



PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RAWAT INTENSIF



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN
KABUPATEN KEBUMEN
2025**



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN
PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN

Jl. Kebumen Raya - Muktisari Kebumen Telpn : (0287) 3873318 Faxes :
(0287) 385274 Email : rsud@kebumenkab.go.id
Website : <https://rsudrsoedirman.kebumenkab.go.id> Kode Pos 54351

PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN
NOMOR 000.7.2.6/82.21 TAHUN 2025

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RAWAT INTENSIF
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

- Menimbang : a. bahwa untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dan tata kelola klinis serta peningkatan mutu dan pelayanan di Instalasi Rawat Intensif, perlu Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Intensif;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu ditetapkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82,

Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);

5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumasahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.
10. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 7 Tahun 2019 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2019 Nomor 7 Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 127) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 5 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2021 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 183);

Memperhatikan : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778 tahun 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RAWAT INTENSIF PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan:

1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen.
2. Instalasi Rawat Intensif (IRI) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah bidang pelayanan), 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. Ruang Isolasi Instalasi Rawat Intensif adalah ruang perawatan bagi pasien dengan infeksi paru menular (airborne disease) dengan kebutuhan pelayanan intensif yang ditempatkan di ruang isolasi bertekanan negatif yang dilengkapi dengan ventilator yang berada di ruang isolasi *Intensive Care Unit (ICU)*, *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)*, *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)* dan *Neonatus Care Unit (NICU)*.
4. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah dokter yang bertanggung jawab sepenuhnya atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien di Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen.
5. DPJP utama adalah dokter koordinator yang memimpin proses pengelolaan asuhan medis bagi pasien yang harus dirawat bersama oleh lebih dari 1 orang dokter.
6. DPJP tambahan adalah dokter yang ikut memberikan asuhan medis pada seorang pasien, yang oleh karena kompleksitas penyakitnya memerlukan perawatan bersama oleh lebih dari 1 orang dokter.
7. Dokter Jaga Instalasi Rawat Intensif adalah dokter umum dengan spesifikasi memiliki sertifikat ATLS dan/atau ACLS yang bertugas menangani kegawatan di Instalasi Rawat Intensif dengan melakukan konsultasi kepada DPJP yang bersangkutan.
8. Tenaga Keperawatan adalah perawat yang melakukan perawatan pasien.
9. Penunggu Pasien adalah keluarga pasien yang datang ke Instalasi Rawat Intensif dengan tujuan untuk menunggu pasien yang sedang dirawat di Instalasi Rawat Intensif, kepadanya disediakan ruang tunggu khusus untuk penunggu pasien.
10. Waktu Pendampingan Pasien adalah waktu yang disediakan untuk penunggu pasien untuk mendampingi pasien di Instalasi Rawat Intensif.

BAB II
INTENSIVE CARE
Pasal 2

- (1) Ruang lingkup pelayanan Intensive Care Unit meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, ginjal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pasien anak.
- (2) Instalasi perawatan intensif harus didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai yaitu tenaga yang terlatih baik medis, perawat maupun staf lainnya.
- (3) Instalasi Rawat intensif di Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen merupakan Intensive Care Unit tipe primer dengan sistem semi close.
- (4) Instalasi Rawat Intensif terdiri dari 4 unit yaitu *Intensive Care Unit (ICU) 1*, *ICU 2*, *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)*, *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)* dengan *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*.

BAB III
SUMBER DAYA MANUSIA
Pasal 3

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama di *Intensive Care Unit (ICU)* adalah dokter spesialis anestesi.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama di *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* adalah dokter spesialis jantung.
- (3) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama di *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)* adalah dokter spesialis anak.
- (4) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama di *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)* adalah dokter subspecialis anak konsultan neonatologi.
- (5) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama di Ruang Isolasi *Intensive Care Unit (ICU)* adalah dokter spesialis anestesi.
- (6) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama di Ruang Isolasi *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* adalah dokter spesialis jantung.
- (7) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama di Ruang Isolasi *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)* adalah dokter spesialis anak.
- (8) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama di Ruang Isolasi *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)* adalah dokter subspecialis anak konsultan neonatologi.
- (9) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama pasien di Instalasi Rawat Intensif dapat melakukan konsultasi atau mengajukan permintaan rawat bersama dengan dokter spesialis dari Kelompok Staf Medis (KSM) lain maupun Profesional Pemberi Asuhan lain sesuai kondisi dan kebutuhan pelayanan pasien.

Pasal 4

Dokter Jaga Instalasi Rawat Intensif

- (1) Dokter Jaga Instalasi Rawat Intensif adalah dokter umum dengan spesifikasi memiliki sertifikat ATLS dan/atau ACLS.
- (2) Setiap hari kerja Dokter Jaga Instalasi Rawat Intensif dibagi dalam 2 *shift* yaitu:
 - a. Sore jam 14.00 - 21.00 WIB;
 - b. Malam jam 21.00 - 07.00 WIB (hari berikutnya).
- (3) Sedangkan pada hari libur, Dokter Jaga Instalasi Rawat Intensif dibagi dalam 3 *shift* yaitu:
 - a. Pagi jam 07.00 - 14.00 WIB;
 - b. Sore jam 14.00 - 21.00 WIB;
 - c. Malam jam 21.00 - 07.00 WIB (hari berikutnya).
- (4) Dokter Jaga Instalasi Rawat Intensif bertugas menangani kegawatan di Instalasi Rawat Intensif dengan melakukan konsultasi kepada DPJP yang bersangkutan.

Pasal 5

Tenaga Keperawatan

- (1) Tenaga Keperawatan untuk pelayanan pasien di Instalasi Rawat Intensif dilakukan oleh perawat yang bersertifikat intensif (ICU, ICCU, PICU dan NICU).
- (2) Tenaga Keperawatan setiap hari dibagi dalam 3 *shift* yaitu:
 - a. Pagi jam 07.00 - 14.00 WIB;
 - b. Sore jam 14.00 - 21.00 WIB;
 - c. Malam jam 21.00 - 07.00 WIB (hari berikutnya).

- (3) Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan untuk pelayanan pasien di Instalasi Rawat Intensif 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.

BAB IV
PEMETAAN TEMPAT TIDUR
Pasal 6

- (1) Kapasitas Tempat Tidur (TT) ICU adalah 10 TT
- (2) Kapasitas Tempat Tidur ICU Isolasi airborne adalah 2 TT
- (3) Kapasitas Tempat Tidur ICCU adalah 6 TT
- (4) Kapasitas Tempat Tidur ICCU Isolasi airborne adalah 1 TT
- (5) Kapasitas Tempat Tidur PICU/NICU adalah 6 TT
- (6) Kapasitas Tempat Tidur PICU/NICU Isolasi airborne adalah 1 TT
- (7) TT Surgical atau TT PONEK adalah 1 tempat tidur di ICU yang disediakan untuk mengantisipasi kebutuhan perawatan intensif pada pasien pasca pembedahan, termasuk pada kasus obstetri gynecologi yang membutuhkan perawatan intensif.
- (8) TT Trombolitik adalah 1 tempat tidur di ICCU yang diperuntukkan bagi pasien STEMI.

BAB V
AZAS PRIORITAS
Pasal 7

- (1) Pada keadaan kebutuhan atau permintaan akan pelayanan rawat intensif yang lebih tinggi dari kapasitas pelayanan yang dapat diberikan, diberlakukan azas prioritas dan indikasi masuk.
- (2) DPJP utama Instalasi Rawat Intensif berhak menentukan prioritas pasien masuk ke Instalasi Rawat Intensif, melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan dari DPJP yang lain.

BAB IV
PROSEDUR PASIEN MASUK DAN KELUAR
Pasal 8

Prosedur Pasien Masuk

- (1) Setiap DPJP dapat memberikan advis untuk memasukkan pasien ke Instalasi Rawat Intensif.
- (2) Sebelum pasien masuk ke Instalasi Rawat Intensif, DPJP melakukan evaluasi kondisi pasien, memberikan terapi dan meminta persetujuan DPJP utama Instalasi Rawat Intensif sesuai unit masing-masing.
- (3) Bila kapasitas tempat tidur pada satu unit di Instalasi Rawat Intensif terisi penuh, pasien dapat dititipkan ke unit yang lain dengan persetujuan DPJP utama masing-masing unit dan pemberitahuan ke DPJP utama unit pengirim.

Pasal 9
Prosedur Pasien Keluar

- (1) DPJP Utama Instalasi Rawat Intensif berhak menentukan prioritas pasien keluar IRI.
- (2) DPJP tambahan dapat mengusulkan/menentukan pasien keluar IRI.

BAB VI
TATA TERTIB PENUNGGU DAN PEMBESUK PASIEN
Pasal 10
Waktu Pendampingan Pasien

- (1) Penunggu dan pembesuk pasien di ICU dan ICCU diberikan waktu pendampingan pada pasien 2 kali dalam sehari dengan alokasi waktu sebagai berikut:
 - a. Siang hari pukul 11.00 – 12.00 WIB.
 - b. Sore hari pukul 17.00 – 18.00 WIB.
- (2) Tidak ada jam besuk di PICU dan NICU.
- (3) Hanya orang tua pasien yang diperkenankan masuk ke ruang perawatan PICU NICU. Jika terdapat kendala pada orang tua pasien dalam mendampingi pasien selama perawatan di PICU NICU, maka dapat diwakili oleh wali pasien.
- (4) Penunggu pasien wajib mengenakan kartu tunggu.
- (5) Satu pasien boleh ditunggu oleh dua orang penunggu pasien.
- (6) Penunggu pasien diperkenankan masuk ke ruang perawatan pasien Instalasi Rawat Intensif diluar jam pendampingan pasien pada kondisi khusus seperti pasien dengan henti jantung dan henti nafas.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 11

Peraturan Direktur ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan

Ditetapkan di Kebumen
pada tanggal 6 Januari 2025

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN,



ARIE KOMEDI

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH Dr.
SOEDIRMAN KEBUMEN
NOMOR 000.7.2.6/82.21 TAHUN 2025
TENTANG PEDOMAN PELAYANAN
INSTALASI RAWAT INTENSIF PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RAWAT INTENSIF
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Instalasi Rawat Intensif adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah bidang pelayanan), 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. Instalasi perawatan intensif harus didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai yaitu tenaga yang terlatih baik medis, perawat maupun staf lainnya. Peralatan yang mendukung bantuan hidup dasar serta ruangan yang dapat mengakomodir kegiatan pelayanan dengan baik.

Berdasarkan Kepmenkes No 1778/MENKES/SK/XII/ 2010 pada saat ini, ICU modern tidak terbatas menangani pasien pasca bedah atau ventilasi mekanis saja, namun telah menjadi cabang ilmu sendiri yaitu intensive care medicine. Ruang lingkup pelayanannya meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, ginjal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pasien anak.

Rumah Sakit sebagai salah satu penyedia pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi rujukan harus dapat memberikan pelayanan rawat intensif yang profesional dan berkualitas dengan mengedepankan keselamatan pasien. Pada Instalasi Rawat Intensif, perawatan untuk pasien dilaksanakan dengan melibatkan berbagai tenaga profesional yang terdiri dari multidisiplin ilmu yang bekerja sama dalam tim. Pengembangan tim multidisiplin yang kuat sangat penting dalam meningkatkan keselamatan pasien. Selain itu dukungan sarana, prasarana serta

peralatan juga diperlukan dalam rangka meningkatkan pelayanan Instalasi Rawat Intensif. Oleh karena itu, mengingat diperlukannya tenaga-tenaga khusus, terbatasnya sarana dan prasarana, serta mahalny peralatan, maka demi efisiensi, keberadaan Instalasi Rawat Intensif perlu diperhatikan.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen adalah rumah sakit umum tipe C dengan kapasitas 195 tempat tidur. Instalasi Rawat Intensif yang dimiliki adalah ICU primer dengan tipe semi tertutup dikepalai oleh seorang dokter Anaesthesiologi. Ruang intensif primer memberikan pelayanan pada pasien yang memerlukan perawatan ketat (*high care*). Ruang perawatan intensif primer mampu melakukan resusitasi jantung paru dan memberikan bantuan ventilasi 24 – 48 jam. Instalasi Rawat Intensif terdiri dari ICU, ICCU, PICU NICU.

Instalasi perawatan intensif harus didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai yaitu tenaga yang terlatih baik medis, perawat maupun staf lainnya. Peralatan yang mendukung bantuan hidup dasar serta ruangan yang dapat mengakomodir kegiatan pelayanan dengan baik. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka perlu disusun Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Intensif sebagai pedoman pelayanan yang digunakan di Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.

B. TUJUAN PEDOMAN

1. Memberikan acuan pelaksanaan pelayanan Instalasi Rawat Intensif di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen.
2. Meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien Instalasi Rawat Intensif di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.
3. Menjadi acuan pengembangan pelayanan Instalasi Rawat Intensif di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di Instalasi Rawat Intensif 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; dan
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain.

Bidang kerja Instalasi Rawat Intensif meliputi pengelolaan pasien, administrasi unit, pendidikan dan penelitian. Kebutuhan dari masing-masing bidang akan bergantung dari tingkat pelayanan tiap unit.

1. Pengelolaan pasien langsung

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

2. Administrasi unit

Pelayanan Instalasi Rawat Intensif dimaksud untuk memastikan suatu lingkungan yang menjamin pelayanan yang aman, tepat waktu dan efektif. Untuk tercapainya tugas ini diperlukan partisipasi dokter intensivis pada aktivitas manajemen.

3. Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

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

1. pelatihan pemantauan (monitoring);
2. pelatihan ventilasi;
3. pelatihan terapi cairan, elektrolit, dan asam-basa;
4. pelatihan penatalaksanaan infeksi; dan
5. pelatihan manajemen Instalasi Rawat Intensif.

Instalasi Rawat Intensif juga merupakan tempat penelitian.

D. FALSAFAH

1. Etika kedokteran

Berdasarkan falsafah dasar “saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, tidak merugikan pasien dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kondisi kesehatan pasien”.

2. Indikasi yang benar

Pasien yang dirawat di Instalasi Rawat Intensif adalah:

- a. Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim intensive care.
- b. Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan metode terapi titrasi.
- c. Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan

segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.

3. Kerja sama multidisipliner dalam masalah medik kompleks

Dasar pengelolaan pasien Instalasi Rawat Intensif adalah pendekatan multidisiplin tenaga kesehatan dari beberapa disiplin ilmu terkait yang dapat memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan bekerjasama di dalam tim yang dipimpin oleh seorang dokter intensivis sebagai ketua tim.

4. Kebutuhan pelayanan kesehatan pasien

Kebutuhan pasien Instalasi Rawat Intensif adalah tindakan resusitasi yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi - fungsi vital seperti Airway (fungsi jalan napas), Breathing (fungsi pernapasan), Circulation (fungsi sirkulasi), Brain (fungsi otak) dan fungsi organ lain, dilanjutkan dengan diagnosis dan terapi definitif.

5. Peran koordinasi dan integrasi dalam kerja sama tim

Dengan mengingat keadaan pasien seperti yang tersebut pada butir 2 dan 4 di atas, maka sistem kerja tim multidisiplin adalah sebagai berikut:

- a. Sebelum masuk Instalasi Rawat Intensif, dokter yang merawat pasien melakukan evaluasi pasien sesuai bidangnya dan memberi pandangan atau usulan terapi.
- b. Dokter DPJP Utama melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya.
- c. Dokter DPJP Utama berkonsultasi pada konsultan lain dengan mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim.

6. Asas prioritas

Setiap dokter dapat memasukkan pasien ke Instalasi Rawat Intensif sesuai dengan indikasi masuk ke Instalasi Rawat Intensif yang benar. Karena keterbatasan jumlah tempat tidur Instalasi Rawat Intensif, maka berlaku asas prioritas dan indikasi masuk.

7. Sistem manajemen peningkatan mutu terpadu

Demi tercapainya koordinasi dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Rawat Intensif, diperlukan kendali mutu yang melibatkan beberapa disiplin ilmu, dengan tugas utamanya memberi masukan dan bekerja sama dengan staf struktural Instalasi Rawat Intensif untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan Instalasi Rawat Intensif.

8. Kemitraan profesi

Kegiatan pelayanan pasien di Instalasi Rawat Intensif di samping multi disiplin juga antar profesi, yaitu profesi medik, profesi perawat dan profesi lain. Agar dicapai hasil optimal maka perlu peningkatan mutu Sumber Daya Manusia secara

berkelanjutan, menyeluruh dan mencakup semua profesi.

9. Efektivitas, keselamatan dan ekonomis

Unit pelayanan Instalasi Rawat Intensif mempunyai ciri biaya tinggi, teknologi tinggi, multi disiplin dan multi profesi berdasarkan asas efektivitas, keselamatan dan ekonomis.

10. Kontinuitas pelayanan

Untuk efektivitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan Instalasi Rawat Intensif, maka perlu dikembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (High Care Unit = HCU). Fungsi utama HCU adalah menjadi unit perawatan antara dari bangsal rawat dan Instalasi Rawat Intensif. Di HCU, tidak diperlukan peralatan canggih seperti Instalasi Rawat Intensif tetapi yang diperlukan adalah kewaspadaan dan pemantauan yang lebih tinggi.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

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 sumberdaya yang ada, sedemikian rupa sehingga memberikan kualitas pelayanan yang tinggi dan hasil optimal.

Kualifikasi tenaga kesehatan yang bekerja di Instalasi Rawat Intensif harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai dan mempunyai komitmen terhadap waktu.

Uraian kualifikasi ketenagaan ICU Dr. Soedirman Kebumen berdasarkan klasifikasi pelayanan IRI Primer seperti terlihat pada tabel di bawah ini:

NO	JENIS TENAGA	STRATA/KLASIFIKASI PELAYANAN PRIMER
1	Kepala IRI	- Dokter spesialis anesthesiologi - Dokter spesialis lain yang terlatih ICU (jika belum ada dokter spesialis anesthesiologi)
2	Tim Medis	- Dokter spesialis sebagai konsultan (yang dapat dihubungi setiap diperlukan) dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut
3	Perawat	- Perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut
4	Tenaga non Kesehatan	- Tenaga administrasi di IRI harus mempunyai Kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi. - Tenaga pekarya - Tenaga kebersihan

Tabel 1. Klasifikasi Ketenagaan di IRI

Seorang dokter intensivis adalah seorang dokter yang memenuhi standar kompetensi sebagai berikut:

- a. Terdidik dan bersertifikat sebagai seorang spesialis intensive care medicine (KIC, Konsultan Intensive Care) melalui program pelatihan dan pendidikan yang diakui oleh perhimpunan profesi yang terkait.
- b. Menunjang kualitas pelayanan di Instalasi Rawat Intensif dan menggunakan sumber daya Instalasi Rawat Intensif secara efisien.
- c. Mendarmabaktikan lebih dari 50% waktu profesinya dalam pelayanan IRI.

- d. Bersedia berpartisipasi dalam suatu unit yang memberikan pelayanan 24 jam/hari, 7 hari/seminggu.
- e. Mampu melakukan prosedur *critical care*, antara lain:
- 1) Sampel darah arteri.
 - 2) Memasang/mempertahankan jalan napas termasuk intubasi endotracheal, tracheostomy perkutan, dan ventilasi mekanis.
 - 3) Mengambil kateter intravaskuler untuk monitoring invasif maupun terapi invasif (misalnya; Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)) dan peralatan monitoring, termasuk:
 - Kateter arteri.
 - Kateter vena perifer.
 - Kateter vena sentral (CVP).
 - Kateter arteri pulmonalis.
 - 4) Pemasangan kabel pacu jantung transvenous temporer.
 - 5) Melakukan diagnostic non-invasif fungsi kardiovaskuler dengan echokardiografi.
 - 6) Resusitasi jantung paru.
 - 7) Pipa thoracostomy
- f. Melaksanakan dua peran utama:
- 1) Pengelolaan pasien

Mampu berperan sebagai pemimpin tim dalam memberikan pelayanan di Instalasi Rawat Intensif, menggabungkan dan melakukan titrasi layanan pada pasien berpenyakit kompleks atau cedera termasuk gagal organ multi-sistem. Dalam mengelola pasien, dokter intensivis dapat mengelola sendiri atau berkolaborasi dengan dokter lain. Seorang dokter intensivis mampu mengelola pasien sakit kritis dalam kondisi seperti:

 - a) Hemodinamik tidak stabil.
 - b) Gangguan atau gagal napas, dengan atau tanpa memerlukan ventilasi mekanik
 - c) Gangguan neurologis akut termasuk mengatasi hipertensi intrakranial.
 - d) Gangguan atau gagal ginjal akut.
 - e) Gangguan endokrin dan/atau metabolik akut yang mengancam nyawa.
 - f) Kelebihan dosis obat, reaksi obat atau keracunan obat.
 - g) Gangguan koagulasi.
 - h) Infeksi serius yang mengancam nyawa.
 - i) Gangguan nutrisi yang memerlukan tunjangan nutrisi.
 - 2) Manajemen Unit

Dokter intensivis berpartisipasi aktif dalam aktivitas-aktivitas manajemen

unit yang diperlukan untuk memberi pelayanan- pelayanan IRI yang efisien, tepat waktu dan konsisiten. Aktivitas-aktivitas tersebut meliputi antara lain:

- a) Triage, alokasi tempat tidur dan rencana pengeluaran pasien
- b) Supervisi terhadap pelaksanaan kebijakan-kebijakan unit.
- c) Partisipasi pada kegiatan-kegiatan perbaikan kualitas yang berkelanjutan termasuk supervisi koleksi data.
- d) Berinteraksi seperlunya dengan bagian-bagian lain untuk menjamin kelancaran pelayanan di ICU.

Untuk keperluan ini, dokter intensivis secara fisik harus berada di ICU atau rumah sakit dan bebas dari tugas-tugas lainnya.

g. Mempertahankan pendidikan yang berkelanjutan tentang *critical care medicine*:

- 1) Selalu mengikuti perkembangan mutakhir dengan membaca literatur kedokteran.
- 2) Berpartisipasi dalam program-program pendidikan kedokteran berkelanjutan.
- 3) Menguasai standar-standar untuk unit *critical care* dan *standard of care* di *critical care*.

h. Ada dan bersedia untuk berpartisipasi pada kegiatan-kegiatan perbaikan kualitas interdisipliner.

B. PENGATURAN JAGA

Instalasi Rawat Intensif harus memiliki jumlah perawat yang cukup dan sebagian besar terlatih. Jumlah perawat IRI 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.

C. PELATIHAN

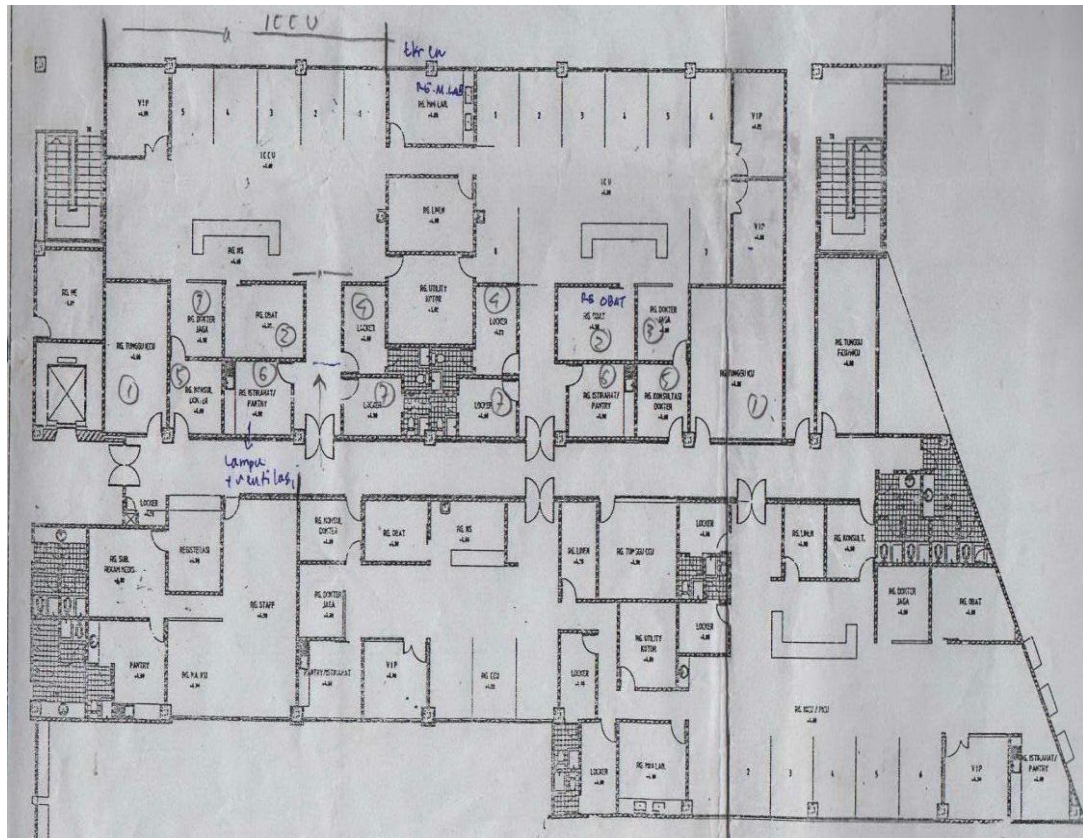
Instalasi Rawat Intensif melakukan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga medis dan non-medis mengenai hal-hal yang terkait dengan IRI. Pelatihan untuk kepala IRI dan tim medis ICU terdiri dari:

1. Pengenalan tanda kegawat-daruratan yang mengancam nyawa.
2. Perawatan gawat darurat termasuk Resusitasi Jantung Paru dasar.
3. Pemasangan intervensi intravaskuler.
4. Melakukan pelayanan perawatan intensif sesuai kebutuhan pasien.
5. Program pengendalian infeksi.
6. Program keselamatan dan kesehatan kerja.
7. Penggunaan peralatan secara benar, efektif dan aman.
8. Pelayanan prima.

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. DENAH RUANG



Gambar 1. Denah Instalasi Rawat Intensif RSUD Dr. Soedirman Kebumen

1. Lokasi

Letak ruang perawatan intensif harus memiliki akses yang mudah dari dan ke ruang operasi, ruang gawat darurat, ruang sterilisasi, ruang kebidanan, kamar jenazah, ruang rawat inap dan laboratorium

Ruangan harus terletak pada daerah yang tenang, dan berada pada zonasi privat
Jumlah TT minimal 10% jumlah total TT.

Jumlah TT perawatan intensif terdiri atas 6% untuk pelayanan perawatan ICU dan 4% unit pelayanan ICU lainnya.

2. Pelayanan Instalasi Rawat Intensif yang memadai berdasarkan disain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat.

Ketentuan bangunan Instalasi Rawat Intensif 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
- 3. Ruangan Instalasi Rawat Intensif dibagi menjadi beberapa area yang terdiri dari :
 - a. Area pasien:
 - 1) Jarak antar TT 3 M, dengan luas ruangan perawatan pasien per TT 3 x 4 M (dibatasi tirai dari bahan non korosif dan menempel pada plafon).
 - 2) Tiap TT dilengkapi outlet O₂, udara tekan medis, dan vakum medis.
 - 3) Dilengkapi minimal 6 (enam) stop kontak diluar kebutuhan stop kantik untuk monitor dan ventilator. Stop kontak berasal dari minimal 3 (tiga) sekering/Miniatur Circuit Breaker, (MCB) yang berbeda. Stop kontak untuk ventilator memiliki kemampuan menahan beban arus listrik 10 A. Koridor dilengkapi minimal 3 stop kontak dalam jarak 10 meter.
 - 4) Ruangan mengoptimalkan pencahayaan alami, intensitas pencahayaan ± 300 lux. Bila diperlukan untuk tindakan dapat ditambahkan pencahayaan sampai 1000 lux.
 - 5) Pertukaran udara minimal 10 kali/jam. Jumlah udara ventilasi minimal 2 kali/jam.
 - 6) Kebisingan ruangan ≤ 45 dBA.
 - b. Area kerja meliputi:
 - 1) Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien.
 - 2) Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan penyimpanan obat dan alat (termasuk lemari pendingin).
 - 3) Ruang yang cukup untuk mesin X-Ray mobile dan dilengkapi dengan viewer.
 - 4) 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.
- 4. Lingkungan

Mempunyai pendingin ruangan/AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu 22- 26 °C kelembaban maksimal 60%.
- 5. Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih

Untuk menyimpan monitor, ventilasi mekanik, pompa infus dan pompa syringe, peralatan dialisis, alat-alat sekali pakai, cairan, penggantung infus, troli, penghangat darah, alat isap, linen dan tempat penyimpanan barang dan alat bersih.

6. Ruang tempat pembuangan alat / bahan kotor
Ruang untuk membersihkan alat-alat, pemeriksaan urine, pengosongan dan pembersihan pispot dan botol urine. Desain unit menjamin tidak ada kontaminasi.
7. Ruang perawat
Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh perawat yang bertugas dan pimpinannya.
8. Ruang staf dokter
Tempat kegiatan organisasi dan administrasi termasuk kantor kepala bagian dan staf, dan keputakaan.
9. Ruang tunggu keluarga pasien
10. Ruang Isolasi.
Ukuran luas 4 x 4 m² belum termasuk ruangan antara. Akses pintu bagi pasien dan petugas ke ruangan melalui ruangan ante room. Ruangan bertekanan negatif dengan suhu 22- 26 °C kelembaban maksimal 60%. Jumlah udara ventilasi minimal 2 kali/jam. Total pertukaran udara minimal 12 kali/jam. Terdapat troli emergensi.

B. STANDAR FASILITAS

Peralatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas sangat membantu kelancaran pelayanan. Berikut ini adalah ketentuan umum mengenai peralatan:

1. Jumlah dan macam peralatan bervariasi tergantung tipe, ukuran dan fungsi Instalasi Rawat Intensif dan harus sesuai dengan beban kerja di Instalasi Rawat Intensif, disesuaikan dengan standar yang berlaku.
2. Terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat.
3. Peralatan dasar yang harus dimiliki ruang Instalasi Rawat Intensif, antara lain:
 - a. Tempat tidur khusus
 - b. Alat pengukur tekanan darah
 - c. Pulse oxymetri
 - d. E K G
 - e. Alat pengukur tekanan vena sentral
 - f. Alat pengukur suhu
 - g. Alat penghisap (suction) sentral
 - h. Alat ventilasi manual dan alat penunjangnya
 - i. Peralatan akses vaskuler
 - j. Ventilator
 - k. Oksigen sentral
 - l. Lampu untuk melakukan tindakan
 - m. Defibrilator dan alat pacu jantung

- n. Peralatan drain toraks
- o. Emergency trolley yang berisi alat dan obat untuk keadaan emergency :
Airway, laringoskop, ambu bag, O₂, adrenalin, dll
- p. Pompa infus dan pompa syringe
- q. Monitor tekanan darah invasif
- r. Monitor tekanan darah sentral
- s. Monitor tekanan arteri pulmonalis
- t. Kapnograf
- u. Bronkospkopi
- v. Echokardiografi
- w. Hemodialisis

C. PEMELIHARAAN, PERBAIKAN DAN KALIBRASI PERALATAN

Instalasi Rawat Intensif merupakan suatu instalasi yang padat teknologi yang tercermin dengan adanya banyak peralatan yang menunjang pemberian pelayanan perawatan pada pasien kritis.

Konsep program kalibrasi alat didasarkan pada pemikiran bahwa tidak ada peralatan atau barang buatan manusia yang tidak rusak, kerusakan memang tidak dapat dihilangkan, namun demikian waktu operasional peralatan dapat diperpanjang dengan melakukan kalibrasi secara berkala.

Kalibrasi adalah suatu tindakan dimana dilakukan perbandingan ketepatan penunjukan antara suatu instrument dengan suatu standar ukur atau referensi dari system instrument yang bersangkutan. Bila terjadi selisih penunjukan maka dilakukan pengaturan sehingga kesalahan dapat ditekan sampai batas spesifikasinya.

Kalibrasi dilaksanakan dengan melakukan pengukuran (measurement) dan penyetelan (adjustment). Kalibrasi dilaksanakan berdasarkan pada manual dari peralatan yang bersangkutan atau prosedur yang lazim digunakan pada jenis peralatan yang sama.

Pemeliharaan peralatan di ruang Instalasi Rawat Intensif dilakukan oleh semua tim Instalasi Rawat Intensif baik medis maupun non medis dengan cara menggunakan peralatan sesuai dengan fungsi dan prosedur cara penggunaan alat yang telah ditetapkan. Apabila terjadi kerusakan alat, maka selanjutnya tim Instalasi Rawat Intensif melaporkan kebagian IPRS (Instalasi Pemeliharaan Rumah Sakit) untuk memperbaikinya sesuai dengan prosedur pelaporan kerusakan alat yang berlaku. Sedangkan untuk kalibrasi/perawatan berkala dilakukan secara berkala dengan menuliskan waktu dilakukan kalibrasi dan waktu *expired date* kalibrasi di alat yang dikalibrasi.

BAB IV

RUANG ISOLASI

A. PENGATURAN LOKASI ATAU LETAK

Persyaratan teknis bangunan diantisipasi kemungkinan 3 transmisi/penularan yaitu melalui kontak (*contact*), percikan (*droplet*) dan udara (*airborne*). Ruang isolasi berada pada zona/area infeksius, memiliki zona/area yang terpisah dengan penyakit lain. Pemisahan dimulai dari akses masuk. Ruang isolasi harus berada pada area dengan akses yang sangat terbatas (*strictly limited access*) atau tidak berada pada sirkulasi/lalu lintas rutin unit pelayanan kesehatan lainnya. Ruang isolasi tidak boleh bercampur dengan pelayanan isolasi/rawat inap lainnya. Kondisi sekitar bangunan harus terbuka/ tidak terhalang. Harus diperhatikan ventilasi, pencahayaan dan dilusi udara.

B. PRINSIP MANAJEMEN AREA

Denah (*lay out*) bangunan harus memenuhi persyaratan teknis isolasi. Ruang dengan tekanan negative harus memenuhi standard dan ketentuan yang berlaku. Pembatasan secara ketat ke area isolasi harus dilakukan. Pergerakan orang harus mengikuti prinsip "tiga zona dan dua bagian": zona yang terkontaminasi, zona yang berpotensi terkontaminasi dan zona bersih yang disediakan dan ditandai dengan jelas, dan dua zona penyangga antara zona yang terkontaminasi dan zona yang berpotensi terkontaminasi. Area pelayanan pasien infeksi emerging harus dilengkapi sarana untuk mengirimkan barang-barang yang terkontaminasi; mengatur area visual untuk pengiriman barang satu arah dari area kerja staf (zona berpotensi terkontaminasi) ke ruang isolasi (zona terkontaminasi).

Prosedur/protokol yang sesuai harus distandarisasi bagi tenaga kesehatan untuk mengenakan dan melepas peralatan pelindung mereka. Buat diagram alur dari berbagai zona, sediakan cermin ukuran penuh dan amati rute/jalur berjalan dengan ketat. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) harus ditugaskan untuk mengawasi tenaga medis dalam mengenakan dan melepas peralatan APD untuk mencegah kontaminasi.

Semua barang di zona terkontaminasi yang belum didesinfeksi tidak boleh dibuang. Hanya pasien yang diizinkan masuk ke area bangunan pelayanan pasien infeksi emerging untuk menghindari kepadatan yang berpotensi penularan.

C. PROGRAM RUANG

Kebutuhan ruangan untuk bangunan ruang isolasi PIE disiapkan untuk dapat melaksanakan fungsi pelayanan perawatan intensif. Ruang isolasi, terdiri dari

1. Ruang antara (*ante room*)

Luas ruangan harus dapat memungkinkan tempat tidur pasien lewat dengan ke dua pintu akses dapat menerapkan *interlock system*, Merupakan bagian dari sistem ruang isolasi dengan tekanan udara negatif berjenjang terhadap ruangan di sebelahnya.

2. Ruang perawatan pasien isolasi

Luas ruangan $\pm 16 \text{ m}^2$ dengan dimensi ruangan $\pm 4 \times 4 \text{ m}^2$. Merupakan ruangan dengan tekanan udara lebih negatif terhadap ruangan di sebelahnya.

3. Pos perawat (*nurse station*)

Tempat untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi dan memonitor perkembangan atau melakukan observasi kepada pasien selama 24 jam sehingga apabila terjadi keadaan darurat pada pasien segera diketahui dan dapat diambil tindakan yang diperlukan. Letak pos perawat harus dapat menjangkau pasien dengan cepat dan mudah. Sistem komunikasi langsung antara perawat dengan pasien harus disediakan di setiap ruangan. Desain yang disusun harus memungkinkan observasi tanpa harus berulang kali masuk ke ruangan perawatan isolasi (disarankan dinding antara ruangan perawatan isolasi pasien dengan koridor terdapat bidang transparan).

4. Ruang utilitas kotor (*dirty utility*), terdiri dari: *Spoelhook*/ruangan untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan.

Ukuran ruangan sesuai kebutuhan kelengkapan peralatan : *sloop sink*, *service sink* dan bak cuci atau menggunakan alat *bedpan washer*.

5. Ruang penyimpanan alkes/linen/farmasi

Ruang penyimpanan dapat dipisah sesuai jenis barang yang disimpan atau dapat satu ruangan dengan pemisahan rak-rak/ lemari. Luas ruangan sesuai kebutuhan. Disediakan ruangan tersendiri untuk penyimpanan Mobile X-Ray. Untuk akses memasukan alkes/linen/farmasi ke dalam ruangan penyimpanan.

6. Ruang Ganti, terdiri dari:

Ruang ganti dipisah antara petugas pria dan wanita. Masing- masing ruangan terdiri dari area ganti APD yang dilengkapi loker dan ruangan *closet* serta area penempatan/*container* APD/PPE. Dilengkapi dengan bak cuci tangan tangan (*hand wash basin*).

D. KOMPONEN DAN MATERIAL BANGUNAN

Berikut di bawah ini persyaratan komponen dan material bangunan ruang isolasi PIE :

1. Lantai

Lantai harus kuat, tidak licin, permukaan rata/ tidak bergelombang, bahan pelapis lantai non porosif, tahan terhadap gesekan dan anti statis, warna cerah,

tidak silau, pertemuan lantai dengan dinding direkomendasikan menggunakan *hospital plint*.

2. Dinding

Dinding harus kuat, permukaan rata/ tidak bergelombang, bahan pelapis dinding non porosif, anti bakteri/jamur, tahan terhadap bahan kimia (zat desinfeksi untuk pembersihan rutin), warna dinding cerah, tidak silau, pertemuan dinding dengan dinding direkomendasikan konus/ melengkung untuk memudahkan pembersihan.

3. Plafon/ langit-langit

Plafon rangkanya kuat, tahan plafon non porosif, anti bakteri/ jamur, warna plafon cerah, tidak silau, tinggi plafon dari lantai minimal 2,8 meter. Tinggi plafon di koridor minimal 2,4 meter.

4. Atap

Atap harus kuat, tidak bocor, dan tidak menjadi tempat perindukan serangga, tikus dan vektor lainnya, antara atap dan plafon harus disediakan ruangan yang cukup untuk jalur *ducting* dan mesin sistem tata udara.

5. Pintu

Seluruh pintu-pintu yang menghubungkan ruangan-ruangan yang diatur tekanan udaranya maka jenis pintu yang digunakan adalah pintu kedap udara. Bahan kusen dan daun pintu harus kuat. Lebar pintu-pintu yang dilalui pasien 120 cm, lebar pintu toilet minimal 90 cm. Daun pintu disarankan dilapisi material anti benturan yang dipasang pada ketinggian 80 s/d 100 cm dari sisi bawah daun pintu. Pintu harus dilengkapi dengan kaca pengintai (*observation glass*) yang dipasang pada ketinggian ± 120 cm dari sisi bawah daun pintu. Bila memungkinkan pintu dilengkapi alat penutup pintu otomatis (*automatic door closer*).

6. Jendela

Ruangan perawatan isolasi pasien harus memiliki jendela dengan bidang transparan untuk kepentingan pencahayaan alami dan orientasi waktu. Hal ini sangat penting karena bagian dari proses penyembuhan dengan pendekatan psikologi pasien.

E. STRUKTUR BANGUNAN

Bangunan ruang isolasi, strukturnya harus direncanakan kuat/ kokoh, dan stabil dalam memikul beban/kombinasi beban dan memenuhi persyaratan kelayanan (*serviceability*) selama umur layanan yang direncanakan dengan mempertimbangkan fungsi bangunan ruang Isolasi, lokasi, keawetan, dan kemungkinan pelaksanaan konstruksinya. Kemampuan memikul beban diperhitungkan terhadap pengaruh-pengaruh aksi sebagai akibat dari beban-

beban yang mungkin bekerja selama umur layanan struktur, baik beban muatan tetap maupun beban muatan sementara yang timbul akibat gempa dan angin. Dalam perencanaan struktur bangunan ruang isolasi terhadap pengaruh gempa, semua unsur struktur bangunan ruang isolasi, baik bagian dari sub struktur maupun struktur bangunan, harus diperhitungkan memikul pengaruh gempa rancangan sesuai dengan zona gempanya.

Struktur bangunan ruang isolasi harus direncanakan secara detail sehingga pada kondisi pembebanan maksimum yang direncanakan, apabila terjadi keruntuhan, kondisi strukturnya masih dapat memungkinkan pengguna bangunan ruang isolasi menyelamatkan diri. Ketentuan lebih lanjut mengenai pembebanan, ketahanan terhadap gempa dan/atau angin, dan perhitungan strukturnya mengikuti pedoman dan standar teknis yang berlaku.

F. PERSYARATAN TEKNIS PRASARANA

1. Sistem Air Bersih

Perencanaan penyediaan dan distribusi air bersih untuk bangunan ruang isolasi meliputi kebutuhan air untuk fungsi- fungsi ruang, kebutuhan air bersih untuk fungsi alat, kebutuhan air untuk membersihkan/ menghilangkan kontaminan dan kebutuhan air untuk sistem pemadam kebakaran. Pada bangunan ruang isolasi harus disediakan tangki penampungan atas (*roof tank*) tersendiri. Apabila diperlukan dapat dilengkapi dengan pompa penekan (*booster pump*) termasuk tangki tekan (*pressure tank*) yang secara langsung menyalurkan air menuju peralatan saniter. Perhitungan minimal kapasitas air bersih untuk bangunan ruang isolasi adalah 500 liter/hari x jumlah TT isolasi dan observasi.

Sumber air bersih untuk kebutuhan bangunan ruang isolasi antara lain dapat bersumber dari PDAM, sumur dalam (artesis, dengan proses *treatment*), air hujan/ sungai/ sumber- sumber lainnya (dengan proses *treatment*). Untuk menjamin keandalan penyaluran, maka pompa distribusi harus mendapatkan suplai listrik berasal dari genset/PLN dan harus tersedia pompa cadangan dan pipa/jaringan distribusi air bersih menggunakan *Dual/Paralel System* atau *Ring/Loop System*, untuk keseimbangan aliran dan tekanan, disamping untuk mengatasi apabila terjadi kebocoran atau gangguan pada salah satu bagian jaringan. Jenis-jenis outlet yang digunakan di bangunan ruang isolasi antara lain wastafel/ *hand wash basin*, sloop sink, service sink, sink, shower, keran, kloset dan urinoir.

2. Sistem Pengelolaan Limbah

Limbah Cair sebelum disalurkan ke jaringan IPAL, kotoran dan limbah harus didisinfeksi dengan menggunakan desinfektan yang mengandung klor (untuk *pre-treatment*, klorin aktif harus lebih dari 40 mg/L). Pastikan waktu disinfeksi minimal 1,5 jam. Konsentrasi total residu klorin dalam limbah yang didesinfeksi harus mencapai 10 mg/L.

Limbah Padat. Semua limbah yang dihasilkan dari pasien yang diduga terinfeksi atau terkonfirmasi harus dibuang sebagai limbah medis. Masukkan limbah medis ke dalam kantong limbah medis dua lapis (*double-layer*), tutup kantong dengan ikatan kabel cara *gooseneck* dan semprotkan kantong dengan desinfektan mengandung klorin 1000 mg/L.

Masukkan benda tajam ke dalam kotak plastik khusus, segel kotak dan semprotkan kotak dengan 1000 mg/L desinfektan yang mengandung klorin. Masukkan limbah kantong ke dalam kotak transfer limbah medis, lampirkan label infeksi khusus, tutup rapat kotak tersebut dan pindahkanlah. Transfer limbah ke tempat penyimpanan sementara untuk limbah medis dengan jalur dan penjadwalan tertentu yang ditentukan dan simpan limbah secara terpisah. Limbah medis harus dikumpulkan dan dibuang oleh penyedia pembuangan limbah medis yang disetujui.

3. Sistem Gas Medik dan Vakum Medik

Penggunaan Tabung Gas Medik yang langsung berhubungan dengan pasien disarankan dihindari. Namun fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki ruang isolasi infeksius dan ruang perawatan intensif isolasi harus dilakukan melalui penyaluran Sistem Instalasi Gas Medik dan Vakum Medik. Gas medik dan vakum medik yang diperlukan untuk pelayanan perawatan isolasi dan perawatan intensif isolasi meliputi Oksigen (O₂), Udara tekan medik (Medical Air/MA) dan Vakum medik (VAC).

4. Outlet Medik dan Inlet Medik

Persyaratan Pemasangan Outlet Gas dan Inlet Vakuum Medik adalah sebagai berikut : Outlet Gas Medik dan inlet Vakum Medik jenis wall dipasang/ditanam pada dinding/*bed head* dengan ketinggian antara 120 s/d 150 cm di atas lantai. Wall outlet/inlet diletakkan di sebelah kanan kepala pasien. Apabila menggunakan *Ceiling pendant*, maka dipasang menembus plafon dan dekat dengan titik pemakaian, biasanya dekat dengan bagaian kepala dari tempat tidur pasien. *Ceiling Pendant* memiliki beban yang cukup berat ± 100 kg, maka harus digantung pada konstruksi yang kuat menahan beban tersebut. Urutan pemasangan outlet Gas Medik harus tetap dari kiri ke kanan yaitu Oksigen (O₂), Udara tekan medik (UTM/MA) dan Vakum medik (VAC). Outlet di ruang-ruang rumah sakit menggunakan jenis yang telah memenuhi

persyaratan teknis. Untuk ruang perawatan isolasi baik intensif maupun non intensif menggunakan gas medik Oksigen (O₂), Udara tekan medik (UTM/MA) dan Vakum medik (VAC), sementara untuk ruang observasi menggunakan gas medik Oksigen (O₂). Persyaratan penggunaan dan instalasi gas medik dan vakum medik mengacu kepada Peraturan Perundangan.

5. Sistem Tata Udara

Untuk mencegah berkembang biak dan tumbuh suburnya mikroorganisme penyebab penyakit, terutama di ruang Isolasi, maka diperlukan sistem tata udara khusus untuk menghindarkan penularan penyakit dan memperoleh tingkat kenyamanan termal. Sistem tata udara khusus terdiri dari beberapa parameter yang perlu dikontrol, yaitu pengaturan temperatur, kelembaban udara, jumlah udara ventilasi, kebersihan dan tekanan positif dan negatif di dalam ruangan serta distribusi udara didalam ruangan.

Ruang isolasi untuk Penyakit Infeksi Emerging (PIE), seperti Covid-19, SARS, dll sedikit berbeda dengan ruang isolasi untuk infeksius biasa disebabkan karena mikroorganisme jenis baru yang menjadi epidemic/pandemi belum diketahui secara pasti cara penularannya. Pencanaan oleh Badan Kesehatan Dunia sebagai upaya pencegahan dan perlindungan terhadap petugas medis agar tidak terpapar mikroorganisme jenis baru ini, para tenaga kesehatan harus memakai APD/PPE (*Personal Protective Equipment*). Ruang perawatan isolasi dilengkapi ruangan antara kedap udara (*airlock*) dan tekanan ruangan dibuat -5Pa terhadap koridor, sedangkan ruangan perawatan isolasi pasien termasuk toilet di dalamnya dibuat tekanan -15Pa.

Koridor direkomendasikan memiliki tekanan positif, karena fungsinya sekaligus sebagai *airlock* yang ke-2, dan sebagai area tempat tenaga kesehatan memonitor pasien sehingga diharapkan sistem tata udara di koridor dapat mengurangi kontaminan yang dibawa oleh petugas kesehatan setelah keluar dari ruangan pasien. Pada ruang utilitas kotor, tekanan udara dibuat berjenjang yaitu ruangan *spoelhook* dibuat tekanan -10Pa dan *airlock* kotor dibuat -5 Pa.

Desain sistem tata udara (HVAC) di ruangan isolasi PIE ini tetap mengacu pada ruangan isolasi infeksius yaitu 12 x ACH untuk ruang pasien, 6-10 x ACH untuk Ruang *airlock*, utilitas kotor dan ruang ganti petugas dan direkomendasikan untuk suplai udaranya menggunakan 100% udara segar (*all fresh air*) serta distribusi aliran udara yang konstan (*constant air flow*). Udara suplai (*Supply Air/SA*) dilengkapi dengan pre filter dengan efisiensi filtrasi 35% (MERV 7) dan medium filter (MERV 13/14). Sementara udara buangan (*Exhaust Air/EA*)

dilengkapi dengan HEPA filter. Letak difuser udara suplai di plafon dekat pintu segaris tempat tidur pasien, sementara letak difuser *exhaust* di dinding bawah dekat kepala tempat tidur.

Pemasangan sistem *exhaust* Letakkan *exhaust fan* di luar, apabila memungkinkan. Jika *exhaust fan* ada di dalam, gunakan konstruksi ducting las di bagian hilir *fan*. *Bag in/bag out* prefilter/HEPA filter pada bagian hulu *exhaust fan*. *Exhaust fan* dilengkapi VFD (*Variable Frequencies Drives*) untuk menyesuaikan kecepatan kipas saat filter *load up*. Letakkan kipas pembuangan (*fan discharge*) sejauh mungkin dari semua *intake* dan letakkan di atas atap. Sediakan suplai listrik darurat (*emergency power*) untuk menggerakkan kipas.

Penting untuk menjadi catatan, bahwa sistem tata udara untuk ruang isolasi harus terpisah dengan sistem tata udara bangunan utama. Kelengkapan alat monitoring sistem tata udara juga harus dilengkapi, yaitu tiap-tiap ruangan dilengkapi dengan sistem alarm untuk tekanan ruangan agar kondisi tekanan negatif ruangan tetap termonitor. Monitor diletakkan di koridor luar ruangan antara. Kapasitas pendinginan AC untuk 1 ruangan perawatan isolasi termasuk *airlock* adalah 6-8 hp dengan *flow rate* udara sekitar 850 CFM (1445 CMH). Temperatur ruangan dibuat $24 \pm 2^{\circ}\text{C}$ dengan kelembaban relative 60%. Berkaitan dengan pekerjaan arsitektur dan struktur, semua ruangan dibangun harus dapat meminimalkan kebocoran udara (*leakage area*) dan mendukung tekanan udara sesuai peruntukannya. Semua ruangan di ruang isolasi ini disediakan *free hand washtafel* untuk pencuci tangan.

6. Sistem Komunikasi

Sistem komunikasi yang diperlukan di ruang isolasi adalah sistem panggil perawat (*nurse call*), yaitu merupakan peralatan elektronik yang digunakan sebagai sarana komunikasi dua arah antara pasien yang sedang dirawat di dalam ruangan perawatan isolasi dengan tenaga kesehatan yang berada pada area monitoring perawat di koridor. Peralatan intercom juga perlu dilengkapi untuk sarana komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan untuk mengurangi intensitas tenaga kesehatan keluar masuk ruangan perawatan isolasi.

G. PROSEDUR DESINFEKSI

1. Desinfeksi Lantai dan Dinding

Polutan-polutan yang terlihat harus sepenuhnya dihilangkan sebelum didesinfeksi dan ditangani sesuai dengan prosedur pembuangan darah dan tumpahan cairan tubuh. Lakukan desinfeksi lantai dan dinding dengan desinfektan yang mengandung klorin 1000 mg/L dengan alat pengepel lantai, penyemprotan atau penyeka lantai. Pastikan desinfeksi dilakukan setidaknya

selama 30 menit. Lakukan desinfeksi tiga kali sehari dan ulangi prosedur setiap saat terjadi kontaminasi.

2. Desinfeksi Obyek dan Permukaan

Polutan-polutan yang terlihat harus sepenuhnya dihilangkan sebelum desinfeksi dan ditangani sesuai dengan prosedur pembuangan darah dan tumpahan cairan tubuh, Bersihkan permukaan benda-benda dengan disinfektan yang mengandung klorin 1000 mg/L atau dengan klorin yang efektif; tunggu selama 30 menit lalu bilas dengan air bersih. Lakukan prosedur desinfeksi tiga kali sehari (ulangi kapan saja ketika dicurigai terjadi kontaminasi). Bersihkan area/zone bersih terlebih dahulu, lalu wilayah yang lebih terkontaminasi, pertama- tama bersihkan permukaan objek yang tidak sering disentuh, lalu bersihkan permukaan objek yang sering disentuh. (Setelah permukaan objek dibersihkan, ganti lap bekas dengan yang baru).

3. Desinfeksi Udara

Sterilisator udara plasma dapat digunakan dan terus dijalankan untuk desinfeksi udara di lingkungan dengan aktivitas manusia. Jika tidak ada sterilisator udara plasma, gunakan lampu ultraviolet selama 1 jam setiap kali. Lakukan operasi ini tiga kali sehari.

4. Prosedur Pembersihan Tumpahan Darah/Cairan Pasien

a. Untuk tumpahan dengan volume kecil (<10 ml) darah / cairan tubuh.

Opsi 1: Tumpahan harus ditutup dengan lap/penyeka disinfektan yang mengandung klorin (mengandung 5000 mg/L klorin efektif) dan dihilangkan dengan hati-hati, selanjutnya permukaan benda harus dibersihkan dua kali dengan lap/penyeka disinfektan yang mengandung klor (mengandung 500 mg /L klorin efektif).

Opsi 2: Keluarkan tumpahan dengan hati-hati dengan bahan penyerap sekali pakai seperti kain kasa, tisu, dll yang telah direndam dalam larutan disinfektan yang mengandung klorin 5000 mg/L.

b. Untuk tumpahan dengan volume besar (> 10 ml) darah dan cairan tubuh.

Pertama, beri tanda untuk menunjukkan adanya tumpahan. Lakukan prosedur pembuangan sesuai dengan Opsi 1 atau 2 yang diuraikan di bawah:
Pilihan 1: Serap cairan yang tumpah selama 30 menit dengan handuk penyerap bersih (mengandung asam peroksi asetat yang dapat menyerap hingga 1L cairan per handuk) dan kemudian bersihkan area yang terkontaminasi setelah membersihkan polutan.

Pilihan 2: Tutupi sepenuhnya tumpahan dengan bubuk disinfektan atau bubuk pemutih yang mengandung bahan penyerap air atau tutup sepenuhnya dengan bahan penyerap air sekali pakai dan kemudian tuangkan dalam jumlah yang

cukup 10.000 mg/L desinfektan yang mengandung klorin ke bahan penyerap air (atau tutup dengan handuk kering yang akan menjadi subyek pendisinfeksi tingkat tinggi). Biarkan minimal 30 menit sebelum membersihkan tumpahan dengan hati-hati.

Masalah tinja, sekresi, muntah, dll dari pasien harus dikumpulkan ke dalam wadah khusus dan didesinfeksi selama

2 jam dengan desinfektan yang mengandung klorin 20.000 mg/L ke tumpahan/spill dengan pada rasio 1: 2. Setelah membersihkan tumpahan, desinfeksi permukaan atau benda yang tercemar. Wadah yang mengandung kontaminan dapat direndam dan didesinfeksi dengan desinfektan yang mengandung klorin aktif 5.000 mg/L selama 30 menit dan kemudian dibersihkan. Polutan yang terkumpul harus dibuang sebagai limbah medis. Barang bekas harus dimasukkan ke dalam kantong limbah medis berlapis ganda dan dibuang sebagai limbah medis.

BAB V

TATA LAKSANA PELAYANAN INTENSIVE CARE

A. KLASIFIKASI PELAYANAN

Dalam menyelenggarakan pelayanan, pelayanan intensif care di rumah sakit dibagi dalam 3 (tiga) klasifikasi pelayanan yaitu:

1. Pelayanan ICU primer (pada rumah sakit Kelas C)
2. Pelayanan ICU sekunder (pada rumah Sakit Kelas B)
3. Pelayanan ICU tersier (pada rumah sakit Kelas A).

Klasifikasi ditentukan oleh ketenagaan, sarana dan prasarana, peralatan dan kemampuan pelayanan. Instalasi Rawat intensif di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen yang terdiri dari 3 unit yaitu Intensive Care Unit (ICU), Intensive Cardiac Care Unit (ICCU), dan Pediatric Intensive Care Unit (PICU) dan Neonatus Care Unit (NICU).

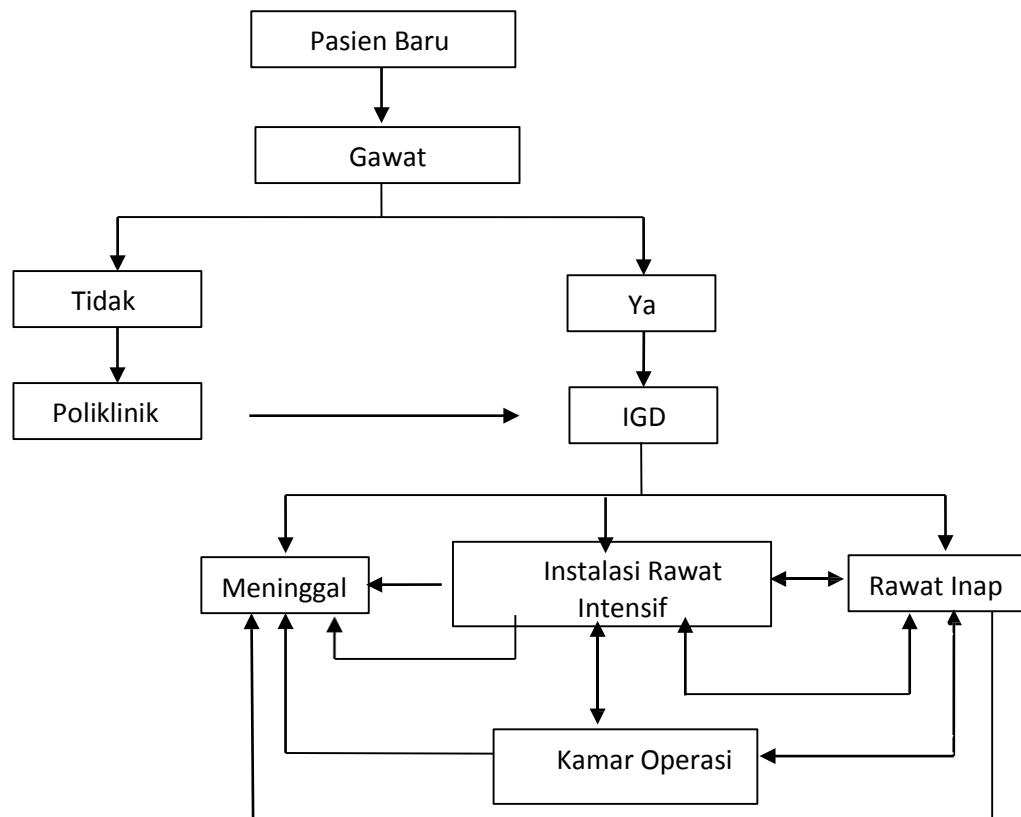
RSUD. Dr. Soedirman Kebumen adalah rumah sakit yang masih mempunyai tipe C dengan kapasitas 295 tempat tidur, unit perawatan intensif yang dimiliki adalah tipe primer semi tertutup. Ruang intensif primer memberikan pelayanan pada pasien yang memerlukan perawatan ketat (high care). Ruang perawatan intensif primer mampu melakukan resusitasi jantung paru dan memberikan bantuan ventilasi 24 – 48 jam.

B. ALUR PELAYANAN

Pasien yang mendapatkan pelayanan Instalasi Rawat Intensif dapat berasal dari:

1. Pasien dapat berasal dari Instalasi Gawat Darurat
2. Pasien dapat berasal dari Kamar Operasi
3. Pasien dapat berasal dari bangsal (Ruang Rawat Inap)
4. Pasien dari Poliklinik, harus dilakukan stabilisasi di Instalasi Gawat Darurat

Bagan 1. Alur pasien dari dan ke Instalasi Rawat Intensif



C. INDIKASI MASUK DAN KELUAR INSTALASI RAWAT INTENSIF

Pelayanan ICU diperuntukkan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien yang sakit kritis. Tujuan dari pelayanan adalah memberikan pelayanan medik tertitiasi dan berkelanjutan. Pasien sakit kritis meliputi:

1. 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 dilakukan pengawasan yang ketat dan terus – menerus serta terapi titrasi;
2. Pasien – pasien yang dalam bahaya mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus – menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyakit yang merugikan. Pada keadaan sarana dan prasarana IRI yang terbatas pada suatu rumah sakit, diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas apabila kebutuhan atau permintaan akan pelayanan IRI lebih tinggi daripada kemampuan pelayanan yang dapat diberikan. Kepala IRI bertanggung jawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien di IRI. Bila kebutuhan masuk Instalasi Rawat Intensif melebihi tempat tidur yang tersedia, Kepala IRI menentukan berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat di IRI. Prosedur untuk melaksanakan kebijakan ini harus dijelaskan secara rinci untuk tiap Instalasi Rawat Intensif.

D. KRITERIA MASUK DAN KELUAR INSTALASI RAWAT INTENSIF

Dalam keadaan penggunaan tempat tidur yang tinggi, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas 1) didahulukan dibandingkan pasien yang memerlukan pemantauan intensif (prioritas 3). Penilaian objektif atas beratnya penyakit dan prognosis hendaknya digunakan untuk menentukan prioritas masuk ke Instalasi Rawat Intensif.

1. Kriteria Masuk Intensive Care Unit (ICU)

a. Pasien prioritas 1 (satu)

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif tertitrasi, seperti: dukungan/ bantuan ventilasi dan alat bantu suportif organ/sistem yang lain, infus obat-obat vasoaktif kontinyu, obat anti aritmia kontinyu, pengobatan kontinyu tertitrasi, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini antara lain, pascabedah kardiotoraksik, pasien sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa. Institusi setempat dapat membuat kriteria spesifik untuk masuk Instalasi Rawat Intensif, seperti derajat hipoksemia, hipotensi dibawah tekanan darah tertentu. Terapi pada pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas.

b. Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih di Instalasi Rawat Intensif, sebab sangat berisiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan pulmonary arterial catheter. Contoh pasien seperti ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan major. Terapi pada pasien prioritas 2 tidak mempunyai batas, karena kondisi mediknya senantiasa berubah.

c. Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasari-nya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan/atau manfaat terapi di Instalasi Rawat Intensif pada golongan ini sangat kecil. Contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan napas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelolaan pada pasien golongan ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

Pengecualian

Dengan pertimbangan luar biasa, dan atas persetujuan Kepala Instalasi Rawat Intensif, indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan, dengan catatan bahwa pasien-pasien golongan demikian sewaktu waktu harus bisa dikeluarkan dari Instalasi Rawat Intensif agar fasilitas Instalasi Rawat Intensif yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1,2,3 (satu, dua, tiga). Pasien yang tergolong demikian antara lain:

- a. 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 (Do Not Resuscitate)”. Sebenarnya pasien- pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan cangguh yang tersedia di Instalasi Rawat Intensif untuk meningkatkan kemungkinan survivalnya.
- b. Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.
- c. Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak. Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke Instalasi Rawat Intensif untuk menunjang fungsi organ hanya untuk **kepentingan donor organ**.

2. Kriteria Keluar Intensive Care Unit

Prioritas pasien dipindahkan dari Instalasi Rawat Intensif berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala Instalasi Rawat Intensif dan tim yang merawat pasien dengan kriteria hemodinamik stabil, ABC (AIR WAY, BREATHING, CIRCULATION) bagus dan adekuat, nafas spontan, kesadaran Compos Mentis GCS lebih dari 12, sudah tidak terpasang obat obatan penopang hemodinamik (norepineprine, dobutamin, dopamine) dan tidak tersedasi.

a. Pasien Prioritas 1

- 1) Kebutuhan untuk terapi intensif tidak ada lagi
- 2) Terapi tidak gagal, prognose jangka pendek jelek
- 3) Kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinyu kecil, contoh pada pasien MOF (Multi Organ Failure)

b. Pasien Prioritas 2

Pada pemantauan ternyata tidak memerlukan terapi intensif.

c. Pasien Prioritas 3

- 1) Kebutuhan terapi intensif sudah tidak ada lagi kemungkinan sembuh atau manfaat terapi intensif kontinyu kecil.
- 2) Pasien memerlukan tindakan lanjutan difasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

3. Kriteria Masuk Intensive Cardiac Care Unit

a. Inklusi

- 1) Pasien dengan SKA (Sindroma Koroner Akut)
- 2) Pasien IMA (butuh trombolitik dan intervensi angioplasty)
- 3) Pasien IMA dengan komplikasi (gagal jantung yang membutuhkan terapi intravena / trombolitik / IABP, disritmia jantung serius, gangguan hantaran, pacu jantung sementara)
- 4) Pasien SKA tidak stabil dengan resiko tinggi (nyeri dada berulang, gagal jantung, perubahan segmen ST, trop I meningkat)
- 5) Aritmia jantung yang mengancam jiwa
- 6) Edem paru akut yang tidak respon dengan terapi awal Perlu monitoring hemodinamik akibat penyakit jantung Emboli paru massif
- 7) Kegawatan penyakit jantung katup (malfungsi katup prostetik) Kegawatan jantung bawaan pada dewasa
- 8) Kegawatan vaskuler (diseksi aorta, acute limb ischemic)
- 9) Kegawatan kardiovaskular lainnya (endocarditis, miokarditis, tamponade jantung) Kegawatan kardiovaskular dengan syok, $HR \geq 100$ x/mnt, ancaman gagal nafas, $GCS < 8$
- 10) Hipertensi emergensi

b. Eksklusi

- 1) Pasien atau keluarga menolak bantuan hidup dengan alat bantu hidup yang agresif
- 2) Pasien yang sudah dinyatakan DNR
- 3) Pasien dengan keadaan vegetative permanen

PENGECUALIAN

- 1) Pasien memenuhi kriteria masuk tetapi menolak bantuan hidup yang agresif dan hanya demi perawatan yang aman (DNR)
- 2) Indikasi Sosial (Tamu Kenegaraan, Sosial Ekonomi)

4. Kriteria Keluar Intensive Cardiac Care Unit

- a. Bebas nyeri angina 24-48 jam atau bebas nyeri dengan skala VAS < 5
- b. Hemodinamik stabil tanpa obat vasoaktif dan inotropik
- c. TD $> 90/60$ mmHg atau $< 180/130$ mmHg
- d. RR < 28 x/mnt
- e. Hb $> 7,5\%$ /dl
- f. Tidak lagi membutuhkan alat bantu nafas
- g. Masih memerlukan monitoring hemodinamik namun tidak ketat seperti di ICCU
- h. Hb $> 7,5\%$ /dl

5. Kriteria Pasien Masuk Pediatric Intensive Care Unit

Pasien dengan keadaan sakit berat pada system, yaitu:

a. Sistem pernapasan

- 1) Intubasi endotrakheal/*emergency endotracheal intubation* (Obstruksi jalan napas, napas tidak adekuat, anak kelelahan. Tujuan: cegah aspirasi lambung, untuk kecukupan oksigen, cegah distensi lambung) Penyakit paru progresif/penyakit pada jalan napas atas atau bawah
- 2) Kebutuhan oksigen tambahan yang tinggi $FiO_2 > 50\%$, apapun penyebabnya
- 3) Post tracheostomy dengan atau tanpa ventilator mekanik
- 4) Barotrauma akut di jalan napas atas maupun bawah
- 5) Kebutuhan nebulisasi/inhalasi yang berkesinambungan.

b. Sistem kardiovaskuler

- 1) Syok
- 2) Post resusitasi kardiopulmonar
- 3) Disritmia yang mengancam jiwa
- 4) *Congestive heart failure* yang tidak stabil dengan atau tanpa ventilator mekanik
- 5) Penyakit jantung kongenital dengan status kardiorespirasi yang tidak stabil
- 6) Setelah dilakukan tindakan beresiko tinggi pada kardiovaskular dan intra-thorax
- 7) Memerlukan monitor terus-menerus tekanan arteri, vena sentral atau arteri pulmoner
- 8) Memerlukan alat pacu jantung.

c. Sistem syaraf

- 1) Kejang yang tidak berespon terhadap terapi atau membutuhkan infus kontinyu dari obat anti-konvulsan
- 2) Kelainan akut dan berat syaraf sensorik
- 3) Post tindakan bedah syaraf
- 4) Infeksi atau peradangan akut dengan komplikasinya
- 5) Trauma kepala dengan peningkatan tekanan intra cranial
- 6) Pre operatif bedah syaraf
- 7) Kelainan fungsi neuromuskular yang progresif
- 8) Tekanan pada vertebra atau *impending compression*
- 9) Penempatan drain pada ventricular eksternal.

d. Sistem hematologi Onkologi

- 1) Plasmapheresis atau leukopheresis
- 2) Anemia berat
- 3) Komplikasi berat dari *sickle cell crisis*
- 4) Tumor atau masa yang menekan pembuluh darah vital, organ vital atau saluran napas.

e. Sistem endokrin/metabolic

- 1) Diabetik ketoasidosis
- 2) Kelainan elektrolit berat (Hiperkalemia berat, Hipo - hipernatremia berat, Hipo - hiperkalsemia berat, Hipo - hiperglikemia)
- 3) Asidosis metabolik berat
- 4) Intervensi kompleks untuk memelihara keseimbangan cairan.
- 5) Kelainan metabolisme bawaan dengan kemunduran akut yang menuntut bantuan napas, dialysis akut, hemoperfusi, manajemen hipertensi intracranial.

f. Sistem gastrointestinal

- 1) Perdarahan gastrointestinal akut yang berat
- 2) Post emergensi endoskopik untuk mengangkat benda asing
- 3) Kegagalan hepatic akut
- 4) Dehidrasi berat akibat gangguan pencernaan

g. Sistem renal

- 1) Gagal ginjal
- 2) Kebutuhan hemodialisis akut, peritoneal dialysis, *renal replacement therapy* pada pasien yang tidak stabil
- 3) Rhabdomyolysis akut dengan renal insufisiensi

h. Pembedahan

- 1) Bedah umum yang tidak stabil
- 2) Multipel trauma
- 3) Kehilangan darah yang banyak

i. Lain- lain

- 1) Keracunan makanan dan overdosis obat dengan dekompensasi akut pada system organ utama
- 2) Disfungsi organ multiple
- 3) Curiga hipertermi maligna
- 4) Sengatan listrik atau kecelakaan rumah tangga
- 5) Luka bakar > 10% permukaan tubuh

j. Kondisi khusus

- 1) Membutuhkan teknologi khusus
- 2) Monitor intensif

3) Intervensi kompleks

4) Pengobatan khusus

6. Kriteria pasien keluar Pediatric Intensive Care Unit:

- a. Hemodinamik stabil
- b. Pernapasan stabil dan airway paten
- c. Kebutuhan oksigen minimal
- d. Tidak menggunakan obat-obatan penunjang hidup/memakai dosis rendah
- e. *Cardiac dysrhythmia* yang stabil
- f. Tidak memerlukan monitor tekanan intracranial
- g. Kejang yang terkontrol dan kestabilan neurologic
- h. Tidak memerlukan monitor kateter hemodinamik
- i. Tidak memerlukan lagi ventilasi mekanik yang continue
- j. Tidak memerlukan peritoneal dialysis rutin dan hemodialisis
- k. Pasien trakheostomy yang tidak lagi memerlukan pengisapan berlebihan
- l. Tidak ada manfaat lagi untuk merawat anak tersebut dalam PICU
- m. Sistem Gastrointestinal membaik
- n. Meninggal/APS/Pulang

7. Kriteria Masuk Neonatal Intensive Care Unit

Pelayanan risiko tinggi tingkat III diberikan kepada bayi dengan:

- a. Gangguan respirasi
- b. Gangguan kardiovaskuler
- c. Skor apgar kurang dari 4
- d. Berat lahir sangat rendah (<1500)
- e. Kurang bulan dengan umur kehamilan <32 mgg
- f. Persalinan vacuum ekstraksi berat dengan perdarahan intrakranial
- g. Bayi dengan gangguan susunan syaraf pusat, seperti kejang, encephalopati hipoksisk iskemik
- h. Gangguan saluran cerna berat seperti EKN, perdarahan saluran cerna
- i. Pasca operasi
- j. Kelainan bawaan berat seperti gastroskizis, omfalokel

8. Kriteria pasien keluar Neonatal Intensive Care Unit:

- a. Hemodinamik stabil
- b. Pernapasan stabil dan airway paten
- c. Kebutuhan oksigen minimal
- d. Tidak menggunakan obat-obatan penunjang hidup/memakai dosis rendah
- e. *Cardiac dysrhythmia* yang stabil
- f. Tidak memerlukan monitor tekanan intracranial
- g. Kejang yang terkontrol dan kestabilan neurologic
- h. Tidak memerlukan monitor kateter hemodinamik
- i. Tidak memerlukan lagi ventilasi mekanik yang continue
- j. Tidak memerlukan peritoneal dialysis rutin dan hemodialisis
- k. Pasien trakheostomy yang tidak lagi memerlukan pengisapan berlebihan
- l. Tidak ada manfaat lagi untuk merawat anak tersebut dalam NICU
- m. Meninggal/APS/Pulang

E. PERSIAPAN PENERIMAAN PASIEN

Instalasi Rawat Intensif mampu menggabungkan teknologi tinggi dan keahlian khusus dalam bidang kedokteran dan keperawatan gawat darurat. Pelayanan Instalasi Rawat Intensif diperuntukkan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien yang sakit kritis. Tujuan dari pelayanan adalah memberikan pelayanan medik tertitulasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengelolaan. Pasien sakit kritis meliputi:

1. 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 dilakukan pengawasan yang ketat

- dan terus menerus serta terapi titrasi;
2. 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.

Sebelum pasien dimasukkan ke Instalasi Rawat Intensif, pasien dan/atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di Instalasi Rawat Intensif, serta tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di Instalasi Rawat Intensif. Penjelasan tersebut diberikan oleh dokter pengirim/dokter jaga IRI. Atas penjelasan tersebut pasien dan/ atau keluarganya dapat menerima/ menyatakan persetujuan untuk dirawat di Instalasi Rawat Intensif. Persetujuan dinyatakan dengan menandatangani formulir *informed consent*.

F. MONITORING PASIEN

1. PENGGUNAAN MONITOR EKG

a. Pengertian

Suatu pedoman dalam melaksanakan pemantauan secara berkesinambungan dengan menampilkan grafik pada sistim osciloscope dan sistim alarm.

b. Tujuan

- 1) Mendeteksi dini adanya aritmia, minor dan lethal
- 2) Melakukan pemantauan perubahan grafik pada AMI
- 3) Memonitor perubahan frekwensi denyut jantung, tekanan darah, saturasi oksigen

2. PEMERIKSAAN EKG

a. Pengertian

Elektrokardiografi adalah ilmu yang mempelajari tentang perubahan potensial listrik jantung. Elektrokardiograf adalah alat galvanometer, dilengkapi dengan radio amplifier, gerakan jarum dan tinta yang dapat mencatat getaran arus listrik melalui permukaan tubuh. Elektrokardiogram, adalah grafik yang menggambarkan perubahan potensial listrik pada setiap kontraksi otot jantung yang dihubungkan dengan waktu.

b. Tujuan :

Pemeriksaan / Pengkajian Diagnostik Penyakit Jantung.

c. Indikasi

- 1) Penyakit jantung koroner

- 2) Gangguan irama jantung / aritmia
- 3) Hipertropi atrium dan ventrikelar
- 4) Gangguan elektrolite / kalium dan calsium
- 5) Perikarditis
- 6) Efek dari obat jantung.

G. PROSEDUR MEDIK

1. Pemasangan CVP
2. Pemasangan stomach tube
3. Intubasi dan perawatannya
4. Ekstubasi
5. Balance cairan
6. Rehabilitasi Medik
7. Penilaian kematian batang otak

H. INDIKASI PENGGUNAAN DAN PENGHENTIAN VENTILATOR MEKANIK

1. INDIKASI VENTILATOR MEKANIK

Indikasi ventilator mekanik yaitu:

- a. Gagal nafas. Pasien dengan distres pernafasan gagal nafas, henti nafas (apnoe) maupun hipoksemia yang tidak teratasi dengan pemberian oksigen merupakan indikasi ventilator mekanik. Idealnya pasien telah mendapat intubasi dan pemasangan ventilator mekanik sebelum terjadi gagal nafas yang sebenarnya. Distres pernafasan disebabkan ketidak adekuatan ventilasi dan atau oksigenasi. Prosesnya dapat berupa kerusakan paru (seperti pada pneumonia) maupun karena kelemahan otot pernafasan dada (kegagalan memompa udara karena distrofi otot).
- b. Insufisiensi jantung. Tidak semua pasien dengan ventilator mekanik memiliki kelainan pernafasan primer. Pada pasien dengan syok kardiogenik dan CHF, peningkatan kebutuhan aliran darah pada sistem pernafasan (sebagai akibat peningkatan kerja nafas dan konsumsi oksigen) dapat mengakibatkan jantung kolaps. Pemberian ventilator untuk mengurangi beban kerja sistem pernafasan sehingga beban kerja jantung juga berkurang.
- c. Disfungsi neurologist. Pasien dengan GCS 8 atau kurang yang beresiko mengalami apnu berulang juga mendapatkan ventilator mekanik. Selain itu ventilator mekanik juga berfungsi untuk menjaga jalan nafas pasien. Ventilator mekanik juga memungkinkan pemberian hiperventilasi pada klien dengan peningkatan tekanan intra cranial.

Penyebab Gagal Napas

1. Penyebab sentral

- Trauma kepala : Contusio cerebri.
- Radang otak : Encephalitis.
- Gangguan vaskuler : Perdarahan otak, infark otak.
- Obat-obatan : Narkotika, Obat anestesi.

2. Penyebab perifer

a. Kelainan Neuromuskuler:

- Guillian Bare syndrom
- Tetanus
- Trauma servikal.
- Obat pelemas otot.

b. Kelainan jalan napas.

- Obstruksi jalan napas.
- Asma broncheal.

c. Kelainan di paru.

- Edema paru, atelektasis, ARDS

d. Kelainan tulang iga / thorak.

- Fraktur costae, pneumothorak, haemathorak.

e. Kelainan jantung.

- Kegagalan jantung kiri.

I. PENGGUNAAN VENTILATOR MEKANIK

Menurut Pontopidan seseorang perlu mendapat bantuan ventilasi mekanik (ventilator) bila:

1. Frekuensi napas lebih dari 35 kali per menit.
2. Hasil analisa gas darah dengan O2 masker PaO2 kurang dari 70 mmHg.
3. PaCO2 lebih dari 60 mmHg
4. AaDO2 dengan O2 100 % hasilnya lebih dari 350 mmHg.
5. Vital capacity kurang dari 15 ml / kg BB.

J. PENGGUNAAN ALAT MEDIK

1. Inkubator
2. Syringe pump
3. Infusion pump
4. Suction
5. Defibrilator

K. KONSULTASI

Konsultasi adalah permintaan saran, dan instruksi lebih lanjut yang dilakukan oleh dokter jaga Instalasi Rawat Intensif atau dokter ahli kepada dokter ahli lainnya sehubungan dengan keadaan pasien yang membutuhkan penanganan

Sebagai acuan penerapan langkah – langkah melakukan konsultasi medis kepada dokter spesialis, sehingga pasien dapat mendapatkan penanganan yang segera

1. Apabila diperlukan konsultasi dengan spesialis, maka dokter jaga Instalasi Rawat Intensif menghubungi dokter spesialis.
2. Apabila dokter spesialis jaga dalam waktu 10 -15 menit tidak berhasil dihubungi, maka dokter jaga Instalasi Rawat Intensif akan menghubungi Kepala Instalasi Rawat Intensif.
3. Pada kasus cito, dokter spesialis harus datang dan memeriksa di Instalasi Rawat Intensif .
4. Dokter konsultan (spesialis) menuliskan hasil pemeriksaan serta advisnya pada status pasien dengan mencantumkan tanggal dan jam konsultasi
5. Pada kasus biasa, dokter konsultan (spesialis) dapat memberikan advis melalui telephon
6. Dokter jaga Instalasi Rawat Intensif yang menerima jawaban konsul melalui telepon harus menuliskan advis dokter konsulan di lembar rekam medis (SBAR) dengan mencantumkan tanggal dan jam, serta dilakukan verifikasi oleh dokter konsulan dalam waktu 24 jam
7. Setelah dokter spesialis jaga menerima konsulan pasien ini, maka semua perihwal pasien ini menjadi tanggung jawab dokter tersebut

L. INDIKASI DAN PROSEDUR PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN RADIOLOGI

1. Laboratorium

Pelayanan yang diberikan oleh Instalasi Laboratorium kepada pasien rawat inap di Instalasi Rawat Intensif agar dapat diketahui hasilnya dengan cepat tanpa mengabaikan keakuratan hasil pemeriksaan, sebagai dasar untuk melakukan tindakan medis segera/darurat.

Prosedur :

- a. Petugas Instalasi Rawat Intensif segera mengirimkan spesimen ke Instalasi Laboratorium dan telah menginput permintaan pemeriksaan laboratorium pada sistem Elektronik Rekam Medik (ERM) Khanza.
- b. Petugas Instalasi Laboratorium segera melakukan pemeriksaan laboratorium sesuai dengan permintaan.
- c. Petugas Instalasi Laboratorium mengirimkan hasil pemeriksaan ke IRI.

2. Radiologi

Pelayanan pemeriksaan radiologi yang diberikan oleh Instalasi Radiologi kepada pasien rawat inap di Instalasi Rawat Intensif. Penanganan pasien dari Instalasi Rawat Intensif yang memerlukan pelayanan Radiologi harus sesuai dengan prosedur.

Untuk pemeriksaan Radiologi Rontgen Thorax AP dapat dilakukan di ruang Instalasi Rawat Intensif. Untuk pemeriksaan Radiologi lainnya dilakukan di Instalasi Radiologi dengan memperhatikan kondisi pasien IRI.

Prosedur :

- a. Pelayanan tindakan radiologi terhadap pasien dari Instalasi Rawat Intensif harus didahulukan.
- b. Petugas Instalasi Rawat Intensif terlebih dahulu harus menginput permintaan pemeriksaan radiologi melalui ERM Khanza.
- c. Petugas Instalasi Radiologi (radiografer jaga) segera datang ke Instalasi Rawat Intensif dan melakukan tindakan pemeriksaan Radiologi Rontgen Thorax AP sesuai permintaan.
- d. Untuk pemeriksaan Radiologi lainnya, petugas Instalasi Rawat Intensif mengantar pasien ke Instalasi Radiologi setelah mendapatkan pemberitahuan dari petugas Instalasi Radiologi bahwa tindakan pemeriksaan Radiologi siap dilakukan.
- e. Pelaksanaan tindakan radiologi harus tetap mengutamakan kondisi pasien Instalasi Rawat Intensif.
- f. Setelah pemeriksaan radiologi selesai pasien segera di bawa kembali ke ruang Instalasi Rawat Intensif.
- g. Gambar foto (Radiograf) yang telah jadi dan sudah dilakukan ekspertise dapat segera diambil oleh petugas Instalasi Rawat Intensif untuk selanjutnya diserahkan kepada dokter jaga IRI/ dokter DPJP guna menentukan tindakan selanjutnya.
- h. Petugas Instalasi Radiologi memberitahukan kapan foto rontgen/pemeriksaan radiologi beserta ekspertisenya dapat diambil.

3. Hemodialisis

Instalasi Rawat Intensif dilengkapi dengan pelayanan hemodialisis bagi pasien yang dirawat di Instalasi Rawat Intensif. Petugas pelaksana hemodialisis baik dokter maupun perawat dilaksanakan oleh Instalasi Hemodialisa.

M. PENGIRIMAN PASIEN

1. Pengiriman ke rawat inap

Sesuai kriteria pasien keluar dari IRI

2. Pasien pindah ruangan.

- a. Sudah ada advis pindah ruangan dari dokter yang merawat (DPJP).
- b. Dokter atau perawat memberitahukan kepada pasien dan keluarganya bahwa secara klinis kondisinya sudah dapat dipindahkan ke ruangan rawat sesuai permintaan rawat inap yang dipilih, jika perlu dikonfirmasi ulang kepada keluarganya.
- c. Perawat Instalasi Rawat Intensif memberikan informasi tentang kepindahan pasien.
- d. Waktu kepindahan pasien dari Instalasi Rawat Intensif ke ruangan bisa setiap saat.
- e. Perawat melakukan penghitungan obat atau alkes yang akan dibawa ke ruangan dan melakukan pengembalian obat ke Unit Farmasi bila obat/alkes yang sudah tidak digunakan lagi.
- f. Melakukan serah terima pasien, RM, obat/alkes dari perawat Instalasi Rawat Intensif ke perawat unit terkait.

3. Pengiriman ke kamar operasi

4. Pengiriman rujukan

Pasien dirujuk ke RS lain.

- a. Pemberian penjelasan dan motivasi tentang kondisi pasien oleh dokter dan perawat Instalasi Rawat Intensif kepada keluarga pasien.
- b. Pasien dirujuk ke RS lain bisa karena indikasi medis untuk penanganan lebih lanjut dan atas permintaan keluarga pasien.
- c. Dokter yang merawat membuat pengantar rujukan ke RS yang dituju.
- d. Perawat Instalasi Rawat Intensif memesan tempat ke RS terkait dan memberitahukan tentang kondisinya.
- e. Perawat Instalasi Rawat Intensif memesan ambulance dan perawat pendamping untuk mengantar pasien ke RS terkait.
- f. Perawat Instalasi Rawat Intensif menyiapkan segala sesuatu yang akan digunakan selama transport pasien ke RS terkait.
- g. Bila menggunakan alat bantu pernafasan ventilator mekanik, perawat reversal didampingi dokter.
- h. Pasien siap dikirim ke RS terkait.

5. Pengiriman ke kamar jenazah

N. REKAM MEDIS

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen telah menyelenggarakan elektronik rekam medis yang merupakan bukti tentang proses pelayanan medis kepada pasien. Rekam Medis untuk setiap pasien dibuat sesuai Pedoman Rekam Medis. Rekam medis sangat dibutuhkan untuk mendukung

pendidikan dan penelitian dan juga menjadi instrumen penting dalam menangani masalah mediko-legal yang mungkin terjadi di rumah sakit.

O. PENCACATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN PELAYANAN

1. Catatan Instalasi Rawat Intensif diverifikasi oleh dokter yang melakukan pelayanan di Instalasi Rawat Intensif dan bertanggung jawab atas semua yang dicatat tersebut.
2. Selain ERM, pencatatan kegiatan pelayanan pada pasien dilakukan menggunakan lembar observasi khusus Instalasi Rawat Intensif yang meliputi pencatatan lengkap terhadap diagnosis yang menyebabkan dirawat di Instalasi Rawat Intensif, data tanda vital, pemantauan fungsi organ khusus (jantung, paru, ginjal, dan sebagainya) secara berkala, jenis dan jumlah asupan nutrisi dan cairan, catatan pemberian obat, serta jumlah cairan tubuh yang masuk dan keluar dari pasien.
3. Pelaporan pelayanan Instalasi Rawat Intensif terdiri dari jenis indikasi pasien masuk serta jumlahnya, sistem skoring prognosis, penggunaan alat bantu (ventilasi mekanis, hemodialisis, dan sebagainya), lama rawat, dan keluaran (hidup atau meninggal) dari Instalasi Rawat Intensif.

P. EVALUASI HASIL PERAWATAN PASIEN (PELAPORAN PADA PEDOMAN ORGANISASI)

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan guna mewujudkan pelayanan Instalasi Rawat Intensif 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 pelayanan Instalasi Rawat Intensif yang digunakan adalah sistim skoring prognosis dan keluaran dari Instalasi Rawat Intensif. Sistem skoring prognosis dibuat dalam 24 jam pasien masuk ke Instalasi Rawat Intensif. Contoh sistim skoring prognosis yang dapat digunakan adalah APACHE II, SAPS II, dan MODS. 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.

BAB VI

LOGISTIK

A. PROSEDUR PENYEDIAAN ALAT KESEHATAN DAN OBAT

Penyediaan alat kesehatan dan obat adalah tata cara penyediaan alat kesehatan dan obat di Instalasi Rawat Intensif. Di Instalasi Rawat Intensif tersedia Floor stock yang merupakan sistem persediaan lengkap di Instalasi Rawat Intensif berupa pendistribusian sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang disiapkan dan dikelola oleh Instalasi Farmasi. Alat kesehatan meliputi alat habis pakai seperti Dower Catheter, Nasogastric Tube, Infus set, Binasal Kanula Oksigen, IV catheter dan lain-lain. Obat-obatan meliputi obat-obat emergency seperti Sulfas Atropin, Adrenalin, Dopamin, Dobutamin dan lain-lain. Pelayanan Farmasi di Instalasi Rawat Intensif dilakukan dengan peresepan melalui ERM Khanza.

Prosedur :

1. Dokter menginput pada ERM Khanza terkait nama obat, dosis, cara pemberian beserta jumlah kebutuhan pasien.
2. Instalasi Farmasi kemudian melakukan verifikasi terhadap resep obat dan memberikan sesuai jumlah permintaan.
3. Pemakaian obat dan alkes di Trolley Emergency didokumentasikan dalam buku Trolley Emergency.

BAB VII

KESELAMATAN PASIEN

A. LATAR BELAKANG

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan, dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit.

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

B. TUJUAN

Tujuan dilaksanakan keselamatan pasien di Instalasi Rawat Intensif adalah: Terciptanya budaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Intensif RSUD Dr Seodirman Kebumen.

1. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
2. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di Instalasi Rawat Intensif RSUD Dr Soedirman Kebumen.
3. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

C. MANAJEMEN RISIKO

The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) memberikan pengertian manajemen risiko sebagai aktivitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh rumah sakit untuk melakukan identifikasi,

evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, personil, pengunjung dan rumah sakit itu sendiri. Kegiatan tersebut meliputi identifikasi risiko hukum (*legal risk*), memprioritaskan risiko yang teridentifikasi, menentukan respon rumah sakit terhadap risiko, mengelola suatu kasus risiko dengan tujuan meminimalkan kerugian (*risk control*), membangun upaya pencegahan risiko yang efektif dan mengelola pembiayaan risiko yang adekuat (*risk financing*).

Manajemen risiko yang komprehensif meliputi seluruh aktivitas rumah sakit, baik operasional, manajerial maupun klinikal, oleh karena risiko dapat muncul dari kedua bidang tersebut. Manajemen risiko klinik merupakan upaya yang cenderung proaktif, meskipun sebagian besarnya merupakan hasil belajar dari pengalaman dan menerapkannya kembali untuk mengurangi atau mencegah masalah yang serupa di kemudian hari. Pada dasarnya manajemen risiko merupakan suatu proses siklus yang terus menerus, yang terdiri dari empat tahap, yaitu *Plan-Do- Study-Action*.

Tahapan pelaksanaan manajemen risiko di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen adalah Instalasi Rawat Intensif akan melakukan langkah-langkah manajemen risiko di unit kerja masing-masing, melakukan FMEA terhadap risiko yang paling tinggi di unit kerja masing-masing dan melaporkan proses manajemen risiko secara berkala kepada KMKP.

D. INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Instalasi Rawat Intensif wajib melakukan pencatatan dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kondisi Potensial Cedera (KPC) dan kejadian sentinel. Pencatatan dan pelaporan insiden Keselamatan Pasien (IKP) mengacu pada pedoman yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Persi dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RSUD Dr Soedirman Kebumen dan Pedoman KMKP (Komite Mutu dan Keselamatan Pasien). Pelaporan insiden berupa pelaporan internal yaitu mekanisme/alur pelaporan internal yang dilakukan oleh PJ Mutu dan Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Intensif kepada KMKP RSUD dr. Soedirman Kebumen maksimal 1 x 24 jam. PJ Mutu dan Keselamatan Pasien beserta Kepala Ruang Rawat Intensif akan melakukan grading terhadap IKP yang dilaporkan, bila hasil grading biru dan hijau akan dilakukan investigasi sederhana terlebih dahulu sebelum dilaporkan kepada KMKP.

BAB VIII

KESELAMATAN KERJA

A. PENDAHULUAN

Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kabupaten Kebumen, sebagai institusi mempunyai tanggung jawab untuk menjamin kesehatan para karyawannya dan senantiasa melakukan upaya-upaya untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja serta penyakit yang mungkin timbul akibat kerja.

Adanya interaksi yang terus menerus antara karyawan rumah sakit dalam memberikan pelayanan dan penanganan kepada pasien, tidak menutup kemungkinan adanya gangguan kesehatan akibat penularan penyakit dari pasien kepada karyawan atau sebaliknya.

Oleh karena itu diperlukan upaya-upaya untuk melindungi Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen terhadap setiap gangguan kesehatan yang mungkin timbul akibat pekerjaannya atau lingkungan kerjanya serta berupaya untuk senantiasa meningkatkan kesehatan badan, kondisi mental dan kemampuan fisik dari setiap karyawan, sehingga diharapkan pada gilirannya nanti dapat meningkatkan produktifitas kerja.

B. PENGERTIAN

1. Kesehatan Kerja adalah suatu keadaan dimana tenaga kerja mampu menyesuaikan diri baik fisik maupun mental di dalam melaksanakan tugas pekerjaannya;
2. Kecelakaan Kerja adalah suatu peristiwa yang menyebabkan tenaga kerja celaka pada saat melaksanakan pekerjaan;
3. Penyakit Akibat Kerja adalah penyakit yang timbul dalam diri tenaga kerja sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari pekerjaannya;
4. Tempat Kerja adalah tempat tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap, dimana tenaga kerja, atau sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu pekerjaan;
5. Tenaga Kerja adalah tiap orang yang mampu melakukan pekerjaan baik di dalam maupun di luar hubungan kerja guna menghasilkan jasa maupun barang untuk memenuhi kebutuhan.

C. TUJUAN

Tujuan Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah agar tercipta suasana kerja yang kondusif, aman dan nyaman yang pada akhirnya dapat meningkatkan produktivitas kerja.

D. RENCANA KEGIATAN

Rencana Kegiatan dari Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja meliputi:

1. Sanitasi Ruangan
2. Sanitasi Peralatan Medis dan Non Medis.
3. Sanitasi Petugas.
4. Pemeriksaan Kesehatan Berkala.
5. Pemeriksaan Kesehatan Khusus.
6. Pengelolaan Penyakit Akibat Kerja.
7. Pengelolaan Kecelakaan Kerja.

E. KESIMPULAN

1. Sanitasi Ruangan dilakukan dengan cara menyeleksi pasien yang mau masuk Instalasi Rawat Intensif dengan cara pemeriksaan Radiologi dan Laborat untuk mengetahui pasien tersebut terindikasi infeksius atau tidak, bila ruangan terindikasi infeksius ruangan di kosongkan selanjutnya dilakukan pembersihan dengan cara desinfeksi permukaan.
2. Sanitasi Peralatan Medis dan Non Medis dilakukan dengan cara membersihkan peralatan baik sebelum dipakai maupun setelah selesai digunakannya selanjutnya disterilkan.
3. Sanitasi Petugas yaitu petugas yang melakukan pekerjaannya selalu menggunakan peralatan yang telah disediakan (baju kerja ruangan, masker, topi, handscoon, celemek, sandal kerja dll).
4. Pemeriksaan Kesehatan Berkala dilakukan kepada semua karyawan Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen.
5. Pemeriksaan Kesehatan Khusus untuk mengetahui adanya petugas yang ada di Instalasi Rawat Intensif tertular oleh penyakit dari pasien yang ada di Instalasi Rawat Intensif (HAIs)
6. Pengelolaan Penyakit Akibat Kerja dilakukan dengan alur yang telah ditentukan dan diobati sampai sembuh. Sistem pelaporannya terlampir.
7. Pengelolaan Kecelakaan Kerja dilakukan dengan alur yang telah ditentukan dan diobati sampai sembuh. Sistem pelaporannya terlampir.
8. Menyediakan fasilitas dan peralatan yang cukup dan senantiasa siap pakai untuk menunjang program keselamatan kerja, seperti:
 - a. Sarana komunikasi;
 - b. Peralatan yang selalu terpelihara dengan baik;
 - c. Alat Pelindung Diri / APD (Baju seragam ruangan, masker, topi, handscoon, celemek, sandal kerja, dll).

F. PELAKSANAAN PROGRAM

1. Sanitasi Ruangan dilakukan dengan dipel setiap harinya dua kali pagi dan siang hari, dalam dua bulan sekali dilakukan bersih bersih ruangan secara bersama, bila ruangan terindikasi infeksius ruangan di kosongkan selanjutnya dibersihkan dengan cara pembersihan permukaan alat-alat yang ada di Instalasi Rawat Intensif.
2. Sanitasi Peralatan Medis dan Non Medis dilakukan dengan cara setelah di pakai dibersihkan dan di steril ke CSSD.
3. Pemeriksaan Kesehatan Berkala, dilakukan sekurang-kurangnya 1 kali dalam 1 tahun atau sesuai ketentuan Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen.
4. Pemeriksaan Kesehatan Khusus yaitu pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh dokter secara khusus dengan maksud untuk menilai adanya pengaruh tertentu dari pekerjaan tertentu seperti Pemeriksaan Laborat, EKG dan Rontgen.

BAB IX

PENGENDALIAN MUTU

Didalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, pengaturan tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta penerapan manajemen risiko mendapatkan perhatian dengan adanya sistem pengawasan apabila rumah sakit tidak menjalankan kewajiban berkaitan peningkatan mutu secara internal dan eksternal. Fasyankes mempunyai kewajiban untuk melakukan pengukuran dan pelaporan indikator mutu serta melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien (dalam hal ini KTD dan sentinel). Sedangkan manajemen risiko adalah kewajiban fasyankes namun tidak dilakukan pelaporan ke kemenkes melalui sistem informasi.

Pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu itu sendiri merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang, termasuk pelayanan di rumah sakit. Pendekatan mutu yang ada saat ini berorientasi pada kepuasan pelanggan atau pasien. Salah satu faktor kunci sukses pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah dengan mengembangkan mutu pelayanan klinis sebagai inti pelayanan.

Kualitas pendekatan manajemen secara komprehensif yang mengidentifikasi elemen-elemen yang diperlukan dalam sebuah sistem untuk mengukur, meningkatkan dan merancang proses yang secara konsisten dapat memberikan hasil yang optimal.

Definisi Mutu adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan rumah sakit dan masyarakat konsumen. Indikator mutu area klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien dan berdampak terhadap pelayanan yang mengarah adanya suatu masalah spesifik dan memerlukan monitoring dan evaluasi.

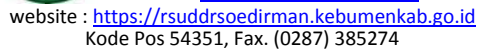
BAB X

PENUTUP

Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi seluruh petugas pemberi layanan yang menyelenggarakan pelayanan pada pasien kritis di Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen. Pelayanan di Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit meliputi sumber daya, sarana, prasarana dan peralatan. Oleh karena itu dalam pelaksanaannya menyesuaikan dengan ketentuan yang ada dalam pedoman ini dan dapat mengembangkannya sesuai dengan situasi dan kondisi yang kondusif. Rumah sakit diharapkan akan terus mengembangkan pelayanan sesuai dengan ketentuan Pedoman Pelayanan Rawat Intensif sesuai dengan situasi dan kondisi yang kondusif bagi setiap program pengembangan layanan di Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen.

Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen, selanjutnya dijabarkan dalam prosedur tetap/SPO (Standar Prosedur Operasional) guna kelancaran pelaksanaannya.

 RSUD Dr SOEDIRMAN KEBUMEN Jl. Kebumen Raya, Muktisari, Kebumen Telp 0287 381101, 3873318 Fax (0287) 385274, Email : rsud@kebumenkab.go.id website : https://rsudrsoedirman.kebumenkab.go.id Kode Pos 54351, Fax. (0287) 385274	INDIKASI MASUK DAN KELUAR ICU	No RM : Nama Pasien : Tgl. Lahir : (Mohon diisi atau tempelkan label)
KRITERIA MASUK		
1. Prioritas 1 (Pasien yang memerlukan terapi intensif) Pasien sakit kritis, tidak stabil Pasien gagal nafas dan memerlukan terapi tunjangan ventilasi Pasien memerlukan infus obat-obat vasoaktif kontinyu Septik syok 2. Prioritas 2 (Pasien yang memerlukan pelayanan intensif) Pasien memerlukan monitoring alat-alat canggih Beresiko memerlukan terapi intensif segera Pasien dengan penyakit dasar jantung – paru – renal yang mengalami penyakit akut dan berat Pasien telah menjalani pembedahan mayor 3. Prioritas 3 (Penyakit dasarnya atau penyakit akutnya kemungkinan sembuh sangat kecil atau kurang mendapat manfaat dari terapi ICU) Pasien dengan penyakit terminal Keganasan metastatik disertai penyakit infeksi dan sumbatan jalan nafas, penyakit jantung dan paru terminal disertai komplikasi akut berat Indikasi Sosial (Tamu kenegaraan, Sosial Ekonomi) PENGECUALIAN Pasien memenuhi kriteria masuk terapi menolak bantuan hidup yang agresif dan hanya demi perawatan yang aman (DNR) Pasien dalam keadaan vegetatif permanen Pasien yang dipastikan mati batang otak semata namun hanya untuk kepentingan donor organ semata Berdasarkan kondisi pasien di atas, maka pasien dinyatakan memenuhi indikasi untuk masuk di ICU. Kebumen , Dokter Pemeriksa ()		
KRITERIA KELUAR		
1. Pasien Prioritas 1 Kebutuhan untuk terapi intensif tidak ada lagi Terapi telah gagal, prognose jangka pendek jelek Kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinyu kecil, contoh pada pasien MOF (Multi Organ Failure) 2. Pasien Prioritas 2 Pada pemantauan ternyata tidak memerlukan terapi intensif 2. Pasien Prioritas 3 Kebutuhan therapi intensif tidak ada lagi, kemungkinan sembuh atau manfaat therapi intensif kontinyu tidak ada lagi Berdasarkan kondisi pasien di atas , maka pasien dinyatakan memenuhi indikasi untuk keluar dari ICU. Kebumen , Dokter Pemeriksa ()		



RSUD Dr SOEDIRMAN KEBUMEN
Jl. Kebumen Raya, Muktisari, Kebumen
Telp 0287 381101, 3873318
Fax (0287) 385274,
Email : rsud@kebumenkab.go.id
[rs://rsuddrsoedirman.kebumenkab.go.id](http://rsuddrsoedirman.kebumenkab.go.id)
Pos 54351, Fax. (0287) 385274

INDIKASI MASUK DAN KELUAR ICCU

No RM :

Nama Pasien :

Tgl. Lahir :
(Mohon diisi atau tempelkan label)

INKLUSI		EKSKLUSI	
☐ Pasien dengan SKA (Sindroma Koroner Akut) ☐ Pasien IMA (butuh trombolitik dan intervensi angioplasty) ☐ Pasien IMA dengan komplikasi (gagal jantung yang membutuhkan terapi intravena / trombolitik / IABP, disritmia jantung serius, gangguan hantaran, pacu jantung sementara) ☐ Pasien SKA tidak stabil dengan resiko tinggi (nyeri dada berulang, gagal jantung, perubahan segmen ST, trop I meningkat) ☐ Aritmia jantung yang mengancam jiwa ☐ Edem paru akut yang tidak respon dengan terapi awal Perlu monitoring hemodinamik akibat penyakit jantung Emboli paru massif ☐ Kegawatan penyakit jantung katup (malfungsi katup prostetik) Kegawatan jantung bawaan pada dewasa ☐ Kegawatan vaskuler (diseksi aorta, acute limb ischemic) ☐ Kegawatan kardiovaskular lainnya (endocarditis, miokarditis, tamponade jantung) Kegawatan kardiovaskular dengan syok, HR $\geq$ 100 x/mnt, ancaman gagal nafas, GCS $<$ 8 ☐ Hipertensi emergensi	☐ Pasien atau keluarga menolak bantuan hidup dengan alat bantu hidup yang agresif ☐ Pasien yang sudah dinyatakan DNR ☐ Pasien dengan keadaan vegetative permanen		
PENGECUALIAN			
☐ Pasien memenuhi kriteria masuk tetapi menolak bantuan hidup yang agresif dan hanya demi perawatan yang aman (DNR)	☐ Indikasi Sosial (Tamu Kenegaraan, Sosial Ekonomi)		

Kebumen,
Dokter Pemeriksa

()

KRITERIA KELUAR ICCU

☐ Bebas nyeri angina 24-48 jam atau bebas nyeri dengan skala VAS <5	☐ Hb >7,5%/dl
☐ Hemodinamik stabil tanpa obat vasoaktif dan inotropik	☐ Tidak lagi membutuhkan alat bantu nafas
☐ TD >90/60 mmHg atau <180/130 mmHg	☐ Masih memerlukan monitoring hemodinamik namun tidak ketat seperti di ICCU
☐ RR<28 x/mnt	☐ Hb >7,5%/dl

Kebumen,

Dokter Pemeriksa

()

 RSUD Dr SOEDIRMAN KEBUMEN Jl. Kebumen Raya, Muktisari, Kebumen Telp 0287 381101, 3873318 Fax (0287) 385274, Email : rsud@kebumenkab.go.id website : https://rsudrsoedirman.kebumenkab.go.id Kode Pos 54351, Fax. (0287) 385274	INDIKASI MASUK DAN KELUAR PICU	No RM : Nama Pasien : Tgl. Lahir : (Mohon diisi atau tempelkan label)
KRITERIA MASUK		
1. Sistem Pernapasan • Intubasi endotrakheal/<i>emergency endotracheal intubation</i> (Obstruksi jalan napas;Napas tidak adekuat;Anak kelelahan;Tujuan: cegah aspirasi lambung, untuk kecukupan oksigen, cegah distensi lambung) • Penyakit paru progresif/penyakit pada jalan napas atas atau bawah • Kebutuhan oksigen tambahan yang tinggi FiO₂> 50%, apapun penyebabnya • Post tracheostomy dengan atau tanpa ventilator mekanik • Barotrauma akut di jalan napas atas maupun bawah • Kebutuhan nebulisasi/inhalasi yang berkesinambungan 2. Sistem Kardiovaskuler • Syok • Post resusitasi kardiopulmonar • Disritmia yang mengancam jiwa • <i>Congestive heart failure</i> yang tidak stabil dengan atau tanpa ventilator mekanik • Penyakit jantung kongentinal dengan status kardiorespirasi yang tidak stabil • Setelah dilakukan tindakan beresiko tinggi pada kardiovaskular dan intra-thorax • Memerlukan monitor terus-menerus tekanan arteri, vena sentral atau arteri pulmoner • Memerlukan alat pacu jantung. 3. Sistem Syaraf • Kejang yang tidak berespon terhadap terapi atau membutuhkan infus kontinyu dari obat anti-konvulsan • Kelainan akut dan berat syaraf sensorik • Post tindakan bedah syaraf • Infeksi atau peradangan akut dengan komplikasinya • Trauma kepala dengan peningkatan tekanan intra cranial • Pre operatif bedah syaraf • Kelainan fungsi neuromuskular yang progresif • Tekanan pada vertebra atau <i>impending compression</i> • Penempatan drain pada ventricular eksternal. 4. Sistem Hematologi • Plasmapheresis atau leukophresis • Anemia berat • Komplikasi berat dari <i>sicle cell crisis</i> • Tumor atau masa yang menekan pembuluh darah vital, organ vital atau saluran napas.		

5. Sistem endokrin/metabolic

- Diabetik ketoasidosis
- Kelainan elektrolit berat (Hiperkalemia berat;Hipo - hipernatremia berat;Hipo - hiperkalsemia berat)
- Hipo – hiperglikemia
- Asidosis metabolic berat;
- Intervensi kompleks untuk memelihara keseimbangan cairan)

6. Sistem gastrointestinal

- Perdarahan gastrointestinal akut yang berat
- Post emergencia endoskopik untuk mengangkat benda asing
- Kegagalan hepatic akut
- Dehidrasi berat akibat gangguan pencernaan

7. Sistem renal

- Gagal ginjal
- Kebutuhan hemodialisis akut, peritoneal dialysis, *renal replacement therapy* pada pasien yang tidak stabil
- Rhabdomyolysis akut dengan renal insufisiensi

8. Pembedahan

- Bedah umum yang tidak stabil
- Multipel trauma
- Kehilangan darah yang banyak

9. Lain- lain

- Keracunan makanan dan overdosis obat dengan dekompensasi akut pada system organ utama
- Disfungsi organ multiple
- Curiga hipertermi maligna
- Sengatan listrik atau kecelakaan rumah tangga
- Luka bakar > 10% permukaan tubuh

10. Kondisi khusus

- Membutuhkan teknologi khusus
- Monitor intensif
- Intervensi kompleks
- Pengobatan khusus

Berdasarkan kondisi pasien di atas, maka pasien dinyatakan memenuhi indikasi untuk masuk di PICU

Kebumen ,

Dokter Pemeriksa

()

KRITERIA KELUAR

Kriteria pasien keluar PICU:

- Hemodinamik stabil
- Pernapasan stabil dan airway paten
- Kebutuhan oksigen minimal
- Tidak menggunakan obat-obatan penunjang hidup/memakai dosis rendah
- *Cardiac dysrhythmia* yang stabil
- Tidak memerlukan monitor tekanan intracranial
- Kejang yang terkontrol dan kestabilan neurologic
- Tidak memerlukan monitor kateter hemodinamik
- Tidak memerlukan lagi ventilasi mekanik yang continue
- Tidak memerlukan peritoneal dialysis rutin dan hemodialisis
- Pasien trakheostomy yang tidak lagi memerlukan pengisapan berlebihan
- Tidak ada manfaat lagi untuk merawat anak tersebut dalam PICU
- Sistem Gastro Intestinal membaik
- Meninggal/APS/Pulang

Berdasarkan kondisi pasien di atas , maka pasien dinyatakan memenuhi indikasi untuk keluar dari PICU

Kebumen ,
Dokter Pemeriksa

()

 RSUD Dr SOEDIRMAN KEBUMEN Jl. Kebumen Raya, Muktisari, Kebumen Telp 0287 381101, 3873318 Fax (0287) 385274, Email : rsud@kebumenkab.go.id website : https://rsuddrsoedirman.kebumenkab.go.id Kode Pos 54351, Fax. (0287) 385274	INDIKASI MASUK DAN KELUAR NICU	No RM : Nama Pasien : Tgl. Lahir : (Mohon diisi atau tempelkan label)
KRITERIA MASUK • Gangguan respirasi • Gangguan kardiovaskuler • Skor Apgar kurang dari 4 • Berat lahir sangat rendah (< 1500) • Kurang bulan dengan umur kehamilan < 32 minggu • Persalinan vakum ekstraksi berat dengan perdarahan intracranial • Bayi dengan gangguan susunan saraf pusat, seperti kejang, ensefalopati hipoksik iskemik, dll • Gangguan saluran cerna berat, seperti EKN, perdarahan saluran cerna, dll • Pasca operasi • Kelainan bawaan berat seperti gastroskisis, omfalokel, dll Berdasarkan kondisi pasien di atas, maka pasien dinyatakan memenuhi indikasi untuk masuk di NICU . Kebumen , Dokter Pemeriksa ()		
KRITERIA KELUAR Kriteria pasien keluar NICU: • Hemodinamik stabil • Pernapasan stabil dan airway paten • Kebutuhan oksigen minimal • Tidak menggunakan obat-obatan penunjang hidup/memakai dosis rendah • <i>Cardiac dysrhythmia</i> yang stabil • Tidak memerlukan monitor tekanan intracranial • Kejang yang terkontrol dan kestabilan neurologic • Tidak memerlukan monitor kateter hemodinamik • Tidak memerlukan lagi ventilasi mekanik yang continue • Tidak ada manfaat lagi untuk merawat anak tersebut dalam NICU • Meninggal/pulang/APS Berdasarkan kondisi pasien di atas, maka pasien dinyatakan memenuhi indikasi untuk keluar dari NICU Kebumen , Dokter Pemeriksa ()		

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN,

ARIF KOMEDI