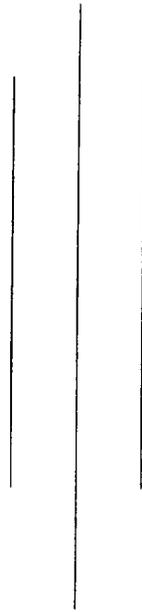


PEDOMAN PELAYANAN RESIKO TINGGI



Oleh :

PP

PEMERINTAHAN PROVINSI SUMATERA BARAT

RUMAH SAKIT Jiwa PROF. HB. SAANIN PADANG

2016

BAB I DEFINISI

A. PENGERTIAN

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.

B. TUJUAN

Pelayanan pada pasien beresiko tinggi berorientasi untuk dapat secara optimal memberikan pelayanan dan perawatan pasien dengan menggunakan sumber daya, obat-obatan dan peralatan sesuai standar dan pedoman yang berlaku. Panduan ini disusun dalam rangka penyelenggaraan pelayanan pasien beresiko tinggi yang berkualitas dan mengedepankan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.

BAB II RUANG LINGKUP

Kelompok pasien yang beresiko atau pelayanan yang beresiko tinggi antara lain:

1. Pelayanan kasus *emergency*/gawat darurat
2. Pelayanan resusitasi
3. Pelayanan pasien dengan alat pengikat (*restraint*)
4. Pelayanan pasien resiko bunuh diri
5. Pelayanan pasien yang rentan, lanjut usia dengan ketergantungan bantuan
6. Pasien risiko kekerasan

BAB III TATA LAKSANA

A. JENIS PELAYANAN PASIEN YANG BERESIKO

1. Pelayanan kasus *emergency*/gawat darurat

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 survey sekunder. Tahapan pengkajian primer meliputi:

A (*Airway*) memeriksa jalan nafas dengan tujuan menjaga jalan nafas disertai control servikal. B (*Breathing*) memeriksa pernafasan dengan tujuan mengelola pernafasan agar oksigenasi adekuat. C (*Circulation*) memeriksa system sirkulasi disertai control perdarahan. D (*Disability*) memeriksa status neurologis. E (*Exposure*) enviromental 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* (ABC). 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.

2. Pelayanan resusitasi jantung paru

Resusitasi jantung paru merupakan salah satu tindakan/usaha untuk mengembalikan fungsi jantung paru, tanpa tindakan ini, maka henti sirkulasi menyebabkan gangguan disfungsi serebral yang akhirnya dapat menyebabkan kematian sel otak yang irreversible. Tujuan resusitasi jantung paru (RJP) adalah untuk mengadakan kembali pembagian substrat sementara sehingga memberikan waktu untuk pemulihan fungsi jantung paru sehingga memberikan waktu untuk pemulihan fungsi jantung paru secara spontan. RJP dilakukan jika ada henti nafas dan henti jantung.

3. Pelayanan pasien dengan alat pengikat (*restraint*)

Definisi *restraint* ini berlaku untuk semua penggunaan *restraint* diunit dalam rumah sakit. Pada umumnya, jika pasien dapat

melepaskan suatu alat yang dengan mudah, maka alat tersebut tidak dianggap sebagai suatu *restraint*. Jika suatu tindakan memenuhi definisi *restraint*, hal ini tidak secara otomatis dianggap salah/tidak dapat diterima. Penggunaan *restraint* secara berlebihan dapat terjadi, tetapi pengambilan keputusan untuk mengaplikasikan *restraint* bukanlah suatu hal yang mudah. Suatu diskusi yang mendalam mengenai aspek etik, hukum, praktek dan profesionalisme dilakukan untuk membantu tenaga kesehatan (misalnya perawat) memahami perbedaan antara penggunaan *restraint* yang salah/tidak dapat ditolerir dengan kondisi yang memang memerlukan tindakan *restraint*.

Tidaklah memungkinkan untuk membuat suatu daftar mengenai jenis *restraint* apa saja yang dapat diterapkan kepada pasien dikarenakan mengaplikasikannya bergantung pada kondisi pasien saat itu. Suatu pembatasan fisik/mekanisme/kimia dapat diterapkan pada suatu kondisi tertentu, tetapi tidak pada kondisi lainnya.

4. Pelayanan pasien resiko bunuh diri

Bunuh diri merupakan tindakan yang secara sadar dilakukan oleh pasien untuk mengakhiri kehidupannya. Berdasarkan besarnya kemungkinan pasien melakukan bunuh diri, kita mengenal tiga macam perilaku bunuh diri, yaitu:

a. Isyarat Bunuh Diri

Ditunjukkan dengan berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri, misalnya dengan mengatakan: "Tolong jaga anak-anak

karena saya akan pergi jauh!” atau “Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya”. Pada kondisi ini pasien mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya namun tidak disertai ancaman dan percobaan bunuh diri. Pasien umumnya mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah/sedih/marah/putus asa/tidak berdaya. Pasien juga mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah.

b. Ancaman Bunuh diri

Umumnya diucapkan oleh pasien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif pasien telah memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai dengan percobaan bunuh diri. Walaupun dalam kondisi ini pasien belum pernah mencoba bunuh diri, pengawasan ketat harus dilakukan. Kesempatan sedikit saja dapat dimanfaatkan pasien untuk melaksanakan rencana bunuh dirinya.

c. Percobaan Bunuh diri adalah tindakan pasien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupannya. Pada kondisi ini, pasien aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi.

5. Pelayanan pasien yang rentan, lanjut usia dengan ketergantungan bantuan.

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 multiple 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 social, budaya, spiritual, ekonomi dan peristiwa di masyarakat.

Psikogeriatrici adalah cabang ilmu kedokteran yang memperhatikan pencegahan, diagnosis, dan terapi gangguan fisik dan psikologis ataupun psikiatrik pada lanjut usia. Saat ini disiplin ini sudah berkembang menjadi suatu cabang psikiatrik analog dengan psikiatrik anak (Brookhurst Allen, 1987). Diagnosis dan terapi gangguan mental pada lanjut usia memerlukan pengetahuan khusus, karena kemungkinan perbedaan dalam manifestasi klinis, pathogenesis dan patofisiologi gangguan mental antara pathogenesis dewasa muda dan lanjut usia (Weinberg, 1995; Kolb-Brodie, 1982). Faktor penyulit pada lanjut usia juga perlu dipertimbangkan, antara lain sering adanya penyakit dan kecatatan 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 beresiko tinggi yang perlu mendapat perhatian khusus. Oleh karena itu pasien lansia dan cacat merupakan salah satu pasien yang beresiko tinggi yang perlu mendapat perhatian khusus.

6. Pasien risiko kekerasan

Kekerasan Fisik adalah ekspresi dari apa baik yang dilakukan secara fisik yang mencerminkan tindakan agresi dan penyerangan pada kebebasan atau martabat seseorang. Kekerasan fisik dapat dilakukan oleh perorangan atau sekelompok orang. Perlindungan Pasien Terhadap Kekerasan Fisik adalah suatu upaya rumah sakit untuk melindungi pasien dari kekerasan fisik oleh pengunjung, pasien lain atau staf rumah sakit. Kekerasan fisik di rumah sakit dapat dialami oleh bayi baru lahir (neonatus) dan anak-anak, lansia, pasien koma dan perempuan.

Pasien dengan gangguan jiwa terkadang tidak bias mengendalikan perilakunya, sehingga pasien tersebut perlu dilakukan tindakan pembatasan gerak (*restraint*) atau menempatkan pasien di kamar isolasi. Tindakan ini bertujuan agar pasien dibatasi pergerakannya karena dapat menciderai orang lain atau diciderai orang lain. Bila tindakan isolasi tidak bermanfaat dan perilaku pasien tetap berbahaya, berpotensi melukai diri sendiri atau orang lain maka

alternative lain adalah dengan melakukan pengekangan/pengikatan fisik (*restraint*).

BAB IV DOKUMENTASI

1. Catatan perkembangan pasien terintegrasi
2. Formulir observasi pasien

BAB V PENUTUP

Demikian Buku Panduan Pelayanan Pasien Resiko Tinggi ini disusun untuk dapat digunakan sebagai pedoman dan pegangan seluruh karyawan RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Penyusunan Buku-Buku Panduan Pelayanan Pasien Resiko Tinggi ini adalah langkah awal suatu proses yang panjang, sehingga memerlukan dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak dalam penerapannya untuk mencapai tujuan.