LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : / KPTS/ DIR/ P02/ RSUD-DM/I/ 2018

TENTANG : PEDOMAN PELAYANAN ICU dr. MURJANI SAMPIT

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

## LATAR BELAKANG

Pada tahun 1958, Dr. Peter Safar, seorang anesthesiologist, membuka ICU pertama dengan anggota staf terdiri dari dokter di Baltimore City Hospital Amerika. Di Indonesia sejarah ICU dimulai tahun 1971 di beberapa kota besar, yaitu RSCM (Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo) Jakarta oleh Prof. Moch. Kelan dan Prof. Muhardi Muhiman, di RS.Dr. Soetomo Surabaya oleh Prof. Karijadi wirjoatmodjo, di RS. Hasan Sadikin Bandung oleh Prof. Himendra Wargahadibrata dan Dr. Zuhradi, di RS Dr. Kariadi Sampit oleh Prof. Haditopo, yang selanjutnya menyebar di banyak kota dan umumnya dimotori oleh para dokter anestesi.

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cidera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia.

ICU RSUD dr. Murjani Sampit menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medic, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.

Pada saat ini ICU RSUD dr. Murjani Sampit tidak terbatas menangani pasien pasien dewasa saja tetapi juga pasien pasca bedah atau ventilasi mekanis 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.

System pelayanan pasien di Ruang ICU RSUD dr. Murjani Sampit menggunakan system semi-close dengan penanggung jawab KIC dan DPJP sehingga dokter konsulan tidak meneruskan perawatan, jika diperlukan KIC bisa membentuk Tim dengan ketua Tim KIC, KIC dapat juga meminta konsulan kepada dokter lain dengan konsulan yang sudah ditentukan.

## TUJUAN

1. TUJUAN UMUM

Terlaksananya pelayanan kritis yang berkualitas, professional, dan sesuai dengan standart.

1. TUJUAN KHUSUS

Tersedianya acuan bagi unit intensive care dalam melaksanakan pelayanan pada pasien kritis

## RUANG LINGKUP PELAYANAN

**Praktek Kedokteran Intensive Care**

Pelaksanaan pelayanan kedokteran intensive care adalah berbasis rumah sakit, diperuntukkan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien yang sakit kritis.

Tujuan dari pelayanan intensive care adalah memberikan pelayanan medic tertitrasi 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 yang terkoordinasi dan berkelanjutan, serta memerlukan perhatian yang teliti, agar dapat dilakukan pengawasan yang ketat & terus menerus serta terapi titrasi.
2. Pasien-pasien yang dalam bahaya mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat & terus menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan.

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 ditempat untuk melakukan perawatan titrasi dan berkelanjutan. Perawatan ini harus berkelanjutan dan bersifat proaktif, yang menjamin pasien dikelola dengan cara yang aman, manusiawi, dan efektif dengan menggunakan sumber daya yang ada, sedemikian rupa sehingga memberikan kualitas pelayanan yang tinggi dan hasil yang optimal.

## BATASAN OPERASIONAL

Pelayanan ICU-CCU, PICU-NICU harus dilakukan oleh intensivist yang terlatih secara formal dan mampu memberikan pelayanan tersebut, dan yang terbebas dari tugas-tugas lain yang membebani, seperti kamar operasi, praktek atau tugas-tugas kantor. *Intensivist* yang harus bekerja harus berpartisipasi dalam suatu sistem yang menjamin kelangsungan pelayananan intensive care 24 jam, hubungan pelayanan icu yang terorganisir dengan bagian-bagian pelayanan lain di rumah sakit harus ada dalam organisasi rumah sakit.

Bidang kerja pelayanan intensive care meliputi : (1) pengelolaan pasien; (2) administrasi; (3) pendidikan; (4) penelitian. Kebutuhan dari masing-masing bidang akan bergantung dari tingkat pelayanan tiap unit.

1. Pengelolaan pasien langsung

KIC sebagai penanguang jawab pasien dan DPJP sedangkan dokter konsulan lain yang rawat bersama tidak meneruskan perawatan selama pasien dirawat di Ruang ICU. Jika diperlukan KIC dapat membentuk Tim dalam merawat pasien dan sebagai ketua Tim adalah KIC, KIC juga dapat konsul ke dokter lain sesuai dengan keahlian dokter yang dikehendaki dengan demikian pengelolaan pasien di Ruang ICU dapat berjalan secara optimal dan menghasilkan pendekatan yang terkoordinasi pada pasien serta keluarganya.

1. Administasi unit

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

## LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang kesehatan
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang tenaga kesehatan
3. Peraturan menteri kesehatan RI nomer 1575/ menkes/ PER/2005 tentang struktur organisasi dan tata kerja departemen kesehatan
4. Keputusan menteri kesehatan RI nomer 1778/menkes/XII/2010 tentang penyelenggaraan ICU Rumah Sakit
5. Keputusan menteri kesehatan RI nomer 131/ menkes/ SK/II/2004 tentang sistim kesehatan nasional
6. Keputusan menteri kesehatan RI nomer 1203/ menkes/ SK/XII/2008 tentang penyelenggaraan pelayanan ICU

**BAB II**

**STANDART KETENAGAAN**

1. **INTENSIVIST**

Seorang intensivist ICU RSUD dr. Murjani Sampit adalah seorang dokter yang memenuhi standar kompetensi sebagai berikut :

1. Terdidik dan bersertifikat sebagai seorang spesialis Anestesi melalui program pelatihan dan pendidikan yang diakui oleh perhimpunan profesi yang terkait.
2. Menunjang kualitas pelayanan di ICU dan menggunakan sumber daya ICU secara efisien.
3. Mendarma baktikan lebih dari 50% waktu profesinya dalam pelayanan ICU.
4. Bersedia berpartisipasi dalam suatu unit yang memberikan pelayanan 24 jam/hari, 7 hari/minggu.
5. Mampu melakukan prosedur critical care, antara lain :
6. Mempertahankan jalan napas termasuk intubasi tracheal, tracheostomy perkutan, dan ventilasi mekanis.
7. Fungsi arteri untuk mengambil sampel arteri.
8. Memasang kateter intravaskuler untuk monitoring invasive maupun terapi invasive (misalnya ; *Continuous Renal Replacement Therapy* (CRRT)) dan peralatan monitoring, termasuk :

* Kateter arteri
* Kateter vena perifer
* Kateter vena sentral (CVP)
* Kateter arteri pulmonalis

1. Pemasangan kabel pacu jantung transvenous temporer.
2. Melakukan diagnostic non-invasif fungsi kardiovaskuler dengan echokardiografi.
3. Resusitasi kardiopulmoner.
4. Pipa thoracostomy.

MELAKSANAKAN DUA PERAN UTAMA :

1. Pengelolaan pasien

Mampu berperan sebagai pemimpin tim dalam memberikan pelayanan di ICU, menggabungkan dan melakukan titrasi layanan pada pasien berpenyakit kompleks atau cidera termasuk gagal organ multi-sistem, intensivist memberi pelayanan sendiri atau dapat berkolaborasi dengan dokter pasien sebelumnya. Mampu mengelola pasien dalam kondisi yang biasa terdapat pada pasien sakit kritis seperti :

1. Hemodinamik tidak stabil
2. Gangguan atau gagal napas, dengan atau tanpa memerlukan tunjangan ventilator mekanis.
3. Gangguan neurologis akut termasuk mengatasi hipertensi intracranial.
4. Gangguan atau gagal ginjal akut.
5. Gangguan endokrin dan / atau metabolic akut yang mengancam nyawa.
6. Kelebihan dosis obat, reaksi obat atau keracunan obat.
7. Gangguan koagulasi.
8. Infeksi serius.
9. Gangguan nutrisi yang memerlukan tunjangan nutrisi.
10. Manajemen unit

Intensivist berpartisipasi aktif dalam aktivitas-aktivitas manajemen unit yang diperlukan untuk memberi pelayanan-pelayanan ICU, yang efisien, tepat waktu dan konsisten pada pasien. Aktivitas-aktivitas tersebut meliputi antara lain :

1. Triage, alokasi tempat tidur dan rencana pengeluaran pasien.
2. Supervisi terhadap pelaksanaan kebijakan-kebijakan unit.
3. Partisipasi pada kegiatan-kegiatan perbaikan kualitas yang berkelanjutan termasuk supervisi koleksi data.
4. Berinteraksi seperlunya dengan bagian-bagian lain untuk menjamin kelanjutan jalannya ICU, . Untuk keperluan ini, intensivist harus berada di ICU, atau rumah sakit dan bebas dari tugas-tugas lainnya.

MEMPERTAHANKAN PENDIDIKAN YANG BERKELANJUTAN DI CRITICAL CARE MEDICINE :

1. Selalu mengikuti perkembangan mutakhir dengan membaca literature kedokteran.
2. Berpartisipasi dalam program-program pendidikan kedokteran berkelanjutan.
3. Menguasai standar-standar untuk unit critical care dan standard of care di critical care.
4. **TIM MEDIS DAN PERAWAT**
5. Konsultan memiliki spesialis yang dapat menanggulangi setiap saat bila diperlukan
6. Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS
7. Memiliki perawat yang terlatih atau berpengalaman kerja di ICU, dengan ratio perawat : pasien adalah 1 : 2 pada setiap dibutuhkan
8. Kepala perawat ICU, setara S1 dan harus memiliki kemampuan managerial dan memiliki sertifikat perawat ICU
9. **TENAGA NON MEDIS**
10. Tenaga administrasi di ICU CCU, harus memiliki kemampuan mengoperasikan computer yang berhubungan dengan masalah administrasi
11. Tenaga Pramuhusada
12. Tenaga Kebersihan
13. **DISTRIBUSI KETENAGAAN**
14. Ka. Instalasi ICU : 1 orang
15. Penanggung Jawab ICU : 1 orang
16. Perawat Pelaksana : 19 orang
17. Pramuhusada : 1 orang
18. Administrasi : 1 orang
19. **PENGATURAN JAGA**
20. Kepala Instalasi ICU : hari senin – sabtu pukul 07.00-14.00
21. Kepala Ruangan ICU : hari senin – sabtu pukul 07.00-14.00

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | HARI | KIC |
| 1 | Senin /d Kamis, ahad ganjil | Dr xxxxxxxxxx |
| 2 | Jum’at, sabtu, ahad genap | Dr xxxxxxxxxx |

1. Dokter jaga ICU dan perawat ICU

|  |  |
| --- | --- |
| Shift jaga | pukul |
| Pagi | 07.00 - 14.00 wib |
| Siang | 14.00 – 20.00 wib |
| Malam | 20.00– 07.00 wib |

1. Pekarya : hari senin – sabtu pukul 07.00 - 14.00(tidak ada tenaga pakarya)

**BAB III**

**STANDART FASILITAS**

1. **SARANA**
2. Lokasi

ICU, PICU-NICU RSUD dr. Murjani Sampit dekat dengan kamar bedah dan peristi, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke Unit Gawat Darurat.

1. Disain

ICU, RSUD dr. Murjani telah didesain dengan baik dan pengaturan yang adekuat.

Bangunan ICU

1. Terisolasi
2. Mempunyai standar tertentu terhadap :

* Bahaya api
* Ventilasi
* AC
* Exhaust fan(tidak tersedia)
* Pipa air
* Komunikasi
* Bakteriologis
* Kabel monitor

1. Lantai mudah dibersihkan, keras dan rata
2. Area pasien

* unit terbuka 12 – 16 m2 / tempat tidur
* unit tertutup 16 – 20 m2 / tempat tidur
* jarak antara tempat tidur : 1 m
* unit terbuka memiliki tempat cuci tangan.
* ICU tersier paling sedikit 3 outlet udara-tekan, dan 3 pompa hisap dan minimal 16 stop kontak untuk tiap tempat tidur.
* Pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi klinis dengan lampu TL daylight 10 watt/m2. Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain dari unit juga memperhatikan privasi pasien.

1. Area kerja meliputi

* Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien.
* Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan penyimpanan obat dan alat (termasuk lemari pendingin).
* Ruang yang cukup untuk mesin X-ray mobile dan mempunyai negative skop.
* Ruang untuk telpon dan system komunikasi lain, computer dan koleksi data, juga tempat untuk penyimpanan alat tulis dan terdapat ruang yang cukup resepsionis dan petugas administrasi.

1. Lingkungan

Mempunyai pendingin ruangan / AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu 22o – 25o kelembaban 50% – 70%.

1. Ruang kohorting

Tempat terpisah di ruang perawatan pasien umum.

1. Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih

Untuk menyimpan monitor, ventilator, pompa infuse dan syringe, peralatan dialysis, alat-alat sekali pakai, cairan, penggantung infuse, troli, penghangat darah, alat hisap, linen, dan tempat penyimpanan barang dan alat bersih.

1. Ruang tempat pembuangan alat / bahan kotor

Ruang untuk membersihkan alat-alat, pemeriksaan urine, pengosongan dan pembersihan pispot dan botol urine. Telah disediakan ruangan khusus yang terpisah dengan ruang perawatan.

1. Ruang perawat

Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh perawat yang bertugas dan pimpinannya.

1. Ruang staf dan dokter

Tempat kegiatan organisasi dan administrasi termasuk kantor Kepala Bagian dan staf, dan kepustakaan.

1. Ruang tunggu keluarga pasien

Telah tersedia di samping ICU RSUD dr. Murjani Sampit dilengkapi dengan penyekat untuk memindahkan.

1. Laboratorium

Harus dipertimbangkan pada unit yang tidak mengandalkan pelayanan terpusat.

1. Peralatan
2. Terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat
3. Peralatan yang dimiliki ICU RSUD dr. Murjani Sampit adalah

* Ventilator sejumlah 3 unit
* Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas
* Defibrillator dan alat pacu jantung sejumlah 1 unit
* Alat pengatur suhu pasien
* Pompa infuse dan pompa syringe
* Tempat tidur khusus dengan / tanpa remote control
* Lampu untuk tindakan

1. Standart peralatan di
2. Kit resusitasi
3. Meja resusitasi
4. Oximetri
5. Syring pump
6. Infus pump
7. Set vena sectie,
8. Sumber oksigen ( o2 nasal, head box, CPAP, ventilator)
9. Monitoring peralatan (termasuk peralatan portable yang digunakan untuk transportasi pasien)
10. Tanda bahaya kegagalan pasokan oksigen

Alat yang secara otomatis teraktifikasi untuk memonitor penurunan tekanan pasokan oksigen, yang selalu terpasang di ventilator.

1. Pemantauan konsentrasi oksigen

Diperlukan untuk mengukur konsentrasi oksigen yang dikeluarkan oleh ventilator atau system pernafasan.

1. Tanda bahaya kegagalan ventilator atau diskoneksi system pernafasan

Pada penggunaan ventilator otomatis, harus ada alat yang dapat segera mendeteksi kegagalan system pernafasan atau ventilator secara terus menerus.

1. Volume dan tekanan ventilator

Volume yang keluar dari ventilator harus terpantau. Tekanan jalan nafas dan tekanan sirkuit pernafasan harus terpantau terus-menerus dan dapat mendeteksi tekanan yang berlebihan.

1. Suhu alat pelembab (humidifier)

Ada tanda bahaya bila terjadi peningkatan suhu udara inspirasi.

1. Elektrokardiograf

Terpasang pada setiap pasien dan dipantau terus menerus.

1. Pulse oximeter

Harus tersedia untuk setiap pasien di ICU.

1. Emboli udara
2. Bila ada indikasi klinis harus tersedia peralatan untuk mengukur variable fisio lain seperti tekanan intra arterial dan tekanan arteri pulmonalis, curah jantung, tekanan inspirasi dan aliran jalan nafas, tekanan intracranial, suhu, transmisi neuromuscular, kadar CO2 ekspirasi.
3. **STANDART FASILITAS ICU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESAIN** | **ICU Primer** | **ICU Sekunder** | **ICU Tersier** |
| Area Pasien :  Unit terbuka 12-16 m2  Unit tertutup 16-20 m2 | 1 tempat cuci tangan tiap  2 tempat tidur  1 tempat cuci tangan tiap | 1 tempat cuci tangan tiap  2 tempat tidur  1 tempat cuci tangan tiap | 1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur  -  1 tempat cuci tangan tiap |
| Outlet oksigen | 1 tempat tidur  1 | 1 tempat tidur  2 | 1 tempat tidur  3 / tempat tidur |
| Vakum  Stop kontak  Area kerja : | -  2 / tempat tidur  - | 1  16 / tempat tidur  - | 3 / tempat tidur |
| Lingkungan  Suhu  Humidities  Ruang kohorting  Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih  Ruang tempat buang kotoran  Ruang perawat  Ruang staf dokter  Ruang tunggu keluarga pasien  laboratorium  Peralatan  Ventilator  Alat hisap  Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas  Peralatan akses vaskuler  Peralatan monitor :  Invasif :   * Monitor tekanan darah invasive * Tekanan vena sentral * Tekanan baji a. pulmonalis (Swan Ganz)   Non invasive :   * Tekanan darah * EKG dan laju jantung * Saturasi oksigen (pulse oximeter) * Kapnograf * Suhu * EEG   Defibrilator dan alat pacu jantung  Alat pengatur suhu pasien  Peralatan drain toraks  Pompa infuse dan pompa syringe   * Bronchoscopy * Echokardiografi   Peralatan portable untuk transportasi  Tempat tidur khusus  Lampu untuk tindakan  Hemodialisis  CRRT | Air conditioned  23-250 C  50-70%  -  -  Ada  -  -  Ada  Terpusat  Sederhana  Ada  Ada  Ada  -  Ada  -  Ada  Ada  Ada  -  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  -  -  -  Ada  -  Ada  Ada  - | Air conditioned  23-250 C  50-70%  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  24 jam  Kompleks  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada | Air conditioned  23-250 C  50-70%  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  24 jam  Kompleks  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada  Ada |

**BAB IV**

**TATA LAKSANA PELAYANAN**

1. **FALSAFAH**
2. **Etika kedokteran**

Berdasarkan falsafah dasar “saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien” maka semua kegiatan di ICU RSUD dr. Murjani Sampit bertujuan dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kondisi kesehatan pasien.

1. **Indikasi yang benar**

Pasien yang dirawat di ICU, RSUD dr. Murjani Sampit adalah memerlukan :

1. Pengelolaan fungsi system organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan terapi titrasi.
2. Pemantauan kontinyu terhadap pasien-pasien dalam keadaan kritis yang dapat mengakibatkan terjadinya dekompensasi fisiologis.
3. Intervensi medis segera oleh tim intensive care.
4. **Kerjasama multidisipliner dalam masalah medic komplek**

Dasar pengelolaan pasien ICU, RSUD dr. Murjani Sampit adalah pendekatan multidisiplin tenaga kesehatan dari beberapa disiplin ilmu terkait yang dapat memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan berkerja sama dalam tim, yang dipimpin oleh seorang intensivist sebagai ketua tim.

1. **Kebutuhan pelayanan kesehatan pasien**

Kebutuhan pasien ICU, 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.

1. **Peran koordinasi dan integrasi dalam kerjasama tim**

Dengan mengingat keadaan pasien seperti yang tersebut dalam butir 2 dan 4 diatas, maka system kerja tim multidisiplin adalah sebagai berikut :

1. Dokter yang merawat pasien sebelum pasien masuk ICU, melakukan evaluasi pasien sesuai bidangnya dan memberi pandangan atau usulan terapi.
2. Intensivist, selaku Ketua Tim, melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberI instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya.
3. Ketua Tim berkonsultasi pada konsultan lain dengan mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim.
4. **Hak dan kewajiban dokter**

Setiap dokter dapat memasukkan pasien ke ICU, RSUD dr. Murjani Sampit sesuai dengan indikasi masuk ke ICU, . Karena keterbatasan jumlah tempat tidur ICU, RSUD dr. Murjani Sampit, maka berlaku asas prioritas dan indikasi masuk.

1. **Sistim manajemen peningkatan mutu terpadu**

Demi tercapainya koordinasi dan peningkatan mutu pelayanan ICU, RSUD dr. Murjani Sampit, diperlukan tim kendali mutu yang anggotanya terdiri dari beberapa disiplin ilmu, dengan tugas utamanya memberi masukan dan bekerja sama dengan staf struktural ICU, RSUD dr. Murjani Sampit untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan ICU, RSUD dr. Murjani Sampit.

1. **Kemitraan profesi**

Kegiatan pelayanan pasien di ICU, RSUD dr. Murjani Sampit disamping multi disiplin juga inter profesi, yaitu profesi medik, profesi perawat, dan profesi lain. Agar dicapai hasil optimal maka perlu peningkatan mutu SDM secara berkelanjutan, menyeluruh dan mencakup semua profesi.

1. **Efektivitas, keselamatan dan ekonomis**

Unit pelayanan ICU, RSUD dr. Murjani Sampit mempunyai ciri biaya tinggi, teknologi tinggi, multi disiplin dan multi profesi berdasarkan asas efektifitas, keselamatan dan ekonomis.

1. **Kontinuitas pelayanan**

Untuk efektifitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan ICU, RSUD dr. Murjani, maka perlu dikembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (High Care Unit = HCU). Fungsi utama HCU adalah menjadi unit perawatan antara dari bangsal rawat dan ICU, RSUD dr. Murjani Sampit.

Di HCU tidak diperlukan peralatan canggih seperti ICU, RSUD dr. Murjani yang diperlukan adalah kewaspadaan dan pemantauan yang lebih tinggi.

1. **STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

Tingkat pelayanan ICU, RSUD dr. Murjani Sampit telah disesuaikan dengan kelas rumah sakit. Tingkat pelayanan ini ditentukan oleh jumlah staf, fasilitas, pelayanan penunjang, jumlah dan macam pasien yang dirawat.

Pelayanan ICU, RSUD dr. Murjani Sampit telah memiliki kemampuan minimal sebagai berikut:

1. Resusitasi jantung paru
2. Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan penggunaan ventilator sederhana
3. Terapi oksigen
4. Pemantauan EKG, pulse oksimetri terus menerus
5. Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
6. Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
7. Pelaksanaan terapi secara titrasi
8. Kemampuan melaksanakan teknik khusus sesuai dengan kondisi pasien
9. Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portable selama transportasi pasien gawat
10. Kemampuan melakukan fisioterapi dada

**KLASIFIKASI ATAU STRATIFIKASI PELAYANAN ICU RSUD dr. Murjani Sampit**

Pelayanan ICU RSUD dr. Murjani Sampit merupakan pelayanan ICU sekunder. Pelayanan ICU sekunder memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit yang lain yang telah digunakan, misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskuler, dan lain-lainnya. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis lebih lama, melakukan dukungan / bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks. Kekhususan yang harus dimiliki :

1. Ruangan tersendiri; letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang perawatan lain.
2. Memiliki ketentuan/kriteria penderita yang masuk, keluar serta rujukan.
3. Memiliki konsultan yang dapat dihubungi dan datang setiap saat bila diperlukan.
4. Memiliki seorang kepala ICU, yaitu seorang dokter konsultan intensive care, yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
5. Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien : perawat sama dengan 1 : 1 untuk pasien dengan ventilator, renal replacement therapy dan 2 : 1 untuk kasus-kasus lainnya.
6. Memiliki lebih dari 50% perawat bersertifikat terlatih perawatan/terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU sekunder.
7. Mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu melakukan pemantauan invasive dan usaha-usaha penunjang hidup.
8. Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, rontgen, kemudahan diagnostic dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.
9. Memiliki ruangan isolasi atau mampu melakukan prosedur isolasi.

Akan tetapi kami berupaya untuk mencapai Pelayanan ICU tersier yang merupakan rujukan tertinggi untuk ICU, memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan/bantuan hidup multi-sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tak terbatas. ICU ini melakukan ventilasi mekanis pelayanan dukungan/bantuan renal ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskular invasive dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medic. Semua pasien yang masuk ke dalam unit harus dirujuk untuk dikelola oleh spesialis intensive care.

Kekhususan yang harus dimiliki :

1. Memiliki ruangan khusus tersendiri didalam rumah sakit.
2. Memiliki criteria penderita masuk, keluar dan rujukan.
3. Memiliki dokter spesialis yang dibutuhkan dan dapat dihubungi, datang setiap saat diperlukan.
4. Dikelola oelh seorang spesialis intensive care / dokter konsultan intensive care yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
5. Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien : perawat sama dengan 1 : 1 untuk pasien dengan ventilator, renal replacement therapy dan 2 : 1 untuk kasus-kasus lainnnya.
6. Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat terlatih perawatan/terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU.
7. Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan/terapi intensif baik non-invasif maupun invasiv.
8. Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, roentgen, kemudahan diagnostic dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.
9. Memiliki paling sedikit seorang yang mampu dalam mendidik tenaga medic dan paramedic agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien.
10. Memiliki prosedur untuk pelaporan resmi dan pengkajian.
11. Memiliki staf tambahan yang lain, misalnya tenaga adminstrasi, tenaga rekam medic, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

**PROSEDUR PELAYANAN PERAWATAN/TERAPI (ICU)**

1. Ruang lingkup pelayanan 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
* Latrogenik

1. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain.

**INDIKASI MASUK DAN KELUAR ICU CCU,**

Suatu ICU mampu menggabungkan teknologi tinggi dan keahlian khusus dalam bidang kedokteran dan keperawatan gawat darurat yang dibutuhkan untuk membuat prioritas pada sarana yang terbatas apabila kebutuhannya melebihi jumlah tempat tidur yang tersedia di ICU.

Dokter yang merawat pasien mempunyai tugas untuk meminta pasiennya dimasukkan ke ICU bila ada indikasi dan segera memindahkan ke unit yang lebih rendah bila kondisi kesehatan pasien telah memungkinkan.Kepala ICU bertanggungjawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien di ICU. Bila kebutuhan masuk ICU melebihi tempat tidur yang tersedia, Kepala ICU menentukan berdasarkan prioritas kondisi medic, pasien mana yang akan dirawat di ICU. Prosedur untuk melaksanakan kebijakan ini harus dijelaskan secara rinci untuk tiap ICU. Harus tersedia mekanisme untuk mengkaji ulang secara retrospektif kasus-kasus, apabila dokter yang merawat tidak setuju dengan keputusan Kepala ICU.

1. **KRITERIA MASUK ICU**

ICU memberikan pelayanan antara lain pemantauan yang canggih dan terapi yang 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 obyektif atas beratnya penyakit dan prognosis hendaknya digunakan untuk menentukan prioritas masuk ke ICU.

1. **Pasien prioritas 1 (satu)**

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti : dukungan/bantuan ventilasi, infus, obat-obatan vasoaktif kontinyu, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini antara lain, pasca bedah kardiotoraksik, atau pasien syok septic. Mungkin ada baiknya beberapa institusi membuat criteria spesifik untuk masuk ICU, seperti derajat hipoksemia, hipotensi dibawah tekanan darah tertentu.Macam terapi pada pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas.

1. **Pasien prioritas 2 (dua)**

Pasien golongan ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat beresiko untuk mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan pulmonary arterial catether. Contoh jenis pasien ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung, paru, atau ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan major. Terapi pada pasien prioritas 2 umumnya tidak, mengingat kondisi mediknya senantiasa berubah.

1. **Pasien prioritas 3 (tiga)**

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan sembuh dan/atau manfaat terapi di ICU. Contoh-contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastatic disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan napas, atau pasien penyakit jantung. Penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Tetapi pada pasien-pasien prioritas 3 (tiga) hanya untuk mengatasi penyakit akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi kardiopulmoner.

1. **KRITERIA MASUK**

Batasan : semua bayi lahir yang memerlukan perawatan dan pengawasan secara intensive dengan criteria

1. Apgar score 5/10 < 3
2. Beral bayi lahir sangat rendah (< 1000)
3. Gangguan nafas berat ( ARDS berat, MAS berat, pneumonia berat, sepsis berat, hernia)
4. Infeksi berat dengan atau tanpa komplikasi (DIC,NEC)
5. Meningitis

**Pengecualian**

Dengan pertimbangan luar biasa, dan atas persetujuan Kepala ICU, beberapa golongan pasien bisa dikecualikan untuk dirawat di ICU, . Namun perlu diingat bahwa pasien-pasien demikian bila perlu harus bisa dikeluarkan dari ICU agar fasilitas yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, 3 (satu, dua, tiga)

Pasien yang tergolong demikian antara lain :

1. Pasien yang telah dipastikan mengalami mati otak. Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU, untuk menunjang fungsi organ hanya untuk kepentingan donor organ.
2. Pasien-pasien yang kompeten 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 canggih yang tersedia di ICU, untuk meningkatkan kemungkinan survival-nya.
3. Pasien dalam keadaan vegetative permanen.
4. Pasien yang secara fisiologis stabil dan secara statistic beresiko rendah untuk memerlukan terapi ICU. Contoh-contoh pasien kelompok ini antara lain, pasien pasca bedah vaskuler yang stabil, pasien diabetic ketoasidosis tanpa komplikasi, keracunan obat tetapi sadar atau payah jantung kongestif ringan. Pasien-pasien semacam ini lebih disukai dimasukkan ke suatu unit intermediate untuk terapi definitive dan/atau observasi.
5. **KRITERIA KELUAR**

**Pasien prioritas 1 (satu)**

Pasien prioritas 1 (satu) dikeluarkan dari ICU, bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, atau bila terapi secara intensif telah gagal atau tidak bermanfaat sehingga prognosis jangka pendek jelek. Contoh-contoh golongan ini adalah pasien dengan tiga atau lebih gagal system organ yang tidak respons terhadap pengelolaan agresif.

**Pasien prioritas 2 (dua)**

Pasien prioritas 2 (dua) dikeluarkan bila kemungkinan untuk mendadak memerlukan terapi intensif telah berkurang.

**Pasien prioritas 3 (tiga)**

Pasien prioritas 3 (tiga) dikeluarkan dari ICU, bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi. Namun mungkin pasien demikian dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan sembuh atau manfaat terapi intensif kontinyu kecil. Contohnya antara lain adalah pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau penyakit liver terminal, karsinoma yang telah menyebar luas, dan lain-lainnya yang telah tidak berespons terhadap terapi ICU, untuk penyakit akutnya, yang secara statistic memiliki prognosis jangka pendek jelek, dan yang tidak ada terapi yang potensial untuk memperbaiki prognosisnya.

Agar perawatan setara ICU, tetap berlanjut, sebaiknya pasien yang keluar dari ICU, tetap dirawat di ruang perawatan khusus.

**BAB V**

**LOGISTIK**

Pelayanan Logistik di ICU dilakukan oleh penanggung jawab yang dibantu oleh pekarya, dengan prosedur sebagai berikut:

1. Penanggung Jawab atau pekarya melakukan inventarisasi kebutuhan unit yang meliputi BMHP, BHP, ATK, Kebutuhan penunjang pelayanan ( cm, resep, formulir dll), bahan mentah (mie, gula kopi, teh , dll).
2. Pramuhusada membuat daftar kebutuhan dan mengajukan dengan menulis di buku permintaan barang yang kemudian ditandatangani oleh penanggung jawab
3. Pramuhusada menghubungi petugas gudang logistic untuk menyampaikan daftar barang yang dibutuhkan
4. Pramuhusada dengan dibantu pramusada memberikan daftar barang yang dibutuhkan ke petugas gudang logistic
5. Setelah permintaan dilayani oleh petugas gudang logistic, pekarya melakukan pengecekan ulang terhadap permintaan barang dari icu
6. Setelah dipastikan barang yang diterima sudah sesuai dengan barang yang di orderkan, pekarya meletakkan barang sesuai dengan tempatnya
7. Barang yang sudah di order didistribusikan sesuai dengan keperluan di ICU

**BAB VI**

**KESELAMATAN PASIEN**

Sasaran keselamatan pasien di ICU selaras dengan sasaran keselamatan RS yang meliputi

1. **Ketepatan identitas pasien**

* Memberikan identitas pada pasien dengan meniliskan nama dan tanggal lahir serta no RM pada gelang pasien
* Identifikasi pasien sebelum memberikan tindakan medis dan keperawatan
* Memberikan gelang untuk pasien perempuan : merah muda dan pasien laki laki : biru
* Memberikan kancing gelang dengan warna sbb :

|  |  |
| --- | --- |
| Kuning | Resiko jatuh |
| Merah | Alergi |
| Ungu | Do not resusitasion |

1. **Peningkatan komunikasi efektif**

* Menggunakan teknik SBAR (SITUASION, BACKGROUND, ASSESMENT, RECOMMENDATION) dalam melaporkan kondisi pasien terhadap dokter ataupun tenaga kesehatan yang lain.
* Melakukan TUBAKUSI (tulis, baca, konfirmasi ulang dan verivikasi/ttd) pada hasil pelaporan.

1. **Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai**

* Waspada terhadap obat HIGH ALERT misal ( kcl, natrium bicarbonate, nacl 3%,dll)
* NORUM ( nama obat rupa ucapan mirip ) / LASA ( lilook like a sound, a like )
* Menyimpan obat hight alert pada tempat yang disiapkan khusus
* Obat emergency disimpan di trolly emergency

1. **Kepastian tentang tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien**

Dilakukan pada pasien yang akan dilakukan operasi meliputi time out dan sign in dan sign out.

1. **Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan**

Dengan cara menggalakkan 5 moment cuci tangan, yaitu :

1. Sebelum kontak dengan pasien
2. Sebelum melakukan tindakan asepsis
3. Setelah kontak dengan cairan tubuh
4. Sesudah kontak dengan pasien
5. Sesudah kontak dengan cairan tubuh pasien

Ada 2 cara cuci tangan yaitu

1. Dengan menggunakan air mengalir dan sabun : 40-60 detik
2. Dengan menggunakan hand rub : 20-30 detik
3. **Pengurangan resiko jatuh**

Pengkajian resiko pasien jatuh dengan menggunakan scoring morse untuk dewasa dan scooring humty dumpty untuk anak anak, dan memasang kancing gelang kuning (yang tersedia stiker segitiga kuning)

**BAB VII**

**KESELAMATAN KERJA**

Program keselamatan kerja di icu mengacu pada Undang undang keselamatan kerja tahun 1970, syarat syarat keselamatan kerja meliputi seluruh aspek pekerjaan yang berbahaya dengan tujuan :

1. Mencegah dan mengurangi kecelakaan
2. Mencegah, mengurangi dan memadamkan kebakaran
3. Mencegah dan mengurangi bahaya ledakan
4. Memberi kesempatan atau jalan menyelamatkan diri pada waktu kebajaran atau kejadian lain yang berbahaya
5. Memberi pertolongan pada kecelakaan
6. Memberi perlindungan kepada pekerja
7. Mencegah dan mengendalikan timbul atau menyebarluasnya suhu, kelembaban. Kotoran, debu , asap, gas, sinar/radiasi dan suara)
8. Mnecegah timbulnya penyakit akibat kerja, baik fisik, psikis, keracunan, infeksi dan penularan
9. Menyelenggarakan penyegaran udara yang cukup
10. Memeliharah kebersihan, kesehatan dan ketertiban
11. Memperoleh kebersihan antara alat kerja, tenaga kerja, lingkungan, cara dan proses kerjanya
12. Mengamankan pemeliharaan bangunan yang tersedia
13. Mencegah terkena aliran listrik
14. Menyesuaikan dan menyempurnakan pengamanan pada pekerjaan yang bahaya kecelakaannya menjadi bertambah tinggi

Upaya upaya tersebut juga berlaku bagi karyawan/pegawai yang bekerja pada pelayanan darah di RS

PRINSIP KESELAMATAN KERJA PEGAWAI

1. Pengendalian teknis mencakup
2. Pengawasan kerja yang dilakukan oleh penanggungjawab dan terciptanya disiplin yang tinggi oleh pegawai
3. Pekerjaan yang ditugaskan hendaknya sesuai dengan kemampuan kerja dari pegawai
4. Volume kerja yang dibebankan hendaknya sesuai dengan jam kerja yang ditetapkan dan diberikan waktu untuk istirahat yang cukup
5. Perawatan alat dilakukan secara berkala
6. Adanya pendidikan mengenai keselamatan kerja pegawai
7. Adanya fasilitas dan peralatan pelindung pertolongan pertama yang cukup
8. Petunjuk penggunaan alat keselamatan kerja
9. Penggunaan APD setiap melakukan tindakan
10. Melakukan pelaporan jika terjadi insiden

**BAB VIII**

**PENGENDALIAN MUTU**

**Sistem manajemen peningkatan mutu terpadu**

Pengendalian mutu merupakan suatu bentuk kegiatan untuk melakukan perbaikan terhadap suatu pelaksanaan kerja agar sesuai dengan arah yang ditetapkan. Pengendalian bertujuan agar semua kegiatan dapat tercapai secara berdaya guna dan berhasil guna, mampu dilaksanakan sesuai dengan rencana , pembagian tugas, pedoman pelaksanaan dan peraturan perundang undangan yang berlaku.

Demi tercapainya koordinasi dan peningkatan mutu pelayanan ICU RSUD dr. Murjani Sampit, terdapat tim kendali mutu yang anggotanya terdiri dari beberapa disiplin ilmu, dengan tugas utamanya memberi masukan dan bekerja sama dengan staf struktural ICU RSUD dr. Murjani Sampit untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan ICU RSUD dr. Murjani Sampit.

**BAB IX**

**PENUTUP**

Pedoman Pelayanan ICU ini telah diberlakukan pada kegiatan pelaksana pelayanan di ruang ICU . Telah disesuaikan dengan kemampuan sumber daya di RSUD dr. Murjani Sampit dan Berlakunya pedoman pelayanan ini terhitung sejak tanggal ditetapkan.

Pedoman ini di susun untuk memberikan acuan ataupun sistematika yang jelas bagi pelaksana pelayanan di ICU RSUD dr. Murjani Sampit. Standar pelayanan ICU RSUD dr. Murjani Sampit selanjutnya dijabarkan dalam prosedur tetap di setiap Rumah Sakit guna kelancaran pelaksanaannya.

Peninjauan ulang sebagai upaya perbaikan dapat dilakukan setiap 3 (tiga) tahun sekali dan dikoordinasikan oleh Direktorat Pelayanan.