



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGEMBANGAN MODEL INTENSIVE CARE UNIT  
DI RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA  
JAKARTA TAHUN 2008**

**TESIS**

Oleh :

**Karlina**

NPM. 0606022340

**PROGRAM PASCASARJANA KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

**PENGEMBANGAN MODEL INTENSIVE CARE UNIT  
DI RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA JAKARTA  
TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program  
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, Juli 2008  
Komisi Pembimbing

Ketua

(Prof. Dr. Amal C Sjaaf, SKM, MPH)

Anggota

(Dr. Herry Mardani, SpAn)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 19 Juli 2008

Ketua



(Prof. Dr. Amal C Sjaaf, SKM, MPH)

Anggota

(Dr. Herry Mardani, SpAn)

(Dra. Dumillah Ayuningtyas, MARS)

(Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS)

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Karlina

NPM : 0606022340

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Angkatan : 2006

Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

### **PENGEMBANGAN MODEL INTENSIVE CARE UNIT DI RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA JAKARTA**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 19 juli 2008

( Karlina )

**PROGRAM PASCASARJANA  
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
Tesis, Juli 2008**

**Karlina, NPM. 0606022340**

**Pengembangan Model Intensive Care Unit Di Rumah Sakit Pusat Pertamina  
Jakarta Tahun 2008**

xvii + 153 halaman, 20 tabel, 5 lampiran

**ABSTRAK**

ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina merupakan salah satu ICU dengan kapasitas besar yang terdapat di Indonesia. Fasilitas yang dimilikinya cukup lengkap, standar operasional prosedur maupun jumlah serta kompetensi tenaga kerja yang bekerja didalamnya membuat instalasi ini dapat disetarakan dengan ICU tersier yaitu ICU pada level tertinggi yang biasanya terdapat pada rumah sakit rujukan atau pendidikan yang mampu mengatasi berbagai macam kondisi kritis pasien karena lengkapnya fasilitas yang dimiliki.

Akan tetapi ICU RSPP ini masih perlu mendapatkan perhatian lebih demi tujuan pelayanan yang optimal kepada pasien sesuai dengan visi dan misi RSPP kedepan. Melihat sumber daya dan kesempatan yang ada, maka pilihan model open pada sistem tata laksana pasien di ICU yang diterapkan selama ini dinilai sudah kurang sesuai hal ini disebabkan karena masih tingginya angka mortalitas, dokter intensivis maupun anestesi yang masih membagi waktunya dengan pembiusan di ruang operasi, panjangnya rantai pengambilan keputusan terapi dan masih bercampurnya antara pasien yang sungguh-sungguh membutuhkan ICU dengan pasien yang belum sepenuhnya memerlukan tindakan intensive.

Oleh karena itu peneliti mencoba menemukan model manajemen pasien yang dianggap lebih sesuai, efisien dan efektif bagi pasien maupun untuk rumah sakit. Metoda yang dipilih adalah *Focus Group Discussion* (FGD), *indepth interview* dan observasi karena topik yang diangkat merupakan topik yang sangat khusus dan belum banyak penelitian tentang ICU di Indonesia, juga karena sedikitnya waktu responden untuk dapat berkumpul serta metoda ini dapat memberikan jawaban yang lebih kaya karena adanya interaksi responden. Peneliti juga melakukan studi banding di 2 (dua) rumah sakit *top referral* di Jakarta dan Surabaya.

ICU RSPP memiliki sumber daya yang cukup besar yaitu 1 orang tenaga intensivis dan 3 orang tenaga anestesi yang siap mengikuti pelatihan intensivis, tenaga paramedis yang telah mendapat sertifikat intensive care sebanyak 75% dan terdapat 19 macam keahlian spesialis serta kapasitas jumlah tempat tidur sebanyak 22 buah membuat ICU RSPP pantas disetarakan dengan ICU tersier. Bukan hanya itu, standar prosedur tata laksana pasien telah disusun sesuai dengan semi-close model, hanya pelaksanaannya yang belum sesuai.

Dari hasil FGD dan *indepth interview* didapatkan bahwa sebagian besar peserta FGD menyatakan komposisi tempat tidur ICU saat ini masih kurang dan perlu adanya pemisahan fungsi ICU seperti ICCU dan ICU anak. Sedangkan dari hasil *indepth interview* menyatakan sebagian besar jumlah tempat tidur ICU sudah cukup dan sebagian kecil menyatakan kurang, dengan terbanyak menyatakan perlu adanya pemisahan.

Tentang jumlah dan kompetensi tenaga kerja sebagian besar peserta FGD menyatakan jumlah tenaga kerja dan kompetensinya dinyatakan cukup, sedangkan sebagian kecil menyatakan kurang. Untuk pertanyaan ini sengaja hanya ditanyakan pada kelompok FGD dikarenakan kelompok FGD adalah personil yang bekerja di unit ICU RSPP. Sedangkan kelompok *indepth interview* adalah kelompok dokter spesialis yang mengirimkan pasien ke ICU, sehingga penilaian atas kebutuhan jumlah tenaga kerja di kelompok ini kurang relevansinya.

Pertanyaan selanjutnya adalah tentang siapakah yang berwenang menentukan penilaian kritis pasien yang masuk ke ICU, pada kelompok FGD seluruhnya menyatakan dokter intensivis yang berwenang sekaligus mengukuhkan perlunya kehadiran dokter intensivis tersebut di ICU. Sedangkan kelompok indepth interview sebagian besar menyatakan dokter intensivis yang berwenang, dan sebagian kecil menyatakan dokter ruangan-lah yang berwenang.

Untuk menemukan jawaban pada pertanyaan apa yang lebih baik antara open model atau close-model pada kelompok FGD peneliti menggunakan teknik bertanya melalui bagaimana penentuan pasien masuk dan siapa yang bertanggung jawab, seluruh informan FGD menyatakan dokter intensivis dalam semi-close model ICU-lah yang terbaik. Sedangkan kelompok indepth interview sebagian besar menyatakan close model atau paling tidak semi-close adalah yang lebih baik dan sebagian kecil menyatakan open model-lah yang lebih cocok. Pada jawaban responden yang sebagian kecil tersebut ketika digali tentang kompetensi dokter yang merawat pasien kritis, keseluruhannya menjawab dokter intensivis-lah yang lebih berkompeten akan tetapi pemilihan manajemen di ICU tetap diinginkan open model dengan asumsi dokter yang merawat sejak awal lebih memahami penyakitnya.

Selanjutnya harapan dan saran untuk perbaikan ICU mendatang seluruh dari informan FGD maupun responden pada indepth interview menyatakan perlu adanya perbaikan yang didukung oleh adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.

Sedangkan hasil studi banding yang telah peneliti lakukan di 2 (dua) rumah sakit *top referral* didapatkan hasil indikator yang lebih rendah dari hasil di Rumah Sakit Pusat Pertamina dikarenakan sebagai rumah sakit rujukan terakhir, kondisi pasien yang dirujuk seringkali berada dalam keadaan terminal atau sangat

buruk. Tentu saja kondisi ini membuat angka harapan hidup pasien menjadi lebih kecil.

Bila melihat kondisi kegawatan pasien yang dirawat di ICU kiranya perlu suatu nilai standar yang disepakati bersama oleh persatuan dokter intensive care sebagai tolok ukur hasil kinerja medis yang dapat dievaluasi setiap bulan atau setiap tahun. Nilai standar ini dapat pula dijadikan sebagai target pencapaian keberhasilan suatu upaya pertolongan kritis pasien. Nilai standar dapat diambil dari nilai skor kritis pasien yang digunakan untuk menilai keadaan awal pasien sebelum pasien masuk ICU.

Dari keseluruhan hasil kegiatan penelitian ini di dapatkan kesimpulan bahwa pilihan semi-close model ICU menjadi pilihan yang paling sesuai yaitu dengan menempatkan dokter spesialis intensivis sebagai captain di ICU yang bekerja sama berkolaborasi dengan dokter spesialis yang merawat pasien tersebut sebelumnya.

Daftar Bacaan : 38 (1998 – 2008)



**POST GRADUATE PROGRAM  
HOSPITAL ADMINISTRATION  
Thesis, July 2008**

**Karlina, NPM 0606022340**

**Intensive Care Unit Model Development in Central Pertamina Jakarta  
Hospital, 2008**

xvii + 153 pages, 20 tables, 5 enclosures

**ABSTRACT**

The ICU in Central Hospital Pertamina is one of the existing ICUs, with a high capacity, in Indonesia which has comprehensive facilities. The standard operational procedure and the human resources competency have made this installation become qualified as the third level ICU or the highest level, which is normally owned by referred hospitals or educational, which with its complete facilities, can handle various critical patients.

However, The ICU at Pertamina Hospital still needs attention in order to provide a better service to the patients as the customers, and also as the hospital's vision and the mission ahead. Regarding the existing resources and opportunities, the 'open-model' system option applied in the patients management in ICU, still needs more improvement. This is caused by the high mortality numbers, the intensivist doctors or the anesthesiologists who still share their time in the surgery room to give a general anesthetic, a long process to make a therapy decision and the mixed patients who need immediate treatment and the patients who can be placed as a second priority.

Regarding the mentioned above, the researcher is trying to find out the more appropriate patients management model, efficient and effective either for the patients or the hospital itself. The chosen method is Focus Group Discussion

(FGD), in-depth interview and observation, since the topic discussed is a special topic and there have not been many observers conducting the research on the ICU matter in Indonesia, and also many respondents have not got much time to discuss this matter and this method, and because of the respondents' interaction, is able to get the richer answer. The researcher is also conducting the comparative study in 2 (two) top referral hospitals in Jakarta and Surabaya.

The ICU at Central Pertamina Hospital owns good enough human resources, as 1 (one) Intensivist and 3 (three) anesthetics who are ready to have the Intensivist training, Paramedics with 75 % intensive care certificated and 19 (nineteen) various specialists and a 22-bed capacity which have made this hospital deserve to be equalized as the tertiary ICU. Besides, the patients management operational procedures have been managed based on the 'semi-close model', however, the application is still not fully appropriate.

From the results of FGD and 'In-depth Interview', it turns out that most of the FGD participants state that the beds composition, this time, is still not perfect yet and needs the ICU separation, like ICCU and Infants ICU. Meanwhile, from the result of the 'In-dept interview' results that, most of them state that the ICU beds are sufficient and few of them state that still need some more, and most of them need the separation.

Regarding the numbers of the competent human resources, most of the FGD participants state that the numbers of human resources with their competence are sufficient, meanwhile few of them state still need some more. For this question, it is, on purposefully, questioned to the FGD group, because the FGD group members are the personnel who work in ICU at the Central Pertamina Hospital. Meanwhile, the In-depth interview participants are the specialist doctors who send the patients to the ICU so the judgment on the needs of the human resources in this group is not relevant.

The next question is ‘ who are in charge of deciding who are the critical patients to be sent to the ICU, in FGD group, entirely state, that Intensivist doctors are in charge, thus, strengthening the need of intensivist doctors attendance in the ICU. Meanwhile, most of the In-depth interview group state that the Intensivist doctors are in charge and few of them state that the ward doctors are in charge.

To find out the answer to the questions of which is better between the ‘close-model’ and the ‘open-model’ on the FGD group, the observer uses the question technic on how to decide the patients sent in and who is responsible, all FGD informers state that intensivist doctors in the ‘close-model’ ICU, are the best. Meanwhile in the In-depth interview, most of them state that, ‘close-model’ or at least ‘semi-close’ is better and few of them state that the ‘open-model’ is more appropriate. In the minor respondents’ answers, when we study further about the competent doctors who take care of the critical patients, all of them state that the intensivist doctors are more competent, however, the open- model ICU management option is still wanted, with the assumption that the doctor who has handled the patients from the beginning knows more the patients’ problem.

Then, the expectation and suggestion for the improvement of the ICU ahead from either the FGD informers or the In-depth interview state that it still needs the improvement which is supported by the hospital management policy.

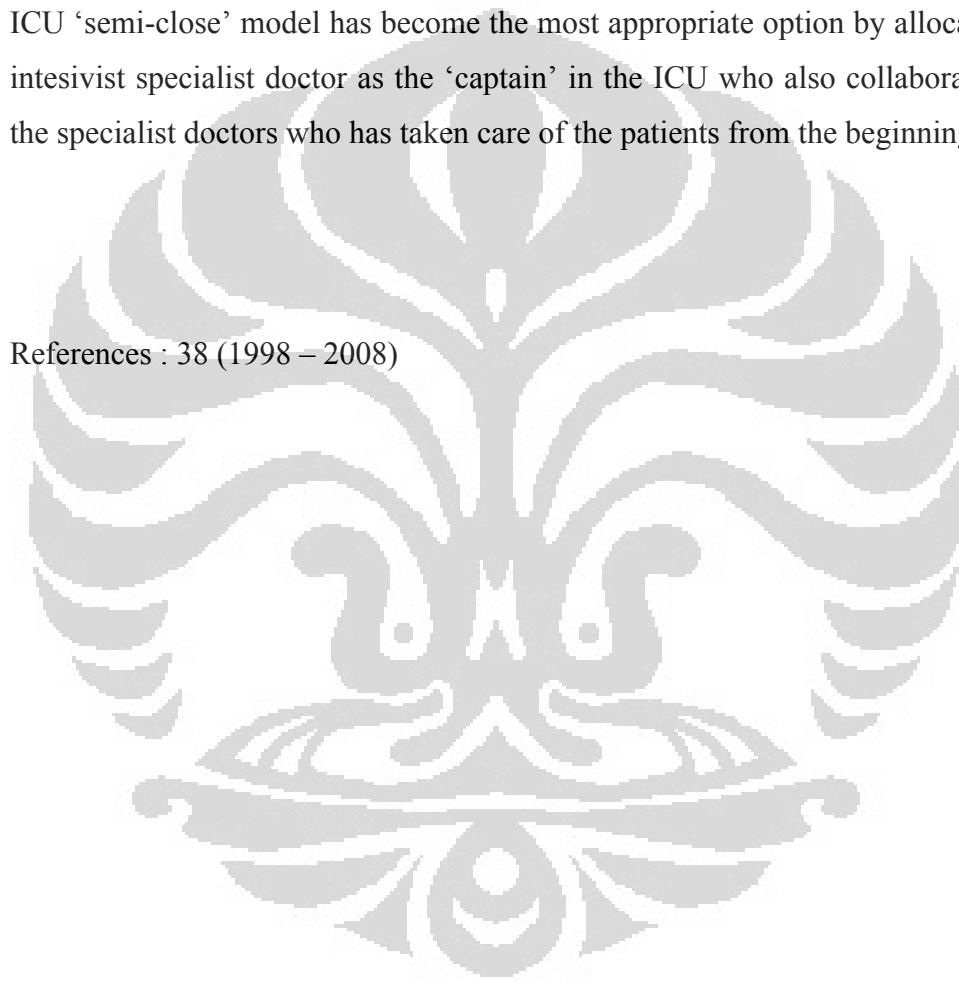
Meanwhile, the comparative study conducted in 2 (two) *top referral* hospitals results a lower indicator than the central Pertamina Hospital, which is caused by the habit ,where as the last referred hospital, often receives very critical condition patients. Certainly, this condition has made the patients’ chance to live is very small.

When we see the critical level of the patients taken care in the ICU, it seems that we need the standard value which is agreed by the intensive doctor members as the benchmark of the medical work results that can be evaluated

monthly or annually. This standard value can also be used as the achievement success target of the effort to help the critical condition patients. The standard value can be taken from the patient's critical scores which is used to judge the early patient's condition before being sent to the ICU.

From the entire observation results activities, we can conclude that the ICU 'semi-close' model has become the most appropriate option by allocating the intensivist specialist doctor as the 'captain' in the ICU who also collaborates with the specialist doctors who has taken care of the patients from the beginning.

References : 38 (1998 – 2008)



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Karlina  
Alamat : Pesona Khayangan Blok EC No. 6  
Jl. Margonda Raya, Depok  
Tempat tanggal lahir : Surabaya, 21 April 1969  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat Instansi : RSIA Grha Permata Ibu  
Jl. KHM Usman No. 168 Kukusan, Depok

### Pendidikan

1. SDN Rangkah VI Surabaya Tahun 1975 - 1981
2. SMPN IX Surabaya Tahun 1981 - 1984
3. SMAN IV Surabaya Tahun 1984 - 1987
4. FKH Universitas Airlangga Surabaya Tahun 1987 - 1988
5. FK Universitas Diponegoro Semarang Tahun 1988 - 1994

### Riwayat Organisasi

1. Sekretaris I Ikatan Dokter Indonesia cabang Depok 2004 - 2007
2. Ketua Bidang Organisasi IDI cabang Depok 2007 - 2010
3. Pengurus Yayasan Kanker Indonesia cabang Depok 2006 - 2010
4. Bendahara II Assosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia  
Cabang Depok Periode 2007 - 2010

### Riwayat Pekerjaan

1. PLH Kepala Puskesmas Cihideung Udik Ciampea Bogor 1996 - 1997
2. Dokter II Puskesmas Pancoran Mas Depok Tahun 1997 - 1998
3. PLH Kepala Puskesmas Kecamatan Beji Depok Tahun 1998 - 1999
4. Direktur Klinik dan Rumah Bersalin Permata Ibu Tahun 2000 - 2005
5. Direktur RSIA Grha Permata Ibu Depok Tahun 2005 - sekarang

## **Kata Pengantar**

Dengan selesainya tesis ini, penulis mengucapkan syukur alhamdulillah kehadirat Allah SWT karena rahmatNya keseluruhan proses pembuatan tesis dapat berjalan lancar dan memberikan ilmu yang sangat berguna. Untuk pembimbing yang dengan sabar membimbing penulis, rasanya ucapan terimakasih saja tidaklah cukup, karena ilmu yang diberikan kepada penulis akan abadi dan bermanfaat bagi masyarakat. Untuk itu kepada Prof. Amal C Sjaaf, SKM, Dr.PH perwakilan ucapan terimakasih ini tidaklah cukup hanya sampai disini, melainkan juga untuk seterusnya. Kepada seluruh civitas akademika Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu, ucapan terimakasih juga penulis haturkan.

Ucapan terimakasih yang lain adalah kepada seluruh jajaran manajemen Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk menambah dan menggali ilmu, serta dukungan dan bimbingannya keseluruhannya terasa sangat manis. Khusus kepada Dr. Herry Mardani SpAn selaku pembimbing lapangan dan Bu Ida Chairani, S Psi, serta Ibu Dra. Setiyani Ambarwati M Psi yang tidak pernah bosan menjawab pertanyaan penulis, penulis haturkan banyak terimakasih, juga kepada seluruh tim medis dan paramedis di RSPP khususnya ruang ICU. Kemudian Direktur, Wakil direktur Medis dan jajaran ICU Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Sutomo Surabaya dan Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta yang telah menjadi tempat penulis melakukan studi banding, rasanya sangat luar biasa menemukan banyak sekali ilmu pengetahuan yang dapat penulis ambil, disinipun ucapan terimakasih saja tidaklah cukup, hanya Allah yang dapat menggantikannya.

Rasanya perlu juga penulis menyampaikan syukur dan terimakasih pada pendukung utama penulis selama menjalani kuliah hingga tersusunnya tesis ini,

yaitu anak-anak Eka, Isyam dan Rahma, serta suami dan ibu yang selalu mengiringi dengan doa dan kesabaran, penuh pengertian dan selalu memberi semangat. Dan masih banyak lagi ucapan terimakasih yang ingin penulis sampaikan, namun tidak bisa satu persatu dituliskan terutama seluruh sahabat, kerabat dan teman sejawat lainnya baik yang berada di Jakarta, luar Jakarta, di daerah maupun yang berada di luar negeri. Semoga Allah memberikan rahmat dan balasannya.

Mudah-mudahan tesis ini dapat berguna bagi seluruh pembacanya, terutama praktisi di institusi pelayanan kesehatan, karena ICU seringkali dipandang sebagai unit yang sangat kompleks dan kurang menguntungkan. Tetapi apabila kita dapat memahaminya lebih dalam, di unit ini nilai akan kehidupan dan kesehatan sangat berarti bukan hanya bagi penderita atau pasien, melainkan juga bagi dokter dan tenaga paramedis lainnya. Dan sebuah tantangan bagi dokter untuk dapat menyumbangkan keilmuannya dengan lebih baik, sungguh-sungguh dan profesional.

Demikian tesis ini dipersembahkan, semoga Allah merestuinnya. Amin.

Depok, 19 Juli 2008

Penulis.

## DAFTAR ISI

ABSTRAK .....	i-viii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	ix
KATA PENGANTAR .....	x-xi
DAFTAR ISI .....	xii-xvi
DAFTAR TABEL .....	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	3
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	4
1.4 Tujuan Penelitian .....	4
1.5 Manfaat Penelitian .....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Intensive Care Unit .....	7
2.1.1 Definisi dan Pengertian Intensive Care Unit .....	9
2.1.2 Peranan Intensive Care Unit di Rumah Sakit .....	9
2.1.3 Kebijakan di ICU .....	13
2.1.4 Beberapa Istilah yang perlu diketahui .....	16



2.1.5	Klasifikasi Kegawatan Pasien ICU .....	18
2.1.6	Ketenagaan di ICU .....	20
2.1.7	Close Unit ICU versus Open Unit ICU .....	27
2.1.8	Indikator keberhasilan di Intesive Care Unit .....	31
2.2	<i>Focus Group Discussion</i> (FGD) .....	32
2.2.1	Pengertian <i>Focus Group Discussion</i> .....	32
2.2.2	Kegunaan <i>Focus Group Discussion</i> .....	32
2.2.3	Fasilitator/Moderator .....	33
2.2.4	Karakteristik Focus Group Discussion .....	35
2.2.5	Waktu dan Tempat Pelaksanaan FGD .....	38
2.2.6	Pelaksanaan FGD .....	39
<b>BAB III GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA (RSPP)</b>		
3.1	Profile Rumah Sakit .....	43
3.2	Sejarah Rumah Sakit Pusat Pertamina .....	43
3.3	Visi, Misi, Motto dan Tujuan RSPP .....	44
3.4	Gambaran Umum RSPP .....	46
3.4.1	Bangunan Rumah Sakit .....	46
3.4.2	Prasarana Penunjang Rumah Sakit .....	49
3.4.3	Karyawan Rumah Sakit Pusat Pertamina .....	50
3.4.4	Pelayanan Medis dan Keperawatan .....	51
3.5	Kinerja RSPP .....	56

3.6	Gambaran Umum di Instalasi ICU RSPP .....	57
3.6.1	Ketenagaan di ICU .....	57
3.6.2	Struktur Organisasi ICU RSPP .....	59
3.6.3	Alur Penerimaan Pasien di ICU .....	60
3.6.4	Bagan Alur Pasien di ICU .....	61
3.6.5	Kinerja ICU RSPP .....	62
3.6.6	Kebijakan di ICU RSPP .....	63
3.7	Daftar SOP yang telah ada di ICU RSPP .....	69
<b>BAB IV KERANGKA KONSEP &amp; DEFINISI OPERASIONAL</b>		
4.1	Kerangka Konsep .....	70
4.2	Bagan Kerangka Konsep .....	73
4.3	Definisi Operasional .....	74-75
<b>BAB V METODOLOGI PENELITIAN</b>		
5.1	Rancangan Penelitian .....	76
5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	77
5.3	Pengumpulan Data .....	77
5.4	Pengolahan Data .....	80
5.5	Analisa Data .....	80
5.6	Kesimpulan .....	81

## BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1	Persiapan Penelitian .....	82
6.2	Hasil Penelitian .....	83
6.2.2	Pelaksanaan FGD .....	85
6.2.2.1	Hasil FGD .....	87
6.2.2.1.1	Fasilitas di ICU RSPP .....	87
6.2.2.1.2	Kompetensi Tenaga Kerja di ICU RSPP .....	88
6.2.2.1.3	Kebutuhan Tenaga Intensivis di ICU RSPP .....	90
6.2.2.1.4	Klasifikasi Kritis Pasien di ICU RSPP .....	92
6.2.2.1.5	Harapan Tenaga Kerja terhadap Kemajuan ICU RSPP .....	93
6.2.3	Hasil <i>Indepth Interview</i> .....	98
6.2.3.1	Kebutuhan Jumlah Tempat Tidur di ICU RSPP .....	98
6.2.3.2	Perlunya Zoning fungsi Ruang di ICU RSPP .....	99
6.2.3.3	Kriteria Kritis Pasien yang dirawat di ICU RSPP .....	100
6.2.3.4	Pemilihan Model ICU yang dianggap paling cocok .....	101
6.2.3.5	Kebutuhan Tenaga Intensivis di ICU RSPP .....	103
6.2.3.6	Harapan Responden Tentang Kualitas ICU RSPP .....	105

## BAB VII PEMBAHASAN

7.1	Keterbatasan .....	110
7.2	Pembahasan .....	112
7.2.1	Sumber Daya yang dimiliki oleh ICU RSPP .....	112
7.2.2	Pandangan Para Pakar tentang Tata Cara Pengelolaan Pasien di ICU .....	118
7.2.3	Studi Banding dengan RS yang menganut sistem semi close model ICU .....	120
7.2.3.1	Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo .....	120
7.2.3.2	Rumah Sakit Dr. Sutomo Surabaya .....	122
7.2.4	Ringkasan .....	128-134

## BAB VIII KESIMPULAN & SARAN

8.1	Kesimpulan .....	138
8.2	Saran-Saran .....	141

DAFTAR PUSTAKA .....	144-146
----------------------	---------

LAMPIRAN PERTANYAAN .....	147-148
---------------------------	---------

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Performa Perawat di ICU menurut Andres .....	23
Tabel 2.2	Kualifikasi Tenaga Kesehatan yang bekerja di ICU menurut Standar Pelayanan di ICU yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI .....	24-25
Tabel 2.3	Kriteria <i>Performa Excellence</i> pada unit ICU .....	26
Tabel 2.4	Penelitian Prospective .....	29
Tabel 2.5	Penelitian Retrospective .....	29
Tabel 2.6	Perbandingan model close dan open menurut Ghorra dan rekan .....	30
Tabel 2.7	Indikator Keberhasilan Pengelolaan ICU .....	31
Tabel 2.8	Faktor yang mempengaruhi kontribusi peserta FGD.....	37-38
Tabel 3. 1	Jumlah Pekerja RSPP .....	50
Tabel 3.2	Rumah Sakit Pusat Pertamina (Jumlah Tempat Tidur) .....	54
Tabel 3.3	Kinerja Rumah Sakit (Operasional) .....	56
Tabel 3.4	Ketenagaan di ICU RSPP .....	57
Tabel 3.5	Bagan Alur Pasien di ICU RSPP .....	61
Tabel 3.6	Angka Morbiditas dan Mortalitas RSPP .....	62
Tabel 4.1	Definisi Operasional .....	74-75
Tabel 6.1	Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD).....	95-97
Tabel 6.2	Hasil Indepth Interview .....	107-109
Tabel 7.1	Matriks Perbandingan Kinerja ICU Tahun 2007 .....	128-130
Tabel 7.2.	Performa Excellence ICU .....	131-133
Tabel 7.3	Hasil FGD dan Indepth Interview di RSPP .....	134

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Rumah Sakit Pusat Pertamina berdiri pada tahun 1972. Pada awal berdirinya, rumah sakit ini diperuntukkan bagi karyawan Pertamina saja, namun pada periode kepemimpinan Prof. Dr. Satyanegara M.D pada tahun 1989 – 1998, Rumah Sakit Pusat Pertamina menerapkan kebijakan penerimaan pasien non Pertamina. Gebrakan kebijakan ini semakin membawa Rumah Sakit Pusat Pertamina menjadi salah satu institusi pelayanan kesehatan yang besar dan dapat langsung dimanfaatkan oleh masyarakat umum.

Semenjak ditentukannya peran Rumah Sakit Pusat Pertamina terhadap pelayanan kesehatan masyarakat umum, terus melakukan pembenahan dan perbaikan. Keinginan kuat manajemen untuk mewujudkan visi dan misinya tersirat dalam wawancara media Republika awal tahun 2007 seperti disampaikan oleh Direktur RS Pusat Pertamina (RSPP) saat itu, dr. Adji Suprajitno AR, SpPD, dalam Republika Online (2007), menyebutkan bahwa RSPP akan melakukan pembelian alat-alat medis, memperbaiki alat operasi, dan monitoring pasien. Semua ini ditujukan untuk mencapai Visi RSPP untuk menjadi Rumah Sakit dengan layanan berbasis teknologi mutakhir yang bersifat internasional. Untuk mewujudkan Visi ini, RSPP perlu untuk melakukan pembenahan bukan hanya pada alat medis saja, melainkan juga pada sistem manajemen di unit-unit di dalamnya. Seperti disebutkan oleh Muninjaya (2004) bahwa manajemen yang baik dan tepat dapat meningkatkan produktifitas organisasi.

Rumah Sakit Pusat Pertamina memiliki 19 macam pelayanan dokter spesialis. Jumlah yang sangat besar ini ditunjang dengan besarnya kapasitas rawat

inap yaitu hampir 500 tempat tidur serta instalasi penunjang lainnya yang lengkap membuat rumah sakit ini termasuk rumah sakit besar dan menjadi salah satu pusat rujukan dari rumah sakit lain.

Untuk menunjang kegiatan medis dan meningkatkan kepercayaan serta loyalitas pelanggan terhadap rumah sakit dan apabila mengingat besarnya kapasitas dan organisasi di Rumah Sakit Pusat Pertamina itu, sangat dibutuhkan instalasi penanganan kegawat daruratan yang cepat, handal dan terpercaya, seperti di ICU, ICCU, dan ICU anak misalnya. Instalasi ini memegang peranan penting untuk dapat menekan angka kematian dan angka kesakitan. Oleh masyarakat awam seringkali keberhasilan di ICU juga dijadikan ukuran kualitas pelayanan sehingga dapat meningkatkan tingkat kepercayaan kepada rumah sakit.

ICU di Rumah Sakit Pusat Pertamina melayani pasien baik dari dalam rumah sakit sendiri maupun dari rujukan luar rumah sakit. Kapasitas tempat tidur tersedia adalah 22 bed. Penempatan tempat tidur ICU di fungsikan secara terpusat yaitu antara kebutuhan ICU jantung, penyakit lainnya dan perinatologi masih dalam satu unit yang sama. Pemisahan dilakukan secara fungsi medis dan sekat ruang, namun belum dipisahkan secara khusus sesuai dengan spesifikasi jenis penyakit.

Pasien-pasien di ICU ditangani oleh dokter spesialis yang merawatnya sejak awal sesuai dengan keahlian masing-masing dengan spesialis anestesi sebagai konsulen. Dokter intensivis maupun dokter anestesi menangani kebutuhan pembiusan pasien di ruang operasi dan penanganan *critical care* di ruang ICU. Situasi ini membuat kehadiran dokter intensivis tidak penuh waktu bekerja di ruang ICU, sehingga tatalaksana pasien sehari-hari berada dalam pengawasan dokter jaga umum dan tenaga paramedis ICU. Sistem ini dikenal dengan nama sistem "*open unit*".

Seperti diketahui ada beberapa model manajemen pasien di ICU, Pearsons dan Jeanine (2007) dalam bukunya *Critical Care Secrets* menyebutkan jenis model ICU diantaranya adalah model *open unit*, *close unit*, dan *semi-close unit*. Perbedaan model-model ini terletak pada kewenangan tim medis yang menangani pasien di ICU. Masing-masing model itu memiliki kelebihan dan kekurangan yang tidak sama. Trigiari dan kawan-kawan (2007) dalam tulisannya berjudul *Effect of intensive care unit organizational model and structure on outcomes in patients with acute lung injury* dalam *American journal of respiratory and critical care medicine* menyebutkan bahwa banyak rumah sakit di Amerika Serikat memilih model *close unit* karena dinilai lebih efisien dan efektif baik untuk pasien maupun rumah sakit.

Robert Preidt dalam *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* yang terbit 3 Oktober 2007, menyatakan bahwa dengan sistem *open unit* rata-rata angka kematian di ICU adalah 45%, sedangkan dengan sistem *close unit* angka kematian rata-rata adalah 35%. Hal ini dapat dimungkinkan karena sistem *close* tersebut akan memudahkan tenaga medis dalam memantau pasiennya atau dapat juga karena adanya tenaga terlatih intensivis yang setiap saat berada di ruang ICU.

Kebutuhan pelayanan kesehatan yang *high-quality* dengan biaya yang efisien menjadi salah satu faktor pertimbangan pasien untuk menentukan pilihan rumah sakit yang menjadi tempat pengobatan kesehatannya. Untuk rumah sakit modern, *intensive care unit* menjadi kebutuhan yang penting.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Rumah Sakit Pusat Pertamina adalah salah satu rumah sakit besar di Jakarta yang memiliki fasilitas lengkap termasuk *intensive care unit* (ICU). Saat ini ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina menganut sistem *open unit* yaitu penanganan pasien di ICU dilaksanakan oleh tenaga medis yang merawat pasien sejak awal dari



berbagai spesialisasi, tidak melibatkan secara khusus tenaga intensivis atau spesialis anestesi. Tenaga intensivis atau anestesi berperan sebagai konsulen pada saat dibutuhkan pemasangan alat bantu penyokong kehidupan dasar. Dari beberapa penelitian di Negara maju seperti Amerika dan Inggris diketahui ICU dengan sistem *close unit* yaitu ICU yang ditangani oleh tenaga intensivis atau spesialis anestesi secara khusus ternyata dapat menekan angka kesakitan, kematian, komplikasi medis dan menghemat biaya perawatan. Angka kesakitan bahkan dapat ditekan hingga 8 – 10% pada model *close unit*.

Demi mencapai Visi RSPP di masa depan perlu kiranya ditemukan sebuah model manajemen ICU yang lebih tepat dan efisien sehingga dapat menunjang peningkatan mutu kualitas pelayanan pasien-pasien di ICU.

Di Rumah Sakit Pusat Pertamina ini angka mortalitas dan morbiditas masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan hasil penelitian Alan (2007) dan Ghorra (1999). Tingginya angka ini perlu mendapat evaluasi dari seluruh jajaran tenaga medis dan manajemen RSPP dengan mencari model manajemen pasien di ICU yang dianggap lebih cocok dan efisien bagi pasien dan rumah sakit. Untuk itu penulis merasa penting untuk mengangkat topik yang sangat menarik ini dalam sebuah penulisan tesis.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

- 1.3.1. Bagaimana kinerja ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina tahun 2006 dan 2007 ?
- 1.3.2. Bagaimana kebijakan penanganan pasien di ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina ?
- 1.3.3. Bagaimana hasil penelitian di beberapa rumah sakit di luar negeri tentang pemilihan model ICU yang dianggap lebih efisien dan efektif ?

- 1.3.4. Bagaimana model manajemen ICU yang paling cocok untuk diterapkan di Rumah Sakit Pusat Pertamina ?

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk menemukan model ICU yang dianggap lebih efisien, efektif dan sesuai dengan keahlian penanganan *critical care medicine* di rumah sakit, khususnya rumah sakit besar dengan fasilitas yang lengkap seperti Rumah Sakit Pusat Pertamina. Penelitian ini juga berguna bagi pembaca dan penulis sebagai tambahan wawasan ilmu manajemen rumah sakit yang dari tahun ke tahun terus berkembang dan semakin modern.

#### **1.5. Manfaat Penelitian**

- a. Bagi Rumah Sakit Pusat Pertamina

Mengingat besarnya kapasitas fasilitas yang dimiliki oleh Rumah Sakit Pusat Pertamina perlu dipertimbangkan menerapkan sistem pelayanan *intensive care unit* yang lebih handal, berkualitas tinggi dan biaya yang efisien. Penelitian ini dapat sebagai bahan pertimbangan untuk memilih sistem penanganan di *intensive care unit* yang lebih tepat sesuai dengan tujuan visi RSPP untuk menjadi Rumah Sakit dengan layanan berbasis teknologi mutakhir yang bersifat internasional.

- b. Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan pengalaman yang berharga dalam pengembangan wawasan manajerial rumah sakit dan sekaligus aplikasi ilmu manajemen administrasi rumah sakit yang telah diperoleh melalui program studi KARS di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

c. Bagi KARS

Penelitian ini merupakan sumbangan bagi pengembangan program studi KARS sebagai salah satu bentuk penerapan ilmu manajemen yang telah didapat oleh mahasiswa.

## 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dimulai dengan mengumpulkan data angka morbiditas, angka mortalitas, jumlah pemakaian alat bantu medis, angka komplikasi serta data jumlah pasien yang mendapat perawatan di ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina yang kemudian diolah untuk mendapatkan gambaran situasi unit ICU di Rumah Sakit Pusat Pertamina saat ini, data ini diperoleh dari data sekunder tahun 2007 dan tahun 2006 yang tersedia di unit rekam medis dan ICU RSPP yang kemudian dibandingkan dengan data sekunder hasil penelitian beberapa rumah sakit hasil studi literatur yang telah menganut sistim *close unit*.

Kedua jenis data tersebut kemudian dipresentasikan dalam *Focus Group Discussion (FGD)* pada kelompok pakar di Rumah Sakit Pusat Pertamina untuk dievaluasi dan dianalisa demi mendapatkan suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang ada. Sedangkan untuk mendapat data yang lebih lengkap lagi metode penelitian juga memanfaatkan teknik *indepth interview* dan observasi.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. *Intensive Care Unit (ICU)*

*Intensive Care Unit* atau yang dikenal dengan ICU, merupakan unit dengan jumlah bed paling sedikit di rumah sakit. Alan Fein dan D. Lutsbader (2005) menyebutkan jumlah bed ICU di Amerika berkisar 10% dari total bed di rumah sakit. Namun demikian biaya yang ditimbulkan mencapai 1% dari *gross domestic product* (GDP) disana atau mencapai lebih kurang 64 Milyar dolar Amerika. Walau belum pernah dilakukan penelitian secara khusus, di Indonesia juga ditemukan keadaan yang sama, seperti ditulis oleh Perdici (2008) (Perhimpunan Dokter Intensive Care Indonesia) ICU adalah unit yang perlu dikonsentrasikan karena terbatasnya tenaga khusus dan mahal biaya di ICU.

Di rumah sakit modern perkembangan ilmu kedokteran maju sangat pesat. Pola penyakit juga turut berkembang mengikuti pola hidup masyarakat. Di rumah sakit yang cukup besar, jumlah jenis spesialisasi bisa sangat lengkap. Semakin lengkap fasilitas di sebuah rumah sakit, semakin besar variasi penyakit yang dapat ditangani, sehingga kebutuhan akan adanya *instalasi care unit* (ICU) menjadi kebutuhan yang sangat penting.

Gejala kebutuhan akan pentingnya ICU dapat dilihat dari tahun-tahun terakhir perkembangan pola penyakit yang menunjukkan perkembangan dengan ditemukannya beberapa penyakit baru yang bahkan sampai kini ada yang belum ditemukan pengobatannya. Dari data Badan Pusat Statistik tahun 2000-2025 menunjukkan angka harapan hidup penduduk Indonesia baik laki-laki maupun wanita naik dari 67,8 tahun pada periode 2000-2005 menjadi 73,6 tahun pada periode 2020-2025. Peningkatan ini mendorong meningkatnya pola penyakit

*geriatri* (usia lanjut) yang mulai banyak ditemukan. Seperti disampaikan oleh Dana Lustbader dalam jurnal *Critical Care Clinics* (2005) menyebutkan pertumbuhan *demand* akan ICU di Amerika Serikat menunjukkan peningkatan sesuai dengan meningkatnya usia harapan hidup.

Dengan pergeseran pola penyakit tersebut menjadikan kebutuhan ICU di rumah sakit menjadi bagian yang sangat penting. Dulu, ICU hanya diperuntukkan pada kasus pasca bedah. Sekarang, perkembangan ICU menjadi sangat kompleks, karena kekhususannya yang menangani pasien dengan ancaman jiwa, membuat ICU harus mampu menyediakan peralatan kedokteran canggih, tenaga medis dan paramedis dengan kompetensi *critical care medicine* serta manajemen tata laksana pasien yang handal berorientasi pada kebutuhan pasien dan efisiensi rumah sakit.

Evolusi ICU bermula dari adanya wabah poliomyelitis di Scandinavia pada sekitar tahun 1950. Penyakit ini menyebabkan banyak kematian karena lumpuhnya otot-otot pernafasan. Untuk mengatasinya, dokter-dokter anestesi kala itu melakukan intubasi dan memberikan bantuan pernafasan secara manual. Dengan bantuan mahasiswa kedokteran dan sejumlah sukarelawan, mereka mampu menurunkan angka mortalitas sampai 40%. Pada tahun 1852, Engstrom seperti dikutip dari media *Perdici*, membuat ventilator bertekanan positif yang ternyata sangat efektif memberikan pernafasan jangka panjang. Pada tahun 1958 Dr. Peter Safar, seorang anesthesiolog membuka ICU pertama di Baltimore City Hospital Amerika.

Di Indonesia, sejarah ICU di mulai di beberapa rumah sakit di kota besar pada tahun 1971, yaitu Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta oleh Prof. Moch. Kelan dan Prof Muhardi. Di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya oleh Prof. Karijadi Wirjoatmodjo dan di Rumah Sakit Dr. Karijadi oleh Prof. Haditopo, yang kemudian menyebar di banyak rumah sakit.

### **2.1.1. Definisi dan Pengertian Intensive Care Unit**

Lee dan kawan-kawan (2002) mendefinisikan *Intensive Care Unit* atau ICU adalah rawat inap di rumah sakit yang khusus untuk didedikasikan pada kegiatan monitoring, pengobatan dan perawatan pada pasien-pasien dalam kondisi yang mengancam kehidupannya. Kegiatan itu menciptakan ciri ICU yang khas yaitu biaya tinggi, teknologi tinggi, multidisiplin dan multi profesi. Umumnya pasien yang membutuhkan fasilitas ICU adalah pasien dengan masalah kompleks medis. Sehingga kerjasama multidisipliner menjadi dasar pengelolaan pasien di ICU. Perhimpunan Dokter Intensive Care Indonesia (2008) mengukuhkan pimpinan ICU adalah seorang intensivis sebagai ketua tim. Pertimbangan ini didasari oleh keahlian intensivis dalam penanganan kritis pasien.

Keilmuan tentang *intensive care unit* ini berkembang pesat dan melahirkan kekhususan lain seperti *intensive care* untuk jantung, bedah, anak, kebidanan dan lainnya. Secara umum pembagian *intensive care* dibedakan menjadi bedah, non bedah/medical, jantung dan anak.

### **2.1.2. Peranan *Intensive Care Unit* di Rumah Sakit**

Pada rumah sakit modern keberadaan *intensive care unit* menjadi kebutuhan yang penting. Seperti disampaikan oleh Hanafie pada saat memberikan sambutan dalam Pengukuhan Guru Besar bidang anesthesiologi di Fakultas Kedokteran UNSU pada Desember 2007 bahwa ICU mempunyai peranan untuk melakukan perawatan pada pasien gawat darurat yang berpotensi *reversible life threatening dysfunction* dan untuk mendukung fungsi organ vital pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi maupun prosedur intervensi dengan resiko sangat tinggi pada organ vital.

Pelayanan ICU di rumah sakit terdapat beberapa tingkatan. Menurut Perdici (Perhimpunan Dokter Intensive Care Indonesia) pelayanan ICU dibedakan sebagai berikut :

### **1. Pelayanan ICU Primer (Standar Minimal).**

Di tingkat ini ICU mampu memberikan pengelolaan *resusitasi* segera, tunjangan *kardio-respirasi* jangka pendek dan mampu memantau penyulit pada pasien medik dan bedah yang berisiko. Mampu mengelola ventilasi mekanik dan pemantauan *kardiovaskuler* sederhana selama beberapa jam.

Komponen yang terdapat di tingkat ini, adalah :

- Ruang tersendiri yang terletak dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang perawatan lain.
- Mempunyai kebijakan kriteria pasien yang masuk, keluar dan rujukan.
- Dokter Anestesi sebagai kepala.
- Ada dokter jaga dengan kemampuan *resusitasi* jantung paru.
- Memiliki jumlah perawat yang cukup dan terlatih.
- Mempunyai pemeriksaan laboratorium dan penunjang lainnya dengan cepat.

### **2. Pelayanan ICU Sekunder.**

Di tingkat ini pelayanan ICU lebih lengkap namun tidak terlalu kompleks. Komponen yang mengisi diantaranya :

- Ruang tersendiri yang terletak dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang perawatan lain.
- Mempunyai kebijakan kriteria pasien yang masuk, keluar dan rujukan.
- Memiliki seorang kepala ICU dengan latar belakang konsultan *intensive care* atau anestesi.
- Terdapat dokter jaga dengan kemampuan *resusitasi* jantung paru.

- Mempunyai perbandingan perawat pasien 1 : 1 untuk pasien dengan ventilator.
- Mempunyai ruang isolasi tersendiri.
- Memiliki lebih dari 50% perawat bersertifikat ICU.

### 3. Pelayanan ICU Tersier.

Merupakan pelayanan ICU tertinggi termasuk dukungan alat – alat bantuan hidup multi sistem yang kompleks. Kekhususan di tingkat ini adalah :

- Ruangan tersendiri yang terletak dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang perawatan lain.
- Mempunyai kebijakan kriteria pasien yang masuk, keluar dan rujukan.
- Dikelola oleh seorang Anestesi konsultan *intensive care* yang bertanggung jawab penuh secara keseluruhan.
- Terdapat dokter jaga dengan kemampuan *resusitasi* jantung paru.
- Mempunyai perbandingan perawat pasien 1 : 1 untuk pasien dengan ventilator.
- Mempunyai ruang isolasi tersendiri.
- Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat ICU.
- Mampu melakukan semua perawatan terapi *invasif* maupun *non invasif*.
- Memiliki prosedur untuk pelaporan resmi dan pengkajian
- Memiliki satu orang tenaga mendidik tenaga medik dan paramedik agar mampu memberikan pelayanan yang optimal.

Sedangkan menurut Teik E Oh dalam bukunya *Oh's Intensive Care Manual* (2006) menyebutkan 3 (tiga) level ICU dewasa sebagai berikut :



### 1. Level I.

Juga dikenal dengan nama *high dependency unit* (HDU). Umumnya level ini ada di rumah sakit yang kecil dimana ICU menerapkan intensive care dasar. Level ini menangani :

- Resusitasi dan jangka pendek *cardiorespiratory support* pada pasien yang jatuh dalam keadaan n kritis.
- Monitoring pada ancaman komplikasi pada pasien medical dan surgical.
- Level ini mampu mengaplikasikan peralatan *mechanical ventilatory*.
- Serta monitoring cardiovascular invasive pada periode yang terbatas.
- Kapten di level ini adalah seorang spesialis *intensive care*.

### 2. Level II.

Level ini terdapat di rumah sakit yang lebih besar dari level I diatas. ICU dewasa disini mampu menangani *intensive care* umum dengan standar yang tinggi, termasuk multi *system life-support* yang disesuaikan dengan kekhususan rumah sakitnya. Tenaga medis yang terlibat, terdiri dari dokter spesialis yang dapat mengakses ke fasilitas fisioterapi, patologi dan radiologi setiap saat. Di level ini dikomandoi oleh seorang dokter dan paling tidak salah satu konsultannya adalah seorang spesialis *intensive care*.

### 3. Level III.

Level ini terdapat di rumah sakit rujukan utama atau rumah sakit pendidikan. Tentu saja manajemen ICU di dalamnya sangat lengkap dan kompleks. Unit di level ini memiliki tenaga spesialis intensivis terlatih, perawat dengan keahlian *critical care*, tenaga kesehatan profesional dan staf penelitian. Didukung dengan peralatan canggih dan pasien yang masuk ke ICU harus melalui penilaian tenaga spesialis *intensive care*.

Pemilihan tingkat atau level ICU ini disesuaikan dengan sumber daya manusia dan teknologi yang mampu disediakan oleh rumah sakit bukan hanya itu perencanaan kebijakan kesehatan di rumah sakit disesuaikan dengan keadaan geografi area rumah sakit, jenis spesialisasi yang ada, serta struktur organisasi yang diadopsi, sehingga setiap keputusan pemilihan level ICU menjadi sangat bervariasi.

Selain perbedaan ICU berdasar level, ICU juga digolongkan berdasar jenis kekhususan medis yang dilakukan, seperti :

- Pediatric ICU
- HDU
- Neurosurgery
- Cardiac surgery
- Luka bakar dan trauma
- Dan sebagainya.

Andrew (2004) menyebutkan bahwa kebutuhan tempat tidur untuk ICU berkisar 1 – 4 bed per 100 bed pasien rawat inap. Tentu saja keadaan ini tergantung dengan kebijakan rumah sakit dan aturan yang ada. ICU dengan jumlah bed kurang dari 4 dianggap tidak efisien, begitupun bila lebih dari 20 bed akan sulit mengelolanya.

### **2.1.3. Kebijakan di ICU**

Setiap ICU idealnya mempunyai peraturan dan prosedur masuk – keluar pasien, standar perawatan pasien dan kriteria *outcome* yang spesifik. Perlu kiranya membuat kriteria pasien untuk menentukan terapi dan langkah penanganan yang akan diberikan sebelum pasien itu masuk ke ruang ICU. Kebijakan di ICU hendaknya juga menyangkut aspek penelitian untuk mendukung evaluasi kinerja ICU.

Kebijakan yang lebih spesifik menyangkut tata cara penanganan pasien yang berkaitan dengan wewenang profesi medis dalam pengambilan keputusan dan penentuan tingkat kritis penyakit pada pasien. Hal ini disebabkan karena keterbatasan jumlah tempat tidur di ICU, mahalnya biaya perawatan di ICU dan efek samping medis atau kecacatan yang dapat timbul setelah melewati masa kritis di ICU. Untuk mengatasinya perlu dibuatkan prioritas pasien masuk.

- **Model Intensive Care Unit**

Untuk menjadi sebuah *intensive care* yang handal perlu dipahami dengan baik bagaimana pengelolaan pasien diruang ICU dan memangkas jalur atau prosedur pelayanan yang memperlambat proses perawatan pasien. Kebijakan pelayanan pasien atau yang dikenal dengan *standar operasional prosedur* sangat menentukan kualitas pelayanan yang pada akhirnya juga sangat menentukan hasil akhir perawatan yang diharapkan.

Prosedur pelayanan yang dapat memperlambat diantaranya adalah birokrasi pencatatan medis pasien, prosedur konsultasi kepada spesialis yang terkait, prosedur penentuan tingkat kritis seorang pasien, dan beberapa prosedur lain yang terkait. Prosedur juga dapat terlaksana dengan baik tergantung pada jumlah dan kompetensi sumber daya manusia, pola asuhan keperawatan yang dipilih, teknologi kedokteran yang tersedia, tertib administrasi dan kedisiplinan dokter.

Keseluruhan aspek diatas akan dapat menuntun pemilihan pola atau model pelayanan pasien di ICU. Di Indonesia belum terdapat informasi atau data resmi yang menyebutkan pola atau model ICU apa yang lebih cocok. Sebagian besar rumah sakit yang mempunyai ICU menerapkan pola pelayanan pasien dengan membentuk kerjasama tim antar spesialisasi yang terkait. Sebagai pimpinan ICU dan penentu tingkat kritis pasien belum

memanfaatkan tenaga intensivis maupun tenaga anestesi dengan optimal. Pola ini kemudian dikenal dengan nama *Open Unit Model*.

Di beberapa Negara maju penelitian tentang model ICU telah lama dilakukan. Terdapat beberapa model ICU yang telah dikenal. Rosthschild Jeffrey M dan Lee (2002 & 2007) dalam tulisannya di jurnal kesehatan menyebutkan model-model ICU seperti :

- ***Open ICU model*** : adalah sebuah model ICU dimana pasien mendapat perawatan dari tenaga dokter penyakit dalam, dokter keluarga, dokter bedah atau keahlian lainnya dengan konsultasi dari tenaga intensivis bila diperlukan.
- ***Intensivist Co-management*** : adalah keadaan dimana semua pasien di ICU berada dalam perawatan tenaga intensivis dan tenaga medis lainnya yang bekerjasama berkolaborasi untuk sama-sama membantu memberikan pelayanan di ICU.
- ***Closed ICU model*** : adalah sebuah model ICU dimana pasien yang masuk ke ICU merupakan pasien yang mendapat penanganan dari tenaga intensivis sepenuhnya. Secara umum pasien dapat diterima di ICU apabila telah mendapat persetujuan dan evaluasi dari intensivis.
- ***Mixed ICU models*** : model ini dikenal juga dengan istilah lain *semi-close models*. Dalam praktek sehari-hari terdapat overlapping model-model ICU. Model campuran merupakan kombinasi dari peran intensivis sebagai pengelola manajemen ICU dan intensivis sebagai pelaksana harian dalam perawatan pasien ICU.
- ***Intensivist models*** : adalah model ICU dimana manajemen penanganan pasien dilaksanakan langsung oleh seorang intensivis. Model ini merupakan lawan dari model open.

#### 2.1.4. Beberapa istilah yang perlu diketahui :

Ada beberapa istilah yang perlu diketahui berkaitan dengan ICU diantaranya :

##### 1. *Intensivis*

adalah tenaga medis yang memiliki keahlian dan pengalaman menangani *critical care medicine* yang didapatkan melalui *intensive training*. Seorang intensivis mendapatkan pelatihan yang lengkap dan residensi di Penyakit Dalam, Pulmonologi, Anestesi dan Bedah.

Menurut standar pelayanan ICU Departemen Kesehatan RI (2003) seorang intensivis adalah dokter yang mempunyai standar kompetensi :

- a. Terdidik dan bersertifikat sebagai seorang *intensive care medicine* (KIC, *Konsultan Intensive Care*) melalui program pelatihan dan pendidikan yang diakui oleh perhimpunan profesi yang terkait.
- b. Menunjang kualitas pelayanan di ICU dan menggunakan sumber daya ICU secara efisien.
- c. Mendermabaktikan lebih dari 50% waktu profesinya dalam pelayanan ICU.
- d. Bersedia berpartisipasi dalam suatu unit yang memberikan pelayanan 24 jam/hari, 7 hari/Minggu.
- e. Mampu melakukan prosedur *critical care* biasa, antara lain :
  - Mempertahankan jalan napas termasuk *intubasi tracheal* dan *ventilasi mekanis*
  - Fungsi arteri untuk mengambil sampel arteri
  - Memasang kateter intravaskuler dan peralatan monitoring, termasuk :
    - Kateter arteri.
    - Kateter vena perifer.
    - Kateter vena sentral (CVP).
    - Kateter arteri pulmonaris.

- Pemasangan kabel pacu jantung transvenous temporer
- Resusitasi kardiopumoner
- Pipa Thoracostomy

## **2. Gatekeeper**

adalah seorang tenaga kesehatan profesional yang seringkali seorang dokter yang melakukan kegiatan monitoring, pengawasan, rujukan dan berkoordinasi dengan tenaga kesehatan profesional lainnya untuk menangani pasien-pasien yang spesifik.

## **3. LOS**

Yang dimaksud dengan lama hari rawat adalah jumlah hari rata-rata yang dibutuhkan pasien selama perawatan sampai dinyatakan pulang dibagi jumlah seluruh pasien. Menurut Marion Verduijn dan kawan-kawan, LOS di ICU mempunyai rata-rata lama hari rawat adalah 4 – 7 hari.

## **4. Komplikasi medis.**

Adalah keadaan timbulnya penyakit lain atau gangguan maupun kegagalan fungsi organ sebagai efek samping proses perjalanan sebuah penyakit.

## **5. Infection**

Adalah keadaan pasien yang mengalami infeksi selama mendapat perawatan di ICU dengan ditemukannya bakteri di dalam darah. Infeksi ini biasanya didapat dari infeksi nosokomial akibat pasien tidak banyak bergerak dan karena aktifitas pemakaian alat-alat bantu medis.

## **6. Morbiditas**

Adalah angka jumlah kesakitan di ICU rumah sakit yang dihitung dari rekapitulasi jumlah pasien keluar rumah sakit (hidup + mati) untuk periode yang ditetapkan seperti yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan

RI nomor : 1410/Menkes/SK/X/2003. Angka morbiditas ini dapat dilihat di masing-masing unit perawatan yang ingin diteliti.

### 7. *Mortalitas*

Angka kematian pasien di ICU rumah sakit yang diukur dari jumlah pasien yang keluar (hidup + mati). Rumus yang di gunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah pasien mati lebih dari 48 jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 100\%$$

### 8. *CAP (community acquired pneumonia)*

Seringkali pada saat melakukan intubasi, kuman pneumonia turut serta teraspirasi oleh pasien. Paul E. Marik (2005) dalam salah satu tulisannya menyebutkan bahwa dari jumlah kematian akibat anestesi ternyata 10-30% disebabkan karena pneumonia. Dari beberapa studi disebutkan aspirasi pneumonia sebagai penyebab CAP berkisar 5 – 15%.

### 9. *PTCA (Percutaneous transluminal coronary angioplasty)*

Adalah teknik revaskularisasi jantung yang mengalami penyumbatan pada arteri.

#### 2.1.5. Klasifikasi Kegawatan Pasien ICU

Penentuan kualifikasi kegawatan penyakit adalah komponen utama pada praktek sehari-hari di ICU. Kualifikasi ini akan menentukan kebutuhan pasien akan *intervensi terapeutik* di ruang ICU. Manfaat lainnya adalah untuk memperkirakan prognosis penyakit, sebagai pembanding pada penelitian klinis dan sebagai media komunikasi medis dalam diskusi. Ada beberapa metode penentuan kualifikasi pasien di ICU. M Palazzo (2006) mengelompokkannya dalam sistem skoring sebagai berikut :

1. *Glasgow Coma Scale (GCS)*

Skoring ini mempunyai angka antara 3 sampai 15. Angka 3 menunjukkan koma yang sangat dalam dan 15 menggambarkan kesadaran normal. Skoring diukur dari terbukanya mata, *verbal*, dan respon motorik.

2. *Acute Physiology Age and Chronic Health Evaluation (APACHE)*

Skoring ini ditemukan oleh Knaus dan kawan-kawan pada tahun 1981 dengan mengukur berat ringannya penyakit kritis pasien. Metoda ini mengalami dua kali penyempurnaan yaitu APACHE II dan APACHE III. Manfaat skoring ini diantaranya untuk meningkatkan perkiraan prognosis, pemeriksaan bagaimana hasil akhir kesembuhan pasien berkaitan dengan tingkat seleksi masuk di ICU dan ketepatannya.

3. *Mortality Prediction Models (MPM I-II)*

Skoring ini terdiri dari MPM I dan MPM II. MPM I merefleksikan efek terapi di akhir hari pertama di ICU. MPM II dapat digunakan untuk memperkirakan hasil akhir terapi pada saat masuk dan pada 24, 48 dan 72 jam pertama.

Dalam penentuan skoring ini tidak termasuk pada penyakit luka bakar, jantung koroner dan pasien dengan bedah jantung.

4. *Organ Failure Scores*

Adalah hubungan antara jumlah kegagalan organ dengan tingkat kemungkinan angka kematian. Kriteria ini sebagai berikut :

- Kegagalan satu organ mempunyai kemungkinan rata-rata angka mortalitas 30%.
- Kegagalan dua organ pada satu hari yang sama meningkatkan rata-rata angka kematian menjadi 60%.
- Kegagalan organ tiga atau lebih dapat mencapai rata-rata angka kematian sampai 90%.



5. *Sepsis Related Organ Failure Assessment (SOFA)*

Skoring pada metoda ini diukur dari keadaan sepsis yang dialami pasien. Organ yang mengalami gangguan pada keadaan sepsis adalah otak, kardiovaskular, sistem koagulasi, ginjal, hati dan pernafasan. Nilai scoring pada metoda ini antara 0 (normal) sampai 4 (abnormal yang ekstrem). Skoring ini bermanfaat untuk melihat peningkatan angka mortalitas, bukan untuk memprediksi angka kesembuhan.

6. *Simplified Acute Physiology Score (SAPS)*

Skoring ini di dasarkan pada empat belas variable fisiologi. Skoring ini tidak berhubungan dengan prediksi dari kemungkinan kematian. Skoring ini saat ini jarang digunakan dan perkembangan ilmu *critical care* lebih banyak menggunakan APACHE III dan MPM II.

### **2.1.6. Ketenagaan di ICU**

Teik E. Oh (2004) menyebutkan ketenagaan di ICU tersusun dari unsur medis, perawat, tenaga penunjang kesehatan, teknikal, sekretariat dan staf pendukung. Tenaga medis terdiri dari pimpinan, staf spesialis intensivis dan dokter umum.

Perawat terdiri dari perawat pimpinan, perawat spesialis, perawat pendidik dan perawat pelaksana. Sedangkan tenaga penunjang kesehatan terdiri dari fisioterapis, farmasi, gizi, terapi pernafasan, dan pekerja sosial. Untuk tenaga teknisi, sekretariat dan staf pendukung disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.

#### **a. Staf Medis**

Welch dan Theaker (2004) menyebutkan bahwa staf medis di ICU terdiri dari tenaga dokter spesialis dan perawat *intensive care*. Dianjurkan pimpinan ICU adalah seorang senior intensivis. Sebaiknya ketenagaan di ICU merupakan tenaga *full-time*. Dibutuhkan juga tenaga medis junior *full-*

*time* yang tersedia selama 24 jam penuh, terutama di level II dan III. Staf medis junior ini sebaiknya mempunyai keahlian *intensive care*, idealnya dengan tambahan keahlian penanganan akut medis seperti anestesi atau bedah.

Pola tenaga perawat di ICU, tergantung pada jenis level ICU. Untuk ICU level III, dibutuhkan perawat berpengalaman *critical care nursing*. Jumlah total perawat dihitung dari jumlah shift, jumlah libur, kondisi sakit, atau masa pelatihan. Untuk pasien yang menggunakan *mechanical ventilation* pola asuhan keperawatannya adalah 1 : 1. Sedangkan untuk pasien dalam keadaan stabil, komposisi kebutuhan perawat dapat 2 : 3, yaitu 2 (dua) perawat untuk 3 pasien.

#### **b. Keperawatan di ICU**

Keperawatan di ICU merupakan kombinasi dari keperawatan dasar dan khusus. Tugas perawat pada keperawatan *critical care* diantaranya adalah :

- Secara terus menerus memonitoring dengan ketat pasien-pasien di ICU dan terpasangnya peralatan medis.
- Melakukan pencatatan dan analisis data pasien.
- Mengantisipasi adanya komplikasi medis pada pasien.
- Memutuskan, mengeksekusi dan mengevaluasi intervensi-intervensi yang dapat memberi efek merugikan bagi pasien.
- Meningkatkan kecepatan dan kualitas kesembuhan pasien.
- Memberikan dukungan pada pasien yang sekarat.

Secara umum, keperawatan di ICU merupakan tugas yang sangat tinggi kompleksitasnya. Bukan hanya melakukan tugas secara medis kedokteran, tetapi juga harus mampu membaca kebutuhan pasien serta membuat prioritasnya juga memastikan pencatatan yang baik tentang

kondisi pasien. Pada keadaan akut perawat di ICU harus memahami konsep “A-B-C-D-E”, yaitu :

- A : *airway*, adalah menjaga dan merawat saluran pernafasan agar selalu dapat berfungsi baik.
- B : *breathing*, kondisi pernafasan yang adekuat untuk kebutuhan oksigen dan ventilasi.
- C : *circulation*, yang dimaksud adalah terjaganya perfusi jaringan ke otak, jantung, ginjal, paru, usus dan organ lainnya, serta mengontrol perdarahan dan fungsi hematologi lainnya.
- D : *disability* , adalah keadaan gangguan fungsi syaraf yang dapat terjadi akibat penyakit kritis pasien.
- E : *exposure*, yaitu fungsi lain seperti elektrolit, biokimia dan gagal ginjal.

Menurut Welch dan Theaker (2004) menyebutkan kompetensi yang harus dimiliki seorang perawat di ICU adalah berkaitan pada hal-hal dibawah ini :

- a. Mampu bekerja dengan aman, efektif, selalu bekerja dengan pendekatan manajemen keperawatan pada pasien-pasien yang menggunakan *invasif ventilasi* diantaranya dengan:
  - Aspek kenyamanan pasien
  - Strategi untuk pengambilan keputusan penghentian penggunaan alat bantu atau penunjang.
  - Mampu melakukan manuver pada pasien yang membutuhkan bantuan pernafasan.
  - Mampu memahami bekerjanya alat ventilator.
- b. Mampu bekerja dengan aman, efektif, selalu bekerja dengan pendekatan manajemen keperawatan pada pasien-pasien yang mengalami gangguan kardiovaskuler, termasuk :
  - *Acute coronary syndromes*

- *Cardiac dysrhythmias*
- *Haemodynamic instability secondary to other factors*
- *Circulatory failure*
- *Peri-arrest situations*
- *Cardiopulmonary arrest*

c. Mampu bekerja dengan aman, efektif, selalu bekerja dengan pendekatan manajemen keperawatan pada pasien-pasien yang mengalami gagal ginjal, diantaranya tentang :

- Pemberian cairan dan terapi obat
- Tata cara drainase urine

Andrew dan kawan-kawan (2004) mengelompokkan performa perawat di ICU sebagai berikut :

Tabel 2.1. Performa Perawat di ICU

Rating	Definisi	Perilaku yang diamati
<i>Novice</i>	Pengetahuan dan ketrampilan yang terbatas, pelaksanaan tugas yang tidak konsisten, ketrampilan interpersonal yang sangat bervariasi. Keterbatasan pemahaman konteks yang lebih luas.	Ketidakmampuan berkoordinasi dan kurang percaya diri. Potensi kurang pada akurasi.
<i>Advanced beginner</i>	Memiliki beberapa ketrampilan dan pengetahuan, secara umum memiliki konsistensi praktek dan ketrampilan interpersonal. Memiliki apresiasi pada keadaan yang mempengaruhi	Kemampuan koordinasi dan percaya diri pada tingkat dasar. Tidak mampu memadukan berbagai aspek pada perawatan pasien.
<i>Competent</i>	Mampu melakukan tindakan yang konsisten aman, akurat dan efektif. Memiliki ketrampilan interpersonal dan etika. Kemampuan memahami konteks sedang.	Memiliki ketrampilan baik, percaya diri dan koordinasi baik dengan pasien, serta fokus pada tugas dengan memadukan berbagai aspek perawatan. Mampu membuat prioritas tugas.

<i>Proficient</i>	Mampu melakukan tindakan yang konsisten aman, akurat dan efektif. Memiliki ketrampilan interpersonal dan pemahaman etika. Mampu memahami rencana pada tujuan jangka panjang. Mampu beradaptasi pada situasi yang berubah	Ketrampilan dan tugas yang sempurna, proaktif dan mampu melakukan pendekatan yang fleksibel. Mampu menemukan pemecahan masalah dan membuat keputusan.
-------------------	--	---

Sumber : Andrew D. Bersten et al, 2004, Oh's Intensive Care Manual, fifth edition, London. P.4

Sedangkan menurut petunjuk pelaksanaan Standar Pelayanan ICU yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Medik tahun 2003, menyebutkan bahwa kualifikasi tenaga kesehatan yang bekerja di ICU adalah sebagai berikut :

Tabel. 2.2 Kualifikasi Tenaga Kesehatan di ICU

Tenaga	ICU Primer	ICU Sekunder	ICU tersier
Kepala ICU	Dokter yang memiliki pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman dalam bidang reanimasi ( <i>resusitasi intensive care, critical care</i> ) dan pengetahuan administrasi yang cukup. Selain itu harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan dasar <i>General Emergency Life Support</i> yang meliputi diantaranya ALS/ACLS, APLS dan FCCS. Dokter spesialis anestesi adalah salah satu tenaga pimpinan yang telah disiapkan untuk bidang ini.	Dokter yang memiliki pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman dalam bidang reanimasi ( <i>resusitasi intensive care, critical care</i> ) dan pengetahuan administrasi yang cukup. Selain itu harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan dasar <i>General Emergency Life Support</i> yang meliputi diantaranya ALS/ACLS, APLS dan FCCS. Intensivist adalah salah satu tenaga pimpinan yang telah disiapkan untuk bidang ini.	Dokter yang memiliki pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman dalam bidang reanimasi ( <i>resusitasi intensive care, critical care</i> ) dan pengetahuan administrasi yang cukup dan mampu menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian. Pengetahuan yang harus memiliki adalah <i>General Emergency Life Support</i> (ALS/ACLS, APLS dan FCCS) dan <i>Complex Multi System Life Support</i> . Intensivis adalah salah satu tenaga pimpinan yang telah disiapkan untuk bidang ini.

Tim Medik dan Perawat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsultan Konsulen terkait dan selalu siap dipanggil</li> <li>2. Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru (A-B-C-D-E,F) yang bersertifikat.</li> <li>3. Memiliki perawat terlatih dan jumlahnya cukup.</li> <li>4. Kepala perawat ICU harus mempunyai kemampuan manajerial dan memiliki sertifikat perawat ICU.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsultan Memiliki spesialis yang dapat menanggulangi setiap saat bila diperlukan.</li> <li>2. Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru (A-B-C-D-E,F).</li> <li>3. Memiliki perawat terlatih dengan ratio perawat : pasien 1 : 2</li> <li>4. Kepala perawat ICU harus mempunyai kemampuan manajerial dan memiliki sertifikat perawat ICU.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsultan Memiliki spesialis yang dapat menanggulangi setiap saat bila diperlukan.</li> <li>2. Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru (A-B-C-D-E,F).</li> <li>3. Memiliki perawat terlatih atau sudah bekerja di ICU selama 3 tahun dengan ratio 1 : 1 pada setiap shift untuk kasus berat dan tidak stabil.</li> <li>4. Kepala perawat ICU harus setara SI dan mempunyai kemampuan manajerial dan memiliki sertifikat perawat ICU.</li> </ol>
Tenaga non medis	Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi. Tenaga pekarya. Tenaga kebersihan	Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi. Tenaga pekarya. Tenaga kebersihan	Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi. Tenaga laboratorium. Tenaga farmasi. Tenaga pekarya. Tenaga kebersihan

Sumber : Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, 2003.

Keseluruhan fungsi ICU sangat tergantung dengan sumber daya manusia yang bekerja di dalamnya. Josh Ettinger dan kawan-kawan (2005) dalam tulisannya tentang *The pursuit of performance excellence* menyebutkan terdapat 7 (tujuh) kriteria yang menggambarkan *performa excellence* pada unit ICU pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.3 Kriteria *Performa Excellence* pada unit ICU

No	Kriteria	Penjelasan
1	<i>Leadership</i>	Seberapa besar pimpinan ICU memberikan bimbingan kepada unitnya tentang tata laksana dan performa organisasi.
2	<i>Strategic Planning</i>	Bagaimana ICU menyusun strategi yang objektif dan rencana kerja dan bagaimana mereka melaksanakannya serta mengukur keberhasilannya.
3	Fokus pada pasien, customer yang lain dan pasar	Bagaimana ICU menyusun kriteria pasien yang masuk dan harapan serta bagaimana ICU membangun relasi dengan pasien untuk meningkatkan kepuasan dan loyalitas.
4	Ukuran, analisa dan pengetahuan manajemen	Bagaimana ICU memilih, mengukur, menganalisa, mengelola dan meningkatkan standar sistem dan bagaimana pengetahuan itu dibagi, ditransferkan dan dikomunikasikan kepada seluruh komponen unit.
5	Staf focus	Bagaimana sistem di ICU itu bekerja dan motivasi yang dapat membangun serta menggali seluruh potensi yang ada dalam kaitan dengan strategi, tujuan dan rencana kerja ICU tersebut.
6	Manajemen proses	Bagaimana manajemen proses sistem itu berjalan termasuk kunci utama dan hal-hal yang mendukung untuk menciptakan value bagi pasien dan staf.
7	Performa organisasi	Bagaimana hasil akhir ICU bila dibandingkan dengan kompetitor dan industri yang sejenis setiap saat, apakah merefleksikan strategi ICU yang telah disusun berjalan dengan baik atau tidak.

Sumber : John Ettinger, *The Pursuit Of Performance Excellence*, 2005

Dari beberapa kriteria dan komponen maupun ukuran-ukuran kinerja yang disampaikan oleh banyak para ahli dapat menuntun rumah sakit untuk memilih pola dan model manajemen yang akan diterapkan di unit ICU nya. Pola dan model ICU yang tepat, efisien dan efektif akan menguntungkan semua pihak dan meningkatkan kualitas mutu pelayanan secara otomatis.

#### **2.1.7. *Close Unit ICU versus Open Unit ICU***

Sejak era tahun 90-an di Amerika telah dilakukan banyak penelitian yang membandingkan hasil kerja dari dua model di ICU yaitu antara model *close unit* dengan model *open unit*. Para peneliti mengambil beberapa variabel dari aspek medis dan aspek financial. Keseluruhan variabel yang diteliti untuk dilihat tingkat efisiensi dan efektivitas penanganan pasien selama di ICU yang berorientasi pada kebutuhan dan kepentingan pasien juga kemudahan tim dokter dalam melaksanakan tugasnya di ICU.

Jeffrey M Rothschild (2000), menyatakan di banyak rumah sakit di Amerika komposisi tempat tidur di ICU kira-kira 10% dari jumlah tempat tidur tersedia. Pasien di ICU rata-rata mempunyai angka kematian 12% sampai 17%. Angka ini kira-kira mendekati 500.000 pasien ICU yang meninggal di Amerika. Ada sekitar 4,4 juta pasien ICU. Sebuah penelitian tentang manajemen ICU yang baru, memperkirakan angka kematian tersebut dapat dikurangi hampir 15 - 60% bila menggunakan model manajemen intensivis di ICU.

Di Singapore menurut Dessmon Y. H. dari Departemen of General Medicine Singapore manajemen ICU disana bergerak dalam *progress* menjadi *close unit* yang diharapkan mampu meningkatkan hasil akhir yang lebih baik bagi pasien, memudahkan melakukan perawatan pasiennya dan meningkatkan kualitas di ICU. Pada tahun 2000 mereka melakukan diskusi kelompok untuk menemukan model dan metode yang paling ideal bagi penanganan pasien di ICU. Dari hasil diskusi itu disepakati model *close*



lebih efisien dan intensivis sebagai pimpinan. Pilihan ini dikarenakan intensivis adalah tenaga spesialis yang mendapat pelatihan khusus tentang *critical care medicine* dan terlatih membuat keputusan medis yang kompleks serta dapat bekerja dengan stres yang tinggi dalam situasi sumber daya yang terbatas.

Berikut ini adalah beberapa hasil penelitian para ahli baik yang berada di Amerika maupun Eropa.

- **Treggiari dan kawan-kawan**

Treggiari dan kawan-kawan (2007) menyebutkan dalam tulisan di journal *intensive care medicine* bahwa seorang idealnya sebuah ICU adalah berbentuk *close unit* dengan dipimpin oleh seorang intensivis. Dari hasil beberapa penelitian ditemukan ICU dengan model *close unit* ternyata mempunyai angka mortality yang lebih rendah bila dibanding dengan model *open unit*.

Penelitian yang dilakukan adalah tentang studi *kohort* tentang ALI. Penelitian dilakukan pada 24 ICU dimana 13 adalah di desain dengan *close unit* dan 11 dengan model *open unit*. Dilaporkan juga jumlah dokter dan perawat tersedia lebih banyak pada model *close unit* dari pada *open unit*. Di dapatkan hasil pada *close unit* terdapat *odds ratio* 0.68 dengan *confidence interval* 95% sedangkan *open unit* *odds ratio* 0.94 dengan *confidence interval* 95%.

Sebagai unit yang paling kompleks, ICU sudah selayaknya dikelola dengan sumber daya yang sesuai kompetensinya. Bukan hanya sumber daya manusia tetapi juga peralatan medis. Dengan tingkat *stressor* yang tinggi pada pekerja di ICU perlu dipikirkan manajemen ICU yang dapat mengadopsi seluruh kebutuhan pasien dan pekerjanya.

- **Alan S. Multz**

Alan S. Multz dan rekan (2007) mengemukakan hipotesa bahwa *ICU model close unit* lebih efisien daripada *open unit*. Hipotesa ini hasil dari penelitian analisa retrospektif di Pulmonary dan *Critical Care Medicine*, Long Island Jewish Medical Centre, New York pada tahun 1998. Hasil penelitian tersebut berisi data :

- *ICU length of stay* (LOS)
- Hospital LOS
- Mortality
- *Mechanical Ventilation* (MV)

Pada penelitian Alan S. Multz tersebut tidak dibedakan menurut usia,  $MPM_0$  (*Mortality Prediction Model*) maupun penggunaan MV. Di dapatkan hasil :

*Tabel 2.4. Penelitian Prospective*

<b>Uraian</b>	<b>Open Model</b>	<b>Close Model</b>	<b>Keterangan</b>
<b>ICU LOS</b>	12,6	6,1	d,p < 0.0001
<b>Hospital LOS</b>	33,2	19,2	d,p < 0.008
<b>Hari penggunaan MV</b>	8.5	2.3	d,p < 0.0005

Sumber : Alan S. Multz, et al. *A "Closed" medical intensive care unit (MICU) improves resources utilization when compared with an "open" MICU*. 2007

*Tabel 2.5. Penelitian Retrospective*

<b>Uraian</b>	<b>Open Model</b>	<b>Close Model</b>	<b>Keterangan</b>
<b>ICU LOS</b>	9.3	6.1	d,p < 0.05
<b>Hospital LOS</b>	31.2	22.2	d,p < 0.02
<b>Hari penggunaan MV</b>	6.4	3.3	d,p < 0.05

Sumber : Alan S. Multz, et al. *A "Closed" medical intensive care unit (MICU) improves resources utilization when compared with an "open" MICU*. 2007

Dari hasil diatas Alan S. Multz menyimpulkan bahwa penanganan pasien dengan model close adalah lebih efisien.

- **Ghorra dan Rekan**

Sedangkan menurut Ghorra dan rekan (1999) dalam sebuah penelitian *retrospective* di tahun 1996 di Amerika yang dilansir di jaringan *cybernet* di dapat hasil perbandingan model *close* dan *open* dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 2.6. Perbandingan model close dan open menurut Ghorra

<b>Uraian</b>	<b>Open Model</b>	<b>Close Model</b>	<b>Keterangan</b>
<b>Mortality</b>	14,4%	6.04%	p = 0.012
<b>Angka komplikasi</b>	55.84%	44.14%	p = 0.002
<b>Jumlah konsultasi per pasien</b>	0.6%	0.4%	p = 0.036
<b>Angka kejadian gagal ginjal</b>	12.8%	2.67%	p = 0.001

Sumber : Ghorra dan rekan, *analysis of the effect of conversion from open to closed surgical intensive care unit*. P. 172, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>.

Diambil kesimpulan dari hasil penelitian diatas adalah bahwa model *close* lebih efisien baik bagi kepentingan dokter maupun pasien. Hasil penelitian Ghorra ini juga menggambarkan bahwa pasien-pasien di intensive care unit bedah akan lebih baik apabila mendapat pengelolaan dari seorang intensivis.

- **Laurie Barclay, MD**

Laurie Barclay, MD (2008) dalam salah satu hasil penelitiannya yang dirilis pada September 2007 yang menyebutkan bahwa penelitian pada ICU *model close* dapat menurunkan mortalitas pasien dengan *acute lung injury* (ALI). Penelitian ini dilaksanakan di ICUs King County, Washington, yang juga melibatkan direktur medis ICU, perawat, manajer dan staf administrasi untuk mengetahui struktur organisasi dan praktek penanganan pasien.

Menggunakan studi kohort pada pasien ALI. Pengukuran pasien yang diterima pada model *close* maupun model *open* menggunakan skoring APACHE III (*Acute Physiological and Chronic Health Evaluation*) III.

### 2.1.8. Indikator keberhasilan di *Intensive Care Unit*

Mitchell P Fink (2005) menyatakan bahwa ICU sebagai salah satu unit penting di rumah sakit, perlu membuat tujuan strategis untuk pengembangan selanjutnya dengan berdasar data pasien, rencana kerja dan proses kinerja. Ukuran keberhasilan, standar maupun target dibutuhkan untuk dapat mengevaluasi hasil kerja. Ukuran atau indikator dapat diambil dari aspek klinis medis maupun finansial. Dengan demikian performa ICU yang berkualitas akan dapat dilihat.

Keberhasilan pengelolaan ICU dapat diukur dari beberapa indikator dalam tabel berikut ini :

Tabel 2.7 Indikator Keberhasilan Pengelolaan ICU

<i>Strategic Objectives</i>	<i>Metric</i>	<i>One-Year Goal</i>	<i>Three to five Year Goal</i>
<i>Clinical</i>	<i>Mortality Infection Use of evidence for sepsis patients Use of ventilator bundle Rate of adverse drug events</i>	<i>Reduce 20% Zero bloodstream infection 100% of patients 100% of patients Zero</i>	<i>Reduce an additional 20% Maintain at zero Develop quality measures for transfusion 100% of patients Zero</i>
<i>Customer</i>	<i>Positive staff satisfaction Positive patient satisfaction</i>	<i>Improve 30% Improve by 20%</i>	<i>Improve each year by 10% Improve each year by 10%</i>
<i>Operational</i>	<i>Canceled surgery Length of Stay Rate of diverted cases Use of agency nurses</i>	<i>Zero Reduce 30% Reduce 50% Zero</i>	<i>Maintain at zero Reduce an additional 20% Zero Zero</i>
<i>Financial</i>	<i>Operating margin Drug costs</i>	<i>5% Reduce 30%</i>	<i>7% Reduce an additional 15%</i>

Sumber : Fink Mitchell P, et all. Critical Care, fifth edition, Elsever Saunders. United States of Amerika. P. 2191. 2005

## **2.2. Focus Group Discussion (FGD)**

### **2.2.1. Pengertian *Focus Group Discussion***

Menurut Adang Bachtiar (2007) *Focus Group Discussion* adalah suatu teknik pengumpulan data kualitatif dengan berdiskusi dalam sekelompok orang yang mempunyai pengaruh dengan mendapat pengarahan dari seorang Moderator untuk membicarakan sebuah topik.

### **2.2.2. Kegunaan *Focus Group Discussion***

Karena FGD adalah suatu penelitian kualitatif dengan mengandalkan keahlian dan keterampilan moderator dalam memandu maka diskusi kelompok tersebut mempunyai manfaat sebagai teknik eksplorasi data yang kadang-kadang dapat dijadikan metodologi penelitian yang utama.

Donald R Cooper (2006) menyatakan kelompok diskusi fokus ini sangat bermanfaat pada skenario seperti :

- Mendapatkan latar belakang umum tentang suatu topik atau isu.
- Menghasilkan pertanyaan riset untuk dieksplorasi melalui metodologi kuantitatif.
- Menerjemahkan hasil riset kuantitatif yang telah diperoleh sebelumnya.
- Merangsang ide baru bagi produk dan program.
- Menggarisbawahi bidang peluang yang harus dikejar oleh manajer tertentu.
- Mendiagnosa masalah yang harus dipecahkan manajer.
- Menciptakan kesan dan persepsi merek dan ide produk.
- Menghasilkan suatu tingkat pemahaman tentang pengaruh-pengaruh dalam dunia peserta.

Seorang fasilitator yang ahli dapat mengarahkan diskusi sedemikian rupa sehingga ide yang muncul merupakan pendalaman dari ide sebelumnya walaupun demikian hasil dari diskusi kelompok ini tidak bisa dianggap sebagai pengganti analisis kuantitatif.

### **2.2.3. Fasilitator/Moderator**

Fasilitator memegang peranan penting karena diharapkan dapat mengarahkan diskusi kelompok pada tujuan yang telah direncanakan sebelumnya. Peranan fasilitator adalah menjelaskan topik diskusi, mengamati peserta dan mampu merespon terhadap semua reaksi peserta, menciptakan hubungan baik, menghindari pendapat pribadi, menghindari komentar setuju atau tidak setuju dan mencegah diskusi kelompok keluar dari topik yang dibicarakan.

Perlu dipersiapkan seorang fasilitator dengan baik termasuk persyaratan untuk menjadi seorang fasilitator/moderator. Persyaratan itu diantaranya :

1. Fasilitator mampu bersikap santai.
2. Mampu membuat peserta tidak merasa tegang.
3. Mampu mencairkan suasana yang kaku.
4. Sanggup memperhatikan peserta dan jalannya diskusi.
5. Terampil dan ahli dalam berkomunikasi.
6. Memiliki kepribadian yang hangat.
7. Mampu mendengar dengan baik.
8. Bersemangat.
9. Mampu membaca isyarat yang tersirat.
10. Dan mampu berpikir analitik.

Keterampilan memandu seorang fasilitator/moderator sangat menentukan hasil akhir diskusi kelompok ini. Komunikasi yang dilakukan

seorang fasilitator/moderator merupakan gambaran total dari kepiawaian sang moderator karena komunikasi yang disajikan bukan hanya berupa kata-kata saja tetapi juga isyarat bahasa tubuh atau lebih dikenal komunikasi non verbal.

Contoh komunikasi non verbal seperti ekspresi wajah, gerakan tubuh, gerakan tangan, anggukan kepala, tatapan mata, pembicaraan yang menyela.

- **Komunikasi yang efektif.**

Hal penting yang mendasari sebuah komunikasi yang efektif adalah mendengar. Mendengar akan memperkaya atas informasi yang disampaikan sehingga apabila kita mendengar dengan baik maka tak satu pun informasi yang terlewat.

Mendengar yang baik akan terjadi apabila kita mampu memusatkan pikiran, tidak menghakimi, dan bicara seperlunya. Seorang fasilitator/moderator harus dapat menjadi pendengar yang baik. apabila ada pertanyaan yang tidak dimengerti fasilitator perlu menanyakan pertanyaan ulang atau dengan cara mengulangi kembali kalimat yang diucapkan dengan pembicara terakhir.

Berkomunikasi yang efektif dapat menggali jawaban-jawaban dengan lebih banyak lagi. Agar jawaban lebih luas hindari kata tanya seperti apakah, adakah, mengapa, dan lebih diperbanyak menggunakan kata pertanyaan apa dan bagaimana.

Kadangkala diskusi kelompok ini dapat terjadi kebuntuan, sehingga diperlukan kepandaian fasilitator untuk menggali dan mendorong peserta serta memberikan stimulasi sehingga percakapan akan menjadi bervariasi. Menurut Bachtiar Adang (2007) ketrampilan untuk menstimulasi

percakapan ini disebut dengan *probing*. Ada beberapa teknik probing yang dikenal yaitu :

- *Echo probe*  
Merupakan teknik dengan mengulangi jawaban responden.
- *Requested probe*  
Adalah teknik mengulangi bagian pertanyaan.
- *Silent probe*  
Yaitu menunggu sebentar untuk memperoleh penjelasan lebih lanjut.
- *Encouragement probe*  
Adalah mendorong orang meneruskan pembicaraannya dengan senyum.
- *Repeat probe*  
Mengulangi pertanyaan. Ini dilakukan apabila terjadi kebingungan pada responden.  
Probing dapat berakhir jika kita telah mendapat jawaban yang lengkap yang ada dalam pikiran responden, arti dan kedalamannya.

#### **2.2.4. Karakteristik *Focus Group Discussion***

Karakteristik yang tampil dalam kegiatan diskusi ini mempunyai ciri khas diantaranya adalah :

**a. Peserta terdiri dari 6 – 12 orang.**

Kelompok diskusi yang terfokus ini harus mempunyai jumlah yang cukup kecil yang dapat mewakili berbagai pihak yang terkait dan memiliki variasi pandangan yang cukup luas. Kelompok ini dibuat kecil agar kesempatan anggota atau peserta kelompok menyampaikan pendapatnya akan lebih banyak. Kelompok kecil juga mencegah timbulnya pengelompokan-pengelompokan di dalam diskusi yang dapat berakibat kaburnya pendapat perseorangan menjadi pendapat sekelompok kecil.



Peserta yang berjumlah kurang dari 6 orang dapat mengakibatkan keterbatasan ide dan wawasan sehingga tujuan penelitian tidak tercapai.

**b. Peserta tidak saling mengenal dengan baik.**

Peserta yang dipilih dalam kelompok diskusi ini adalah peserta yang mempunyai ciri yang sama. Yang dimaksud ciri yang sama adalah mereka yang memahami bidang atau topik yang sedang didiskusikan dan mempunyai kepentingan dengan topik tersebut. Akan lebih baik lagi apabila peserta satu dengan yang lain bukan peserta yang dalam kesehariannya berinteraksi dengan erat atau bahkan tidak saling mengenal. Hal ini dimaksudkan agar analisa data pada FGD akan dapat lebih murni dan tidak bias dengan kepentingan pribadi kelompok.

**c. Kegiatan ini merupakan proses pengumpulan data kualitatif.**

Proses dalam kegiatan FGD merupakan proses mengenai persepsi dan pandangan peserta. Oleh karena itu pertanyaan-pertanyaan yang disampaikan pada saat kegiatan FGD adalah pertanyaan terbuka sehingga memungkinkan menampung jawaban seluas mungkin. Sehingga kunci keberhasilan FGD terletak pada proses diskusi yang tetap terfokus.

**d. Merupakan kegiatan diskusi yang terfokus.**

**e. Faktor-faktor yang mempengaruhi kontribusi peserta.**

Diskusi yang baik akan dapat menghasilkan data yang kaya dan tepat, namun diskusi juga dapat menyebabkan data tidak tepat. Keadaan ini dapat disebabkan oleh kontribusi yang mempengaruhi peserta wawancara.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kontribusi Peserta dan diskusi Menurut Donald R. Cooper dan rekan (2006) adalah :

Tabel 2.8 Faktor yang mempengaruhi kontribusi peserta FGD

<b>Positif/Fasilitator</b>	
<b>Pengakuan/perkuatan ego</b>	Moderator mengekspresikan penghargaan atas kontribusi peserta yang berkontribusi kepada pemahaman isu; penerimaan peserta atas komentar peserta lainnya.
<b>Kontribusi pribadi</b>	Keinginan peserta untuk, dan persepsi bahwa kontribusinya, membantu.
<b>Validasi</b>	Keinginan peserta agar perasaan, sikap atau idenya divalidasi.
<b>Katarsis/pembagian beban</b>	Keinginan peserta untuk membagikan sesuatu yang negatif atau membebani kepada orang lain.
<b>Pertumbuhan pribadi</b>	Keinginan peserta untuk meningkatkan pengetahuan atau pemahaman melalui perspektif baru; keinginan peserta untuk mendapatkan pengalaman baru.
<b>Sosialisasi</b>	Keinginan peserta untuk bertemu orang baru dan membuat pertemanan yang baru dalam suatu lingkungan yang “aman”.
<b>Harapan</b>	Keakuratan pemahaman peserta terhadap tujuan diskusi kelompok.
<b>Penghargaan ekstrinsik</b>	Pandangan peserta atas nilai dari upah atas partisipasi mereka.
<b>Negatif/Penghalang</b>	
<b>Penggunaan terminology abstrak</b>	Moderator atau peserta menggunakan istilah atau jargon yang tidak umum.
<b>Ancaman ego</b>	Saling serang antar peserta berkaitan dengan pengetahuan tentang subjek.
<b>Kebenaran politik</b>	Peserta menahan komentar karena takut kontribusinya akan dianggap tidak menghargai pengetahuan atau opini orang lain.
<b>Pertahanan ego</b>	Peserta menahan komentar karena takut kelihatan bodoh atau pendapatnya tidak populer dengan kelompoknya.
<b>Kerusakan ingatan</b>	Kegagalan peserta untuk mengingat suatu kejadian atau rincian kejadian.
<b>Melebih-lebihkan</b>	Kreativitas peserta menambah-nambahi ingatan perilaku agar dapat berpartisipasi penuh atau melambungkan status.

<b>Tidak jelas/bertele-tele</b>	Ketidakmampuan peserta untuk mengungkapkan ide dengan cepat dan dengan ringkas.
<b>Membingungkan</b>	Kekurangpahaman tentang isu yang sedang didiskusikan.
<b>Tutup mulut</b>	Keinginan peserta untuk diundang berpartisipasi (ketimbang secara aktif melemparkan komentar).
<b>Waktu</b>	Beban peserta untuk menyelesaikan kewajiban yang lain.
<b>Dominasi/monopoli</b>	Upaya peserta untuk mengambil alih kepemimpinan, sehingga menghambat kontribusi yang lain.

Sumber : Cooper Donald R et. all, Metode Riset Bisnis, Volume 1, Edisi 9 P. 246. 2006

### 2.2.5. Waktu dan Tempat Pelaksanaan *Focus Group Discussion*

*Focus Group Discussion* sebaiknya dilaksanakan disebuah tempat yang dapat membuat peserta secara bebas berani menyampaikan pendapatnya. Faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan tempat FGD adalah :

- a. Tempat yang mendatangkan rasa aman bagi peserta.  
Tempat yang mendatangkan rasa aman merupakan faktor yang penting bagi peserta agar dapat menyampaikan pendapatnya secara murni tanpa merasa tertekan maupun terintimidasi oleh sesuatu.
- b. Tempat yang nyaman.  
Pengertian nyaman disini adalah tempat yang disediakan tidak terlalu sempit namun tidak juga terlalu lebar sebaiknya tidak panas sehingga menimbulkan suasana diskusi yang nyaman. Ruang diskusi sebaiknya juga terletak tidak jauh dari kebutuhan peserta akan ruang pribadi seperti kamar kecil/toilet. Sehingga diharapkan jalannya diskusi tidak terganggu oleh aktifitas pribadi peserta.
- c. Lingkungan yang netral.  
Lingkungan yang dipilih sebaiknya tempat yang tidak member pengaruh atas topik yang akan dibicarakan. Seperti misal hendak

membicarakan masalah pelayanan kepada pelanggan rumah sakit maka lingkungan yang dipilih adalah tidak di rumah sakit atau di ruang manajemen.

- d. Tempat yang mudah dicapai responden.  
Lokasi diskusi yang jauh dari tempat tinggal peserta atau dari tempat bekerja peserta dapat menyebabkan peserta merasa lelah sehingga mengurangi semangat peserta dalam mengikuti kegiatan ini.
- e. Apabila pelaksanaan FGD perlu diamai oleh pengamat, diperlukan sebuah ruangan khusus dimana terdapat kaca satu arah untuk pengamat mengikuti proses diskusi yang berlangsung. Yang dimaksud dengan kaca satu arah disini adalah pengamat dapat melihat proses diskusi tanpa diketahui oleh peserta diskusi sehingga tidak mempengaruhi tanggapan yang diberikan.

#### **2.2.6. Pelaksanaan *Focus Group Discussion***

##### **a. *Persiapan Focus Group Discussion***

Persiapan yang dilaksanakan untuk membuat FGD itu diantaranya adalah :

- Menyiapkan undangan

Karena peserta FGD harus homogen maka kriteria peserta yang diharapkan agar tujuan penelitian dapat tercapai dengan baik harus ditentukan sejak awal.

Undangan yang akan diberikan kepada peserta dipersiapkan dengan baik dan jelas, berisi tentang tanggal, waktu, tempat dan lamanya waktu pertemuan. Di dalam undangan juga tercantum topik diskusi yang akan dibahas serta rencana FGD yang akan digelar maupun daftar calon peserta lainnya.

- Menyiapkan fasilitator

Fasilitator merupakan peserta kunci yang memegang peranan penting agar diskusi dapat berjalan menarik dan menghasilkan banyak ide sehingga tujuan dari diskusi itu dapat tercapai dengan baik.

Peranan fasilitator adalah sebagai berikut :

- Menjelaskan tentang topik diskusi.
- Mengarahkan kelompok.
- Bertugas mengajukan pertanyaan dan harus netral terhadap semua jawaban peserta.
- Mendorong semua peserta untuk berpartisipasi.
- Membuat hubungan yang baik antar peserta.
- Melakukan pengamatan langsung atas sikap dan reaksi peserta.

- Menyiapkan pencatat

Persiapan untuk pencatat perlu dilakukan karena seorang pencatat atau *observer* harus mampu menyalin seluruh kegiatan FGD secara lengkap dan detail. Catatan yang lengkap ini dapat menghindari hilangnya sebuah ide yang *orisinil* dari peserta.

- Mempersiapkan tempat duduk

Secara tidak langsung posisi tempat duduk dapat mempengaruhi *mood* peserta. Oleh karena itu pengaturan tempat duduk sebaiknya tidak terkesan penunjukkan status, memudahkan fasilitator bertatap mata langsung dengan peserta dan jarak fasilitator terhadap setiap peserta adalah sama.

- Mempersiapkan waktu

Tentukan lamanya waktu diskusi yang dibutuhkan dengan memperkirakan banyaknya ide yang akan muncul sehubungan

dengan topik yang akan dibicarakan. Biasanya FGD berlangsung selama 60 sampai 120 menit.

- Mempersiapkan kelompok

Perlu ditentukan jumlah kelompok untuk menyesuaikan besarnya topik yang akan diteliti. Penentuan jumlah kelompok dapat dilihat dari lokasi geografis, informasi yang diterima oleh peserta, segmen populasi. Hal ini penting karena kelompok diskusi haruslah homogen.

Langkah selanjutnya adalah menentukan komposisi kelompok. Komposisi ini dapat dibedakan menurut kelas sosial, status peserta terhadap sesuatu, tingkat keahlian, perbedaan budaya, dan jenis kelamin.

- b. Pelaksanaan *Focus Group Discussion***

Pelaksanaan FGD dimulai dengan pembukaan. Pembukaan ini diisi dengan perkenalan. Waktu yang diperlukan untuk perkenalan sekitar 5 – 7 menit. Pada acara perkenalan ini fasilitator perlu menyampaikan hal-hal sebagai berikut :

- Tujuan diadakannya FGD.
- Memperkenalkan nama fasilitator dan pencatat serta peranannya masing-masing.
- Menjelaskan secara singkat teknis pelaksanaan FGD sehingga peserta siap mengikuti proses FGD.
- Perkenalan juga dimanfaatkan oleh peserta untuk mengisi dan membaca pernyataan kesediaan mengikuti kegiatan FGD

- Teknik pelaksanaan FGD ada beberapa macam yaitu :

- Teknik klarifikasi yaitu fasilitator mengulangi jawaban peserta dalam bentuk pertanyaan.

- Teknik reorientasi, tehnik ini digunakan untuk menghidupkan suasana diskusi agar lebih menarik.
- Teknik dengan menghindarkan orang lain yang berpengaruh. Yang dimaksud dalam tehnik ini apabila terdapat seorang yang ahli atau pakar hadir dalam diskusi ini dapat membuat peserta tidak berani menyampaikan idenya.
- Teknik yang lain dapat menggunakan gambar, foto atau video. Dengan tehnik ini suasana diskusi dapat menjadi lebih menarik dan jelas.
- Bagi seorang fasilitator perlu mempunyai keterampilan menstimulasi peserta dalam menyampaikan pendapatnya.

#### **c. Penutupan *Focus Group Discussion***

Pada kegiatan penutupan perlu dibuatkan kesimpulan-kesimpulan hasil diskusi kelompok dan dilakukan pencatatan yang lengkap. Fasilitator perlu menjelaskan secara ringkas hal-hal penting yang muncul selama proses diskusi dan ditutup dengan mengucapkan terima kasih kepada seluruh peserta.

**BAB III**  
**GAMBARAN UMUM**  
**RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA**

**3.1. Profil Rumah Sakit**

Profil Rumah Sakit Pusat Pertamina adalah sebagai berikut :

Nama Rumah Sakit	: Rumah Sakit Pusat Pertamina
Type/Kelas Rumah Sakit	: Kelas B+ (Pendidikan)
Status Kepemilikan	: Ex. BUMN PERTAMINA, dan pada tanggal 21 Oktober 1999 kepemilikan diambil alih oleh PT. PERTAMEDIKA dengan pembagian pemegang saham mayoritas adalah PERTAMINA dan Tabungan Yayasan / Pegawai PERTAMINA dalam jumlah yang lebih kecil.
Alamat	: Jl. Kyai Maja No. 43
Kecamatan	: Kebayoran Baru
Kodya	: Jakarta Selatan
Propinsi	: DKI Jakarta

**3.2 Sejarah Rumah Sakit Pusat Pertamina**

PT. Rumah Sakit Pusat Pertamina didirikan berdasarkan Akta Nomor 30 tanggal 21 Oktober 1997 yang dibuat di Jakarta dan telah memperoleh pengesahan



dari Menteri Kehakiman Republik Indonesia di bawah Nomor. C2-18 HT 01.01. Th.98 tanggal 12 Januari 1998. Melalui RUPS-LB tanggal 17 April 2002 yang telah dinyatakan dalam Akta Pernyataan Keputusan RUPS-LB No.17 tanggal 20 Mei 2002 yang telah pula mendapat pengesahan dari Menteri Kehakiman dan HAM RI No. C-12195 HT. 01.04. Th. 2002 tanggal 4 Juli 2002, maka PT.RSPP diganti namanya menjadi PT. Pertamina Bina Medika atau PT. Pertamedika.

Rumah Sakit Pusat Pertamina berdiri pada tahun 1972 atas prakarsa direktur utama Pertamina Bapak Letjend Jendral TNI. Dr. H. Ibnu Sutowo pada tahun 1967 yang ditujukan sebagai pendukung kegiatan operasional Pertamina.

Kepemimpinan direktur Rumah Sakit Pusat Pertamina telah berganti sebanyak 11 kali yaitu :

- |     |                                 |                         |
|-----|---------------------------------|-------------------------|
| 1.  | Dr. H. Odon                     | Periode 1972 – 1977     |
| 2.  | Dr. H. Amino Gondohutomo        | Periode 1977 – 1981     |
| 3.  | Dr. A. B. Ghifari, DPH          | Periode 1981 – 1984     |
| 4.  | Dr. H. Soegito                  | Periode 1985 – 1989     |
| 5.  | Prof. Dr. Satyanegara, MD       | Periode 1989 – 1998     |
| 6.  | Dr. Sudjono Martoatmodjo        | Periode 1998 – 2000     |
| 7.  | Dr. Ali Umar A.                 | Periode 2000 – 2001     |
| 8.  | Dr. Suprijanto Rijadi, MPA, Phd | Periode 2001 – 2004     |
| 9.  | Dr. Sutji A. Mariono, Sp.P      | Periode 2004 – 2006     |
| 10. | Dr. Adji Suprajitno, Sp.PD      | Periode 2006 – 2007     |
| 11. | Dr. Mustofa SpAn                | Periode 2008 - sekarang |

### **3.3. Visi, Misi, Motto dan Tujuan Rumah Sakit Pusat Pertamina**

- a. Visi :
- Menjadi rumah sakit terbaik yang menggunakan konsep pelayanan medis mutakhir.

- b. Misi :
- a. Sebagai rumah sakit yang secara komprehensif memberikan pelayanan kesehatan spesialistik.
  - b. Membangun loyalitas melalui kepuasan pelanggan dengan sumber daya manusia yang professional berbudaya kerja prima.
  - c. Meningkatkan pertumbuhan pendapatan disertai pengendalian secara efisien dan efektif.
- c. Motto :
- “We Care and We Cure”*
- d. Tujuan :
1. Membentuk organisasi rumah sakit yang mantap sehingga mampu menjadi wadah yang kokoh untuk mengembangkan rumah sakit sebagai lembaga social ekonomi.
  2. Terlaksananya system manajemen rumah sakit yang mampu mendukung penyelenggaraan rumah sakit yang efektif, efisien dan menguntungkan sehingga tercapainya kemandirian rumah sakit serta memberikan kontribusi laba bagi pemegang saham.
  3. Menyediakan layanan kesehatan yang lengkap dengan standar pelayanan mutakhir bagi setiap jenis pelayanan.
  4. Meningkatkan kemampuan sumber daya rumah sakit, sehingga professional di bidangnya dan berperan serta secara aktif untuk mencapai visi rumah sakit melalui misi rumah sakit yang telah disepakati bersama.
  5. Menyelenggarakan sistem informasi rumah sakit yang mendukung manajemen rumah sakit dan tenaga professional dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan.
  6. Terpenuhi sarana dan prasarana yang memenuhi kebutuhan pelayanan.

7. Menjadi pusat rujukan bagi rumah sakit – rumah sakit Pertamina di seluruh Indonesia dan rumah sakit lain serta tempat pendidikan dan latihan bagi tenaga dokter maupun tenaga kesehatan lainnya.
8. Mengoptimalkan asset kesehatan melalui pengelolaan yang efektif, efisien, dan menguntungkan serta melaksanakan peningkatan pemanfaatan dan pengembangan asset kesehatan.
9. Mengembangkan rumah sakit menjadi unit usaha yang sehat dan mampu menghasilkan untuk mempertahankan keberadaan dan meningkatkan kesejahteraan pekerjanya.
10. Memenuhi kebutuhan akan layanan kesehatan bagi pekerja, keluarganya, pensiunan Pertamina, mitra usaha dan masyarakat dengan berorientasi kepada kepuasan dan kenyamanan pelanggan berdasarkan standar profesi peraturan dan etik kedokteran.

### **3.4. Gambaran Umum Rumah Sakit Pusat Pertamina**

Rumah Sakit Pusat Pertamina berdiri di atas areal tanah seluas 30.975 m<sup>2</sup> dengan luas lantai bangunan 22.474 m<sup>2</sup>. Sisa lahan yang tidak terpakai untuk bangunan dimanfaatkan sebagai areal parkir dan taman. Kini areal parkir yang tersedia dirasakan kurang memadai bahkan timbul kecenderungan pengunjung mengalami kesulitan memarkir kendaraannya terutama dijam-jam sibuk.

#### **3.4.1. Bangunan Rumah Sakit**

Bangunan Rumah Sakit Pusat Pertamina terlihat megah yang terdiri dari 6 gedung yang dibangun bertahap untuk memenuhi kebutuhan fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien. Gedung tersebut dinamai dengan gedung A, B, E, F, H dan gedung K. Masing-masing gedung berisi :

a. Gedung A berisi :

- Lantai 1 untuk perawatan anak
- Lantai 2 untuk perawatan bedah anak non infeksi
- Lantai 3 auditorium

b. Gedung B berisi :

Gedung ini merupakan gabungan dari gedung B, C dan D yang digunakan untuk :

- Lantai 1 dan 2 untuk poliklinik rawat jalan, ruang pendaftaran, kasir, laboratorium, *medical record*, *treamill*, EEG dan EMG.
- Lantai 3B, untuk kelas 1, 2, 3 dan *Stroke unit*.
- Lantai 4B, untuk kelas 1 dan 2.
- Lantai 5B, untuk kelas 1, 2, 3, President Suite, Instalasi Farmasi Rawat Inap dan Ruang Rapat.
- Lantai 6B, untuk kelas 1, VIP, dan VVIP.
- Lantai 7B, untuk rawat inap kelas 2 dan 3
- Lantai teratas gedung ini dimanfaatkan sebagai landasan helipad.

c. Gedung E

Digunakan untuk poliklinik gigi dan mulut serta ruang rawat luka bakar.

d. Gedung F

Gedung ini dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

a) Gedung F1

- Lantai 1, untuk ruang direktur RSPP, Kafeteria, Ruang Rapat Medis, Kantor Wadir Medis, Radiologi dan Ruang Kepala Pelayanan Keperawatan.
- Lantai 2, adalah ruang operasi
- Lantai 3F, untuk perawatan kebidanan dan penyakit kandungan termasuk ruang bayi

- Lantai 4F, adalah kelas 2 dan 3
- Lantai 5F, adalah untuk Instalasi ICU A, ICU B, ICU Anak dan Hemodialisa.
- Lantai 6F, untuk kelas 1, VIP, dan VVIP
- Lantai 7F, adalah ruang rawat kelas 1 dan 2 yang diperuntukkan bagi pasien penyakit dalam.

b) Gedung F2

- Lantai 1, adalah terdiri dari *Power House, Laundry, Catering*, ruang mesin AC dan ruang pemurnian air.
- Lantai 2, adalah untuk ruang CSSD (*central sterilization system department*).

c) Gedung F3

- Lantai 1, adalah ruang untuk *CT Scan, Radiologi, MRI (magnetic resonance imaging)*, dan Apotik.
- Lantai 2, adalah ruang untuk Medical Record, Poliklinik, dan Komite Medik.

e. Gedung H

Gedung ini di bagi menjadi 2 bagian, yaitu :

a) Gedung H

- Lantai 1, adalah untuk ruang Kantor Pos dan Giro, Ruang Dharma Wanita, Bank Mandiri, LK3RS (lembaga kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit), Ruang Sekretariat Sekuriti, Kantor Sekretariat WKP (wadah komunikasi pegawai ) RSPP.
- Lantai 2, adalah untuk ruang Wadir keuangan dan umum, Ruang arsip, Bagian Keuangan dan Bagian administrasi pasien.

- Lantai 3, adalah ruang Personalia, Tata Usaha Kantor, dan Administrasi, SPI (satuan pengawas intern), logistik dan ruang rapat.
- Lantai 4, untuk layanan umum dan RTK (rumah tangga kantor), Humas dan Pemasaran, Ruang Rapat dan Teknik
- Lantai 5, digunakan untuk instalasi Medical Check Up.
- Lantai 6, adalah untuk kantor Direktur Utama PT Pertamina Bina Medika

b) Gedung H-1

Adalah gedung yang digunakan sebagai kantor layanan kesehatan.

f. Gedung K

Gedung ini dibagi menjadi 4 bagian, yaitu :

- Lantai 1, adalah ruang Farmasi, Fisioterapi dan Rehabilitasi Medik.
- Lantai 2, adalah ruang Laboratorium Klinik, Patologi, dan Bank Darah.
- Lantai 3, digunakan untuk Koperasi, Perpustakaan, TI (teknik informatika), Ruang Rapat.
- Lantai 4, digunakan untuk Akademi Keperawatan PT. PERTAMEDIKA.

### 3.4.2. Prasarana Penunjang Rumah Sakit

Prasarana yang menunjang operasional rumah sakit terdiri dari :

- Kapasitas Tempat Tidur : 463
- Sumber Air dari PAM DKI yang disertai dengan system cadangan penyimpanan air dan proses pengolahan air bersih.
- Incenerator.
- AC diseluruh ruangan.

- *Fire warning* dan *alarm system*.
- Power Plant : 6 buah transformator listrik dari PLN (4 x 1000 KVA dan 2 x 630 KVA).
- Sistem komunikasi dan *public address*.
- Sistem sterilisasi udara dan air.

### 3.4.3. Karyawan Rumah Sakit Pusat Pertamina

Sampai periode 31 Oktober 2007 total jumlah karyawan RSPP adalah sejumlah 1139. Jumlah tersebut terdiri dari karyawan purna waktu tetap (PWT), purna waktu tidak tetap (PWTT) dan Kemitraan. Untuk kegiatan *cleaning service* dan dapur dilakukan *outsourcing* dengan perusahaan diluar Pertamina untuk menjaga kualitas pekerjaan dan kemudahan dalam mengelola bagian tersebut. Adapun jumlah karyawan menurut statusnya dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut :

**Tabel 3. 1 Jumlah Pekerja RSPP**

**Posisi : 31 Oktober 2007**

No	Keterangan	Jenis Pekerja			Jumlah
		PWT	PWTT	Kemitraan	
1	Medis	17	64	71	152
2	Paramedis Perawatan	0	538	0	538
3	Paramedis Non Perawatan	15	146	0	161
4	Non Medis	6	282	0	288
<b>TOTAL</b>		<b>38</b>	<b>1030</b>	<b>71</b>	<b>1139</b>

Sumber : Data Personalia RSPP (2007)

### **3.4.4. Pelayanan Medis dan Keperawatan**

Pelayanan yang diberikan pada pasien di RSPP terbagi dalam :

#### **1. Poliklinik Rawat Jalan**

**Pelayanan Poliklinik Rawat Jalan terdiri dari :**

- Poliklinik Umum
- Poliklinik Gigi dan Mulut yang terbagi menjadi 3 spesialisasi diantaranya :
  - Bedah Mulut
  - Orthodonti
  - Prosthodonti
- Poliklinik Gawat Darurat

**Pelayanan Spesialis terdiri dari :**

- Poliklinik Penyakit Dalam atau Internis
- Poliklinik Penyakit Jantung
- Poliklinik Penyakit Paru
- Poliklinik Bedah Anak
- Poliklinik Bedah Jantung
- Poliklinik Bedah Onkologi
- Poliklinik Bedah Plastik
- Poliklinik Bedah Syaraf
- Poliklinik Bedah Urologi
- Poliklinik Bedah Tulang
- Poliklinik Bedah Umum
- Poliklinik Kebidanan
- Poliklinik Kesehatan Anak
- Poliklinik Kulit dan Kelamin
- Poliklinik Penyakit Mata
- Poliklinik THT
- Poliklinik Penyakit Syaraf
- Poliklinik Andrologi
- Poliklinik Penyakit Jiwa



- Poliklinik Akupuntur
- Poliklinik Psikologi
- Instalasi Medical Check Up
- Poliklinik Rehabilitasi Medik

## 2. Rawat Inap

### Pelayanan Rawat Inap di RSPP terdiri dari :

a. Kamar Perawatan Dewasa, terdiri dari 2 bagian yaitu :

❖ Ruang Perawatan Umum, yang terdiri dari :

- Kelas IA
- Kelas IB
- Kelas II
- Kelas III
- Kelas VIP
- Kebidanan
- Kelas VVIP
- *President Suite*

❖ Ruang Perawatan Khusus, yang meliputi :

- Kelas ICU A
- Kelas ICU B
- Kelas ICU Luka Bakar
- Stroke Unit
- Kelas Khusus Luka Bakar
- Kamar Operasi

b. Kamar Perawatan Anak, terbagi menjadi 2 bagian yaitu :

❖ Ruang Perawatan Umum, terdiri dari 2 bagian yaitu :

- Kelas VIP A-1
- Kelas VIP A-2

❖ Ruang Perawatan Khusus, terdiri dari :

- Kelas ICU
- Inkubator

Ruang perawatan sangat luas terletak menyebar, dengan jumlah bed 463 menggunakan sistem manajemen keperawatan yang mengacu pada metoda tim. Nursalam (2007) mengemukakan Metoda tim adalah metoda keperawatan yang mengandalkan kerja team yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Metoda ini dipilih karena memberikan kemudahan pengaturan jadwal dinas perawat dan distribusi perawat di masing-masing bagian.

**Tabel 3.2 Rumah Sakit Pusat Pertamina  
(Jumlah Tempat Tidur)**

No	Lantai	Kelas								Box Bayi	Incu bator	Jumlah TT
		Pres.S uite	VVI P	VIP	1-A	1-B	2	3-A	3-B			
1	A-1	-	-	1	1	8	10	-	5	-	2	27
2	A-2	-	-	1	4	1	12	1	10	1	2	30
3	3-F	-	-	1	3	2	6	-	15	-	-	27
4	Km. Bayi	-	-	-	-	-	-	-	-	9	6	15
5	3-B	-	-	-	8	4	18	5	10	-	-	45
6	4-B	-	-	-	10	12	22	-	-	-	-	44
7	5-B	-	-	-	-	-	12	29	15	-	-	56
8	5-B	2	-	-	7	4	12	-	10	-	-	35
9	6-B	-	-	12	15	-	-	-	-	-	-	27
10	6-F	1	2	-	10	7	-	-	-	-	-	20
11	7-B	-	-	-	-	-	28	20	20	-	-	68
12	7-F	-	-	-	6	6	26	-	-	-	-	38
13	B U	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	6
14	ICU - BU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
15	S U	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
16	ICU – A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
17	ICU – B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
18	ICU – Anak	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
		<b>JUMLAH TEMPAT TIDUR RAWAT INAP</b>										<b>463</b>
19	HD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
20	IGD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
		<b>JUMLAH TEMPAT TIDUR</b>										<b>28</b>

Sumber : RSPP unit Rekam Medik

### **3. Pelayanan Penunjang Medis**

Fasilitas pelayanan penunjang medis yang ada di RSPP terdiri dari :

- Bagian Radiologi
- Bagian Laboratorium
- Kedokteran Nuklir
- Bagian Sitologi
- Bagian Fisioterapi
- Bagian Patologi
- Instalasi MCU (*medical check up*) “one stop service”

### **4. Pelayanan Pelengkap Medis**

- Bagian Bedah
- Bagian Sterilisasi Sentral
- Bagian ICU
- Bagian Obstetri dan Ginekologi
- Bagian Emergency
- Bagian Kardiologi yang memiliki fasilitas seperti :
- Bagian Gigi dan Mulut

### **5. Fasilitas Non Medis diantaranya adalah :**

- *Catering*
- *Laundry*
- AC
- *Power Plant*
- Pemurnian Air
- Incenerator
- Sistem Komunikasi
- Kamar Jenazah
- *Fire Warming dan Alarm System*
- Sistem Ozonisasi

- LK3
- Sistem Pengolahan Limbah
- CCTV atau *Security System Specialist*

### 3.5. Kinerja RSPP

**Tabel 3.3 KINERJA RUMAH SAKIT (OPERASIONAL)  
Januari – Oktober 2007**

No	URAIAN	Jan - Oct 07			% Pencapaian
		Pencapaian 10 Bulan	Target 1 Tahun	Target 10 Bulan	
1	Tempat Tidur	463	463		
2	HP Pasien Dirawat	87,146	114,688	95,573	91.18%
3	BOR (%)	61.25%	67.14%	67.00%	91.42%
4	AvLOS (hari)	5.8	6.4	6.4	91.48%
5	LOS Pasien Keluar RS (hari)	89,382	119,735	99,779	89.58%
6	BTO	33	40	33	102.12%
7	TOI (hari)	4	3	3	120.55%
8	% Pasien Rawat Jalan Pihak III	42.66%	46.52%	46.52%	91.70%
9	% Pasien Rawat Inap Pihak III	59.96%	58.54%	58.54%	97.63%
10	Pasien Rawat Jalan Pihak-III	88,866	162,824	135,687	65.49%
11	Total Pasien Rawat Jalan	208,319	350,000	291,667	71.42%
12	Pasien Keluar Rawat Inap Pihak-III	9,183	10,986	9,155	99.70%
13	Total Pasien Keluar Rawat Inap	15,314	18,766	15,638	102.12%

Sumber : Data Unit Rekam Medik RSPP (2007)

### 3.6. Gambaran umum di Instalasi ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina

ICU di Rumah Sakit Pusat Pertamina terletak di lantai 5 gedung F, terdiri dari ICU A dan ICU B. Dahulu ICU B berfungsi sebagai intermediate care, namun karena kebutuhan penambahan ruang ICU semakin tinggi, ruang intermediate care dialihkan menjadi ICU.

ICU di Rumah Sakit Pusat Pertamina tidak berdekatan dengan ruang bedah maupun ruang emergency, akan tetapi akses pasien menuju ICU dipermudah dengan adanya lift khusus ICU. Kebutuhan laboratorium dan radiologi tersedia 24 jam dilayani oleh instalasi laboratorium dan radiologi.

#### 3.6.1. Ketenagaan di ICU

Di ICU terlihat di dalam tabel dibawah ini :

Tabel. 3.4 Ketenagaan di ICU RSPP

No	Jenis Ketenagaan	Jumlah
1	Dokter Spesialis Anastesi Full Timer	3 orang
2	Dokter Spesialis Anastesi dengan Keahlian Intensivis	1 orang
3	Perawat ICU ruang A dan ruang B	55 orang
4	Dokter jaga di ICU / Dokter Umum	2 orang
<b>TOTAL</b>		<b>61 orang</b>

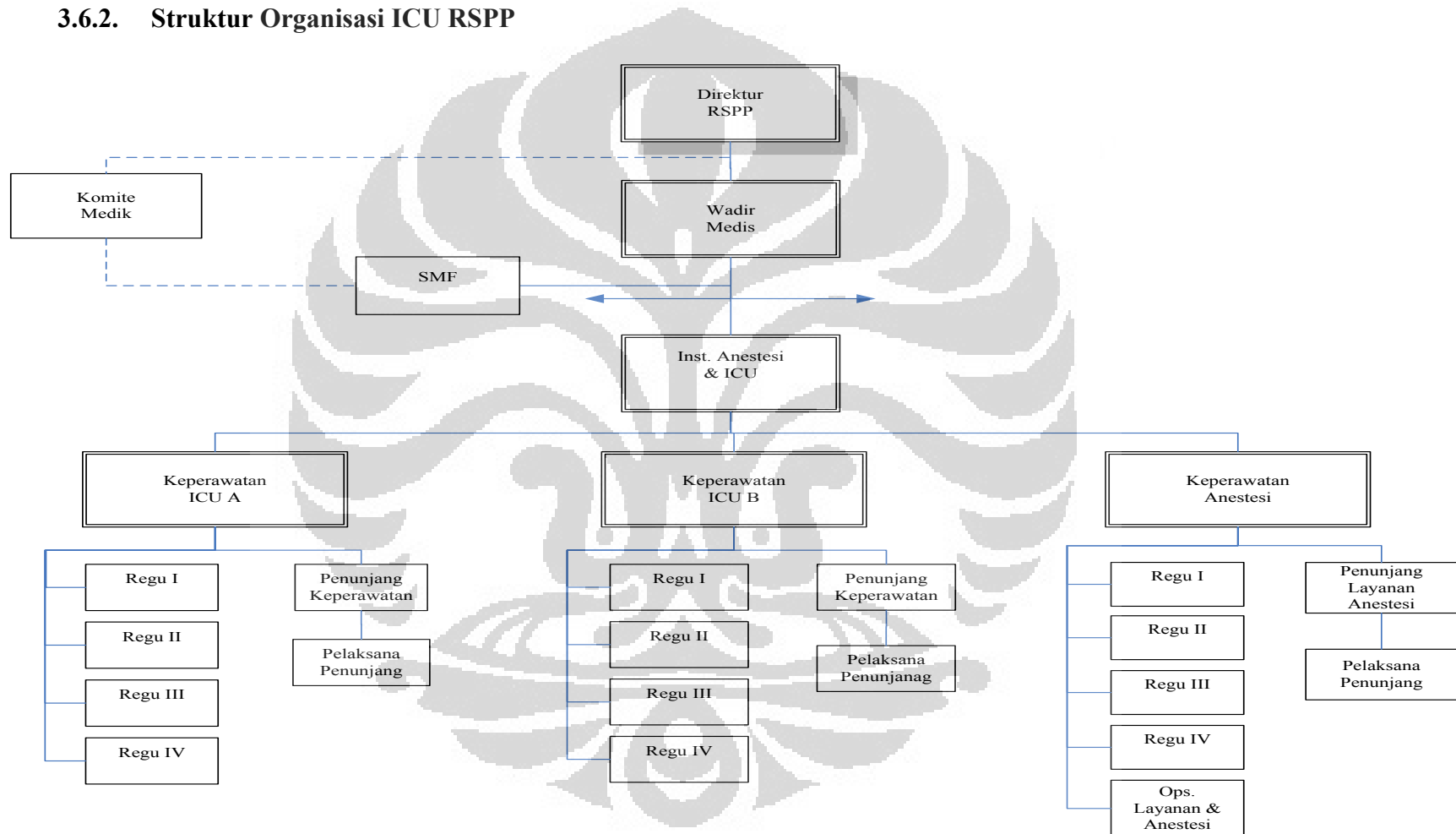
Sumber : Data Personalia RSPP (2007)

Jumlah ketenagaan ini dibagi dalam komposisi sebagai berikut : ruang ICU A terdiri dari 33 orang paramedis ditambah dengan 1 orang dokter umum, ICU B terdiri dari 22 orang paramedis dengan 1 dokter umum. Lingkup tugas dokter spesialis anestesi adalah di ruang ICU dan ruang operasi termasuk ruang rawat untuk melakukan persiapan preoperasi. Di ICU dokter anestesi yang berjumlah 4 orang, mempunyai tugas pokok melakukan pengamanan *airway* pasien, intubasi dan pemasangan *mechanical ventilator*. Dokter anestesi bekerja mulai pukul 08.00 sampai 16.00 sebagai dokter tetap. Malam harinya bergantian sebagai dokter jaga. Sedangkan dokter umum sebagai kepanjangan tangan dokter anestesi bertugas sebagai dokter jaga yang datang setiap hari sejak pagi hari hingga siang hari atau sejak pukul 08.00 – 16.00 wib dengan tugas utama mengawasi pengelolaan pasien dan perkembangannya. Dokter umum ini telah dibekali berbagai ketrampilan *critical care medicine*.

Tenaga perawat berjumlah total 55 orang yang dibantu oleh 1 orang tenaga administrasi. Seluruh tenaga paramedis ini bekerja dalam 3 shift dengan melakukan monitoring ketat pada setiap pasiennya dan dibekali pemahaman peralatan medis kedokteran di ICU dan perawatannya.

Perawat mempunyai tugas perawatan pasien, pemberian terapi obat, mengawasi pemakaian alat medis penunjang, pemberian asupan gizi dan mengambil spesimen untuk kebutuhan laboratorium. Pola keperawatan yang dipilih adalah model tim, yaitu penanganan pasien dilakukan secara bersama dengan penunjukkan tanggung jawab pengawasan pada salah satu personil. Pola jaga perawat di ICU mengikuti pola 3 – 1, yaitu 3 hari pagi dilanjutkan 1 hari libur, kemudian 3 hari sore dan 1 hari libur, berikutnya 3 hari malam dan disambung 1 hari libur. Pola ini mencukupi seluruh kegiatan di ICU yang memiliki total jumlah tempat tidur sebanyak 22 buah termasuk ICU anak sebanyak 3 tempat tidur, ICCU 5 tempat tidur dilengkapi dengan 10 ventilator.

### 3.6.2. Struktur Organisasi ICU RSPP



Sumber : Instalasi Intensive Care Unit RSPP (2007)



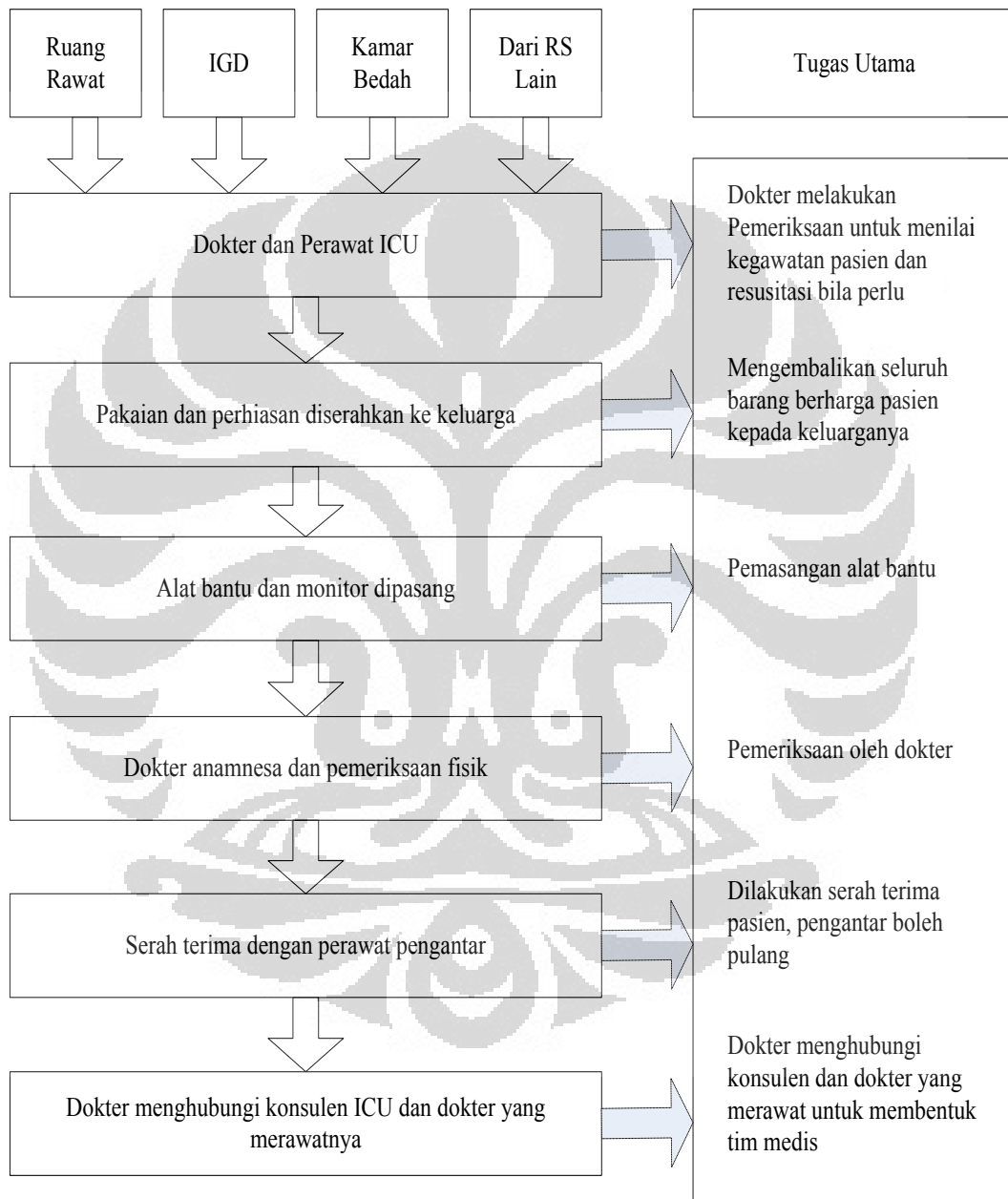
### 3.6.3. Alur penerimaan pasien di ICU.

Pasien yang diterima masuk di ruang ICU merupakan pasien kiriman dari dokter spesialis lainnya maupun pasien yang berasal dari rujukan rumah sakit lain. Setelah pasien diterima di bagian pendaftaran ICU, pasien dipindahkan ke bed ICU kemudian pemeriksaan dan terapi selanjutnya menunggu instruksi dari dokter yang mengirimkan pasiennya ke ICU. Dokter anastesi atau Intensivis dibutuhkan pada saat diperlukan pemeriksaan airway dan melakukan intubasi, serta pemasangan Ventilator bila diperlukan oleh pasien. Kegiatan ini setelah mendapat permintaan dari dokter yang merawat pasien di ICU. Aktifitas yang ada di ICU ini kemudian dikenal dengan model *Open Unit*.

Bila dilihat dari standar operasional prosedur di ICU yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit Pusat Pertamina, kegiatan ini belum seluruhnya sesuai. Rumah Sakit Pusat Pertamina memiliki 4 orang tenaga anastesi purna waktu dengan 1 orang mempunyai keahlian intensivis. Dengan melihat situasi yang ada dan kompetensi dokter anastesi dan intensivis yang telah dimiliki oleh RSPP, pemanfaatan keahlian keduanya terlihat belum tereksplorasi dengan optimal. Seperti diketahui spesialis anastesi/intensivis mendapat perbekalan ilmu kedokteran untuk menangani pasien pada keadaan kritis.

### 3.6.4. Bagan alur pasien di ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina :

Tabel 3.5 Bagan Alur Pasien di ICU RSPP



Sumber : Hasil observasi di ICU RSPP (2007)

Pasien yang diterima di ruang ICU tidak dipilah dan dilakukan penilaian skoring kegawatan kritis penyakit pasien, dikarenakan keputusan

penerimaan pasien di ICU bukan dari tenaga intensivist atau anesthesi, melainkan dari tenaga spesialis lainnya.

Penanganan pasien ICU disini telah mencakup kebutuhan fisiologi pasien namun belum sampai pada evaluasi kebutuhan psikologinya. Pasien yang dinyatakan tidak memerlukan ICU lagi, dikembalikan ke ruang rawat untuk diteruskan perawatannya. Seperti disampaikan oleh JR Welch dan C Theaker (2004) *critical care* mempunyai dampak fisik dan psikologi yang besar. Efek dari perawatan di ICU yang dirasakan oleh pasien sangat spesifik seperti kehilangan rasa, nafsu makan menurun, gangguan kuku dan rambut, gangguan seksual serta adanya sekuele psikologi. Pasien dapat mengalami salah satu dari masalah diatas.

### 3.6.5. Kinerja ICU RSPP

Di Rumah Sakit Pusat Pertamina, angka morbiditas dan mortalitas tahun 2007 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.6 Angka Morbiditas dan Mortalitas RSPP

Jenis	Tahun 2007		Tahun 2006	
	ICU A	ICU B	ICU A	ICU B
BOR	71,64%	72,59%	74,26%	65,61%
Angka Mortalitas	16,4 %	32,89 %	Data tidak tersaji	
Angka Morbiditas	1006	374	Data tidak tersaji	
ALOS	3.38	4.26	Data tidak tersaji	
CAP (community acquired pneumonia)	6.12%	1.54%	Data tidak tersaji	

Sumber : Data ICU RSPP (2007)

Besarnya angka mortalitas di ICU B dimungkinkan terbesar dari NICU/PICU.

Menurut Nicholas S. Ward (2005) menyebutkan bahwa keempat jenis ukuran keberhasilan diatas tidak dapat dijadikan pedoman keberhasilan rumah sakit secara langsung karena tidak menggambarkan informasi penting yang berkaitan dengan kualitas pekerjaan di ICU, kualitas hidup pasien, dan biaya yang timbul. Sangat sulit menghubungkan antara ranking rumah sakit yang didasarkan pada kematian maupun komplikasi medis. Indikator itu hanya dapat diukur menjadi sebuah keberhasilan dengan membandingkannya dari tahun ke tahun apakah mengalami penurunan nilai.

### **3.6.6. Kebijakan di ICU**

Instalasi ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina telah dilengkapi dengan Prosedur Tetap Pelaksanaan Operasional ICU yang disahkan melalui Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Pusat Pertamina.

#### **a. Kebijakan Umum**

1. Pelayanan Perawatan Intensif adalah pelayanan yang diberikan terhadap pasien-pasien dalam keadaan kritis dan membutuhkan pemantauan intensif dan sekuensial yang biasanya mempergunakan peralatan kedokteran mutakhir dan dilaksanakan oleh tenaga-tenaga terlatih yang mampu melaksanakan tindakan penyelamatan apabila terjadi gangguan yang mengancam nyawa.
2. Pelayanan Perawatan Intensif diberikan oleh Dokter Spesialis yang mempunyai kemampuan khusus dalam menangani kasus-kasus kritis dibantu oleh dokter umum yang terlatih melakukan pelayanan

intensif dan tindakan emergensi secara efektif dan cepat, profesional sesuai kebutuhan dan dilakukan 24 jam.

3. Pelayanan medik di ruang rawat inap Intensif dilaksanakan secara bersama-sama oleh TIM Dokter ICU (dokter anestesi) dan Dokter yang semula merawat pasien.
4. Penempatan pasien di ruang rawat inap Intensif dilakukan secara selektif berdasarkan indikasi medis serta mempertimbangkan aspek psikososial yang dihadapi pasien dan keluarga selama dalam perawatan.
5. Setiap kasus yang diindikasikan untuk perawatan Intensif akan dipilah dan ditempatkan di ruang rawat Intensif berdasarkan jenis kasusnya. Kasus penyakit jantung diprioritaskan ditempatkan pada ruang rawat ICU A (*Intensive Coronary Care Unit*). Dan kasus penyakit pediatrik dan neonatus ditempatkan pada ruang rawat ICU B (PICU/NICU).
6. Pelayanan pasien rujukan keluar rumah sakit dilakukan dalam kerja sama tim sesuai standar dan menjaga citra rumah sakit.
7. Asuhan keperawatan pasien di ICU sesuai dengan kebijakan asuhan keperawatan RS Pusat Pertamina.

## **b. Kebijakan Khusus**

### **1. Falsafah dan Tujuan :**

#### **a) Falsafah :**

ICU RSPP menyediakan Pelayanan Perawatan Intensif kepada pasien dalam keadaan sakit berat dan perlu dirawat khusus, memerlukan pantauan ketat dan terus menerus serta tindakan segera.

b) Tujuan

Pelayanan Intensif ini bertujuan menurunkan angka kematian dan kesakitan.

**2. Administrasi dan Pengelolaan :**

Usaha-Usaha yang dilakukan di ICU adalah :

- a) Observasi dan interpretasi parameter-parameter vital secara terus menerus.
- b) Koreksi terhadap penyimpangan-penyimpangan parameter-parameter vital secara dini (*Intensif Diagnosis Instant Treatment*).
- c) Menunjang fungsi vital tubuh yang terganggu atau gagal dengan obat dan alat (Life Support).
- d) Melakukan diagnosis dan terapi terhadap gangguan atau penyakit primer penyebab masalah tersebut.
- e) Mencegah dan mengatasi penyakit yang timbul akibat penyakit atau tindakan yang dilakukan.
- f) Memberikan rasa aman, nyaman dan manusiawi baik fisik maupun psikis, misalnya dengan terapi nyeri, dan emosional support.
- g) Kegiatan pelayanan medik dan asuhan keperawatan dalam terapi intensif ini dilakukan oleh TIM yang multidisipliner, multiprofesi, dan multisektoral secara profesionalisme dan dalam waktu 24 jam sehari secara terus menerus.
- h) Pengisian dan penyimpangan Rekam Medis, pencatatan dan pelaporan kegiatan pelayanan serta evaluasi hasil perawatan

pasien dilakukan secara efisien dan efektif mengutamakan kecepatan tetapi profesional.

- i) Pimpinan Unit bertanggung jawab atas pelayanan yang dilakukan bersama profesi terkait baik yang menjadi penanggung jawab pasien sebelum dirujuk ke ICU maupun profesi yang memberi konsultasi dan atau yang ikut melakukan perawatan/terapi bersama.
- j) Staf ICU/Intensivis melaksanakan dan mengkoordinir semua rencana perawatan/terapi bersama dokter yang memasukkan pasien dan dokter konsultan lain, sedemikian agar dapat menampung dan menyimpulkan opini yang berbeda dari konsultan-konsultan sehingga tercapai pelayanan dan pendekatan yang terkoordinir pada pasien dan keluarga.
- k) Keberatan dokter jaga disesuaikan dengan tingkat ICU (Primer, Sekunder, Tersier) dan tingkat penghuninya. Untuk ICU RSPP (ICU Tersier) diperlukan dokter jaga khusus yang tinggal di Rumah Sakit.
- l) Konsultasi spesialis meliputi antara lain para Dokter Spesialis Penyakit Dalam, Anestesi, Bedah, Kardiologi, Paru, Neurologi, dan lain-lain.
- m) Rasio jumlah perawat terhadap pasien gawat adalah 1:1 (Ideal) atau 1:2 (Optimal) atau 1:3 (Minimal).

### **c. Staf dan Pimpinan**

1. ICU harus dipimpin oleh dokter yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan pengalaman dalam bidang reanimasi, resusitasi intensif care dan pengetahuan administrasi yang cukup. Pengetahuan dan keterampilan dasar yang meliputi Basic Life Support, Advance Life Support dan Trauma Life Support

harus dimiliki. Dokter Spesialis Anesthesiologi Konsultan Intensif Care (SpAn, K.I.C) adalah salah satu tenaga pimpinan yang telah disiapkan untuk bidang ini.

2. Fungsi dan kewenangan kepada unit yaitu menjamin kelancaran pelayanan perawatan intensif, mengkoordinir dan mengatur serta mengawasi kegiatan pengelolaan perawat ICU, menjaga dan membina hubungan baik dengan bagian-bagian medis dan non medis dilingkungan maupun diluar RSPP.
3. Perawat yang bekerja di ICU harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang cukup dalam bidang reanimasi, resusitasi, intensif care unit (termasuk Basic Life Support, Advance Life Support dan Trauma Life Support).
4. Tim Medik dan Perawatan Intensif bekerja dalam satu sistem yang menjamin pelayanan medik bagi pasien kritis selama 24 jam sehari.
5. Sebaiknya Pimpinan Unit bekerja penuh waktu atau minimal 50% waktu kerjanya dicurahkan untuk memberikan pelayanan intensif dan secara fisik dapat dihubungi dan tidak terikat kewajiban lain yang menyita waktu.

**d. Kebijakan dan Prosedur**

1. Indikasi pasien untuk dirawat di ICU adalah krisis / kegagalan pada :
  - a) Sistem pernafasan.
  - b) Sistem hemodinamik.
  - c) Sistem syaraf pusat.
  - d) Sistem endokrin atau metabolik.



- e) Overdosis obat, reaksi obat dan keracunan.
  - f) Sistem pembekuan darah.
  - g) Infeksi berat/sepsis.
2. Tindakan perawatan/terapi yang dilakukan oleh TIM adalah :
- a) Mengelola jalan nafas, intubasi trachea, tracheostomy.
  - b) Ventilasi mekanis jangka panjang.
  - c) Pungsi arteri dan pengambilan sampel darah.
  - d) Kanulasi pembuluh darah perifer dan sentral, kateter arteri pulmonalis dan pengukuran kardiak output.
  - e) Pemasangan pace maker tranvenous/temporer.
  - f) Resusitasi jantung, paru, otak (basic, advance dan prolong life support).
  - g) Tube thoracostomy dan thoracic drainage.
  - h) Pemasangan kateter tekanan intrakranial.
  - i) Nutrisi parenteral dan enteral khusus.
  - j) Hemodialisis.
  - k) Intravaskuler assist/Intraaortic ballon pumping.
3. Pada keadaan Emergensi perawat ICU yang terlatih dapat melakukan intubasi trachea dan pemasangan ventilator atas sepengetahuan dokter ICU/Dokter Anestesi yang jaga.
4. Tata cara dan Indikasi rawat dan keluar ICU berdasarkan 3 prioritas penyakit pasien yang akan dijabarkan pada SOP ICU RSPP; dilakukan dalam kerjasama TIM dokter ICU (dokter ICU/Intensivist dan Spesialis yang merawat pasien).
5. Prosedur Pelayanan Medis dan Standar terapinya mengikuti Buku Standar Pelayanan Medis RSPP.

6. Prosedur Konsul antara dokter spesialis/konsulen kepada pasien rawat ICU dilakukan 24 jam sesuai kebutuhan.

### **3.7. Daftar SOP yang telah ada di ICU RSPP**

1. Tatacara dan indikasi masuk rawat ICU
2. Konsultasi antar dokter spesialis bagi pasien di ICU
3. Pengisian dan penyimpanan Rekam Medis
4. Pencatatan dan pelaporan kegiatan pelayanan di ICU
5. Perencanaan peralatan di ICU
6. Penanggulangan Kebakaran di ICU
7. Prosedur Penanggulangan Gangguan Tenaga listrik di ICU
8. Penanganan ancaman BOM
9. Penanggulangan Bencana Alam/Gempa Bumi
10. Pencegahan Infeksi Nosokomial di ICU
11. Intubasi dan pemasangan Ventilator di ICU
12. Penyapihan Pasien dari Ventilator (Weaning)
13. Evaluasi hasil perawatan pasien di ICU
14. Pengoperasian dan pemeliharaan alat bed side monitor
15. Pengoperasian dan pemeliharaan alat EKG
16. Pengoperasian dan pemeliharaan alat Infusion Pump
17. Pengoperasian dan pemeliharaan alat Syringe Pump
18. Pengoperasian dan pemeliharaan alat Spirometer
19. Pengoperasian dan pemeliharaan alat Ventilator
20. Pengoperasian dan pemeliharaan alat Defibrilator
21. Pengoperasian dan pemeliharaan alat Infant Warmer
22. Pengoperasian dan pemeliharaan alat Incubator
23. Prosedur pemeriksaan Radiologi di ICU
24. Penanggulangan Kegawatdaruratan
25. Obat-obat untuk resusitasi jantung paru

## BAB IV

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1. Kerangka Konsep

Pemilihan model manajemen di ICU RSPP menjadi kebutuhan yang mendesak untuk dapat lebih menyajikan performa Instalasi ICU dalam menangani pasiennya. Hal ini dikarenakan sesuai dengan rencana dan tujuan RSPP untuk dapat menjadi salah satu rumah sakit yang berteknologi mutakhir dan berskala Internasional.

Dalam rumah sakit modern, peran ICU sangat penting. Sebagai instalasi khusus sumber daya yang digunakan juga khusus. Baik sumber daya manusia, teknologi kedokteran, kefarmasian maupun penunjang lainnya. Selain hal-hal yang telah disebutkan, perlu diperhatikan juga untuk meningkatkan kualitas pelayanan di ICU seperti angka morbiditas, angka mortalitas, nilai CAP, kompetensi sumber daya manusia, *Length of Stay*, waktu penggunaan *mechanical ventilation*, jumlah pasien dikonsulkan ke spesialis lainnya, komplikasi medis dan kebijakan manajemen rumah sakit dalam tata cara penanganan pasien di ICU.

Seluruh sumber daya yang dimiliki dapat dijadikan bahan penentu pemilihan model manajemen di ICU. Terdapat beberapa model ICU yang telah dikenal, diantaranya adalah *open model*, *close model* dan *semi-close model*. Model-model tersebut memiliki karakteristik yang berbeda. Terdapat dua model yang menonjol untuk diperhatikan yaitu model open dan close. Keduanya merupakan model yang saling bertolak belakang.

Di Indonesia, hampir diseluruh rumah sakit yang memiliki ICU masih mengacu pada model *open*. Pemilihan model ditentukan oleh manajemen rumah sakit untuk disesuaikan dengan sumber daya yang dimilikinya. Belum banyak rumah sakit di Indonesia yang memilih model *close*.

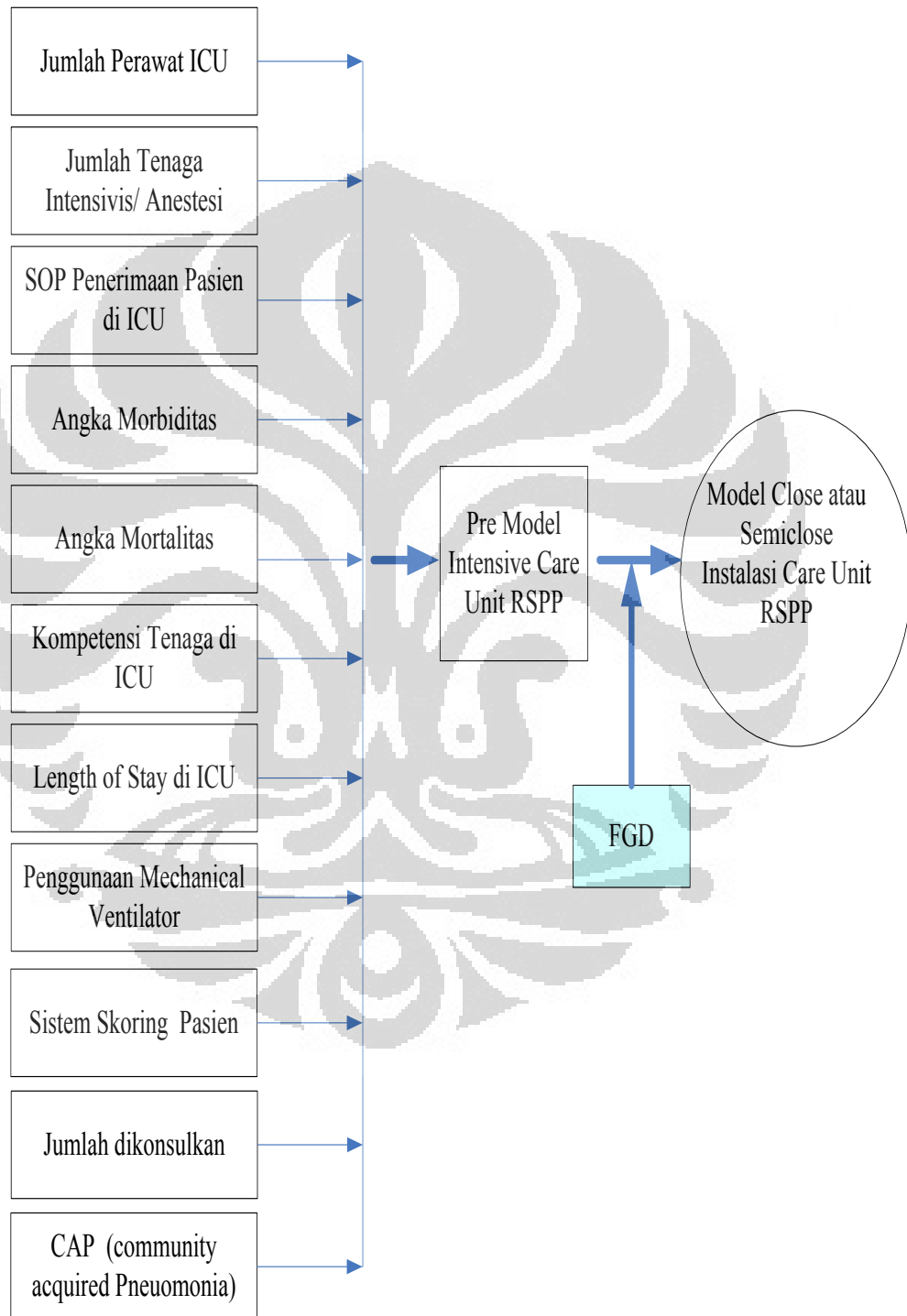
Di Amerika dan beberapa Negara maju lainnya, penelitian tentang model-model manajemen di ICU telah lama dilakukan. Dari beberapa hasil penelitian ditemukan bahwa model *close* memiliki keuntungan yang lebih banyak dan lebih efisien baik untuk kepentingan tim medis maupun pasien itu sendiri. Model ini mengandalkan tenaga khusus intensivis atau tenaga spesialis anestesi. Di Indonesia tenaga intensivis belum terdapat banyak. Di RSPP tenaga intensivis ada 1 orang.

Intensivis maupun spesialis anestesi terlatih menangani pasien dalam keadaan kritis. Oleh karena itu keahlian tenaga ini sangat sesuai dengan fungsi ICU sebagai unit pertolongan kegawatan atas kegagalan fungsi dasar kehidupan. Penanganan pasien memerlukan keterlibatan multidisplin ilmu kedokteran, namun pada saat pasien jatuh dalam keadaan kritis, keahlian seorang intensivis atau anestesi sangat dibutuhkan. Untuk itulah perlu adanya penelitian mencari model pengembangan manajemen ICU yang lebih tepat.

Melihat sumber daya yang dimiliki RSPP kiranya perlu dipertimbangkan pengembangan model ICU yang lebih tepat demi terwujudnya kualitas pelayanan medis yang setara dengan cita-cita dan Visi RSPP sebagai rumah sakit berskala Internasional. Menurut penulis bila ditinjau dari sumber daya RSPP seperti besarnya jumlah tempat tidur, 19 jenis spesialisasi yang membuka praktek, terdapat tenaga intensivist dan anestesi tetap, jumlah tenaga paramedis berkualifikasi ICU, lengkapnya peralatan ICU yang telah dimiliki dan kemauan kuat manajemen RSPP untuk mengembangkan rumah sakit yang dapat bersaing dalam standar Internasional, maka pilihan model *close* unit menjadi sangat ideal.

Penelitian ini menggunakan metoda kualitatif dengan pengembangan *focus group discussion* (FGD), in-depth interview dan observasi karena beberapa alasan diantaranya adalah penelitian ini bertujuan menemukan konsep atau model manajemen di ICU yang paling cocok dengan kondisi RSPP saat ini dan yang akan datang. Seperti diketahui Instalasi Care Unit merupakan bagian yang spesialistik dan sangat khusus dikarenakan ketergantungan pasien pada ketepatan dan kecepatan penanganan medis yang disebabkan keadaan penyakit yang mengancam jiwa pasien. Untuk itu dibutuhkan keterlibatan para pakar yang mempunyai kompetensi dalam bidang penanganan critical care di ICU, sementara pendapat para pakar tidak dapat digantikan atau diwakilkan kepada disiplin ilmu yang tidak berkaitan dengan penanganan *critical medicine* di ICU. Alasan lainnya adalah belum adanya rumah sakit di Indonesia yang benar-benar menggunakan model *close unit* di ICU dengan sepenuhnya dan belum ada data atau informasi yang menjelaskan model-model ICU di rumah sakit di Indonesia, sehingga masih membutuhkan pendalaman penelitian yang lebih lagi.

#### 4.2. Bagan Kerangka Konsep :



### 4.3. Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional/Istilah	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
1	Pasien ICU	Pasien yang mendapat perawatan di ruang ICU karena kritis atau berisiko tinggi terjadinya kegawatan, dengan sifat penyakit reversible dan membutuhkan terapi agresif, berteknologi tinggi, monitoring invasive/noninvasive dan menggunakan obat patent.	-	-	-
2	Jumlah Perawat di ICU	Jumlah tenaga kerja paramedis yang bekerja di ICU RSPP	Data SDM tahun 2007	Analisa data SDM	Mengetahui proporsi jumlah tenaga paramedik di RSPP.
3	Jumlah Tenaga Intensivis/Anastesi	Jumlah tenaga kerja intensivis, anastesi yang bekerja di ICU RSPP	Data SDM tahun 2007	Analisa data SDM	Mengetahui proporsi jumlah tenaga intensivis, anastesi di RSPP.
4	SOP di ICU	Kebijakan RSPP tentang tatalaksana sistem dan prosedur penerimaan dan pengelolaan pasien di ICU	Data sekunder tahun 2007	Analisa data sekunder	Mendapatkan data SOP
5	Angka Morbiditas	Jumlah angka kesakitan di RSPP yang dihitung dari jumlah pasien keluar rumah sakit baik dalam keadaan hidup maupun mati selama tahun 2007	Data sekunder tahun 2007	Analisa data sekunder	Mendapatkan angka Morbiditas
6	Angka Mortalitas	Jumlah rata-rata angka kematian di ICU dalam 1 bulan.	Data sekunder tahun 2007	Analisa data sekunder	Jumlah rata-rata angka kematian di ICU
7	Kompetensi Tenaga di ICU	Kompetensi yang harus dimiliki oleh tenaga medis, paramedik dan tenaga lainnya yang bekerja di ICU RSPP	Wawancara mendalam	Analisa Wawancara Mendalam	Mengetahui kompetensi tenaga di ICU
8	Length of stay (LOS)	Jumlah hari rawat di ruang ICU	Data sekunder tahun 2007	Analisa data sekunder	Nilai/angka LOS
9	Mechanical Ventilation	Waktu yang diperlukan pasien untuk menunjang kehidupan vitalnya dengan ketergantungan pada ventilator.	Data sekunder tahun 2007	Analisa data sekunder	Nilai rata-rata waktu menggunakan MV

10	Antibiotics	Pilihan golongan antibiotic yang digunakan oleh tim medis di ICU RSPP	Data sekunder tahun 2007	Analisa sekunder data	Range tingkat sensitifitas pilihan antibiotik
11	Sistem Skoring Pasien	Nilai skor bagi pasien yang akan masuk ke ICU dengan tujuan membuat tingkat emergency dan penilaian critical medicine pasien.	Data sekunder tahun 2007	Analisa sekunder data	Mengetahui pilihan sistem skoring di RSPP
12	Jumlah dikonsulkan	Jumlah rata-rata pasien dikonsultasikan oleh intensivis atau anestesi kepada dokter spesialis lain yang terkait.	Wawancara mendalam	Analisa wawancara hasil	Mengetahui peran intensivis atau anestesi dalam mengelola pasien di ICU.
13	CAP (Community Acquired Pneumonia)	Angka infeksi Pneumonia akibat intubasi di bagi total pasien yang mendapat intubasi dikalikan 100%	Data sekunder tahun 2007	Analisa sekunder data	Mengetahui besarnya pasien terinfeksi Pneumonia akibat intubasi.
14	Angka komplikasi rata-rata	Komplikasi medis yang timbul selama perawatan di ICU, diantaranya adalah : - Dikubitus - Pneumonia - Sekunder infeksi	Data sekunder tahun 2007	Analisa sekunder data	Nilai rata-rata komplikasi
15	Frekwensi dikonsulkan	Jumlah pasien dikonsulkan kepada dokter spesialis selama mendapat perawatan di ICU.	Data sekunder tahun 2007	Analisa sekunder data	Jumlah rata-rata pasien dikonsulkan ke spesialis lainnya.
16	Focus discussion Group	Diskusi kelompok yang terdiri dari 6 – 12 orang yang mempunyai pengaruh di lingkungan ICU RSPP dengan dipimpin seorang fasilitator memberikan pengarahan untuk membicarakan sebuah topik.	Diskusi	Cross cek data dengan hasil diskusi	Pendapat para Pakar
17	Peserta FGD	Orang yang dipilih karena keahliannya tentang manajemen di ICU dan mempunyai pengaruh pada pengambilan keputusan di ICU.	Pendapat para Pakar di bidang <i>Critical Medicine Care</i>	Cross cek dan diskusi	Pendapat para Pakar
18	Kebijakan Manajemen di ICU	Pedoman atau petunjuk maupun standar operasional prosedur yang diberlakukan di ICU dan ditangani oleh Direktur RSPP.	Data sekunder tahun 2007	Analisa sekunder data	Pedoman kerja atau SOP



## BAB V

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 5.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan memanfaatkan metode *Focus Group Discussion* (FGD) dan *Indepth Interview* dengan harapan informasi yang terkumpul adalah informasi yang lebih mewakili keadaan yang sebenarnya. Cara ini juga dapat melihat besarnya pengaruh sumber daya baik sumber daya manusia maupun sumber daya lainnya yang berpengaruh pada keberhasilan sebuah penelitian. Peneliti juga melakukan studi banding di 2 (dua) rumah sakit rujukan nasional di Jakarta dan Surabaya.

*Focus Group Discussion* dilaksanakan dengan jumlah peserta lebih kurang 6 - 8 orang yang terdiri dari personil kunci pada unit-unit yang terkait di Rumah Sakit Pusat Pertamina. Demikian pula untuk *indepth interview* dilakukan pada personil kunci yang mempunyai aktifitas sehari-hari yang berhubungan dengan ICU RSPP. Kegiatan FGD dan *indepth interview* ini menghasilkan data primer maupun masukan dan saran lainnya yang sangat berguna untuk memperdalam pencarian akar permasalahan.

Penelitian diawali dengan memilih undangan, menyebar undangan, dan mengumpulkan para peserta untuk melakukan diskusi dalam kegiatan FGD sehingga menghasilkan data. Peserta FGD adalah tenaga medis maupun paramedis yang berkaitan dengan manajemen ICU. Persiapan lainnya adalah menentukan calon responden untuk kegiatan interview mendalam. Responden yang dipilih adalah dokter spesialis yang dalam pekerjaannya berhubungan dengan kegiatan perawatan pasien di ICU RSPP. Selain itu dipersiapkan juga

bahan diskusi baik hasil studi literatur maupun olahan data sekunder dari unit Rekam Medis Rumah Sakit Pusat Pertamina.

## **5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di *Instalasi Care Unit (ICU)* Rumah Sakit Pusat Pertamina yang beralamat di Jl. Kyai Maja No. 43 Kecamatan Kebayoran Baru, Jakarta Selatan, Propinsi DKI Jakarta. Waktu yang diperlukan untuk penelitian adalah bulan Maret sampai Mei 2008.

## **5.3. Pengumpulan Data**

Pada penelitian ini digunakan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara langsung dengan para pakar maupun dalam kegiatan *Focus Group Discussion* yang diadakan di Rumah Sakit Pusat Pertamina.

Data primer dengan wawancara mendalam dilaksanakan antara lain dengan Direksi Rumah Sakit Pusat Pertamina, tenaga spesialis intensivis dan anestesi yang selama ini sebagai konsulen di ruang ICU dan dokter spesialis lainnya yang melakukan perawatan pasien di ICU. Dokter spesialis yang merawat pasien di ICU dapat berasal dari spesialis paru, penyakit dalam, bedah maupun syaraf.

Sedangkan untuk kegiatan *Focus Group Discussion* dilaksanakan dengan memanfaatkan waktu lebih kurang 60 menit dengan jumlah peserta lebih kurang 6 - 8 orang. Peserta yang hadir diantaranya adalah spesialis anestesi, perawat ICU, dokter jaga ICU, dan beberapa tenaga lainnya yang berkaitan dengan peran tenaga kerja di ICU.

Data sekunder di dapat dari data pada catatan medis di unit Rekam Medis Rumah Sakit Pusat Pertamina yaitu data Morbiditas, Mortalitas dan beberapa data terkait selama tahun 2006 dan 2007 khususnya data di Instalasi ICU. Data sekunder lainnya diperoleh melalui studi literatur yang dikumpulkan selama lebih kurang 2 bulan yang berasal dari data Dinas Kesehatan Jakarta Selatan, RSCM, maupun literatur, jurnal dan hasil penelitian sebelumnya yang dapat diperoleh melalui media massa, internet maupun hasil penelusuran kepustakaan.

**1. Persiapan FGD :**

**a. Menentukan jumlah dan komposisi kelompok.**

Jumlah kelompok yang diperlukan ditetapkan berdasarkan topik bahasan tentang manajemen yang paling cocok diterapkan di ICU RSPP saat ini. Pemilihan kelompok berdasarkan aktifitas pekerjaan yang berkaitan dengan ICU RSPP.

Kelompok terdapat 1 kelompok, yaitu manajemen di ICU RSPP yang terdiri dari 6 orang dan 1 orang perwakilan dari personalia.

**b. Menentukan tempat diskusi.**

Tempat diskusi adalah di ruang pertemuan atau ruang rapat direksi di Rumah Sakit Pusat Pertamina. Diskusi kelompok dilakukan hanya pada 1(satu) kelompok yaitu manajemen RSPP. Sedangkan kelompok yang lain dilakukan *indept interview* yang disebabkan karena sulitnya mempertemukan waktu bagi seluruh anggota kelompok sehubungan dengan jadwal praktek yang tidak bersamaan. Sedangkan pada kelompok spesialis anestesi, dilakukan *indept interview* dikarenakan jumlah anggotanya yang sedikit yaitu sebanyak 3 (tiga) orang.

**c. Menentukan tempat duduk.**

Tempat duduk diatur sedemikian rupa agar peserta merasa nyaman dengan diatur mengitari meja.

**d. Menyiapkan undangan.**

**e. Menyiapkan fasilitator**

Fasilitator yang memandu kegiatan diskusi kelompok adalah penulis sendiri. Bahan yang disiapkan oleh fasilitator adalah panduan diskusi yang berisi tentang pertanyaan terbuka, daftar hadir dan memeriksa kelengkapan persiapan pencatat dan dokumentasi.

**f. Menyiapkan pencatat.**

Tugas Pencatat diantaranya adalah :

- Mendokumentasikan tempat, tanggal dan waktu kegiatan.
- Mendokumentasikan daftar peserta.
- Mencatat dinamika kelompok berisi deskripsi umum tentang proses diskusi yang sedang berlangsung, kata-kata yang diucapkan.
- Pencatatan istilah lokal.
- Mencatat pendapat para pakar.
- *Tape recorder*

**2. Pelaksanaan FGD :**

Peralatan yang disiapkan oleh fasilitator untuk peserta *Focus Group Discussion* (FGD) apabila dibutuhkan adalah :

- a. *Flip chart paper*;
- b. *Blu-tac™, Post-it™*
- c. Pulpen dan kertas untuk para peserta;
- d. Spidol *white board*, dan
- e. *Tape recorder*.

Kegiatan FGD seperti dikutip dalam FGD guide overview (2008) diawali dengan perkenalan oleh fasilitator / moderator yang akan menjelaskan hal-hal sebagai berikut :

- a. Tujuan diadakannya FGD.
- b. Memperkenalkan nama fasilitator dan pencatat serta peranannya masing-masing.
- c. Menjelaskan secara singkat teknis pelaksanaan FGD sehingga peserta siap mengikuti proses FGD.
- d. Meminta kesediaan peserta untuk menonaktifkan mobile phone selama pelaksanaan FGD.
- e. Memberitahukan kepada peserta bahwa dapat bertanya atau memberikan klarifikasi setiap saat selama proses FGD.
- f. Meminta peserta untuk mengisi lembar kehadiran.

#### **5.4. Pengolahan Data**

Data Primer dikumpulkan kemudian diperiksa dan diteliti kelengkapan data dan kesesuaiannya pada tujuan penelitian. Data yang tidak perlu dipisahkan agar tidak mengaburkan tujuan penelitian. Data sekunder dikelompokkan menurut jenis data yang sama dan dijadikan bahan literatur maupun bahan pembandingan pada saat data dianalisa. Data yang telah terkumpul lengkap akan dianalisa untuk menemukan model ICU yang dianggap paling sesuai di RSPP.

#### **5.5. Analisa Data**

Kegiatan ini adalah menyusun analisa dengan menguji validitas data dengan triangulasi sumber, metoda dan data.

Triangulasi sumber ditentukan dengan melakukan kroscek dan membandingkan dengan sumber data lainnya. Sedangkan triangulasi metoda dilakukan dengan memilih 3 (tiga) jenis metoda berbeda yaitu *Focus Group Discussion* (FGD), wawancara mendalam dan observasi. Pemilihan FGD

diutamakan karena harapan jawaban yang lebih kaya karena adanya interaksi responden, sedikitnya waktu yang tersedia bagi responden untuk dapat berkumpul, juga topik diskusi yang diangkat merupakan topik yang sangat khusus dan bersifat sensitif karena berkaitan dengan kompensasi jasa medis dokter. Sedangkan wawancara mendalam dilakukan pada kelompok responden yang tersebar dan sangat sibuk. Kelompok ini adalah dokter spesialis yang berkaitan dengan sistim rujukan pasien ke ICU. Untuk observasi dilakukan pengamatan pada obyek tempat, ruangan, aktifitas, dan tingkah laku pelaku.

Untuk triangulasi data, peneliti meminta umpan balik dari informan sehingga dapat tersaji lebih banyak informasi.

#### **5.6. Kesimpulan**

Kesimpulan dibuat setelah seluruh proses selesai, dicatat dengan lengkap dan rapi bersama dengan saran yang dapat diberikan.

## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **6.1. Persiapan Penelitian :**

Persiapan penelitian yang akan dilakukan terdiri dari :

- **Persiapan *Focus Group Discussion (FGD)***

Persiapan yang dilakukan adalah melakukan pemilihan personel, persiapan undangan, persiapan tempat dan peralatan serta konsumsi. Penulis merasa bersyukur karena mendapat bantuan dari bagian SDM RSPP untuk mengundang calon peserta FGD yang telah tersusun sebelumnya. Kriteria untuk calon peserta FGD ditentukan dari staf RSPP yang pekerjaan sehari-harinya berkaitan dengan ICU RSPP. Persiapan lainnya adalah membuat pedoman pertanyaan sebagai panduan saat melakukan FGD. Pedoman pertanyaan ini terdapat pada lampiran.

- **Persiapan *Indepth Interview*.**

Untuk interview persiapan yang dilakukan adalah materi pertanyaan dan tape recorder untuk membantu mendokumentasikan hasil wawancara. Pedoman tentang materi pertanyaan untuk wawancara terdapat dalam lampiran. Sedangkan tantangan yang dihadapi adalah sulitnya mendapatkan waktu wawancara yang tepat ditengah-tengah kesibukan dokter spesialis yang luar biasa padatnya.

- **Persiapan Perlengkapan**

Perlengkapan yang dipersiapkan adalah :

- Undangan.
- Alat perekam atau tape recorder.

- Laptop untuk pencatat.
- Ruangan yang nyaman.
- Form daftar hadir.
- Tempat duduk.
- Meja.

## **6.2. Hasil Penelitian :**

### **6.2.1. Hasil Observasi di ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina**

Selama penulis melakukan penelitian di ruang ICU RSPP, banyak temuan-temuan yang dapat memberi kontribusi positif pada hasil penelitian, diantaranya adalah :

1. ICU RSPP telah memiliki aturan dan kebijakan yang mengatur tentang kebijakan umum dan tata laksana pasien di ICU baik tentang penentuan kriteria kritis pasien, standar operasional prosedur perawatan pasien juga pemakaian peralatan medis. Kebijakan tersebut telah dibuat sesuai dengan standar ICU tersier seperti yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI.
2. Melihat besarnya fasilitas yang dimiliki oleh RSPP menggambarkan rumah sakit ini termasuk rumah sakit besar dan dapat disejajarkan dengan rumah sakit pendidikan. Sumber daya yang dimiliki oleh RSPP mampu mengakomodir kebutuhan RSPP untuk berkembang lebih baik lagi.
3. Sedangkan untuk kondisi fisik ICU RSPP terlihat perlu adanya pembenahan dalam penentuan zoning fungsi ruang karena masih bercampurnya ICU dengan ICCU serta ICU anak, juga tentang tata letak di dalam ruangan yang cukup menyebar sehingga membutuhkan energi lebih tenaga kerja disana dalam memberikan pelayanan kepada pasien.



4. Temuan lainnya adalah adanya dua perbedaan pendapat tentang pentingnya penunjukkan dokter penanggung jawab pasien di ICU. Secara umum tenaga medis dan paramedis yang bekerja di ICU mengharapkan adanya seorang tenaga intensivis sebagai *captain*, sedangkan tenaga dokter spesialis yang selama ini merawat pasien menganggap sudah cukup tanggung jawab pasien di ICU di pegang oleh dokter spesialis yang merawat di ruangan, meskipun kenyataan dilapangan pasien di ICU lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan dokter jaga umum yang belum keseluruhannya mendapatkan pelatihan *intensive care*. Seperti kita ketahui keahlian *intensive care* secara lengkap hanya dipelajari oleh dokter intensivis atau dokter anestesi. Jadi, bagaimana kita bisa mengharapkan penanganan pasien kritis lebih optimal, cepat, efisien dan efektif apabila tidak terdapat dokter spesialis *intensive care* secara penuh waktu di ruang ICU RSPP.
5. Menurut informasi di bagian personalia terdapat 3 (tiga) orang dokter spesialis anestesi yang telah mendaftar peminatan untuk menambah keahlian *intensive care*.
6. Length of Stay di ICU cukup baik dengan terlihat bahwa angka ALOS sebesar ICU A 3.38 dan ICU B 4.26, angka ini merupakan angka dari pasien yang dikirim di ICU dengan kondisi bercampur antara pasien anak, jantung, pasien dengan PTCA dan pasien yang dalam kondisi yang seharusnya membutuhkan ICU.
7. Temuan yang menarik lainnya adalah sejak bulan Mei 2008 jajaran direksi RSPP dipimpin oleh seorang dokter spesialis anestesi dengan pengalaman sangat luas tentang pengelolaan ICU. Dengan demikian sangat membantu peneliti, sehingga menambah wawasan.

Sedangkan yang memberikan nilai negatif pada penelitian ini diantaranya adalah :

1. Dokter spesialis anestesi masih merangkap tugas diruang operasi untuk melakukan pembiusan secara rutin.
2. Masih tingginya angka morbiditas dan angka mortalitas yaitu di ICU A sebesar 16,4%, ICU B 32,89% serta morbiditas di ICU A 1006, ICU B 374. Menurut Ghorra dan kawan-kawan angka mortalitas pada sistem close model dapat ditekan hingga 6,04%.
3. SOP yang sudah tersaji dengan baik belum dapat dilaksanakan sepenuhnya.
4. Data tentang penggunaan mekanika ventilator, jumlah pasien dikonsulkan belum tersaji.
5. Sistem skoring pasien yang akan masuk di ICU RSPP belum dilakukan.

#### **6.2.2. Pelaksanaan FGD**

Pelaksanaan FGD dimulai dengan memeriksa ulang seluruh persiapan. Tempat yang dipilih adalah ruang rapat dokter ICU di lantai 5 gedung F Rumah Sakit Pusat Pertamina. Ruangan yang digunakan cukup nyaman dengan pendingin AC dan luas ruangan berkisar 4 x 5 meter, terasa cukup lega dan nyaman. Didalamnya tersedia 1 buah meja berukuran 1 biro dengan 10 tempat duduk mengitarinya. Pencahayaan didalam ruangan terasa cukup terang membuat fasilitator mudah mengamati seluruh ruangan.

Fasilitator mengambil posisi duduk di ujung meja, bersebelahan langsung dengan pencatat yang didaulat dari salah seorang teman yang membantu. Tape recorder ditempatkan ditengah-tengah meja agar dapat merekam seluruh diskusi dengan baik. Diatas meja disiapkan kertas, alat tulis dan sedikit snack untuk memecah kebekuan yang mungkin saja dapat terjadi.

Sebelum acara diskusi dimulai, fasilitator melakukan konfirmasi ulang kepada seluruh peserta untuk kesediaan kehadirannya. Dalam diskusi

kelompok ini, seorang pakar yang sangat berpengaruh sengaja tidak diikuti sertakan karena dapat menimbulkan potensi diskusi berjalan dengan kurang baik yang disebabkan peserta lain tidak berani menyampaikan pendapatnya secara terbuka. Pakar ini kemudian penulis masukkan dalam kelompok yang mengikuti *indepth interview*.

Pukul 11.02 peserta diskusi mulai berdatangan dan mengambil tempat duduk. Masing-masing tampak bersalaman dengan ramah. Pukul 11.10 seluruh peserta yang berjumlah 6 orang telah hadir, dan segera diskusi kelompok dibuka.

Pukul 11.12 diskusi dibuka oleh fasilitator dengan perkenalan diri terlebih dahulu dan menjelaskan secukupnya tentang topik yang akan didiskusikan. 3 (tiga) orang terlihat sudah mengerti, sedang 3 (tiga) orang lainnya meminta pengulangan penjelasan. Walaupun pada awalnya sempat terlihat kaku, namun kemudian fasilitator tidak mengalami kesulitan mengorek jawaban, selanjutnya diskusi berjalan lancar sehingga tidak membutuhkan teknik *probing* untuk menggali lebih dalam. Masing-masing peserta tampak sangat menguasai masalah yang sedang dibicarakan. Pertanyaan demi pertanyaan dapat terjawab seluruhnya bahkan cenderung saling menambahkan jawaban peserta lainnya. Seluruh jawaban mengesankan sikap obyektifitas peserta, tidak memihak maupun menuding.

Pukul 12.30 acara diskusi kelompok dinyatakan selesai. Keseluruhannya membutuhkan waktu lebih kurang 80 menit. Fasilitator menyampaikan penutup dan dilanjutkan dengan ramah tamah. Rangkuman jawaban yang disampaikan peserta dapat dilihat dalam tabel hasil diskusi kelompok dibawah ini.

## 6.2.2.1 Hasil Focus Group Discussion (FGD) :

### 6.2.2.1.1 Fasilitas di ICU RSPP

- Pertanyaan nomor 1 tentang bagaimana pendapat peserta FGD mengenai besarnya fasilitas di ICU yaitu tentang komposisi bed saat ini (22 bed) dan tentang pemisahan ruang ICCU, ICU umum dan ICU anak ?

Pertanyaan di atas diarahkan untuk mengetahui seberapa besar kapasitas yang dimiliki oleh ICU RSPP dan tingkat kesulitan tenaga kerja dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari di unit ini.

Jawaban yang terkumpul adalah sebagai berikut :

- **Informan 1 menyampaikan :**

*“Jumlah bed ICU yang murni 4% dari total jumlah bed, RSPP ICUnya bukan murni, terdiri dari 3 jenis ICU, ICU anak 3 bed, 19 bed yang dibagi untuk ICCU dan non ICCU, jadi murni RSPP punya 14 bed. Sebenarnya kurang dari cukup ke depannya diharapkan ICU anak dipisah begitupun ICU jantung jadi murni ICU dewasa saja.”*

- **Informan 2 menjelaskan :**

*“Kapasitas bed berfluktuatif tergantung kasus per kasus, tenaga perawat rasio sudah cukup berkurang dan apabila ICU penuh tenaga perawat cukup kewalahan juga terus mengenai PTCA dengan penyulit yang harus masuk ICU, keunikan dari unit ini dibutuhkan kebijakan dari manajemen yang cukup bagus dalam artian kriteria pasien ICU itu yang bagaimana dan SDM kriteria itu bagaimana supaya jelas pasien yang masuk ICU.”*

- **Informan 3 menyampaikan :**

*“Dengan jumlah seperti sekarang saja pasien sudah cukup banyak yang masuk, saya rasa cukup. Tergantung kasusnya sebetulnya.”*

**- Informan 4 menyampaikan :**

*“Prosentase pasien yang masuk di ICU banyak kasus2 PTCA setiap harinya selalu ada. Kalau PTCA ditempatkan dalam tempat khusus. Pemisahan PTCA saya rasa akan sangat membantu kebutuhan bed ICU. Saat ini pasien yang akan masuk ICU sampai ngantri.”*

**- Informan 5 menyampaikan :**

*“Jumlah 20 perkembangan dari hari kehari cukup optimal dengan BOR 60-70%, yang perlu adalah penentuan kriteria pasien di ICU seperti pasien di ICU untuk PTCA bisa dirawat diruang khusus PTCA, pasien yang terminal ditempatkan pada satu ruang khusus. Jadi ruang ICU hanya khusus untuk pasien ICU dengan harapan hidup yang masih besar.”*

**- Informan 6 :**

Tidak memberikan komentar tetapi mendengarkan dengan cermat.

Pendapat informan tentang besarnya jumlah bed ICU ternyata 5 (lima) orang menyatakan kurang dan 1 (satu) orang tidak memberikan jawaban. Pernyataan kurang seluruhnya didasarkan pada keadaan bercampurnya jenis penyakit di ICU sebagai akibat tidak terlaksananya klasifikasi penyakit secara baik.

Untuk pemisahan fungsi ruang di ICU 5 (lima ) orang menyatakan perlu dan 1 (satu) orang tidak memberikan jawaban.

**6.2.2.1.2. Kompetensi Tenaga Kerja di ICU RSPP**

- Pertanyaan untuk menjawab masalah diatas adalah bagaimana jumlah dan kompetensi tenaga kerja serta lalu lintas pekerjajanya di ruang ICU ?

Pertanyaan ini untuk menggambarkan pemahaman peserta FGD tentang kebutuhan maupun standar kompetensi yang diharapkan agar dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien di ICU.

Jawaban yang terangkum adalah sebagai berikut :

**- Informan 1 menjelaskan :**

*“Struktur tidak ada masalah karena satu atap, yang bermasalah adalah kita tidak punya intermediate itu, untuk lokasi memang kurang pas mestinya satu areal memang, seharusnya berdekatan dengan OK dan UGD, ini bangunan sudah lama, dulu ICU B itu adalah ICCU, intermediate dan ICU anak, tapi kemudian banyaknya pasien yang membutuhkan ICU, maka ruang intermediate itu dirubah menjadi ICU dan sekarang disebut ICU B. jadi ya perawat bergantian saja di ICU A atau B.”*

**- Informan 2 :**

Tidak memberikan jawaban.

**- Informan 3 menyampaikan :**

*“Kalau di ICU yang satu kosong petugas kesana, kalau disini yang kosong ya kesini, sebenarnya tidak masalah.”*

**- Informan 4 menyampaikan :**

*“Ya ... tidak sulit sebetulnya, kami tinggal menuju ruang sebelahnya, saling membantu. Tidak masalah dengan kami mengisi di ICU A maupun ICU B.”*

**- Informan 5 :**

Tidak memberikan jawaban.

- **Informan 6 menyampaikan :**

*“Kalau perawat memang sekarang banyak yang masih muda. Tahun 2002 lalu banyak sekali perawat yang mengambil pensiun dini, jadi sekarang banyak perawat yang baru masuk dan pengalaman perawat yang baru ini berbeda dengan yang sudah berpengalaman.”*

Jumlah keseluruhan informan yang menyatakan jumlah dan kompetensi sudah cukup baik adalah 4 (empat) orang, 2 (dua) orang tidak menjawab karena hanya mendengarkan dengan mengangguk kepala.

**6.2.2.1.3 Kebutuhan tenaga intensivis di ICU RSPP**

- Untuk pertanyaan nomor 3 adalah bagaimana kehadiran intensivis saat ini apakah dirasakan sudah saatnya ?

Pertanyaan nomor 3 ini diarahkan oleh peneliti untuk menemukan jawaban pencarian model ICU yang dianggap lebih cocok oleh tenaga kerja yang telah aktif dalam kegiatan sehari-hari di unit ini. Seperti kita ketahui bahwa salah satu kriteria dari model-model ICU adalah adanya tenaga intensivis yang mempunyai peran utuh dalam tatalaksana pasien kritis.

Jawaban yang tersaji adalah sebagai berikut :

- **Informan 1 menyampaikan :**

*“Saat ini spesialis anestesi masih melakukan pembiusan di OK, saya rasa sudah saatnya RSPP mempunyai tenaga intensivis.”*

- **Informan 2 menjelaskan :**

*“Era saat ini kadang-kadang tidak sedikit pasien yang berpendidikan? Menanyakan dokter intensivisnya siapa ? tetapi*

*kembali kepada kebijakan tetap ada pada manajemen RSPP. Kadang-kadang saya sendiri mengalami kesulitan untuk menjawab pertanyaan pasien”.*

**- Informan 3 menyampaikan :**

*“Ada juga pasien yang fanatik dengan dokter yang merawat sebelumnya, kalau sudah seperti itu ya ... pasien masuk ICU dengan indikasi sosial. Staf yang di ICU tidak berani menolak.”*

**- Informan 4 menyampaikan :**

*“Minimal ada tenaga anestesi yang standby di ICU.”*

**- Informan 5 menjelaskan :**

*“Kalau ada masalah yang gawat kurang dari 10 menit spesialis anestesi langsung datang dan saya rasa harus ada untuk sebuah ICU dengan tenaga intensivisnya, karena dengan adanya tenaga intensivis segala macam decision cepat diambil alih. Selama ini yang berjalan apabila ada pasien gawat kita harus konsul terlebih dahulu ke dokternya, sementara dokter ada diluar, kalau berhasil dihubungi terapi dokter satu dengan dokter yang lain berbeda. Jadi perawat harus berkali-kali menghubungi untuk kepastiannya.”*

**- Informan 6 :**

*“Saya rasa perlu apalagi sekarang pasien makin kritis, ada 3 (tiga) dokter anestesi yang sudah mengajukan untuk mendapatkan keahlian intensive care.”*

Untuk pertanyaan nomor 3 ini didapatkan jawaban seluruh peserta yang berjumlah 6 (enam) orang menyatakan perlu adanya intensivis.



#### 6.2.2.1.4 Klasifikasi kritis pasien di ICU RSPP

- Untuk pertanyaan ini peneliti menggunakan pertanyaan bagaimana dengan klasifikasi penyakit pasien dan bagaimana penentuan pasien masuk ICU siapakah sebaiknya yang bertanggung jawab ?

Untuk mengetahui kedalaman dari kualitas pelayanan yang diharapkan di ICU, penulis menggali dengan memilih pertanyaan tentang penentuan klasifikasi pasien kritis. Dengan klasifikasi yang baik dan tepat akan dapat menjangkau dan melakukan seleksi sehingga aktifitas penerimaan pasien di ICU akan selektif, dan terarah dengan demikian meningkatkan efisiensi dan efektifitas seluruh sumber daya yang ada di ICU.

Dari pertanyaan tersebut jawaban-jawaban adalah sebagai berikut :

- **Informan 1 menjelaskan :**

*“Pertama adalah pasien AKUT dengan harapan hidup yang tinggi. Kedua, pasien kronik dengan harapan hidup sedang dan ketiga adalah pasien terminal dengan harapan hidup yang kecil atau bahkan tanpa harapan hidup. SOP sudah dibuatkan, tetapi karena sistem di RSPP adalah open maka tidak berjalan dengan baik tapi kalau close pasti bisa berjalan dengan baik jadi sering terjadi indikasi sosial.”*

- **Informan 2 menjelaskan :**

*“SOP sudah ada tetapi dilapangan apabila berhadapan dengan tenaga medis lain tidak mudah untuk bilang tidak. Sehingga SOP kurang berjalan dengan baik dan masih ada beberapa yang kurang bisa diikuti dengan tenaga medis yang lain. Kadang-kadang pasien masuk dengan indikasi sosial.”*

- **Informan 3 menyampaikan :**

*“Keadaan ini sudah lama berlangsung, penentuan pasien masuk ICU dari dokter yang selama ini merawatnya. Indikasinya bermacam-macam, mulai dari ancaman kegawatan sampai indikasi sosial.”*

- **Informan 4 menyampaikan :**

*“Sama dengan pendapat informan 3”*

- **Informan 5 menjelaskan :**

*“Tetap harus ada pemisahan mana yang harus masuk ICU mana yang tidak. kriteria masih belum jelas tergantung dari dokter yang merawat apakah ke stroke unit atau ICU, sebenarnya harus ada pemisahan pasien-pasien mana saja yang perlu masuk di ICU. Kalau ada pemisahan kondisi pasien dengan jelas pembagian tugas perawatan jadi lebih jelas juga.”*

- **Informan 6 menyampaikan :**

Tidak memberikan jawaban.

Pada pertanyaan nomor 4 ini dengan tujuan mencari model ICU yang dianggap paling sesuai, 5 (lima) orang menyatakan perlunya klasifikasi penyakit oleh dokter intensivis. Dengan pilihan model semi-close. Sedangkan 1 (satu) orang tidak menjawab.

#### **6.2.2.1.5 Harapan tenaga kerja terhadap kemajuan ICU RSPP**

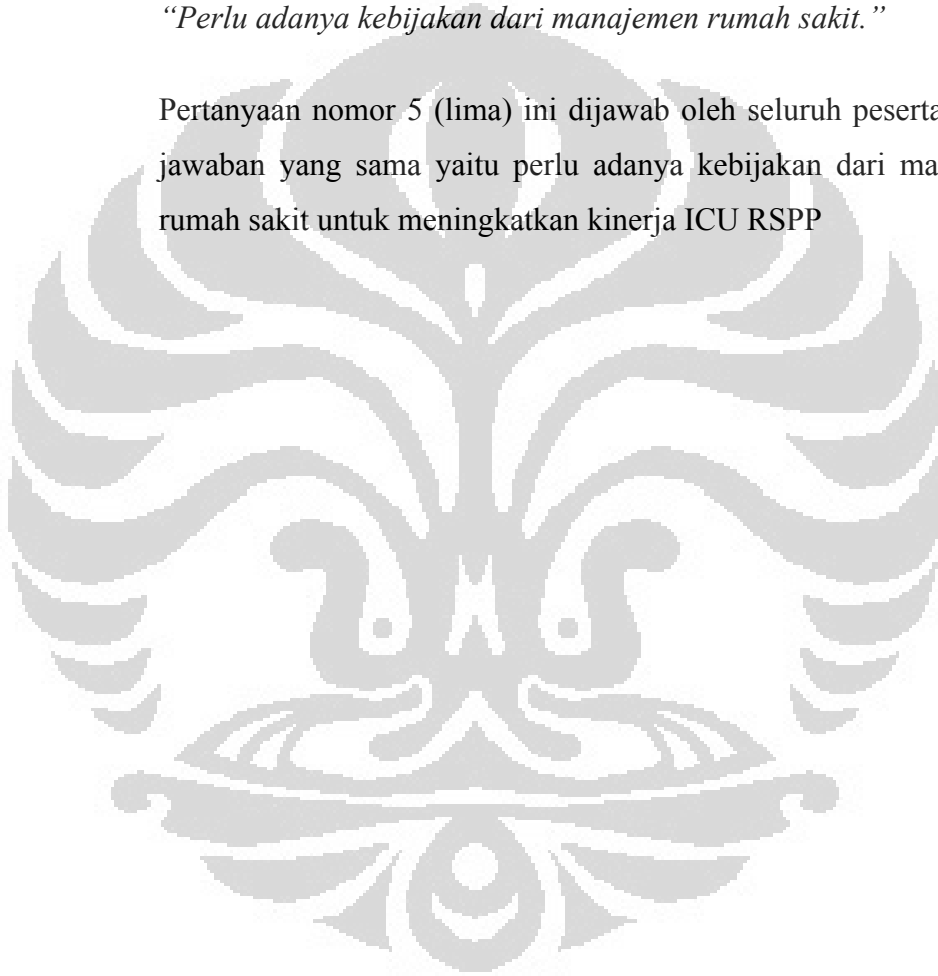
- Untuk pertanyaan 5 ini apa saran peserta FGD untuk perbaikan di ICU ?

Pertanyaan ini pada awal mulanya diharapkan dapat memberikan masukan dan saran yang sangat bervariasi akan tetapi jawaban yang tersaji panjang lebar dapat disimpulkan dalam satu jawaban yang sama persis yaitu seperti dibawah ini :

- **Informan 1, 2, 3, 4, 5 & 6 menyampaikan :**

*“Perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.”*

Pertanyaan nomor 5 (lima) ini dijawab oleh seluruh peserta dengan jawaban yang sama yaitu perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit untuk meningkatkan kinerja ICU RSPP

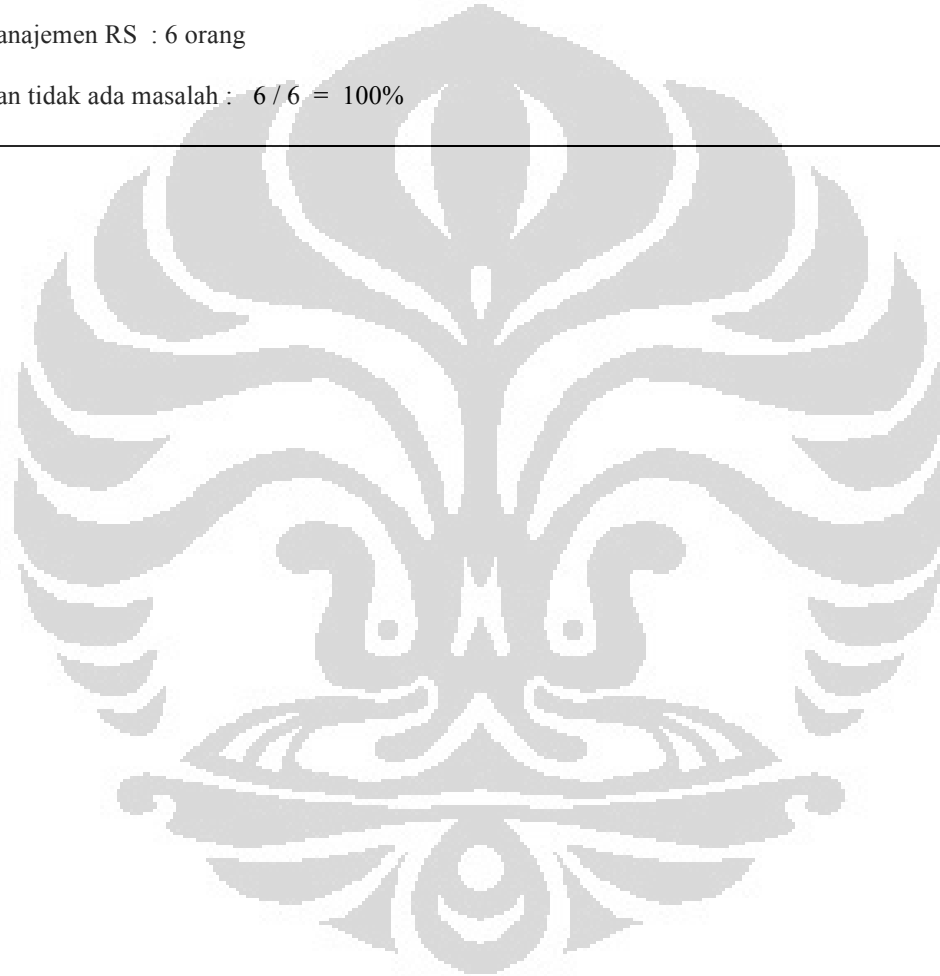


**6.2.2.2 Tabel 6.1 Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD)**

Pertanyaan	Nama Peserta					
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6
1. Bagaimana pendapat peserta FGD untuk komposisi bed ICU di RSPP saat ini (22 bed) dan bagaimana dengan pemisahan dengan ruang ICCU, ICU anak ?	Menyatakan jumlah bed masih kurang dan perlu adanya pemisahan	Kurang bila tidak ada pemisahan penyakit yang jelas, perlu adanya pemisahan ruang.	Tergantung penyakitnya. Dibutuhkan pemisahan ruang.	Kurang bila tidak ada pemisahan penyakit yang jelas.	Kurang bila tidak ada pemisahan penyakit yang jelas	Mendengarkan dengan cermat.
Informan menjawab masih kurang : 5 orang Abstain : 1 orang  Proporsi menyatakan jumlah tempat tidur ICU kurang = $5/6 = 83\%$			Informan menyatakan perlu pemisahan ruang ICU : 5 orang Abstain : 1 orang  Proporsi menyatakan perlu pemisahan ruang ICU : $5/6 = 83\%$			
2. Bagaimana dengan jumlah dan kompetensi tenaga kerja serta lalu lintas pekerjaanya di ruang ICU.	Tidak ada masalah, masih dapat diatasi karena masih pada 1 wilayah yang sama.	Tidak menjawab	Tidak ada masalah, masih dapat diatasi karena masih pada 1 wilayah yang sama.	Tidak ada masalah, masih dapat diatasi karena masih pada 1 wilayah yang sama.	Tidak menjawab	Jumlah yang berpengalaman masih kurang. Tentang aktifitas lalu lintas pekerja tidak dijawab.
Informan menjawab tidak ada masalah : 4 orang Abstain : 2 orang  Proporsi menyatakan jumlah pekerja cukup dan tidak ada masalah : $3/4 = 75\%$ Jumlah tenaga berpengalaman yang kurang : 1 orang = $1/4 = 25\%$						

Pertanyaan	Nama Peserta					
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6
3. Bagaimana kehadiran intensivis saat ini apakah dirasakan sudah saatnya ?	Sudah saatnya perlu tenaga intensivis.	Sudah saatnya perlu tenaga intensivis.	Sudah saatnya perlu tenaga intensivis.	Minimal ada tenaga anestesi yang standby di ICU	Sudah saatnya perlu tenaga intensivis.	Sudah saatnya perlu tenaga intensivis.
<p>Informan menjawab perlu : 6 orang            Abstain : 0 orang</p> <p>Proporsi menyatakan jumlah pekerja cukup dan tidak ada masalah : <math>6 / 6 = 100\%</math></p>						
4. Bagaimana dengan klasifikasi penyakit pasien dan bagaimana penentuan pasien masuk ICU siapakah sebaiknya yang bertanggung jawab ?	Dokter intensivis dalam semiclose model	Dokter intensivis dalam semiclose model	Dokter intensivis dalam semiclose model	Dokter intensivis dalam semiclose model	Dokter intensivis dalam semiclose model	Tidak menjawab.
<p>Informan menjawab intensivis dengan semiclose model : 5 orang            Abstain : 1 orang</p> <p>Proporsi menyatakan jumlah pekerja cukup dan tidak ada masalah : <math>5 / 5 = 100\%</math></p>						
5. Apa saran peserta FGD untuk perbaikan di ICU ?	Perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.	Perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.	Perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.	Perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.	Perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.	Perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.

Pertanyaan	Nama Peserta					
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6
Informan menjawab adanya kebijakan dari manajemen RS : 6 orang						
Proporsi menyatakan jumlah pekerja cukup dan tidak ada masalah : $6/6 = 100\%$						



### 6.2.3. Hasil *Indepth Interview* :

Seluruh pedoman pertanyaan yang digunakan pada kelompok *indepth interview* ini memiliki kesamaan isi dengan pertanyaan yang digunakan untuk peserta FGD, hanya ada sedikit perbedaan yaitu pengertian responden yang tidak sama tentang sistem rujukan ke ICU yang dianggap paling cocok, dikarenakan sebagian besar responden adalah dokter spesialis yang selama ini mengirimkan pasien kritisnya ke ICU.

#### 6.2.3.1 Kebutuhan jumlah tempat tidur di ICU RSPP

- Untuk mengetahui pendapat responden tentang besarnya kebutuhan jumlah tempat tidur di ICU peneliti menggunakan pertanyaan bagaimana pendapat responden tentang kebutuhan jumlah tempat tidur ICU saat ini di dapatkan jawaban :

- **Responden 1 menyampaikan :**

*“ Yah .. kalau jumlah bed 500 kalau melihat rumus umum tempat tidur ICU kan 4% dari total bed, saya rasa cukup itu 20 bed saat ini. Kita tidak perlu menghitung terlalu rumit, itu sudah cukup. Angka 4 % itu kan sudah dari hasil penelitian.”*

- **Responden 2 menyampaikan :**

*“Yah .. saya sependapat dengan beliau..”*

- **Responden 4 menyampaikan :**

*“Menurut kebutuhan tempat tidur saya kira memang perlu ditambah karena kita sering kekurangan jadi kita perlu memindahkan pasien ke ICU ternyata bed nya sudah penuh dan tidak hanya bed saja, tapi ventilator juga. Kadang-kadang bed ada tetapi ventilatornya tidak ada. Kadang-kadang percuma juga kita mau memindah, kadang-kadang pada saat pasien jatuh dalam kondisi kritis itu potensial*

*untuk terjadinya gagal paru dan jantung, jadi satu ventilator harus standby by untuk satu pasien jadi tidak hanya bed saja.”*

**- Responden 3 dan 5 menyampaikan :**

*“Saya tahu persis besarnya kebutuhan itu, saat ini sudah cukup.”*

**- Responden 6 menyampaikan :**

*“Saya rasa masih kurang, jumlah sekarang karena campuran dari ICCU, ICU anak dan ICU umum.”*

Pada pertanyaan ini didapatkan 4 (empat) orang menyatakan jumlah tempat tidur sudah cukup, 1 (satu) orang menyatakan perlu ditambah dan 1 (satu) orang menjawab kurang.

### **6.2.3.2 Perlunya zoning fungsi ruang di ICU RSPP**

- Untuk mengetahui pendapat responden tentang perlunya pengkhususan fungsi ruang sesuai dengan klasifikasi penyakit, peneliti menggunakan pertanyaan bagaimana pendapat responden tentang pemisahan ICU jantung, ICU anak dan ICU umum ?

**- Responden 1 menyampaikan :**

*“ Ruangan di ICU RSPP ini memang dibuat general ICU, pertimbangan ini dibuat dari tersedianya jumlah tenaga kerja, kalau pas pasien jantung kosong, kan... bed dapat digunakan untuk pasien lainnya. Itu lebih bermanfaat. Belum lagi terbatasnya jumlah peralatan yang bisa dipindahkan sesuai kebutuhan pasien”*

**- Responden 2, 3, 4, 5 & 6 menyampaikan :**

Ketiga informan ini menyampaikan pendapat yang sama yaitu bahwa sebaiknya ada pemisahan antara ICU jantung, ICU anak dari ICU umum.



Ditemukan hasil bahwa 5 (lima) orang dari 6 (enam) responden menyatakan perlu adanya pemisahan ruang untuk ICU umum, ICCU, dan ICU anak. Sedangkan 1 (satu) orang menjawab tidak perlu dengan pertimbangan efisiensi tenaga kerja dan alat medis.

### 6.2.3.3 Kriteria kritis pasien yang dirawat di ICU RSPP

- Pertanyaan nomor 3 ini untuk mendapatkan pandangan responden tentang pemilihan indikasi pasien rawat di ICU dan siapa yang dianggap lebih bertanggung jawab dalam penentuan kriterianya. Pertanyaan yang digunakan adalah bagaimana menentukan kriteria kritis pasien yang membutuhkan perawatan intensive di ICU ?

- **Responden 1, 2, 3 & 6 menyampaikan :**

*“Yah .. kalau disini, pasien yang masuk ke ICU ditentukan dari adanya ancaman keselamatan jiwa pasien atau hal-hal yang dapat berpotensi mengancam jiwa pasien. Dokter yang punya pasien tentu lebih tahu kondisi penyakit pasiennya, ya kita mempersiapkan kebutuhan pasien supaya tidak jatuh dalam kondisi yang lebih buruk ..... semua ada SOP nya, tapi tidak berjalan seperti seharusnya. Kadang-kadang keluarga pasien yang minta dokternya siapa karena merasa sudah dekat.”*

- **Responden 4 menyampaikan :**

*“ Saya setuju kalau kondisi kritis itu ditentukan oleh intensivis karena pasien yang dalam kondisi kritis itu terjadi gangguan multi organ sehingga kaptennya intensivis, tetapi tetap tidak boleh mengabaikan dokter – dokter dari keahlian yang lain. Begitu masa kritis lewat dia akan kembali lagi kepada dokter yang merawat sebelumnya ya dok.”*

- **Responden 5 menyampaikan :**

*“ Yang tahu penyakit pasiennya sejak awal kan dokter yang merawatnya, jadi sudah seharusnya dokter tersebut yang melanjutkan perawatan pasiennya. Kalau dokter intensivis atau anestesi itu kan menerima pada saat pasien kritis.”*

Dari hasil wawancara ditemukan bahwa 4 (empat) responden menyatakan kriteria kritis pasien untuk masuk ke ICU idealnya ditentukan oleh dokter intensivis, sedangkan 2 (dua) orang menyatakan dokter yang merawat pasien sejak awal yang lebih memahami kondisi penyakit pasien sehingga lebih bertanggung jawab atas kesembuhan pasien.

**6.2.3.4 Pemilihan model ICU yang dianggap lebih cocok.**

- Pertanyaan nomor 4 ini menggunakan pedoman pertanyaan bagaimana sebaiknya sistem rujukan pasien ke instalasi *intensive care unit*, mana yang lebih baik antara open model atau close model ?

- **Responden 1& 2 menyampaikan :**

*“Yah ... siapa saja bisa merujuk pasiennya ke ICU kalau memang diperlukan. Saat ini kita hanya menerima pasien untuk pemasangan alat dan terapi selanjutnya masih dilanjutkan oleh dokter yang mempunyai pasien.”*

- **Responden 3 menyampaikan :**

*“ Saat ini ICU RSPP memang menggunakan open model yaitu siapa saja dokter dapat mengirimkan pasiennya ke ruang ICU. Saya rasa perlu dipikirkan kembali, karena saya pernah membuat kebijakan seperti ini (semiclose) ditempat lain dan hasilnya bagus. Saya tahu semua isi ICU disini dan saya tahu maksud dari penelitian ini.”*

- **Responden 4 dan 5 menjelaskan :**

*“ Kepala ICU nya dokter anestesi cuma di RSPP ini belum ada spesialis anestesi keahlian intensive carenya belum ada jadi biasanya kita merawat pasiennya itu pertama dari kaptennya dulu jadi apakah dari paru, dari penyakit dalam, dari bedah, dari jantung kalau dari kebidanan yang punya pasien kalau kondisinya kritis pindah ke ICU nah disana nanti apabila melibatkan organ lain atau bidang di luar bidangnya sendiri baru konsul. Sistemnya bukan CLOSE kalau close kan hanya dokter intensivisnya saja dokter lain sudah begitu masuk ICU yang lain sudah tidak boleh lagi ikut mengelola. Kalau disini tidak, masih OPEN jadi dokter yang pertama kali mempunyai pasien itu nanti bisa konsul ke bidang-bidang yang lain dokter anestesinya ini biasanya visit juga, dokter anestesinya jadi mengkoordinir gitu dan ikut mengevaluasi apakah tentang ventilatornya, tentang pemasangan dari CVP biasanya dari intensivisnya (alat-alat penunjang kehidupan). Iya live savingnya biasanya dari dokter anestesi.”*

- **Responden 6 menyampaikan :**

*“ Kalau menurut saya sebaiknya, pasien dilakukan pemilahan baru dimasukkan ke ICU dokter yang menjadi penanggung jawab adalah dokter intensive care tetapi dokter yang merawat sebelumnya tetap dilibatkan kalau diperlukan untuk menangani penyakit utamanya.”*

Ditemukan hasil 4 (empat) responden dari 6 (enam) menganggap lebih cocok *model close* atau *semi-close*, sedangkan 2 (dua) responden open model lebih sesuai, walaupun 2 (dua) orang responden tersebut mengakui bahwa dokter intensivis lebih sesuai dalam penanganan pasien kritis.

### 6.2.3.5 Kebutuhan tenaga intensivis di ICU RSPP

- Pertanyaan nomor 5 tentang apakah sudah seharusnya RSPP mempunyai tenaga intensivis sebagai salah satu ciri bentuk close atau semi-close model ICU ? pertanyaan ini diarahkan untuk melihat tingkat kebutuhan akan tenaga intensivis, dan jawaban yang didapat seperti dalam kutipan sebagai berikut :

- **Responden 1, 2 dan 6 menyampaikan :**

*“ Saya rasa perlu, terutama setelah peristiwa pak Harto kemarin kami sangat merasakan kekurangan kami tentang hal-hal yang masih belum bisa kami kerjakan. Andaikata ada seorang intensivis tentu itu sangat baik. Karena dia ada setiap saat.”*

- **Responden 3 menyampaikan :**

*“ Saya pernah membuat sistem close di salah satu ICU Rumah Sakit Pertamina di luar Jawa, hasilnya luar biasa. Seluruhnya dapat tertata dengan baik. Tapi karena saya sendirian, lalu saya buat semi-close, karena sangat capek. Bagus kalau ada tenaga intensivis atau anestesi yang bekerja penuh di ICU.”*

- **Responden 4 menyampaikan :**

*“ Dulu pernah kita merapatkan memang ini mau dibikin sistem ICU mau CLOSE jadi begitu masuk ICU yang mengelola hanya dokter anestesi yang lain tidak boleh atau mau dibikin sistem OPEN. Kita tetap memakai sistem OPEN karena yang tahu dari awal penyakit pasti dokter kaptennya yang punya pasien ya .. jadi nanti takutnya dokter yang disana tidak menguasai betul perjalanan penyakit dari awal terus juga karena itu melingkupi dari berbagai bidang sementara anestesi itu kan hanya intensivisnya saja jadi mengenai pasien itu ya tidak menguasai, mengenai live saving mungkin iya mereka bisa melakukan tata laksana dengan cepat tetapi kalau*

*kegagalan fungsi organ di liver di ginjal tidak bisa langsung memberi solusi karena memang tidak terlalu didalami jadi pasti butuh dokter internis atau dibidang yang lain. Untuk live saving mungkin mereka bisa lebih baik dari pada kita tetapi untuk maintenance nya saya kira kurang bisa diambil oleh dokter anestesi.”*

Sehingga kesimpulan dokter pada saat pasien jatuh dalam keadaan kritis sebaiknya siapa yang menjadi captainnya ?

*“ Mungkin begini ya bisa saja nanti kaptennya seorang intensivis tetap dokter-dokter yang kaptennya dari awal itu tidak boleh lepas dan itu suatu team memang ICU itu tidak bisa hanya satu dokter itu tidak bisa, intensivis saja itu tidak bisa jadi dalam mengambil keputusan itu tetap harus dirapatkan memang selama ini yang menjadi kendala kadang-kadang komunikasi antar dokter yang merawat itu kurang saya terus terang mengakui itu begitu .. kadang-kadang waktunya tidak cukup memang idealnya itu dokter team yang merawat pasien itu kumpul membicarakan tindakan selanjutnya misalkan keluarga pasien itu ingin ketemu jadi ketemu dengan team. Itu idealnya mba tapi memang sulit karena kesibukan dari masing kadang2 yang satu sudah datang yang satu sudah pergi. Pas ada keluarga pasien datang sudah siang jadi ketemu hanya dokter yang satunya jadi akhirnya ketemu sendiri-sendiri. jadi menurut saya memang kurang ideal ya jadi idealnya memang begitu kita satu team bertemu dengan keluarga pasien dimana komunikasi tetap harus terjalin jadi dalam memberi terapi itu kita saling memberitahu dahulu ini bagaimana kalau memberi ini pertimbangannya apa memang begitu seharusnya.”*

- **Responden 5 menyampaikan :**

*“ Menurut saya keadaan sekarang sudah cukup baik sehingga intensivis belum terlalu mendesak untuk diadakan. Saya rasa cukup ya..”*

Kemudian peneliti menanyakan bagaimana dengan kompensasi jasa medis yang berlaku adakah perlakuan khusus untuk tenaga medis di ICU jawaban yang diterima :

*“Ada bedanya, memang ada bedanya.”*

Dari keseluruhan jawaban pada pertanyaan ini di dapatkan kesimpulan bahwa 5 (lima) responden menyatakan perlu adanya tenaga intensivis dan 1 (satu) orang responden menjawab belum perlu.

**6.2.3.6 Harapan responden tentang kualitas ICU RSPP**

- Pertanyaan nomor 6 tentang harapan dokter akan kualitas ICU di RSPP :

- **Responden 1, 2 dan 6 menyampaikan :**

*“ Saya rasa bila kita mempunyai tenaga khusus hal itu akan mudah dikerjakan karena dokter intensivis akan meluangkan lebih banyak waktu di ICU. Tetapi tentu saja kita juga harus melihat keadaan-keadaan lainnya yang mempengaruhi kinerja ICU di RSPP seperti bagaimana apresiasi dokter intensivis diperhatikan dan jumlah tenaga kerja lainnya.”*

- **Responden 3 dan 5 menyampaikan :**

*“ Saya rasa harus terus ditingkatkan, manajemen mempunyai peran yang besar. Saya memahami betul apa yang harus dilakukan terhadap perubahan di ICU.”*

- **Responden 4 menyampaikan :**

*“ Saran saya pelatihan harus terus ditingkatkan untuk terutama dokter yang standby di ICU kemudian komunikasi di dalam mengelola pasien itu harus ada team dan team itu harus bagus baik dalam pemberian manajemen pengobatan, tindakan maupun penerangan terhadap keluarga pasien supaya tidak ada kontradiksi kalau perlu koordinatornya dokter kepala ICU.”*

Untuk pertanyaan nomor 6 ini didapatkan kesimpulan 6 (enam) responden menyatakan perlu adanya peningkatan kualitas ICU.

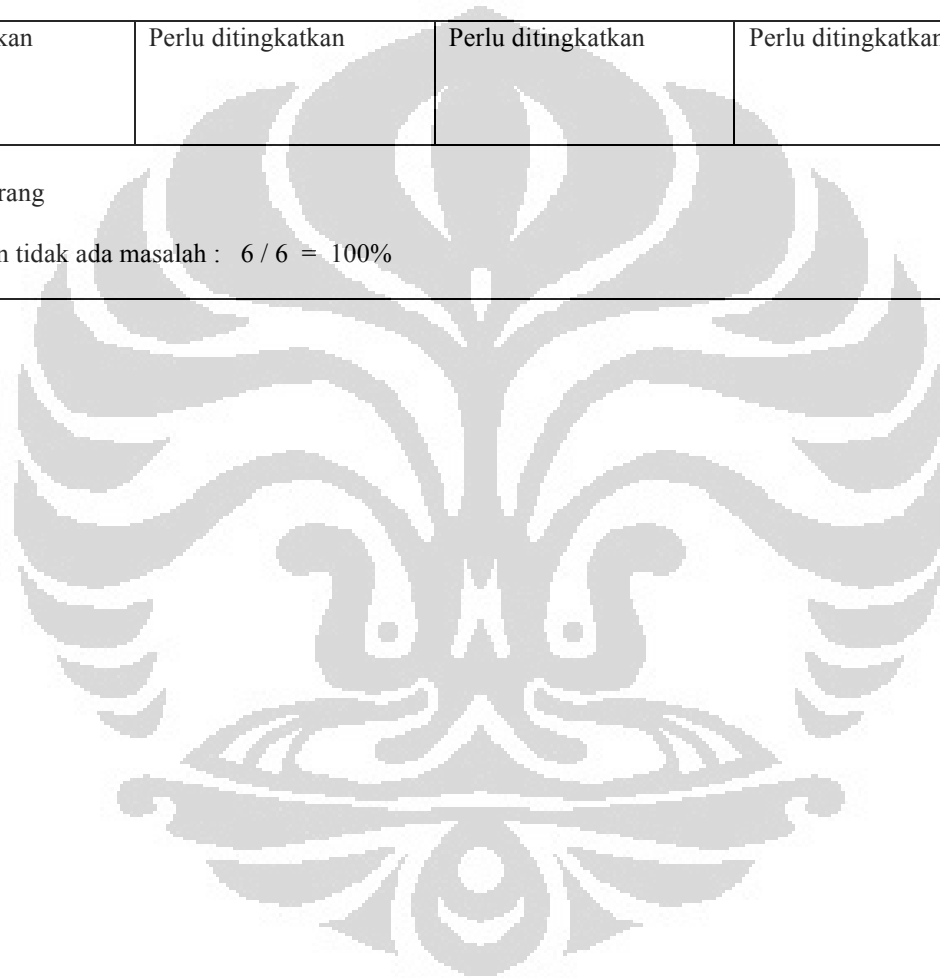
**6.2.4. Tabel 6.2 Hasil *Indepth Interview***

Pertanyaan	Nama Peserta					
	Responden 1	Responden 2	Responden 3	Responden 4	Responden 5	Responden 6
Pertanyaan no. 1 tentang kebutuhan jumlah tempat tidur ICU ?	Sudah cukup	Sudah cukup	Perlu ditambah	Sudah cukup	Sudah cukup	Kurang
<p>Responden menjawab sudah cukup : 4 orang                      Responden menjawab perlu ditambah : 1 orang                      Responden menjawab kurang : 1 orang</p> <p>Proporsi menyatakan jumlah tempat tidur ICU sudah cukup = <math>4 / 6 = 66\%</math>                      Proporsi menyatakan jumlah tempat tidur ICU perlu ditambah = <math>1 / 6 = 17\%</math>                      Proporsi menyatakan jumlah tempat tidur ICU kurang = <math>1 / 6 = 17\%</math></p>						
pertanyaan no. 2 tentang pemisahan ICU jantung, ICU anak dan ICU umum	Tidak perlu	Perlu	Perlu	Perlu	Perlu	Perlu
<p>Responden menjawab perlu : 5 orang                      Responden menjawab tidak perlu : 1 orang</p> <p>Proporsi menjawab perlu : <math>5 / 6 = 83\%</math>                      Proporsi menjawab tidak perlu : <math>1 / 6 = 17\%</math></p>						
Pertanyaan nomor 3 tentang penilaian kriteria kritis pasien untuk masuk ke ICU, siapakah yang berwenang ?	Dokter intensivis	Dokter intensivis	Dokter intensivis	Dokter yang merawat sebelumnya	Dokter yang merawat sebelumnya	Dokter intensivis



Pertanyaan	Nama Peserta					
	Responden 1	Responden 2	Responden 3	Responden 4	Responden 5	Responden 6
<p>Responden menjawab dokter intensivis : 4 orang  Responden menjawab dokter yang merawat sebelumnya : 2 orang</p> <p>Proporsi menyatakan dokter intensivis : <math>4/6 = 66\%</math>  Proporsi menyatakan dokter yang merawat sebelumnya : <math>2/6 = 34\%</math></p>						
Pertanyaan nomor 4 tentang sistem rujukan di ICU, mana yang lebih baik antara open model atau close model ?	Close model atau paling tidak semi close	Close model atau paling tidak semi close	Close model atau paling tidak semi close	Open model	Open model	Close model atau paling tidak semi close
<p>Responden menjawab close model atau semi close : 4 orang  Responden menjawab open model : 2 orang</p> <p>Proporsi menjawab close model atau semi close : <math>4/6 = 66\%</math>  Proporsi menjawab open model : <math>2/6 = 34\%</math></p> <p><b>Catatan :</b> Responden 4, 5 setelah disampaikan pertanyaan lanjutan tentang siapa yang lebih cocok merawat pasien yang jatuh dalam keadaan kritis keduanya menjawab Dokter intensivis, tetapi untuk penanganan pasien di ICU tetap lebih memilih open model.</p>						
Pertanyaan nomor 5 tentang apakah sudah seharusnya RSPP mempunyai tenaga intensivis sebagai salah satu ciri bentuk close atau semi-close model ICU :	Perlu	Perlu	Perlu	Perlu	Belum perlu	Perlu
<p>Responden menjawab perlu : 5 orang  Responden menjawab belum perlu : 1 orang</p> <p>Proporsi menyatakan perlu : <math>5/6 = 83\%</math>  Proporsi menyatakan belum perlu : <math>1/6 = 17\%</math></p>						

Pertanyaan	Nama Peserta					
	Responden 1	Responden 2	Responden 3	Responden 4	Responden 5	Responden 6
Pertanyaan nomor 6 tentang harapan dokter akan kualitas ICU di RSPP :	Perlu ditingkatkan	Perlu ditingkatkan	Perlu ditingkatkan	Perlu ditingkatkan	Perlu ditingkatkan	Perlu ditingkatkan
<p>Responden menjawab perlu ditingkatkan : 6 orang</p> <p>Proporsi menyatakan jumlah pekerja cukup dan tidak ada masalah : <math>6 / 6 = 100\%</math></p>						



## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1. Keterbatasan.**

Dalam penelitian ini, topik yang diangkat merupakan topik yang sangat spesifik. Hal ini disebabkan karena unit *instalasi critical care* ini adalah unit yang sangat membutuhkan teknologi kedokteran modern dan keahlian spesialisasi dari berbagai bidang sehubungan dengan kondisi penyakit pasien yang mengancam kehidupan atau terminal. Bukan hanya itu, unit ini membutuhkan biaya yang sangat besar baik bagi pasien maupun rumah sakit. Seperti yang disebut oleh T E Oh dalam tulisannya "*Design and organization of intensive care units*" menyebutkan bahwa biaya yang dibutuhkan di ICU mencapai 3 (tiga) kali lipat dari biaya pada ruang rawat dan ICU menggunakan lebih kurang 8% dari total *budget* rumah sakit. Di Inggris pada tahun 2002 rata-rata menghabiskan biaya £ 1.500 – 2.000 per hari atau setara USD \$ 2.955 – 3.940 atau Rp. 27,777,000.00 - Rp. 37,036,000.00 pada nilai kurs saat tulisan ini dibuat. Nilai ini tentu sangat luar biasa untuk dikeluarkan per hari, terutama dalam kondisi krisis ekonomi di Indonesia saat ini.

Di Rumah Sakit Pusat Pertamina, penelitian tentang besarnya biaya perawatan di ICU belum pernah dilakukan. Sehingga data tersebut tidak tersedia di RSPP. Untuk itu penulis tidak mengangkat topik tersebut dalam penulisan tesis ini. Penelitian ini lebih di fokuskan pada penemuan model ICU yang dirasakan lebih cocok sehingga dapat menekan besarnya angka morbiditas maupun mortalitas dengan mencari model manajemen pasien ICU yang dianggap paling efektif dan efisien di RSPP.

Dalam masa penelitian ini penulis masih menemukan beberapa keterbatasan diantaranya adalah sulitnya mempertemukan tenaga dokter dari berbagai bidang

spesialisasi dalam satu waktu yang sama. Pertemuan ini ditujukan untuk membuat diskusi kelompok yang potensial. Karena sulitnya mempertemukan para dokter membuat penulis kemudian memilih metoda wawancara mendalam untuk dokter-dokter yang sulit berkumpul.

Keterbatasan lainnya adalah perbedaan pandangan dokter spesialis tentang pentingnya tata cara pengelolaan pasien di ICU yang cukup kental. Kondisi ini cukup menyita waktu, karena pandangan dokter tentang penting atau tidaknya perubahan manajemen pasien di ICU membuat penulis menunggu saat yang tepat untuk dapat membuat wawancara.

Sementara keterbatasan dari aspek diluar rumah sakit diantaranya adalah belum adanya kebijakan khusus tentang pemilihan model manajemen pasien di ICU baik yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI maupun Perhimpunan Dokter *Intensive Care* Indonesia (Perdici). Dalam buku pedoman "*Standar umum pelayanan anestesiologi dan reanimasi di rumah sakit*" yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta tahun 1999, hanya menyebutkan tentang usaha-usaha yang dilakukan di Instalasi Rawat Intensif, kompetensi staf dan pimpinan, indikasi masuk ICU, indikasi keluar ICU, fasilitas dan peralatan, program pendidikan dan evaluasi mutu.

Sedangkan dalam pedoman "Standar Pelayanan ICU" yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2003, telah menyebutkan tentang tata kerja dan alur kerja di ruang ICU, namun belum mengatur secara detail tentang pedoman kerja, SOP, format standar administrasi pencatatan medis dan non medis, serta belum adanya penjelasan tentang hal-hal yang berhubungan dengan komunikasi yang terkait dengan aktivitas di ICU seperti antar tenaga medis dan tenaga medis dengan keluarga pasien. Secara keseluruhan, pedoman yang ada masih berorientasi pada tugas tenaga medis namun belum berorientasi pada kebutuhan pasien di ICU.

Keterbatasan lainnya adalah belum banyak hasil-hasil penelitian tentang ICU di Indonesia, sehingga belum banyak data tentang ICU di Indonesia yang tersedia apalagi tentang pemahaman model manajemen pasien seperti *close* maupun *semi-close* itu. Sedangkan penelitian tentang ICU di luar negeri seperti Amerika dan Eropa sudah cukup banyak dan sudah lama dilakukan. Sebagian besar hasil penelitian tentang pemilihan model manajemen ICU di kedua negara tersebut menggambarkan hasil yang lebih baik pada model *close* dan *semi-close*.

Namun seluruh keterbatasan ini tidak mengurangi semangat penulis bahkan menjadikannya sebagai tantangan yang harus dapat diatasi dengan baik. Berkat bantuan dari banyak pihak, penulis akhirnya dapat menyelesaikan penelitian ini.

## **7.2. Pembahasan**

### **7.2.1. Sumber daya yang dimiliki oleh ICU RSPP.**

ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina terletak di lantai 5 gedung F, 3 (tiga) lantai di atas ruang operasi dan terletak 4 (empat) lantai di atas UGD yang dihubungkan oleh lift. Pada awal pembuatannya ICU di RSPP hanya terdapat di ICU A, sedangkan ICU B sebelumnya adalah ruang intermediate, ICCU dan ICU anak. Dalam perkembangan selanjutnya jumlah pasien yang memanfaatkan ICU bertambah pesat, sehingga ruang intermediate kemudian memerlukan ventilator dan jadilah sebagai unit ICU B sehingga ruang intermediate tidak terdapat lagi. Oleh karena itu saat ini terdapat seolah-olah dua ICU yaitu ICU A dan ICU B.

Kondisi ruang di ICU yang cukup berjauhan dengan ruang operasi dan UGD memang cukup memakan waktu pada saat dibutuhkan merujuk pasien ke ICU. Dalam pedoman standar pelayanan ICU yang diterbitkan oleh Depkes tahun 2003 dan T E Oh dalam tulisannya di tahun 2003 menyebutkan bahwa ICU idealnya terletak berdekatan dengan ruang operasi

dan UGD. Pada ICU dengan level 3 (tersier) bahkan harus memiliki unit diagnostik tersendiri seperti laboratorium, X-ray mobile bahkan unit sterilisasi. Pada ICU yang lebih besar lagi bahkan dianjurkan untuk memiliki unit farmasi. Saat ini ICU di RSPP masih belum memiliki laboratorium khusus dan farmasi sendiri.

Untuk tenaga spesialis yang ada di ICU RSPP terdiri dari 1 (satu) orang tenaga spesialis anestesi dengan keahlian intensivis dan 2 (dua) orang tenaga spesialis anestesi, 2 (dua) orang dokter jaga umum dan 55 (lima puluh lima) tenaga perawat bersertifikat terlatih perawatan intensif. Apabila dilihat dari perbandingan jumlah perawat dengan jumlah tempat tidur di dapatkan keadaan yang belum ideal. Apabila dihitung dari jumlah tempat tidur tersedia yaitu 22 (dua puluh dua) tempat tidur, dengan kriteria pasien yang membutuhkan perawatan total karena tidak memiliki tempat tidur intermediate dan apabila dihitung menurut rumus PPNI yang dikutip oleh Illyas (2004), maka dibutuhkan jumlah perawat sebagai berikut :

$$TP = \frac{(A \times 52 \text{ Minggu}) \times 7 \text{ hari} (TT \times BOR) \times 125\%}{41 \text{ Minggu} \times 40 \text{ Jam}}$$

Ket :

- TP = Tenaga Perawat
- A = Jumlah jam perawatan dalam 24 jam
- BOR = Bed Accupancy Rate

Jadi :

$$TP = \frac{(24 \times 52) \times 7 (22 \times 72,64) \times 125\%}{41 \times 40}$$

$$TP = \leq 106 \text{ orang}$$

Dengan jumlah perawat yang cukup kurang apabila disesuaikan dengan jumlah idealnya, maka pemberian tugas keperawatan perlu diatur lebih baik lagi agar kebutuhan pelayanan kepada pasien yang membutuhkan perawatan total dapat terpenuhi secara optimal.

Sedangkan menurut standar pelayanan ICU yang diterbitkan oleh Depkes (2003) untuk ICU tersier seperti yang terdapat di RSPP, maka jumlah perawat adalah 1 : 1 dengan pasien, sehingga bila diasumsikan dalam 1 (satu) hari terdapat 3 (tiga) shift dengan 1 (satu) shift libur maka jumlah perawat ideal adalah :

$$22 \text{ bed} \times 4 \text{ shift} = 88 \text{ orang perawat.}$$

Bila melihat sumber daya yang dimiliki oleh RSPP, baik sumber daya manusia maupun fasilitas rumah sakit serta kepemilikannya, maka ICU Rumah Sakit Pusat Pertamina dapat disetarakan dengan ICU tersier. Seperti standar ICU tersier yang tercantum dalam Standar Pelayanan ICU yang diterbitkan Departemen Kesehatan RI (2003) yang disebut sebagai ICU tersier apabila memenuhi syarat sebagai berikut :

- a. Memiliki ruangan khusus tersendiri di dalam rumah sakit.
- b. Memiliki kriteria penderita masuk, keluar dan rujukan.
- c. Memiliki dokter spesialis yang dibutuhkan dan dapat dihubungi, datang setiap saat diperlukan.
- d. Dikelola oleh seorang ahli anestesiologi konsultan *intensive care* atau dokter ahli konsultan *intensive care* yang lain yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut).
- e. 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.

- f. Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat terlatih perawatan/terapi intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 (tiga) tahun di ICU.
- g. Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan/terapi intensif baik non-invasif maupun invasif.
- h. Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, rontgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi selama 24 (dua puluh empat) jam.
- i. Memiliki paling sedikit seorang yang mampu dalam mendidik tenaga medik dan paramedik agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien.
- j. Memiliki prosedur untuk pelaporan resmi dan pengkajian.
- k. Memiliki staf tambahan yang lain misalnya tenaga administrasi, tenaga rekam medik, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

Sesuai standar ICU tersier yang dibuat oleh Departemen Kesehatan, terdapat 2 (dua) pasal yang tidak terpenuhi yaitu pengelolaan pasien di ICU yang tidak dikelola penuh oleh seorang ahli anestesiologi konsultan *intensive care* atau dokter ahli *intensive care* yang bertanggung jawab secara keseluruhan, dan kriteria penderita masuk, keluar dan rujukan yang tidak berjalan sebagaimana mestinya. Sedangkan untuk pemeriksaan laboratorium dan radiologi dapat dilakukan 24 jam di Instalasi penunjang laboratorium dan radiologi yang ada di RSPP.

Dari keseluruhan pasal tersebut diatas ICU RSPP telah memiliki ruangan khusus tersendiri di dalam rumah sakit, SOP untuk tata laksana pasien walaupun belum berjalan sepenuhnya, tersedianya dokter spesialis yang dapat dihubungi setiap saat, tersedianya tenaga perawat dengan perbandingan 1:1 untuk pasien dengan ventilator. Mampu melakukan kegiatan terapi intensif non invasif dan invasif. Memiliki juga tenaga pendidik untuk paramedik dan medik bahkan tersedia akademi keperawatan khusus milik RSPP. Di ICU juga memiliki prosedur resmi pelaporan dan



pengkajian maupun tenaga penunjang seperti administrasi, rekam medik dan tenaga untuk kepentingan ilmiah lainnya.

Pasien di ICU seperti yang diceritakan oleh responden 4, 5 & 6 maupun peserta FGD yaitu informan 2 & 5 bahwa pasien di ICU mendapat perawatan lebih dari satu dokter spesialis, dengan dokter yang menerima pasien pertama kali sebagai “*captain*” dan dokter spesialis intensivis atau anestesi sebagai konsulen. Keadaan ini akan menambah beban biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien seperti biaya untuk visite dan jasa medis dokter yang lebih dari satu orang. Sementara keputusan kondisi kritis pasien atau kondisi yang berpotensi mengancam kehidupan pasien ditentukan oleh dokter yang mempunyai pasien sejak awal. Meskipun SOP penerimaan pasien dibuat dengan mengacu pada kriteria kritis yang dinilai oleh dokter intensivis, namun SOP ini belum terlaksana sebagai mana mestinya.

Rata-rata pasien ICU mendapat perawatan oleh 2 – 3 dokter yang bekerja bukan sebagai tim, sehingga terapi yang diberikan dapat tumpang tindih. Perawat ICU seringkali harus melakukan beberapa kali konfirmasi kepada dokter yang merawat pasien tersebut untuk memastikan terapi yang akan diberikan. Sementara dokter tidak setiap saat berada di ruang perawatan ICU. Disini peranan perawat menjadi dominan, karena tergantung pada pemahaman perawat akan inkompatibilitas obat maupun prioritas terapi yang akan diberikan kepada pasien. Meskipun masa kini teknologi komunikasi cukup canggih, namun keseluruhan proses perawatan tersebut cukup memakan waktu, sedangkan keputusan yang diambil harus segera. Akan lebih baik bila keputusan penanganan pasien diambil dari hasil kesepakatan bersama dokter spesialis yang merawat pasien sebagai satu tim, bukan hasil konfirmasi perawat sebagai ujung tombak perawatan pasien. Ruwetnya sistem komunikasi internal ini dapat disebabkan karena posisi dokter yang merawat pasien bukan terbentuk dalam satu tim sehingga

mengesankan seluruh dokter ini mempunyai kedudukan yang sama dalam hal pengambilan keputusan terapi.

Sebagai ICU sekelas tersier dan sesuai standar ICU tersier yang diterbitkan Depkes RI, ICU RSPP idealnya memiliki tenaga intensivis penuh waktu yang bertanggung jawab penuh pada perawatan pasien di ICU. Kehadiran dokter intensivis atau paling tidak dokter anestesi sebagai “*captain*” dalam perawatan pasien kritis di ICU dapat memangkas waktu dan energi yang dibutuhkan perawat untuk melakukan konfirmasi berulang kepada dokter.

Susanto A.B. et all. (2008) dalam bukunya yang berjudul *Corporate Culture and Organization Culture* mengingatkan tentang siklus hidup organisasi. Susanto menyebutkan bahwa organisasi yang memasuki masa penuh keamanan dapat terkena bobokan dengan kondisi yang sudah berjalan baik selama ini. Perlu dilakukan evaluasi agar mencegah timbulnya organisasi yang menuju penuaan. Tanda-tanda menuju penuaan itu diantaranya adalah adanya pertemuan-pertemuan yang tidak produktif dan organisasi semakin memfokuskan diri pada masalah internal dan mulai kehilangan sentuhan dengan pelanggan. Ciri-ciri lainnya adalah adanya penolakan akan pengakuan realitas yang sedang terjadi. Dalam penelitian ini apa yang disebutkan Susanto tergambarkan melalui keinginan organisasi untuk bertahan dalam kondisi yang dianggap telah mapan walaupun mengetahui adanya suatu sistem yang lebih efisien dan efektif yang memungkinkan untuk dilaksanakan.

### 7.2.2. Tata cara pengelolaan pasien di ICU.

Terdapat sedikit perbedaan pendapat yang disampaikan oleh para informan. Perbedaan itu terletak pada keinginan perlu tidaknya kehadiran tenaga intensivis di ICU saat ini. 5 (lima) dari 6 (enam) responden dan 6 (enam) dari 6 (enam) informan FGD menyatakan perlu untuk menghadirkan tenaga intensivis mengingat jumlah pemakaian tempat tidur (BOR) di ICU yang sangat tinggi, yaitu rata-rata lebih dari 70% pada tahun 2007.

Hal ini juga dipicu oleh kurang harmonisnya komunikasi antar dokter spesialis yang merawat pasien di ICU karena kesibukan masing-masing. Rata-rata 1 (satu) orang pasien ICU mendapat perawatan oleh 2 – 3 orang dokter. Banyaknya jumlah dokter yang merawat dari berbagai keahlian menimbulkan potensi konflik terapi yang disebabkan komunikasi yang tidak lancar.

Bartono dan Ruffino (2007) menyebutkan dalam bukunya yang berjudul *Cummunication Management* bahwa problem komunikasi dapat disebabkan diantaranya oleh :

- Problem birokrasi dan halangan-halangan dalam sistem birokrasi
- Adanya sekat-sekat psikologis akibat primordialisme dan fanatisme departemen.
- Polarisasi antara dua pihak dalam unit kerja.
- Problem pada substansi informasi dan materinya.

Problem komunikasi ini tampaknya terlihat pada saat melakukan penanganan pasien di ICU. Masing-masing dokter memberikan terapi sesuai keahliannya, namun tidak melakukan diskusi bersama tim dokter lainnya. Keadaan ini dapat menimbulkan keragu-raguan perawat untuk mengambil tindakan atau terapi pada pasien, sehingga membutuhkan waktu cukup lama untuk mengambil keputusan. Sementara dokter intensivis atau

anestesi diperlukan hanya pada saat pemasangan alat bantu maupun saat kontrol penggunaan ventilator atau hemodialisa. Melihat situasinya, tampaknya problem komunikasi terjadi karena adanya sekat-sekat psikologis akibat primordialisme dan fanatisme departemen serta adanya polarisasi antara pihak dalam unit kerja.

Menilik masalah diatas, istilah komunikasi antar dokter perlu kiranya diperjelas dengan istilah interaksi. Dengan interaksi yang baik antar dokter, akan semakin memudahkan komunikasi itu diterima sesuai tujuannya. Komunikasi juga dipengaruhi oleh aspek pelaku komunikasi itu sendiri. Individu yang memiliki sifat *komunikatif* akan sangat menyenangkan karena mampu memberi, bersedia menerima, mencerna informasi dengan baik dan kemudian memberikan umpan balik dengan sangat baik.

Bartono (2007) menyebutkan perilaku individu berkomunikasi dalam suatu organisasi dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah :

- Posisi individu didalam organisasi
- Beban kerja yang diterimanya.
- Lingkungan yang bersifat positif ataukah negatif.
- Sikap mental dasar.
- Kualitas intelektual.
- Loyalitas, komitmen maupun visi pribadi.
- Kepuasan, apakah haknya terpenuhi ataukah tidak.

Pandangan lainnya yang juga dapat dirangkum dari responden dan informan FGD adalah pemahaman tentang kebutuhan ICU dalam tujuan memberikan nilai atau value yang lebih baik kepada pasien, terlebih lagi dengan masih tingginya angka morbiditas dan mortalitas. Hal ini jelas terlihat pada saat responden dan informan diskusi kelompok tersebut menyebutkan bahwa sudah saatnya diperlukan tenaga intensivis sebagai *captain* di ICU yang bertanggung jawab kepada pasien dibantu oleh dokter

spesialis lainnya sebagai konsultan. Keadaan ini disebut sebagai *semi-close* model ICU.

### **7.2.3 Studi Banding dengan Rumah Sakit yang menganut Sistem *Semi Close Model ICU*.**

Untuk melihat dan memperdalam pemahaman akan manajemen pasien di ICU peneliti melakukan studi banding di dua rumah sakit besar di Indonesia yang telah menganut sistem semi close model. Kedua rumah sakit itu adalah Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo di Jakarta dan Rumah Sakit Dr. Sutomo di Surabaya.

#### **7.2.3.1 Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo**

##### **- Responden 1**

Pada kegiatan studi banding ini peneliti melakukan wawancara dengan responden dengan mendapatkan hasil atau jawaban sebagai berikut :

- a. Berapa jumlah Bed di ICU RSCM dan bagaimana dengan fungsi bed nya apakah ada dikhususkan untuk isolasi :  
*“Semua ada 13 bed dengan 13 ventilator, semua bed berada dalam satu ruang besar yang dipisahkan oleh tirai, kami kebetulan tidak punya ruangan terpisah.”*
- b. Bagaimana sistem rujukan berjalan :  
*“Dokter primer mengkonsulkan pasiennya ke ICU. Kami dokter anastesi kemudian mengunjungi pasien keruangan tersebut untuk melihat dan menilai tingkat kegawatan sebagai bahan pertimbangan apakah pasien tersebut dapat diterima di ICU atau tidak.”*
- c. Bagaimana menilai kegawatan pasien adakah skoring yang digunakan dan bagaimana pelaksanaannya :

*“Kami menggunakan SAPS tetapi itupun tidak berjalan dengan baik karena ya ... begitulah. Pemilihan ini karena dinilai lebih mendekati aspek klinis pasien.”*

- d. Setelah pasien masuk ke ICU apakah dokter primer dilibatkan dalam tata laksana pasien :

*“Iya selalu dilibatkan tetapi tidak mengintervensi terapi yang ada di ICU, dokter primer hanya menanyakan bagaimana perkembangan pasiennya. Jujur aja kalo di RSCM belum ada team yang terintegrasi.*

- e. Berapa jumlah dokter intensivis :

*“Ada 6 (enam) orang”.*

- f. Bagaimana dengan fungsi ICU lainnya seperti ICCU, ICU Anak atau Burn Unit dalam satu departemen atau terpisah :

*“ICCU berada dibawan kardiologi, Neonatus ICU & ICU Pediatric berada dibawah anak, ICU Dewasa dibawah anastesi, sehingga terpisah dan dibawah departemen masing-masing. Kami tidak mendapat stase dibagian lain selain ICU dewasa karena berada dibagian masing-masing.*

- g. Apakah ada pembinaan staf atau sejenisnya :

*“Setiap bulan dilakukan pembinaan secara berkala kadang – kadang ada kadang -kadang tidak tergantung departemen.”*

- h. Bagaimana dengan jumlah perawat dan kompetensinya :

*“Kalo pagi hari 1 : 1 sedangkan malam hari 1 : 2.”*

- i. Bagaimana dengan penunjang, apakah ICU memiliki penunjang tersendiri :

*“Ya .. kami disini ada laboratorium, endoscopy, laparoscopy dan sejenisnya.”*

- **Responden 2**

- a. Berapa jumlah Bed di ICU RSCM dan bagaimana dengan fungsi bed nya apakah ada dikhususkan untuk isolasi :

*“Kira-kira ada 10 bed dan tidak punya ruang isolasi.”*

- b. Bagaimana sistem rujukan berjalan :

*“Pasien dikonsulkan ke ICU dan dokter anestesinya datang melihat keruangan, kalo memang perlu baru dibawa ke ICU untuk kemudian dilihat apakah masih ada tempat tidurnya bila masih ada bisa langsung masuk.”*

- c. Bagaimana menilai kegawatan pasien adakah skoring yang digunakan dan bagaimana pelaksanaannya :

*“Saya kurang tahu yang ini .....”*

- d. Setelah pasien masuk ke ICU apakah dokter primer dilibatkan dalam tata laksana pasien :

*“Yang saya ketahui dokternya sering datang untuk melihat pasien.”*

- e. Berapa jumlah dokter intensivis :

*“Ada 6 (enam) orang”..*

- f. Apakah ada pembinaan staf atau sejenisnya :

*“Ada setiap bulan.”*

**7.2.3.2 Rumah Sakit Dr. Sutomo**

Selanjutnya peneliti melanjutkan wawancara di RS. Dr. Sutomo di Surabaya dan didapatkan hasil sebagai berikut :

**7.2.3.2.1 Responden 1**

Pertanyaan yang digunakan adalah mohon dijelaskan tentang alur penerimaan pasien di ICU, kebijakan serta ukuran-ukuran yang digunakan untuk menilai kinerja tim medis di ICU ?

Jawaban yang didapatkan adalah sebagai berikut:

*“Kalau kami disini, pasien diterima pertama kali oleh Emergency Departemen, disana terdapat intensivis juga seperti di ICU. Emergency Departemen ini berisi dokter dari berbagai spesialis yang bersama-sama melakukan diskusi untuk menentukan terapi apa yang dipilih untuk pasien. Setelah dari Emergency Departemen ditentukan apabila pasien membutuhkan prolong care, maka pasien di refer ke ICU. Pasien yang membaik dikembalikan ke ruang rawat atau pasien yang membutuhkan perawatan intensive tetapi kondisinya masih baik dikembalikan ke ruang intensive intermediate. Jadi di ruang Emergency Departemen ini dilakukan skoring atas keadaan kritis pasien.*

*Di Emergency Departemen ini sebetulnya berfungsi sebagai recovery room juga intensive care juga intensive observasi yaitu observasi untuk early detection juga untuk early therapy. Kalo saya boleh bilang ini adalah tempat yang disebut holding area supaya juga mencegah kembalinya pasien ke ICU setelah mendapatkan perawatan post ICU.*

*Skoring yang digunakan adalah APACHE. Skoring ini kemudian dinilai perkembangannya. Kami bahkan membuat daftar tabel skoring pasien. Dari daftar tabel ini akan diketahui skoring berapa pasien terakhir mendapat perawatan. Apakah ada kemajuan atau mundur. Juga ketahuan skoring berapa terbanyak kasusnya lalu skoring berapa yang meninggal jadi bisa dievaluasi prestasi kinerja karena itu kami buat laporan per bulannya.*

*Kebijakan kita disini memang dibuat begitu kita menemukan pola-pola dasar agar pasien itu dapat tertangani dengan jelas. Nah kita ciptakan ROI itu, karena disitu keputusan atau penentuan kritis dibuat dengan lengkap termasuk rencana terapi difinitivenya. Kan*



*ada penyakit-penyakit yang belum jelas statusnya, maksudnya apakah ini memang perlu dirawat ICU ataukah cukup diruang intermediate atau bahkan penyakit-penyakit yang memang belum jelas diagnosisnya.*

*Jadi intensive itu di ruang ROI maupun ICU itu berfungsi sebagai case manager maksudnya kan dokter-dokter spesialis lain yang membuat terapi difinitivenya juga ikut dilibatkan untuk mengambil keputusan yang dipimpin oleh intensivis. Kalau seluruh dokter diperbolehkan membuat terapi secara bebas pasien jadi diperlakukan tidak efisien, karena pertama obatnya jadi tumpang tindih belum lagi efek dari pemberian obat yang multi terapi itu bisa menyebabkan berbagai macam persoalan baru. Tapi kalo ada case manager itu kan menjadi satu pintu dan bisa dipilih terapi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.*

*Kalau angka mortalitas itu banyak sekali pengaruhnya, kadang sekarang kasusnya memang berat, kadang-kadang juga kasusnya tidak terlalu berat. Disini kan Top Referral jadi ya .. rujukan terakhir kalo dirumah sakit lain tidak bisa ya kita disini tidak boleh menolak kan rumah sakit pendididkan tempatnya rujukan. Nah yang penting makannya adalah bagaimana menentukan inputnya itu, kalo inputnya benar baru kita lihat prosesnya terakhir bagaimana outcome nya. Kadang-kadang dirumah sakit lain begitu melihat pasien dalam keadaan emergency langsung saja dirujuk ke sini, jadi itu yang membuat angka mortalitas di rumah sakit lain bisa lebih bagus dari pada disini.*

*Kalau strategic planning itu kita memang tidak buat khusus tetapi kita telah membuat perencanaan-perencanaan untuk pendidikan dan pelatihan ya buat karyawan maupun dokter PPDS.*

*Kalo pengukuran pasien seperti itu ya .. kalo kepuasan kita tidak buatkan khusus tapi kita punya ukuran yang kita pakai APACHE. Dari ukuran ini akan kelihatan seberapa jauh prestasi kita. Kalo kita mau bandingkan dengan rumah sakit lain ya ... standar ukurannya harus disamakan dahulu. Nah mana yang lebih baik.”*

#### **7.2.3.2.2 Responden 2**

Pertanyaan yang digunakan adalah mohon dijelaskan tentang alur penerimaan pasien di ICU, kebijakan serta ukuran-ukuran yang digunakan untuk menilai kinerja tim medis di ICU ?

Jawaban yang didapatkan adalah sebagai berikut :

*“Disini ini kalau dilihat BORnya bisa sampai 200%, karena sehari ventilator itu bisa dipakai sampai 3 kali. Semua pasien yang dalam keadaan emergency baik trauma, non trauma, medis, bedah, anak dan lainnya masuk dulu kesini, kita nilai dan dilakukan observasi untuk menentukan terapi kritisnya maupun terapi definitive.*

*Bed kami disini ini 12 buah yaitu ICU 10 buah dan isolasi 2 buah. Bisa dibayangkan kalo pasien datang itu rata-rata sehari 18 orang, maka yang terjadi adalah ..... nah itu sebabnya kenapa BOR kita bisa sampai 200%.*

*Jumlah tenaga kita disini memang kurang bagaimana kita bisa menambah jumlah tenaga apabila memang belum bisa ditambahkan karena kita inikan memang RSUD dan untuk penambahannya tidak bisa langsung. Contoh saja tenaga administrasi kita belum punya tenaga administrasi khusus, jadi ya data tidak semuanya tersaji secara lengkap. Alat saja itu sejak tahun 1975, mestinya kan alat itu 5 tahun sudah harus ganti supaya hasilnya baik, tapi kita*

*mengadakan alat saja tidak sanggup. Walaupun begitu dengan alat yang ada kita bisa mengoptimalkan upaya-upaya penanganan pasien, makanya pendidikan disini selalu mengarah kepada WHY – nya jadi bukan HOW – nya saja supaya dokter-dokter spesialis itu nanti kalo ke daerah bisa mengerti penanganan pasien kritis.”*

#### **7.2.3.2.3 Responden 3**

Pertanyaan yang digunakan adalah mohon dijelaskan tentang alur penerimaan pasien di ICU, kebijakan serta ukuran-ukuran yang digunakan untuk menilai kinerja tim medis di ICU ?

Jawaban yang didapatkan adalah sebagai berikut

*“Coba deh kalau mau membandingkan dengan rumah sakit lain jangan dilihat angka mortalitasnya saja, tapi berapa skor APACHE nya yang digunakan dengan ukuran yang sama nah baru dapat dilihat perbandingannya. Skoring itu penting dengan adanya skoring kita bisa memperkirakan kondisi pasien juga sekaligus jadi ukuran ketika ditemukan angka kematian, berapa persen angka mortalitasnya dari masing-masing level.”*

#### **7.2.3.2.4 Responden 4**

Pertanyaan yang digunakan adalah mohon dijelaskan tentang alur penerimaan pasien di ICU, kebijakan serta ukuran-ukuran yang digunakan untuk menilai kinerja tim medis di ICU ?

Jawaban yang didapatkan adalah sebagai berikut

*“Kalau disini dok ... kami tim medis ini bersungguh-sungguh mengerjakan pasien, contohnya ketika ada pasien yang terus-terusan kejang dokter disini sangat serius mencari penyebab kejangnya setelah diteliti dengan lengkap ternyata ditemukan jamur yang bersarang di otak. Ini bisa diketahui karena dokternya tekun*

*sekali mencari penyebab bahkan sampai jenis atau golongan bakteri yang ada disini dipetakan menurut jumlah terbanyak, jadi dokter bisa memperkirakan kasusnya maupun obatnya yang akan lebih cocok. Bahkan setiap pasien yang panas tidak serta merta diberikan antibiotik tetapi selalu ditunggu hasil culture bakteri buat lihat jenis dan resistensinya. Jadi pasien itu akhirnya dapat terselamatkan dengan baik walaupun membutuhkan perjuangan yang cukup panjang sampai lebih kurang 6 bulan disini.*

*Kalo tentang penilaian kritis pasien kita disini menggunakan APACHE. Dari skoring ini bahkan dilihat di level berapa terbanyak mortalitynya, seperti contoh kalau APACHE nya lebih dari 35 ya ... wajar kalau pasiennya kemudian meninggal.*

#### 7.2.4 Ringkasan

Setelah melihat, melakukan observasi, diskusi kelompok maupun indepth interview serta membandingkan tempat penelitian dengan dua rumah sakit top referal di Indonesia peneliti merumuskan dalam sebuah matriks sebagai berikut :

Tabel 7.1 Matriks Perbandingan Kinerja ICU Tahun 2007  
Pada 3 Rumah Sakit Besar di Indonesia

No	Indikator	Rumah Sakit									
		RSCM		Dr. Sutomo				RSPP			
		ICU		ROI		ICU		ICU A		ICU B	
		Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai
<b>A. INDIKATOR UMUM</b>											
1	Klasifikasi ICU	√	Tertier	√	Tertier	√	Tertier	√	Tertier	√	Tertier
2	Jumlah Bed	√	13	√	12	√	15	√	14	√	8
3	BOR	√	54,18 %	√	74,49 %	√	86,37 %	√	71,64 %	√	72,59 %
4	ALOS	√	2,86 %	√	3,12 %	√	5,27 %	√	3,38 %	√	4,26 %
5	Mortalitas	√	98,16 %	√	24,73 %	√	25,12 %	√	16,40 %	√	32,89 %
6	Morbiditas	√	696	√	949	√	853	√	1006	√	374
7	Ruang Isolasi	x	Tidak ada	√	Ada	x	Tidak ada	x	Tidak ada	x	Tidak ada
8	Survey kepuasan pelanggan	x	Tidak ada	x	Tidak ada	x	Tidak ada	x	Tidak ada	x	Tidak ada

No	Indikator	Rumah Sakit									
		RSCM		Dr. Sutomo				RSPP			
		ICU		ROI		ICU		ICU A		ICU B	
		Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai
<b>B. TENAGA MEDIS DAN PARAMEDIS</b>											
9	Dokter Intensivis	√	6	√	14 (bekerja di ROI dan ICU)	√	Idem	√	1 orang untuk seluruh ICU	-	-
10	Jumlah tenaga kerja	√	Perawat berbanding pasien : Pagi = 1 : 1 Malam = 2 : 1	√	Kurang	√	Kurang	√	Perawat berbanding pasien : Pagi = 2 : 3	√	Idem
<b>C. KEBIJAKAN DI ICU</b>											
11	Captain / Case Manager	√	Intensivis	√	Intensivis	√	Intensivis	√	dokter yang merawat sebelumnya	√	dokter yang merawat sebelumnya
<b>D. PROSEDUR DI ICU</b>											
12	Klasifikasi pasien masuk	√	SAPS	√	APACHE	√	APACHE	x	Tidak ada	x	Tidak ada
13	SOP Penerimaan Pasien	√	Dokter mendatangi pasien diruangan dimana pasien mendapat penanganan pertama	√	Pasien dikonsulkan di Emergency Departemen untuk diobservasi dan diputuskan	√	ICU hanya menerima pasien yang membutuhkan prolong care, sehingga lebih	√	Ada, tetapi tidak terlaksana dengan baik, karena dokter spesialis boleh langsung merawat pasien di ICU	√	Idem

No	Indikator	Rumah Sakit									
		RSCM		Dr. Sutomo				RSPP			
		ICU		ROI		ICU		ICU A		ICU B	
		Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai	Ada/ Tidak	Nilai
					apakah dapat diterima di ICU dan penyebab kegawatan dicari		selektif dalam pemilihan kriteria kegawatan pasien.				
14	Unit Penunjang	√	Tersendiri ICU milik	√	Bergabung dengan unit penunjang rumah sakit, tetapi dapat memberikan akses yang cepat	√	Idem	√	Bergabung dengan unit penunjang rumah sakit, tetapi dapat memberikan akses yang cepat	√	Idem

Tabel 7.2 *Performa Excellence ICU*  
 Pada 3 Rumah Sakit Besar di Indonesia

No	Indikator	Rumah Sakit						
		RSCM		Dr. Sutomo		RSPP		
		ICU		ROI	ICU	ICU A		ICU B
		Ada/ Tidak	Keterangan	Ada/ Tidak	Keterangan	Ada/ Tidak	Keterangan	
1	Leadership	×	Tidak ada diklat khusus, tetapi ada rapat rutin.	×	Tidak ada diklat khusus, tetapi terdapat rapat rutin maupun rapat per kasus pasien	√	Melalui rapat rutin maupun pelatihan bagi karyawan/staf ICU.	
2	Strategic Planning	×	Tidak tersaji secara khusus	×	Tidak tersaji secara khusus	×	Tidak tersaji	
3	Focus pada pasien	√	Dokter anestesi melakukan penilaian kegawatan pasien di ruang penerimaan pasien pertama kali. Skoring yang digunakan adalah SAPS akan tetapi tidak berjalan lancar.	×	Terdapat kriteria pasien yang masuk, di evaluasi lebih lanjut berkolaborasi dengan dokter yang memberikan terapi definitive dan dilakukan komunikasi rutin dengan keluarga pasien	√	Ada, namun belum terealisasi dengan baik karena pelaksanaan SOP belum secara keseluruhan.	
4	Ukuran atau Analisa	×	Tidak tersaji	√	Dengan menghitung dan menilai skor APACHE pada saat masuk dan ketika pasien keluar dari ICU, serta menilai pada level	×	Tidak tersaji.	



No	Indikator	Rumah Sakit						
		RSCM		Dr. Sutomo		RSPP		
		ICU		ROI	ICU	ICU A		ICU B
		Ada/ Tidak	Keterangan	Ada/ Tidak	Keterangan		Ada/ Tidak	Keterangan
					skor APACHE terbanyak dalam setiap bulannya.			
5	Staffing	√	Rapat rutin dan pelatihan	√	Terdapat rapat rutin maupun penambahan pendidikan lanjutan serta workshop yang diadakan minimal setahun 2 kali.	√	Dengan membangun motivasi karyawan melalui keberhasilan penanganan pasien, serta perputaran posisi staf dari satu departemen ke departemen lain untuk menambah wawasan staf.	
6	Manajemen Proses	√	Dokter yang bertanggung jawab adalah intensivis sedangkan dokter primer memantau perkembangan pasiennya.	√	Dengan menyusun <i>policy</i> penerimaan awal pasien <i>emergency</i> pada <i>Emergency Departemen</i> dengan tujuan menyaring pasien serta melakukan penelitan atas tingkat resistensi bakteri pada golongan antibiotik.	Perlu difokuskan pada pemanfaatan tenaga intensivis atau anestesi yang ada.	Pasien diterima dari kiriman dokter yang memberikan terapi <i>definitive</i> , dokter anestesi atau intensivis bertugas sebagai konsulen pemasangan alat bantu di ICU. Terapi untuk vital function support diputuskan oleh dokter yang merawat sebelumnya.	
7	Performa Organisasi	×	Tidak tersaji	√	Yaitu terdapatnya keberhasilan-keberhasilan penanganan pasien dengan mencari penyebab utama yang membutuhkan ketekunan dan kesungguhan team medis untuk bersedia melakukannya.	√	Karena sistem adalah open model performa organisasi secara keseluruhan tidak merefleksikan strategi ICU sepenuhnya. Hal ini dapat disebabkan karena peran	

No	Indikator	Rumah Sakit					
		RSCM		Dr. Sutomo		RSPP	
		ICU		ROI	ICU	ICU A	ICU B
		Ada/ Tidak	Keterangan	Ada/ Tidak	Keterangan	Ada/ Tidak	Keterangan
							intensivis tidak seutuhnya.
8	Sistem Remunerasi	√	Gaji	√	Gaji	√	Kompensasi Jasa medis



Tabel. Hasil *FGD* dan *Indepth Interview*  
Di *RSPP*

No	Indikator	Hasil Penelitian		
		FGD	<i>Indepth Interview</i>	
1	Pemahaman tentang fasilitas ICU (diantaranya tentang jumlah bed ICU)	Kurang perlu ditingkatkan	83 %	34 %
		Cukup	0 %	66 %
		Abstain	17 %	0 %
2	Pemisahan Fungsi Ruang ICU	Perlu	83 %	83 %
		Tidak perlu	0 %	17 %
		Abstain	17 %	0 %
3	Kompetensi tenaga kerja dan efektifitasnya	Tidak ada masalah	75 %	0 %
		Kurang perlu ditingkatkan	25 %	100 %
4	Kebutuhan adanya Intensivis	Perlu ada	100 %	83 %
		Belum perlu	0 %	17 %
5	Bagaimana prosedur penerimaan pasien di ICU dan siapa yang bertanggung jawab	Diperiksa oleh intensivis sebagai penanggung jawab berkolaborasi dengan dokter primer	100 %	66 %
		Dokter primer yang merawat sebelumnya	0 %	34 %
6	Harapan Peserta	Adanya kebijakan dari manajemen untuk menerapkan prosedur yang telah ada	100 %	100 %

Dari tabel matriks terlihat bahwa keseluruhan proses pelayanan pasien dalam kaitan upaya memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien dibutuhkan kelengkapan mulai dari input, proses dan output. Tiga tahapan ini memegang peranan penting.

- **Input :**

Tahap input memegang peranan penting melalui penentuan kriteria kritis pasien karena dapat menentukan :

- Tingkat kegawatan pasien.
- Membantu memutuskan pemilihan pasien yang dapat atau perlu ditangani di ICU.
- Sebagai bahan evaluasi atas kinerja medis dengan membuat ukuran atau standar yang dapat dinilai dan dibandingkan sejak pasien masuk sampai pasien keluar dari ICU baik dalam keadaan hidup maupun meninggal.
- Input akan memberikan hasil yang baik bila merupakan hasil kolaborasi dari dokter primer dengan dokter intensivis yang berada di ICU yang bekerja sebagai satu tim secara terintegrasi sehingga keseluruhan aspek kebutuhan pasien dapat terwakili.
- Input yang baik akan menghasilkan perencanaan terapi yang jelas, terarah, efisien dan efektif.

Demikian pentingnya peran input pada penerimaan pasien di ICU RSUD Dr. Sutomo, oleh manajemen rumah sakit diciptakan sebuah unit tersendiri yang mempunyai peran melakukan observasi intensive sebagai deteksi awal dan terapi awal sebelum pasien diterima di ICU. Observasi ini menggunakan skoring yang umum diakui dan digunakan di ICU di banyak negara di dunia yaitu APACHE II. Dengan demikian perkembangan pasien dapat diikuti dengan standar yang baku dan dapat dinilai keberhasilannya. Sedangkan 2 (dua) rumah sakit lainnya belum melaksanakan proses input ini dengan baik.

Di Rumah Sakit Pusat Pertamina kegiatan pada level input sangat memungkinkan untuk dilaksanakan, meskipun belum memiliki unit tersendiri seperti Emergency Departemen (ROI) seperti di RSUD Dr. Sutomo Surabaya, RSPP telah memiliki tenaga anestesi yang handal dan mampu melakukannya.

- **Proses :**

Tata laksana pasien di ruang ICU memerlukan konsep yang jelas dan tegas karena pasien kritis tidak dapat diberikan terapi yang bersifat *general*. Setiap pasien dengan kasus kritis memiliki karakteristik penyakit yang berbeda. Sebagai contoh jenis mikroba yang menginvasi penderita dapat berasal dari berbagai golongan dan spesies. Demikian pula tingkat resistensi antibiotik setiap pasien adalah tidak sama. Termasuk adanya penyakit yang kompleks bahkan belum terdiagnosis. Dibutuhkan kesungguhan tim medis untuk menggali penyebab penyakit agar dapat memberikan terapi *supportive* dan *definitive* yang tepat.

Kebijakan manajemen rumah sakit sangat mempengaruhi seluruh proses penanganan pasien. Kebijakan ini menyangkut bukan hanya tata laksana medis pasien saja, tetapi juga staf dokter dan paramedis. Kehadiran dokter intensivis penuh waktu mutlak ada di ICU sekelas tertier. Agar dokter intensivis dapat mengabdikan penuh, perlu kiranya dipikirkan sistem renumerasi yang sesuai, dengan demikian aspirasi dokter intensivis dapat terpenuhi.

Demikian juga jumlah komposisi perawat intensive terlatih perlu dipikirkan rasionya. Tugas dan kewenangan perawat harus jelas, prosedur dapat dijalankan dengan baik, dengan demikian aktifitas di ICU dapat berjalan baik.

- **Outcome :**

Outcome yang diharapkan adalah peningkatan keberhasilan dari tahun ke tahun sesuai standar yang ditentukan. Standar ini perlu dibuat agar ada pengukuran yang jelas sebagai pedoman nilai yang diakui oleh seluruh rumah sakit dan persatuan dokter intensivis. Salah satu standar yang banyak digunakan dan diakui di dunia internasional adalah skor APACHE. Dengan adanya kesepakatan standar yang digunakan bersama, penilaian outcome akan menjadi mudah dan seragam. Bukan hanya itu, tingkat keberhasilan dapat diukur setiap saat.



## BAB VIII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1 Kesimpulan

Dari data di ICU tahun 2006 dan 2007 terlihat adanya peningkatan BOR sedangkan angka mortalitas dan morbiditas di ICU tahun 2007 masih cukup tinggi, yaitu untuk mortalitas 16,4% di ICU A, 32,89% ICU B, sedangkan untuk morbiditas adalah sebesar 1006 untuk ICU A dan 374 untuk ICU B. Besarnya angka ini dapat disebabkan karena masih bercampurnya ICU dengan ICCU dan ICU anak. Kontribusi besarnya angka morbiditas dan mortalitas dari masing-masing bagian belum dapat dipisahkan karena pendokumentasian data tersebut masih menjadi satu.

Merujuk pedoman pelayanan di ICU yang diterbitkan oleh Depkes RI (2003) dan banyak bahan literatur maupun jurnal terbitan luar negeri yang menyajikan data bahwa pemilihan model manajemen pasien di ICU apabila dibandingkan antara *model open* dengan *model close* atau *semi-close* ternyata cukup jauh berbeda. Seperti hasil penelitian oleh Alan S. Multz, Ghorra dan rekan yang menyatakan bahwa model ICU *close* atau *semi-close* mampu menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pasien di ICU dengan cukup bermakna. Untuk RSPP dengan sumber daya yang cukup besar seperti telah memiliki 1 orang tenaga intensivis dan 3 orang tenaga anestesi yang siap mengikuti pelatihan intensivis, tenaga paramedis yang telah mendapat sertifikat intensive care sebanyak 75% dan terdapat 19 macam keahlian spesialis serta kapasitas jumlah tempat tidur sebanyak 22 buah membuat ICU RSPP pantas disetarakan dengan ICU tersier. Bukan hanya itu, standar prosedur tata laksana pasien telah disusun sesuai dengan semi-close model, hanya pelaksanaannya yang belum sesuai.

Dari hasil FGD dan indepth interview didapatkan bahwa sebagian besar peserta FGD menyatakan komposisi tempat tidur ICU saat ini masih kurang dan perlu adanya pemisahan fungsi ICU seperti ICCU dan ICU anak. Sedangkan dari hasil indepth interview menyatakan sebagian besar jumlah tempat tidur ICU sudah cukup dan sebagian kecil menyatakan kurang, dengan terbanyak menyatakan perlu adanya pemisahan.

Tentang jumlah dan kompetensi tenaga kerja sebagian besar peserta FGD menyatakan jumlah tenaga kerja dan kompetensinya dinyatakan cukup, sedangkan sebagian kecil menyatakan kurang. Untuk pertanyaan ini sengaja hanya ditanyakan pada kelompok FGD dikarenakan kelompok FGD adalah personil yang bekerja di unit ICU RSPP. Sedangkan kelompok indepth interview adalah kelompok dokter spesialis yang mengirimkan pasien ke ICU, sehingga penilaian atas kebutuhan jumlah tenaga kerja di kelompok ini kurang relevansinya.

Pertanyaan selanjutnya adalah tentang siapakah yang berwenang menentukan penilaian kritis pasien yang masuk ke ICU, pada kelompok FGD seluruhnya menyatakan dokter intensivis yang berwenang sekaligus mengukuhkan perlunya kehadiran dokter intensivis tersebut di ICU. Sedangkan kelompok indepth interview sebagian besar menyatakan dokter intensivis yang berwenang, dan sebagian kecil menyatakan dokter ruangan-lah yang berwenang.

Untuk menemukan jawaban pada pertanyaan apa yang lebih baik antara open model atau close-model pada kelompok FGD peneliti menggunakan teknik bertanya melalui bagaimana penentuan pasien masuk dan siapa yang bertanggung jawab, seluruh informan FGD menyatakan dokter intensivis dalam semi-close model ICU-lah yang terbaik. Sedangkan kelompok indepth interview sebagian besar menyatakan close model atau paling tidak semi-close adalah yang lebih baik dan sebagian kecil menyatakan open model-lah yang lebih cocok. Pada jawaban responden yang sebagian kecil tersebut ketika digali tentang kompetensi dokter



yang merawat pasien kritis, keseluruhannya menjawab dokter intensivis-lah yang lebih berkompeten akan tetapi pemilihan manajemen di ICU tetap diinginkan open model dengan asumsi dokter yang merawat sejak awal lebih memahami penyakitnya.

Selanjutnya harapan dan saran untuk perbaikan ICU mendatang seluruh dari informan FGD maupun responden pada indepth interview menyatakan perlu adanya perbaikan yang didukung oleh adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit.

Dari keseluruhan hasil kegiatan penelitian ini di dapatkan kesimpulan bahwa pilihan semi-close model ICU menjadi pilihan yang paling sesuai yaitu dengan menempatkan dokter spesialis intensivis sebagai captain di ICU yang bekerja sama berkolaborasi dengan dokter spesialis yang merawat pasien tersebut sebelumnya.

Sedangkan hasil studi banding yang telah peneliti lakukan di 2 (dua) rumah sakit *top referral* didapatkan hasil indikator yang lebih rendah dari hasil di Rumah Sakit Pusat Pertamina dikarenakan sebagai rumah sakit rujukan terakhir, kondisi pasien yang dirujuk seringkali berada dalam keadaan terminal atau sangat buruk. Tentu saja kondisi ini membuat angka harapan hidup pasien menjadi lebih kecil.

Perlunya suatu nilai standar yang disepakati bersama oleh persatuan dokter intensive care sebagai tolok ukur hasil kinerja medis yang dapat dievaluasi setiap bulan atau tahun. Nilai standar ini dapat pula dijadikan sebagai target pencapaian keberhasilan suatu upaya pertolongan kritis pasien. Nilai standar dapat diambil dari nilai skor kritis pasien yang digunakan untuk menilai keadaan awal pasien sebelum pasien masuk ICU.

## 8.2 Saran – Saran

Saran yang dapat penulis sampaikan yang pertama adalah tentang pemilihan kriteria pasien yang dapat diterima di ICU. Pemilihan kriteria ini menggunakan skoring yang telah disepakati oleh persatuan dokter intensivis maupun anestesi, dimana kriteria ini akan menentukan pasien yang boleh dirawat di ICU atau tidak, karena sangat membantu memetakan prioritas tugas medis dan paramedis di ruang ICU. Bukan hanya itu klasifikasi ini juga bermanfaat untuk merencanakan terapi yang akan dibuat, menggambarkan *progress* penyakit dan *prognosis*-nya juga sebagai salah satu pedoman penentuan keberhasilan kinerja medis di ICU. Jenis skoring untuk kriteria, dipilih tergantung dari keahlian tenaga intensivis atau anestesi mengaplikasikannya, namun di banyak negara kriteria yang digunakan menggunakan skor APACHE.

Klasifikasi ini sebaiknya dibuat oleh dokter intensivis atau dokter anestesi. Setelah klasifikasi di dapatkan, dokter intensivis membentuk tim dokter sebagai tim medis yang menangani kondisi pasien. Tim ini hendaknya terdiri dari dokter intensivis sebagai *captain*, dibantu oleh dokter yang merawat pasien sebelumnya serta dokter konsulen yang dipilih sesuai dengan kebutuhan penyakit pasien. Setelah tim terbentuk, dilakukan koordinasi agar dokter intensivis dapat segera menyusun rencana perawatan yang merupakan hasil musyawarah bersama tim medis tersebut.

Dengan demikian tenaga intensivis dan tim dokter ruangan berkolaborasi bersama-sama melakukan perawatan pasien kritis dengan mengedepankan kebutuhan perawatan medis pasien. Keadaan ini sesuai dengan kode etik kedokteran internasional yang tercetus pada sidang umum ke - 3 *World Medical Association* di London Inggris pada tahun 1949 yang menyebutkan bahwa seorang dokter harus selalu menjaga standar profesional tertinggi dan tidak mengambil bagian dalam pemeliharaan kesehatan dimana dokter tidak mempunyai kebebasan profesional.

Standar operasional prosedur (SOP) tata laksana pasien di ICU sebaiknya diterapkan dengan baik, dimonitoring dan dievaluasi secara ketat. Monitoring dan evaluasi ini akan memungkinkan dilaksanakan apabila sistem di ICU mengacu pada *model close* atau *semi-close* dimana dokter intensivis bertanggung jawab penuh atas seluruh aktifitas di ICU.

Penataan ruang ICU juga turut memberikan kontribusi pada kesembuhan pasien karena mempunyai pengaruh pada kemudahan tenaga kerja melaksanakan tugasnya dan kecepatan pasien mendapatkan penanganan di ICU. Penataan kembali fungsi medis ruang ICU dirasakan sudah saatnya bila mengingat tingginya pemakaian tempat tidur di ICU dan keterbatasan tenaga paramedis yang ada saat ini. Penataan yang dimaksud ini yaitu dengan menata kembali ruang sesuai klasifikasi pasien yaitu antara ICU umum, ICCU, ICU anak dan intermediate ICU termasuk mendesain lalu lintas pekerja agar tetap lancar dan mudah mengawasi serta menjangkau pasien. Dalam beberapa literatur, diantaranya yang disampaikan oleh T E oh (2003) ICU hendaknya berdekatan dengan ruang operasi, unit gawat darurat, kamar bersalin dan ruang tindakan khusus lainnya. Sedangkan area sentral untuk memantau kondisi pasien sebaiknya cukup luas dan memiliki jendela kaca yang besar sehingga dapat mengawasi pasien dengan mudah. Penambahan ruang intermediate juga menjadi kebutuhan yang penting, terlihat dari jawaban peserta FGD yang menyatakan banyaknya pasien PTCA di rawat di ICU dan banyaknya permintaan pemakaian ICU dari dokter spesialis dengan berbagai alasan. Sedangkan untuk membuat unit seperti ruang observasi *intensive* yang terdapat di RS Dr. Sutomo Surabaya, untuk ICU RSPP saat ini menjadi kebutuhan yang sekunder bila mengingat keterbatasan luas lantai yang tersedia.

Saran yang cukup penting lainnya adalah penambahan tenaga dokter intensivis minimal 2 (dua) orang untuk mengisi kebutuhan di ICU. Intensivis akan bekerja bergantian bertanggung jawab penuh atas penanganan pasien di ICU.

Dengan adanya dokter intensivis sebagai penanggung jawab akan dapat memangkas waktu konsultasi ketika dibutuhkan keputusan yang segera. Dokter intensivis juga dapat meminta opini dan saran dari dokter spesialis lainnya sewaktu-waktu apabila dibutuhkan. Bila melihat sumber daya yang ada di RSPP, penambahan ini kiranya memungkinkan untuk dilaksanakan.

Dengan terbentuknya tim secara jelas manfaat yang didapatkan bukan hanya untuk kepentingan pasien tetapi juga tim medis. Dengan adanya tim yang tersusun dengan baik juga mampu memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya secara utuh, karena hanya dokter penanggung jawab saja yang berwenang memberikan penjelasan sehingga dapat meminimalkan potensi konflik pasien dan keluarganya yang dapat disebabkan karena kesimpangsiuran informasi medis yang mereka terima.

Tim medis yang diketuai oleh dokter intensivis akan dapat bekerja secara optimal bila telah disiapkan sistem remunerasi yang memenuhi kebutuhan aspirasi dokter. Sistem remunerasi ini akan lebih cocok bila diberikan tetap per bulan. Sedangkan sistematika distribusi kompensasi jasa medis yang selama ini sudah berjalan dapat disesuaikan dengan lebih baik lagi. Dengan demikian sistem ini dapat memberikan efisiensi biaya baik bagi pasien maupun rumah sakit. Tentu saja peran manajemen rumah sakit sangat dibutuhkan pada bagian ini.

Bila melihat besarnya fasilitas dan kesempatan yang ada di Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta, peneliti menilai sudah saatnya ICU di Rumah Sakit Pusat Pertamina mempunyai tata laksana penanganan pasien yang lebih handal, efisien, dan efektif sehingga dapat menjadi salah satu unit unggulan yang turut serta mendongkrak performa Rumah Sakit Pusat Pertamina, bahkan memungkinkan untuk menjadi salah satu kebanggaan Nasional.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Andrew D Bersten et al. 2004. *Oh's Intensive Care Manual. Fifth Edition.* London. P.4
2. Barclay. Laurie, MD. *Closed-Model Intensive Care Units May Reduce Mortality in Acute Lung Injury.* Diakses tanggal 15 Februari 2008. [Http://www.medscape.com](http://www.medscape.com)
3. Bachtiar Adang. Modul Kuliah Metodologi Penelitian Kesehatan. Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Jakarta.
4. Bartono dan Ruffino. (2007). *Cummunication Management.* Penerbit Andi. Yogyakarta.p. 43 – 63.
5. Close model : *In close model unit, patient requiring ICU admission are transeferd to the care of critical care specialist.* Diakses tanggal 17 Desember 2007. Dari : [www.academyhealth.org/syntheses/icu.htm](http://www.academyhealth.org/syntheses/icu.htm).
6. Cooper Donald R and Schindler Pamela S. 2006. *Metode Riset Bisnis. Volume I.* Edisi 9.McGraw-Hill Irwin. P. 246
7. \_\_\_\_\_, Data statistic Indonesia. *Harapan Hidup, 2000-2025.*<http://www.datastatistik-Indonesia.com>
8. Dessmon Y. H, *Intensive Care Medicine in Singapore : Challenges in a New Era.* dari : [Http://annals.edu.sg/pdf/0501/taidyh/pdf](http://annals.edu.sg/pdf/0501/taidyh/pdf). . diakses tanggal : 14 Februari 2008.
9. Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 2003 <http://www.academyhealth.org/syntheses/icu.htm>.
10. \_\_\_\_\_, Dari : <http://www.ncti.nlm.nih.gov>. diakses tanggal 12 Februari 2008.
11. \_\_\_\_\_, dari: <http://www.agimo.gov.au/publications/2004/06/toolkit/appendixa/discussion>
12. \_\_\_\_\_, *Focus Group Discussion Guide Overview.* Diakses tanggal 6 januari 2008 dari [www.agimo.gov.au/publication/2004/06/toolkit/appendixa/discussion](http://www.agimo.gov.au/publication/2004/06/toolkit/appendixa/discussion).

13. Fink Mitchell P, et all. 2005. *Critical care*. Fifth edition. Elsever Saunders. United States of America. P. 2191
14. Ghorra dan rekan, 1999. *analysis of the effect of conversion from open to closed surgical intensive care unit*. P. 172, diakses dari : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>.
15. Hanafie Achsanudin. Peranan ruang perawatan intensive (ICU) dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Disampaikan dalam Pengukuhan Guru Besar bidang anesthesiologi Fakultas Kedokteran UNSU. Desember 2007. Diakses tanggal 20 desember 2007
16. \_\_\_\_\_, Intensive Care Unit. Perhimpunan Dokter Intensive Care Indonesia. Dari <http://www.perdici.org.com>. Diakses tanggal 1 Maret 2008.
17. Ilyas Yaslis. (2004). Perencanaan SDM Rumah Sakit. Teori, metoda dan formula. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
18. Marion Verduijn, *Dichotomization of ICU length of stay based on model calibration.*, Niels Peek, Frans Voorbraak,. Evert de Jonge, Bas de Mol. 2. ICU length ..., diakses dari : [www.csd.abdn.ac.uk/aime05/presentations/](http://www.csd.abdn.ac.uk/aime05/presentations/)
19. \_\_\_\_\_, Sistem informasi rumah sakit di Indonesia, Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor : 1410/Menkes/SK/X/2003.
20. Lee, J. "Intensivist Staffing in Intensive Care Units (ICUs)," *Research Synthesis*, Academy Health, October 2002,
21. Lustbader D and Fein Alan. *Emerging trends in ICU management and staffing*. *Critical care clinic journal*. 2005. dari : <http://www.ncti.nlm.nih.gov>. diakses tanggal 12 Februari 2008.
22. Marik Paul E. 2005. *Teks Books of Critical Care*. Fifth Edition. Philadelphia..P.581
23. Muninjaya AAG. *Manajemen Kesehatan*. Edisi 2. Penerbit EGC. Jakarta. 2004. P. 18-28
24. Multz Alan S. et al. *A "closed" medical intensive care unit (MICU) improves resources utilization when compared with an "open" MICU*. Diakses tanggal 17 Desember 2007. Dari : [www.academyhealth.org/syntheses/icu.htm](http://www.academyhealth.org/syntheses/icu.htm)

25. Nursalam. 2007. Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 2. Salemba Medika. Jakarta..
26. Papadakos Peter J. & Szalados James E. 2005. *Critical Care*. The Requisites in Anesthesiology. Philadelphia.
27. Parbury Jane Stein. 2006. *Patient & Person (interpersonal skills in nursing)*. Third edition. Elsevier Australia.
28. Parsons PE MD, Jeanine MD. 2007. *Critical Care Secret*. Fourth edition. Philadelpia. P. 557-61.
29. Preidt Robert, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Amerika, 3 Oktober 2007.
30. Porter Michael E. 1994. Keunggulan Bersaing. Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul. Cetakan Pertama. Binarupa Aksara. Jakarta.
31. Republika Online. Diakses tanggal 16 Desember 2007. <http://www.republika.co.id>
32. Rothschild, Jeffrey M. *chapter 38. "closed" Intensive Care Units and Other Models of Care for Critically III Patients*. Dari : [www.ahrq.gov/Clinic/PTSAFETY/chap38.htm-32k](http://www.ahrq.gov/Clinic/PTSAFETY/chap38.htm-32k).
33. Susanto A.B. et all. (2008). *Corporate Culture A Strategic Management Approach*. First edition. The Jakarta Consulting Group.
34. Teik E Oh et al. 2006. *Oh's Intensive Care Manual. Fifth Edition*. London. P.2
35. Tommy. Falsafah dan Tujuan ROI. RSUD Dr. Sutomo. 2008.
36. Tregiari et al. *effect of Intensive care unit organizational model and structure on outcomes in patients with acute lung injury. Amarican journal of respiratory and critical care medicine*. Diakses tanggal 20 desember 2007. Dari : <http://ajrcm.atsjournals.org/ctgi/content.2007>.
37. Wellington Patricia. (1998). *Kaizen Strategies for Customer Care*. Interaksara.
38. Wijono Djoko. 1999. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan (teori, Strategi dan Aplikasi). Vol. 1. Airlangga University Press.

## Lampiran 1.

### Pedoman Pertanyaan FGD

1. Bagaimana pendapat peserta FGD untuk komposisi bed ICU di RSPP saat ini (22 bed) dan bagaimana dengan pemisahan ruang ICCU, ICU umum dan ICU anak ?
2. Bagaimana jumlah dan kompetensi tenaga kerja serta lalu lintas pekerjajanya di ruang ICU ?
3. Bagaimana kehadiran intensivis saat ini apakah dirasakan sudah saatnya ?
4. Bagaimana dengan klasifikasi penyakit pasien dan bagaimana penentuan pasien masuk ICU siapakah sebaiknya yang bertanggung jawab ?
5. Untuk pertanyaan 5 tentang apa saran peserta FDG untuk perbaikan di ICU ?



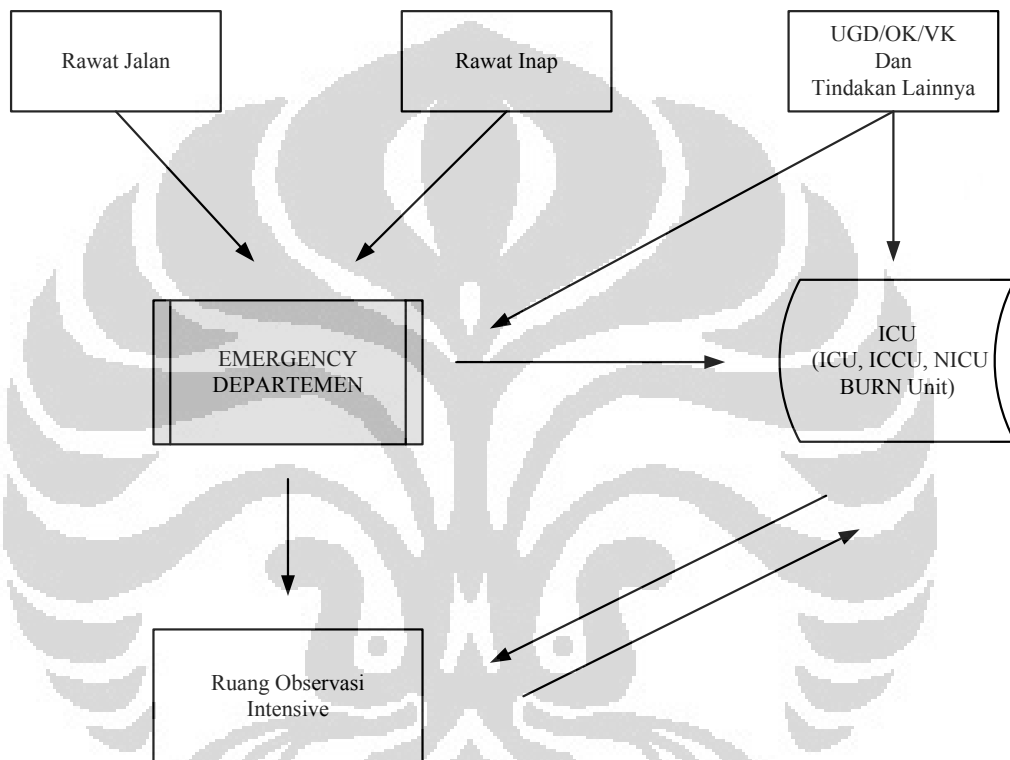
## Lampiran 2.

### Pedoman Pertanyaan Indepth Interview

1. Menurut dokter apakah jumlah bed ICU di RSPP saat ini sudah mencukupi atau perlu ditambah atau dikurangi ?
2. Menurut dokter bagaimana kondisi fisik ruang ICU RSPP saat ini ? apakah perlu untuk dilakukan pemisahan antara jantung, ICU anak dan ICU umum ?
3. Bagaimana menentukan kriteria kritis untuk pasien yang membutuhkan perawatan intensif ?
4. Menurut dokter bagaimana sebaiknya sistem rujukan pasien ke Instalasi Intensive Care berjalan ?
5. Untuk ICU RSPP apakah sudah seharusnya memiliki tenaga intensivis sebagai salah satu bentuk close atau semiclose model ICU ?
6. Apa harapan dokter akan kualitas ICU RSPP saat ini dan di masa mendatang ?

### Lampiran 3.

#### ALUR PENERIMAAN PASIEN DI ICU DR. SUTOMO



Sumber : wawancara dengan Wakil Direktur Medis RS Dr. Sutomo tahun 2008

## Lampiran 4.

### FALSAFAH & TUJUAN ROI (Ruang Observasi Intensive)

#### RS Dr. SUTOMO SURABAYA

##### - PRINSIP

###### a. Etika Kedokteran

- Berdasarkan falsafah dasar saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan penderita, maka segala kegiatan di ROI bertujuan dan berorientasi untuk dapat secara maksimal menjamin kesembuhan pasien.

###### b. Indikasi yang Benar

- Pasien yang dirawat di ROI adalah mereka yang menderita kegagalan organ (alat tubuh ganda) pada tahapan yang mengancam jiwa pasien.

###### c. Kerjasama Inter Disiplin dalam Masalah Medik Kompleks (MODS-Multiple Organ Dysfunction Syndrome)

- Berlandaskan keadaan tersebut maka pendekatan dasar pengelolaan pasien ROI adalah pendekatan inter disiplin (multidisiplin) dengan tiap-tiap disiplin memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya & bekerja sama dalam tim.

###### d. Kebutuhan Pelayanan Kesehatan Pasien

- Kebutuhan pelayanan pasien ROI adalah diagnosa definitif dan terapi definitif untuk penyakit khusus yang dideritanya ditambah dengan *Life Support* (bantuan hidup) untuk fungsi-fungsi vital *Airway* (jalan nafas) *Breathing* (fungsi pernafasan) *Circulation* (fungsi sirkulasi) & *Brain* (fungsi otak).

###### e. Pembagian Peran Koordinasi & Integrasi dalam Teamwork

- Dengan mengingat keadaan pasien tersebut maka pembagian kerja tim interdisiplin adalah :
  - Untuk diagnosa dan terapi definitif dari kelainan khusus pasien dilakukan oleh staf dari SMF terkait.

- Untuk Life Support dilakukan oleh Staf SMF Anestesi & Reanimasi bertugas melakukan koordinasi profesional pada upaya-upaya medik dari Staf SMF lain.

**f. Hak, Kewajiban Dokter**

- Setiap Staf dapat memasukkan pasien ke ROI sesuai dengan PROTAP indikasi masuk ROI yang telah dibuat bersama serta berkewajiban untuk tetap menindaklanjuti pasien tersebut.

**g. Sistem Manajemen Peningkatan Mutu Terpadu (SMPMT)**

- Agar dapat tercapai koordinasi & peningkatan mutu pelayanan di ROI setiap SMF diharapkan mempunyai konsultan tetap anggota-anggota konsultan tetap tersebut akan bersama-sama duduk dalam tim peningkatan mutu ROI yang tugas utamanya memberi masukan & bekerja sama dengan Staf Struktural ROI untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan ROI.

**h. Kemitraan Profesi, Utamanya Profesi Keperawatan**

- Kegiatan pelayanan pasien di ROI disamping multi/inter disiplin juga multi/inter profesi yaitu disamping profesi medik juga profesi perawat & profesi lain agar dicapai hasil maksimal maka perlu ditingkatkan mutu SDM secara berkelanjutan yang menyeluruh mencakup semua kelompok profesi tersebut.

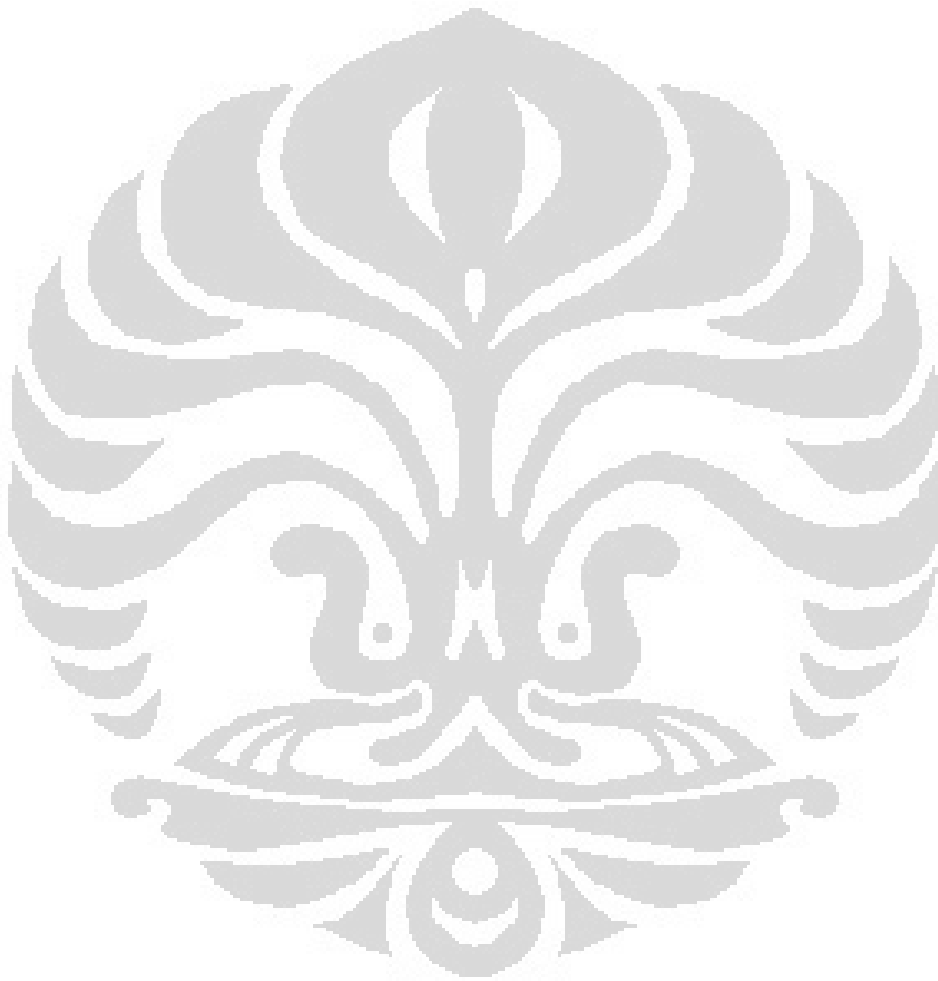
**i. Efficacy, Safety & Economy**

- ROI adalah unit pelayanan yang mempunyai ciri, biaya tinggi, teknologi tinggi, beresiko tinggi, Multi disiplin & Multi profesi maka berdasarkan Azas *Efficacy (efektivitas)*, *Safety (keselamatan)* & *Economy (kehematan)* bentuk instalasi ROI adalah General ROI (ROI umum).

**j. Kestinambungan Pelayanan (Continuing Care)**

- Untuk efektivitas, keselamatan & kehematan pelayanan ROI perlu dikembangkan unit pelayanan tingkat UPTT (*high care unit*) yang fungsi utamanya menjadi unit pelayanan lanjutan pasca ROI, sebelum pasien di pindah ke unit pelayanan dasar (*self/low care*

*unit*). Di UPTT tidak diperlukan peralatan canggih seperti ROI, yang diperlukan utamanya adalah kewaspadaan yang lebih tinggi. UPTT juga dapat digunakan untuk pelayanan pasien gawat yang indikasi pelayanan belum perlu di ROI.



## Lampiran 5

Contoh Penilaian APACHE untuk pasien masuk ke ICU

Pasien	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29-32	33-35	> 35
Pasien Masuk										
Pasien Meninggal										
TOTAL										