

**PEDOMAN PELAYANAN
UNIT PERAWATAN INTENSIVE
TAHUN 2025**



**Rumah Sakit Permata
Gunung Putri**



DAFTAR ISI

SURAT KEPUTUSAN	1
KATA PENGANTAR	3
BAB I PENDAHULUAN	4
I.1 Latar Belakang	4
I.2 Tujuan Pedoman	5
I.3 Ruang Lingkup	6
I.4 Batasan operasional	7
I.5 Landasan Hukum	8
BAB II STANDAR KETENAGAAN	9
II.1 Struktur Organisasi	9
II.2 Hubungan Kerja dengan Unit Lain	9
II.3 Kualifikasi Sumber Daya Manusia	9
II.3.1 Dokter Anestesi Intensivist	10
II.3.2 Keperawatan	11
II.3.3 Kompetensi Perawat Unit Perawatan Intensive	12
II.3.4 Kompetensi Ketua Tim Unit Perawatan Intensive (PJ Shift)	13
II.3.5 Kompetensi Kepala Ruangan Unit Perawatan Intensive	13
II.3.6 Penghitungan Jumlah Ketenagaan	14
II.4 Distribusi Ketenagaan	14
II.4.1 Dinas Pagi	14
II.4.2 Dinas Sore	15
II.4.3 Dinas Malam	15
II.5 Pengaturan Jaga	15
II.5.1 Pengaturan Jaga Perawat Unit Perawatan Intensive	15
II.5.2 Pengaturan Jaga Dokter Unit Perawatan Intensive	16
II.5.3 Pengaturan Jadwal Dokter Konsulen	17
BAB III STANDAR FASILITAS	18
III.1 Denah Ruangan	18
III.2 Standar Fasilitas	18
III.2.1 Sarana dan Prasarana	18



BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN	21
IV.1 Tata Laksana Pelayanan	21
IV.1.1 Close ICU	21
IV.1.2 Open ICU	21
IV.2 Tata Laksana Sistem Komunikasi Unit Perawatan Intensive	22
IV.3 Tata Laksana Pengisian Informed Consent	22
IV.4 Tata Laksana Transportasi Pasien	23
IV.5 Tata Laksana Sistem Informasi Pelayanan Pra Rujukan Rumah Sakit	24
IV.6 Tata Laksana Sistem Rujukan	24
BAB V LOGISTIK	26
BAB VI KESELAMATAN PASIEN	27
VI.1 Pengertian	27
VI.2 Tujuan	27
VI.3 Standar Keselamatan Pasien	27
VI.4 Insiden Keselamatan Pasien (IKP)	28
VI.5 Tata Laksana Keselamatan Pasien	29
BAB VII KESELAMATAN KERJA	30
VII.1 Latar Belakang	30
VII.2 Tujuan	31
VII.3 Tindakan Yang Beresiko Terpajan	31
VII.4 Prinsip Keselamatan Kerja	31
BAB VIII PENGENDALIAN MUTU	32
BAB IX PENUTUP	33
DENAH RUANGAN	34



SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI

NOMOR: 081/SK-DIR/RSPGP/III/2025

TENTANG

**PEDOMAN PELAYANAN UNIT PERAWATAN INTENSIVE
RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI**

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI

- Menimbang** : a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Permata Gunung Putri maka diperlukan penyelenggaraan Pelayanan Unit Perawatan Intensive yang bermutu tinggi.
- b. Bahwa agar Pelayanan Unit Perawatan Intensive di Rumah Sakit Permata Gunung Putri dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Pedoman Pelayanan Unit Perawatan Intensive.
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b), perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Permata Gunung Putri.
- Mengingat** : a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- b. Keputusan Menteri Kesehatan(Kemenkes) Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1778 Tahun 2010 tentang Pedoman Pelayanan ICU di Rumah Sakit
- d. Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Pelayanan Rumah Sakit yang mengatur persyaratan ICU sebagai bagian dari pelayanan rumah sakit secara umum.
- Memperhatikan** : 1. Surat Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Permata Gunung Putri Nomor: 026/SK-DIR/RSPGP/III/2025, tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit.
2. Surat Keputusan Direktur PT. Permata Hospital Gunung Putri Nomor: 002/SK/Int/II/2025, tanggal 17 Februari 2025,



tentang Pengesahan Struktur Organisasi Rumah Sakit Permata Gunung Putri;

3. Surat Keputusan PT. Permata Hospital Gunung Putri Nomor: SK/001/II/PHG/2025, tanggal 01 Januari 2025, tentang Pengangkatan dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes sebagai Direktur Utama Rumah Sakit Permata Gunung Putri

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT PERAWATAN INTENSIVE RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI
- Pertama : Menetapkan dan memberlakukan Pedoman Pelayanan Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Surat Keputusan ini.
- Kedua : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bogor

Pada tanggal : 05 Maret 2025

 Direktur Utama



dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes



KATA PENGANTAR

Segala Puji syukur kami panjatkan kepada Allah Tuhan Yang Maha Esa, karena kami dapat menyelesaikan Pedoman Pelayanan Unit Perawatan Intensive Tahun 2025 Rumah Sakit Permata Gunung Putri. Pedoman Pelayanan ini kami harapkan dapat menjadi acuan dalam meningkatkan mutu di lingkungan Rumah Sakit Permata Gunung Putri yang kami cintai.



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Unit Perawatan Intensive adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah kepala bidang pelayanan medis), 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. Unit Perawatan Intensive menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.

Kematian pasien yang mengalami pembedahan terbanyak timbul pada saat pasca bedah. Pada sekitar tahun 1860, Florence Nightingale mengusulkan anestesi sampai ke masa pasca bedah. Dimulai sekitar tahun 1942, Mayo Clinic membuat suatu ruangan khusus di mana pasien-pasien pasca bedah dikumpulkan dan diawasi sampai sadar dan stabil fungsi-fungsi vitalnya, serta bebas dari pengaruh sisa obat anestesi. Keberhasilan unit pulih sadar merupakan awal dipandang perlunya untuk melanjutkan pelayanan serupa tidak pada masa pulih sadar saja, namun juga pada masa pasca bedah.

Evolusi Perawatan Intensive bermula dari timbulnya wabah poliomyelitis di Scandinavia pada sekitar awal tahun 1950, dijumpai banyak kematian yang disebabkan oleh kelumpuhan otot-otot pernapasan. Dokter spesialis anestesiologi dipelopori oleh Bjorn Ibsen pada waktu itu, melakukan intubasi dan memberikan bantuan napas secara manual mirip yang dilakukan selama anestesi. Dengan bantuan para mahasiswa kedokteran dan sekelompok sukarelawan mereka mempertahankan nyawa pasien poliomyelitis bulbar dan bahkan menurunkan mortalitas menjadi sebanyak 40%, dibandingkan dengan cara sebelumnya yakni penggunaan iron lung yang mortalitasnya sebesar 90%.



Pada saat ini, Perawatan Intensive 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 Permata Gunung Putri sebagai salah satu penyedia pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi rujukan harus dapat memberikan pelayanan Intensive yang profesional dan berkualitas dengan mengedepankan keselamatan pasien. Pada Unit Perawatan Intensive, perawatan untuk pasien dilaksanakan dengan melibatkan berbagai tenaga profesional yang terdiri dari multi disiplin ilmu yang bekerjasama 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 Unit Perawatan Intensive. Oleh karena itu, mengingat diperlukannya tenaga-tenaga khusus, terbatasnya sarana dan prasarana, serta mahalnya peralatan, maka demi efisiensi, keberadaan Unit Perawatan Intensive perlu dikonsentrasikan.

B. Tujuan Pedoman

1. Tujuan Umum

Tercapainya standarisasi pelayanan Unit Perawatan Intensive di Rumah Sakit Permata Gunung Putri sesuai dengan klasifikasi khusus Rumah Sakit Permata Gunung Putri.

2. Tujuan Khusus

- a. Sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Unit Perawatan Intensive di Rumah Sakit Permata Gunung Putri.
- b. Sebagai tolak ukur dalam menilai penampilan pelayanan Unit Perawatan Intensive di Rumah Sakit Permata Gunung Putri.
- c. Sebagai pedoman dalam upaya pengembangan lebih lanjut Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri dan arahan yang disesuaikan dengan tingkat pelayanan yang telah dicapai dan proyeksi kebutuhan pelayanan di masa mendatang.



C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di Unit Perawatan Intensive 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.

Bidang kerja Unit Intensive Care meliputi pengelolaan pasien langsung, administrasi unit, pendidikan dan pelatihan.

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. Cara kerja demikian mencegah pengelolaan yang terkotak-kotak dan menghasilkan pendekatan yang terkoordinasi pada pasien serta keluarganya.

2. Administrasi unit

Pelayanan Unit Perawatan Intensive 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.



D. Batasan Operasional

1. Unit Perawatan Intensive

Adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin.

2. Pelayanan Unit Perawatan

Intensive diindikasikan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien yang sakit kritis:

- a. Pasien-pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan penanganan dokter, perawat, profesi lain yang terkait secara terkoordinasi dan berkelanjutan, serta pemantauan dan penanganan segera, terapi titrasi dan dukungan alat.
- b. Keadaan pasien dalam bahaya dan mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus menerus serta intervensi segera dan dukungan peralatan canggih untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan.

3. Pada keadaan permintaan layanan Unit Perawatan Intensive lebih tinggi dari pada kapasitas atau sarana dan prasarana maka SPV Unit Perawatan Intensive harus menentukan prioritas sesuai indikasi. Prioritas tersebut adalah:

a. Pasien prioritas 1 (satu)

Kelompok ini dengan kondisi sakit kritis, tidak stabil, memerlukan bantuan ventilasi dan alat bantu suportif organ/sistem yang lain, infus obat-obat kontinu, misalnya pasca bedah kardiotoraksik, pasien sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa.

b. Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien ini memerlukan pelayanan karena sangat berisiko bila tidak mendapatkan terapi intensif dan pemantauan segera.

c. 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 kombinasi. Kemungkinan sembuh dan/atau manfaat terapi di Unit Perawatan Intensive pada golongan ini sangat kecil. 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 dan persetujuan Kepala Instalasi 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 / “DNR (*Do Not Resuscitate*)”.
- ☐ Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.
- ☐ Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak. Pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU untuk menunjang fungsi organ hanya untuk kepentingan donor organ.

4. Kriteria keluar

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh DPJP dan dr. Anestesi, kepala ICU dan tim.

E. Landasan Hukum

1. Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5063).
2. Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 4431).
3. Undang-Undang nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
4. Undang-Undang nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit.



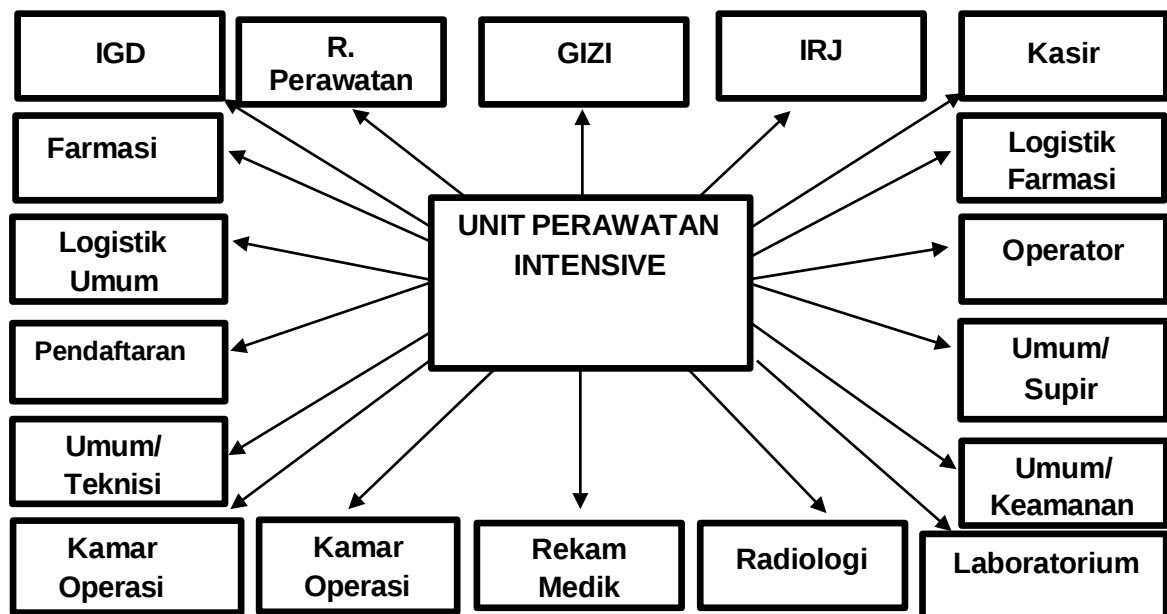
BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Struktur Organisasi

(Terlampir)

B. Hubungan Kerja dengan Unit Lain



C. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Untuk mendukung penanganan pasien di Unit Perawatan Intensive dibutuhkan pendidikan dan pelatihan khusus. Spesifikasi Pendidikan dan Pelatihan yang terkait dengan layanan dan kompetensi adalah seperti pada;



No.	Jenis Tenaga	Strata/Klasifikasi Pelayanan	
		Sekunder	Tersier
1	Kepala Instalasi Unit Perawatan Intensive	Dokter Intensivist, Dokter spesialis anesthesiologi (jika belum ada dokter intensivist).	Dokter Anestesi Intensivist
2	Tim Medis	Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan).	Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan).
		Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ATLS/ACLS, dan FCCS.	Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS
3	Perawat	Minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di Unit Perawatan Intensive merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU.	Minimal 60% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU.
4	Tenaga non kesehatan	Housekeeping	Tenaga administrasi di ICU, Tenaga kefarmasian, housekeeping, tenaga rekam medik, laboratorium, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

1. Dokter Anestesi Intensivist

Dokter Anestesi Intensivist yang dimaksud adalah Dokter Anestesi yang :

- Bersertifikat sebagai seorang spesialis *intensive care medicine* (KIC; Konsultan Intensive Care).
- Menunjang kualitas pelayanan di Unit Perawatan Intensive dan menggunakan sumber daya ICU secara efisien.
- Mendarmabaktikan lebih dari 50% waktu profesinya dalam pelayanan ICU.



- d. Bersedia berpartisipasi dalam suatu unit yang memberikan pelayanan 24 jam/hari, 7 hari/seminggu.
- e. Mampu melakukan prosedur *critical care*
 - Pemasangan kabel pacu jantung *transvenous temporary*.
 - Melakukan diagnostik non-invasif fungsi kardiovaskuler dengan *echocardiography*.
 - Resusitasi jantung paru.
 - Pemasangan selang (WSD)/*thoracostomy*.
- f. Melaksanakan dua peran utama:
 - Mampu melakukan pengelolaan pasien sakit kritis.
 - Mampu melakukan manajemen instalasi.

2. Keperawatan

a. Perencanaan Tenaga Perawat

Perencanaan tenaga keperawatan mengacu pada kapasitas tempat tidur dan klasifikasi/stratifikasi pelayanan Unit Perawatan Intensive serta kompetensi perawat untuk mendukung terwujudnya pelayanan keperawatan yang berkualitas, efektif dan efisien.

b. Kualifikasi Perawat Unit Perawatan Intensive adalah sebagai berikut:

□ Perawat Pelaksana

Minimal D3 Keperawatan, memiliki sertifikat pelatihan ICU, atau dengan pengalaman klinik minimal 2 tahun dilingkup keperawatan.

□ Ketua Tim (Penanggung Jawab *Shift* atau Tim)

Minimal D3 Keperawatan, dengan pengalaman kerja di ICU minimal 3 tahun, memiliki sertifikat ICU dan sertifikat pelatihan tambahan.

□ Perawat SPV Unit Perawatan Intensive primer dan sekunder

Ners dengan pengalaman sebagai ketua Tim ICU minimal 3 tahun dan memiliki sertifikat manajemen kepala ruang.



- ☐ Perawat SPV Unit Perawatan Intensive tersier
Minimal Ners atau S2 keperawatan, memiliki pengalaman sebagai ketua Tim ICU minimal 3 tahun dan memiliki sertifikat manajemen SPV, serta sertifikat pelatihan ICU.
- c. Adanya kebijakan pimpinan tentang kebutuhan perawat di Unit Perawatan Intensive dengan dasar perhitungan kebutuhan tenaga dengan memperhatikan kapasitas tempat tidur, BOR dan tingkat ketergantungan pasien.
- d. Semua perawat yang memberikan pelayanan/asuhan keperawatan di Unit Perawatan Intensive mempunyai SIP, SIK, dan sertifikat pelatihan yang berkaitan dengan ICU.

3. Kompetensi Perawat Unit Perawatan Intensive

- a. Unit Perawatan Intensive Primer
 - ☐ Memahami konsep keperawatan intensif.
 - ☐ Memahami isu etik dan hukum.
 - ☐ Mempergunakan keterampilan komunikasi yang efektif.
 - ☐ Melakukan pengkajian dan menganalisa data yang didapat.
 - ☐ Pengelolaan jalan nafas.
 - ☐ Melakukan fisioterapi dada.
 - ☐ Memberikan inhalasi.
 - ☐ Memberikan terapi oksigen.
 - ☐ Mengukur saturasi oksigen.
 - ☐ Monitoring hemodinamik non-invasif.
 - ☐ Melakukan BLS dan ALS.
 - ☐ Merekam dan melakukan interpretasi EKG.
 - ☐ Melakukan pengambilan specimen untuk pemeriksaan laboratorium.
 - ☐ Mengetahui dan dapat menginterpretasi hasil AGD.
 - ☐ Mempersiapkan dan asistensi pemasangan drainase toraks.



- ☐ Mempersiapkan dan melakukan pemberian terapi secara titrasi.
 - ☐ Melakukan pengelolaan nutrisi pada pasien kritis.
 - ☐ Pengelolaan pemberian terapi cairan dan elektrolit intra-vena.
 - ☐ Melakukan pencegahan dan penanggulangan infeksi nosokomial.
 - ☐ Mampu mengkaji dan mendukung mekanisme koping pasien yang efektif.
- b. Unit Perawatan Intensive Sekunder
Kopetensi ICU Primer, ditambah:
- ☐ Pengelolaan pasien dengan ventilasi mekanik.
 - ☐ Pengelolaan pasien dengan drainase toraks.
 - ☐ Mempersiapkan pemasangan monitoring invasif (tekanan vena sentral, tekanan arteri sistemik dan pulmonal).
 - ☐ Melakukan pengukuran tekanan vena sentral dan arteri.
 - ☐ Melakukan pengelolaan terapi trombolitik.
 - ☐ Melakukan persiapan *Renal Replacement Therapy*.
- c. Unit Perawatan Intensive Tersier
Kompetensi ICU Sekunder, ditambah:
- ☐ Mengetahui persiapan pemasangan *Intraaortic Artery Balloon Pump (IABP)*.
 - ☐ Melakukan persiapan *Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)*.

4. Kompetensi Ketua Tim Unit Perawatan Intensive (PJ Shift)

Kompetensi Ketua Tim ICU (PJ *shift*) antara lain: kompetensi perawat ICU primer ditambah dengan kemampuan leadership.

5. Kompetensi Kepala Ruangan Unit Perawatan Intensive

Kompetensi ketua tim (penanggung jawab *shift*) dan kompetensi managerial.



6. Penghitungan Jumlah Ketenagaan

Kebutuhan perawat di Unit Perawatan Intensive didasarkan pada kapasitas tempat tidur, BOR dan tingkat ketergantungan pasien. Ada kebijakan pimpinan rumah sakit tentang rasio perawat setiap jaga (*shift*):

- a. Rasio perawat & pasien pelayanan Unit Perawatan Intensive Primer;
perawat : 2-3 pasien
- b. Rasio perawat & pasien pelayanan Unit Perawatan Intensive Sekunder;
1 perawat : 1-2 pasien
- c. Rasio perawat & pasien pelayanan Unit Perawatan Intensive Tersier;
1-2 perawat : 1 pasien
- d. Perbandingan perawat dengan pasien berdasarkan pada kompleksitas masalah pasien.
 - ☐ perbandingan perawat : pasien yang menggunakan ventilasi mekanik adalah 1:1
 - ☐ perbandingan perawat : pasien yang tidak menggunakan ventilasi mekanik adalah 1:2.

D. Distribusi Ketenagaan

Pola pengaturan ketenagaan Unit Perawatan Intensive yaitu:

1. Dinas Pagi

Petugas yang bertugas sejumlah 1-2 orang dengan standar minimal bersertifikat BLS/BTCLS.

Kategori : 1 orang Kepala Perawat Unit Perawatan Intensive dan 1 Perawat Pelaksana.



2. Dinas Sore

Petugas yang bertugas sejumlah 1-2 orang dengan standar minimal bersertifikat BLS/BTCLS.

Kategori : 1 PJ shift dan 1 Perawat Pelaksana.

3. Dinas Malam

Petugas yang bertugas sejumlah 1-2 orang dengan standar minimal bersertifikat BLS/BTCLS.

Kategori : 1 PJ shift dan 1 Perawat Pelaksana.

E. Pengaturan Jaga

1. Pengaturan Jaga Perawat Unit Perawatan Intensive

- a. Pengaturan jadwal dinas perawat Unit Perawatan Intensive dibuat dan dipertanggung jawabkan oleh SPV Unit Perawatan Intensive dan disetujui oleh Manager Keperawatan.
- b. Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan direalisasikan ke perawat pelaksana Unit Perawatan Intensive setiap satu bulan.
- c. Untuk tenaga perawat yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka perawat tersebut dapat mengajukan permintaan dinas pada buku permintaan. Permintaan akan disesuaikan dengan kebutuhan tenaga yang ada (apa bila tenaga cukup dan berimbang serta tidak mengganggu pelayanan, maka permintaan disetujui).
- d. Setiap tugas jaga/shift harus ada perawat penanggung jawab shift/tim (PJ Shift atau PJT) dengan syarat pendidikan minimal D-III Keperawatan dengan masa kerja minimal 2 tahun, serta memiliki sertifikat standar BLS/BTCLS.
- e. Jadwal dinas terbagi atas dinas pagi, dinas sore, dinas malam, lepas malam, libur, dan cuti.
- f. Apabila ada tenaga perawat jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (terencana), maka:



- ☐ Perawat yang bersangkutan harus memberitahu SPV Unit Perawatan Intensive 2 jam sebelum dinas pagi dan 4 jam sebelum dinas sore/malam.
- ☐ Sebelum memberitahu SPV Unit Perawatan Intensive, diharapkan perawat yang bersangkutan sudah mencari perawat pengganti. Apabila perawat yang bersangkutan tidak mendapatkan perawat pengganti, maka SPV Unit Perawatan Intensive akan mencari tenaga perawat pengganti yaitu perawat yang hari itu libur atau perawat intensive yang tinggal di lingkungan terdekat Rumah Sakit Permata Gunung Putri.
- g. Apabila ada tenaga perawat tiba-tiba tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (tidak terencana), maka kepala ruangan Unit Perawatan Intensive akan mencari perawat pengganti yang hari itu libur atau perawat intensive yang tinggal di lingkungan terdekat dengan Rumah Sakit Permata Gunung Putri.
- h. Apabila perawat pengganti tidak didapatkan, maka perawat yang dinas pada shift sebelumnya wajib untuk menggantikan atau melanjutkan jaga dengan dihitung lembur.

2. Pengaturan Jaga Dokter Unit Perawatan Intensive

- a. Pengaturan jadwal dokter jaga Unit Perawatan Intensive menjadi tanggung jawab SPV dan disetujui oleh Manager Pelayanan Medis.
- b. Jadwal dokter jaga Unit Perawatan Intensive dibuat untuk jangka waktu 1 bulan serta sudah diedarkan ke unit terkait dan dokter jaga yang bersangkutan 1 minggu sebelum jaga di mulai.
- c. Apabila dokter jaga Unit Perawatan Intensive karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, maka:
 - ☐ Terencana : dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke Kepala Instalasi ICU paling lambat 3 hari sebelum tanggal jaga, serta dokter tersebut wajib menunjuk dokter jaga pengganti.
 - ☐ Tidak terencana : dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke Kepala Instalasi ICU dan diharapkan dokter tersebut sudah menunjuk dokter jaga pengganti. Apabila dokter jaga pengganti tidak didapatkan, maka Kepala Instalasi ICU wajib untuk mencari dokter jaga pengganti yang pada saat itu libur atau dirangkap oleh dokter jaga ruangan.



- Apabila dokter jaga pengganti tidak didapatkan maka dokter jaga shift sebelumnya wajib untuk menggantikan.

3. Pengaturan Jadwal Dokter Konsulen

- a. Pengaturan jadwal jaga dokter konsulen menjadi tanggung jawab kepala bidang pelayanan medis dan disetujui oleh Direktur RS.
- b. Jadwal jaga dokter konsulen dibuat setiap 1 bulan serta sudah diedarkan ke unit terkait dan dokter konsulen yang bersangkutan 1 minggu sebelum jaga di mulai.
- c. Apabila dokter konsulen jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai dengan jadwal yang telah di tetapkan, maka :
 - Terencana : dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke sekretaris direktur paling lambat 3 hari sebelum tanggal jaga, serta dokter tersebut wajib menunjuk dokter jaga konsulen pengganti.
 - Tidak Terencana : dokter yang bersangkutan harus menginformasikan ke sekretaris direktur dan di harapkan dokter tersebut sudah menunjuk dokter jaga konsulen pengganti. Apabila dokter jaga pengganti tidak didapatkan, maka kepala bidang pelayanan medis wajib untuk mencari dokter jaga konsulen pengganti.



BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruangan

Terlampir

B. Standar Fasilitas

1. Sarana dan Prasarana

a. Lokasi

Dianjurkan satu kompleks dengan kamar bedah dan kamar pulih, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke Instalasi Gawat Darurat (IGD), Laboratorium, dan Radiologi.

b. Desain

Pelayanan Unit Perawatan Intensive yang memadai ditentukan berdasarkan desain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat.

c. Ketentuan bangunan Unit Perawatan Intensive adalah sebagai berikut :

1) Terisolasi

2) Mempunyai standar tertentu terhadap :

- ☐ Bahaya api.
- ☐ Ventilasi.
- ☐ AC.
- ☐ Exhaust fan.
- ☐ Pipa air.
- ☐ Komunikasi.
- ☐ Bakteriologis.
- ☐ Kabel monitor.

d. Lantai mudah dibersihkan, keras dan rata.

Ruangan Unit Perawatan Intensive dibagi menjadi beberapa area yang terdiri dari :



1) Area Pasien

- ☐ Unit terbuka : 12–16 m²/ tempat tidur.
- ☐ Unit tertutup : 16–20 m²/ tempat tidur.
- ☐ Jarak antara tempat tidur : 2 m.
- ☐ Unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur.
- ☐ Unit tertutup mempunyai 1 tempat tidur & 1 cuci tangan.
- ☐ Harus ada sejumlah outlet yang cukup sesuai dengan level ICU. ICU tersier paling sedikit 3 outlet udara-tekan, dan 3 pompa isap dan minimal 16 stop kontak untuk tiap tempat tidur.
- ☐ Pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi klinis dengan lampu TL *day light* 10 watt/m². Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain dari unit juga memperhatikan privasi pasien.

2) Area Kerja

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

3) Lingkungan

Mempunyai pendingin ruangan yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu 22°C-25°C, kelembaban 50%–70%.



- Ruang Isolasi
Dilengkapi dengan tempat cuci tangan dan tempat ganti pakaian sendiri.
- 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.
- 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.
- Ruang Perawat
Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh perawat yang bertugas dan pimpinannya.
- Ruang Staf Dokter
Tempat kegiatan organisasi dan administrasi termasuk kantor Kepala Bagian dan staf, dan kepustakaan.
- Ruang Tunggu Keluarga Pasien
- Labotatorium
Harus dipertimbangkan pada unit yang tidak mengandalkan pelayanan terpusat.



BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Tata Laksana Pelayanan

Tata laksana layanan Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri dibagi menjadi dua klasifikasi pelayanan, yaitu :

1. Close ICU

Pada close ICU, jika dokter yang merawat pasien sudah memutuskan dan mengindikasikan pasien harus mendapat perawatan intensive, maka dokter yang merawat atau dokter jaga saat itu harus melaporkan kepada Dokter Intensivist ICU. Dokter ICU akan mengkaji indikasi tersebut melalui telephone. Setelah menerima jawaban dari dokter intensivist, dokter yang merawat pasien atau dokter jaga segera memberitahukan ke Perawat Penanggung Jawab Tim (PJT) di *shift* yang bersangkutan untuk pemindahkan pasien. Penanggung Jawab Tim (PJT) segera menghubungi Kepala Instalasi ICU untuk rencana pemindahan pasien.

Penanggung Jawab Tim (PJT) ICU akan mengkaji diagnosa, dokter yang merawat, kondisi pasien, *informed cosent*, tindakan yang sudah dilakukan, tindakan yang akan dilakukan, alat-alat yang dipasang obat- obatan / infus yang diberikan. Informasi tersebut kemudian diteruskan ke perawat yang akan merawat pasien tersebut dan persiapan ruangan untuk pasien baru. Dalam waktu ≤ 30 menit pasien sudah boleh di antar ke ICU.

Penanganan pasien selama di ICU sepenuhnya dibawah tanggung jawab dokter intensivist. Dokter intensivist akan berkoordinasi dengan berbagai disiplin untuk penanganan pasien. Semua keputusan dan instruksi dari dokter intensivist, termasuk rencana dan / pemindahan pasien jika kondisi pasien sudah stabil dan tidak memerlukan penanganan di ICU lagi.

2. Open ICU

Pada layanan Open ICU, dokter merawat pasien yang menentukan dan memutuskan pasien harus dirawat di ICU. Selama perawatan di ICU akan dikonsultasikan kepada dokter anastesi atau intensivist yang bertugas untuk *airway management*, berhubungan dengan kedaruratan, pemasangan alat-alat invasive, pemberian obat-obat anastesi dan lain-lain, namun koordinator dan segala instruksi



diputuskan oleh dokter yang merawat. Dokter yang merawat akan berkoordinasi dengan berbagai disiplin lain untuk merawat pasien tersebut.

B. Tata Laksana Sistem Komunikasi Unit Perawatan Intensive

1. Petugas Penanggung Jawab
 - a) Petugas Operator
 - b) Dokter/Perawat Unit Perawatan Intensive
2. Perangkat Kerja
 - a) Pesawat Telepon
 - b) Handphone
3. Tata Laksana Sistem Komunikasi Unit Perawatan Intensive
 - a) Antara Unit Perawatan Intensive dengan unit lain dalam RS Permata Gunung Putri adalah dengan nomor *extension* masing-masing unit.
 - b) Antara Unit Perawatan Intensive dengan dokter konsulen / rumah sakit lain / yang terkait dengan pelayanan di luar RS adalah menggunakan pesawat telepon langsung dari Unit Perawatan Intensive dengan menggunakan *speed dial* yang dimiliki oleh dokter jaga atau melalui bagian operator.
 - c) Antara Unit Perawatan Intensive dengan petugas ambulance yang berada dilapangan menggunakan pesawat telepon dan handphone.
 - d) Dari luar RS Permata Gunung Putri dapat langsung melalui operator.

C. Tata Laksana Pengisian *Informed Consent*

1. Petugas Penanggung Jawab
 - a) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
 - b) Dokter Intensivist Unit Perawatan Intensive
 - c) Dokter Unit Perawatan Intensive
2. Perangkat Kerja
 - a) Formulir persetujuan Tindakan

3. Tata Laksana Sistem Komunikasi Unit Perawatan Intensive

- a) Dokter ICU yang sedang bertugas menjelaskan tujuan dari pengisian *informed consent* kepada pasien/keluarga pasien dan disaksikan oleh perawat.
- b) Pasien menyetujui, *informed consent* diisi dengan lengkap disaksikan oleh perawat.
- c) Setelah diisi dimasukkan dalam status medik pasien.

D. Tata Laksana Transportasi Pasien

1. Petugas Penanggung Jawab

- a) Perawat Unit Perawatan Intensive
- b) Supir ambulance
- c) Dokter jaga Unit Perawatan Intensive

2. Perangkat Kerja

- a) Ambulance
- b) Alat tulis

3. Tata Laksana Transportasi Pasien Unit Perawatan Intensive

- a) Bagi pasien yang memerlukan penggunaan ambulance RS Permata Gunung Putri sebagai transportasi, maka perawat unit terkait menghubungi IGD.
- b) Perawat Unit Perawatan Intensive menuliskan data-data/penggunaan ambulance (nama pasien ruang rawat inap, waktu penggunaan & tujuan penggunaan).
- c) Perawat IGD menghubungi bagian/supir ambulance untuk menyiapkan kendaraan.
- d) Perawat ICU menyiapkan alat medis sesuai dengan kondisi pasien.



E. Tata Laksana Sistem Informasi Pelayanan Pra Rujukan Rumah Sakit

1. Petugas Penanggung Jawab
 - a) Perawat Unit Perawatan Intensive
2. Perangkat Kerja
 - a) Ambulance
 - b) Handphone
3. Tata Laksana Sistem Informasi Pelayanan Pra Rujukan RS
 - a) Perawat yang mendampingi pasien memberikan informasi mengenai kondisi pasien yang akan dibawa kepada perawat Unit Perawatan Intensive RS Permata Gunung Putri.
 - b) Isi informasi mencakup:
 - ☐ Keadaan umum (kesadaran dan tanda-tanda vital)
 - ☐ Peralatan yang diperlukan di Unit Perawatan Intensive (*suction*, monitor, defibrillator)
 - ☐ Kemungkinan untuk dirawat di unit intensive care
 - ☐ Perawat Unit Perawatan Intensive melaporkan pada dokter jaga Unit Perawatan Intensive dan PJT serta menyiapkan hal-hal yang diperlukan sesuai dengan laporan yang diterima dari petugas ambulance.

F. Tata Laksana Sistem Rujukan

1. Petugas Penanggung Jawab
 - a) Dokter Unit Perawatan Intensive
 - b) Perawat Unit Perawatan Intensive
2. Perangkat Kerja
 - a) Ambulance
 - b) Formular persetujuan Tindakan
 - c) Formular rujukan



3. Tata Laksana Sistem Rujukan Unit Perawatan Intensive

a) Alih Rawat

- ☐ Perawat Unit Perawatan Intensive menghubungi rumah sakit yang akan dirujuk.
- ☐ Dokter jaga Unit Perawatan Intensive memberikan informasi pada dokter jaga rumah sakit rujukan mengenai keadaan umum pasien.
- ☐ Bila tempat telah tersedia di rumah sakit rujukan, perawat Unit Perawatan Intensive menghubungi RS Permata Gunung Putri / ambulance 118 sesuai kondisi pasien.
- ☐ Pasien yang akan dirujuk ke Rumah Sakit lain didampingi oleh dokter jaga Unit Perawatan Intensive.

b) Pemeriksaan Diagnostik

- ☐ Pasien/keluarga pasien dijelaskan oleh dokter jaga mengenai tujuan pemeriksaan diagnostik, bila setuju maka keluarga pasien harus mengisi *informed consent*.
- ☐ Perawat Unit Perawatan Intensive menghubungi RS rujukan.
- ☐ Perawat Unit Perawatan Intensive menghubungi petugas ambulance RS Permata Gunung Putri.
- ☐ Pasien Unit Perawatan Intensive yang akan dilakukan pemeriksaan diagnostik ke RS lain akan didampingi oleh dokter jaga ICU.

c) Spesimen

- ☐ Pasien atau keluarga pasien dijelaskan mengenai tujuan pemeriksaan spesimen.
- ☐ Bila keluarga setuju maka harus mengisi *inform consent*.
- ☐ Dokter jaga mengisi formulir pemeriksaan, dan diserahkan ke petugas laboratorium.
- ☐ Petugas laboratorium melakukan rujukan ke laboratorium yang dituju saat pemeriksaan spesimen yang dilakukan tidak bisa dilakukan atau tidak bisa diperiksa di RS Permata Gunung Putri.



BAB V

LOGISTIK

Secara umum, untuk logistik di Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri sudah dibuatkan sesuai dengan kebutuhan yang ada dan bisa terpenuhi dengan cepat. Hal ini tentunya merupakan sebuah standar dimana pemenuhannya bisa segera dilakukan untuk membantu mengatasi kebutuhan logistik yang sangat mendesak dan penting bagi terselenggaranya sebuah pelayanan yang efektif dan efisien di *intensive care unit* (ICU).



BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi :

1. Assessment risiko.
2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien.
3. Pelaporan dan analisis insiden.
4. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya.
5. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh :

1. Kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan.
2. Tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

B. Tujuan

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan Masyarakat.
3. Menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

C. Standar Keselamatan Pasien

1. Hak pasien.
2. Mendidik pasien dan keluarga.



3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
5. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
6. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

D. Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

a) *Adverse Event*

Suatu kejadian yang tidak diharapkan, yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.

b) *Unpreventable Adverse Event* (KTD yang tidak dapat dicegah)

KTD yang terjadi akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan tindakan apapun, walaupun dengan pengetahuan mutakhir.

2. Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

a) *Near Miss*

Suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi:

- ☐ Karena “keberuntungan”
- ☐ Karena “pencegahan”
- ☐ Karena “peringanan”

b) *Medical Errors* (Kesalahan Medis)

Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien.



3. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah.

Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (seperti: amputasi pada kaki yang salah) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

E. Tata Laksana Keselamatan Pasien

1. Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien.
2. Melaporkan pada dokter jaga ICU.
3. Memberikan tindakan sesuai dengan instruksi dokter jaga.
4. Mengobservasi keadaan umum pasien.
5. Mendokumentasikan kejadian tersebut pada formulir “Pelaporan Insiden Keselamatan”.



BAB VII

KESELAMATAN KERJA

A Latar Belakang

HIV/AIDS telah menjadi ancaman global. Ancaman penyebaran HIV menjadi lebih tinggi karena pengidap HIV tidak menampilkan gejala. Setiap hari ribuan anak berusia kurang dari 15 tahun dan 14.000 penduduk berusia 15 - 49 tahun terinfeksi HIV. Dari keseluruhan kasus baru 25% terjadi di negara-negara berkembang yang belum mampu menyelenggarakan kegiatan penanggulangan yang memadai.

Angka pengidap HIV di Indonesia terus meningkat, dengan peningkatan kasus yang sangat bermakna. Ledakan kasus HIV / AIDS terjadi akibat masuknya kasus secara langsung ke masyarakat melalui penduduk migran, sementara potensi penularan dimasyarakat cukup tinggi (misalnya melalui perilaku seks bebas tanpa pelindung, pelayanan kesehatan yang belum aman karena belum ditetapkannya kewaspadaan umum dengan baik, penggunaan bersama peralatan menembus kulit : tato, tindik, dll).

Penyakit Hepatitis B dan C, yang keduanya potensial untuk menular melalui tindakan pada pelayanan kesehatan. Sebagai ilustrasi dikemukakan bahwa menurut data PMI angka kesakitan hepatitis B di Indonesia pada pendonor sebesar 2,08% pada tahun 1998 dan angka kesakitan hepatitis C di masyarakat menurut perkiraan WHO adalah 2,10%. Kedua penyakit ini sering tidak dapat dikenali secara klinis karena tidak memberikan gejala.

Dengan munculnya penyebaran penyakit tersebut diatas memperkuat keinginan untuk mengembangkan dan menjalankan prosedur yang bisa melindungi semua pihak dari penyebaran infeksi. Upaya pencegahan penyebaran infeksi dikenal melalui "Kewaspadaan Umum" atau "*Universal Precaution*" yaitu dimulai sejak dikenalnya infeksi nosokomial yang terus menjadi ancaman bagi "Petugas Kesehatan".

Tenaga kesehatan sebagai ujung tombak yang melayani dan melakukan kontak langsung dengan pasien dalam waktu 24 jam secara terus menerus tentunya mempunyai resiko terpajan infeksi. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan wajib menjaga kesehatan dan keselamatan dirinya dari resiko tertular penyakit agar dapat bekerja maksimal.



Dengan mematuhi Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah ditetapkan oleh rumah sakit maka diharapkan bisa meminimalisir atau mampu mencegah terjadinya pajanan dan/atau kejadian lainnya sehingga tenaga kesehatan bisa terhindar dari risiko-risiko yang ada.

B. Tujuan

1. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya dapat melindungi diri sendiri, pasien, dan masyarakat dari penyebaran infeksi.
2. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya mempunyai resiko tinggi terinfeksi penyakit menular dilingkungan tempat kerjanya, untuk menghindarkan paparan tersebut, setiap petugas harus menerapkan prinsip "*Universal Precaution*".

C. Tindakan Yang Beresiko Terpajan

1. Cuci tangan yang kurang benar.
2. Penggunaan sarung tangan yang kurang tepat.
3. Penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman.
4. Pembuangan peralatan tajam secara tidak aman.
5. Tehnik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan kurang tepat.
6. Praktek kebersihan ruangan yang belum memadai.

D. Prinsip Keselamatan Kerja

Prinsip utama prosedur *universal precaution* dalam kaitan keselamatan kerja adalah menjaga hygiene sanitasi individu, hygiene sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan. Ketiga prinsip tesebut dijabarkan menjadi 5 (lima) kegiatan pokok yaitu :

1. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang.
2. Pemakaian alat pelindung, diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksi yang lain.
3. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai.
4. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan.
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.



BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

Indikator mutu yang digunakan di Rumah Sakit Permata Gunung Putri khususnya untuk Unit Perawatan Intensive mengacu kepada indikator tingkat unit dan tingkat Rumah Sakit. Dalam pelaksanaan indikator mutu menggunakan kurva harian dalam format tersendiri dan dievaluasi serta dilaporkan setiap bulan kepada direktur rumah sakit, panitia mutu dan kepala bidang keperawatan.



BAB IX PENUTUP

Pedoman pelayanan Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi seluruh tenaga kesehatan yang bertugas di pelayanan Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri.

Pelayanan Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri dibagi menjadi tiga klasifikasi pelayanan yang disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit meliputi sumber daya, sarana, prasarana, dan peralatan. Pedoman Pelayanan Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri, selanjutnya perlu dijabarkan dalam Standar Prosedur Operasional (SPO) di setiap proses pelayanannya sehingga tercapai kelancaran dalam proses pelaksanaan di Unit Perawatan Intensive Rumah Sakit Permata Gunung Putri.



DENAH RUANGAN

