



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 834/MENKES/SK/VII/2010**

TENTANG

**PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN *HIGH CARE UNIT* (HCU)
DI RUMAH SAKIT**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat terhadap penyakit menular maupun tidak menular diselenggarakan pelayanan *High Care Unit* (HCU) di rumah sakit;
- b. bahwa dalam rangka menyelenggarakan pelayanan HCU yang berkualitas dan mengedepankan keselamatan pasien di rumah sakit perlu disusun suatu pedoman;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *High Care Unit* (HCU) 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);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Per/Menkes/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN HIGH CARE UNIT (HCU) DI RUMAH SAKIT.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- KEDUA : Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *High Care Unit* (HCU) 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 HCU.
- KEEMPAT : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota bersama organisasi profesi terkait melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Keputusan ini.
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 9 Juli 2010



MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 834/MENKES/SK/VII/2010
Tanggal : 9 Juli 2010

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN *HIGH CARE UNIT* (HCU) DI RUMAH SAKIT

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Peningkatan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di Rumah Sakit secara terus menerus ditingkatkan sejalan dengan kebutuhan masyarakat dan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran. Pengembangan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit juga diarahkan guna meningkatkan mutu dan keselamatan pasien serta efisiensi biaya dan kemudahan akses segenap masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Pelayanan *High Care Unit* (HCU) di Rumah Sakit perlu ditingkatkan secara berkesinambungan dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat yang semakin meningkat sebagai akibat penyakit menular maupun tidak menular seperti: demam berdarah, malaria, cedera, keracunan, penyalahgunaan NAPZA, HIV, penyakit jantung pembuluh darah, diabetes mellitus dan gagal ginjal.

Pedoman ini disusun sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam rangka penyelenggaraan pelayanan HCU yang berkualitas dan mengedepankan keselamatan pasien di Rumah Sakit serta menjadi acuan penyusunan standar prosedur operasional pelayanan HCU di Rumah Sakit Pemerintah maupun Swasta.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. Falsafah

Pelayanan HCU pada hakekatnya bertujuan dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kondisi kesehatan pasien dengan mendayagunakan sumber daya manusia berkompeten dan profesional menggunakan peralatan dan obat-obatan sesuai dengan standar dan pedoman yang berlaku.

C. Maksud dan Tujuan

1. Maksud disusunnya pedoman penyelenggaraan pelayanan HCU ini untuk menjadi acuan bagi Rumah Sakit dan tenaga kesehatan yang terkait dalam menyelenggarakan pelayanan HCU.
2. Tujuan pedoman penyelenggaraan pelayanan HCU ini adalah sebagai berikut:
 - a. Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien HCU.
 - b. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pemanfaatan pelayanan ICU bagi pasien kritis stabil yang hanya membutuhkan pelayanan di HCU.
 - c. Meningkatkan dan mengembangkan sumber daya manusia kesehatan, sarana dan prasarana serta peralatan HCU.

D. Ruang Lingkup

Pelayanan HCU diberikan kepada pasien dengan kondisi kritis stabil yang membutuhkan pelayanan, pengobatan dan observasi secara ketat.

E. Sasaran

1. Direktur Rumah Sakit.
2. Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota
3. Dokter dan Perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan layanan HCU

F. Pengertian

1. *High Care Unit* (HCU) adalah unit pelayanan di Rumah Sakit bagi pasien dengan kondisi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran yang stabil yang masih memerlukan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat.
2. Pelayanan HCU adalah pelayanan medik pasien dengan kebutuhan memerlukan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat dengan tingkat pelayanan yang berada di antara ICU dan ruang rawat inap (tidak perlu perawatan ICU namun belum dapat dirawat di ruang rawat biasa karena memerlukan observasi yang ketat).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Penyelenggaraan HCU disesuaikan dengan kemampuan SDM, Sarana dan Prasarana rumah sakit masing-masing.
4. *Separated/conventional/freestanding HCU* adalah HCU yang berdiri sendiri (*independent*), terpisah dari ICU.
5. *Integrated* HCU adalah HCU yang menjadi satu dengan ICU.
6. Paralel HCU adalah HCU yang terletak berdekatan (bersebelahan) dengan ICU.

II. PENGORGANISASIAN

A. Kedudukan HCU

Secara struktural HCU dapat berada di bawah Departemen/SMF/Instalasi tertentu sesuai dengan klasifikasi dan jenis Rumah Sakit termasuk ketersediaan fasilitas, sarana prasarana dan peralatan kedokteran serta tenaga kesehatan.

Pada Rumah Sakit kelas D dan C yang belum memiliki kemampuan pelayanan ICU, kedudukan HCU berada di bawah Instalasi Gawat Darurat. Untuk Rumah Sakit yang telah memiliki ICU, kedudukan HCU dalam menjalankan fungsi pelayanan dan fungsi pendidikan di bawah koordinasi ICU.

Untuk mewujudkan pelayanan HCU yang optimal perlu adanya kebijakan tata kelola manajemen tertulis meliputi uraian tugas dan tanggung jawab yang terinci maupun secara klinis/teknis medis yang dituangkan dalam standar prosedur operasional HCU.

B. Sumber Daya Manusia (SDM)

Pelayanan HCU dilakukan oleh Tim terdiri dari Dokter Spesialis dan Dokter serta dibantu oleh Perawat. Tim Pelayanan HCU tersebut telah mendapatkan pelatihan dasar HCU yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi. Adapun susunan Tim Pelayanan HCU adalah sebagai berikut:

1. Koordinator :
Dokter Spesialis yang telah mengikuti pelatihan dasar-dasar ICU.
2. Anggota :
 - a. Dokter Spesialis/Dokter yang telah mengikuti pelatihan *Basic Life Support*.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b. Perawat yang telah mengikuti pelatihan *Basic Life Support* dan dapat melakukan pemantauan menggunakan peralatan monitor.

Jumlah Dokter Spesialis, Dokter dan Perawat disesuaikan dengan jam kerja pelayanan HCU 24 jam, beban kerja dan kompleksitas kasus pasien yang membutuhkan pelayanan HCU.

SDM pelayanan HCU diharuskan untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan secara berkelanjutan guna mempertahankan dan meningkatkan kompetensinya sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran.

III. PENYELENGGARAAN PELAYANAN HCU

Penyelenggaraan pelayanan HCU harus memperhatikan ketersediaan SDM Kesehatan, sarana, prasarana dan peralatan yang tersedia di rumah sakit serta beban kerja pelayanan, memperhatikan tata letak ruangan/bangunan dan kemudahan akses dengan unit pelayanan lain yang terkait.

A. Pelayanan HCU

Pelayanan HCU adalah tindakan medis yang dilaksanakan melalui pendekatan Tim multidisiplin yang terdiri dari Dokter Spesialis dan Dokter serta dibantu oleh Perawat yang bekerja secara interdisiplin dengan fokus pelayanan pengutamaan pada pasien yang membutuhkan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku di Rumah Sakit.

Pelayanan HCU meliputi pemantauan pasien secara ketat, menganalisis hasil pemantauan dan melakukan tindakan medik dan asuhan keperawatan.

Ruang lingkup pemantauan yang harus dilakukan antara lain:

1. Tingkat kesadaran.
2. Fungsi pernapasan dan sirkulasi dengan interval waktu minimal 4 (empat) jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien.
3. Oksigenasi dengan menggunakan oksimeter secara terus menerus.
4. Keseimbangan cairan dengan interval waktu minimal 8 (delapan) jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tindakan medik dan asuhan keperawatan yang dilakukan adalah:

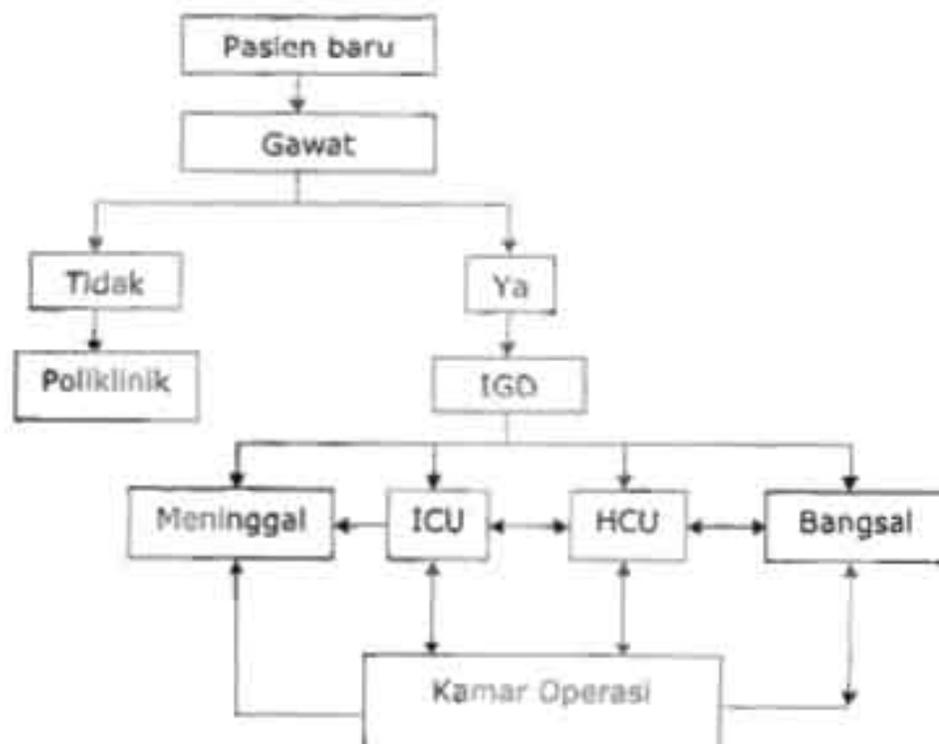
1. Bantuan Hidup Dasar / *Basic Life Support* (BHD/BLS) dan Bantuan Hidup Lanjut / *Advanced Life Support* (BHL/ALS)
 - a. Jalan nafas (*Airway*):
Membebaskan jalan nafas (sampai dengan melakukan intubasi endotrakeal).
 - b. Pernafasan/ventilasi (*Breathing*):
Mampu melakukan bantuan nafas (*breathing support*).
 - c. Sirkulasi (*Circulation*):
 - 1) Mampu melakukan resusitasi cairan
 - 2) Mampu melakukan defibrilasi
 - 3) Mampu melakukan kompresi jantung luar
2. Terapi oksigen.
3. Penggunaan obat-obatan untuk pemeliharaan/stabilisasi (obat inotropik, obat anti nyeri, obat aritmia jantung, obat-obat yang bersifat vasoaktif, dan lain-lain).
4. Nutrisi enteral atau parenteral.
5. Fisioterapi sesuai dengan keadaan pasien.
6. Evaluasi seluruh tindakan dan pengobatan yang telah diberikan.

B. Alur Pelayanan

Pasien yang mendapatkan pelayanan HCU dapat berasal dari:

1. Pasien dapat berasal dari ICU
2. Pasien dapat berasal dari UGD
3. Pasien dapat berasal dari Kamar Operasi
4. Pasien dapat berasal dari bangsal (Ruang Rawat Inap)

Bagan 1. Alur pasien dari dan ke HCU





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C. Indikasi Masuk dan Indikasi Keluar

Penentuan indikasi pasien yang masuk ke HCU dan keluar dari HCU serta pasien yang tidak dianjurkan untuk dirawat di HCU ditentukan berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Indikasi Masuk
 - a. Pasien dengan gagal organ tunggal yang mempunyai risiko tinggi untuk terjadi komplikasi.
 - b. Pasien yang memerlukan perawatan perioperatif.
2. Indikasi Keluar
 - a. Pasien sudah stabil yang tidak lagi membutuhkan pemantauan yang ketat.
 - b. Pasien yang memburuk sehingga perlu pindah ke ICU.
3. Yang tidak perlu masuk HCU
 - a. Pasien dengan fase terminal suatu penyakit (seperti: kanker stadium akhir).
 - b. Pasien/keluarga yang menolak untuk dirawat di HCU (atas dasar "informed consent").

Contoh Kasus Indikasi Masuk Berdasarkan Keluhan Sistem Organ

A. SISTEM KARDIOVASKULER :

1. Miokard infark dengan hemodinamika stabil .
2. Gangguan irama jantung dengan hemodinamika stabil.
3. Gangguan irama jantung yang memerlukan pacu jantung sementara/menetap dengan hemodinamika stabil.
4. Gagal jantung kongestif NYHA Class I dan II.
5. Hipertensi "urgensi" tanpa ada gagal organ target.

B. SISTEM PERNAPASAN :

Gangguan pernapasan yang memerlukan fisioterapi yang intensif dan agresif.

C. SISTEM SARAF :

1. Cedera Kepala Sedang sampai Berat/stroke yang stabil dan memerlukan tirah baring dan memerlukan pemeliharaan jalan nafas secara khusus, seperti hisap lendir berkala.
2. Cedera sumsum tulang belakang bagian leher yang stabil.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

D. SISTEM SALURAN PENCERNAAN

Perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas tanpa hipotensi ortostatik dan respon dengan pemberian cairan.

E. SISTEM KELENJAR BUNTU (ENDOKRIN)

DKA dengan infus insulin yang konstan.

F. PEMBEDAHAN:

Pascabedah besar dengan hemodinamik stabil tapi masih memerlukan resusitasi cairan.

G.KEBIDANAN DAN KANDUNGAN:

Pre Eklamsia pada kehamilan atau pascapersalinan.

D.Sarana, Prasarana dan Peralatan

Pengadaan sarana, prasarana, dan peralatan HCU mengikuti pedoman seperti berikut:

1. Lokasi : Bergantung dari model yang dipilih.
 - a. *Integrated* : bergabung dengan ICU
 - b. *Paralel* : bersebelahan dengan ICU
 - c. *Separated* : terpisah dengan ICU (dapat dibuat di setiap bagian : bagian bedah, bagian neurologi, penyakit dalam, anak, bagian kebidanan, dan lain-lain).
2. Desain :
 - a. Luas daerah untuk satu tempat tidur adalah 3 x 3 meter
 - b. Mempunyai alat pendingin ruangan (AC)
 - c. Ventilasi baik, memiliki *exhaust fan*
 - d. Pencahayaan cukup
 - e. Lantai bersih
 - f. Memiliki sumber energi listrik cadangan
 - g. Luas ruangan disesuaikan dengan kebutuhan
 - h. Jumlah tempat tidur disesuaikan dengan kebutuhan
 - i. Memiliki sumber oksigen (sentral / tabung)
 - j. Memiliki tempat cuci tangan (wastafel) yang disesuaikan dengan jumlah tempat tidur
3. Peralatan
 - a. *Bedside Monitor* (yang bisa memonitor tekanan darah nadi secara berkala, EKG, dan oksimetri).
 - b. Defibrilator



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c. Alat penghisap lendir (*Suction Pump*) (Sentral atau Manual)
- d. Alat pembebas jalan nafas (*Laringoskop*, *Pipa Endotracheal*, dan lain-lain)
- e. Alat akses pembuluh darah
- f. Pompa infus (*Infusion Pump/ Syringe pump*)
- g. Alat transportasi pasien

E. Penjaminan Mutu

Kualitas pelayanan HCU dapat dinilai dengan beberapa penilaian objektif, seperti:

1. Penurunan skoring derajat keparahan pasien, seperti: *SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)*, *SAPS (Simplified Acute Physiology Score)*, dan sebagainya.
2. Jumlah pasien yang pindah ke ICU.
3. Angka kejadian infeksi nosokomial.
4. Angka kejadian *stress ulcer*.
5. Angka kejadian *phlebitis*.
6. Angka kejadian dekubitus.

F. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan di pelayanan HCU meliputi pencatatan rekam medis pasien dan pelaporan kegiatan pelayanan Rumah Sakit yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pencatatan rekam medis pada pelayanan HCU sangat dibutuhkan oleh Tim untuk pemantauan dan evaluasi yang berkesinambungan dan sebagai dasar pertimbangan dalam mengambil keputusan untuk melakukan tindakan medis serta untuk kepentingan perlindungan hukum bagi Dokter/Dokter Spesialis.

G. Pembiayaan

Pembiayaan penyelenggaraan pelayanan HCU bagi RS pemerintah dapat diperoleh dari :

1. APBD
2. APBN
3. Jamkesda
4. Jamkesmas
5. Asuransi Kesehatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA.

6. Masyarakat dan sumber pembiayaan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

H. Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan kesehatan adalah upaya untuk mengarahkan, memberikan dukungan serta mengawasi pengembangan dan pemberdayaan penyelenggaraan kesehatan.

Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit dengan melibatkan organisasi profesi dan masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing yang dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, perizinan, 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.

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan HCU di Rumah Sakit dapat dilakukan secara internal maupun eksternal.

Adapun ruang lingkup pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit meliputi:

1. Teknis medis, yaitu upaya evaluasi mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh profesi medis internal oleh Komite Medik dan eksternal oleh organisasi profesi.
2. Teknis manajemen perumahsakitannya yaitu pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan dan kinerja keuangan.

Dalam rangka pelaksanaan pembinaan dan pengawasan, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dapat memberikan sanksi hukum dan administrasi berupa teguran, teguran tertulis, denda atau pencabutan izin sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

IV. PENUTUP

Pedoman *High Care Unit* ini disusun dalam rangka memberikan acuan bagi Rumah Sakit yang telah maupun akan menyelenggarakan pelayanan HCU yang bermutu, aman, efektif dan efisien dengan mengutamakan keselamatan pasien. Oleh karena itu, setiap Rumah Sakit diharapkan dapat menyesuaikan dengan ketentuan yang terdapat dalam buku pedoman ini dan dapat mengembangkannya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.

Rumah Sakit yang belum memiliki ICU dan telah memiliki HCU diharapkan dapat mengembangkan sumber daya (tenaga dan sarana) sehingga kelak dapat membentuk ICU yang merupakan pelayanan lanjutan dari HCU.

Rumah Sakit yang telah memiliki ICU dan HCU diharapkan tetap menjaga kualitas HCU sehingga berfungsi sebagai mana diharapkan.



MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH