



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1778/MENKES/SK/XII/2010

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)* DI
RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk memenuhi kebutuhan pelayanan observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia, diperlukan *Intensive Care Unit (ICU)* yang perlu didukung kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik;
- b. bahwa dalam rangka menyelenggarakan pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* efektif dan efisien serta pelayanan yang berkualitas dan mengedepankan keselamatan pasien di rumah sakit perlu disusun suatu pedoman;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* di Rumah Sakit;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);



5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
7. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Kementerian Negara serta Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 834/MENKES/SK/VII/2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *High Care Unit* (HCU) Di Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

- KESATU : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)* DI RUMAH SAKIT.
- KEDUA : Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi rumah sakit dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)*.



- KEEMPAT : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota bersama organisasi profesi terkait melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Keputusan ini.
- KELIMA : Pada saat Keputusan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1203/Menkes/SK/XII/2008 tentang Standar Pelayanan ICU dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 13 Desember 2010



MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH



Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1778/MENKES/SK/XII/2010
Tanggal : 13 Desember 2010

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN INTENSIVE CARE UNIT (ICU) DI RUMAH SAKIT

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.

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

Evolusi ICU bermula dari timbulnya wabah poliomyelitis di Scandinavia pada sekitar awal tahun 1950, dijumpai banyak kematian yang disebabkan oleh kelumpuhan otot-otot pernapasan. Dokter spesialis anesthesiologi dipelopori oleh *Bjørn Ibsen* pada waktu itu, melakukan intubasi dan memberikan bantuan napas secara manual mirip yang dilakukan selama anestesi. Dengan bantuan para mahasiswa kedokteran dan sekelompok sukarelawan mereka mempertahankan nyawa pasien poliomyelitis bulbar dan bahkan menurunkan mortalitas menjadi sebanyak 40%, dibandingkan dengan cara sebelumnya yakni penggunaan *iron lung* yang mortalitasnya sebesar 90%. Pada tahun 1852 Engstrom membuat ventilasi mekanik bertekanan positif yang ternyata sangat efektif untuk memberi pernapasan jangka panjang. Sejak saat itulah ICU dengan perawatan pernapasan mulai terbentuk dan tersebar luas.

Pada saat ini, ICU modern tidak terbatas menangani pasien pasca bedah atau ventilasi mekanis saja, namun telah menjadi cabang ilmu sendiri yaitu *intensive care medicine*. Ruang lingkup pelayanannya meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, ginjal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pasien anak.

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



ICU. Oleh karena itu, mengingat diperlukannya tenaga-tenaga khusus, terbatasnya sarana dan prasarana, serta mahalnnya peralatan, maka demi efisiensi, keberadaan ICU perlu dikonsentrasikan.

B. TUJUAN

1. Memberikan acuan pelaksanaan pelayanan ICU di rumah sakit.
2. Meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien ICU di rumah sakit.
3. Menjadi acuan pengembangan pelayanan ICU di rumah sakit.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN ICU

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU adalah sebagai berikut:

1. diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari;
2. memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar;
3. pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik; dan
4. memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain.

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

1. Pengelolaan pasien langsung

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

2. Administrasi unit

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

3. Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

ICU melakukan pendidikan dan pelatihan kepada tenaga medis dan non-medis mengenai hal-hal yang terkait dengan ICU.

Pelatihan ICU untuk kepala ICU terdiri dari:

- a. pelatihan pemantauan (monitoring);
- b. pelatihan ventilasi mekanis;
- c. pelatihan terapi cairan, elektrolit, dan asam-basa;
- d. pelatihan penatalaksanaan infeksi; dan
- e. pelatihan manajemen ICU.

ICU juga merupakan tempat penelitian.



D. SASARAN

1. Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota
2. Direktur Rumah Sakit Kelas A, B dan C
3. Instalasi rawat intensif/ICU
4. Tenaga medis.
5. Tenaga kesehatan lainnya.

II. PELAYANAN ICU DI RUMAH SAKIT

A. FALSAFAH

1. Etika kedokteran
Berdasarkan falsafah dasar “saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, tidak merugikan pasien dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kondisi kesehatan pasien”.
2. Indikasi yang benar
Pasien yang dirawat di ICU adalah:
 - a. Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim *intensive care*.
 - b. Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan metode terapi titrasi.
 - c. Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.
3. Kerja sama multidisipliner dalam masalah medik kompleks
Dasar pengelolaan pasien ICU adalah pendekatan multidisiplin tenaga kesehatan dari beberapa disiplin ilmu terkait yang dapat memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan bekerja sama di dalam tim yang dipimpin oleh seorang dokter intensivis sebagai ketua tim.
4. Kebutuhan pelayanan kesehatan pasien
Kebutuhan pasien ICU adalah tindakan resusitasi yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi-fungsi vital seperti *Airway* (fungsi jalan napas), *Breathing* (fungsi pernapasan), *Circulation* (fungsi sirkulasi), *Brain* (fungsi otak) dan fungsi organ lain, dilanjutkan dengan diagnosis dan terapi definitif.
5. Peran koordinasi dan integrasi dalam kerja sama tim
Dengan mengingat keadaan pasien seperti yang tersebut pada butir 2 dan 4 di atas, maka sistem kerja tim multidisiplin adalah sebagai berikut:
 - a. Sebelum masuk ICU, dokter yang merawat pasien melakukan evaluasi pasien sesuai bidangnya dan memberi pandangan atau usulan terapi.
 - b. Kepala ICU melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya.
 - c. Kepala ICU berkonsultasi pada konsultan lain dengan mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim.



6. Asas prioritas
Setiap dokter dapat memasukkan pasien ke ICU sesuai dengan indikasi masuk ke ICU yang benar. Karena keterbatasan jumlah tempat tidur ICU, maka berlaku asas prioritas dan indikasi masuk.
7. Sistem manajemen peningkatan mutu terpadu
Demi tercapainya koordinasi dan peningkatan mutu pelayanan di ICU, diperlukan tim kendali mutu yang anggotanya terdiri dari beberapa disiplin ilmu, dengan tugas utamanya memberi masukan dan bekerja sama dengan staf struktural ICU untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan ICU.
8. Kemitraan profesi
Kegiatan pelayanan pasien di ICU di samping multi disiplin juga antar profesi, yaitu profesi medik, profesi perawat dan profesi lain. Agar dicapai hasil optimal maka perlu peningkatan mutu SDM secara berkelanjutan, menyeluruh dan mencakup semua profesi.
9. Efektivitas, keselamatan dan ekonomis
Unit pelayanan ICU mempunyai ciri biaya tinggi, teknologi tinggi, multi disiplin dan multi profesi berdasarkan asas efektivitas, keselamatan dan ekonomis.
10. Kontinuitas pelayanan
Untuk efektivitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan ICU, maka perlu dikembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (*High Care Unit = HCU*). Fungsi utama HCU adalah menjadi unit perawatan-antara dari bangsal rawat dan ICU. Di HCU, tidak diperlukan peralatan canggih seperti ICU tetapi yang diperlukan adalah kewaspadaan dan pemantauan yang lebih tinggi.

B. INDIKASI MASUK DAN KELUAR ICU

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

1. pasien-pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan dokter, perawat, profesi lain yang terkait secara terkoordinasi dan berkelanjutan, serta memerlukan perhatian yang teliti, agar dapat dilakukan pengawasan yang ketat dan terus menerus serta terapi titrasi;
2. pasien-pasien yang dalam bahaya mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan.

Sebelum pasien dimasukkan ke ICU, pasien dan/atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di ICU, serta tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di ICU. Penjelasan tersebut diberikan oleh Kepala ICU atau dokter yang bertugas. Atas penjelasan tersebut pasien dan/atau keluarganya dapat menerima/menyatakan persetujuan untuk dirawat di ICU. Persetujuan dinyatakan dengan menandatangani formulir *informed consent*. Contoh formulir *informed consent* sebagaimana tercantum dalam Formulir 1 Keputusan Menteri ini.



Pada keadaan sarana dan prasarana ICU yang terbatas pada suatu rumah sakit, diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas apabila kebutuhan atau permintaan akan pelayanan ICU lebih tinggi daripada kemampuan pelayanan yang dapat diberikan. Kepala ICU bertanggung jawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien di ICU. Bila kebutuhan masuk ICU melebihi tempat tidur yang tersedia, Kepala ICU menentukan berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat di ICU. Prosedur untuk melaksanakan kebijakan ini harus dijelaskan secara rinci untuk tiap ICU.

1. Kriteria masuk

ICU memberikan pelayanan antara lain pemantauan yang canggih dan terapi yang intensif. Dalam keadaan penggunaan tempat tidur yang tinggi, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas 1) didahulukan dibandingkan pasien yang memerlukan pemantauan intensif (prioritas 3). Penilaian objektif atas beratnya penyakit dan prognosis hendaknya digunakan untuk menentukan prioritas masuk ke ICU.

a. Pasien prioritas 1 (satu)

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

b. Pasien prioritas 2 (dua)

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

c. Pasien prioritas 3 (tiga)

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

d. Pengecualian

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



- 1) Pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi “perawatan yang aman” saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah “DNR (*Do Not Resuscitate*)”. Sebenarnya pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di ICU untuk meningkatkan kemungkinan survivalnya.
 - 2) Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.
 - 3) Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak. Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU untuk menunjang fungsi organ hanya untuk kepentingan donor organ.
2. Kriteria keluar
- Prioritas pasien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan tim yang merawat pasien.
3. Pengkajian ulang kerja
- Setiap ICU hendaknya membuat peraturan dan prosedur-prosedur masuk dan keluar, standar perawatan pasien, dan kriteria *outcome* yang spesifik. Kelengkapan-kelengkapan ini hendaknya dibuat oleh tim ICU di bawah supervisi komite medik, dan hendaknya dikaji ulang dan diperbaiki seperlunya berdasarkan keluaran pasien (*outcome*) dan pengukuran kinerja yang lain. Kepatuhan terhadap ketentuan masuk dan keluar harus dipantau oleh komite medik.

C. KLASIFIKASI PELAYANAN ICU DI RUMAH SAKIT

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

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

Klasifikasi ditentukan oleh ketenagaan, sarana dan prasarana, peralatan dan kemampuan pelayanan.

1. Ketenagaan

Pasien sakit kritis membutuhkan pemantauan dan tunjangan hidup khusus yang harus dilakukan oleh suatu tim, termasuk diantaranya dokter yang mempunyai dasar pengetahuan, keterampilan teknis, komitmen waktu, dan secara fisik selalu berada di tempat untuk melakukan perawatan titrasi dan berkelanjutan. Perawatan ini harus berkelanjutan dan bersifat proaktif, yang menjamin pasien dikelola dengan cara aman, manusiawi, dan efektif dengan menggunakan sumber daya yang ada, sedemikian rupa sehingga memberikan kualitas pelayanan yang tinggi dan hasil optimal.

Kualifikasi tenaga kesehatan yang bekerja di ICU harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai dan mempunyai komitmen terhadap waktu. Uraian kualifikasi ketenagaan berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU seperti terlihat pada tabel 1 di bawah ini.

Tabel 1. Ketenagaan ICU

No	Jenis Tenaga	Strata/Klasifikasi Pelayanan		
		Primer	Sekunder	Tersier
1.	Kepala ICU	-Dokter spesialis anesthesiologi - dokter spesialis lain yang terlatih ICU (jika belum ada dokter spesialis anesthesiologi)	Dokter intensivis Dokter spesialis anesthesiologi (jika belum ada dokter intensivis)	Dokter intensivis
2.	Tim Medis	- Dokter spesialis sebagai konsultan (yang dapat dihubungi setiap diperlukan) -dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	-Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan) -dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS	Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan) -dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS
3.	Perawat	Perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	Minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU	Minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU
4.	Tenaga non kesehatan	▪ 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 kefarmasian ▪ Tenaga pekarya ▪ Tenaga kebersihan ▪ Tenaga rekam medik ▪ Tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian



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

- a. Terdidik dan bersertifikat sebagai seorang spesialis *intensive care medicine* (KIC, Konsultan Intensive Care) melalui program pelatihan dan pendidikan yang diakui oleh perhimpunan profesi yang terkait.
- b. Menunjang kualitas pelayanan di ICU dan menggunakan sumber daya ICU secara efisien.
- c. Mendarmabaktikan lebih dari 50% waktu profesinya dalam pelayanan ICU.
- d. Bersedia berpartisipasi dalam suatu unit yang memberikan pelayanan 24 jam/hari, 7 hari/seminggu.
- e. Mampu melakukan prosedur *critical care*, antara lain :
 - 1) sampel darah arteri.
 - 2) Memasang Mempertahankan jalan napas termasuk intubasi tracheal, tracheostomy perkutan, dan ventilasi mekanis.
 - 3) Mengambil kateter intravaskuler untuk monitoring invasif maupun terapi invasif (misalnya; *Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)*) dan peralatan monitoring, termasuk:
 - a) Kateter arteri.
 - b) Kateter vena perifer.
 - c) Kateter vena sentral (CVP).
 - d) Kateter arteri pulmonalis.
 - 4) Pemasangan kabel pacu jantung *transvenous temporer*.
 - 5) Melakukan diagnostik non-invasif fungsi kardiovaskuler dengan echokardiografi .
 - 6) Resusitasi jantung paru.
 - 7) Pipa thoracostomy.
- f. Melaksanakan dua peran utama:
 - 1) Pengelolaan pasien

Mampu berperan sebagai pemimpin tim dalam memberikan pelayanan di ICU, menggabungkan dan melakukan titrasi layanan pada pasien berpenyakit kompleks atau cedera termasuk gagal organ multi-sistem. Dalam mengelola pasien, dokter intensivis dapat mengelola sendiri atau berkolaborasi dengan dokter lain.

Seorang dokter intensivis mampu mengelola pasien sakit kritis dalam kondisi seperti :

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

Dokter intensivis berpartisipasi aktif dalam aktivitas-aktivitas manajemen unit yang diperlukan untuk memberi pelayanan-pelayanan ICU yang efisien, tepat waktu dan konsisiten. Aktivitas-aktivitas tersebut meliputi antara lain :

 - a) *Triage*, alokasi tempat tidur dan rencana pengeluaran pasien
 - b) Supervisi terhadap pelaksanaan kebijakan-kebijakan unit.



- c) Partisipasi pada kegiatan-kegiatan perbaikan kualitas yang berkelanjutan termasuk supervisi koleksi data
 - d) Berinteraksi seperlunya dengan bagian-bagian lain untuk menjamin kelancaran pelayanan di ICU
- Untuk keperluan ini, dokter intensivis secara fisik harus berada di ICU atau rumah sakit dan bebas dari tugas-tugas lainnya.
- g. Mempertahankan pendidikan yang berkelanjutan tentang *critical care medicine*:
 - 1) selalu mengikuti perkembangan mutakhir dengan membaca literatur kedokteran.
 - 2) berpartisipasi dalam program-program pendidikan kedokteran berkelanjutan.
 - 3) menguasai standar-standar untuk unit *critical care* dan *standard of care* di *critical care*.
 - h. Ada dan bersedia untuk berpartisipasi pada kegiatan-kegiatan perbaikan kualitas interdisipliner.

ICU harus memiliki jumlah perawat yang cukup dan sebagian besar terlatih. (diganti) menjadi : Jumlah perawat pada ICU ditentukan berdasarkan jumlah tempat tidur dan ketersediaan ventilasi mekanik. Perbandingan perawat : pasien yang menggunakan ventilasi mekanik adalah 1:1, sedangkan perbandingan perawat : pasien yang tidak menggunakan ventilasi mekanik adalah 1:2.

2. Sarana dan Prasarana

a. Lokasi

Dianjurkan satu komplek dengan kamar bedah dan kamar pulih, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke Unit Gawat Darurat, laboratorium dan radiologi.

b. Desain

Pelayanan ICU yang memadai ditentukan berdasarkan disain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat. Disain berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU dapat dilihat pada tabel 2.

Ketentuan bangunan ICU adalah sebagai berikut :

- 1) Terisolasi
- 2) Mempunyai standar tertentu terhadap :
 - a) Bahaya api
 - b) Ventilasi
 - c) AC
 - d) *Exhaust fan*
 - e) Pipa air
 - f) Komunikasi
 - g) Bakteriologis
 - h) Kabel monitor
- 3) Lantai mudah dibersihkan, keras dan rata.

Ruangan ICU dibagi menjadi beberapa area yang terdiri dari :

- 1) Area pasien :
 - a) Unit terbuka 12 – 16 m² / tempat tidur.
 - b) Unit tertutup 16 – 20 m² / tempat tidur.
 - c) Jarak antara tempat tidur : 2 m.
 - d) Unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur.
 - e) Unit tertutup 1 ruangan 1 tempat tidur cuci tangan.



- f) Harus ada sejumlah *outlet* yang cukup sesuai dengan level ICU. ICU tersier paling sedikit 3 outlet udara-tekan, dan 3 pompa isap dan minimal 16 stop kontak untuk tiap tempat tidur.
 - g) Pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi klinis dengan lampu TL day light 10 watt/m². Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain dari unit juga memperhatikan privasi pasien.
- 2) Area kerja meliputi :
- a) Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien.
 - b) Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan penyimpanan obat dan alat (termasuk lemari pendingin).
 - c) Ruang yang cukup untuk mesin *X-Ray mobile* dan dilengkapi dengan *viewer*.
 - d) Ruang untuk telepon dan sistem komunikasi lain, komputer dan koleksi data, juga tempat untuk penyimpanan alat tulis dan terdapat ruang yang cukup resepsionis dan petugas administrasi.
- 3) Lingkungan
- Mempunyai pendingin ruangan/AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu 22-- 25°C kelembaban 50 – 70%.
- 4) Ruang Isolasi
- Dilengkapi dengan tempat cuci tangan dan tempat ganti pakaian sendiri.
- 5) Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih
- Untuk menyimpan monitor, ventilasi mekanik, pompa infus dan pompa *syringe*, peralatan dialisis, alat-alat sekali pakai, cairan, penggantung infus, troli, penghangat darah, alat isap, linen dan tempat penyimpanan barang dan alat bersih.
- 6) Ruang tempat pembuangan alat / bahan kotor
- Ruang untuk membersihkan alat-alat, pemeriksaan urine, pengosongan dan pembersihan pispot dan botol urine. Desain unit menjamin tidak ada kontaminasi.
- 7) Ruang perawat
- Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh perawat yang bertugas dan pimpinannya.
- 8) Ruang staf dokter
- Tempat kegiatan organisasi dan administrasi termasuk kantor Kepala bagian dan staf, dan kepustakaan.
- 9) Ruang tunggu keluarga pasien
- 10) Laboratorium
- Harus dipertimbangkan pada unit yang tidak mengandalkan pelayanan terpusat.

Tabel 2. Disain berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU.

DISAIN	ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
Area Pasien : Unit terbuka 12–16 m ²	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur
Unit tertutup 16-20 m ²	1 tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur
Outlet oksigen Vakum Stop kontak	1 - 2 / tempat tidur	2 1 2 / tempat tidur	3 / tempat tidur 3 / tempat tidur 16/ tempat tidur
Area kerja :			
Lingkungan	Air Conditioned	Air Conditioned	Air Conditioned
Suhu	23-25 °C	23-25 °C	23-25 °C
Humiditas	50 – 70 %	50 – 70 %	50 – 70 %
Ruang isolasi	-	+	+
Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih	-	+	+
Ruang tempat buang kotoran	-	+	+
Ruang perawat	+	+	+
Ruang staf dokter	-	+	+
Ruang tunggu keluarga pasien	-	+	+
Laboratorium	Terpusat	24 jam	24 jam

3. Peralatan

Peralatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas sangat membantu kelancaran pelayanan. Uraian peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU dapat dilihat pada tabel 3. Berikut ini adalah ketentuan umum mengenai peralatan :

- a. Jumlah dan macam peralatan bervariasi tergantung tipe, ukuran dan fungsi ICU dan harus sesuai dengan beban kerja ICU, disesuaikan dengan standar yang berlaku.
- b. Terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat.
- c. Peralatan dasar meliputi:
 - 1) Ventilasi mekanik.
 - 2) Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas.
 - 3) Alat hisap.
 - 4) Peralatan akses vaskuler.
 - 5) Peralatan monitor invasif dan non-invasif.
 - 6) Defibrilator dan alat pacu jantung.
 - 7) Alat pengatur suhu pasien.
 - 8) Peralatan drain thorax.
 - 9) Pompa infus dan pompa syringe.
 - 10) Peralatan portable untuk transportasi.
 - 11) Tempat tidur khusus.
 - 12) Lampu untuk tindakan.
 - 13) *Continous Renal Replacement Therapy*.
- d. Peralatan lain (seperti peralatan hemodialisa dan lain-lain) untuk prosedur diagnostik dan atau terapi khusus hendaknya tersedia bila secara klinis ada indikasi dan untuk mendukung fungsi ICU.
- e. Protokol dan pelatihan kerja untuk staf medik dan para medik perlu tersedia untuk penggunaan alat-alat termasuk langkah-langkah untuk mengatasi apabila terjadi malfungsi.

Tabel 3. Peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU.

Peralatan	ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
Ventilasi mekanik	Sederhana	Canggih	Canggih
Alat hisap	+	+	+
Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas	+	+	+
Peralatan akses vaskuler	+	+	+
Peralatan monitor :			
■ Invasif : - Monitor tekanan darah invasif - Tekanan vena sentral - Tekanan baji a. Pulmonalis (Swan Ganz)	- + -	+ + -	+ + +



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Peralatan	ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
▪ Non invasif : - Tekanan darah - EKG dan laju jantung - Saturasi oksigen (<i>pulse oxymeter</i>) - Kapnograf	+ + + -	+ + + +	+ + + +
Suhu	+	+	+
EEG	-	+	+
Defibrilator dan alat pacu jantung	+	+	+
Alat pengatur suhu pasien	+	+	+
Peralatan drain toraks	+	+	+
Pompa infus dan pompa <i>syringe</i>	-	+	+
<i>Bronchoscopy</i>	-	+	+
Echokardiografi	-	+	+
Peralatan portable untuk transportasi	+	+	+
Tempat tidur khusus	+	+	+
Lampu untuk tindakan	+	+	+
Hemodialisis	-	+	+
CRRT	-	+	+

Peralatan Monitoring (termasuk peralatan *portable* yang digunakan untuk transportasi pasien)

- Tanda bahaya kegagalan pasokan gas.
- Tanda bahaya kegagalan pasokan oksigen.
Alat yang secara otomatis teraktifasi untuk memonitor penurunan tekanan pasokan oksigen, yang selalu terpasang di ventilasi mekanik.
- Pemantauan konsentrasi oksigen.
Diperlukan untuk mengukur konsentrasi oksigen yang dikeluarkan oleh ventilasi mekanik atau sistem pernafasan.
- Tanda bahaya kegagalan ventilasi mekanik atau diskonsentrasi sistim pernafasan.
Pada penggunaan ventilasi mekanik otomatis, harus ada alat yang dapat segera mendeteksi kegagalan sistim pernafasan atau ventilasi mekanik secara terus menerus.
- Volume dan tekanan ventilasi mekanik.
Volume yang keluar dari ventilasi mekanik harus terpantau. Tekanan jalan nafas dan tekanan sirkuit pernafasan harus terpantau terus menerus dan dapat mendeteksi tekanan yang berlebihan.
- Suhu alat pelembab (*humidifier*)
Ada tanda bahaya bila terjadi peningkatan suhu udara inspirasi.

- g. Elektrokardiograf
Terpasang pada setiap pasien dan dipantau terus menerus.
- h. *Pulse oxymeter*.
Harus tersedia untuk setiap pasien di ICU.
- i. Emboli udara
Apabila pasien sedang menjalani hemodialisis, plasmaferesis, atau alat perfusi, harus ada pemantauan untuk emboli udara.
- j. Bila ada indikasi klinis harus tersedia peralatan untuk mengukur variabel fisiologis lain seperti tekanan intra arterial dan tekanan arteri pulmonalis, curah jantung, tekanan inspirasi dan aliran jalan nafas, tekanan intrakranial, suhu, transmisi neuromuskular, kadar CO₂ ekspirasi.

4. Kemampuan Pelayanan

Tabel 4. Kemampuan Pelayanan

No	Kemampuan Pelayanan		
	Primer	Sekunder	Tersier
1.	Resusitasi jantung paru.	Resusitasi jantung paru.	Resusitasi jantung paru.
2.	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik.	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik.	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik.
3.	Terapi oksigen.	Terapi oksigen.	Terapi oksigen.
4.	Pemasangan kateter vena sentral.	Pemasangan kateter vena sentral dan arteri.	Pemasangan kateter vena sentral, arteri, Swan Ganz dan ICP monitor.
5.	Pemantauan EKG, puls-oksimetri dan tekanan darah non invasif.	Pemantauan EKG, puls-oksimetri, tekanan darah non invasif dan invasif.	Pemantauan EKG, puls-oksimetri, tekanan darah non invasif dan invasif, Swan Ganz dan ICP serta ECHO Monitor.
6.	Pelaksanaan terapi secara titrasi.	Pelaksanaan terapi secara titrasi.	Pelaksanaan terapi secara titrasi.
7.	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral.	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral.	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral.
8.	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh.	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh.	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh.
9.	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat.	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat.	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat.
10.	Kemampuan melakukan fisioterapi dada.	melakukan fisioterapi dada.	melakukan fisioterapi dada.
12.	-	melakukan prosedur isolasi.	melakukan prosedur isolasi.
13.	-	melakukan hemodialisis intermiten dan kontinyu.	melakukan hemodialisis intermiten dan kontinyu.



III. PENCATATAN DAN PELAPORAN

Catatan ICU diverifikasi dan ditandatangani oleh dokter yang melakukan pelayanan di ICU dan bertanggung jawab atas semua yang dicatat tersebut.

Pencatatan menggunakan status khusus ICU yang meliputi pencatatan lengkap terhadap diagnosis yang menyebabkan dirawat di ICU, data tanda vital, pemantauan fungsi organ khusus (jantung, paru, ginjal, dan sebagainya) secara berkala, jenis dan jumlah asupan nutrisi dan cairan, catatan pemberian obat, serta jumlah cairan tubuh yang keluar dari pasien.

Pelaporan pelayanan ICU terdiri dari jenis indikasi pasien masuk serta jumlahnya, sistem skoring prognosis, penggunaan alat bantu (ventilasi mekanis, hemodialisis, dan sebagainya), lama rawat, dan keluaran (hidup atau meninggal) dari ICU.

IV. MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan guna mewujudkan pelayanan ICU yang aman, bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien. Monitoring dan evaluasi dimaksud harus ditindaklanjuti untuk menentukan faktor-faktor yang potensial berpengaruh agar dapat diupayakan penyelesaian yang efektif. Indikator pelayanan ICU yang digunakan adalah sistem skoring prognosis dan keluaran dari ICU. Sistem skoring prognosis dibuat dalam 24 jam pasien masuk ke ICU. Contoh sistem skoring prognosis yang dapat digunakan adalah APACHE II, SAPS II, dan MODS. Rerata nilai skoring prognosis dalam periode tertentu dibandingkan dengan keluaran aktualnya. Pencapaian yang diharapkan adalah angka mortalitas yang sama atau lebih rendah dari angka mortalitas terhadap rerata nilai skoring prognosis.

V. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat yang dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum.

Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud diarahkan untuk :

1. pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat.
2. peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
3. keselamatan pasien.
4. pengembangan jangkauan pelayanan.
5. peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit.

Pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal. Pengawasan internal Rumah Sakit terdiri dari:

1. Pengawasan teknis medis : upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis melalui Komite Medik Rumah Sakit.
2. Pengawasan teknis perumaksud : pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan dan kinerja keuangan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.

Apabila ditemukan pelanggaran dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sehingga menyebabkan kerugian pada pihak lain, Pemerintah maupun Pemerintah Daerah dapat memberikan sanksi hukum dan administrasi berupa teguran, teguran tertulis, denda atau pencabutan izin sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.



VI. PENUTUP

Pedoman Pelayanan ICU di Rumah Sakit ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi seluruh Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan ICU. Pelayanan ICU di Rumah Sakit dibagi menjadi tiga klasifikasi pelayanan yang disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit meliputi sumber daya, sarana, prasarana dan peralatan.

Oleh karena itu, setiap rumah sakit hendaknya dapat menyesuaikan dengan ketentuan yang ada dalam pedoman ini dan dapat mengembangkannya sesuai dengan situasi dan kondisi yang kondusif bagi setiap rumah sakit.

Pedoman Pelayanan ICU di Rumah Sakit, selanjutnya perlu dijabarkan dalam prosedur tetap di setiap rumah sakit guna kelancaran pelaksanaannya.



MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH



Formulir 1

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK DI ICU

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Dengan ini menyatakan SETUJU/ MENOLAK* dilaksanakan tindakan
.....
terhadap diri saya sendiri/istri/suami/anak/ayah/ibu saya dengan:

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :
No Rekam Medis :

Yang dilaksanakan oleh dokter:

Cara kerja, tujuan dan komplikasi serta risiko yang mungkin terjadi dari tindakan tersebut telah dijelaskan pada saya oleh dokter tersebut di atas.

Kepada saya juga telah dijelaskan mengenai pilihan tindakan alternatif seperti di bawah ini:

1.
2.
3.

Saya juga menyatakan mengerti:

1. Bahwa berdasarkan penjelasan dokter di ICU, tindakan apapun yang dilakukan selalu mengandung beberapa konsekuensi dan risiko. Risiko potensial yang terjadi termasuk perubahan tekanan darah, reaksi obat (alergi), henti jantung, kerusakan otak, kelumpuhan, kerusakan saraf bahkan kematian. Saya menyadari hal ini dan risiko serta komplikasi lain yang mungkin dapat terjadi.
2. Bahwa dalam praktek ilmu kedokteran, bukan merupakan ilmu pengetahuan yang pasti (*exact science*) dan saya menyadari tidak seorangpun dapat menjanjikan atau menjamin sesuatu yang berhubungan dengan tindakan medis di ICU.
3. Bahwa obat-obatan yang digunakan sebelum prosedur di ICU dapat saja menimbulkan komplikasi. Oleh karena itu sudah menjadi kewajiban dan tanggung jawab saya untuk memberikan informasi kepada dokter semua obat-obatan yang saya sendiri/istri/suami/anak/ayah/ibu gunakan, termasuk aspirin, kontrasepsi, obat-obatan flu, narkotik, marijuana, kokain, dan lain-lain.
4. Bahwa selama pasien dirawat di ICU, dapat dilakukan tindakan-tindakan medis sesuai kondisi pasien berdasarkan pertimbangan medis termasuk intubasi, pemakaian ventilator, kateter vena sentral, arteri line serta transfusi darah dan/atau produk-produk darah.
5. Bahwa dokter ICU yang bertugas dapat melakukan konsultasi atau mendapat bantuan dari dokter lain yang berkaitan jika dirasakan perlu.
6. Bahwa apabila staf ICU yang bertugas di ICU mengalami luka tusuk atau terpapar cairan tubuh pasien, pasien setuju untuk diperiksa darahnya.



Saya menyadari dan mengerti sepenuhnya bahwa pada tindakan medis, berbagai risiko dan komplikasi yang tidak didiskusikan sebelumnya mungkin dapat timbul. Saya juga menyadari bahwa selama berlangsungnya tindakan tersebut, ada kemungkinan timbulnya kondisi-kondisi yang tidak terduga dimana hal tersebut memerlukan tindakan-tindakan perluasan yang berhubungan dengan perawatan yang sedang dilakukan, untuk itu saya menyetujui dilakukannya tindakan tersebut apabila diperlukan.

Selanjutnya saya menyadari bahwa tidak ada jaminan atau janji-janji yang diberikan kepada saya sehubungan dengan hasil dari segala tindakan dan atau perawatan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

.....Tgl.....Bulan.....Tahun.....

Saksi-saksi	Dokter	Yang membuat pernyataan
1.		
..... Tanda tangan dan Nama Jelas (Huruf Balok)	 Tanda tangan dan Nama Jelas (Huruf Balok)	 Tanda tangan dan Nama Jelas (Huruf Balok)

2.

.....
Tanda tangan dan Nama Jelas