



PEMERINTAH KABUPATEN BLORA
RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU

Jl. Ronggolawe 50 Telp. (0296) 421026 Fax: 424373
E-mail: rs.soeprapto.cephu@gmail.com
CEPU – 58311



PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOEPRAPTO CEPU
KABUPATEN BLORA
NOMOR : 800 / 134 / XII / 2022

TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RAWAT INTENSIF
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOEPRAPTO CEPU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOEPRAPTO
CEPU,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka melaksanakan pelayanan pasien kritis dengan melibatkan berbagai tenaga professional dan multidisiplin ilmu yang bekerjasama dalam tim. Pengembangan tim yang sangat kuat, didukung sarana dan prasarana serta peralatan khusus sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien;
- b. bahwa RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU sebagai salah satu penyedia pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi rujukan harus dapat memberikan pelayanan rawat intensif yang professional dan berkualitas dengan mengedepankan keselamatan pasien;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksudkan dalam huruf (a), perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU.

tentang Rumah Sakit;

- 3 Peraturan Pemerintah (PP) RI nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
- 4 Peraturan Pemerintah (PP) RI nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit
- 5 PMK nomor 30 tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- 6 PMK nomor 24 tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit
- 7 KMK nomor 1778 tahun 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit
- 8 Keputusan Dirjend Bina Upaya Kesehatan nomor HK. 02.04/I/1996/11 tahun 2011 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit
- 9 Keputusan Dirjen Bina Upaya Kesehatan nomor HK. 03. 05/ I/2063/11 tahun 2011 tentang Petunjuk Teknis *High Care Unit (HCU)* di Rumah Sakit

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RSUD dr. R. SOEPRAPTO
CEPU TENTANG PEDOMAN PELAYANAN
INSTALASI RAWAT INTENSIF RSUD dr. R.
SOEPRAPTO CEPU

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur Utama RSUD dr. R. Soeprapto Cepu ini yang dimaksud dengan :

1. Instalasi Rawat Intensif adalah suatu bagian dari Rumah Sakit yang mandiri dibawah Direktur, dengan staf dan perlengkapan khusus 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.
2. Instalasi Rawat Intensif disebut IRIN meliputi 2 (dua) unit pelayanan yaitu: ICU (*Intensive Care Unit*), dan PICU/NICU (*Pediatric/ Neonatal Intensive Care Unit*)
3. ICU adalah bagian dari Instalasi Rawat Intensif yang mengelola Pasien Kritis Dewasa
4. PICU/NICU adalah bagian dari Instalasi Rawat Intensif yang mengelola Pasien Kritis Anak dan Bayi
5. Pasien sakit kritis adalah pasien yang fungsi organ / sistem didalam tubuhnya tidak stabil dan memerlukan bantuan/support baik dengan alat maupun obat –obatan agar bisa berfungsi dengan optimal
6. Dokter anastesi adalah dokter yang berspesialisasi dalam perawatan perioperative, mengembangkan rencana anastesi, pemberian nastesi yang menjadi koordinator pelayanan medis di Instalasi Rawat Intensif.

BAB II
RUANG LINGKUP PELAYANAN INTENSIF
Pasal 2

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU 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 problem dasar;
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik;
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain; dan
5. Melakukan perawatan secara Total Care dalam pemenuhan seluruh kebutuhan pasien

Pasal 3

Bidang kerja IRIN meliputi :

1. Pengelolaan pasien langsung

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

2. Administrasi unit

Pelayanan IRIN 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

4

IRIN memberikan dukungan terhadap peningkatan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga medis dan non-medis mengenai hal-hal yang terkait dengan keperawatan kritis.

Pasal 4

Koordinasi dan integrasi dalam kerja sama multidisipliner meliputi :

1. Dasar pengelolaan pasien di IRIN adalah pendekatan multidisiplin tenaga kesehatan dari beberapa disiplin ilmu terkait yang dapat memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan bekerja sama di dalam tim yang dipimpin oleh seorang dokter anastesi sebagai ketua tim.
2. Peran koordinasi dan integrasi dalam kerja sama tim meliputi;
 - a. Sebelum masuk IRIN, dokter yang merawat pasien melakukan evaluasi pasien sesuai bidangnya dan memberi pandangan atau usulan terapi.
 - b. Dokter spesialis anastesi melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya.
 - c. Dokter spesialis anastesi berkonsultasi pada konsultan lain dengan mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim.

Pasal 5

Kemitraan profesi dan kontinuitas pelayanan meliputi :

1. Kegiatan pelayanan pasien di IRIN disamping multidisiplin juga antar profesi, yaitu profesi medis, profesi perawat dan profesi lain. Agar dicapai hasil optimal maka perlu peningkatan mutu SDM secara berkelanjutan, menyeluruh dan mencakup semua profesi.
2. Untuk efektivitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan ICU, maka perlu dikembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (*High Care Unit* = HCU). Fungsi utama HCU adalah menjadi unit perawatan- antara dari bangsal rawat dan ICU. Dalam perawatan di HCU, tidak diperlukan peralatan canggih seperti di ICU tetapi yang diperlukan adalah kewaspadaan dan pemantauan yang lebih tinggi.

BAB III
KAPASITAS DAN KETENAGAAN
Pasal 6

1. Jumlah tempat tidur pelayanan Rawat Intensif paling sedikit 10% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit yang terdiri dari;
 - a. 6% untuk Pelayanan Unit Intensif (ICU); dan
 - b. 4% untuk Pelayanan Intensif lain, yang terdiri dari PICU, NICU
2. Unit pelayanan ICU mempunyai ciri biaya tinggi, teknologi tinggi, multidisiplin dan multiprofesi berdasarkan asas efektivitas, keselamatan dan ekonomis.
3. Setiap dokter dapat memasukkan pasien ke ICU sesuai dengan indikasi masuk ke ICU yang benar. Karena keterbatasan jumlah tempat tidur ICU, maka berlaku asas prioritas dan indikasi masuk.
4. Ketenagaan ICU meliputi;
 - a. Kepala ICU yang merupakan dokter spesialis anesthesiologi
 - b. Tim Medis yang terdiri dari dokter spesialis sebagai konsultan dan dokter jaga 24 jam
 - c. Perawat ICU dengan minimal 50% terlatih dan bersertifikat ICU
 - d. Tenaga non Kesehatan yang terdiri dari tenaga kebersihan
5. ICU harus memiliki jumlah perawat yang cukup dan sebagian besar terlatih : Jumlah perawat pada ICU 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

INDIKASI MASUK DAN KELUAR PASIEN

1. Indikasi Pasien masuk dan keluar dari Perawatan Intensif terdiri dari; model diagnosa dan model Parameter terukur
2. Mengingat keterbatasan jumlah tempat tidur Pelayanan Intensif, maka perlu adanya skala prioritas untuk kriteria Pasien masuk ke Perawatan Intensif sebagai berikut;

- a. Pasien prioritas 1

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan 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, pasca bedah kardiotorasik, pasien sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa. Institusi setempat dapat membuat kriteria spesifik untuk masuk ICU, seperti derajat hipoksemia, hipotensi dibawah tekanan darah tertentu. Terapi pada pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas.

- b. Pasien prioritas 2

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, 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 medisnya senantiasa berubah.

- c. Pasien prioritas 3

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan/atau manfaat terapi di ICU 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.

d. Pengecualian

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

- 1) manfaat dari tunjangan cangguh yang tersedia di ICU untuk meningkatkan kemungkinan survivalnya.
- 2) Pasien dalam keadaan vegetatif permanen. Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak.
- 3) Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU untuk menunjang fungsi organ hanya untuk kepentingan donor organ.
- 4) Kriteria Pasien keluar atau dipindahkan dari Perawatan Intensif berdasarkan pertimbangan medis oleh Kepala ICU dan tim yang merawat Pasien.
- 5) Mengingat keterbatasan jumlah tempat tidur Pelayanan Intensif, maka perlu adanya skala prioritas untuk kriteria Pasien keluar dari Perawatan Intensif sebagai berikut;

a. Prioritas 1

Dikeluarkan dari ruang rawat intensif bila kebutuhan untuk terapi intensif tidak ada lagi atau bila terapi secara intensif telah gagal atau tidak bermanfaat sehingga prognosis jangka pendek jelek. Contoh golongan ini adalah pasien dengan tiga atau lebih gagal sistem organ yang tidak respon terhadap pengelolaan agresif.

b. Prioritas 2

Dikeluarkan bila kemungkinan untuk mendadak memerlukan terapi intensif telah berkurang.

c. Prioritas 3

Dikeluarkan dari ruang rawat intensif telah tidak ada lagi. Namun mungkin pasien demikian dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan sembuh atau manfaat terapi intensif kontinyu kecil. Contoh pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit liver, karsinoma yang telah menyebar).

BAB V

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Catatan perawatan pasien IRIN diverifikasi dan ditandatangani oleh dokter yang melakukan pelayanan perawatan dan bertanggung jawab atas semua yang dicatat tersebut. Pencatatan menggunakan status khusus yang meliputi pencatatan lengkap terhadap diagnosis yang menyebabkan dirawat di ICU, data tanda vital, pemantauan fungsi organ khusus (jantung, paru, ginjal, dan sebagainya) secara berkala, jenis dan jumlah asupan nutrisi dan cairan, catatan pemberian obat, serta jumlah cairan tubuh yang keluar dari pasien. Pelaporan pelayanan IRIN 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 ICU.

BAB VI

MONITORING DAN EVALUASI

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

BAB VII
PENUTUP

Pedoman ini dibuat sebagai acuan pelayanan di Instalasi Rawat Intensif yang pelaksanaannya disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit, seperti sumber daya, sarana, prasarana dan peralatan. Peraturan Direktur RSUD dr. R. Soeprapto Cepu Kabupaten Blora ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Cepu
Pada Tanggal, 01 Desember 2022

DIREKTUR
RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU
KABUPATEN BLORA

