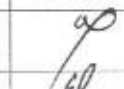
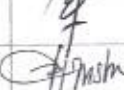

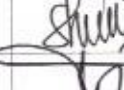
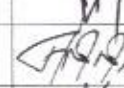


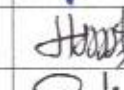
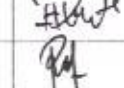
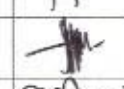
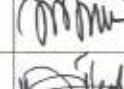








**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 046/PER/DIR/RSIH/IV/2022**

**TENTANG  
PANDUAN PELAYANAN PASIEN  
RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN  
PELAYANAN RISIKO TINGGI**

**LEMBAR VALIDASI**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR: 046/PER/DIR/RSIH/IV/2022**  
**TENTANG**  
**PANDUAN PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN PELAYANAN**  
**RISIKO TINGGI**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
<b>Penyusun</b>	:	Iman Nurjaman, S.Kep., Ners	Kepala Unit Gawat Darurat		13.04.2022
	:	Elis Dida Junica, A.Md.Kep	Kepala Unit Rawat Jalan		13.04.2022
	:	Dwi Ishmi Novanti, S.Farm., Apt	Kepala Unit Farmasi		13.04.2022
	:	Baga Erlangga, S.Kep	Kepala Ruangan Asoka		13.04.2022
	:	Tresna Suci Novalani W, A.Md.Kep	Kepala Ruangan Akasia		13.04.2022
	:	Yeliani Rachmi Fauzi, A.Md.Kep	Kepala Ruangan Anturium		13.04.2022
	:	Hinda Setiawati, A.Md.Kep	Kepala Unit Intensif Dewasa		13.04.2022
	:	Resti Fauziah, A.Md.Kep	Kepala Unit Intensif Anak		13.04.2022
	:	Lia Susilawati, S.Kep., Ners	Kepala Unit Kamar Bedah		13.04.2022
	:	Yusti Meliana, A.Md.Keb	Kepala Unit Kamar Bersalin		13.04.2022
	:	Aceng Hilman, A.Md RMIK, SST	Kepala Unit Reka Medis		13.04.2022
	:	Deliani Putri Hadrian, Amd.Ak	Kepala Unit Laboratorium		13.04.2022
	:	Resti Septianisa, A.Md.Rad	Kepala Unit Radiologi		13.04.2022
	:	Ryan Herlan Fauzi, S.Kep., Ners	Manajer Pelayanan Pasien		13.04.2022
<b>Verifikator</b>	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		13.04.2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		13.04.2022
<b>Validator</b>	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		13.04.2022

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 046/PER/DIR/RSIH/IV/2022**  
**TENTANG**  
**PANDUAN PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI**  
**DAN PENYEDIAAN PELAYANAN RISIKO TINGGI**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa untuk penyelenggaraan Pelayanan pada pasien berisiko tinggi atau pelayanan berisiko tinggi dibuat berdasarkan populasi yaitu pasien anak, pasien dewasa dan pasien geriatri
- b. bahwa Rumah sakit mengidentifikasi dan memberikan asuhan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi sesuai kemampuan, sumber daya dan sarana prasarana yang mumpuni
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b maka Direktur perlu menetapkan Panduan Pelayanan Pasien Risiko Tinggi Dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290 Tahun 2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;



8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan
9. Depkes RI, 2011. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
10. KKP, PERSI (2006). Membangun Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Lokakarya program KP-RS. 17 November 2006;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
12. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
13. Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021-S2 tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
14. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

### MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TENTANG PANDUAN PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN PELAYANAN RISIKO TINGGI**
- KESATU :** Memberlakukan Peraturan Direktur Utama Nomor 046/PER/DIR/RSIH/IV/2022 tentang Panduan Pelayanan Pasien Risiko Tinggi Dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi di Rumah Sakit Intan Husada.
- KEDUA :** Panduan Pelayanan Pasien Risiko Tinggi Dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan asuhan risiko tinggi di Rumah Sakit Intan Husada.
- KETIGA :** Panduan Pelayanan Pasien Risiko Tinggi Dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.

KEEMPAT : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 13 April 2022  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**

## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI .....	i
BAB I .....	1
DEFINISI .....	1
BAB II .....	2
RUANG LINGKUP .....	2
BAB III .....	3
TATA LAKSANA .....	3
BAB IV .....	9
DOKUMENTASI .....	9

## **BAB I DEFINISI**

Pelayanan yang memerlukan peralatan yang kompleks untuk pengobatan penyakit yang mengancam jiwa, risiko bahaya pengobatan, potensi yang membahayakan pasien atau efek toksik dari obat beresiko tinggi.

Rumah Sakit memberi pelayanan bagi berbagai macam pasien dengan berbagai variasi kebutuhan pelayanan kesehatan. Beberapa pasien yang digolongkan resiko tinggi karena umur, kondisi atau kebutuhan yang bersifat kritis. Anak dan lanjut usia umumnya dimasukkan dalam kelompok ini karena mereka sering tidak dapat menyampaikan pendapatnya, tidak mengerti proses asuhan dan tidak dapat ikut memberi keputusan tentang asuhannya. Demikian pula, pasien yang ketakutan, bingung atau koma tidak mampu memahami proses asuhan bila asuhan harus diberikan secara cepat dan efisien.

Rumah sakit juga menyediakan berbagai variasi pelayanan, sebagian termasuk yang beresiko tinggi karena memerlukan peralatan yang kompleks, yang diperlukan untuk pengobatan penyakit yang mengancam jiwa, sifat pengobatan, potensi yang membahayakan pasien atau efek toksik dari obat beresiko tinggi.

Pelayanan pada pasien berisiko tinggi membutuhkan prosedur, panduan praktik klinis (PPK), clinical pathway dan rencana perawatan yang akan mendukung PPA memberikan pelayanan kepada pasien secara menyeluruh, kompeten dan seragam

Penetapan Panduan Pelayanan Pasien Risiko Tinggi Dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi RS Intan Husada bertujuan untuk memberikan pelayanan asuhan kepada pasien berdasarkan populasi yaitu pasien anak, pasien dewasa dan pasien geriatrik.



## BAB II RUANG LINGKUP

Kelompok Pelayanan Pasien yang berisiko tinggi antara lain:

- A. Pasien Emergensi
- B. Pasien koma dan Pasien dengan alat bantu hidup
- C. Pasien risiko tinggi lainnya yaitu pasien dengan penyakit jantung, hipertensi, stroke dan diabetes
- D. Pasien dengan risiko bunuh diri
- E. Pelayanan pasien dengan penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menyebabkan kejadian luar biasa
- F. Pelayanan pada pasien dengan "*immuno-suppressed*";
- G. Pelayanan pada pasien yang *direstrain*
- H. Pelayanan pasien paliatif
- I. Pelayanan pada pasien risiko tinggi lainnya (misalnya tindakan CT-Scan dengan zat kontras)
- J. Pelayanan pada populasi pasien rentan, pasien lanjut usia (geriatri) misalnya anak-anak, dan pasien berisiko tindak kekerasan atau diterlantarkan misalnya pasien dengan gangguan jiwa.



### BAB III TATA LAKSANA

#### A. Pasien Emergensi

Pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak dilakukan pertolongan secepatnya. Pengkajian pada kasus gawat darurat dibedakan menjadi dua, yaitu : pengkajian primer dan pengkajian sekunder. Pertolongan kepada pasien gawat darurat dilakukan dengan terlebih dahulu melakukan survei primer untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang mengancam hidup pasien, barulah selanjutnya dilakukan survei sekunder. Tahapan pengkajian primer meliputi :

1. *Airway* : mengecek jalan nafas dengan tujuan menjaga jalan nafas disertai kontrol servikal
2. *Breathing* : mengecek pernafasan dengan tujuan mengelola pernafasan agar oksigenasi adekuat
3. *Circulation* : mengecek sistem sirkulasi disertai kontrol perdarahan
4. *Disability* : mengecek status neurologis
5. *Exposure, Environmel Control* : buka baju penderita tapi cegah hipotermia.  
Pengkajian primer bertujuan mengetahui dengan segera kondisi yang mengancam nyawa pasien.

Pengkajian primer dilakukan secara sekuensial sesuai dengan prioritas. Tetapi dalam prakteknya dilakukan secara bersamaan dalam tempo waktu yang singkat (kurang dari 10 detik) difokuskan pada Airway, Breathing, Circulation (A,B,C). Karena kondisi kekurangan oksigen merupakan penyebab kematian yang cepat. Kondisi ini dapat diakibatkan karena masalah sistem pernafasan ataupun bersifat sekunder akibat dari gangguan sistem tubuh yang lain. Pasien dengan kekurangan oksigen dapat jatuh dengan cepat ke dalam kondisi gawat darurat sehingga memerlukan pertolongan segera. Apabila terjadi kekurangan oksigen 6-8 menit akan menyebabkan kerusakan otak permanen, lebih dari 10 menit akan menyebabkan kematian. Oleh karena itu pengkajian primer pada penderita gawat darurat penting dilakukan secara efektif dan efisien.

#### B. Pasien koma dan Pasien dengan Alat Bantu Hidup

Pasien stupor dan koma berisiko tinggi untuk terjadinya *aspirasi*, yang disebabkan karena hilangnya refleks batuk dan muntah. *Hipoksi, endotracheal tube* (ETT) dengan intubasi merupakan cara yang paling efektif untuk menjaga jalan nafas baik dan oksigensasi yang adekuat. Bila pasien dalam keadaan koma yang dalam atau adanya tanda gangguan respirasi lebih baik dilakukan intubasi. Pada pasien stupor dengan pernafasan yang normal dapat kita berikan 100% oksigen dengan *face mask* sampai hipoksemia tidak kita temukan.

#### C. Pasien Risiko Tinggi Lainnya yaitu Pasien Dengan Penyakit Jantung, Hipertensi, Stroke Dan Diabetes

Pasien dengan penyakit jantung, hipertensi, stroke dan diabetes dilakukan pengkajian awal oleh PPA untuk dilakukan analisis dan dibuat perencanaan tindakan dan discharge planning sesuai dengan kondisi pasien

**D. Pasien dengan Risiko Bunuh Diri**

1. Petugas melakukan anamnesis singkat pada pasien dan atau keluarga dengan risiko bunuh diri
2. Petugas melakukan pemeriksaan fisik (status generalis, status neurologis) yang cermat dan lengkap, serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi
3. Petugas melakukan pengkajian khusus risiko bunuh diri dengan "kuesioner penilaian risiko bunuh diri"
4. Manajemen umum sesuai sesuai tingkat keberbahayaan pada kuesioner
5. Petugas melakukan strategi psikoterapi, psikoterapi, psikoedukasi, psikofarmaka dan intervensi psikososial termasuk didalamnya modifikasi lingkungan

**E. Pasien dengan Penyakit Menular Dan Penyakit Yang Berpotensi Menyebabkan Kejadian Luar Biasa**

1. Penerimaan pasien untuk perawatan terpisah adalah penting bahwa kondisi darurat penerimaan (dan pasien potensial untuk perawatan terpisah) untuk dipisahkan dari penerimaan bedah elektif untuk meminimalkan kemungkinan penyebaran infeksi. Pada pasien masuk harus dinilai untuk faktor risiko seperti diduga/infeksi dikonfirmasi dan kehadiran multi resisten organisme misalnya MRSA.

**2. Indikasi Perawatan Terpisah**

Untuk mengetahui apakah pasien memiliki indikasi masuk ke ruang perawatan terpisah atau tidak, dengan prioritas yang harus diberikan kepada pasien yang dicurigai atau dikonfirmasi:

Prioritas I :

- a. Pasien dengan risiko tinggi menularkan penyakit ke orang lain: Tuberkolosis BTA (+) dan tersangka TB, HIV, Varisela dan Herpes
- b. Pasien dengan daya tahan tubuh rendah (*immunocompromental*) yang mudah tertular orang lain; *Malignasi Hematologi (Leukimia)* dengan *Neutropenia*, *Febrile Neutropenia*, *Steven Jhonson*
- c. Pasien dengan iritabilitas tinggi yang mudah terangsang dengan suasana lingkungan : terutama grade I-II

Prioritas II

Pasien dengan penanganan khusus yang mengganggu kenyamanan pasien lain Hematomesis melena, Ketoasidosis Diabeticum (KAD)/ Hyperglikemia Hiperosmolar State (HHS).

**F. Pelayanan Pada Pasien Dengan "Immuno-Suppressed"**

Pasien yang mengalami imunitas rendah (*immunocompromised*) harus dilakukan upaya-upaya khusus yang bertujuan untuk melindungi pasien dari risiko tertular penyakit dari lingkungan maupun orang lain mulai dari area front office, Poliklinik/UGD, area penunjang (lab, radiologi), farmasi maupun area Rawat Inap.



### G. Pelayanan Pada Pasien Yang Di *Restrain*

*Restraint* adalah membatasi gerak atau membatasi kebebasan dengan metode yang disengaja terhadap gerakan/perilaku seseorang. Pasien yang diindikasikan dipasang *restrain* sebagai berikut:

1. Pasien menunjukkan perilaku yang berisiko membahayakan dirinya sendiri dan atau orang lain.
2. Tahanan pemerintah (yang legal/sah secara hukum) yang dirawat di rumah sakit.
3. Pasien yang membutuhkan tata laksana emergensi (segera) yang berhubungan dengan kelangsungan hidup pasien.
4. *Restraint* digunakan jika intervensi lainnya yang lebih tidak restriktif tidak berhasil/tidak efektif untuk melindungi pasien, staf, atau orang lain dari ancaman bahaya.

Ketentuan dalam penggunaan *restrain* di Rumah Sakit Intan Husada sebagai berikut:

1. Yang berwenang membuat keputusan mengenai penggunaan *restraint* adalah DPJP
  - a) Pengaplikasian *restraint* dilakukan berdasarkan instruksi dari DPJP
  - b) Jika DPJP tidak hadir saat dibutuhkan instruksi, maka tanggung jawab didelegasikan pada dokter jaga. Dokter yang menerima delegasi nantinya akan mengkonsultkan pasien kepada DPJP via telepon
2. Pengaplikasian *restraint* harus berdasarkan penilaian kebutuhan pasien, kondisi medis serta riwayat penyakit dan intervensi yang diberikan haruslah sesuai dengan kebutuhan dan kepentingan
3. *Restraint* digunakan sebagai cara/ alternatif terakhir jika metode restriktif lainnya tidak berhasil / tidak efektif untuk memastikan keselamatan pasien, staf, atau orang
4. Instruksi penggunaan *restraint* tidak boleh digunakan instruksi pro re nata (jika perlu)
  - a) Setiap episode penggunaan *restraint* harus dinilai dan dievaluasi serta berdasarkan instruksi
  - b) Jika pasien sudah terbebas dari penggunaan *restraint* dan kemudian menunjukkan perilaku yang membahayakan dan hanya dapat diatasi oleh re-aplikasi *restraint*, diperlukan instruksi baru untuk melakukan re-aplikasi.
  - c) Staf tidak boleh memberhentikan penggunaan *restrain* dan kemudian mereaplikasikannya kembali di bawah instruksi
5. Pengecualian Penggunaan *Restraint*
  - a) Penggunaan *side rails* yang diindikasikan harus tercatat di rekam medis pasien
  - b) Pada pasien dengan perilaku yang membahayakan diri sendiri penggunaan *restrain* untuk mencegah cedera/bahaya pada diri
  - c) Perilaku yang berbahaya dibuat berdasarkan penilaian
6. Penggunaan *restraint* yang bertujuan untuk manajemen perilaku destruktif/ membahayakan harus dievaluasi setiap :
  - a) 4 jam untuk dewasa > 18 tahun ke atas
  - b) 2 jam untuk anak dan remaja usia 9 – 17 tahun
  - c) 1 jam untuk anak < 9 tahun
7. Batasan evaluasi di atas tidak berlaku untuk manajemen perilaku non destruktif
8. Aplikasi *restraint* pada pasien dengan perilaku destruktif
  - a) Dievaluasi langsung 1 jam setelah instruksi *restraint* oleh dokter yang bertugas atau perawat jaga dan dicatat dalam rekam medis
  - b) Evaluasi meliputi :



- 1) Temuan terbaru mengenai kondisi pasien
- 2) Respon pasien terhadap *restraint*
- 3) Hasil evaluasi pasien
- 4) Perlu tidaknya untuk menghentikan/melanjutkan tindakan
9. Penggunaan *restraint* harus dipantau secara berkala dan jika kondisi membahayakan sudah teratasi segera hentikan penggunaan
10. Batas waktu penggunaan *restraint* maksimal 24 jam dan jika batas waktu *restraint* hampir berakhir, perawat harus segera melaporkan kondisi klinis pasien berdasarkan asesmen dan evaluasi terkini, serta menanyakan apakah instruksi *restraint* perlu dilanjutkan
11. Prosedur observasi sebelum dan setelah aplikasi *restraint*
  - a) Singkirkan semua benda yang berpotensi membahayakan, sebelum aplikasi *restraint*
  - b) Inspeksi keamanan tempat tidur, tempat duduk dan peralatan yang akan digunakan selama proses
  - c) Jelaskan alasan penggunaan *restraint*
  - d) Observasi pasien setelah aplikasi *restraint*
  - e) Penuhi kebutuhan pasien seperti : makan, minum, mandi dan *toileting*
  - f) Lakukan pemantauan secara berkala meliputi : tanda vital, posisi tubuh pasien, keamanan *restraint* dan kenyamanan pasien
  - g) Catat dan laporkan perubahan perilaku pasien

#### **H. Pelayanan Pasien Paliatif**

Petugas dalam memberikan pelayanan untuk pasien paliatif harus memiliki sikap peduli terhadap pasien (empati), menganggap pasien sebagai seorang individu karena setiap pasien adalah unik, mempertimbangkan budaya pasien seperti faktor etnis, ras, agama, dan faktor budaya lainnya yang bisa mempengaruhi penderitaan pasien. Persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya adalah mutlak diperlukan sebelum perawatan dimulai. Pasien dapat memilih tempat dilakukannya perawatan. Misalnya pasien dengan penyakit terminal dapat meminta untuk diberi perawatan di rumah sehingga dapat diberikan pelayanan kunjungan rumah.

#### **I. Pelayanan Pada Pasien Risiko Tinggi Lainnya (Misalnya Tindakan CT-Scan Dengan Zat Kontras)**

Pasien yang akan menjalani pemeriksaan penunjang dengan zat kontras dilakukan pengkajian spesifik terkait kondisi pasien dan dilakukan pemantauan setelah tindakan tersebut dilakukan untuk mengevaluasi respon pasien setelah mendapatkan zat kontras.

#### **J. Pelayanan Pada Populasi Pasien Rentan, Pasien Lanjut Usia (Geriatri) Misalnya Anak-Anak, Dan Pasien Berisiko Tindak Kekerasan Atau Diterlantarkan Misalnya Pasien Dengan Gangguan Jiwa.**

Pada usia lanjut gejala klinik gangguan jiwa seringkali berbeda dengan penderita usia lebih muda. Perubahan yang terjadi pada lanjut usia sejalan dengan periode penuaan menunjukkan adanya kelainan patologi yang multipel merupakan suatu tantangan dalam menilai gejala klinik, pemberian pengobatan dan rehabilitasi. Menua sehat seringkali digunakan sebagai sinonim dari bebas dari ketidakmampuan pada lanjut usia. Jadi menua sehat harus diikuti dengan lanjut usia yang aktif,



senantiasa berperan serta pada aktifitas sosial, budaya, spiritual, ekonomi dan peristiwa di masyarakat.

Psikogeriatric adalah cabang ilmu kedokteran yang memperhatikan pencegahan, diagnosis, dan terapi gangguan fisik dan psikologis atau psikiatrik pada lanjut usia. Saat ini disiplin ini sudah berkembang menjadi suatu cabang psikiatrik, analog dengan psikiatrik anak (Brocklehursts, Allen, 1987). Diagnosis dan terapi gangguan mental pada lanjut usia memerlukan pengetahuan khusus, karena kemungkinan perbedaan dalam manifestasi klinis, patogenesis dewasa muda dan lanjut usia (Weinberg, 1995; Kold-Brodie, 1982). Faktor penyulit pada pasien lanjut usia juga perlu dipertimbangkan, antara lain sering adanya penyakit dan kecacatan medis kronis penyerta, pemakaian banyak obat (polifarmasi) dan peningkatan kerentanan terhadap gangguan kognitif (Weinberg, 1995; Gunadi, 1984). Oleh karena itu pasien lansia dan cacat merupakan salah satu pasien yang berisiko tinggi yang perlu mendapat perhatian khusus.

1. Tata laksana perlindungan terhadap pasien usia lanjut dan gangguan kesadaran :
  - a) Pasien Rawat Jalan
    - 1) Pendampingan oleh petugas penerimaan pasien dan mengantarkan sampai tempat pemeriksaan yang dituju dengan memakai alat bantu bila diperlukan
    - 2) Perawat poli umum, spesialis dan gigi wajib mendampingi pasien untuk dilakukan pemeriksaan sampai selesai
  - b) Pasien Rawat Inap
    - 1) Penempatan pasien di kamar rawat inap sedekat mungkin dengan kamar perawat
    - 2) Perawat memastikan dan memasang pengaman tempat tidur
    - 3) Perawat memastikan bel pasien mudah dijangkau oleh pasien dan dapat digunakan
    - 4) Meminta keluarga untuk menjaga pasien baik oleh keluarga atau pihak yang ditunjuk dan dipercaya.
2. Tata laksana perlindungan terhadap penderita cacat
  - a) Petugas penerima pasien melakukan proses penerimaan pasien penderita cacat baik rawat jalan maupun rawat inap dan wajib membantu serta menolong sesuai dengan kecacatan yang disandang sampai proses selesai dilakukan.
  - b) Bila diperlukan, perawat meminta pihak keluarga untuk menjaga pasien atau pihak lain yang ditunjuk sesuai dengan kecacatan yang disandang.
  - c) Memastikan bel pasien mudah dijangkau oleh pasien dan memastikan pasien dapat menggunakan bel tersebut.
  - d) Perawat memasang dan memastikan pengaman tempat tidur pasien.
3. Tata laksana perlindungan terhadap anak-anak
  - a) Ruang perinatologi harus dijaga minimal satu orang perawat atau bidan, ruangan tidak boleh ditinggalkan tanpa ada perawat atau bidan yang menjaga.
  - b) Perawat meminta surat pernyataan secara tertulis kepada orang tua apabila akan dilakukan tindakan yang memerlukan pemaksaan.
  - c) Perawat memasang pengamanan tempat tidur pasien.

- d) Pemasangan CCTV di ruang perinatologi hanya kepada ibu kandung bayi bukan kepada keluarga yang lain.
- 4. Tata laksana perlindungan terhadap pasien yang berisiko disakiti (risiko penyiksaan, napi, korban dan tersangka tindak pidana, korban kekerasan dalam rumah tangga)
  - a) Pasien ditempatkan di kamar perawatan sedekat mungkin dengan kantor perawat.
  - b) Pengunjung maupun penjaga pasien wajib lapor dan mencatat identitas di kantor perawat, berikut dengan penjaga maupun pengunjung pasien lain yang satu kamar perawatan dengan pasien berisiko.
  - c) Perawat berkoordinasi dengan satuan pengamanan untuk memantau lokasi perawatan pasien, penjaga maupun pengunjung pasien.
  - d) Koordinasi dengan pihak berwajib bila diperlukan.

**K. Daftar Kelompok Pasien Berisiko Tinggi**

- 1. Pasien dengan cacat fisik dan mental
- 2. Pasien usia lanjut
- 3. Pasien bayi dan anak-anak
- 4. Pasien korban kekerasan dalam rumah tangga (KDRT)
- 5. Pasien narapidana, korban dan tersangka tindak pidana
- 6. Pasien dengan penyakit kronis seperti stroke, kanker, dan lainnya



## BAB IV DOKUMENTASI

No	Dokumen	Tata Laksana	PIC
1.	Pasien Emergensi	- Formulir Pengkajian UGD - Formulir observasi	Dokter Perawat
2.	Pasien Koma dan dan Pasien dengan Alat Bantu Hidup	- Formulir CPPT - Formulir Flow Sheet	Dokter Perawat
3.	Pasien risiko tinggi lainnya yaitu pasien dengan penyakit jantung, hipertensi, stroke dan diabetes	- Formulir CPPT - Formulir Flow Sheet	Dokter Perawat
4.	Pasien dengan risiko bunuh diri	-	Dokter Perawat
5.	Pelayanan pasien dengan penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menyebabkan kejadian luar biasa	- Formulir CPPT - Formulir Flow Sheet	Dokter Perawat
6.	Pelayanan pada pasien dengan "immuno-suppressed";	- Formulir CPPT - Formulir Flow Sheet	Dokter Perawat
7.	Pelayanan pada pasien yang <i>direstrain</i>	- Formulir CPPT - Formulir Flow Sheet - Formulir Restraint	Dokter Perawat
8.	Pelayanan pasien paliatif	- Formulir CPPT - Formulir Flow Sheet	Dokter Perawat
9.	Pelayanan pada pasien risiko tinggi lainnya (misalnya tindakan CT-Scan dengan zat kontras)	- Formulir Catatan Keperawatan CT Scan	Dokter Perawat
10.	Pelayanan pada populasi pasien rentan, pasien lanjut usia (geriatri) misalnya anak-anak, dan pasien berisiko tindak kekerasan atau diterlantarkan misalnya pasien dengan gangguan jiwa.	- Formulir Pengkajian Medis Rawat Jalan Geriatri - Formulir Pengkajian Medis Rawat Jalan Pediatrik - Formulir Pengkajian Keperawatan Rawat Jalan Anak - Formulir Pengkajian Medis Rawat Jalan Psikiatri - Formulir CPPT - Formulir Flow Sheet	Dokter Perawat