

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Kualitas Pelayanan

Berbagai definisi kualitas banyak dikemukakan para ahli, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang menambah pengertian dan wawasan tentang mutu. Menurut Gaspersz (2004) definisi mutu atau kualitas bervariasi dari definisi konvensional sampai definisi strategik.<sup>7</sup> Definisi konvensional menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk seperti performans (*performance*), keandalan (*reability*), mudah dalam penggunaannya (*easy of use*), estetika (*esthetics*), dan sebagainya. Definisi strategik menyatakan mutu atau kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan. Berdasarkan konsep definisi mutu baik konvensional maupun strategik, pada dasarnya mengacu pada pengertian pokok. Berdasarkan pengertian dasar mutu di atas, terlihat bahwa mutu atau kualitas selalu berfokus pada pelanggan (*customer focused quality*).<sup>8</sup>

Secara empiris penelitian dengan latar belakang sampel yang berbeda-beda telah membuktikan bahwa kualitas pelayanan mempunyai pengaruh positif terhadap kepuasan pelanggan seperti yang diungkapkan oleh Sumarno (2002), Vandaliza (2007), Wiyono dan Wahyudin, Manulang (2008) dan Akbar dan Parvez (2009) mengungkapkan hal yang serupa, yakni kualitas pelayanan dilihat dari lima dimensi : *tangible, reliability, responsiveness, assurance, empathy* memiliki dampak positif

bagi kepuasan pelanggan, berbeda dengan Yulandari (2009) menyatakan bahwa konsumen kurang puas terhadap kualitas pelayanan disebabkan oleh lebih besarnya harapan konsumen dibanding kinerja perusahaan.<sup>19,20,21,22,23</sup>

Menurut Philip B. Crosby, ada empat hal yang mutlak (absolut) menjadi bagian integral dari manajemen mutu, yaitu bahwa :

- 1) Definisi mutu adalah kesesuaian terhadap persyaratan (*The Definition of Quality is conformance to requirements*).
- 2) Sistem mutu adalah pencegahan (*The system of quality is prevention*).
- 3) Standar penampilan adalah tanpa cacat (*The performance standard is Zero Defect*).
- 4) Ukuran mutu adalah harga ketidak sesuaian (*The measurement of quality is the price of nonconformance*)<sup>9</sup>.

Kualitas pelayanan menjadi suatu keharusan yang harus dilakukan perusahaan supaya mampu bertahan dan tetap mendapat kepercayaan pelanggan. Pola konsumsi dan gaya hidup pelanggan menuntut perusahaan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas. Keberhasilan perusahaan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dapat ditentukan dengan pendekatan service quality yang telah dikembangkan oleh Parasuraman, Berry dan Zenthaml.<sup>10</sup> Parasuraman *et al.* (1985) dalam Tjiptono dan Chandra (2007)<sup>11</sup> menyatakan sepuluh dimensi dari *service quality* yang dihasilkan dari penelitiannya, yaitu :

- 1) *Reliability* (keandalan), melibatkan konsistensi dari kinerja dan keterkaitan. Berarti perusahaan di tuntut untuk memberikan layanan dengan benar pada saat yang tepat.
- 2) *Responsiveness* (ketanggapan), berhubungan dengan kesiap-siagaan atau kesediaan dari karyawan untuk menyediakan layanan. Responsiveness melibatkan ketepatan waktu dari layanan.
- 3) *Competence* (kemampuan), berarti memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakan layanan.
- 4) *Access* (mudah diperoleh), berarti memiliki pendekatan dan mudah mengadakan kontak.
- 5) *Courtesy* (kehormatan), melibatkan kesopanan, rasa hormat, pertimbangan, dan keakraban dari kontak personil.
- 6) *Communication* (komunikasi), berarti memelihara konsumen dengan bahasa yang mudah dimengerti dan mendengarkan konsumen.
- 7) *Credibility* (dapat dipercaya, berarti kelayakan, kepercayaan, dan kejujuran).
- 8) *Security* (keamanan), berarti bebas dari bahaya, resiko dan ancaman.
- 9) *Understanding/knowing* (memahami), yaitu usaha untuk memaham kebutuhan konsumen.
- 10) *Tangibles* (bukti nyata yang kasat mata), berarti bukti secara fisik yang meliputi fasilitas fisik, penampilan personil, peralatan dan perlengkapan yang disediakan.

Pada penelitian selanjutnya yang dilakukan Parasuraman *et al.* (1988) dalam Kotler dan Keller (2007)<sup>11</sup> dan dalam Lovelock dan Wright (2007)<sup>13</sup>, dari sepuluh

dimensi *service quality* yang dihasilkan dari penelitian sebelumnya ditemukan intisari dari kualitas layanan yang dilebur menjadi lima dimensi dari *service quality* yang dikenal sebagai SERVQUAL yaitu :

- 1) *Reliability* (keandalan), kemampuan melaksanakan layanan yang dijanjikan secara meyakinkan dan akurat.
- 2) *Responsiveness* (ketanggapan), kesediaan membantu konsumen dan memberikan jasa dengan cepat.
- 3) *Assurance* (jaminan), pengetahuan dan kesopanan serta kemampuan mereka menyampaikan kepercayaan dan keyakinan.
- 4) *Empathy* (empati), kesediaan memberikan perhatian yang mendalam dan khusus kepada masing-masing konsumen.
- 5) *Tangibles* (benda berwujud), penampilan fisik, perlengkapan, karyawan dan bahan komunikasi.

Garvin dalam Tjiptono dan Chandra (2005:113)<sup>14</sup> mengembangkan delapan dimensi kualitas, yaitu:

- 1) Kinerja (*performance*) yaitu mengenai karakteristik operasi pokok dari produk inti. Misalnya bentuk dan kemasan yang bagus akan lebih menarik pelanggan.
- 2) Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), yaitu karakteristik sekunder atau pelengkap.
- 3) Kehandalan (*reability*), yaitu kemungkinan kecil akan mengalami kerusakan atau gagal dipakai.

- 4) Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specifications*). Yaitu sejauh mana karakteristik desain dan operasi memenuhi standar-standar yang telah ditetapkan sebelumnya. Seperti halnya produk atau jasa yang diterima pelanggan harus sesuai bentuk sampai jenisnya dengan kesepakatan bersama.
- 5) Daya tahan (*durability*), berkaitan dengan berapa lama produk tersebut dapat terus digunakan. Biasanya pelanggan akan merasa puas bila produk yang dibeli tidak pernah rusak.
- 6) *Serviceability*, meliputi kecepatan, kompetensi, kenyamanan, mudah direparasi; penanganan keluhan yang memuaskan.
- 7) Estetika, yaitu daya tarik produk terhadap panca indera. Misalnya kemasan produk dengan warna-warna cerah, kondisi gedung dan lain sebagainya.
- 8) Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), yaitu citra dan reputasi produk serta tanggung jawab perusahaan terhadapnya. Sebagai contoh merek yang lebih dikenal masyarakat (*brand image*) akan lebih dipercaya dari pada merek yang masih baru dan belum dikenal.

Bila menurut Hutt dan Speh dalam Nasution (2004: 47)<sup>15</sup> Kualitas pelayanan terdiri dari tiga dimensi atau komponen utama yang terdiri dari :

- a. *Technical Quality*, yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas output yang diterima oleh pelanggan. Bisa diperinci lagi menjadi :
  - 1) *Search quality*, yaitu kualitas yang dapat dievaluasi pelanggan sebelum membeli, misalnya: harga dan barang.

- 2) *Experience quality*, yaitu kualitas yang hanya bisa dievaluasi pelanggan setelah membeli atau mengkonsumsi jasa atau produk. Contohnya ketepatan waktu, kecepatan pelayanan, dan kearapihan hasil.
- 3) *Credence quality*, yaitu sesuatu yang sukar dievaluasi pelanggan, meskipun telah mengkonsumsi suatu jasa.
  - b. *Functional quality*, yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian suatu jasa.
  - c. *Corporate image*, yaitu yaitu profit, reputasi, citra umum, dan daya tarik khusus suatu perusahaan.

Berbagai pendapat para ahli tentang dimensi kualitas pelayanan, dapat disimpulkan beberapa dimensi yang kredibel yaitu dengan memenuhi syarat agar sebuah pelayanan memungkinkan menimbulkan kepuasan pelanggan dalam hal ini adalah keluarga pasien. Dimensi-dimensi tersebut adalah: *Tangibles* atau bukti fisik, *Reliability* atau keandalan, *Responsiveness* atau ketanggapan, *Assurance* atau jaminan/ kepastian, *Empathy* atau kepedulian.

## **2.2 Kepuasan keluarga pasien**

Kepuasan keluarga pasien adalah tingkat kepuasan dari persepsi keluarga pasien terhadap pelayanan kesehatan dan merupakan hal-hal yang bagus mengenai pelayanan kesehatan.

### **2.2.1 Pengertian kepuasan**

Menurut Rangkuti (2002) bahwa kepuasan pelanggan merupakan respon pelanggan terhadap kesesuaian antara tingkat kepentingan sebelumnya dan kinerja

aktual yang dirasakan setelah pemakaian.<sup>16</sup> Menurut Kotler (2001), kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau kecewa pelanggan berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk atau jasa dan harapan-harapannya. Jika kinerja tersebut berada di bawah harapan pelanggan, maka pelanggan tersebut merasa dikecewakan; jika memenuhi harapan, pelanggan akan merasa sangat puas. Kepuasan pelanggan adalah suatu persepsi konsumen terhadap satu jenis pengalaman pelayanan yang dialaminya. Pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan (Tjiptono, 2006). Dalam mengevaluasi hal ini pelanggan akan menggunakan harapannya sebagai standar atau acuan.<sup>18</sup> Umumnya dalam konteks kepuasan pelanggan harapan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang hal yang diterima. Dengan kata lain kepuasan pelanggan adalah kualitas pelayanan yang dipandang dari kepentingan konsumen dalam hal ini adalah keluarga pasien.

### **2.2.2 Teori Kepuasan Keluarga pasien**

Menurut Haryanti dan Hadi, ada dua teori dalam memahami kepuasan pada konsumen dalam hal ini terhadap keluarga pasien ;

#### *a. The Expectancy Disconfirmation Model*

Oliver menyampaikan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan konsumen adalah hasil perbandingan antara harapan dan pra pembelian atau pemilihan atau pengambilan keputusan (*prepurchase expectation*) yaitu keyakinan kinerja yang diantisipasi dari suatu produk atau jasa dan dibandingkan dengan hasil yang diperoleh.

### b. *Equity Theory*

Dikemukakan oleh Stacy Adams tahun 1960, dua komponen yang terpenting dari teori ini, yaitu apa yang di dapat (*inputs*) dan apa yang dikeluarkan (*outcomes*). Prinsip dari teori ini adalah bahwa orang akan merasa puas tergantung pada apakah ia merasakan keadilan (*Equity*) atau tidak atas suatu situasi. Jika input dan outputnya sama apabila dibandingkan dengan input dan output orang/jasa yang dijadikan perbandingan maka kondisi itu disebut puas.<sup>24</sup>

### 1.2.3. Pengukuran Kepuasan

Menurut Kotler (2000:41), ada empat metode yang bisa digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan, yaitu :

- a. Sistem keluhan dan saran Perusahaan yang memberikan kesempatan penuh bagi pelanggannya untuk menyampaikan pendapat atau bahkan keluhan merupakan perusahaan yang berorientasi pada konsumen (*costumer oriented*).
- b. Survei kepuasan pelanggan Sesekali perusahaan perlu melakukan survei kepuasan pelanggan terhadap kualitas jasa atau produk perusahaan tersebut. Survei ini dapat dilakukan dengan penyebaran kuesioner oleh karyawan perusahaan kepada para pelanggan. Melalui survei tersebut, perusahaan dapat mengetahui kekurangan dan kelebihan produk atau jasa perusahaan tersebut, sehingga perusahaan dapat melakukan perbaikan pada hal yang dianggap kurang oleh pelanggan.
- c. *Ghost Shopping* . Metode ini dilaksanakan dengan mempekerjakan beberapa orang perusahaan (*ghost shopper*) untuk bersikap sebagai pelanggan di perusahaan pesaing, dengan tujuan para *ghost shopper* tersebut dapat mengetahui kualitas pelayanan



perusahaan pesaing sehingga dapat dijadikan sebagai koreksi terhadap kualitas pelayanan perusahaan itu sendiri.

- d. Analisa pelanggan yang hilang: Metode ini dilakukan perusahaan dengan cara menghubungi kembali pelanggannya yang telah lama tidak berkunjung atau melakukan pembelian lagi di perusahaan tersebut karena telah berpindah ke perusahaan pesaing. Selain itu, perusahaan dapat menanyakan sebab-sebab berpindahnya pelanggan ke perusahaan pesaing.<sup>25</sup>

### **2.3 Intensive Care Unit ( ICU )**

Sebagai sebuah layanan kesehatan paripurna, di instansi Rumah Sakit juga dilengkapi dengan ruangan yang diperuntukan bagi pasien dengan kondisi kritis. Ruangan tersebut adalah ICU.

#### **2.3.1 Pengertian ICU**

*Intensive Care Unit (ICU)* adalah suatu bagian dari rumah sakit yang terpisah, dengan staf khusus dan perlengkapan yang khusus, yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa dengan prognosis masih reversibel. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-ifungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut. Berdasarkan falsafah dasar “*Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien*” maka semua kegiatan ICU bertujuan dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kesehatan pasien.

### 2.3.2 Pelayanan *Intensive Care Unit*

Pelayanan ICU diperuntukkan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien yang sakit kritis yang bertujuan untuk memberikan pelayanan medik tertitiasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengeloan berdasar orientasi organ.

#### 2.3.2.1. Klasifikasi Pelayanan ICU

Dalam menyelenggarakan pelayanannya dirumah sakit, pelayanan ICU dibagi dalam beberapa klasifikasi pelayanan. Jenis tenaga dan kelengkapan pelayanan menentukan klasifikasi pelayanan di rumah sakit tersebut atau sebaliknya seperti terlihat pada tabel 2 dibawah ini.<sup>26</sup>

Tabel 2. Klasifikasi Pelayanan ICU

KEMAMPUAN PELAYANAN			
NO.	Primer	Sekunder	Tersier
1	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru
2	Pengelolaan jalan nafas, termasuk intubasi tracheal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan nafas, termasuk intubasi tracheal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan nafas, termasuk intubasi tracheal 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, pulsoksimetri dan tekanan darah non invasive	Pemantauan EKG, pulsoksimetri, tekanan darah non invasive dan invasive	Pemantauan EKG, pulsoksimetri, tekanan darah non invasive, invasive, Swan Ganz,

			ICP monitor, serta ECHO monitor
6	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi
7	Pemberian nutrisi secara enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi secara enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi secara 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	Fungsi vital-vital dengan alat-alat portable selama transportasi pasien gawat	Fungsi vital vital dengan alat-alat portable selama transportasi pasien gawat	Fungsi vital-vital dengan alat-alat portable selama transportasi pasien gawat
10	Kemampuan fisioterapi dada	Kemampuan fisioterapi dada	Kemampuan fisioterapi dada
11	-	Melakukan prosedur isolasi	Melakukan prosedur isolasi
12	-	Melakukan hemodialysis intermitten dan kontinyu	Melakukan hemodialysis intermitten dan kontinyu

### 2.3.2.2.Ketenagaan

Tenaga yang terlibat dalam pelayanan ICU terdiri dari tenaga dokter Intensivis, dokter spesialis dan dokter yang telah mengikuti pelatihan ICU dan perawat terlatih ICU. Tenaga tersebut menyelenggarakan pelayanan ICU sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang diatur oleh masing-masing RS sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS seperti terlihat pada tabel 3.<sup>26</sup>

No	Jenis Tenaga	Klasifikasi pelayanan		
		ICU Primer	ICU Sekunder	ICU tersier
1	Kepala ICU	1. Dokter spesialis anesthesiologi 2. Dokter spesialis yang telah mengikuti pelatihan ICU (Jika belum ada dokter spesialis anesthesiologi)	1. Dokter Intensivis 2. Dokter spesialis anesthesiologi (Jika belum ada dokter Intensivis)	Dokter Intensivis
2	Tim Medis	1. Dokter spesialis sebagai konsultan (yang dapat dihubungi setiap diperlukan) 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	1. Dokter spesialis ( yang dapat memberi pelayanan setiap diperlukan) 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS / ACLS, dan FCCS	1. Dokter spesialis ( yang dapat memberi pelayanan setiap diperlukan) 2. 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 Medis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasik an komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi</li> <li>2. Tenaga pekarya</li> <li>3. Tenaga Kebersihan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasik an komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi</li> <li>2. Tenaga pekarya</li> <li>3. Tenaga Kebersihan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan computer yang berhubungan dengan masalah administrasi</li> <li>2. Tenaga Laboratori um</li> <li>3. Tenaga Kefarmasi an</li> <li>4. Tenaga pekarya</li> <li>5. Tenaga kebersihan</li> <li>6. Tenaga rekam medic</li> <li>7. Tenaga untuk kepentingan ilmiah dan</li> </ol>

### **2.3.2.3. Informed Consent**

Sebelum pasien masuk dimasukkan ke ICU, pasien dan atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di ICU, serta berbagai macam tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien di rawat di ruang ICU serta prognosis penyakit yang diderita pasien. Penjelasan tersebut diberikan oleh kepala ICU atau dokter yang bertugas. Setelah mendapatkan penjelasan tersebut, pasien dan atau keluarganya bisa menerima atau tidak bisa menerima. Pernyataan pasien dan atau keluarganya ( baik bisa menerima atau tidak bisa menerima ) harus dinyatakan dalam formulir yang ditanda-tangani ( informed consent ).<sup>26</sup>

### **2.3.2.4. Alur pelayanan**

Pasien yang memerlukan pelayanan ICU dapat berasal dari :

1. Pasien dari Unit Gawat Darurat.
2. Pasien dari High Care Unit.
3. Pasien dari Kamar Operasi atau kamar tindakan lain, seperti: kamar bersalin, ruang endoskopi, ruang dialisis, dan sebagainya.
4. Pasien dari bangsal ( ruang rawat inap ).

### **2.3.2.5. Sarana, Prasarana, dan Peralatan**

#### **a) Lokasi**

Dianjurkan satu kompleks 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 peraturan ruang yang adekuat. Disain berdasarkan klasifikasi pelayanan dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Desain berdasarkan klasifikasi pelayanan

Desain	ICU Primer	ICU sekunder	ICU Tersier
<b><u>Area Pasien:</u></b>	1 tempat cuci tangan tiap	1 tempat cuci tangan tiap	1 tempat cuci tangan tiap
<b>Unit terbuka 12-16 m<sup>2</sup></b>	2 tempat tidur	2 tempat tidur	2 tempat tidur
<b>Unit tertutup 16-20 m<sup>2</sup></b>	1 tempat cuci tangan tiap	1 tempat cuci tangan tiap	1 tempat cuci tangan tiap
<b>Outlet oksigen</b>	1	2	3 / tempat tidur
<b>Vakum</b>	-	1	3/ tempat tidur
<b>Stop kontak</b>	2/ tempat tidur	2/ tempat tidur	16/ tempat tidur
<b><u>Area kerja :</u></b>			
<b>Lingkungan</b>	<i>Air Conditioner</i>	<i>Air Conditioner</i>	<i>Air Conditioner</i>
<b>Suhu</b>	23 - 25 C <sup>o</sup>	23 - 25 C <sup>o</sup>	23 - 25 C <sup>o</sup>
<b>Humiditas</b>	50 – 70 %	50 – 70 %	50 – 70 %
<b>Ruang isolasi</b>	-	+	+
<b>Ruang</b>	+	+	+

---

<b>penyimpanan</b>			
<b>peralatan dan barang bersih</b>			
<b>Ruang tempat buang kotoran</b>	+	+	+
<b>Ruang perawat</b>	+	+	+
<b>Ruang staf dokter</b>	-	+	+
<b>Ruang tunggu keluarga pasien</b>	-	+	+
<b>Laboratorium</b>	Terpusat	24 jam	24 jam

---

### c) Peralatan

Peralatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas sangat membantu kelancaran pelayanan. Uraian peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU dapat dilihat pada tabel 5. Berikut ini adalah ketentuan umum mengenai peralatan:

1. Jumlah dan macam peralatan bervariasi tergantung tipe, ukuran, dan fungsi ICU dan harus sesuai dengan beban kerja ICU, disesuaikan dengan standar yang berlaku.
2. Terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat.
3. Peralatan dasar meliputi:
  - Ventilasi mekanik.
  - Alat hisap.
  - Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas.
  - Peralatan akses vaskuler.



- Peralatan monitor invasif dan non-invasif.
  - Defibrilator dan alat pacu jantung.
  - Alat pengatur suhu pasien.
  - Peralatan drain thorax.
  - Pompa infus dan pompa syringe.
  - Peralatan portable untuk transportasi.
  - Tempat tidur khusus.
  - Lampu untuk tindakan.
  - Continuous Renal Replacement Therapy.
4. 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.
5. 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 5. Peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU

<b>Peralatan</b>	<b>ICU Primer</b>	<b>ICU Sekunder</b>	<b>ICU tersier</b>
<b>Ventilasi mekanik</b>	Standar (sesuai jumlah bed)	Canggih (sesuai jumlah bed)	Canggih (sesuai jumlah bed)
<b>Alat hisap</b>	+ (sesuai jumlah bed)	+ (sesuai jumlah bed)	+ (sesuai jumlah bed)
<b>Alat ventilasi</b>	+	+	+

<b>manual dan alat penunjang jalan nafas</b>	(sesuai jumlah bed + 1 )	(sesuai jumlah bed + 1 )	(sesuai jumlah bed + 1 )
<b>Peralatan akses vaskuler</b>	+	+	+
<b>Peralatan monitor:</b>			
• <b>Invasif</b>			
○ <b>Monitor tekanan darah invasif</b>	-	+/- (Sesuai jumlah bed)	+ (Sesuai jumlah bed)
○ <b>Tekanan vena sentral</b>	+	+	+
○ <b>Tekanan baji a. Pulomonalis (Swan Ganz)</b>	-	-	+ ( 5 unit )
• <b>Non Invasif</b>			
○ <b>Tekanan darah</b>	+	+	+
○ <b>EKG dan Laju Jantung</b>	+	+	+
○ <b>Saturasi oksigen</b>	+	+	+

(pulse oxymeter)	-	+	+
○ <b>Kapnografi</b>		(minimal 1)	(minimal 1)
<b>Suhu</b>	+	+	+
	(Sesuai jumlah bed)	(Sesuai jumlah bed)	(Sesuai jumlah bed)
<b>EEG/BIS Monitor</b>	-	+	+
<b>Defribilator</b>	+	+	+
	(1 Unit)	(1 Unit)	(1 Unit)
<b>Alat pacu jantung</b>	-	-	+
<b>Alat pengatur suhu pasien</b>	+	+	+
	(Sesuai jumlah bed)	(Sesuai jumlah bed)	(Sesuai jumlah bed)
<b>Peralatan drain thorax</b>	+	+	+
<b>Pompa infus dan pompa syringe</b>	+/+	+/+	+/+
		(2x jumlah bed/ 3x jumlah bed )	(2x jumlah bed/ 3x jumlah bed )
<b>Bronchoscopy</b>	-	1 unit	1 unit
<b>Echokardiografi</b>	-	1 unit	1 unit
<b>Peralatan portable untuk transportasi (ventilasi dan monitor)</b>	1 unit	2 unit	2 unit
<b>Tempat tidur khusus ICU</b>	+	+	+
	(Sesuai jumlah bed)	(Sesuai jumlah bed)	(Sesuai jumlah bed)
<b>Lampu untuk</b>	+	+	+

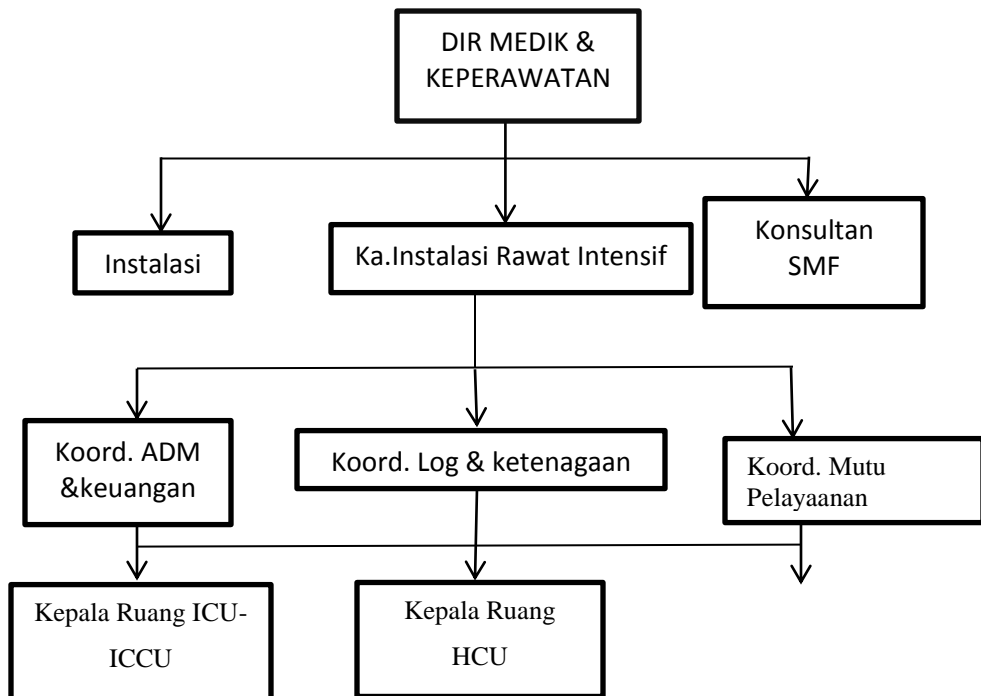
<b>tindakan</b>	(minimal 1)	(minimal 1)	(minimal 1)
<b>Hemodialysis</b>	-	+	+
		(1 Unit)	(1 Unit)
<b>CRRT</b>	-	+	+
		(1 Unit)	(1 Unit)

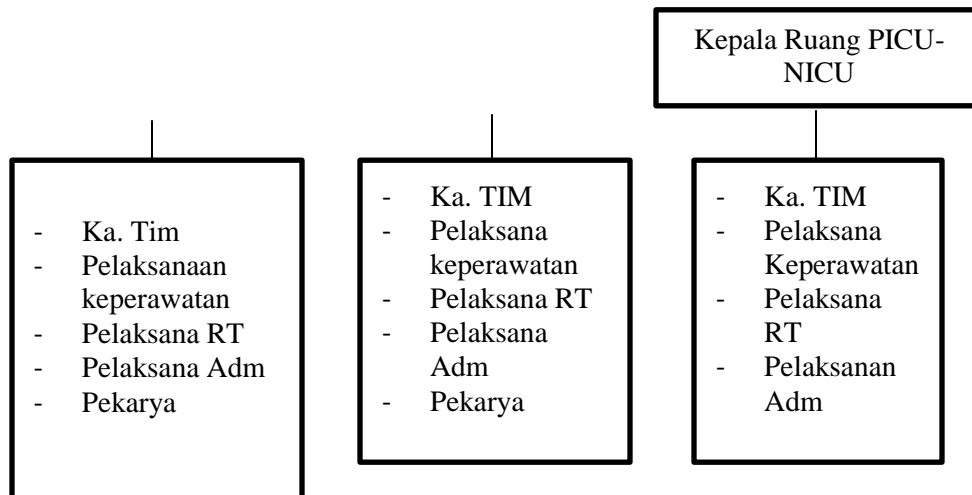
### 2.3.2.6. Pengorganisasian

#### a) Struktur organisasi

Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang optimal dari program pelayanan ICU di Rumah Sakit perlu ditata pengorganisasian pelayanan dengan tugas dan wewenang yang jelas dan terinci baik secara administrative maupun secara teknis disesuaikan dengan jenis dan kelas rumah sakit, sarana, prasarana, dan peralatan, serta ketenagaan.

Gambar 1. Struktur Organisasi bagi RS dengan Pelayanan primer/sekunder/tersier





Kualitas pelayanan perawatan pasien ICU akan berjalan dengan optimal, apabila organisasi pelayanan kesehatan rumah sakit ditata dengan baik. Semakin baik organisasi tersebut, maka tujuan pelayanan perawatan akan semakin optimal.

b) Uraian Tugas

Uraian tugas masing-masing personil tim adalah sebagai berikut:

1) Kepala ICU

Tugas Pokok :

- a. Menyelenggarakan upaya pelayanan ICU sesuai dengan kemampuan ketenagaan yang ada.
- b. Menyelenggarakan dan melaksanakan kerjasama lintas program dan lintas sektoral dengan berbagai disiplin dan sektor yang terkait.

Uraian Tugas :

- a. Merencanakan/membuat rencana kerja kebutuhan tim setiap tahunnya.

- b. Menyelenggarakan pelayanan ICU berdasarkan rencana kebutuhan ketenagaan, sesuai kebijaksanaan yang telah ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
- c. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, penelitian, serta pengembangan ilmu.
- d. Menyelenggarakan rujukan, baik di dalam maupun ke dan dari luar rumah sakit.
- e. Menyelenggarakan kerjasama dengan TIM/SMF (Staf Medik Fungsional) lain di RS, serta hubungan lintas program dan lintas sektoral melalui direktur rumah sakit.
- f. Bertanggung jawab atas laporan berkala pelayanan ICU.
- g. Bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan ICU di rumah sakit.
- h. Bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit melalui direktur pelayanan medik.
- i. Mengadakan supervise dan pembinaan pelayanan ICU di rumah sakit.

## 2) Koordinator pelayanan

Tugas Pokok :

- a. Menyediakan kelengkapan fasilitas, sarana dan prasarana sesuai dengan kegiatan yang ada, peraturan sumber daya manusia yang dibutuhkan sehingga kegiatan pelayanan ICU berjalan dengan lancar.

- b. Menyelenggarakan upaya pelayanan ICU serta melaksanakan rujukan ke dan dari SMF lain bila perlu.

Uraian Tugas :

- a. Merencanakan/membuat rencana kerja serta rencana kebutuhan ICU setiap tahunnya .
- b. Menyediakan kelengkapan pelayanan ICU berdasarkan kebijaksanaan yang telah ditetapkan oleh ketua tim pelayanan ICU.
- c. Menyediakan kelengkapan tugas pendidikan, latihan dan penelitian serta pengembangan sesuai kebijakan tim.
- d. Menyelenggarakan kerjasama dengan SMF di Rumah Sakit.
- e. Bertanggung jawab kepada kepala ICU atas penyelenggaraan pelayanan ICU di RS.

### 3) Dokter Intensivists/ Dokter Spesialis/ Dokter

Tugas pokok : Melaksanakan pelayanan ICU dan membantu melaksanakan pendidikan serta pelatihan.

Uraian Tugas :

- a. Bertindak sebagai anggota tim di pelayanan ICU
- b. Melaksanakan re-evaluasi pasien dan menentukan program selanjutnya bagi pasien.
- c. Mengirim kembali dan menyampaikan jawaban konsultatif kepada dokter pengirim.

- d. Bertanggung jawab atas pelaksanaan program pelayanan ICU kepada koordinator pelayanan ICU
- e. Membantu pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga perawat di lingkungan pelayanan ICU
- f. Bekerjasama dengan semua pihak dalam membantu penelitian pengembangan ilmu kedokteran intensif.

#### 4) Perawat

Tugas pokok : Mengelola pelayanan dan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan serta evaluasi pada pasien ICU.

Uraian tugas:

- a. Bertindak sebagai anggota tim ICU di semua jenis pelayanan
- b. Melaksanakan semua program perawatan, sesuai rencana keperawatan yang disepakati oleh tim.
- c. Melaksanakan re-evaluasi pasien dengan mengusulkan program keperawatan selanjutnya bagi pasien.
- d. Bertanggung jawab atas pelaksanaan program perawatan ICU kepada koordinator pelayanan ICU.
- e. Melaksanakan pelatihan bagi tenaga perawat di lingkungan ICU.

#### 5) Koordinator administrasi dan keuangan

Tugas Pokok :



Melaksanakan tata persuratan dan kearsipan, rumah tangga dan kebidaharaan yang baik serta sistem dokumentasi dan pelaporan pelayanan ICU.

Uraian Tugas :

- a. Menjawab surat-surat masuk.
- b. Membantu kepala ICU dalam membuat laporan hasil kegiatan dan keuangan secara berkala.
- c. Mengatur kebutuhan dan kegiatan kerumahtanggaan sehari-hari.
- d. Pemeliharaan sarana dan kebutuhan untuk kelancaran pelayanan.
- e. Membuat laporan berkala mengenai barang rusak, mutasi barang dan lain-lain.

### **2.3.3. Pelayanan *High Care Unit* / HCU**

Pelayanan *High Care Unit*/HCU adalah tindakan medis yang dilaksanakan melalui pendekatan tim multidisiplin yang dipimpin oleh dokter spesialis yang telah mengikuti pelatihan dasar-dasar ICU. Anggota tim terdiri dari dokter spesialis dan dokter serta perawat yang bekerja secara interdisiplin dengan fokus pelayanan pengutamaan pada pasien yang membutuhkan pengobatan, perawatan, dan

pemantuan secara ketat sesuai dengan standar operasional yang berlaku di Rumah Sakit.<sup>27</sup>

Pelayanan HCU meliputi pemantauan pasien secara ketat, menganalisa hasil pemantauan, melakukan tindakan medik, dan asuhan perawatan yang diperlukan.<sup>27</sup>

### **2.3.3.1. Tindakan medik dan asuhan keperawatan**

1. Bantuan Hidup Dasar/ *Basic Life Support* (BHD/BLS) dan Bantuan Hidup Lanjut/ *Advanced Life Support* (BHL/ALS).<sup>27</sup>

a. Jalan nafas (Airway)

Membebaskan jalan nafas, bila perlu menggunakan alat bantu jalan nafas, seperti pipa oropharingeal atau nasopharingel. Dokter HCU juga harus mampu melakukan intubasi endotrakeal bila diindikasikan segera memindah/merujuk pasien ke ICU.

b. Pernafasan/ ventilasi (Breathing) : Mampu melakukan bantuan nafas.

c. Sirkulasi(Circulation) : Resusitasi cairan, tindakan defibrilasi, tindakan kompresi jantung luar.

2. Terapi oksigen.<sup>27</sup>

3. Penggunaan obat-obatan untuk pemeliharaan/stabilisasi.<sup>27</sup>

4. Nutrisi enteral atau nutrisi parenteral campuran.<sup>27</sup>

5. Fisioterapi sesuai keadaan pasien.<sup>27</sup>

6. Evaluasi seluruh tindakan dan pengobatan yang telah diberikan.<sup>27</sup>

### **2.3.3.2. Sarana, prasarana dan peralatan.**

## 1. Kebutuhan ruangan

Ruangan HCU dibagi menjadi beberapa area yang terdiri dari:

### a. Area pasien :

- 1) Unit terbuka 12-16 m<sup>2</sup> / tempat tidur.
- 2) Unit tertutup 16-20 m<sup>2</sup> / tempat tidur.
- 3) Jarak antara tempat tidur : 2 m.
- 4) Unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur.
- 5) Unit tertutup mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 1 tempat tidur.
- 6) Harus ada sejumlah outlet yang cukup sesuai dengan level ICU. ICU tersier paling sedikit memiliki 3 outlet udara-tekan, dan 3 pompa isap dan minimal 16 stop kontak untuk tiap tempat tidur.
- 7) Pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi klinis dengan lampu TL day light 10 m<sup>2</sup> . Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain dari unit juga memperhatikan privasi pasien.<sup>26</sup>

## 2. Area HCU :

### a. Lingkungan

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

### b. Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersi

Untuk menyimpan monitor, ventilasi mekanik, pompa infus dan pompa *syringe*, peralatan dialisis, alat-alat sekali pakai, cairan penggantung infus, troli, penghangat darah, alat hisap, linen dan penyimpanan barang dan alat bersih.

c. Ruang tempat pembuangan alat

Ruang untuk pembersihan alat-alat, pemeriksaan urine, pengosongan dan pembersihan pispot dan botol urine. Desain unit menjamin tidak ada kontaminasi.

d. Ruang staf

Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh staf yang bertugas.<sup>26</sup>

### **2.3.4. Kriteria Masuk dan Keluar ICU**

1) Kriteria masuk ICU

Pasien – pasien yang masuk dalam ruang ICU didasarkan atas skala prioritas 1,2, atau 3. Prioritas pasien masuk ICU sebagai berikut:

- Pasien prioritas 1

Kelompok pasien ini merupakan pasien sakit kritis atau tidak stabil yang memerlukan perawatan intensif dengan bantuan alat – alat ventilasi, monitoring dan obat – obatan vasoaktif kontinyu dan lain-lain.<sup>26</sup>

- Pasien prioritas 2

Kelompok pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari ICU. Jenis pasien ini beresiko, sehingga memerlukan terapi intensif segera, karenanya pemantauan intensif menggunakan metoda tertentu sangat menolong, misalnya penyakit akut dan berat atau pasca pembedahan mayor.<sup>26</sup>

- Pasien Prioritas 3

Pasien jenis ini sakit kritis dan tidak stabil di mana status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya, baik masing –

masing atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan / atau mendapatkan manfaat dari terapi di ICU. <sup>26</sup>

2) Indikasi pasien keluar

Kriteria pasien keluar dari ICU mempunyai 3 prioritas yaitu :

- Pasien prioritas 1

Pasien dipindahkan apabila pasien tersebut tidak membutuhkan lagi perawatan intensif, atau jika terapi mengalami kegagalan, prognosa jangka pendek buruk, sedikit kemungkinan bila perawatan intensif diteruskan. <sup>26</sup>

- Pasien prioritas 2

Pasien ini dikeluarkan apabila hasil pemantauan menunjukkan bahwa perawatan dan pemantauan intensif selanjutnya tidak diperlukan lagi. <sup>26</sup>

- Pasien prioritas 3

Pasien prioritas 3 dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah berakhir, tetapi ada kemungkinan dikeluarkan lebih dini apabila kemungkinan kesmbuhannya atau manfaat untuk pulih kembali amat kecil dan keuntungan dari terapi intensif selanjutnya sangat kecil. <sup>26</sup>