



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

NOMOR 37/UN4.24.0/2023

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN *NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT* (NICU)

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 *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) di Rumah Sakit Unhas dapat berjalan dengan dengan baik, maka perlu adanya Pedoman Pelayanan NICU sebagai landasan penyelenggaraan pelayanan NICU;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin a dan poin b, maka dipandang perlu ditetapkan pedoman pelayanan NICU 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 No. 53 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial.
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 604/Menkes/SK/VII/2008 tentang Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal pada Rumah Sakit Umum Kelas B, Kelas C, dan kelas D.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1051 tahun 2008 tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK) 24 jam di rumah sakit.
8. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes tahun 2011 tentang standar pelayanan keperawatan neonatus di Rumah Sakit
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak.

10. 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.
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan Intensive Care Rumah Sakit
12. Keputusan Rektor Unhas Nomor 7071/UN4.1/KEP/2022 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN NICU

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

1. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang disingkat Rumah Sakit Unhas.
2. Neonatal Intensive Care Unit, yang selanjutnya disebut NICU, adalah unit perawatan intensif yang disediakan khusus untuk bayi baru lahir hingga bayi berusia 28 hari dengan kondisi kritis atau memiliki gangguan kesehatan.
3. Pelayanan NICU adalah sebuah unit di rumah sakit yang ditangani oleh tim yang terdiri dari dokter dan perawat yang terlatih dalam merawat bayi lahir prematur atau bayi dengan kebutuhan khusus
4. Pelayanan NICU level II adalah pelayanan intensif untuk neonatus dengan tenaga dokter spesialis anak sebagai konsultan neonatologi dan perawat yang terlatih, dengan standar fasilitas (peralatan dasar level II) yang meliputi alat bantu nafas CPAP (*Continous Positive Airway Pressure*) dan kriteria penerimaan pasien dengan level IIA dan level IIB.
5. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.
6. Kepala Instalasi NICU adalah seseorang yang diangkat oleh Direktur Utama yang bertanggungjawab terhadap kegiatan dan kebutuhan pelayanan yang dilakukan di unit/instalasi
7. Kepala RuanganNICU adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang untuk mengelola pelayanan asuhan keperawatan di ruang NICU.
8. Dokter Penanggung Jawab PelayananNICU yang selanjutnya disebut DPJP NICU adalah seorang dokter spesialis anak konsultan neonatologi yang memberikan asuhan medis lengkap kepada pasien NICU, dari awal hingga akhir perawatan di rumah sakit sesuai dengan kewenangan klinisnya. Asuhan medis lengkap artinya rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien.
9. Peserta Didik Dokter Spesialis Anak, yang selanjutnya disebut PPDS Anak adalah dokter yang sedang menjalani pendidikan dokter spesialis anak.
10. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan D3 perawat, Ners dan Ners Spesialis baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan

- peraturan perundangan yang berlaku.
11. Profesi Pemberi Asuhan, yang selanjutnya disingkat PPA, adalah staf rumah sakit yang berhak memberikan rencana asuhan pasien terkait kondisi perkembangan pasien setiap waktu.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman pelayanan unit kerja *neonatal intensive care unit* (NICU) 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 NICU level IIA dan IIB
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 NICU Rumah Sakit Unhas adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan keperawatan neonatus tingkat II. Merupakan pelayanan keperawatan neonatus dengan ketergantungan tinggi. Pelayanan keperawatan pada tingkat II dibagi dalam 2 kategori yaitu II A dan II B yang dibedakan berdasarkan kemampuan memberikan ventilasi dengan alat bantu termasuk CPAP (*Continous Positive Airway Pressure*).
2. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat II A. Difokuskan pada asuhan keperawatan khusus pada :
 - a. Bayi prematur dan atau sakit yang memerlukan resusitasi danstabilisasi sebelum dipindahkan ke fasilitas asuhan keperawatanintensif neonatus,
 - b. Bayi yang lahir dengan usia kehamilan > 32 minggu dan memiliki berat lahir \geq 1500 gr yang memiliki ketidakmatangan fisiologis seperti apneu, prematuritas, ketidakmampuan menerima asupan oral
 - c. Bayi yang memerlukan oksigen nasal dengan pemantauan saturasi oksigen,
 - d. Bayi yang memerlukan infus intravena perifer dan nutrisi parenteral

- untuk jangka waktu terbatas,
- e. Bayi yang sedang dalam penyembuhan setelah perawatan intensif.
3. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat II B. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat ini sama dengan pelayanan keperawatan neonatus tingkat II A ditambah dengan pelayanan keperawatan pada bayi dengan penggunaan ventilasi mekanik selama jangka waktu yang singkat (< 24 jam) atau CPAP (*Continous Positive Airway Pressure*), infus intravena, dan nutrisi parenteral total.

BAB V ORGANISASI

Pasal 6

1. NICU dibawahahi langsung oleh Direktur Pelayanan Medik dan penunjang medik
2. Kepala Instalasi NICU bertanggungjawab langsung kepada Direktur Pelayanan Medik dan dan penunjang medik
3. Dalam hal pelayanan keperawatan Kepala Ruangan berkoordinasi dengan kepala seksi pelayanan keperawatan dan kepala seksi mutu pelayanan keperawatan, sedangkan untuk kebutuhan pelayanan yang berkaitan dengan kebutuhan unit/instalasi, Kepala Ruangan berkoordinasi dengan Kepala Instalasi
4. Perawat Pelaksana dan Perawat Administrasi bertanggungjawab kepada Kepala Ruangan

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

1. Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik dan penunjang medik, Direktur Keperawatan dan penunjang non Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Satuan Penjaminan Mutu melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangannya masing-masing
2. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud diarahkan untuk :
 - a. Melindungi pasien dalam penyelenggaraan pelayanan intensif yang dilakukan tenaga kesehatan;
 - b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan intensif sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran; dan
 - c. Memberikan kepastian hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan.
3. Pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal.
4. Pengawasan internal Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Pengawasan teknis medis; dan
 - b. Pengawasan teknis perumahsakit.
5. Pengawasan teknis medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis melalui Komite Medik Rumah Sakit.
6. Pengawasan teknis 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 rekam medik elektronik dan flowsheet NICU.
2. Pendokumentasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa :
 - a. Rekam medik elektronik :
 - 1) Asesmen awal medis dan keperawatan pasien
 - 2) Pemantauan pasien yang didokumentasikan dengan metode SOAPIE
 - 3) Monitoring nyeri dan monitoring jatuh
 - b. Flowsheet NICU :
 - 1) Tanda-tanda vital
 - 2) Pemantauan down score
 - 3) Jenis dan jumlah asupan nutrisi dan cairan
 - 4) Jenis dan jumlah cairan tubuh yang keluar dari pasien
 - 5) Catatan pemberian obat
 - 6) Pemantauan alat bantu nafas yang digunakan
3. Penanggung jawab NICU membuat pelaporan pelayanan NICU yang sudah dilakukan tiap bulan.
4. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa :
 - a. Rekapitulasi pasien masuk NICU
 - b. Rekapitulasi pasien BBLR
 - c. Penggunaan alat bantu napas (CPAP)
 - d. Rekapitulasi pasien dengan tindakan fototerapi
 - e. Lama rawat
 - f. Pasien keluar dari NICU (hidup atau meninggal)

BAB VIII
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 17 Januari 2023
DIREKTUR UTAMA,



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

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 37/UN4.24.0/2023
TANGGAL 17 JANUARI 2023
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN
NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (NICU)
DI RUMAH SAKIT UNHAS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Neonatal Intensive Care Unit (NICU) adalah ruang perawatan intensif untuk bayi (sampai usia 28 hari) yang memerlukan pengobatan dan perawatan khusus, guna mencegah dan mengobati terjadinya kegagalan organ-organ vital. NICU menyediakan kemampuan sarana dan prasana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan pelayanan secara terintegrasi oleh tim yang terlatih dan berpengalaman.

Rumah sakit UNHAS merupakan rumah sakit kelas B sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan harus mempunyai instalasi NICU yang memberikan pelayanan yang profesional dan berkualitas dengan mengedepankan keselamatan pasien. Untuk itu diperlukan dukungan sarana, prasarana serta peralatan demi meningkatkan pelayanan NICU. Mengingat diperlukannya tenaga-tenaga khusus, mahalannya sarana dan prasarana, serta mahalannya biaya perawatan, maka demi efisiensi, keberadaan NICU dalam rumah sakit perlu dikonsentrasikan dalam satu tempat dalam unit yang terintegrasi dalam bentuk instalasi. Oleh sebab itu disusunlah pedoman pengorganisasian/pelayanan unit kerja NICU di RS, yang akan menjadi acuan dalam membantu peningkatan pelayanan NICU yang bermutu dan berkualitas serta selalu mengedepankan keselamatan pasien (patient safety).

B. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus

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

1. Tujuan Umum
Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan neonatus di sarana kesehatan dalam upaya penurunan angka kematian bayi.
2. Tujuan Khusus
 - a. Adanya perencanaan pelayanan perawatan neonatus sesuai standar,
 - b. Adanya pengorganisasian pelayanan perawatan neonatus sesuai standar,
 - c. Dilaksanakannya pelayanan perawatan neonatus sesuai standar,
 - d. Dilaksanakannya asuhan medis dan asuhan keperawatan neonatus,
 - e. Adanya pembinaan pelayanan perawatan neonatus sesuai standar,
 - f. Adanya pengendalian mutu pelayanan perawatan neonatus sesuai standar

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di NICU Rumah Sakit Unhas adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan keperawatan neonatus tingkat II.
Pelayanan keperawatan neonatus dengan ketergantungan tinggi. Pelayanan keperawatan pada tingkat II dibagi dalam 2 kategori yaitu IIA dan IIB yang dibedakan berdasarkan kemampuan memberikan ventilasi dengan alat bantu termasuk CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*).
2. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat IIA. Difokuskan pada asuhan keperawatan khusus pada :
 - a. Bayi prematur dan atau sakit yang memerlukan resusitasi dan stabilisasi sebelum dipindahkan ke fasilitas asuhan keperawatan intensif neonatus,
 - b. Bayi yang lahir dengan usia kehamilan > 32 minggu dan memiliki berat lahir ≥ 1500 gr yang memiliki ketidakmatangan fisiologis seperti apneu, prematuritas, ketidakmampuan menerima asupan oral
 - c. Bayi yang memerlukan oksigen nasal dengan pemantauan saturasi oksigen,
 - d. Bayi yang memerlukan infus intravena perifer dan nutrisi parenteral untuk jangka waktu terbatas,
 - e. Bayi yang sedang dalam penyembuhan setelah perawatan intensif.
3. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat IIB. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat ini sama dengan pelayanan keperawatan neonatus tingkat IIA ditambah dengan pelayanan keperawatan pada bayi dengan penggunaan ventilasi mekanik selama jangka waktu yang singkat (<24 jam) atau CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), infus intravena, dan nutrisi parenteral total.
4. Pada masa pandemi covid-19 pelayanan NICU tidak melakukan pelayanan pada pasien covid-19. Oleh karena itu pada penerimaan pasien NICU diberlakukan screening covid-19 sebelumnya.

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

1. Pengelolaan pasien langsung
Pengelolaan pasien langsung dilakukan secara primer oleh dokter spesialis anak konsultan neonatologi dengan melaksanakan pendekatan pengelolaan total pada pasien, 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 NICU yang dimaksud untuk memastikan suatu lingkungan yang menjamin pelayanan yang aman, tepat waktu dan efektif. Untuk tercapainya tugas ini diperlukan partisipasi pada aktivitas manajemen.
3. Pendidikan, pelatihan dan penelitian
NICU melakukan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga medis dan non-medis mengenai hal-hal yang terkait dengan NICU. Pelatihan NICU untuk kepala NICU terdiri dari :
 - a. Pelatihan pemantauan (monitoring)
 - b. Pelatihan resusitasi neonatus

- c. Pelatihan terapi cairan, elektrolit dan asam basa
- d. Pelatihan penatalaksanaan infeksi
- e. Pelatihan manajemen pelayanan NICU
- f. NICU juga merupakan tempat penelitian.

D. Batasan Operasional (Definisi Operasional)

Pelayanan keperawatan neonatus tingkat II. Pelayanan keperawatan neonatus dengan ketergantungan tinggi :

1. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat IIA. Difokuskan pada asuhan keperawatan khusus pada :
 - a. Bayi prematur dan atau sakit yang memerlukan resusitasi dan stabilisasi sebelum dipindahkan ke fasilitas asuhan keperawatan intensif neonatus,
 - b. Bayi yang lahir dengan usia kehamilan >32 minggu dan memiliki berat lahir ≥ 1500 gr yang memiliki ketidakmatangan fisiologis seperti apneu, prematuritas, ketidakmampuan menerima asupan oral,
 - c. Bayi yang memerlukan oksigen nasal dengan pemantauan saturasi oksigen,
 - d. Bayi yang memerlukan infus intravena perifer dan nutrisi parenteral untuk jangka waktu terbatas,
 - e. Bayi yang sedang dalam penyembuhan setelah perawatan intensif.
2. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat IIB. Pelayanan keperawatan neonatus pada tingkat ini sama dengan pelayanan keperawatan neonatus tingkat IIA ditambah dengan pelayanan keperawatan pada bayi dengan penggunaan ventilasi mekanik selama jangka waktu yang singkat (<24 jam) atau CPAP (*Continous Positive Airway Pressure*), infus intravena, dan nutrisi parenteral total.

E. Dasar Hukum

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. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 604 tahun 2008 tentang pedoman pelayanan maternal perinatal pada rumah sakit umum kelas B, kelas C, kelas D.
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1051 tahun 2008 tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK) 24 jam di rumah sakit.
7. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes tahun 2011 tentang standar pelayanan keperawatan neonatus di Rumah Sakit.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 53 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial

F. Kebijakan Unit

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

1. Standar asuhan keperawatan
2. Standar operasional prosedur
3. Kriteria pasien masuk dan keluar NICU
4. Pengendalian infeksi
5. Pedoman keselamatan pasien
6. 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 NICU harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai dan mempunyai komitmen terhadap waktu.

Uraian kualifikasi ketenagaan berdasarkan klasifikasi pelayanan keperawatan neonatustingkat II merujuk pada standar pelayanan keperawatan neonatus di Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes tahun 2011.

1. Kepala Instalasi NICU.
Dokter spesialis anestesi konsulen intensive care sebagai kepala instalasi
2. Tim Medis
 - a. Dokter spesialis anak konsultan neonatologi sebagai konsultan neonatologi (yang dapat memberikan pelayanan jika diperlukan)
 - b. Dokter spesialis anak yang telah mengikuti pelatihan resusitasi neonatus harus tersedia 24 jam/hari.
 - c. Residen yang terlatih dalam neonatologi tersedia dalam 24 jam/hari.
3. Perawat
 - a. Minimal 50% dari jumlah seluruh perawat telah mengikuti pelatihan resusitasi neonatus, PONEK dan pelatihan NICU dasar dan lanjutan.
 - b. Rasio perawat pasien pada tingkat pelayanan II adalah 1:2-4 neonatus
4. Tenaga non kesehatan
5. Tenaga administrasi : harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi
6. Tenaga pekarya
7. Tenaga kebersihan

Data Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jumlah dan Kualifikasi di unit NICU Rumah Sakit Unhas, Tahun 2023

No	Jabatan	Pendidikan	Pelatihan	Jumlah	Standar
1	Kepala Instalasi	Spesialis Anestesiologi + Konsulen Intensive Care	ACLS	1	sesuai standar
2	DPJP NICU	Dokter spesialis anak + konsultan neonatologi	Resusitasi Neonatus	3	Sesuai standar
3	Kepala Ruangan	Magister Keperawatan	Pelatihan resusitasi neonatus, Manajemen BBLR	1	Belum sesuai standar
4	Perawat pelaksana	1 orang pendidikan S2 keperawatan + spesialis anak, 1 orang pendidikan S2 keperawatan, 6 orang pendidikan Ners, 1 orang pendidikan S1 keperawatan	8 perawat bersertifikat BTCLS. 8 orang telah mengikuti pelatihan resusitasi neonatus. 1 orang telah mengikuti pelatihan manajemen BBLR dan PONEK	9	Belum sesuai standar
4	Tenaga Administrasi		Mampu mengoperasikan komputer	1	Sesuai standar

Sumber : Data sekunder NICU Rumah sakit Unhas, 2023

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	Spesialis anak konsulen neonatologi On Site 24 jam
KoordinatorPelayanan	Senin-Kamis, Pukul 07.30-16.00 WITA, Jumat, pukul 07.30-16.30 WITA
Perawat	On Site 24 jam (dibagi dalam 3 shift, setiap shift, setiap shift sebanyak 2 orang

C. Pengaturan Jam Kerja

1. Pengaturan Jaga Perawat NICU

Pengaturan jadwal dinas perawat NICU dibuat dan dipertanggungjawabkan oleh kepala ruangan NICU dan disetujui oleh Manajer Keperawatan. Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan direalisasikan ke perawat pelaksana NICU setiap satu bulan.

Untuk tenaga perawat yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka perawat tersebut dapat mengajukan permintaan. 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 D3 keperawatan dengan masa kerja minimal 7 tahun serta memiliki sertifikat resusitasi neonatus.

Untuk menunjang kinerja rumah sakit, maka sistem pengaturan jaga perawat NICU dilakukan pembagian shift meliputi :

- a. Kepala Ruangan NICU
Senin s.d Kamis pukul 7.30 s.d 16.00 Wita, Jumat pukul 07.30 s.d 16.30 Wita.
- b. Perawat pelaksana dilakukan selama 24 jam dibagi menjadi 3 macam shift yaitu :
 - 1) shift pagi dimulai pukul 07.30 s.d 14.00 Wita,
 - 2) shift siang dimulai pukul 14.00 s.d 21.00 Wita,
 - 3) shift malam dimulai pukul 20.30 s.d 07.30 Wita.
 - 4) 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 kepala ruangan NICU : 2 jam sebelum dinas pagi, 4 jam sebelum dinas sore atau dinas malam. Sebelum memberitahu kepala ruangan NICU, diharapkan perawat yang bersangkutan telah mencari perawat pengganti. Apabila perawat yang bersangkutan tidak mendapat perawat pengganti, maka kepala ruangan NICU 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 DPJP NICU (konsultan Neonatologi) dilakukan secara bergantian untuk penerimaan pasien masuk NICU setiap harinya, dengan jadwal jaga DPJP NICU on site 24 jam.

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

1. Untuk yang terencana, dokter yang bersangkutan harus telah menginformasikan ke sekretariat 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.
2. 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

Unit ini harus berada di samping ruang bersalin, dan rawat gabung, dan berdekatan laboratorium dan radiologi atau setidaknya jauh dari area yang sering dilalui

2. Standar Ruangan

Pelayanan NICU yang memadai ditentukan berdasarkan desain yang baik dan pengaturan ruangan yang adekuat. Desain berdasarkan klasifikasi pelayanan NICU dapat dilihat pada tabel 2. Ketentuan bangunan NICU adalah sebagai berikut :

a. Terisolasi

b. Mempunyai standar tertentu terhadap :

- 1) Bahaya api
- 2) Ventilasi
- 3) AC
- 4) Exhaust fan
- 5) Pipa air
- 6) Komunikasi
- 7) Bakteriologis
- 8) Kabel monitor

c. Lantai mudah dibersihkan, keras dan rata.

Ruangan NICU dibagi menjadi beberapa area yang terdiri dari :

1) Area pasien :

- a) Minimal ruangan berukuran 18 m² (6-8 m² untuk masing-masing pasien)
- b) Di ruang dengan beberapa tempat tidur sedikitnya ada jarak 8 kaki (2,4 m) antara ranjang bayi, atau paling sedikit harus ada jarak 1 m² antara inkubator.
- c) Harus ada tempat untuk isolasi bayi di area terpisah
- d) Ruang harus dilengkapi paling sedikit enam steker yang dipasang dengan tepat untuk peralatan listrik
- e) Tiap ruangan mempunyai 1 tempat cuci tangan.
- f) Pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi klinis dengan lampu TL day light 10 watt/m². Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain dari unit juga memperhatikan privasi pasien.

2) Area kerja meliputi :

- a) Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat
- b) dengan pasien.
- c) Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan
- d) penyimpanan obat dan alat (termasuk lemari pendingin).
- e) Ruang yang cukup untuk mesin X-Ray mobile dan dilengkapi dengan viewer.
- f) Ruang untuk telepon dan sistem komunikasi lain, komputer dan koleksi data, juga tempat untuk penyimpanan alat tulis dan terdapat ruang yang cukup resepsionis dan petugas administrasi.

3) Lingkungan

Mempunyai pendingin ruangan/AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu

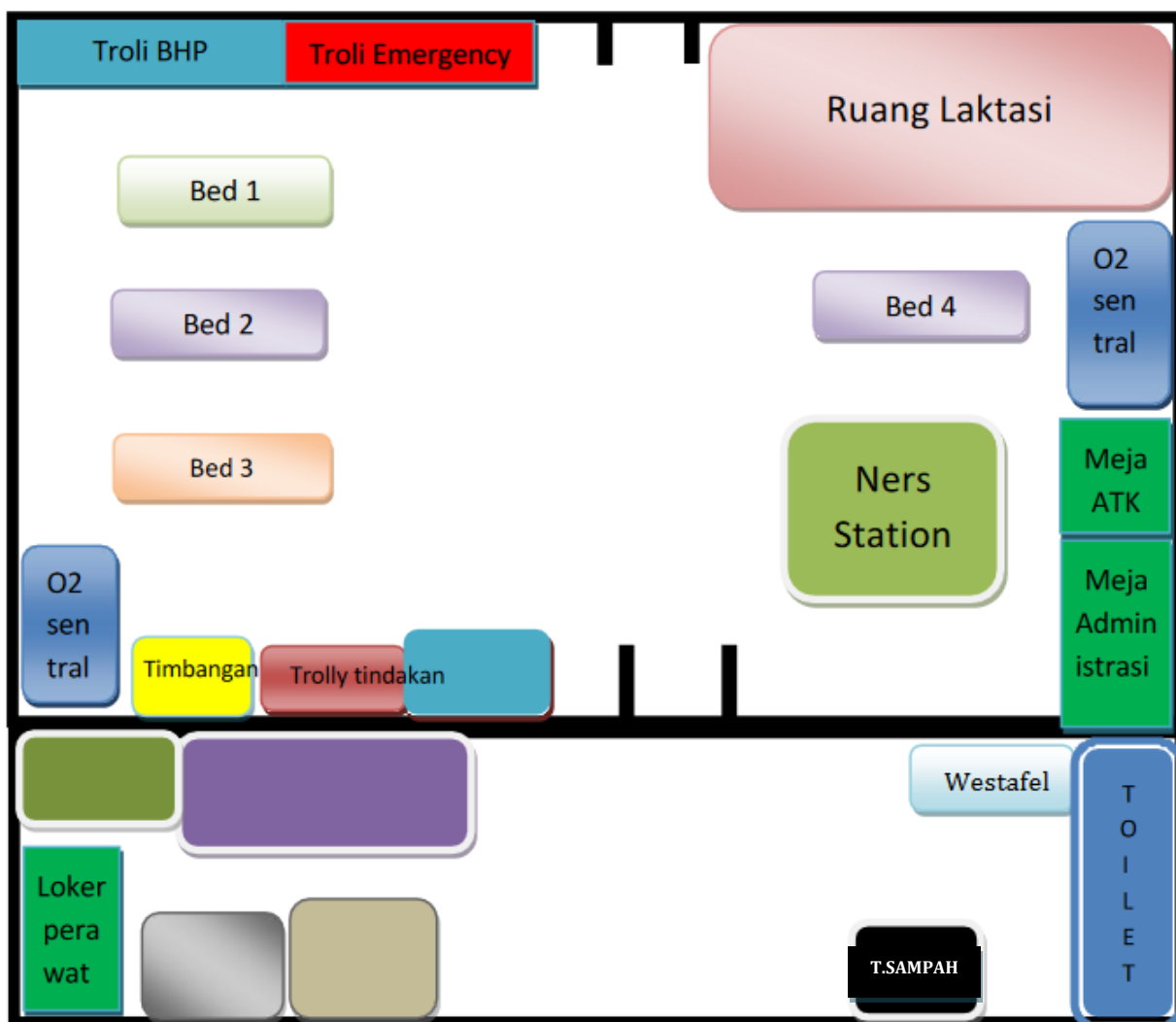
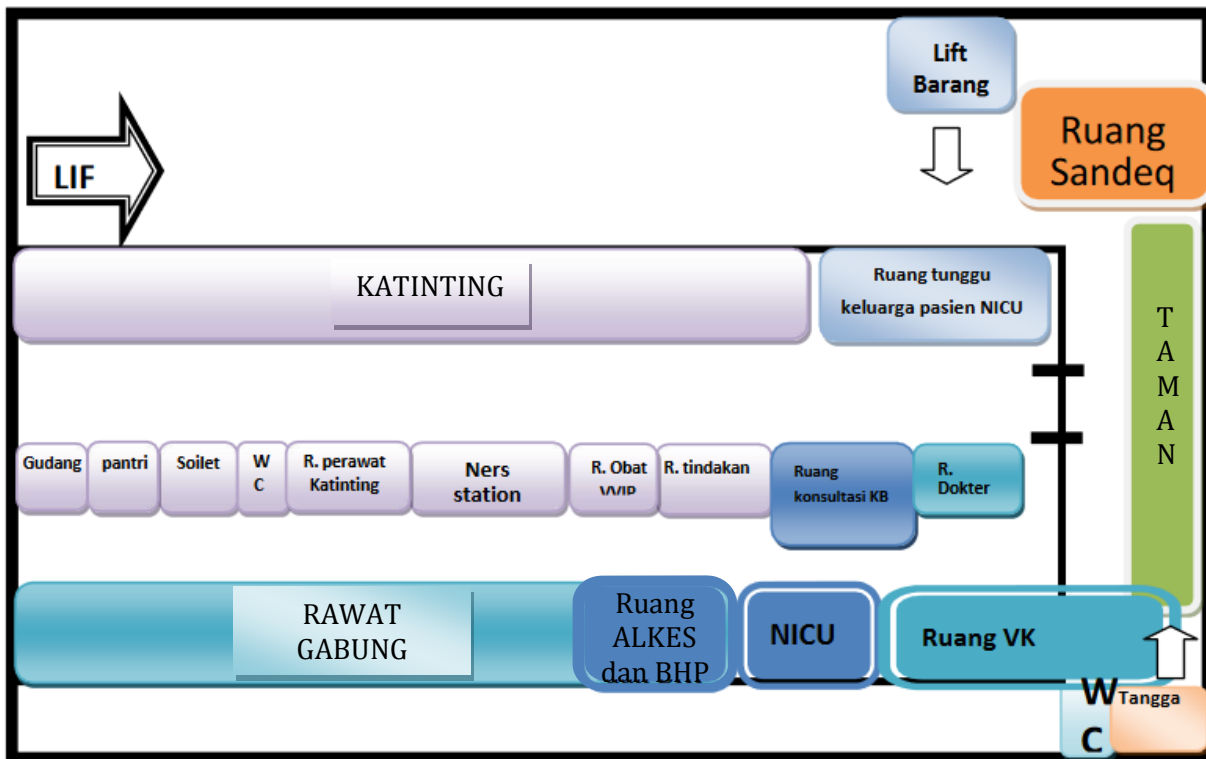
ruangan 24-26°C.

- 4) Ruang Isolasi
Alat yang terpisah dengan alat level ruangan yang lain dan dilengkapi dengan tempat cuci tangan.
- 5) Area Laktasi. Minimal ruangan berukuran 6 m²
- 6) Area pencucian incubator. Minimal ruangan berukuran 6-8 m²
- 7) Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih
Untuk menyimpan monitor, ventilasi mekanik/CPAP, pompa infus dan pompa syringe, peralatan dialisis, alat-alat sekali pakai, cairan, penggantung infus, troli, alat isap, linen dan tempat penyimpanan barang dan alat bersih. Desain unit menjamin tidak ada kontaminasi.
- 8) Ruang perawat
Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh perawat yang bertugas dan pimpinannya.
- 9) Ruang staf dokter
Tempat kegiatan organisasi dan administrasi termasuk kantor kepala bagian dan staf, dan kepustakaan.
- 10) Ruang tunggu keluarga pasien
- 11) Depo farmasi

Tabel 2. Desain ruangan pelayanan NICU Level II

DESAIN	LEVEL II A	LEVEL II B
Area Pasien :		
Ruangan berukuran 18 m ²	1 tempat cuci tangan tiap level	1 tempat cuci tangan tiap level
Oksigen sentralStekker	-	Setiap tempat tidur
Area kerja :		
Lingkungan	Air Conditioned	Air Conditioned
Suhu	24-26 °C	24-26 °C
Ruangpenyimpanan	+	+
Ruangtempatbuang kotoran	+	+
Ruang perawat	+	+
Ruang staf dokter	-	-
Ruangtunggukeluarga pasien	+	+
Depo farmasi	Terpusat	Terpusat

Denah Ruangan NICU RS unhas



B. Standar fasilitas

1. Fasilitas medis

Peralatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas sangat membantu kelancaran pelayanan. Uraian peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan NICU dapat dilihat pada tabel 3.

Ketentuan umum mengenai peralatan :

- a. Jumlah dan macam peralatan bervariasi tergantung tipe, ukuran dan fungsi NICU dan harus sesuai dengan beban kerja NICU, disesuaikan dengan standar yang berlaku.
- b. Terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat.
- c. Peralatan dasar meliputi :
 - 1) Ventilasi mekanik / CPAP (*Continous Positive Airways Pressure*)
 - 2) Inkubator
 - 3) Infant warmer
 - 4) Pulse Oxymeter Neonatus
 - 5) Fototherapy / Terapi sinar
 - 6) T-Piece resucitator (Neopuff)
 - 7) Suction / Alat hisap.
 - 8) Syringe Pump dan Infus Pump
 - 9) Tabung Oksigen
 - 10) Lampu Tindakan
 - 11) Patient monitor
 - 12) Peralatan portable untuk transportasi / Inkubator Transport
 - 13) Alat-alat Resusitasi Neonatus (Laryngoskop Neonatus dan Ambu bag)

Tabel 3. Peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan NICU

Peralatan	LEVEL II A	LEVEL II B	Keterangan
Ventilasimekanik	-	+	Tersedia
Inkubator	+	+	Tersedia
Infant warmer	+	+	Tersedia
PulseOxymeter	+	+	Tersedia
Fototherapy/Terapi	-	+	Tersedia
T-piece resucitator (Neopuff)	-	+	Tersedia
Suction/Alat hisap.	+	+	Tersedia
Syringe Pump dan Infus Pump	-	+	Tersedia
Tabung Oksigen	+	+	Tersedia
Lampu Tindakan	+	+	Tersedia
Peralatan monitor	-	+	Tersedia
Alatpengatur suhu	+	+	Tersedia
Inkubator Transport	+	+	Tersedia
Laringoskop Neonatal	-	-	Tersedia

- d. Peralatan Monitoring (termasuk peralatan portable yang digunakan untuk transportasi pasien) :
 - 1) Tanda bahaya kegagalan pasokan gas.
 - 2) Tanda bahaya kegagalan pasokan oksigen.

- 3) Alat yang secara otomatis teraktifasi untuk memonitor penurunan tekanan pasokan oksigen, yang selalu terpasang di ventilasi mekanik.
- 4) Pemantauan konsentrasi oksigen.
Diperlukan untuk mengukur konsentrasi oksigen yang dikeluarkan oleh ventilasi mekanik atau sistem pernafasan.
- 5) Tanda bahaya kegagalan ventilasi mekanik atau diskonsentrasi sistem pernafasan.
Pada penggunaan ventilasi mekanik otomatis, harus ada alat yang dapat segera mendeteksi kegagalan sistem pernafasan atau ventilasi mekanik secara terus menerus.
- 6) Volume dan tekanan ventilasi mekanik.
Volume yang keluar dari ventilasi mekanik harus terpantau. Tekanan jalan nafas dan tekanan sirkuit pernafasan harus terpantau terus menerus dan dapat mendeteksi tekanan yang berlebihan.
- 7) Suhu alat pelembab (humidifier)
Ada tanda bahaya bila terjadi peningkatan suhu udara inspirasi.
- 8) Elektrokardiograf
Terpasang pada setiap pasien dan dipantau terus menerus.
- 9) Pulse oxymeter.
Harus tersedia untuk setiap pasien di NICU.

2. Fasilitas Non Medis

a. Pintu

Bentuk pintu sliding, pintu harus selalu tertutup dengan menggunakan penutup otomatis dan hanya dapat dibuka menggunakan finger print perawat. Pintu selalu terawat dan tidak boleh mengeluarkan suara.

b. Ventilasi

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

c. 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.

d. Sistem Gas

Sistem gas dibuat sentral memakai sistem pipa. Sistem pipa melalui bawah lantai atau diatas langit-langit, dibedakan sistem pipa O₂ dan Nitrogen Oksida

e. Sistem Listrik

Ada sistem penerangan darurat dan sistem listrik cadangan

f. Sistem Komunikasi

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

3. Instrumentasi

Semua peralatan menggunakan mobile atau troli, mempunyai roda atau diletakkan di atas troli beroda. Semua alat terbuat dari stainless steel dan mudah dibersihkan.

4. Maintenance alat kesehatan

Untuk maintenance alat kesehatan dikoordinasikan dengan bagian IPSRS

5. Pembersihan

a. Pembersihan Harian

- 1) Setiap hari seluruh permukaan lantai, area pasien dan nurse station NICU 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 NICU.

- 2) Pembersihan inkubator dilakukan setiap setelah 1 minggu pemakaian. Pembersihan dengan menggunakan cairan disinfektant dan diswab keseluruhan permukaan inkubator, pembersihan dilakukan oleh perawat
- b. Pembersihan bulanan
- Setiap 3 bulan dilakukan penggantian dan pencucian tirai dan gordena ruangan
- c. Pembersihan setelah pasien pulang/meninggal
- 1) Setiap pasien pulang/meninggal dilakukan pembersihan di area bed pasien dengan menggunakan cairan disinfektant, termasuk patient monitor, bed patient, infusion pump dan syringe pump menggunakan kain lap bersih.
 - 2) Setiap pasien sepsis berat pulang/meninggal dilakukan sterilisasi ruangan dengan menggunakan alat dan cairan khusus

BAB IV

TATALAKSANA INSTALASI NICU

Ruang lingkup pelayanan NICU Rumah Sakit Unhas mencakup pelayanan NICU level III. Merupakan pelayanan keperawatan neonatus dengan ketergantungan tinggi. Pelayanan keperawatan pada tingkat II dibagi dalam 2 kategori yaitu IIA dan IIB. Pada keadaan sarana dan prasarana NICU yang terbatas, maka diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas apabila kebutuhan atau permintaan akan pelayanan NICU lebih tinggi dari kemampuan pelayanan yang dapat diberikan. Kepala Instalasi NICU bertanggungjawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien NICU. Bila kebutuhan pasien melebihi tempat tidur yang tersedia, kepala instalasi NICU menentukan kondisi berdasarkan prioritas kondisi medis.

A. Indikasi pasien NICU

Kriteria masuk dan keluar NICU

Apabila sarana dan prasarana NICU disuatu rumah sakit terbatas sedangkan kebutuhan pelayanan NICU lebih banyak, maka diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas.

Kriteria Pasien Masuk

1. NICU menerima pasien dari unit-unit dalam rumah sakit meliputi ruang IGD, kamar bersalin, rawat gabung, atau poliklinik disesuaikan dengan fasilitas (sarana dan prasarana) yang tersedia.
2. Penentuan kelayakan pasien masuk NICU ditentukan oleh dokter penanggung jawab NICU (Konsulen Neonatologi). Penerimaan pasien berdasarkan kualifikasi ruangan NSCN (*Neonatal Special Care Nursery*) dengan kriteria pasien sebagai berikut.

Level 2 (Special Care Nursery) yang terbagi menjadi :

a. Level 2a dengan kriteria pasien :

- 1) Hiperbilirubinemia yang perlu terapi sinar
- 2) Dehidrasi karena intake tidak terjamin
- 3) Pasca rawat level IIB & IIIA, menyelesaikan obat intravena, meningkatkan pemberian minum melalui enteral dan PMK Intermitten
- 4) Labiognatopalatoschizis tanpa komplikasi
- 5) Gangguan nafas ringan membutuhkan oksigen melalui nasal kanul
- 6) Neonatus post bedah minor

b. Level 2b dengan kriteria pasien :

- 1) Hiperbilirubinemia yang perlu terapi sinar intensif
- 2) Gangguan nafas sedang dan memerlukan CPAP/ High Flow Nasal Canule
- 3) Sepsis neonatorum
- 4) Neonatus berat lahir: 1500-1999 gram yang tidak stabil
- 5) Usia gestasi > 32 minggu
- 6) Hipoglikemia
- 7) Hipotermia sedang
- 8) Malformasi congenital yang perlu perawatan khusus
- 9) Membutuhkan nutrisi parenteral

Screening Covid 19 bagi pasien yang membutuhkan perawatan NICU :

- a. Apabila hasil pemeriksaan PCR ibu bayi Negatif, maka bayi tidak perlu dilakukan swab.
- b. Apabila ibu bayi sudah swab antigen dan dalam kondisi rawat gabung, maka bayi dilakukan swab antigen

- c. Apabila rujukan dari rumah sakit lain, maka dilakukan swab antigen pada bayi.
3. Pasien dengan kriteria diluar level IIA dan IIB dilakukan perawatan sementara sambil mengupayakan rujukan ke rumah sakit rujukan untuk memperoleh pelayanan NICU level III

Kriteria Pasien Keluar NICU

Prioritas pasien dikeluarkan dari NICU berdasarkan pertimbangan medis oleh dokter penanggung jawab pelayanan dan atau tim yang merawat pasien adalah:

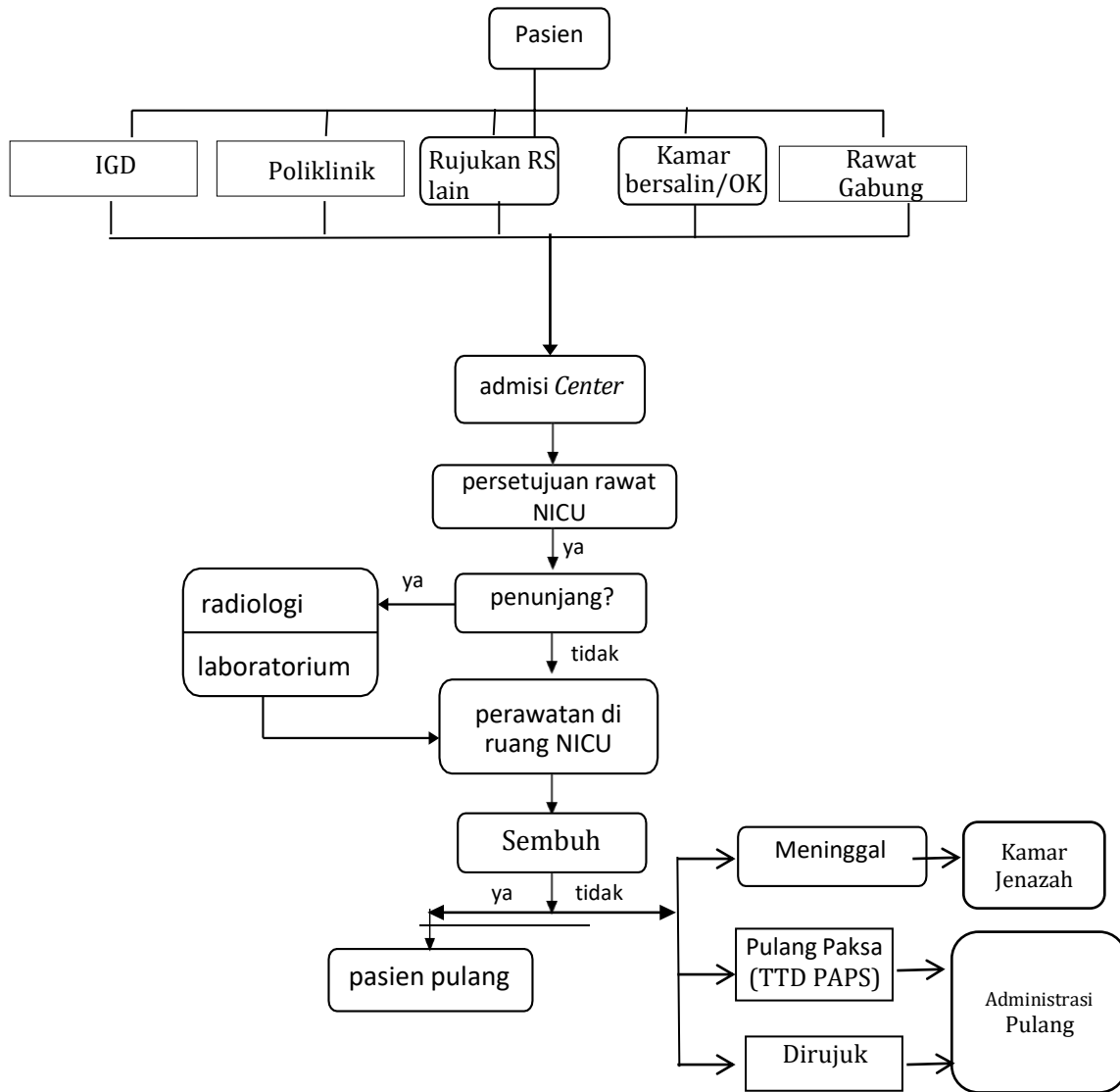
1. Neonatus dengan batasan usia > 28 hari
2. Kondisi pasien-pasien yang masuk NICU harus dinilai ulang secara terus-menerus untuk mengetahui pasien mana yang tidak memerlukan perawatan NICU lagi.
3. BBLR dengan berat badan \geq 1800 gram
4. Skor Perawatan Metode Kangguru (PMK) \geq 17 untuk pasien BBLR
5. Kondisi sudah membaik (Hemodinamik stabil)
6. Tanda vital dalam batas normal (frekuensi jantung, pernapasan, stabilitas suhu)
7. Tidak tergantung pada alat medis (oksigen, CPAP, infus)
8. Kadar bilirubin normal
9. Gerak aktif, refleks isap dan refleks telan kuat
10. Kebutuhan nutrisi harian terpenuhi (mampu minum ASI/ Susu formula secara oral)
11. Peningkatan berat badan dalam 3 hari berturut-turut sesuai :
 - a. Prematur 15-20 gram/hari
 - b. Bayi cukup bulan 20-30 gram/hari

Informed Consent

Sebelum pasien dimasukkan ke NICU, pasien dan atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di NICU, serta berbagai macam tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di NICU serta prognosa penyakit yang diderita pasien. Penjelasan tersebut diberikan oleh dokter penanggung jawab pelayanan NICU (konsulen neonatologi) 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).

B. Alur Pelayanan

Pasien yang memerlukan pelayanan NICU dapat berasal dari IGD, kamar bersalin, rawat gabung, atau poliklinik disesuaikan dengan fasilitas (sarana dan prasarana) yang tersedia.



1. Penerimaan Pasien

- a. Pasien baru (datang sendiri) masuk melalui IGD atau Instalasi Rawat Jalan, atau pasien bayi baru lahir di Kamar Bersalin atau ruang operasi
- b. Untuk pasien rujukan dari rumah sakit luar, dokter pengirim menyampaikan kronologis kondisi pasien dan hasil pemeriksaan penunjang serta alasan merujuk pasien. Untuk ini petugas IGD segera melakukan konsultasi dengan kepala NICU atau staf medik tetap dan staf nurse tentang kemungkinan rawat NICU. Jika tersedia ruangan, bed, alat bantu, dan tindakan pelayanan yang dibutuhkan pasien maka rujukan diterima. Transportasi pasien dari rumah sakit luar merupakan tanggung jawab rumah sakit yang merujuk pasien.
- c. Dokter primer (pemilik pasien) mengajukan permintaan rawat NICU secara tertulis, walaupun dapat dilakukan secara lisan lebih dulu.
- d. Dokter konsulen NICU memutuskan pasien masuk atau tidak sesuai kriteria pasien masuk ruang NICU dan memberikan jawaban secara tertulis pada lembar konsultasi dan mengisi form "Lembar checklist pasien masuk NICU"
- e. Keluarga membawa lembar Sentra Opname (SO) ke admisi (pendaftaran rawat inap)
- f. Keluarga harus menandatangani persetujuan rawat NICU dan memenuhi peraturan-peraturan yang berlaku di NICU
- g. Petugas dari ruangan yang akan mengirim pasien melengkapi pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan dan kelengkapan berkas rekam medik pasien

- h. Pasien selama dalam transfer pindah ke NICU harus diawasi oleh dokter/perawat sesuai standar transportasi pasien kritikal.
- i. Dilakukan serah terima pasien antara petugas unit rawat dengan perawat dengan/tanpa bersama dokter NICU.
- j. DPJP dan PPA NICU lainnya melakukan penatalaksanaan dan asuhan pasien sesuai standar mulai dari penerimaan pasien baru NICU sampai dengan pasien pulang.
- k. DPJP NICU atau PPDS Anak melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberiinstruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya.
- l. DPJP NICU berkonsultasi pada konsultan lain apabila kondisi pasien memerlukan konsultasi dari konsultan divisi lain.

Syarat pasien untuk ditransfer ke NICU :

- 1) Kondisi relatif stabil : tanda-tanda vital dan jalan napas stabil
- 2) Tidak boleh menghentikan terapi suportif kontinyu (T-piece resucitator, iv-line) selama proses transfer
- 3) Pasien ditransfer harus menggunakan inkubator transport dan dilengkapi dengan portable pulse oxymeter untuk memonitoring tanda hemodinamik pasien.
- 4) Didampingi oleh dokter jaga ruangan.

2. Perawatan pasien

a. Kemampuan Pelayanan

Dilakukan serah terima yang baik dengan dokter yang merujuk untuk perawatan di NICU, usahakan untuk mendapatkan informasi yang penting selengkap mungkin.

- 1) Survei primer:
 - a) Pastikan jalan nafas dan pernafasan adekuat dan berikan bantuan oksigen (CPAP, HFN, Nasal) sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien
 - b) Periksa sirkulasi dan akses vena.
- 2) Survei sekunder: pemeriksaan pasien secara menyeluruh.
 - a) Monitor dasar yang sesuai untuk pasien: saturasi oksigen, EKG, frekuensi nafas, frekuensi nadi.
 - b) Instruksi penting yang harus ditulis di status pasien:
 - 1. Manajemen pemberian oksigen
 - 2. Nutrisi (parenteral dan enteral)
 - 3. Obat-obatan
 - 4. Terapi lain jika ada
 - c) Lakukan pemeriksaan dasar:
 - 1. Darah rutin, kimia darah.
 - 2. Pemeriksaan mikrobiologi (bila perlu)
 - 3. Foto thorax
 - 4. Foto polos abdomen jika ada indikasi
- 3) Informasikan pada dokter penanggung jawab pasien (konsulen neonatologi)
- 4) Semua hasil pemeriksaan dan instruksi harus ditulis di status harian pasien di NICU.

b. Monitoring pasien

- 1) DPJP/PPDS Anak melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi, dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim dokter lainnya.
- 2) Perawat penanggungjawab melaksanakan pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan rencana asuhan yang telah

ditetapkan.

- 3) Monitoring pasien secara berkala dilakukan oleh perawat setiap minimal 1 jam sekali dengan interval sesuai kondisi pasien. Pemantauan secara umum dan khusus setiap hari oleh dokter jaga dan perawat.

Pemantauan umum meliputi:

- a) Pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi pemeriksaan nadi, suhu, respirasi, saturasi oksigen dan pemantauan nyeri. Monitoring dilakukan perawat setiap 3 jam dan setiap 1 jam pada kondisi pasien yang perlu monitoring ketat
 - b) Pemeriksaan fisik meliputi sistem saraf, system kardiovaskular, system respirasi, system gastrointestinal, dan system traktus urinarius. Menggunakan metode B1-B6 (breathing, brain, blood, brain, bladder, bowel, dan bone). perawat melakukan monitoring dan didokumentasikan setiap akhir shift jaga
 - c) Balance cairan dilakukan setiap hari, dan disesuaikan dengan kondisi pasien.
 - d) Pemeriksaan laboratorium yang meliputi: Darah rutin, GDS, Apusan darah tepi, Kultur darah, Elektrolit, IT ratio, PT, APTT, Bilirubin, Albumin
- c. Kerjasama antar profesi
- 1) Pelayanan NICU terdiri dari berbagai multidisiplin ilmu dan multi profesi, antara lain dokter, perawat, apoteker, dan laboran. Untuk menjaga kontinuitas pelayanan, diharapkan terjalin komunikasi yang efektif, baik secara lisan maupun tertulis
 - 2) Koordinasi terintegrasi juga dibutuhkan untuk menjamin pelayanan yang diberikan, misalnya koordinasi dengan unit depo farmasi, radiologi dan laboratorium.
- d. Pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di unit NICU adalah asuhan keperawatan metode kasus. Pada metode kasus ini satu orang perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada satu orang pasien secara total dalam satu periode dinas dan akan melanjutkan asuhan keperawatan pada pasien tersebut sampai pasien pulang. Sehingga perawat akan lebih memahami kondisi pasien kelolaannya masing-masing. Dengan menjalankan metode ini diharapkan perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang maksimal dan berkelanjutan.
- e. Pencatatan dan pelaporan
- 1) Pencatatan menggunakan berkas rekam medik baik berupa kertas dan rekam medik elektronik sesuai standar. Dokumentasi terintegrasi meliputi pencatatan lengkap terhadap diagnosis yang menyebabkan dirawat di NICU, evaluasi dan instruksi terapi yang diberikan oleh dokter, evaluasi perawatan setiap shift, serta pencatatan tindakan tim profesi lain yang terlibat dalam pelayanan pasien. Flowsheet meliputi pencatatan lengkap terhadap data tanda vital, terapi oksigenasi, setting ventilasi mekanik/CPAP yang diberikan, jenis dan jumlah asupan nutrisi dan cairan, catatan pemberian obat serta jumlah cairan tubuh yang keluar dari pasien, tindakan keperawatan yang dilakukan, balance cairan, diuresis pasien, evaluasi down score dan pengkajian nyeri (bila perlu monitoring nyeri)
 - 2) Catatan NICU diverifikasi dan ditandatangani oleh dokter yang melakukan pelayanan dan bertanggungjawab atas semua yang dicatat tersebut.

- 3) 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.
- e. Monitoring dan evaluasi
- Monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan guna mewujudkan pelayanan NICU 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.
- f. Pemindahan pasien
- 1) Pindah ke Rumah Sakit lain/Sistem Rujukan :
 - a) 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.
 - b) Sesuai dengan panduan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemindahan pasien ke rumah sakit lain (dirujuk)
 - c) Syarat transfer pasien rujukan :
 - ✓ Kondisi relatif stabil :tanda-tanda vital dan jalan napas stabil
 - ✓ Tidak boleh menghentikan terapi suportif kontinyu (T-piece resucitator, iv-line) selama proses transfer
 - ✓ Pasien ditransfer harus menggunakan inkubator transport dan dilengkapi dengan portable pulse oxymeter untuk memonitoring tanda hemodinamik pasien.
 - ✓ Didampingi oleh dokter jaga ruangan.
 - 2) Pulang atas permintaan sendiri :

Sesuai dengan panduan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pasien pulang atas permintaan sendiri
 - 3) Pasien meninggal :

Sesuai dengan panduan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pasien meninggal

BAB V

LOGISTIK

A. Bahan Habis Pakai dan Obat-obatan

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

1. Perencanaan
Kepala Instalasi berkoordinasi dengan Bagian Apotik untuk membuat daftar BHP dan obat-obatan yang kemungkinan akan digunakan selama pelayanan berdasarkan trend pemakaian BHP dan obat-obatan di periode sebelumnya
2. Pemesanan
Mekanisme pemesanan obat dan BHP dilakukan setiap hari. Untuk pemesanan obat dan BHP DPJP/dokter pemberi instruksi harus melakukan order obat 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 Farmasi saat waktu pengantaran obat
4. Penyimpanan
Obat-obatan dan BHP disimpan pada depo farmasi sesuai dengan standar penyimpanan obat.
5. Pencatatan dan pelaporan
Setelah obat didistribusikan, akan dilakukan pencatatan serah terima obat antara petugas farmasi dengan perawat yang menerima obat.

B. Alat Rumah Tangga/Nonmedis

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

1. Perencanaan
Kepala Instalasi menyusun perencanaan alat rumah tangga/nonmedis disesuaikan dengan kebutuhan ruangan.
 2. Pemesanan
Untuk pemesanan barang yang habis, dilakukan order online melalui SIM RS ke Bagian Gudang RumahTangga.
 3. Pengambilan
Proses pengambilan dilakukan setelah barang selesai disiapkan oleh petugas Bagian Gudang Rumah Sakit
 4. Perbaikan
Peralatan rumah tangga yang rusak, seperti kursi, meja dan lain-lain akan dilakukan reparasi/perbaikan oleh petugas rumah tangga rumah sakit.
- a. Peralatan Kantor
 1. Furniture (meja, kursi, lemari buku/rak, filing cabinet dan lain-lain)
 2. Komputer
 3. Alat tulis kantor
 4. Telepon
 - b. Peralatan Produksi

Tabel 6.1 Daftar Nama Peralatan Inventaris NICU RS Unhas

NICU	Komputer Lenovo	1 buah
	Printer	2 buah
	Kursi Staf Putar Black	1 buah
	Kursi belajar biru	4 buah
	Kursi tinggi	2 buah
	Kursi Belajar hitam	1 buah
	Meja Kerja	2 buah
	Meja Komputer	1 buah
	Lemari Dot	1 buah
	Telepon	2 buah
	Tempat Tidur Pasien	4 buah
	AC ruangan Daikin	2 buah
	Kipas Angin ruangan	1 buah
	Dispenser Royal	1 buah
	Sofa Bed	1 buah
	Kulkas	2 buah
	Tempat sepatu	1 buah
Ruang Administrasi Dan Gudang	Lemari Instrumen/Alkes	1 buah
	Lemari Linen	1 buah
	Lemari BHP	1 buah
	Lemari Arsip dan ATK	2 buah
	Kipas Angin	1 buah

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO

A. Pengertian

Ruang NICU merupakan ruang rawat intensif untuk bayi baru lahir hingga usia 28 hari yang membutuhkan perawatan khusus pada kondisi yang kritis serta mencegah terjadinya komplikasi penyakit, misalnya; berat badan lahir rendah, gangguan fungsi alat pernafasan, bayi preterm (kurang bulan), bayi yang mengalami kesulitan dalam persalinan atau bayi yang menunjukkan tanda-tanda kurang sehat dalam beberapa hari setelah melahirkan, 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. Salah satu langkah yang dapat diambil dalam penerapan sasaran keselamatan pasien adalah menerapkan system manajemen resiko. Adapun pengertian manajemen resiko adalah perilaku dan intervensi proaktif untuk mengurangi kemungkinan cedera serta kehilangan.

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

B. Tujuan

Adapun tujuan dilakukannya Patient Safety dan Risk Management di ruang NICU :

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

C. Implementasi Standar Keselamatan Pasien di NICU

1. Hak pasien

Prosedur penjelasan hak pasien dilakukan oleh perawat penanggungjawab pasien, sesaat setelah pasien masuk ke NICU. 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:

- a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang

- berlaku di Rumah Sakit
- b. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien
 - c. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
 - d. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
 - e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga Pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
 - f. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
 - g. Memilih dokter, dokter gigi, dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
 - h. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik didalam maupun di luar Rumah Sakit
 - i. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya
 - j. 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.
 - k. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
 - l. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
 - m. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
 - n. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.
 - o. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
 - p. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
 - q. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
 - r. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

2. 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 :

- a. Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggungjawab
- c. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah

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

Kriterianya adalah:

- a. Koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- b. Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
- c. Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
- d. Komunikasi dan transfer informasi antarprofesi kesehatan

4. 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

- a. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik
- b. Sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
- c. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
- d. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
- e. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil Analisis

5. Peran pimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standarnya adalah

- a. Pimpinan dorong dan jamin implementasi program keselamatan pasien melalui penerapan "7 Langkah Menuju keselamatan pasien RS".
- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko keselamatan pasien dan program mengurangi KTD.
- c. Pimpinan dorong dan tumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja RS serta tingkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja RS dan keselamatan pasien.

Kriterianya adalah

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
- d. 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.
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan Insiden.

- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
- h. Tersedia sumberdaya dan sistem informasi yang dibutuhkan
- i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumahsakit dan keselamatan pasien

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

Standarnya adalah

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

Kriterianya adalah

- a. Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
- b. Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan inservice training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c. Menyenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

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

Standarnya adalah

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

Kriterianya adalah

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

D. Implementasi 7 langkah menuju keselamatan pasien di NICU

1. Membangun kesadaran terhadap nilai keselamatan pasien
 - a. Setiap hari dilakukan kegiatan pre dan post konferens untuk membahas masalah yang terjadi dengan pasien, termasuk didalamnya keselamatan pasien.
 - b. Setiap bulan diadakan rapat bulanan, agenda wajib yang didiskusikan adalah capaian indikator mutu unit, sasaran keselamatan pasien dan kejadian insiden
2. Memimpin dan mendukung staf NICU untuk memprioritaskan keselamatan pasien.
3. Mengintegrasikan kegiatan pengelolaan risiko dalam kegiatan unit
 - a. Membuat dan menyusun risk register instalasi perawatan intensif
 - b. Melakukan rapat untuk menyusun FMEA instalasi perawatan intensif
 - c. Monitoring dan evaluasi implementasi rekomendasi yang telah

- dibuat dalam risk register
4. Mengembangkan sistem pelaporan
 - a. Sosialisasi ke pasien dan keluarga pasien untuk melakukan pelaporan insiden via web/sismadak
 - b. Melakukan pelaporan insiden melalui sismadak
 5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
 - a. Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien setiap melakukan tindakan/prosedur
 - b. Memfasilitasi pasien/keluarga pasien, apabila terjadi complain.
 6. Belajar dan berbagipengalaman tentang keselamatan pasien
 7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
 - a. Melakukan identifikasi pasien dengan benar
 - b. Melakukan asesmen ulang untuk setiap perubahan (resiko jatuh)
 - c. Melakukan pelaporan insiden via sismadak/web
 - d. Memasang sign untuk setiap resiko pasien sesuai dengan ketentuan rumah sakit

E. Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien

Pelaksanaan implementasi Sasaran Keselamatan Pasien meliputi :

1. Identifikasi pasien dengan benar.

Identifikasi pasien dilakukan pada semua kegiatan sebagai berikut: sebelum pemberian diet kepada pasien (ASI/Susu formula melalui OGT), 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.

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

2. Meningkatkan Efektifitas Komunikasi Verbal

Komunikasi antara petugas rumah sakit dengan orangtua bayi 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 orangtua 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 medic tersebut paling lambat 24 jam sebelum perintah.

- e. Di formulir pencatatan rekam medik, ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam), kemudian meminta tanda tangan dari pemberi perintah saat dia datang paling lambat 1 X 24 jam.

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 diagnose penyakit dan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya
- c. **Assesment** : Menjelaskan diagnose 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 NICU yaitu pada saat serah terima pasien baik antar tim maupun antar unit pelayanan. Kesenjangan saat melakukan serah terima pasien ini dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan pelayanan dan berpotensi menimbulkan cedera pada pasien.

3. Meningkatkan keamanan “elektrolit pekat (Nutrisi Parenteral)”

Elektrolit terkonsentrasi merupakan larutan yang “Hight Alert” dan tidak diperbolehkan disimpan sebagai stok di unit-unit pelayanan pasien kecuali di NICU, ICU, UGD, OK dan unit Kamar bersalin/PONEK. Yang termasuk Elektrolit terkonsentrasi adalah Kalium chloride (1 mEq/ml atau lebih pekat), Natrium chloride (3% atau lebih pekat dari 0,9%), Ca Glukonas, Dextrose (40% atau lebih pekat). Di ruangan NICU, elektrolit terkonsentrasi tersebut di simpan sebagai stok di ruangan. Dalam penggunaannya, dosis dan pengenceran elektrolit ini tergantung sesuai dengan instruksi dokter.

4. 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”.

5. 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 :

- a. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- b. Sebelum melakukan prosedur invasive
- c. Setelah kontak dengan cairan tubuh atau ekskresi tubuh, dan membran mukosa.
- d. Setelah menyentuh pasien
- e. Setelah menyentuh lingkungan pasien
- f. Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non-steril

Hand Hygiene dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu dengan

menggunakan sabun dan air, serta Alcohol based handrub. Cuci tangan menggunakan sabun dan air dilakukan ketika :

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

6. Mengurangi resiko pasien jatuh

Bayi-bayi di ruang perawatan NICU semua kebutuhannya di bantu oleh tim medis dan setiap bayi dilengkapi dengan penggunaan “Nest” sebagai pelindung tempat tidur dan memberi kenyamanan pada bayi.

Evaluasi resiko jatuh dapat dinilai dengan menggunakan skala jatuh. Pasien neonates menggunakan asesmen resiko jatuh neonatus. 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 :

- a. Monitoring resiko jatuh rendah dilakukan per 24 jam
- b. Monitoring resiko jatuh sedang dilakukan per 8 jam (per shift)
- c. Monitoring resiko jatuh tinggi dilakukan per 2 jam

Pemasangan gelang resiko jatuh

- a. Pemberian snap warna KUNING pada gelang identitas pasien
- b. Pemasangan tanda segitiga jatuh pada bed pasien

Warna HIJAU untuk resiko jatuh rendah

Warna ORANGE untuk resiko jatuh sedang

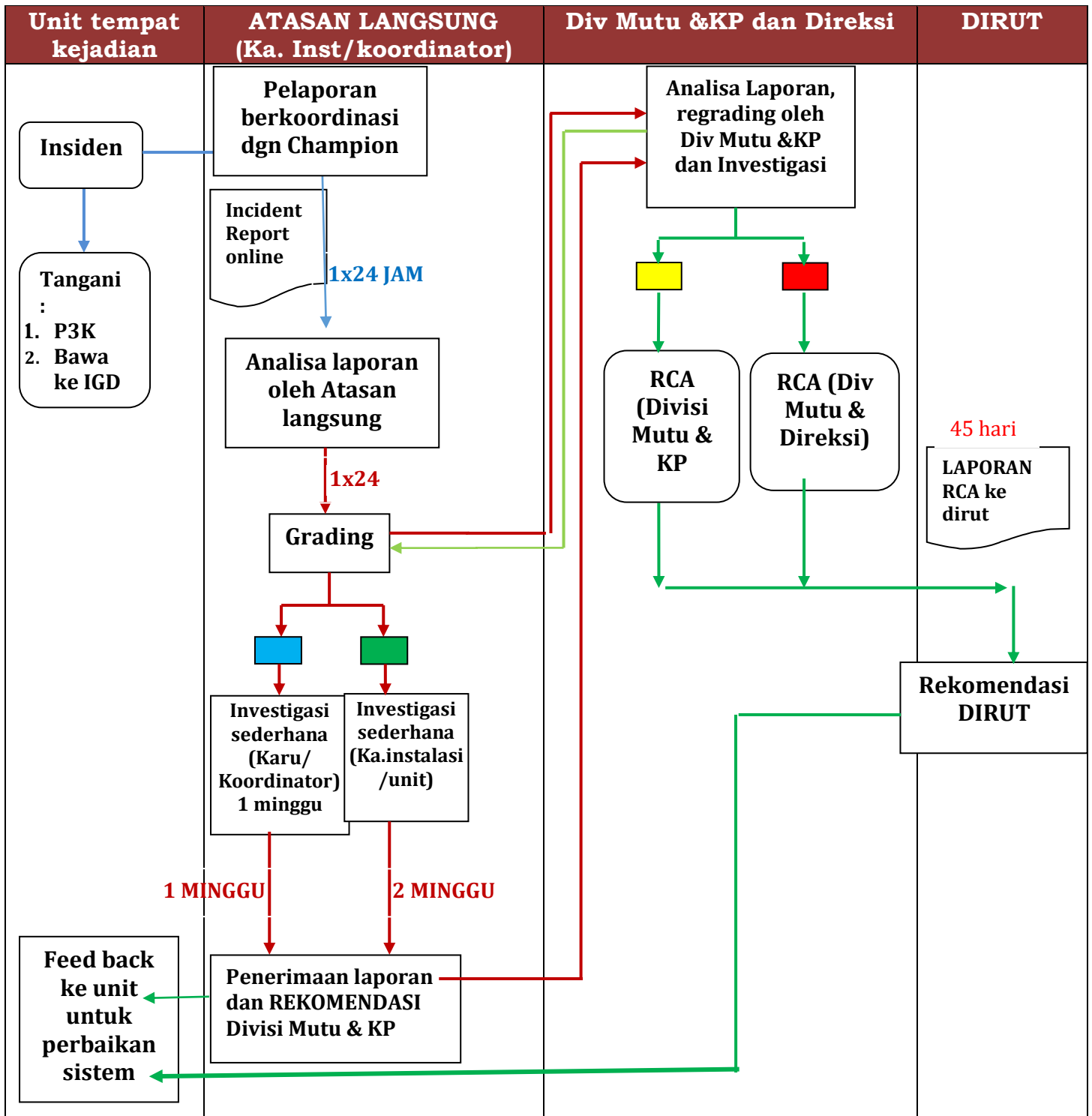
Warna MERAH untuk resiko jatuh tinggi

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:

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

ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RS UNHAS
 Pelaporan insiden keselamatan pasien dilaporkan secara online pada link
<http://rs.unhas.ac.id/mutu>



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 NICU 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 RS, 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 RS, para pasien maupun para pengunjung yang ada di lingkungan RS.

Implementasi penerapan keselamatan kerja diruang NICU tetap berkoordinasi dengan bagian kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit (K3RS).

A. Penggunaan Alat Pelindung Diri

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

B. Pembinaan dan pengawasan staf NICU tentang sistem keselamatan kerja

1. Melakukan koordinasi dengan bagian K3RS
2. Mengikutsertakan staf NICU untuk mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran (fire fighting)
3. Mengikutsertakan staf NICU untuk mengikuti pelatihan kewaspadaan bencana

C. Pemilahan Sampah dan linen

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

D. Menerapkan aturan besuk untuk pasien

1. Tidak ada jam besuk untuk pasien NICU
2. Hanya orangtua pasien yang diperbolehkan masuk ruang NICU
3. Jam berkunjung ibu pasien diberikan waktu 24 jam.
4. Jam berkunjung ayah pasien mulai pagi pkl 06.00 WITA – 22.00 WITA

E. Melakukan inventarisasi dan kalibrasi alat-alat kesehatan

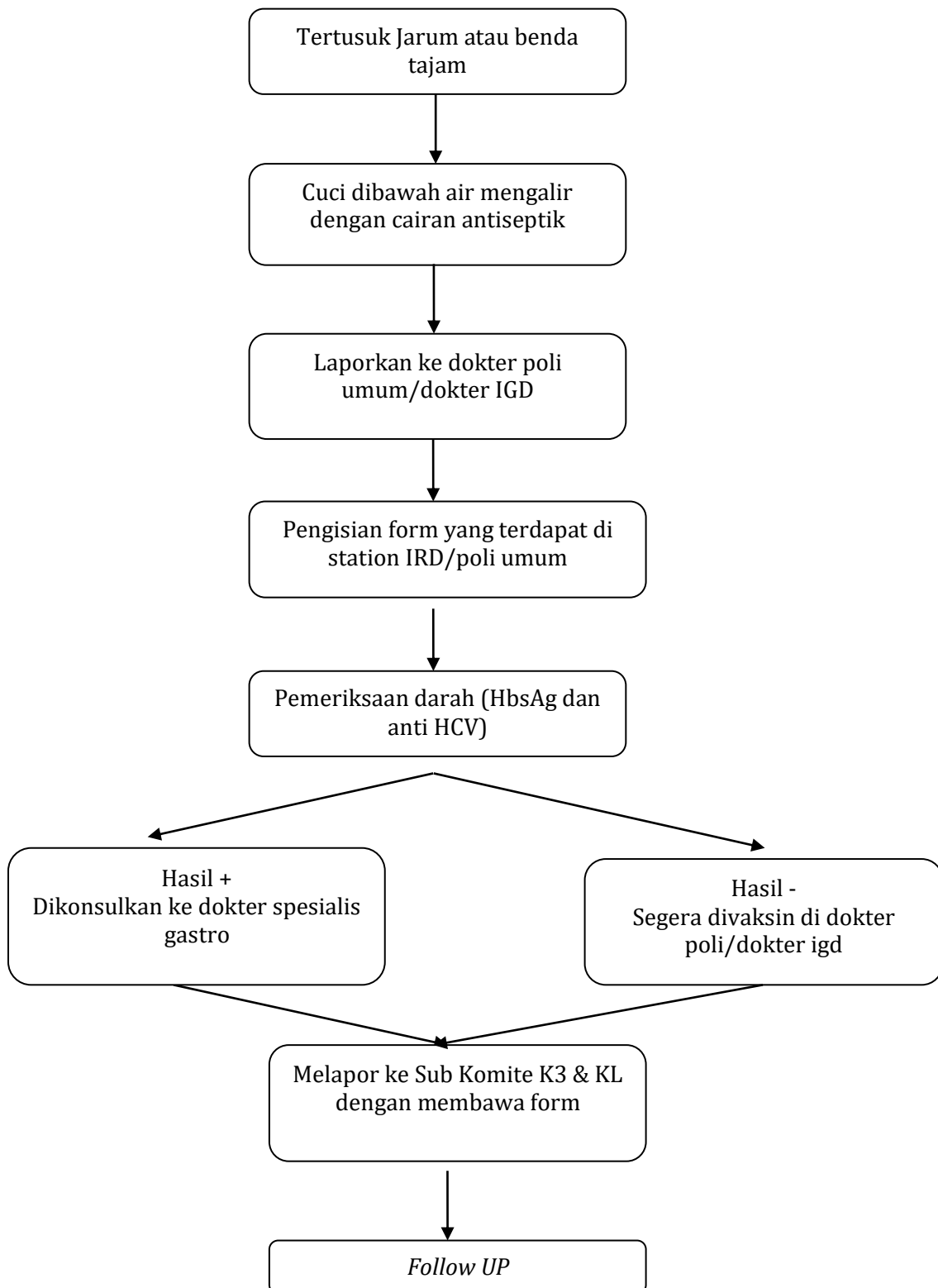
1. Inventarisasi dilakukan tiap bulan untuk memastikan alat dalam kondisi siap pakai
2. Kalibrasi alat kesehatan dilakukan oleh bagian IPSRS untuk memastikan keakuratan alat

F. Melakukan supervisi secara berkala

1. Supervisi tindakan sesuai SOP
2. Supervisi program-program K3RS
3. Penggunaan APAR
4. Kode-kode bencana

G. Menerapkan alur pelaporan insiden pasien/kecelakaan kerja

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



BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Program kendali mutu saat ini menjadi pusat perhatian semua organisasi karena dalam rangka mempertahankan penampilan kerja organisasi agar selalu dekat dengan pelanggan dan menjadi budaya kerja dengan pelanggan dan menjadi budaya kerja semua karyawan. Diharapkan program kendali mutu bisa diterapkan dengan mandiri agar bisa menjadi kepuasan bagi semua karyawan.

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 NICU untuk menentukan indikator mutu layanan NICU
2. Penilaian indikator mutu layanan dievaluasi setiap hari dan dilaporkan secara ONLINE ke dalam SIM RS.

A. Indikator Mutu Nasional

1. 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 alkohol 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:
 - 1) Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.
 - 2) Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.
 - 3) 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.
 - 4) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.
 - 5) 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 dalam periode observasi

2. 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 :
 - 1) Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.
 - 2) Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.
 - 3) Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan lain. radiologi, dan lain- lain
 - 4) Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.
- e. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang benar. Dilakukan dengan benar.
- f. Target : 100%
- g. Cara Pengukuran : $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100 \%$

- 1) Numerator : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
- 2) Denominator : Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi

3. Kepatuhan jam visite dokter

- a. Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
- b. Target : 80%
- c. Cara Pengukuran : $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100 \%$
 - 1) Numerator : Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00
 - 2) Denominator : Jumlah pasien yang diobservasi

4. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

- a. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:
 - 1) Asesment awal risiko jatuh
 - 2) Assesment ulang risiko jatuh
 - 3) 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 : $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100 \%$
 - 1) Numerator : Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
 - 2) Denominator : Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi

B. Indikator Mutu Prioritas RS

1. 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 : $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100 \%$
 - 1) Numerator : Frekuensi Pelaksanaan SBAR sesuai dengan standar
 - 2) Denominator : Total frekuensi Pelaksanaan SBAR yang seharusnya dilakukan

2. 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 : $(\text{Numerator (N)}) / (\text{Denominator (D)}) \times 100 \%$
 - 1) Numerator : Jumlah perintah lisan yang melaksanakan TBAK sesuai regulasi

- 2) Denumerator :Total perintah lisan dalam kurun waktu tertentu

3. Kepatuhan Visite DPJP Bedah

- a. Kepatuhan visite DPJP bedah adalah kunjungan DPJP Bedah untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnyaberdasarkan waktunya, pre, dan post operasi untuk pasien yang dioperasi, termasuk visite dokter selain pasien operasi
- b. Target : $\geq 80\%$
- c. Cara Pengukuran : $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$
 - 1) Numerator :Jumlah pasien yang di-visite DPJP Bedah
 - 2) Denumerator :Jumlah pasien yang diobservasi

4. Kepatuhan Visite DPJP Anastesi

- a. Kepatuhan visite DPJP Anastesi adalah kunjungan DPJP Anastesi untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnyaberdasarkan waktu, pre, dan post operasi untuk pasien yang dioperasi, termasuk visite dokter selain pasien operasi
- b. Target : $\geq 80\%$
- c. Cara Pengukuran : $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$
 - 1) Numerator :Jumlah pasien yang di-visite DPJP Anastesi
 - 2) Denumerator :Jumlah pasien yang diobservasi

5. Kelengkapan Asesmen Pra Anastesi Elektif dan CITO

- a. Kelengkapan asesmen pra anastesi elektif dan CITO adalah kepatuhan melengkapi pengisian asesmen medis sejak pasien operasi masuk Rawat Inap, Rawat jalan dan IGD
- b. Target : 100%
- c. Cara Pengukuran : $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$
 - 1) Numerator :Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap
 - 2) Denumerator :Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift)

6. Kelengkapan Asesmen Pra Bedah Elektif dan CITO

- a. Kelengkapan asesmen pra anastesi elektif dan CITO adalah kepatuhan melengkapi pengisian asesmen medis sejak pasien operasi masuk Rawat Inap, Rawat jalan dan IGD
- b. Target : 100%
- c. Cara Pengukuran : $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$
 - 1) Numerator :Jumlah pasien dengan diagnose operasi yang lengkap asesmen awal medis sejak pasien masuk rawat inap
 - 2) Denumerator :Jumlah pasien yang masuk dengan diagnose operasi di rawat inap (total shift)

7. Angka kejadian pasien yg harus di rujuk karena tidak ketersediaan pemeriksaan penunjang

- a. Angka kejadian pasien yag harus di rujuk karena tidak ketersediaan pemeriksaan penunjang adalah jumlah pasien rawat jalan atau rawat inap yang harus dirujuk ke RS lain karena kettidak sediaan pemeriksaan penunjang di RS Unhas.
- b. Target : 0
- c. Cara Pengukuran : $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$
 - 1) Numerator :Jumlah pasien yg harus di rujuk
 - 2) Denumerator :-

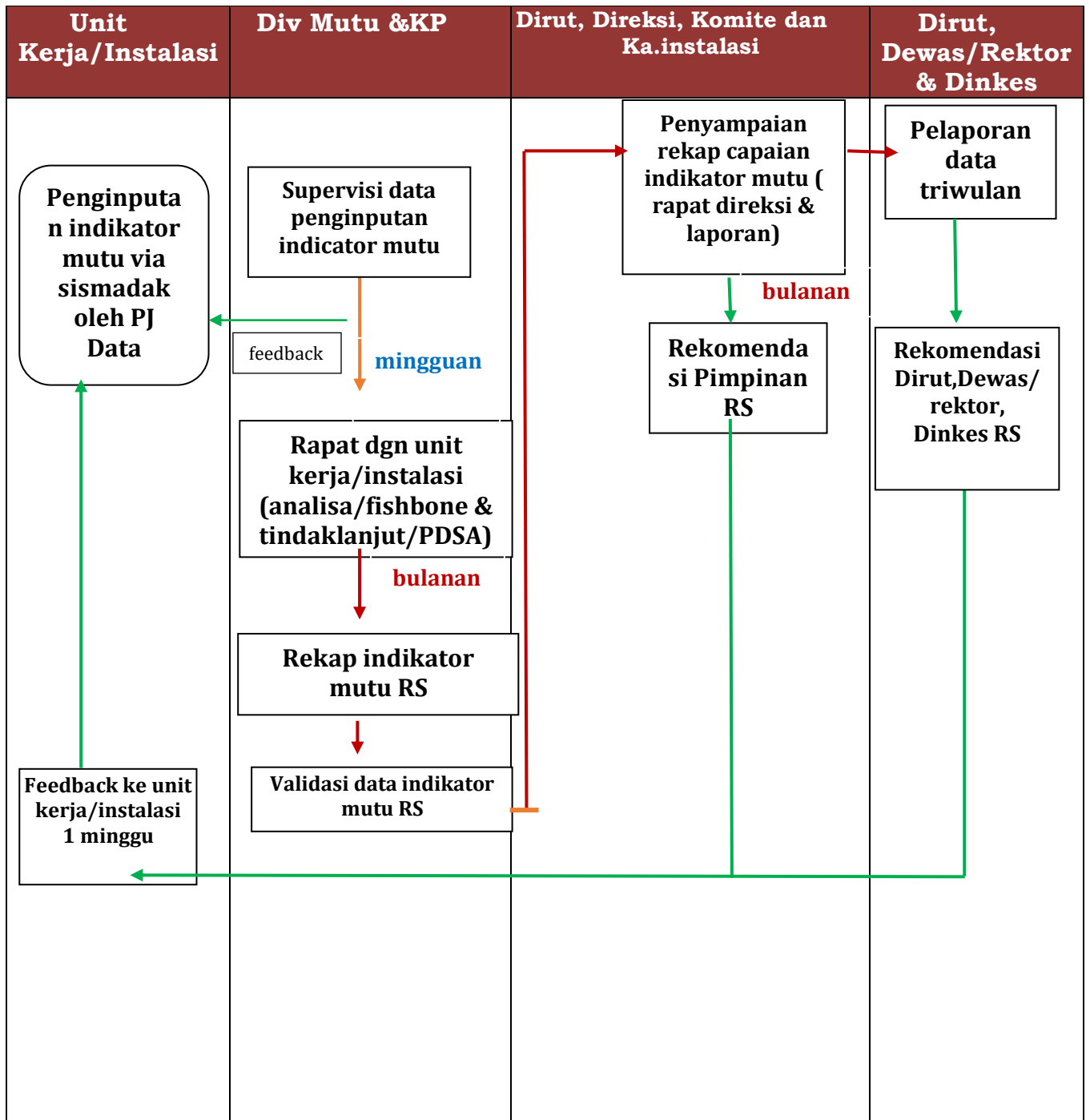
C. Indikator Mutu Prioritas Unit NICU

Risiko Ekstravasasi pada pasien yang terpasang infus

- a. Kejadian ekstravasasi pembuluh darah yang terjadi pada pasien neonatus yang terpasang infus di ruang NICU
- b. Target : $\leq 2\%$
- c. Cara Pengukuran : $(\text{Numerator (N)})/(\text{Denominator (D)}) \times 100\%$

- 1) Numerator :Jumlah pasien terpasang infus yang mengalami kejadian ekstrasvasasi pembuluh darah di NICU
- 2) Denominator :Jumlah pasien yang terpasang infus di NICU

Pelaporan kejadian sentinel/insiden keselamatan pasien secara ONLINE ke Bagian Satuan Penjamin Mutu di alamat <http://rs.unhas.ac.id/mutu/>



BAB IX

PENUTUP

Pedoman Pelayanan NICU di Rumah Sakit Unhas ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi menyelenggarakan pelayanan NICU Rumah Sakit Unhas. Klasifikasi Pelayanan NICU di Rumah Sakit Unhas adalah pelayanan NICU 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 17 Januari 2023
DIREKTUR UTAMA,



Dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M(K) #
NIP. 197002122008011013