

BAB II

STUDI LITERATURE

Pada bab ini akan dikemukakan tentang: (1) Konsep keperawatan Kritis, (2) Konsep *Code Blue* , (3) Kriteria *Team Blue* (3) Kerangka Teori.

2.1 Konsep Keperawatan Kritis

2.1.1 Definisi

Keperawatan kritis merupakan bidang keperawatan yang memerlukan perawatan berkualitas tinggi dan komprehensif (Laura Ed all. 1997). Perawat kritis adalah perawat profesional yang resmi yang bertanggung jawab untuk memastikan pasien dengan sakit kritis dan keluarga pasien mendapatkan kepedulian optimal (AACN, 2006). Dalam keperawatan kritis waktu adalah vital. Sedangkan Istilah kritis memiliki arti yang luas penilaian dan evaluasi secara cermat dan hati-hati terhadap suatu kondisi krusial dalam rangka mencari penyelesaian/jalan keluar.

American Association of Critical-Care Nurses (AACN) mendefinisikan Keperawatan kritis adalah keahlian khusus di dalam ilmu perawatan yang dihadapkan secara rinci dengan manusia (pasien) dan bertanggung jawab atas masalah yang mengancam jiwa. Perawat kritis adalah perawat profesional yang resmi yang bertanggung jawab untuk memastikan pasien dengan sakit kritis dan keluarga pasien mendapatkan kepedulian optimal (AACN, 2006). American Association of Critical Care Nurses (AACN, 2012) juga menjelaskan secara spesifik bahwa asuhan keperawatan kritis mencakup diagnosis dan penatalaksanaan respon manusia terhadap penyakit aktual atau potensial yang mengancam kehidupan. Lingkup praktik asuhan keperawatan kritis

didefinisikan dengan interaksi perawat kritis, pasien dengan penyakit kritis, dan lingkungan yang memberikan sumber-sumber adekuat untuk pemberian perawatan.

Salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari – hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan waktu tanggap atau *respons time* sangat tergantung pada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit (Haryatun & Sudaryanto, 2008).

Respons time merupakan waktu antara dari permulaan suatu kejadian gawat darurat hingga ditanggapi oleh petugas kesehatan dengan kata lain dapat disebut waktu tanggap, waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu ≤ 5 menit (Menteri Kesehatan RI, 2008 dalam Ade 2018).

2.1.2 Prinsip keperawatan kritis

Pasien kritis adalah pasien dengan perburukan patofisiologi yang cepat yang dapat menyebabkan kecacatan maupun kematian sedangkan penanganan antara dari permulaan suatu kejadian gawat darurat hingga ditanggapi oleh petugas kesehatan dengan kata lain dapat disebut waktu tanggap, waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu ≤ 5 menit (Menteri Kesehatan RI, 2008 dalam Ade 2018). Ruang dalam penanganan gawat darurat dan kritis dalam rumah sakit terdiri dari:

1. Unit Gawat Darurat (IGD)

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah area di dalam sebuah rumah sakit yang dirancang dan digunakan untuk memberikan standar perawatan gawat darurat untuk pasien yang membutuhkan perawatan akut atau mendesak. (Queensland Health ED, 2012 dalam puti 2015). Unit ini memiliki tujuan utama yaitu untuk menerima, melakukan triase, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu (Australian College for Emergency Medicine, 2014 dalam Puti 2015)

Penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving it's Live Saving*. Artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi tersebut pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas 2-3 menit pada manusia dapat mengakibatkan kematian yang fatal. (Sutawijaya, 2009 dalam dwi 2016).

Dalam pelayanan IGD ada pembagia tingkat kegawat daruratan pasien yang di sebut dengan *Tiage*. *Triage* adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Terapi didasarkan pada keadaan ABC (Airway, dengan cervical spine control, Breathing dan Circulation dengan control pendarahan). *Triage* berlaku untuk pemilahan penderita baik di lapangan maupun di rumah sakit (Musliha, 2010) dalam IGD *Simple Triage And Rapid Treatment (START)* merupakan tindakan pertama yang sering di lakukan untuk melakukan

penanga. Prinsip dari START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan masif arteri. START dapat dengan cepat dan akurat tidak boleh lebih dari 60 detik perpasien dan mengklasifikasi pasien ke dalam kelompok terapi:

1. Hijau: pasien sadar dan dapat jalan dipisahkan dari pasien lain, walking wounded dan pasien histeris.
2. Kuning/delayed: semua pasien yang tidak termasuk golongan merah maupun hijau.
3. Merah/immediate (10%-20% dari semua kasus): semua pasien yang ada gangguan air way, breathing, circulation, disability and exposure. Termasuk pasien-pasien yang bernafas setelah air way dibebaskan, pernafasan > 30 kali permenit, capillary refill > 2 detik.
4. Hitam: meninggal dunia

Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit dari Depkes RI (2010):

1. Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan : melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilitasi (life saving).
2. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
3. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
4. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.

5. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
6. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)
- 7) Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

2. Unit perawatan intensif (ICU)

Suatu bagian dari Rumah Sakit yang mandiri dengan staf khusus dan perlengkapan yang khusus yang di tujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien- pasien yang menderita penyakit akut, cedera tau penyulit yang mengancam nyawa atau potensi mengancam nyawa (KEMENKES.2010) kriteria pasien masuk ICU Penilaian objektif atas berat dan prognosis penyakit hendaknya digunakan sebagai dasar pertimbangan dalam menentukan prioritas masuk ke ICU (KEMENKES.2010)

1. Pasien prioritas 1

Pasien yang termasuk dalam prioritas ini adalah pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi, seperti: dukungan / bantuan ventilasi, alat penunjang fungsi organ / system yang lain, infus obat - obat vasoaktif / inotropic, obat anti aritmia, serta pengobatan lain – lainnya secara kontinyu dan tertitrasi.

2. Pasien prioritas 2

Kriteria pasien ini memerlukan pelayanan peralatan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan pulmonary arterial catheter. Pasien yang tergolong dalam prioritas 2 adalah pasien yang menderita penyakit dasar jantung – paru, gagal ginjal akut dan berat, dan pasien yang telah mengalami pembedahan mayor.

3. Pasien prioritas 3

Pasien yang termasuk kriteria ini adalah pasien kritis yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada kriteria ini sangat kecil.

Alur pelayanan ICU di RS (Kemenkes RI, 2011) Pasien yang memerlukan pelayanan ICU berasal dari:

1. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD)
2. Pasien dari *High Care Unit* (HCU)
3. Pasien dari kamar operasi atau kamar tindakan lain seperti kamar bersalin, ruang endoskopi, ruang dialysis, dan sebagainya.
4. Pasien dari bangsal (Ruang Rawat Inap)
4. Intensive Care Coronary Unit (ICCU)

Ruangan Intensive Coronary Care Unit (ICCU) adalah unit pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan perawatan khusus

pada pasien yang memerlukan perawatan yang intensif akibat mengalami gangguan jantung dan pembuluh darah dengan melibatkan tenaga kesehatan terlatih serta didukung dengan kelengkapan peralatan khusus pula

Baik UGD, ICU, maupun ICCU adalah unit perawatan pasien kritis dimana perburukan patofisiologi dapat terjadi secara cepat yang dapat berakhir dengan kematian (Hyzy. 2010).

2.2 Konsep Dasar *Code Blue*

2.2.1 Defini

Code Blue adalah kode warna sistem manajemen darurat rumah sakit yang menandakan adanya seorang pasien yang sedang mengalami serangan jantung (*Cardiac Arrest*) atau mengalami situasi gagal nafas akut (*Respiratory Arrest*). Dan situasi darurat lainnya yang menyangkut dengan nyawa pasien dan membutuhkan intervensi medis darurat agar terciptanya stabilisasi situasi darurat medis yang terjadi dalam wilayah rumah sakit (Ghamdi, Essawy, & Qahtani, 2014 dalam ade. 2018).

Proses *Code Blue* menekankan pada rantai kelangsungan hidup (*the chain of survival*) diantaranya yang pertama adalah mendeteksi segera kondisi korban dan meminta pertolongan (*early access*), rantai kedua adalah resusitasi jantung paru (RJP) segera (*early cardiopulmonary resuscitation*), rantai ketiga adalah defibrilasi segera (*early defibrillation*), rantai keempat adalah tindakan bantuan hidup lanjut segera (*early advanced cardiovascular life support*) dan rantai kelima

adalah perawatan paska henti jantung (*post cardiac-arrest care*) (Leon, Ricardo, Stephen, & Mary, 2011 dalam Ade. 2018)

Keberhasilan waktu tanggap atau *respons time* sangat tergantung pada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian. Waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu ≤ 5 menit (Menteri Kesehatan RI, 2008). Jika waktu tanggap ≤ 5 menit dapat di katakan waktu tanggap cepat, sedangkan jika ≤ 5 menit, merupakan waktu tanggap lambat (AHA,2018)

2.2.2 Tujuan Code Blue

Berdasarkan manajemen kegawatdaruratan di rumah sakit Sultanah Aminah Johor Bahru dalam ade 2018 menyatakan bahwa, tujuan dari Code Blue adalah (Saed & Mohd, 2017):

1. Untuk menyediakan penanganan resusitasi dan stabilisasi korban gawat darurat yang mengalami permasalahan *cardio-respiratory* dan kejadian gawat darurat lainnya dalam lingkungan rumah sakit.
2. Untuk membentuk tim terlatih yang dapat digunakan untuk penanganan cepat dari rumah sakit.
3. Untuk memulai pelatihan keterampilan Basic Life Support (BLS) dan penggunaan Automated defibrillator eksternal (AED) untuk semua staf rumah sakit yang berbasis klinis atau non klinis.
4. Untuk memulai penempatan peralatan Basic Life Support (BLS) di berbagai lokasi strategis di dalam lingkungan rumah sakit untuk memfasilitasi respon cepat untuk keadaan gawat darurat

5. Untuk membuat rumah sakit aman dan siap tanggap untuk keadaan gawat darurat.

2.2.3 Fase menangani *Code Blue*

Dalam menanggapi kejadian *Code Blue* tahapan/fase dalam pelaksanaannya terdiri dari beberapa fase diantaranya (Ade.2018)

1. Alert System

Alert System merupakan sistem yang terkoordinasi di suatu tempat untuk mengaktifkan peringatan terjadinya keadaan darurat medis dalam rumah sakit untuk anggota *Code Blue Team*. Jika keadaan darurat medis terjadi, setiap personil rumah sakit mana saja dalam dapat mengaktifkan *Code Blue* melalui telepon atau panggilan untuk membantu dan mengaktifkan *Code Blue*. ada 2 Alert System yaitu:

1.) Local Alert

Sistem ini bergantung pada mekanisme yang dibuat oleh Zona Koordinator, contoh: Pengumuman melalui sistem *Code Blue* lalu akan menampilkan nama-nama *Code Blue Team* di lokasi yang strategis zona mereka setelah kasus *Code Blue* terjadi, tim Primer harus meninggalkan pekerjaannya dan mengambil tas *Code Blue* lalu bergegas ke lokasi dan memulai CPR / BLS.

2.) Hospital Alert

Saat *Code Blue* diaktifkan hal itu akan langsung terhubung ke Medical Emergency Call Center (MECC) dan *Code Blue Team* yang bertanggung jawab atau yang berada di sekitar tempat darurat akan menanggapi situasi *Code Blue* sesegera mungkin.

Para anggota tim akan memobilisasi alat resusitasi dan bergegas ke lokasi gawat darurat. Jika ada tim yang tidak yakin apakah lokasi gawat darurat berada di daerah mereka cakupan, mereka tetap harus menanggapi alarm *Code Blue*.

5. Intervensi segera di tempat kejadian

Tenaga rumah sakit di tempat di mana keadaan gawat darurat terjadi (pasien tidak sadar atau dalam *cardiac* atau *respiratory arrest*) memiliki tanggung jawab untuk meminta bantuan lebih lanjut, memulai resusitasi menggunakan keterampilan dari BLS serta peralatan yang lengkap.

- 1) Nomor *Code Blue* dan nomor MECC akan ditempatkan di bangsal, departemen, divisi, unit, kantor, lift, koridor, kantin, taman-taman, tempat parkir, trotoar dll dan lokasi lainnya dalam rumah sakit.
- 2) Petugas rumah sakit yang menemukan korban harus segera mengaktifkan pemberitahuan lokal untuk *Code Blue Team* atau menginstruksikan seseorang untuk melakukannya, mereka juga harus meminta bantuan lebih lanjut jika tersedia.
- 3) Pada saat yang sama, aktivasi pemberitahuan rumah sakit harus dilakukan dengan menekan tombol *Code Blue* rumah sakit.
- 4) Pihak yang bertanggung jawab atau bertanggung jawab atas daerah tertentu (misalnya dari ruangan lain) juga harus diberitahu untuk datang ke lokasi segera.

- 5) Sambil menunggu kedatangan *Code Blue Team*, jika ada petugas rumah sakit yang terlatih BLS, mereka harus memulai BLS (posisi airway, bantuan pernapasan, kompresi dada dll).
- 6) Jika tidak ada staf BLS terlatih untuk pasien, petugas rumah sakit harus menunggu bantuan yang berpengalaman dan menjaga lokasi dari kerumunan orang.
- 7) Jika monitor jantung, defibrillator manual atau *Automated defibrillator eksternal* (AED) tersedia, peralatan ini harus melekat kepada pasien untuk menentukan kebutuhan defibrilasi; Tahap ini dilakukan oleh staf yang berpengalaman atau staf terlatih *Advance Cardiac Life Support* (ACLS).
- 8) Setiap departemen, divisi, atau unit harus berusaha untuk memastikan bahwa staf mereka dilatih keterampilan BLS dan alat resusitasi atau troli emergency dilengkapi setidaknya peralatan dasar resusitasi dan ditempatkan di lokasi strategis.
- 9) Petugas rumah sakit di masing-masing ruangan akan bertanggung jawab untuk pemeliharaan resusitasi kit.
- 10) Jika pasien berhasil diresusitasi sambil menunggu kedatangan tim *Code Blue*, petugas rumah sakit yang ada di lokasi harus menempatkan pasien dalam posisi pemulihan dan memantau tanda-tanda vital.
- 11) Semua kasus *Code Blue* harus dievaluasi lebih lanjut hasilnya

6. Kedatangan Code Blue Team

- 1) setelah anggota *Code Blue Team* menerima aktivasi *Code Blue*, mereka harus menghentikan tugas mereka saat ini, mengumpulkan resusitasi kit mereka (tas peralatan) dan bergegas ke lokasi darurat medis.
- 2) Mereka harus mengerahkan diri mereka sendiri dengan cepat dan lancar serta menggunakan rute terpendek.
- 3) Respon waktu (layanan standar) dari waktu dari *Code Blue call* / aktivasi kedatangan *Code Blue Team* di tempat kejadian akan disimpan.
- 4) Ketika kedatangan *Code Blue* mengalami penundaan karena berbagai alasan; Oleh karena itu, kebutuhan untuk *Code Blue team* untuk tidak hanya terdiri dari satu staf tetapi juga staf dari departemen lain. Selain itu, sangat penting bahwa setiap tenaga medis di lokasi kejadian mulai langkah BLS.
- 5) Jika korban masih dalam *cardiac* dan *respiratory* ketika tim respon *Code Blue* tiba di tempat kejadian, tim akan mengambil alih tugas resusitasi; staf di tempat kejadian harus tinggal di sekitar untuk memberikan bantuan tambahan jika diperlukan.
- 6) Setiap kasus *Code Blue* akan kirim ke ETD terlepas kondisi pasien baik mempertahankan kembalinya sirkulasi spontan (ROSC) atau tidak. Dalam ETD, disposisi pasien akan diputuskan setelah integrasi pasca perawatan serangan jantung.

7. Perawatan Definitif

1) Keadaan darurat medis yang terjadi di setiap daerah baik klinis atau non-klinis dan baik melibatkan rawat inap atau rawat jalan (umum) akan dihadiri oleh *Code Blue team*, pasien ini akan diangkut ke ETD untuk resusitasi lanjut dan perawatan definitif dimana ditempat ini biasanya tidak memiliki infrastruktur yang memadai dan peralatan untuk perawatan lanjutan.

2) Jika resusitasi tidak berhasil (korban meninggal di TKP), korban masih perlu ditransfer ke ETD untuk dokumentasi lebih lanjut atau konfirmasi kematian.

3) Setiap kasus *code blue* akan menerima perawatan definitive setelah perawatan pasca integrasi serangan jantung dan diskusi dalam ETD.

8. Peralatan dan pelatihan (Ade. 2018)

1) Semua tingkat staf rumah sakit harus cukup terlatih setidaknya BLS dan penggunaan AED.

2) AED dan alat resusitasi dasar harus ditempatkan di berbagai tempat di rumah sakit yang mudah diakses untuk tenaga medis dan *Code Blue Team*

3) Peralatan *Code Blue Team* terdiri dari beberapa zona diantaranya zona risiko rendah dimana peralatannya terdiri dari sarung tangan, pocket masker, guerdel/oropharyngeal airway, kotak pertolongan. Pada zona resiko tinggi dan ETD peralatan *Code Blue Team* terdiri dari oksigen tangki dan tabung, pocket mask, bag-valve mask

defibrillator manual atau AED, sarung tangan sekali pakai dan steril, perangkat Extraglottic (LMA / LT), kursi roda atau tandu, stetoskop, alat suntik dan jarum, infus set, glucometer, obat-Dextrose 50%, Dextrose 10%, Normal Saline, Adrenalin, Atropin, Amiodarone, Diazepam, GTN Tab dan Aspirin, sphygmomanometer, torch light

- 4) Lanjutan pelatihan dapat diperoleh melalui bagian Diklat Rumah Sakit.
- 5) Pemeliharaan alat resusitasi ini adalah tanggung jawab staf yang bekerja di tempat alat ditempatkan.
- 6) Peralatan dan obat - untuk diperiksa dan diisi kembali setelah setiap respon *Code Blue*.

2.2.4 Alur *Code Blue*

Algoritma *Code Blue* merupakan urutan atau langkah-langkah dalam menanggapi kejadian *Code Blue* yang terjadi adapun Algoritma *Code Blue* antara lain (Saed & Mohd, 2017 dalam Ade 2018) :

1. Ditemukan pasien *Cardiac/Respiratory* arrest
2. Staff rumah sakit memanggil pertolongan dan mengaktifasi alarm atau menghubungi nomor telepon *Code Blue Team*
3. Penolong pertama terlebih dahulu melakukan BLS/CPR bila memiliki skill yang mumpuni sampai *Code Blue Team* datang. Jika tidak mampu melakukan BLS/CPR tunggu pertolongan datang dan amankan pasien
4. Setelah aktifasi *Code Blue*, petugas yang bertugas di sekitar tempat kejadian bergegas menuju lokasi dengan membawa alat resusitasi

5. Setelah *Code Blue Team* datang, *Code Blue Team* akan mengambil /alih resusitasi dan RJP dilanjutkan dan mendokumentasikan semua kegiatan yang dilakukan
6. Pindahkan pasien secepat mungkin setelah pasien stabil untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut, jika resusitasi berhasil atau korban meninggal di tempat, pasien tetap harus dipindahkan untuk mendapat perawatan lebih lanjut atau konfirmasi kematian.

2.3 *Code Blue Team*

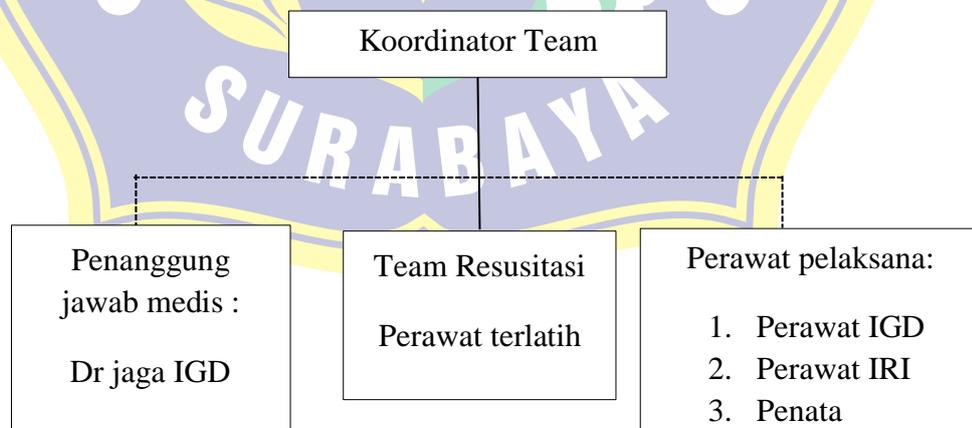
Code Blue Team (CBT) adalah tim yang terdiri dari dokter dan paramedis yang ditunjuk sebagai "Code-team", yang secara cepat ke pasien untuk melakukan tindakan penyelamatan. Tim ini menggunakan crash-cart, kursi roda/tandu, alat - alat penting seperti defibrilator, peralatan intubasi, suction, oksigen, ambubag, obat-obatan resusitasi (adrenalin, atropin, lignocaine) dan IV set untuk menstabilkan pasien (Saed & Mohd, 2017 dalam Ade 2018).

Code Blue Team merupakan tim yang selalu tersedia sepanjang waktu dan cepat tanggap dalam menanggapi keadaan gawat darurat. Dimana *Code Blue Team* primer merupakan tim yang berisikan anggota tim yang telah menguasai pelatihan Basic Life Support (BLS). *Code Blue Team* terdiri dari 3 sampai 4 anggota antara lain (RS Islam Jemursari, 2015 dalam Ade 2018):

1. Koordinator tim Dijabat oleh dokter ICU/NICU yang bertugas mengkoordinir segenap anggota tim. dengan Kualifikasi:
 - 1) Memiliki SIP yang masih berlaku.
 - 2) Memiliki ATLS atau ACLS.

- 3) Memiliki kewenangan klinis dalam hal kegawatdaruratan medis
2. Penanggung Jawab Medis yang dijabat oleh dokter jaga/ dokter ruangan yang bertugas untuk mengidentifikasi awal / triage pasien, memimpin penanggulangan pasien saat terjadi kegawatdaruratan, memimpin tim saat pelaksanaan RJP dan menentukan sikap selanjutnya.
3. Perawat pelaksana dimana tugasnya antara lain bersama dokter pemanggungjawab medis melakukan triage pada pasien dan membantu dokter penanggungjawab medis menangani pasien gawat darurat.
4. Tim resusitasi didalamnya terdapat perawat terlatih dan dokter ruangan /dokter jaga dimana tugasnya memberikan bantuan hidup dasar kepada pasien gawat darurat, melakukan resusitasi jantung paru kepada pasien gawat darurat

Setiap anggota Code Blue Team akan memiliki tanggung jawab yang ditunjuk seperti pemimpin tim, manajer *airway*, kompresi dada, *IV line*, persiapan obat dan defibrilasi. Setiap anggota tim yang ditunjuk harus membawa hand phone.



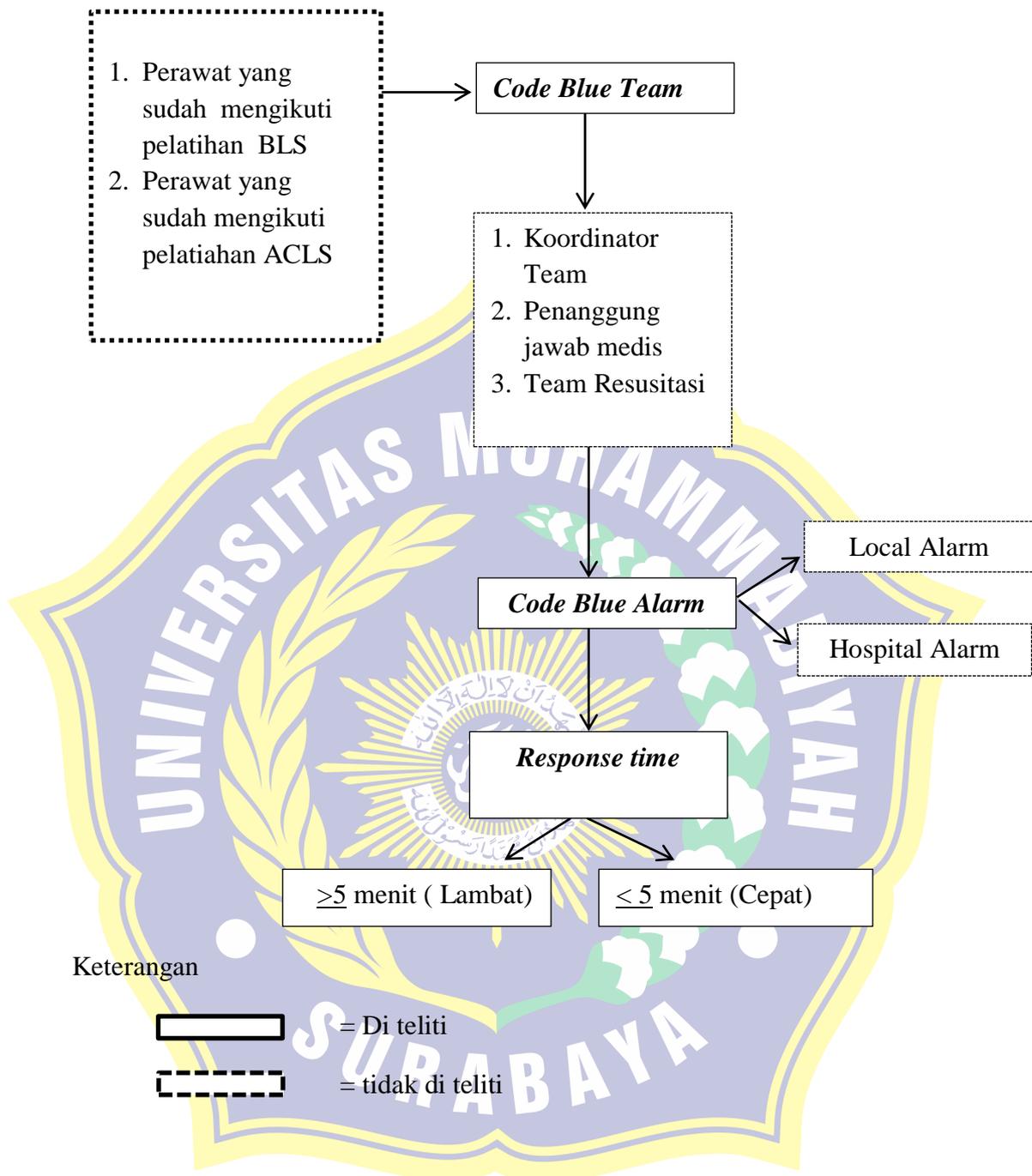
2.3.1 Keanggotaan *Code Blue Team*

1. Ketua Tim Code Blue adalah dokter umum, dengan kualifikasi :
 - 1) Memiliki SIP yang masih berlaku.
 - 2) Memiliki ATLS atau ACLS.
 - 3) Memiliki kewenangan klinis dalam hal kegawatdaruratan medis.
2. Anggota Tim Code Blue, terdiri dari (UPTD Puskesmas Baturetno I Kab Wonogiri.2018) :
 - 1) Supervisi, dengan Kualifikasi:
 - (1) Memiliki SIP yang masih berlaku.
 - (2) Memiliki sertifikat PPGD.
 - (3) Memiliki kewenangan klinis dalam hal kegawatdaruratan medis.
 - 2) Perawat jaga yang bertanggung jawab saat itu.
 - (1) Memiliki SIP yang masih berlaku.
 - (2) Memiliki sertifikat PPGD.
 - (3) Memiliki kewenangan klinis dalam hal kegawatdaruratan medis.
3. Petugas Binroh
4. Security
5. Farmasi

2.3.2 Syarat Perawat Menjadi Keanggotaan *Team Code Blue*

1. Perawat yang telah suda mengitu pelatihan BLS
2. Perawata yang mengikuti pelatihan ACLS

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 kerangka Konseptual kecepatan *Response Time Code Blue Team* dalam *Code Blue Alarm* dirumah sakit siti khodijah sepanjang