 |
| 2               | Suhu 23 <sup>0</sup> – 25 <sup>0</sup>  | Suhu 23 <sup>0</sup> – 25 <sup>0</sup>  | Sesuai standar                 |
| 3               | Humiditas 50%-70%   | Humiditas 50%-70%   | Sesuai standar                 |
| 4               | Terdapat Ruang Isolasi  | Terdapat Ruang Isolasi  | Ada, tapi belum sesuai standar |
| 5               | Terdapat ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih  | Terdapat ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih  | Sesuai standar                 |
| 6               | Terdapat ruang tempat buang kotoran   | Terdapat ruang tempat buang kotoran   | Sesuai standar                 |
| 7               | Terdapat Ruang perawat  | Terdapat Ruang perawat  | Sesuai standar                 |

|    |                                       |                                       |  |
|----|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 8  | Terdapat ruang staf dokter            | Terdapat ruang staf dokter            | Sesuai standar                         |
| 9  | Terdapat ruang tunggu keluarga pasien | Terdapat ruang tunggu keluarga pasien | Sesuai standar                         |
| 10 | Laboratorium 24 Jam                   | Laboratorium 24 jam                   | Masih menggunakan laboratorium sentral |

Untuk desain pelayanan ICU, masih terdapat beberapa kondisi ruangan yang belum memenuhi standar, diantaranya :

1. Ruangan Isolasi.

Ruangan isolasi yang ada hanya merupakan ruangan dengan sekat dari kaca dan belum dilengkapi dengan tekanan positif. Untuk keefektifan pelayanan pasien sakit kritis yang membutuhkan perawatan intensif, maka dilakukan rujuk kasus ke rumah sakit lain dengan fasilitas ruang isolasi.

2. Tempat cuci tangan

Untuk setiap satu tempat tidur sebaiknya tersedia satu tempat cuci tangan, namun kondisi sekarang hanya satu tempat cuci tangan untuk enam tempat tidur. Kondisi ini masih dianggap kondusif untuk pelayanan karena jarak antar tempat tidur dengan tempat cuci tangan tidak terlalu jauh dan masih bisa dijangkau. Selain itu, kami juga menyediakan *handrub* untuk masing-masing tempat tidur untuk memudahkan melakukan *hand hygiene* untuk tangan yang tidak terlihat kotor

## B. STANDAR FASILITAS

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

a. Fasilitas Medis

| <b>No.</b> | <b>Nama Fasilitas</b>  | <b>Jumlah</b> | <b>standar</b>                                     | <b>ket</b> |
|------------|------------------------|---------------|--|------------|
| 1          | <i>Patient Monitor</i> | 6             | Sesuai standar                                     | Baik       |
| 2          | <i>Syringe Pump</i>    | 19            | Sesuai standar                                     | Baik       |
| 3          | <i>Infuse Pump</i>     | 14            | Sesuai standar                                     | Baik       |
| 4          | EKG                    | 1             | Sesuai standar                                     | Baik       |
| 5          | Ventilator             | 4             | Belum sesuai standar, sebaiknya 1 bed 1 ventilator | Baik       |
| 6          | Kasur Dekubitus        | 5             | Sesuai standar                                     | Rusak      |

|    |                |   |   |      |
|----|----------------|---|---|------|
| 7  | Nebulizer      | 2 | Sesuai Standar                                  | Baik |
| 8  | Defibrilator   | 1 | Sesuai standar                                  | Baik |
| 9  | Tempat tidur   | 7 | Sesuai standar                                  | Baik |
| 11 | <i>Suction</i> | 4 | Belum sesuai standar, sebaiknya 1 bed 1 suction | Baik |

b. Fasilitas Non Medis

1. Pintu

Bentuk pintu sliding, pintu harus selalu tertutup dengan menggunakan penutup otomatis. Pintu selalu terawat dan tidak boleh mengeluarkan suara.

2. Ventilasi

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

3. Sistem Penerangan

Lampu ruangan memakai lampu pijar putih tertanam di dalam langit-langit sehingga tidak menampung debu dan mudah dibersihkan. Pencahayaan ruangan sesuai peraturan pencahayaan pada buku ini. Lampu operasi merupakan lampu khusus yang terdiri dari beberapa lampu yang fokusnya dapat diatur, tidak panas, terang, tidak menyilaukan dan tidak menimbulkan bayangan

4. 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

5. Sistem Listrik

Ada sistem penerangan darurat dan sistem listrik cadangan

6. 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 *stainless steel* 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. 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**

### **KEBIJAKAN**

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 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.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan *Intensive Care* Rumah Sakit

## **BAB V**

### **TATALAKSANA INSTALASI ICU**

Ruang lingkup pelayanan ICU 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 di Rumah Sakit Unhas menerapkan sistem *closed*, yaitu Kepala Instalasi ICU yang berperan sebagai pemegang kendali terhadap pasien. 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 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 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**

Pelayanan ICU diperuntukkan dan ditentukan oleh kondisi pasien yang sakit kritis. Menurut Kepmenkes No.1778/MENKES/SK/XII/2010, yang termasuk pasien sakit kritis, meliputi :

- Pasien-pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan dokter, perawat, profesi lain yang terkait secara terkoordinasi dan berkelanjutan, serta memerlukan perhatian yang teliti, agar dapat dilaksanakan pengawasan yang ketat dan terus menerus serta terapi titrasi.
- Pasien-pasien yang dalam bahaya mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan.

Pasien yang terindikasi perawatan ICU, 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. 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 yang terbatas, maka kepala instalasi ICU dapat menerapkan kebijakan untuk melakukan filtrasi pasien berdasarkan asas prioritas dan indikasi masuk.

## 1. Kriteria Masuk

Terdapat 3 kriteria masuk yang bisa digunakan untuk kelayakan pasien masuk ICU :

### a. Berdasarkan diagnosis

- Sistem Kardiovaskular
  - ✓ IMA dengan komplikasi
  - ✓ Syok kardiogenik
  - ✓ Aritmia kompleks yang membutuhkan dukungan pemantauan ketat
  - ✓ Gagal jantung kongestif dengan gagal napas dan/atau membutuhkan support hemodinamik
  - ✓ Hipertensi emergensi
  - ✓ Angina tidak stabil, terutama dengan disritmia, hemodinamik tidak stabil, atau nyeri dada menetap
  - ✓ *Cardiac arrest*
  - ✓ Tamponade jantung atau konstiksi dengan hemodinamik tidak stabil
  - ✓ Diseksi aneurisma aorta
  - ✓ Blokade jantung kompli
- Sistem Respirasi
  - ✓ Gagal napas akut yang membutuhkan bantuan ventilator
  - ✓ Emboli paru dengan hemodinamik tidak stabil
  - ✓ Membutuhkan perawat/perawatan pernapasan yang tidak tersedia di unit perawatan
  - ✓ Hemoptisis masif
  - ✓ Gagal napas dengan nancaman intubasi
  - ✓ Pneumonia berat
- Sistem neurologis
  - ✓ Stroke akut dengan penurunan kesadaran
  - ✓ Koma: metabolik, toksik, atau anoksia
  - ✓ Perdarahan intrakranial dengan potensi herniasi
  - ✓ Perdarahan subarachnoid akut
  - ✓ Meningitis dengan penurunan kesadaran atau gangguan pernapasan
  - ✓ Penyakit sistem saraf pusat atau neuromuskuler dengan penurunan fungsi neurologis atau pernapasan (misalnya: Myastenia Gravis, Syndrome Guillaine-Barre)
  - ✓ Status epileptikus
  - ✓ Mati batang otak atau berpotensi mati batang otak yang direncanakan untuk dirawat secara agresif untuk keperluan donor organ
  - ✓ Vasospasme
  - ✓ Cedera Kepala Berat

- Sistem Gastrointestinal
    - ✓ Perdarahan gastrointestinal yang mengancam nyawa termasuk hipotensi, perdarahan yang masih berlanjut, atau disertai penyakit penyerta
    - ✓ Gagal hati fulminan
    - ✓ Pankreatitis berat
    - ✓ Perforasi Esophageal
    - ✓ Muntah atau distensi abdomen dengan status NPO
  - Sistem Endokrin
    - ✓ Ketoasidosis diabetikum dengan komplikasi hemodinamik tidak stabil, penurunan kesadaran, pernapasan tidak adekuat atau asidosis berat
    - ✓ Badai tiroid atau koma miksedema dengan hemodinamik tidak stabil
    - ✓ Kondisi hiperosmolar dengan koma dan/atau hemodinamik tidak stabil
    - ✓ Penyakit endokrin lain seperti krisis adrenal dengan hemodinamik tidak stabil
    - ✓ Hiperkalsemia berat dengan penurunan kesadaran, membutuhkan monitoring hemodinamik
    - ✓ Hipo atau hipernatremia dengan kejang, penurunan kesadaran
    - ✓ Hipo atau hipermagnesemia dengan hemodinamik terganggu atau disritmia
    - ✓ Hipo atau hiperkalemia dengan disritmia atau kelemahan otot
    - ✓ Hipofosfatemia dengan kelemahan otot
  - Overdosis obat-obatan
    - ✓ Keracunan obat dengan hemodinamik tidak stabil
    - ✓ Keracunan obat dengan penurunan kesadaran signifikan dengan ketidakmampuan proteksi jalan napas
    - ✓ Kejang setelah keracunan obat
  - Prosedur pembedahan
    - ✓ Pasien pasca operasi yang membutuhkan monitoring hemodinamik/ bantuan ventilator atau perawatan yang ekstensif
  - Lain-lain
    - ✓ Syok sepsis dengan hemodinamik tidak stabil
    - ✓ Monitoring ketat hemodinamik
    - ✓ Trauma faktor lingkungan (petir, tenggelam, hipo / hipertermia)
- b. Berdasarkan kriteria parameter objektif
- Tanda vital
    - ✓ Nadi < 40 atau > 150 kali/menit
    - ✓ Tekanan darah sistolik arteri < 80 mmHg atau 20 mmHg dibawah tekanan darah pasien sehari-hari
    - ✓ *Mean arterial pressure* < 60 mmHg
    - ✓ Tekanan darah diastolik arteri > 120 mmHg
    - ✓ Frekuensi napas > 35 kali/menit

- Nilai laboratorium
  - ✓ Natrium serum < 110 mEq/L atau > 170 mEq/L
  - ✓ Kalium serum < 2.0 mEq/L atau > 7.0 mEq/L
  - ✓ PaO<sub>2</sub> < 50 mmHg
  - ✓ pH < 7.1 atau > 7.7
  - ✓ Glukosa serum > 800 mg/dl
  - ✓ Kalsium serum > 15 mg/dl
  - ✓ Kadar toksik obat atau bahan kimia lain dengan gangguan hemodinamik dan neurologis
- Elektrokardiogram
  - ✓ Infark miokard dengan aritmia kompleks, hemodinamik tidak stabil atau gagal jantung kongestif
  - ✓ Ventrikel takikardi menetap atau fibrilasi
  - ✓ Blokade jantung komplit dengan hemodinamik tidak stabil
- Pemeriksaan Fisik (onset akut)
  - ✓ Pupil anisokor pada pasien tidak sadar
  - ✓ Luka bakar > 10% BSA
  - ✓ Anuria
  - ✓ Obstruksi jalan napas
  - ✓ Koma
  - ✓ Kejang berlanjut
  - ✓ Sianosis
  - ✓ Tamponade jantung

### **c. 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.

## 2. Kriteria Keluar

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan tim yang merawat pasien. Adapun kriteria keluar yang digunakan :

a. Kriteria Umum

- Bila kondisi fisiologis pasien stabil dan kebutuhan monitor dan perawatan ICU sudah tidak diperlukan lagi
- Bila kondisi fisiologis pasien memburuk dan tidak ada lagi rencana intervensi aktif, layak untuk keluar dari ICU 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
  - Pasiensadar / 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)

### **3. Informed Consent**

Sebelum pasien dimasukkan ke ICU, 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 serta prognosa penyakit yang diderita pasien. Penjelasan tersebut diberikan oleh Kepala Instalasi ICU 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*). Apabila pasien/keluarga pasien menolak untuk tindakan *life saving*, seperti intubasi atau resusitasi jantung paru, sebaiknya pasien tetap melanjutkan perawatan di ruang rawat inap.

### **C. ALUR PELAYANAN**

Pasien yang memerlukan pelayanan ICU 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

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

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

checklist pasien masuk ICU”

- d. Apabila mendapat persetujuan perawatan ICU, dilakukan transfer pasien ke ICU
- 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 :**
    - Kondisi relative 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 Rumah Sakit Unhas sesuai dengan kemampuan pelayanan ICU sekunder, yaitu :

- Memahami konsep keperawatan kritis
- Memahami isu etik dan hukum
- Mempergunakan keterampilan komunikasi yang efektif
- Melakukan pengkajian dan menganalisa data yang diperoleh
- Resusitasi jantung paru
- Memberikan inhalasi/terapi inhalasi
- Memberikan BLS dan ALS
- Merekam dan melakukan interpretasi EKG
- Melakukan specimen untuk pemeriksaan laboratorium
- Menginterpretasi hasil AGD
- Mempersiapkan dan asistensi pemasangan drainase thorax serta pengelolaannya
- Pengelolaan pemberian terapi cairan dan elektrolit intravena dan kateter vena sentral
- Melakukan pencegahan dan penanggulangan infeksi nosokomial
- Mengkaji dan mensupport mekanisme coping pasien yang efektif
- 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 invasive
- Mempersiapkan pemasangan dan asistensi monitoring invasif (tekanan vena sentral, tekanan arteri sistemik, pulmonal, CO dan

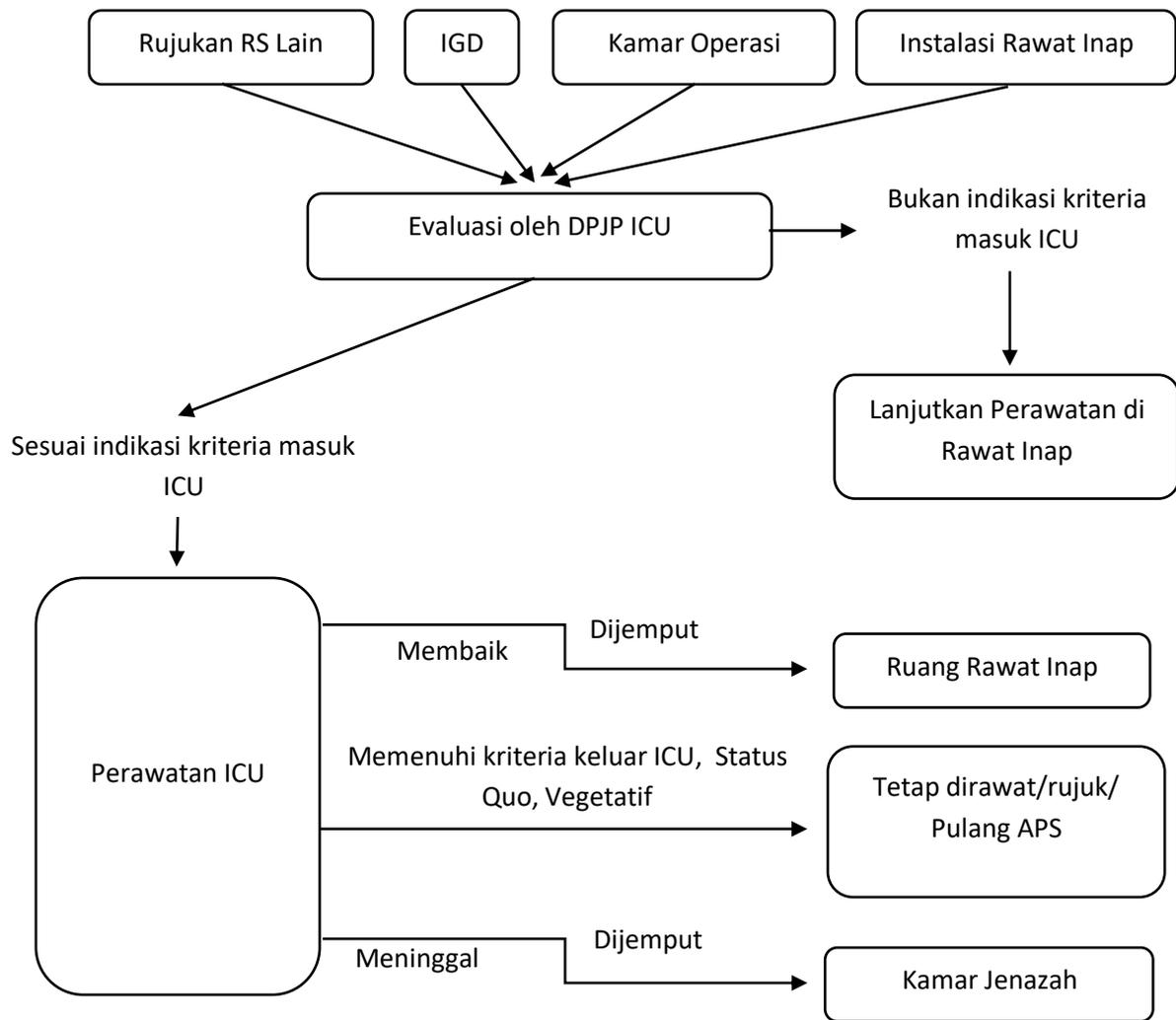
CI)

- Melakukan persiapan *Renal Replacement Therapy* (Peritoneal Dialisa, Hemodialisa, SLED, CAPD)
- Melakukan pengelolaan terapi trombolitik
- 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.

b. Monitoring pasien

- Kepala instalasi ICU 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.

# ALUR PELAYANAN MASUK DAN KELUAR ICU RS UNHAS



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

| <b>Shift</b>             | <b>Kegiatan</b>  |
|--------------------------|--|
| PAGI<br>(07.30 – 14.00)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre Konferens di Nurse Station</li> <li>- Visite DPJP</li> <li>- Operan tiap 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<br>(14.00 – 21.00) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Post Konferens di Nurse Station</li> <li>- Visite DPJP</li> <li>- Operan tiap 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<br>(21.00 – 07.30) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Post Konferens di Nurse Station</li> <li>- Operan tiap 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 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. Aturan jam besuk

- Untuk jam besuk pasien, disediakan 2 sesi jam besuk, sesi I pukul 10.00 – 12.00 WITA dan sesi II pukul 16.00 – 18.00 WITA,

setiap sesi besuk, keluarga pasien hanya diizinkan 1 pembesuk per pasien.

- Untuk pasien yang dalam kondisi kritis, pasien boleh didampingi oleh keluarga terdekat
- Untuk pasien yang gelisah dan tidak kooperatif, pasien boleh didampingi oleh keluarga terdekat
- Untuk pasien anak, pasien boleh didampingi oleh orangtua/keluarga terdekat.

e. 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*"

f. 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 dilakukan 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 *withdrawal*
- 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 (*withdrawal*) 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 ,

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 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. Indikator Pefayanan ICU yang digunakan adalah sistem skoring prognosis dan keluaran dari ICU. sistem skoring piognosis dibuat datam 24 jam masuk ke ICU. Contoh sistem skoring prognosis yang dapat digunakan adalah APACHE II (*Acute Physiologic And Chronic Health Evaluation*), SAPS II (*Simplified Acute Physiologic Score*), dan MODS (*Multiple Organ Dysfunction Score*). Rerata nilai skoring prognosis dalam periode tertentu dibandingkan dengan keluaran aktualnya. Pencapaian yang diharapkan adalah angka mortalitas yang sama atau lebih rendah dari angka mortalitas terhadap rerata nilai skoring prognosis. Setiap parameter dari SAPS dan APACHE II memiliki nilai bobot tersendiri (Lihat Lampiran)

#### **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

## **BAB VI**

### **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. Adapun mekanisme pengadaan obat dan alat medis di ICU adalah sebagai berikut:

1. Perencanaan

Kepala Instalasi berkoordinasi dengan Depo Farmasi ICU 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 ICU 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 meliputi perencanaan, pemesanan, distribusi dan perbaikan. Untuk kegiatan ini ICU 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 yang digunakan :

#### **Daftar Nama Peralatan Inventaris ICU**

|                        |                                      |        |
|------------------------|--------------------------------------|--------|
| NURSE STATION          | Kursi Hitam putar                    | 7 buah |
|                        | Komputer Lenovo                      | 1 buah |
|                        | Monitor Sentral Mindray              | 1 buah |
|                        | LemariArsip                          | 1 buah |
| RUANG LINEN            | Lemari Linen                         | 1 buah |
|                        | Lemari Instrument                    | 1 buah |
|                        | Lemarialatkesehatan                  | 1 buah |
|                        | Troliobat                            | 1 buah |
|                        | Kulkas 1 pintu                       | 1 buah |
|                        | Electrocardiography Cardiotouch 3000 | 1 buah |
| RUANG PERALATAN BERSIH | Ventilator                           | 4 buah |
|                        | TiangInfus                           | buah   |
|                        | Suction Pump                         | 4 buah |
| KAMAR GANTI PERAWAT    | Loker 9 pintu                        | 1 buah |
|                        | Lemariarsipkayu                      | 2 buah |
|                        | Lemarigantungan 2 pintu              | 1 buah |
|                        | MejaKomputer                         | 1 buah |
|                        | Komputer Lenovo                      | 1 set  |
|                        | Printer Epson                        | 1 buah |
|                        | MejaMakan                            | 1 buah |
|                        | Dispenser                            | 1 buah |
|                        | Kulkas 1 pintu                       | 1 buah |
| Sofa bed               | 2 buah                               |        |

## BAB VI

### KESELAMATAN PASIEN

Ruang ICU 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. 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. Menyenggarakan 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 via website rumah sakit
- 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 ketetapan 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

- 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 pasien  
Warna **HIJAU** untuk resiko jatuh rendah

Warna **ORANGE** untuk resiko jatuh sedang

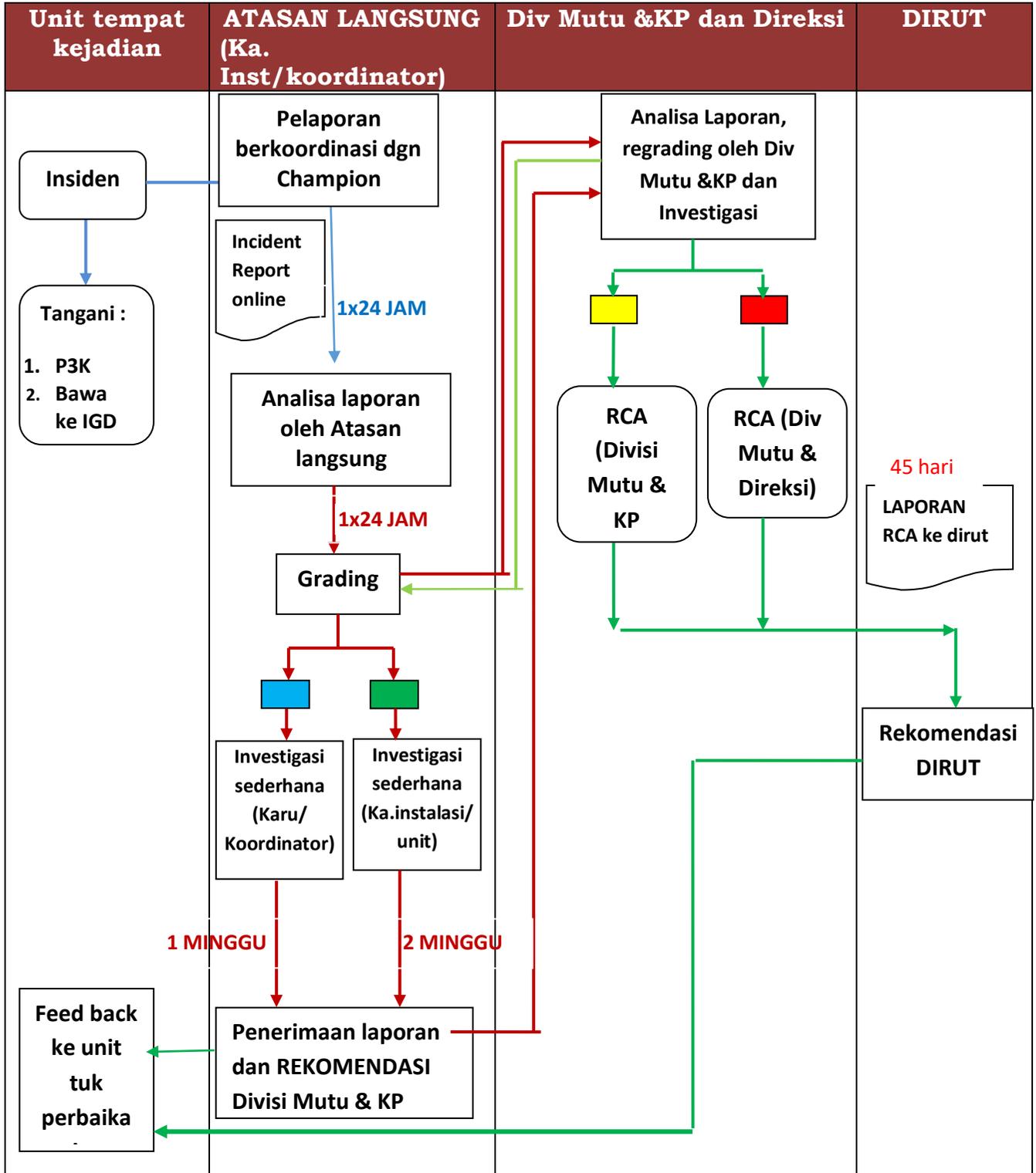
Warna **MERAH** untuk resiko jatuh tinggi

- 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 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 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 tentang sistem keselamatan kerja

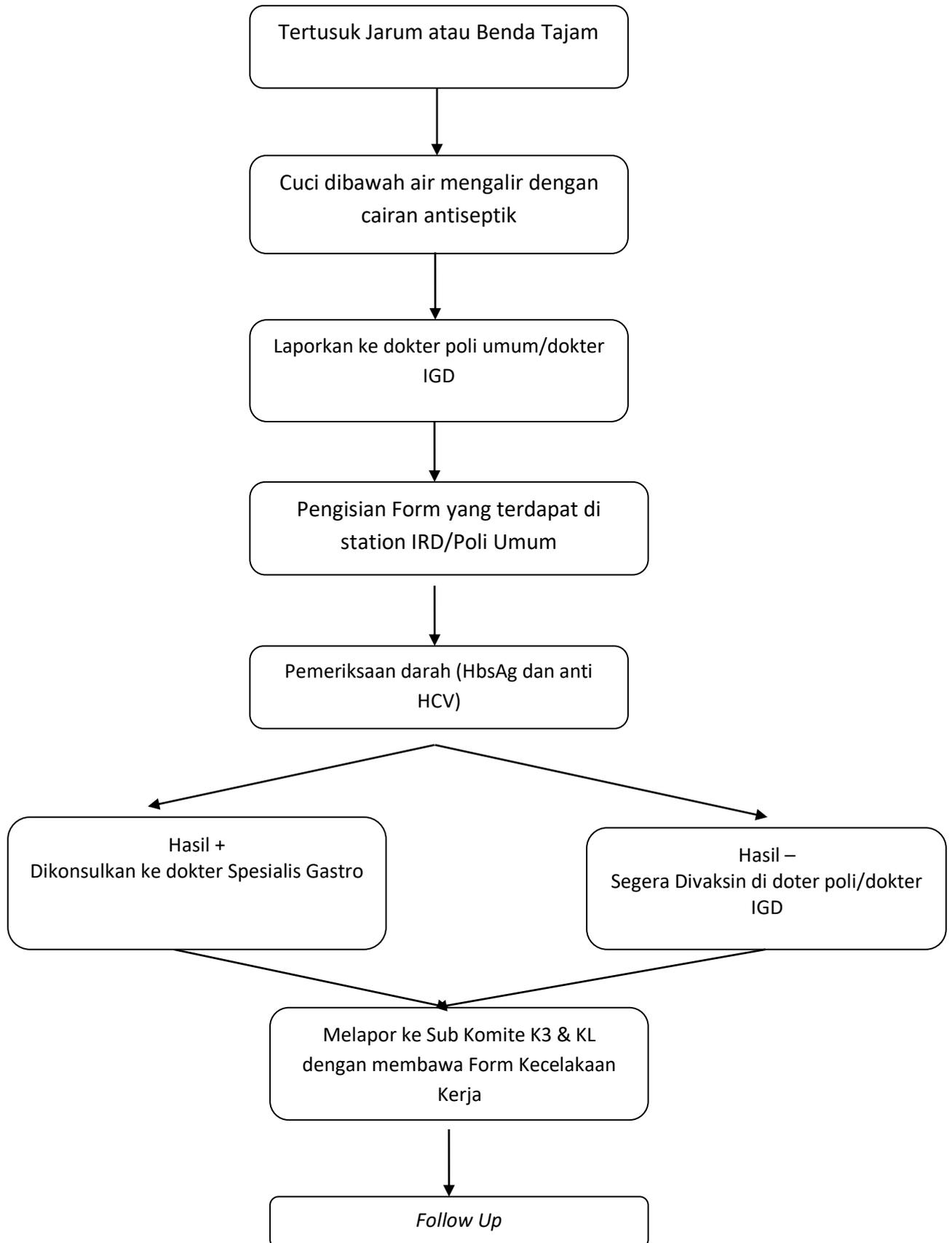
- Melakukan koordinasi dengan bagian K3RS
- Mengikutsertakan staf ICU untuk mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran (*fire fighting*)
- Mengikutsertakan staf ICU untuk mengikuti pelatihan kewaspadaan bencana

#### 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**.

3. Menerapkan aturan jam besuk untuk pasien
  - Jam berkunjung Pagi pkl 10.00 WITA – 12.00 WITA
  - Jam berkunjung Sore pkl.16.00 WITA – 18.00 WITA
4. 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
5. Melakukan supervisi secara berkala
  - Supervisi tindakan sesuai SOP
  - Supervisi program PPI
    - ✓ Kepatuhan *Hand Hygiene*
    - ✓ Kejadian HAI'S
    - ✓ Penggunaan *spill kit*
  - Supervisi program-program K3RS
    - ✓ Penggunaan APAR
    - ✓ Kode-kode bencana
6. 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 untuk menentukan indikator mutu layanan ICU
2. Penilaian indikator mutu layanan dievaluasi setiap hari dan dilaporkan secara ONLINE kedalam SIM RS UNHAS.

Indikator Mutu Nasional ICU

– IMN-001 Kepatuhan Kebersihan Tangan

- a. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol- based handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.
- b. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.
- c. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.
- d. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:
  - Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.
  - Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.
  - Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.
  - Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.
  - Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan

- pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat- alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.
- e. Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.
  - f. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.
  - g. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
  - h. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.
  - i. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.
  - j. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.
  - k. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).
  - l. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.
  - m. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
  - n. Target : 85%
  - o. Cara Pengukuran :  $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100\%$   
Numerator : Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan  
Denominator : Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan
- IMN-003 Kepatuhan Identifikasi Pasien
- a. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
  - b. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.
  - c. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).
  - d. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :
    - Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.
    - Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit
  - e. Target : 100%

- f. Pengukuran :  $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100\%$   
 Numerator : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasin pasien secara benar dalam periode observasi  
 Denominator: Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
- IMN-007 Kepatuhan jam visite dokter
- a. Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
  - b. Target : 80%
  - c. Pengukuran :  $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100\%$   
 Numerator : Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pkl. 06.00-14.00  
 Denominator : Jumlah pasien yang diobservasi
- IMN-011 Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
- a. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:
    - Asesment awal risiko jatuh
    - Assesment ulang risiko jatuh
    - Intervensi pencegahan risiko jatuh
  - b. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standard yang ditetapkan rumah sakit.
  - c. Target : 100%
  - d. Cara Pengukuran :  $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100\%$   
 Numerator : Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh  
 Denominator : Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
- IMP-P001 Kepatuhan identifikasi pasien
- a. 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.
  - b. Target : 100%
  - c. Cara pengukuran :  $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100\%$   
 Numerator : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi  
 Denominator : Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
- IMP-P002 Kepatuhan pelaksanaan SBAR (*Situation, Background, Assesment, Request*) dalam *hand over*
- a. Kepatuhan pelaksanaan SBAR dalam hand over adalah penggunaan metode SBAR (jelaskan *Situation, Background, Assesment* 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

b. Target :100%

c. Cara pengukuran :  $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$

Numerator : Frekuensi pelaksanaan SBAR sesuai dengan standar

Denominator : Total frekuensi pelaksanaan SBAR yang seharusnya dilakukan

– IMP-P003 Kepatuhan perintah lisan dengan TBAK pasien rawat inap

a. 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

b. Target : 100%

c. Cara pengukuran :  $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$

Numerator : Jumlah perintah lisan yang melaksanakan TBAK sesuai regulasi

Denominator : Total perintah lisan dalam kurun waktu tertentu

– IMP-P007 Upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap, IGD dan rawat jalan

a. Upaya pencegahan jatuh meliputi :

1. Screening di rawat jalan/ IGD
2. Asesmen awal risiko jatuh

b. Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh RS.

Catatan :

1. Assessment awal hanya dilakukan pada pasien rawat inap
2. Untuk pasien rawat jalan dan IGD hanya dilakukan screening

c. Target : 100%

d. Cara pengukuran :  $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$

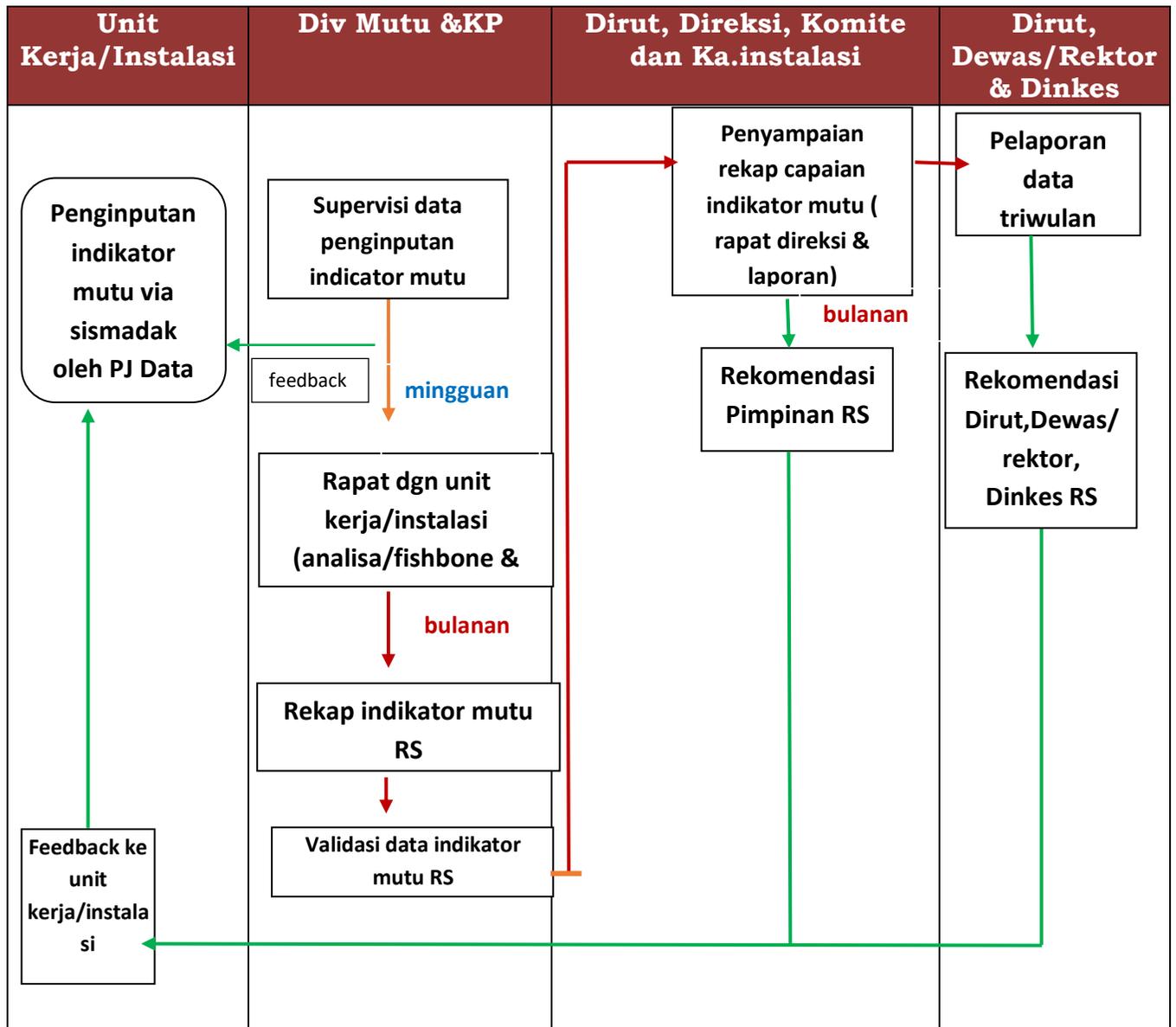
Numerator : Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh

Denominator : Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh

- IMP-P008 Kelengkapan asesmen awal medis pasien kanker rawat inap.
  - a. 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
  - b. Target : 100%
  - c. Cara pengukuran :  $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100\%$ 
    - Numerator : Jumlah pasien sejak dengan diagnose kanker yang lengkap assessmen awal medis 24 jam sejak pasien masuk rawat inap
    - Denominator : Jumlah pasien yang masuk dengan dignosa kanker di rawat inap (total shift).
  
- IMP-P009 Ketepatan waktu pemberian obat kanker
  - a. 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
  - b. Target : 100%
  - c. Cara pengukuran :  $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100\%$ 
    - Numerator : Rerata pasien yang tepat waktu pemberian obat kanker
    - Denominator : Total pasien seluruhnya pada periode tertentu
  
- IMP-U036 Kepatuhan Visite Dokter Spesialis di ICU
  - a. Kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya setiap hari sebelum pukul 14.00 setiap hari termasuk hari libur. Apabila dokter spesialis yang bersangkutan belum melakukan visite setelah pukul 14.00, maka kepala ruangan akan mengingatkan dokter spesialis yang bersangkutan via telepon atau menggunakan aplikasi whatsapp, tapi apabila dalam rentang waktu 1 jam dokter spesialis belum visite, akan dilakukan koordinasi dengan kepala instalasi untuk menghubungi dokter spesialis yang bersangkutan.
  - b. Target : 80%
  - c. Cara pengukuran :  $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100\%$ 
    - Numerator : Jumlah DPJP ICU yang tepat waktu visite pkl. 14.00 WITA pada hari berjalan
    - Denominator : Jumlah seluruh DPJP pasien ICU pada hari berjalan

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 di Rumah Sakit Unhas ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi menyelenggarakan pelayanan Instalasi ICU Rumah Sakit Unhas. Klasifikasi Pelayanan Instalasi ICU 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  
DIREKTUR UTAMA,  
  
dr. Andi Muhammad Ichsan Ph.D Sp.M (K)  
NIP. 197002122008011013



## PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK DI ICU

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tanggal Lahir : .....

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan SETUJU/ MENOLAK\* dilaksanakan tindakan Perawatan ICU terhadap diri saya sendiri/istri/suami/anak/ayah/ibu saya dengan :

Nama : .....

Tanggal Lahir. : .....

Alamat : .....

No. Rekam Medis. : .....

Yang dilaksanakan oleh dokter:

Cara kerja, tujuan dan komplikasi serta risiko yang:mungkin terjadi dari tindakan tersebut telah dijelaskan pada saya oleh dokter tersebut di atas.

Kepada saya juga telah dijelaskan mengenai pilihan tindakan alternatif seperti di bawah ini:

1. ....
2. ....
3. ....

Saya juga menyatakan mengerti:

1. Bahwa berdasarkan penjelasan dokter di ICU, tindakan apapun yang dilakukan selalu mengandung beberapa konsekuensi,dengan risiko. Risiko potensial yang terjadi termasuk perubahan tekanan darah, reaksi obat (alergi), henti jantung, kerusakan otak, kelumpuhan , kerusakan saraf

- bahkan kematian. Saya menyadari hal ini dan serta risiko serta komplikasi lain yang mungkin terjadi.
2. Bahwa dalam praktek ilmu kedokteran, bukan merupakan ilmu pengetahuan yang pasti (*exact science*) dan saya menyadari tidak seorangpun dapat menjanjikan atau menjamin sesuatu yang berhubungan dengan tindakan medis di ICU.
  3. Bahwa obat-obatan yang digunakan sebelum prosedur di ICU dapat saja menimbulkan komplikasi. Oleh karena itu sudah menjadi kewajiban dan tanggung jawab saya untuk memberikan informasi kepada dokter semua obat-obatan yang saya sendiri/istri/suami/anak/ayah/ibu gunakan, termasuk aspirin, kontrasepsi, obat-obatan flu, narkotik, marijuana, kokain, dan lain-lain.
  4. Bahwa selama pasien dirawat di ICU dapat dilakukan tindakan-tindakan medis sesuai kondisi pasien berdasarkan pertimbangan medis termasuk pemasangan kateter, NGT, intubasi, pemakaian ventilator, kateter vena sentral, arteri line serta transfusi darah dan/atau produk-produk darah
  5. Bahwa dokter ICU yang bertugas dapat melakukan konsultasi atau mendapat bantuan dari dokter lain yang berkaitan jika dirasakan perlu.
  6. Bahwa apabila staf ICU yang bertugas di ICU mengalami luka tusuk atau terpapar cairan tubuh pasien, pasien setuju untuk diperiksa darahnya.

Saya menyadari dan mengerti sepenuhnya bahwa pada tindakan medis, berbagai risiko dan komplikasi yang tidak didiskusikan sebelumnya mungkin dapat timbul. saya juga menyadari bahwa selama berlangsungnya tindakan tersebut, ada kemungkinan timbulnya kondisi-kondisi yang tidak terduga dimana hal tersebut memerlukan tindakan-tindakan perluasan yang berhubungan dengan perawatan yang sedang dilakukan, untuk itu saya menyetujui dilakukannya tindakan tersebut apabila diperlukan. Selanjutnya saya menyadari bahwa tidak ada jaminan atau janji-janji yang diberikan kepada saya sehubungan dengan hasil dari perawatan dan atau segala tindakan.

Demikian pernyataan inisaya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Makassar, .....  
 Jam : .....

|                         |          |         |         |
|-------------------------|----------|---------|---------|
| Yang membuat pernyataan | DPJP ICU | Saksi 1 | Saksi 2 |
| .....                   | .....    | .....   | .....   |

