

PEDOMAN

**PELAYANAN UNIT
HEMODIALISA**



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN

2022



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN

Jl. Prof. M. Yamin SH No.5 Telp (0751) 91118 – (0751) 91428 (Fax)



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN
NOMOR : 801/661 /RSPr/VIII/2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN UNIT HEMODIALISA
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN

- MENIMBANG : a. bahwa dalam rangka mendekatkan akses dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, perlu membuka kesempatan kepada masyarakat untuk berperan serta aktif dalam pembangunan kesehatan diantaranya melalui penyelenggaraan pelayanan dialysis;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu mengatur Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan dengan Peraturan Menteri Kesehatan;

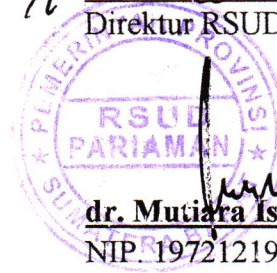
- MENINGGAT : 1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Pemerintah nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
5. Pedoman Pelayanan Hemodialisa di Sarana Pelayanan Kesehatan, Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Medik Spesialistik Tahun 2008
6. Pergub Nomor 75 Tahun 2012 tentang Pola Tata Kelola RSUD Pariaman;
7. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 36 Tahun 2021 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman.

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN :

- PERTAMA : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT HEMODIALISA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN;
- KEDUA : Pedoman Pelayanan Unit Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman sebagaimana dimaksud dalam diktum pertama harus dijadikan acuan dalam menyelenggarakan pelayanan Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman;
- KETIGA : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeiruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Pariaman
Pada tanggal : 1 Agustus 2022
Direktur RSUD Pariaman



dr. Mutiara Islam, Sp. OG (K)
NIP. 19721219 200604 1 011

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan YME atas limpahan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Pedoman “Pelayanan Instalasi Radiologi” ini dengan lancar. Penulisan pedoman ini bertujuan untuk memenuhi salah satu penilaian akreditasi rumah sakit.

Pedoman ini ditulis untuk memperlancar pelayanan yang ada di RSUD Pariaman. Penulis berharap, dengan membaca pedoman ini dapat memberi manfaat bagi kita semua, dalam hal ini dapat menambah wawasan kita mengenai Pedoman “Pelayanan Instalasi Radiologi”. Pedoman ini masih jauh dari sempurna, maka penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca demi perbaikan menuju arah yang lebih baik.

Pariaman, 1 Agustus 2022

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN	1
C. RUANG LINGKUP.....	1
D. BATASAN OPERASIONAL	2
E. LANDASAN HUKUM.....	3
BAB II STANDAR KETENAGAAN	4
A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA.....	4
B. DISTRIBUSI KETENAGAAN	4
C. PENGATURAN JAGA	4
BAB III STANDAR FASILITAS.....	6
A. DENAH RUANG	6
B. STANDAR FASILITAS.....	7
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN.....	9
A. JENIS PELAYANAN.....	9
C. TATA LAKSANA PELAYANAN HD.....	9
D. TATA LAKSANA PENANGGULANGAN KOMPLIKASI	10
E. TATALAKSANA PASIEN CITO HD	14
F. TATA LAKSANA SISTIM KOMUNIKASI IHD.....	15
G. ADMINISTRASI DAN BIAYA PELAYANAN HD	15
H. TATA LAKSANA PENGISIAN INFORMED CONSENT	16
I. TATA LAKSANA SISTIM RUJUKAN	16
BAB V LOGISTIK	18
BAB VI KESELAMATAN PASIEN	20
A. PENGERTIAN	20
B. TUJUAN.....	20
BAB VII KESELAMATAN KERJA	22
BAB VIII PENGENDALIAN MUTU.....	24
BAB IX PENUTUP	27

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peningkatan pembangunan kesehatan di Indonesia seharusnya diikuti secara seimbang oleh perbaikan mutu pelayanan kesehatan baik di sarana pelayanan kesehatan maupun praktek perorangan.

1. Adanya globalisasi serta industrilisasi yang cepat disektor kesehatan berdampak pada cara melakukan tindakan, baik berupa terapi, pemakaian alat, pemberian resep dan sebagainya sehingga tindakan tersebut sesuai indikasi yang tepat.
2. Disamping itu dengan adanya UU Perlindungan Konsumen serta terkaitnya parktek kedokteran terhadap aspek medis, legal, etis, psikologis, sosial budaya serta finansial maka perlu dibuat suatu pedoman pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik masyarakat dan memberikan rasa aman bagi dokter/tenaga medik dalam melakukan praktik kedokteran. Hal ini berlaku juga pada pelayanan dialisis dimana umumnya pasien dengan penyakit ginjal kronik membutuhkan pengobatan yang berulang dan melibatkan peralatan/mesin dengan teknologi tinggi serta kompetensi tenaga kesehatan yang mamadai.
3. Pedoman ini dibuat berdasarkan standar keselamatan pasien dan kualitas pelayanan yang mendukung aktualisasinya.

B. Tujuan

Umum :

Meningkatkan kualitas pelayanan pasien gagal ginjal melalui pedoman pelayanan hemodialisis yang berorientasi pada keselamatan dan keamanan pasien.

Khusus :

- Memberi acuan regulasi pelayanan Hemodialisis
- Memberi acuan manajemen pelayanan Hemodialisis
- Memberi acuan kualifikasi dan pengaturan pelayanan
- Memberi acuan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam pelayanan Hemodialisis
- Memberi acuan sistem/pola pembiayaan yang berkaitan dengan pelayanan Hemodialisis

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pelayanan unit Hemodialisa meliputi pelayanan pada pasien dari :

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Inap (termasuk rawat inap intensif)

3. UHD
4. Rujukan dari Rumah Sakit/Intitusi kesehatan lainnya

D. Batasan Operasional

1. Unit Hemodialisa

Adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan terapi pengganti ginjal pada pasien dengan menggunakan alat khusus dengan tujuan mengatasi gejala dan tanda akibat laju filtrasi glomerulus yang rendah sehingga diharapkan dapat memperpanjang usia dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan melibatkan berbagai multidisiplin.

2. Pelayanan Hemodialisis

Adapun pelayanan HD yang diberikan diUHD terdiri dari beberapa tingkatan:

- a. Hemodialisis (HD) : terapi pengganti ginjal pada pasien dengan menggunakan alat khusus dengan tujuan mengatasi gejala dan tanda akibat laju filtrasi glomerulus yang rendah.
- b. SCUF (*Slow Continous Ultrafiltration*) : terapi yang bertujuan hanya untuk menarik cairan dari tubuh pasien dengan kondisi stabil dalam waktu yang panjang.
- c. SLED (*Sustance Low Effecient Dialisis*) : HD yang dilakukan pada pasien dengan kondisi tidak stabil hemodinamik, dalam waktu yang lebih lama dan penarikan yang perlahan.
- d. HFR (Hemodiafiltrasi) : HD *advance* yang dilakukan dengan tujuan penarikan serta penyaringan zat-zat sisa metabolisme dengan molekul yang lebih besar, yang lebih ditujukan pada pasien dengan kondisi kronik HD.

3. Penyuntikan Eritropoietin

Eritropoietin adalah salah satu hormon yang dihasilkan oleh ginjal sebagai salah satu fungsi utamanya. Hormon ini tersedia dalam bentuk injeksi sebagai salah satu terapi pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis (GGK). Penyuntikan dapat dilakukan tanpa diiringi prosedur HD.

4. Transfusi

Transfusi merupakan tindakan penambahan salah satu atau beberapa komponen darah dengan tujuan untuk meningkatkan kadar komponen tertentu yang dibutuhkan pasien. Pada umumnya, transfusi pada pasien dengan GGK harus dilakukan saat terapi HD untuk mencegah komplikasi sehubungan dengan oedema paru.

5. Perawatan Luka dan Akses HD

Perawatan luka adalah tindakan penanganan luka yang disesuaikan dengan kondisi luka dan terapi kombinasi yang dibutuhkannya. Luka pada pasien HD dapat berupa luka diabetik maupun non diabetik, serta luka operasi sebagai salah satu cara

menipulasi pembuluh darah dalam bentuk sarana hubungan sirkulasi baik yang permanen maupun sementara.

6. Konsultasi

Pasien atau keluarga berkonsultasi dengan tim HD mengenai segala sesuatu seputar penyakitnya, baik tentang pemeliharaan akses, perawatan pasien sehari-hari di rumah, nutrisi dan pengobatan jangka panjang.

E. Landasan Hukum

- a) Undang - Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.
- b) Undang – Undang No. 22 tahun 1999.
- c) Undang – Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
- d) Peraturan Pemerintah RI No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- e) Peraturan Pemerinta RI No. 7 tahun 1987 Jo SKB No.48/MENKES/II/98 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintah dalam Bidang Keehatan Kepada Pemerintah Daerah.
- f) Peraturan Pemerintah RI No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai daerah otonomi.
- g) Peraturan Menteri Kesehatan RI NO.92o/Mekes/SK/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik.
- h) Peraturan Menteri Keehatan RI No.585/Menkes/SK?Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik.
- i) Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 749/Menkes/SK/PerXII/1989 tentang Rekam Medis/Medical Record.
- j) Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 436 tahun 1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Medis Indonesia.
- k) Peraturan Menteri Kesehatan RI No.916/Menkes/Per/VIII/1997 tentang izin Praktek Bagi Tenaga Medis.
- l) Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan.
- m) Surat Keputusan Bersama Metri Kesehatan RI dan Menteri dalam Negri RI No.48/Menkes/SKB/II/1998 tentang Petunjuk Pelaksanaan PP No. 7 tahun 1987.
- n) Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1241 tahun 2004 tentang Penunjukan PT Akses sebagi pelaksana program JPKMM di Indonesia.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Ketenagakerjaan adalah segala hal yg berhubungan dengan tenaga kerja pada waktu sebelum, selama dan sesudah masa kerja. Setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan guna menghasilkan barang dan / atau jasa baik untuk memenuhi kebutuhan sendiri maupun masyarakat. Tenaga kerja memiliki peranan dan kedudukan yang penting sebagai pelaku sekaligus tujuan pembangunan. Adanya peningkatan kualitas dan perlindungan tenaga kerja dan keluarganya sesuai harkat dan martabat manusia.

Standar Ketenagaan ditentukan berdasarkan :

- a. Jenis sarana kesehatan
- b. Kemampuan / kompetensi
- c. Beban kerja
- d. Jumlah peralatan (pesawat)

B. Distribusi Ketenagaan

Distribusi Ketenagaan RSUD Pariaman, Terdiri dari :

No	Nama Jabatan	Kualifikasi Formal	Keterangan
1	Penanggung Jawab	1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 2. Memiliki STR dan SIP	Bersertifikat Pelatihan HD, ACLS
2	Ka Ruangan	1. Perawat Senior min 5 thn, SI Ners 2. Memiliki STR dan SIP	Bersertifikat Pelatihan HD, BHD, BTCLS
3	Dokter Pelaksana	1. Dokter Umum 2. Memiliki STR dan SIP	Bersertifikat Pelatihan HD, ACLS
4	Perawat Pelaksana	1. Perawat min D3 2. Memiliki STR dan SIP	Bersertifikat Pelatihan HD, BTCLS
5	Administrator	D3/SLTA	
6	Teknisi	Minimal SMU Memiliki STR dan SIP	Pelatihan Khusus mesin HD dan RO

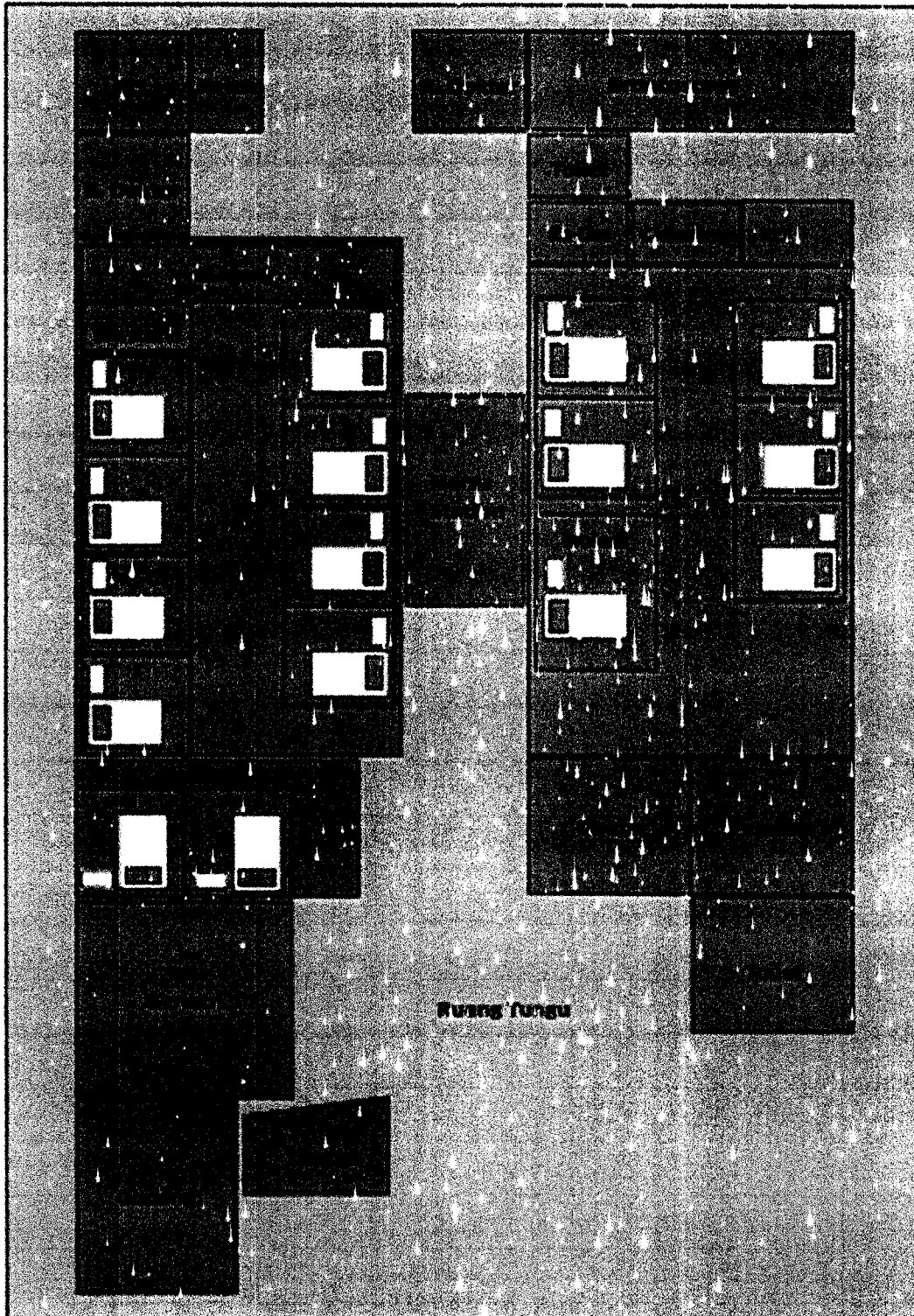
C. Pengaturan Jaga

- Pengaturan jadwal dinas perawat UHD dibuat dan dipertanggung jawabkan oleh kepala ruangan.
- Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan direalisasikan ke perawat pelaksana UHD setiap satu bulan
- Untuk tenaga perawat yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka perawat tersebut dapat mengajukan permintaan dinas pada buku permintaan.

- Permintaan akan disesuaikan dengan kebutuhan tenaga yang ada (apabila tenaga cukup dan berimbang serta tidak mengganggu pelayanan, maka permintaan disetujui)
- Setiap tugas jaga/shift harus ada perawat penanggung jawab shift (Katim) dengan syarat pendidikan minimal D III keperawatan dan masa kerja minimal 2 tahun, serta memiliki sertifikat Pelatihan Ginjal Intensif/Pelatihan Teknik Dialisis.
 - Jadwal dinas terbagi atas dinas pagi dan dinas sore serta jadwal dinas lembur.
 - Apabila ada tenaga perawat jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat sesuai jadwal yang telah ditetapkan (terencana), maka perawat yang bersangkutan harus memberi tahu Ka.ruangan sebelum jam dinas. Sebelum memberi tahu Ka.ruangan HD, diharapkan perawat yang bersangkutan sudah mencari perawat pengganti, apabila perawat yang bersangkutan tidak mendapatkan perawat pengganti, maka Karu UHD akan mencari tenaga perawat pengganti yaitu perawat yang hari itu libur
 - Apabila ada tenaga perawat tiba-tiba tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (tidak terencana), maka Karu HD akan mencari perawat pengganti yang hari itu libur. Apabila perawat pengganti tidak dapat di dapatkan, maka perawat yang dinas pada shift sebelumnya wajib untuk menggantikan.

BAB III
STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang



B. Standar Fasilitas

Unit hemodialisa mempunyai bangunan dan prasarana yang terdiri dari :

Ruangan utama sebagai ruangan terapi HD, dan beberapa ruangan lainnya.

I. Bangunan dan Prasarana

No	Bangunan dan Prasarana
1.	Ruang Hemodialisa
2.	Ruang Pemeriksaan
3.	Ruang Dokter
4.	Ruang Perawat
5.	Ruang Pengolahan Air (Water Treatment)
6.	Ruang Penyimpan Obat
7.	Ruang Administrasi
8.	Ruang Pendaftaran/Penerimaan Pasien
9.	Ruang Penunjang Non Medik
10.	Ruang Tunggu Keluarga Pasien
11.	Toilet
12.	Wastafel
13.	IPAL
14.	APAR

I. Peralatan dan Alkes

No	Nama Peralatan	Jumlah
1.	Mesin hemodialisa	16
2.	Tempat Tidur	16
3.	Stetoskop	3
4.	Tensimeter	4
5.	Timbangan Badan	2
6.	Ambu bag	1
7.	Nurse call system.	1
8.	TV LCD	4
9.	AC	7
10.	Komputer	1
11.	Printer	1
12.	Meja Konter	2
13.	Meja	3
14.	Kursi	25
15.	Lemari	4

16.	Loker	2
17.	Tempat Sampah Medis	5
18.	Tempat Sampah Non Medis	5

II. Obat UHD

No	NAMA OBAT	SATUAN	KEKUATAN
1	Adrenalin HCL	Ampul	1 mg
2	Dexametason	Flacon	10 mg
3	Dopamin	Ampul	50 mg dan 200 mg
4	KCL imeq/ml	Flacon	25 ml
5	Heparin 5000 IU	Flacon	500 unit/ml
6	Protamin Sulfat	Ampul	50 mg/ml
7	Bicarbonat Natrikus 8,4 %	Flacon	25 ml dan 100 ml
8	Anti Histamin	Ampul	
9	Clonidin	Ampul	0,15 mg
10	Dextrose 40%	Flacon	25 ml
11	Diazepam	Ampul	10 mg
12	Lidocain HCl 2%	Ampul	20 mg/ml
13	NaCl 0,9%	Kolf	500 ml
14	Dextrose 5% dan 10%	Kolf	500 ml
15	Nifedipin	Tablet	5 mg
16	Captopril	Tablet	12,5 mg
17	Isosorbid Dinitrale	Tablet	5 mg
18	Parasetamol	Tablet	500 mg
19	H ₂ O ₂	Larutan	3%
20	Iodin Povidone	Larutan	10%
21	Antiseptik (savlon, hibiscrub, dll)	Larutan	
22	Alkohol 7%	Larutan	
23	Amlodipin	Tablet	10 mg dan 5 mg
24	Candesartan	Tablet	8 mg dan 16 mg
25	Ondansentron	Ampul	
26	Ranitidine	Ampul	
27	Furosemid	Ampul	

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Jenis Pelayanan

1. Hemodialisis terencana.
2. Hemodialisis darurat (emergency)

B. TATA LAKSANA PENDAFTARAN PASIEN

I. Petugas Penanggung Jawab

- Perawat UHD
- Petugas Adminitrasi

II. Perangkat Kerja

- Status Medis

III. Tata Laksana Pendaftaran Pasien UHD

1. Pendaftaran pasien yang datang ke UHD dilakukan oleh pasien/keluarga dibagian administrasi
2. Bila pasien dalam keadaan HD, maka akan langsung diberikan pertolongan di UHD, sementara keluarga/penanggung jawab melakukan pendaftaran di bagian admission
3. Pasien dengan asuransi, membawa persyaratan administrasi sesuai ketentuan yang berlaku

C. TATA LAKSANA PELAYANAN HD

1. Persiapan

- Pesiapan peralatan HD
RO, mesin, ruangan
- Persiapan perlengkapan
Priming, perlengkapan HD (fistula needle, syringe, HD set, perlengkapan desinfeksi, obat-obatan dan antikoagulan)
- Persiapan pasien
Penjelasan seluruh garis besar tindakan, pengkajian, pengukuran berat badan pasien, pengukuran tanda-tanda vital, berdoa bersama pasien
- Persiapan program HD
Konfirmasi order dokter, persetujuan HD (*inform consent tindakan*), administrasi

2. Pelaksanaan Akses

- Desinfeksi area akses
- Inseri akses
- Fiksasi

- Menyambungkan akses dengan mesin HD
3. Observasi
 - Observasi akses dan kondisi pasien secara berkesinambungan
 - Observasi tanda-tanda vital setiap 30-60 menit
 - Observasi kelangsungan tindakan melalui *display* mesin HD
 - Observasi keluhan pasien sebelum, selama dan sesudah HD berlangsung
 - Observasi dengan monitor tambahan dalam kondisi khusus (EKG monitor, saturasi O₂)
 4. Mengakhiri
 - Persiapan perlengkapan steril untuk menutup akses
Plester, kasa steril, depper, agen anti bakteri
 - Pemberian obat-obat post HD
Vitamin B kompleks, eritropoietin, dan obat-obat lain sesuai order dokter
 - Program HD diakhiri pada waktunya sesuai resep yang sudah diprogramkan, atau apabila kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk HD dilanjutkan
 - Observasi tanda vital, keluhan dan respon pasien sesudah HD
 5. Pencatatan
 - Mendokumentasikan keadaan umum, keluhan, dan tanda vital pasien sebelum HD
 - Mendokumentasikan hasil laboratorium terbaru (bila ada) dan resep dokter terbaru untuk program hari tersebut atau program HD berikutnya
 - Mendokumentasikan tanda vital dan seluruh tindakan yang dilakukan selama HD berlangsung
 - Mendokumentasikan obat-obatan yang diberikan dan dikonsumsi pasien selama HD
 - Mendokumentasikan obat-obat rutin pasien
 - Mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan
 - Mendokumentasikan keadaan umum, keluhan dan tanda vital pasien sesudah HD

D. TATA LAKSANA PENANGGULANGAN KOMPLIKASI

Tata laksana penanggulangan komplikasi yang terjadi terkait HD dilakukan berdasarkan protokol tindakan

1. Penanganan komplikasi Hipotensi
 - Cek kesadaran pasien, recheck keluhan dari pasien
 - Beri posisi trendelenburg
 - Turunkan atau hentikan ultrafiltrasi, tergantung beratnya hipotensi
 - Berikan cairan NaCl 0,9% 100-200cc, lihat respon pasien.
 - Turunkan QB dan beri oksigen

- Cek TD setiap 5 menit, hingga BP naik
 - HD dihentikan jika hipotensi berlanjut setelah pemberian 500cc NaCl 0,9%
 - Cek kesadaran dan v/s ps continue selama tindakan, bila kondisi mebaik lanjutkan HD dengan observasi ketat dan penyesuaian setting HD
 - Hubungi dokter penanggung jawab untuk resep khusus, persetujuan untuk melanjutkan atau menghentikan HD, terapi lanjutan atau perlu tidaknya pasien menjalani rawat inap
 - Dokumentasikan seluruh kejadian, respon pasien dan terapi yang diberikan
2. Penanganan Komplikasi Kram
- Turunkan kecepatan ultrafiltrasi (minimal)
 - Massage bagian otot yang kram
 - Drip NaCl 0,9% 100cc (bila kram tidak berkurang)
 - Bila tetap kram berlanjut turunkan QB
 - Naikkan Na mesin sesuai kondisi pasien
 - Bila kram teratasi set kembali therapy HD secara bertahap dan observasi
Dokumentasikan kegiatan, respon pasien dan tindakan keperawatan
3. Penanganan Cardiac Arrest
- Cek kesadaran dan pernapasan bila tidak ada respon
 - Aktifkan system emergensi (teriak Code Blue)
 - Perawat yang pertama menemukan langsung melakukan kompresi jantung 100 kali/menit dengan kedalaman minimal 5 cm.
 - Perawat yang datang menolong melakukan tindakan Sirkulasi segera hentikan HD dan darah dikembalikan
 - Beri oksigen dan pasang monitoring
 - Pastikan akses untuk pengembalian darah dalam kondisi baik (tidak swelling ataupun cloth)
 - Laporkan dokter jaga/ pelaksana dan pagging tim code blue
 - Jika tidak ada nadi lanjutkan CPR
 - Penanganan selanjutnya disesuaikan dengan irama jantung yang muncul
 - Dokumentasikan seluruh kejadian, respon pasien dan terapi yang diberikan
 - Laporkan DPJP
 - Bila kondisi stabil pasien dirawat diruang intensif
4. Penanganan Komplikasi Tachicardy
- Berikan oksigen sesuai kebutuhan
 - Turunkan QB 150 cc/menit dan UF sesuai kemampuan pasien, maksimalkan oksigen sesuai kebutuhan pasien
 - Pasang monitoring EKG

- Konfirmasikan dengan dokter penanggung jawab/dokter pelaksana untuk kemungkinan penyesuaian resep HD maupun medikasi
 - Bila takikardi, VT/SVT hentikan HD, kembalikan darah, konfirmasikan segera dengan dokter penanggungjawab untuk instruksi selanjutnya. Bila perlu, panggil dokter jaga untuk penanganan pertama
 - HR < 150x/menit gelombang T terpisah observasi tentukan kemungkinan penyebab dan penanganan sementara HD. Lakukan pemeriksaan EKG 12 lead bila pasien sudah stabil
 - Dokumentasikan seluruh kejadian spon pasien dan terapi yang diberikan
5. Penanganan Komplikasi Perdarahan
- Hentikan heparinisasi bila heparin injeksi continue
 - Kompresi area perdarahan jika memungkinkan
 - Bila perdarahan mayor, hentikan HD, kembalikan darah
 - Observasi ketat v/s pasien dan perubahan yang signifikan
 - Laporkan ke dokter untuk order anti dot heparin atau penanganan lanjutan
 - Dokumentasikan
6. Penanganan Komplikasi DDS
- Kaji tanda dan gejala: mual, muntah, sakit kepala, pandangan kabur, gelisah, kejang dan koma
 - Beri oksigen
 - Hubungi dokter yang bertanggung jawab
 - Turunkan QB dan durasi yang pendek gunakan natrium profiling
 - Bila gejalanya berat, segera hentikan HD, kembalikan darah (sesuai instruksi dokter). Cek ureum cito
 - Observasi maksimal seluruh kondisi pasien dan perubahan yang terjadi
 - Tangani seluruh gejala dengan terapi sistomatis
 - Dokumentasikan seluruh kejadian, respon pasien, dan terapi yang diberikan
7. Penanganan Komplikasi Hipoglikemi
- Berikan drip dextrose 40% 50 cc (2 flash). Berikan oksigen sesuai kebutuhan, observasi v/s
 - Laporkan pada dokter penanggung jawab tentang kondisi pasien dan terapi apa saja yang telah diberikan dan order selanjutnya
 - Cek ulang gula darah pasien 60 menit setelah pemberian dextrose atau cek tiap 30 menit (dengan penurunan kesadaran) dengan target 200 mg/dl
 - Bila pasien sadar berikan minum larutan gula pekat
 - Bila kondisi atau keluhan pasien membaik lanjutkan HD
 - Bila kondisi pasien tidak ada perubahan, hentikan HD, kembalikan darah.

- Tunggu hingga kondisi pasien membaik, baru kemudian HD dilanjutkan. Sesuai order dokter
 - Dokumentasikan seluruh kejadian, respon pasien dan terapi yang diberikan
8. Penanganan Komplikasi Menggigil
- Kaji tingkat menggigil dan waktu kejadian menggigil yang dikeluhkan pasien
 - Hangatkan pasien sesuai tingkat keluhan: hangatkan suhu ruangan, selimut ekstra, buli-buli panas
 - Ukur suhu tubuh dan vital sign pasien
 - Kaji penyebab menggigil pasien agar penanganan dapat diberikan dengan tepat
 - Beri obat antipiretik bila suhu tubuh > 38 C sesuai order dokter
 - Kolaborasi dengan dokter bila keluhan menggigil berlanjut untuk diagnostik dan terapi selanjutnya
 - Observasi kondisi pasien setelah pemberian terapi
 - Kaji apakah mampu melanjutkan terapi HD sesuai dengan diagnostik
 - Dokumentasikan seluruh kejadian respon pasien dan terapi yang diberikan
9. Penanganan Komplikasi 1st Use Syndrome
- Penanganan pada reaksi tipe A: pasien pada riwayat atropi memiliki resiko tinggi biasanya terjadi dalam beberapa menit pertama dialisis. Meliputi reaksi ringan (urtikaria, gatal, batuk, bersin, mata berair, nyeri perut dan diare) sampai berat (reaksi anafilaksis). Tatalaksana :
 - Maksimalkan oksigenisasi
 - Hentikan dialisis (darah jangan dikembalikan)
 - Konfirmasi dengan dokter penanggung jawab tentang kondisi pasien untuk kemungkinan:
 - Penundaan terapi HD (HD kembali setelah proses reuse diberikan pada dialiser)
 - Transfusi (karena darah yang terkontaminasi harus dibuang)
 - Perlunya diberikan terapi lanjutan atau modifikasi resep HD
 - Observasi ketat v/s dan respon pasien
 - Pada reaksi ringan, berikan terapi simptomatik
 - Pada reaksi berat, berikan terapi anafilaksis shock (antihistamin, steroid, epinefrin, bronkodilator)
 - Penanganan pada reaksi tipe B:
 - Maksimalkan oksigenisasi
 - Observasi ketat v/s dan respon pasien. Waspada terhadap kemungkinan reaksi profiaksis
 - Konfirmasikan dengan dokter penanggung jawab tentang kondisi pasien untuk kemungkinan:
 - Penundaan terapi HD (HD kembali setelah proses reuse diberikan pada dialiser)

- Perlunya diberikan terapimlanjutan ataupun modifikasi resep HD
- Berikan terapi secara simptomatis
- Dokumentasikan seluruh kejadian, respon pasien dan terapi yang diberikan

E. TATALAKSANA PASIEN CITO HD

HD cito adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan segera pada pasien HD pada keadaan tertentu (sesak nafas, overhidrasi berat, hiperkalemi berat, asidosisi metabolik berat).

Tatalaksananya adalah :

1. Pastikan perawat emergency/rawat inap melakukan pemeriksaan standar pasien emergency seperti pengukuran vital sign dan blood test: BUN, kreatinin, Kalium, serta pemeriksaan lain sesuai kondisi pasien
2. Pastikan bahwa perawat emergency atau rawat inap telah menghubungi neprolog/ dokter penanggung jawab HD untuk konfirmasi keadaan pasien dan kemungkinan terapi
3. Pastikan bahwa perawat emergency/rawat inap menghubungi perawat HD yang bertugas saat itu, bila nefrologi mengorderkan HD cito, serta menghubungi bagian angkutan untuk menjemput petugas HD cito.
4. Begitu tiba di RS, perawat HD langsung memeriksa keadaan umum pasien dan kesadarannya dengan teliti (beri terapi oksigen + pasang EKG monitoring) bila perlu, sekaligus mengevaluasi kemampuan pasien secara fisik untuk menerima terapi HD
5. Bila pasien dinilai mampu untuk menerima terapi HD, perawat harus mengkaji keluhan yang dirasakan kepada pasien atau relative, apakah pasien terlalu banyak minum air (sirup, jus, atau softdrink) atau makan makanan tinggi kalium (seperti buah-buahan, makanan bersantan dll)
6. Cek ulang order dan kelengkapan materi sebelum memulai melakukan penyuntikan fistula needle (darah untuk transfusi, hasil lab, surat persetujuan keluarga, administrasi, dll) serta laporkan kepada nephrology atau dokter penanggung jawab HD untuk terapi selanjutnya (bila perlu)
7. Penanganan program HD selanjutnya merujuk pada kondisi penyebab HD cito (hiperkalemi, overhidrasi, asidosis)
8. Evaluasi kondisi pasien post HD, apakah memerlukan perawatan lanjut atau rawat inap sesuai order dokter. Apabila kondisi pasien baik dan memungkinkan untuk rawat jalan, pasien diijinkan pulang
9. Selama atau sesudah proses HD, saat kondisi pasien dan relatif sudah lebih tenang/baik, perawat HD harus memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang faktor penyebab kondisi cito pasien saat itu, cara penanganan pasien dengan

kondisi yang sama saat di rumah, dan cara mencegah kejadian yang sama terulang kembali

F. TATA LAKSANA SISTEM KOMUNIKASI IHD

I. Petugas Penanggung Jawab

- Petugas Operator
- Dokter/ perawat UHD
- Seluruh Unit Pelayanan

II. Perangkat Kerja

- Pesawat Telepone
- Handphone
- Paging (pengeras suara komunikasi internal RS)
- Brosur, x-banner

III. Tata Laksana Sistem Komunikasi UHD

1. Antara UHD dengan unit lain dalam RSUD PARIAMAN adalah dengan nomor extension masing-masing unit.
2. Antara UHD dengan dokter konsuler/rumah sakit lain yang terkait dengan pelayanan diluar rumah sakit adalah menggunakan pesawat telepon langsung dari UHD dengan menggunakan kode PIN yang dimiliki oleh petugas atau melalui bagian operator atau Hp yang disediakan di unit HD.
3. Antara HD dengan operator untuk permintaan bantuan saat terjadi kedaruratan medis
4. Dari luar RSUD PARIAMAN dapat langsung ke UHD atau melalui operator pada jam kerja
5. Informasi penting namun bersifat umum dikomunikasikan melalui brosur dan X-banner yang ditempatkan di area strategis disekitar UHD

G. ADMINISTRASI DAN BIAYA PELAYANAN HD

Administrasi pelayanan dan pencatatan harian di UHD ditangani oleh bagian administrasi UHD. Surat menyurat dan segala hal administratif dikelompokkan berdasarkan golongan surat dan diarsipkan dalam gudang file untuk di update secara bulanan.

Alur pelayanan administratif pasien baru dimulai dengan pendaftaran di bagian pendaftaran pasien pada area Medical Record centre, untuk dibuatkan file dan nomor medicalrecord baru. Kemudian pasien atau relatif datang dengan membawa kartu pendaftaran dan persyaratan lainnya ke UHD. Untuk pasien yang sudah pernah berobat ke RSUD PARIAMAN telah memiliki nomor medicalrecord atau pasien HD rutin, dapat langsung mendaftar diadministrasi IHD tanpa melalui area medicalrecord

Biaya pelayanan HD dibuat oleh Tim Tarif dan pelayanan, berdasarkan rincian perlengkapan dan tindakan rutin HD. Untuk biaya pelayanan harian dilakukan oleh bagian administrasi UHD. Biaya yang dibebankan kepada pasien adalah biaya perlengkapan HD dalam sitem paket ditambah dengan penggunaan obat, laboratorium dan perlengkapan tambahan lain sesuai resep atau order dokter.

Pendistribusian tagihan diberikan kepada:

1. Pasien atau keluarga secara langsung

Tagihan diberikan langsung kepada pasien atau keluarga yang tidak menggunakan asuransi apapun atau tidak memiliki perusahaan penjamin. Di RSUD PARIAMAN pasien ini digolongkan sebagai pasien umum.

2. Pihak asuransi atau perusahaan

Tagihan diberikan langsung kepada pihak asuransi atau perusahaan untuk pasien yang menggunakan asuransi atau perusahaan penjamin, dengan melengkapi persyaratan yang telah ditentukan. Di RSUD PARIAMAN pasien ini digolongkan sebagai pasien kontraktor.

3. Pemerintah daerah atau pusat

Tagihan diberikan langsung kepada pemerintah daerah atau pusat untuk pasien yang memenuhi syarat ketentuan dari pemerintah, dan membawa surat keterangan yang berlaku, dengan melengkapi persyaratan yang telah ditentukan. Di RSUD PARIAMAN pasien ini digolongkan sebagai pasien BPJS.

H. TATA LAKSANA PENGISIAN INFORMED CONSENT

1. Petugas Penanggung Jawab

- Dokter penanggung jawab/dokter pelaksana

2. Perangkat Kerja

- Formulir Persetujuan Tindakan

3. Tata Laksana Informed Consent

- a. Dokter penanggung jawab / dokter pelaksana menjelaskan tindakan dan resiko dari terapi HD pada pasien/keluarga pasien disaksikan oleh perawat
- b. Pasien atau keluarga menyetujui informed consent diisi dengan lengkap disaksikan oleh perawat
- c. Setelah diisi dimasukkan dalam medicalrecord

I. TATA LAKSANA SISTIM RUJUKAN

1. Petugas Penanggung Jawab

- Dokter UHD atau dokter penanggung jawab pasien
- Perawat UHD

2. Perangkat Kerja

- Formulir persetujuan tindakan
 - Formulir rujukan
3. Tatalaksana Sistim Rujukan UHD
- a. Alih Rawat
- Perawat UHD menghubungi rumah sakit yang akan dirujuk
 - Dokter jaga UHD memberikan informasi pada dokter jaga rumah sakit rujukan mengenai keadaan umum pasien.

BAB V

LOGISTIK

Program logistik meliputi kegiatan pengadaan fasilitas Unit Hemodialisa, pendataan dan pencatatan keluar masuk inventori-non inventori dan aset-aset Unit Hemodialisis serta program komputerisasi yang terkait.

Tujuan program logistik di UHD adalah:

- a. Tersedianya kebutuhan aktivitas UHD dan keseimbangan stok dan pencatatan
- b. Ketelitian dalam program ini sangat vital dalam kelancaran pelayanan HD karena kesediaan stol sangat bergantung pada fungsi program logistik
- c. Untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam pembebanan biaya kepada pasien baik kelebihan maupun kekurangan.

Program Logistik di UHD meliputi:

1. Inventory

Seluruh barang tak bergerak dan bergerak dicatat secara mendetil: jenis, spesifikasi, tahun pengadaan, kualitas dan kuantitas tiap barang. Kemudian didaftar secara sistematis dan dibuat jadwal kalibrasi dan pengadaan berikutnya.

2. Penanggung Jawab

Beberapa tenaga perawat profesional dibentuk sebagai tim serta diberi tanggung jawab dan wewenang dalam pengadaan dan pemeliharaan serta inventarisasi seluruh alat dan perlengkapan di UHD.

a.) Barang masuk

Seluruh kebutuhan primer dan sekunder di UHD didaftar dan dilaporkan kepada Ka UHD atau wakilnya. Setelah disetujui, barang-barang yang sudah terdaftar atau barang diorder per komputer kepada unit-unit penyedia yang ada div RSUD PARIAMAN : Gudang Alat Kesehatan, Gudang Umum, Gudang Maintenance dan Farmasi. Untuk barang-barang yang belum terdaftar dalam supply RS, harus melalui prosedur khusus, yaitu: pembuatan memo resmi oleh Ka/WaKa UHD (barang dengan harga dibawah 1,5 juta harus melalui KaBid Pelayanan, untuk barang diatas 1,5 juta harus melalui Wadir Medis dan EksKom). Setelah persyaratan disetujui, memo tersebut akan diajukan ke bagian pengadaan / pembelian. Setelah barang tersebut tersedia, akan dimasukkan ke Gudang sesuai jenis barang, untuk kemudian diorder ulang seperti barang rutin lainnya.

b.) Barang keluar

Barang-barang dan perlengkapan yang tersedia di UHD, didaftar dalam kartu stok. Setiap tim di UHD dapat mengeluarkan barang dari gudang stok UHD kemudian dicatat pada bagian pengeluaran di kartu stok. Untuk barang-barang yang sifatnya

consumable pasien, akan dilaporkan langsung ke perawat Incharge dan administrasi untuk kemudian di charge kepada pasien yang menggunakan barang tersebut.

c.) Pencatatan

Pencatatan stok pershift ditanggung jawabi oleh tim logistik yang dijadwal pershift oleh perawat incharge shift. Kartu stok manual, stok komputerisasi dan stok nyata yang tersedia di recheck setiap hari oleh tim logistik.

3. Controlling/ Monitoring

Program ini dimonitor oleh perawat penanggung jawab yang telah ditunjuk, diawasi oleh Kepala dan WaKa UHD. Secara garis besar, program logistik di UHD.

4. Pelaporan dan Evaluasi

Evaluasi program-program yang sudah dibuat disesuaikan dengan masa berlakunya program tersebut, dalam hal ini ada yang berupa evaluasi harian, evaluasi per kasus, evaluasi bulanan dan evaluasi tahunan. Pelaporan merupakan pertanggung jawaban dari penanggung jawab kepada Kepala dan WaKa UHD, berupa laporan evaluasi seluruh program dalam bentuk presentasi dan laporan tertulis.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Keselamatan pasien (patient safety) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman

Sistem tersebut meliputi:

- Asesment resiko
- Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien
- Pelaporan dan analisis insiden dan tindak lanjutnya
- Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko

Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh:

- Kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan
- Tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil

B. Tujuan

- Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- Menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit
- Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

STANDAR KESELAMATAN PASIEN

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

KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)

ADVERSE EVENT:

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

KTD yang tidak dapat dicegah

Unpreventable Adverse Event:

Suatu KTD yang terjadi akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan mutakhir.

KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC)

Near Miss:

Adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi:

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

KESALAHAN MEDIS

Medical Errors:

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

KEJADIAN SENTINEL

Sentinel Event:

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

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

A. Tata Laksana

- a) Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien
- b) Melaporkan pada dokter jaga UHD
- c) Memberikan tindakan sesuai dengan instruksi dokter jaga
- d) Mengobservasi keadaan umum pasien
- e) Mendokumentasikan kejadian tersebut pada formulir “pelaporan insiden keselamatan”.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

I. Pendahuluan

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

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

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

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

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

II. Tujuan

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

III. Tindakan yang beresiko terpajan

- a. Cuci tangan yang kurang benar
- b. Penggunaan sarung tangan yang kurang tepat
- c. Penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman
- d. Pembuangan peralatan tajam secara tidak aman
- e. Teknik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan yang kurang tepat
- f. Praktek kebersihan ruangan yang belum memadai

IV. Prinsip Keselamatan Kerja

Prinsip utama prosedur Universal Precaution dalam kaitan keselamatan kerja adalah menjaga higiene sanitasi individu, higiene sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan.

Ketiga prinsip tersebut dijabarkan menjadi 5 (lima) kegiatan pokok yaitu :

- a. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang
- b. Pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksi lain
- c. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
- d. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan
- e. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Mutu merupakan salah satu hal pokok yang diutamakan dalam pelayanan di UHD sebagai tolak ukur keberhasilan dari seluruh program yang dijalankan.

A. Target

Pencapaian adekuasi setiap pasien.

B. Motto

“Feeling at Home”

Menjalani HD seperti dirumah sendiri, aman, nyaman dan kekeluargaan.

C. Sasaran

1) Nurse : menghimbau terus pelaksana untuk mengontrol setiap hari setiap program yang telah dilakukan

2) Pasien, Relatif :

Program yang dibuat diarahkan pada pasien/klien serta relative pendamping klien UHD sebagai konsumen, program ini khusus menangani hal-hal yang berhubungan dengan pelayanan perawatan dan mutu dengan terapi yang diberikan pada pasien.

D. Program

Semua yang berkaitan dengan mutu dan kualitas pelayanan di UHD dilaksanakan melalui:

1) Pengawasan intensif pada klien selama proses HD sesuai dengan protap

2) Primary Care: menguasai kondisi pasien asuh

3) Askep lebih fokus untuk tiap klien, diisi lengkap sesuai urutan prioritas dan tahapan

4) Teknik steril untuk semua tindakan

5) Melayani dengan cekatan dan professional

6) Membagi asuhan keperawatan primary disesuaikan dengan jumlah perawat, pasien sesuai dengan tingkat kesulitan pasien dan lisensi perawat

7) Membuat/menghitung

- IMT
- Adekuasi HD
- Angka kematian pasien
- Audit protap/prasad sesuai bulannya
- Update obat, lab, dsb.

8) Penyuluhan kesehatan: pasien rutin, pasien baru

9) Melaporkan kejadian KPC, KNC, KTC, KTD, Kejadian sentinel dan ditindak lanjuti

10) Mencari data dan keluhan pasien, melalui angket, usulan rekan kerja

11) Melakukan presentasi masalah yang terjadi pada seluruh crew untuk mencari solusinya

12) Head Nurse mengatur jadwal asuhan harian dengan primary care setiap harinya

E. Program utama di UHD, yang ditekankan dalam setiap pelayanan di UHD adalah:

- 1) SDM yang taat, kompeten dan berprestasi
- 2) Pelayanan cepat dan berkualitas
- 3) Konsulen aktif
- 4) Kenyamanan dan safety pasien
- 5) Simpatik pasien dan keluarga
- 6) UHD bergema dan berkolaborasi
- 7) Hemat berkualitas

F. Indikator kualitas pelayanan harian di UHD adalah:

- 1) Limit waktu pelayanan perawat dari pasien datang sampai dengan proses HD berjalan
 - Hal ini adalah indikator ketentuan waktu pelayanan yang diberikan pada setiap pasien HD <15 menit.
 - Analisa dilakukan dalam periode 6 bulan
 - Standar minimal penilaian adalah 80% dari seluruh tindakan yang ditangani oleh perawat
- 2) Kepuasan pelanggan HD terhadap pelayanan perawat
 - Hal ini diindikasikan dengan pernyataan puas oleh pelanggan terhadap mutu pelayanan di UHD
 - Analisa dilakukan dalam periode 6 bulan
 - Standar minimal penilaian adalah 90% dari seluruh tindakan yang ditangani oleh perawat
- 3) Kepuasan pelanggan HD terhadap pelayanan dokter pelaksana/neprolog
 - Hal ini diindikasikan dengan terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu dan pelayanan dokter di IHD
 - Analisa dilakukan dalam periode 6 bulan
 - Standar minimal penilaian adalah >75% dari seluruh tindakan yang ditangani oleh dokter
- 4) Kepatuhan teknik steril perawat HD dalam pengendalian nosokomial infeksi
 - Hal ini diindikasikan dengan terselenggaranya seluruh prosedur sesuai SPO
 - Analisa dilakukan dalam periode 3 bulan
 - Standar minimal penilaian adalah 80% dari seluruh tindakan yang ditangani oleh perawat
- 5) Penurunan kadar ureum-kreatinin dalam darah pasien HD setelah menjalani HD dengan TD 4-5jam
 - Hal ini diindikasikan dengan menurunnya kadar ureum-kreatinin darah pasien setelah menjalani HD 4-5 jam, yaitu 60-70% dari nilai awal.
 - Analisa dilakukan dalam periode 6 bulan

- Standar minimal penilaian adalah 90% dari seluruh tindakan HD yang diterima pasien

6) Perawat bersertifikat HD

- Perawat yang memenuhi indikator ini adalah perawat yang telah lulus menjalani pelatihan dari pusat pelatihan perawat intensif ginjal
- Standar minimal indikator ini adalah 50% dari seluruh perawat di IHD

G. Monitoring

Program ini di monitor oleh Ka. Unit HD bekerja sama dengan seluruh perawat dan prakarya serta diawasi oleh kepala HD.

H. Pelaporan dan Evaluasi

Pelaporan merupakan pertanggung jawaban Ka. Unit HD dan dilaporkan kepada bidang pelayanan berupa laporan evaluasi seluruh program dalam bentuk laporan tertulis. Dalam hal ini laporan dapat berupa laporan evaluasi per kasus, laporan evaluasi per triwulan dan laporan evaluasi pertahun.

Kegiatan evaluasi terdiri dari :

- a. Evaluasi internal : dinilai dari SDM, sarana dan prasarana HD
- b. Evaluasi eksternal : dinilai dari kegiatan HD (jumlah pasien, adekuasi HD, morbiditas dan mortalitas, tarif HD yang di monitor oleh Dinkes)
- c. Evaluasi terhadap buku pedoman pelayanan HD akan dilakukan setiap 5 tahun sekali oleh PERNEFRI & Depkes.

BAB IX

PENUTUP

Dengan meningkatnya jumlah penderita yang memerlukan pelayanan HD maka sepatutnya menjadi perhatian unsur-unsur pemberi pelayanan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan demi pemenuhan kebutuhan tersebut. Selain sarana dan prasarana, pengembangan dan peningkatan SDM juga perlu diperhatikan.

Upaya terus menerus untuk mengacu kepada standar pelayanan terbaik adalah harapan dari konsumen kesehatan. Melalui pelayanan prima diharapkan kualitas hidup penderita gagal ginjal kronis dapat ditingkatkan dan dapat berperan produktif pada bangsa dan negara.

Akhir kata, semoga dengan adanya pedoman ini, kualitas pelayanan HD di RSUD PARIAMAN dapat lebih ditingkatkan. Semoga Tuhan Yang Maha Esa melimpahkan rahmatnya. Amin.

Ditetapkan di : Pariaman

Pada tanggal : Agustus 2022

Direktur RSUD Pariaman



dr. Mutiara Islam, Sp. OG (K)

NIP. 19721219 200604 1 011