

RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
PROF Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN R.I

Agenda Surat Masuk Nomor :

Diselesaikan oleh Penyelenggara : Dara

Diperiksa oleh : Kepala Seksi Yankep
Kasubag Umum

Dikirim :

Sifat Surat :

Nomor :

Jakarta,

Oktober 2020

Terlebih Dahulu :

MEMBACA

1 Komite Keperawatan

2 Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

3 Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

Ditetapkan :
Direktur Utama,



dr. Mursyid Bustami, Sp.S, (K), KIC, MARS
NIP 196209131988031002

Lampiran
Hal

: 1 (satu) berkas
: SPO Pemasangan dan Pelepasan Restrain
: SPO Identifikasi Pasien Gaduh Gelisah

1706
1707.

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PEMASANGAN DAN PELEPASAN RESTRAIN		
	No. Dokumen : OT.02.02/XXXIX.I/ 11706 /2020	No. Revisi : 00	Halaman : 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 27 Oktober 2020	Ditetapkan Direktur Utama:  dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002	
PENGERTIAN	Pembatasan yang disengaja terhadap perilaku atau gerakan seseorang, dengan menggunakan pembatasan fisik (pemasangan jaket restrain dan/atau tali fiksasi).		
TUJUAN	1. Mengoptimalkan perawatan pasien 2. Mencegah resiko pasien jatuh atau mengurangi resiko pasien jatuh 3. Meningkatkan keselamatan pasien		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor : HK.02.03/XXX/IX.I/18478/2019 tentang Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	A. Persiapan Alat Formulir dan Alat 1. Alat Restrain (tali atau jaket) 2. Formulir <i>informed consent</i> 3. Formulir Pengkajian dan Monitoring Restrain B. Persiapan Petugas dan Pasien 1. Cek intruksi dokter. Pada saat kondisi gawat darurat atau kejadian gaduh gelisah, pengekangan fisik dapat dilakukan tanpa instruksi dari dokter, namun sesegera mungkin (< 1 jam) perawat melaporkan pada dokter untuk mendapatkan legalitas tindakan baik secara verbal maupun tertulis. 2. Lakukan <i>hand hygiene</i> 3. Ucapkan salam dan perawat memperkenalkan diri 4. Lakukan verifikasi identitas pasien dengan mencocokkan gelang identitas 5. Jelaskan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien atau keluarga (<i>informed consent</i>) secara lisan maupun tertulis dikarenakan adanya kesulitan pasien untuk mengontrol perilakunya. Jelaskan bahwa tindakan pengekangan dilakukan untuk membantu pasien mengontrol perilakunya. 6. Jaga privacy pasien. 7. Atur posisi pasien C. Prosedur ➤ Pemasangan Pengekangan Fisik (Restrain) 1. Lakukan pengkajian fisik pasien 2. Posisikan pasien dengan posisi supine, kedua kaki lurus, satu lengan di samping badan, satu lengan ke arah kepala atau kedua lengan berada di samping badan 3. Pasang alas restrain untuk bagian lengan (antara pergelangan tangan dan siku) untuk bagian kaki (antara lutut dan pergelangan kaki) 4. Lakukan ikatan simpul pada tali restrain di tempat tidur bukan di sisi handrail tempat tidur. Ikatan sebaiknya tidak terlalu kencang (maksimal jarak simpul dan area kulit pasien 1 jari), juga tidak longgar untuk mencegah cedera		



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PEMASANGAN DAN PELEPASAN RESTRAIN

No. Dokumen :

OT.02.02/XXXIX.I/
11706 /2020

No. Revisi :

00

Halaman :

2/2

5. Berikan bantal di daerah kepala agar tetap nyaman
6. Dokumentasikan tindakan dan respon pasien terhadap tindakan yang telah dilakukan
7. Lakukan observasi restrain setiap 30 menit selama 2 jam pertama, dilanjutkan observasi tiap 2-4 jam sampai pengekangan fisik dilepaskan. Hal-hal yang perlu diobservasi:
 - a. Tanda-tanda vital dan kesadaran pasien
 - b. Tanda-tanda cedera yang berhubungan dengan proses pengikatan (IR=kemerahan, M= Bebas ikatan, B= Cedera, I= tidak ada cedera)
 - c. Nutrisi dan hidrasi pasien (PO= per oral, NGT= via selang NGT, PE= Infus)
 - d. Higiene dan eliminasi I= Mandiri, PC= dibantu sebagian, TC= Ketergantungan total)
 - e. Range of Motion (ROM) (ditulis di bagian monitoring ROM)
8. Dokumentasikan hasil observasi poin a dalam formulir observasi status neurologis, poin b s/d d dalam formulir monitoring restrain, dan poin e dalam formulir monitoring ROM

➤ Pelepasan Pengekangan Fisik (Restrain)

1. Kaji kriteria untuk menghentikan pemakaian restrain
2. Lakukan pengkajian fisik dan mental: tanda-tanda vital, kesadaran pasien.
3. Buat kontrak dengan pasien dan keluarga bahwa pengekangan(restrain) dapat dilakukan kembali jika perilaku pasien tidak terkontrol (lakukan re-edukasi)
4. Komunikasikan hal tersebut dengan suara lembut, hindari nada yang bersifat ancaman
5. Buka ikatan restrain pasien, jika diperlukan bantuan perawat lain
6. Lepaskan ikatan secara bertahap dimulai dengan satu ikatan, bila pasien tidak berontak lepaskan ikatan lainnya dan seterusnya.
7. Bantu pasien menggerakkan ekstremitasnya
8. Bantu pasien duduk bertahap diatas tempat tidur secara perlahan
9. Kaji respon pasien (ada pusing atau penglihatan berkunang-kunang) dan cek tanda vital pasien
10. Dokumentasikan tindakan dan respon pasien

UNIT TERKAIT

1. Ruang IGD
2. Ruang Rawat Inap
3. Ruang Rawat Intensif



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional Prof.
Dr. dr. Mahar Mardjono
Jakarta

IDENTIFIKASI PASIEN GADUH GELISAH (AGITASI PSIKOMOTOR)

No. Dokumen :

OT.02.02/XXXIX.I/
11707 /2020

No. Revisi :

00

Halaman :

1/6

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :

27 Oktober 2020

Ditetapkan Direktur Utama:

dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS
NIP. 196209131988031002

PENGERTIAN

Keadaan ketegangan motorik dan mental yang ditandai dengan peningkatan aktivitas motorik, aktivasi emosional, labilitas emosi, dan penurunan atensi hingga perubahan fungsi kognitif.

TUJUAN

1. Memastikan keamanan pasien dan petugas kesehatan.
2. Mengidentifikasi dan memberikan tatalaksana gaduh gelisah.
3. Meningkatkan fungsi kualitas asuhan pada pasien dengan gaduh gelisah.

KEBIJAKAN

SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor :
HK.02.03/XXX/IX.I/18478/2019 tentang Pemberlakuan Pedoman Pelayanan
Keperawatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional

PROSEDUR

1. Identifikasi pasien terkait kondisi gaduh gelisah dan derajatnya. Observasi manifestasi perilaku pasien selama anamnesis dan informasi dari orang sekitar lingkungan pasien (perawat lain atau keluarga pasien)

Kategori Gaduh Gelisah	Kondisi pasien
Tidak ditemukan	Kondisi pasien tenang
Minimal	Keadaan patologis diragukan
Ringan	Cenderung sedikit agitatif, waspada berlebihan, atau sedikit mudah terangsang selama anamnesis, tetapi tanpa episode gaduh gelisah yang jelas atau labilitas alam perasaan yang mencolok
Sedang	Agitasi atau mudah terangsang yang jelas terbukti selama anamnesis, mempengaruhi pembicaraan dan mobilitas umum atau ledakan-ledakan episodik yang terjadi secara sporadik.
Agak berat	tampak hiperaktivitas yang bermakna, atau sering terjadi ledakan-ledakan atau aktivitas motorik yang menyebabkan kesulitan bagi pasien tetap duduk untuk waktu yang lebih lama dari beberapa menit dalam setiap kesempatan



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional Prof.
Dr. dr. Mahar Mardjono
Jakarta

IDENTIFIKASI PASIEN GADUH GELISAH (AGITASI PSIKOMOTOR)

No. Dokumen :

OT.02.02/XXXIX.I/
11707 /2020

No. Revisi :

00

Halaman :

2/6

Berat

Gaduh gelisah yang mencolok mendominasi anamnesis, membatasi perhatian, sedemikian rupa sehingga mempengaruhi fungsi sehari-hari, seperti makan dan tidur

Sangat berat

Gaduh gelisah yang mencolok, secara serius mempengaruhi kegiatan makan dan tidur, serta jelas tidak memungkinkan interaksi interpersonal, percepatan bicara, dan aktivitas motorik dapat menimbulkan inkoherensi dan kelelahan

2. Kaji faktor penyebab pasien gelisah seperti:
 - a. Usia diatas 60 tahun
 - b. Penurunan fungsi kognitif/ dementia
 - c. Depresi
 - d. Penurunan penglihatan atau pendengaran
 - e. Disabilitas fungsional
 - f. Penyakit kronik berat
 - g. Riwayat Delirium sebelumnya
 - h. Pembedahan Mayor, Stroke dan trauma kepala
 - i. Adanya Infeksi
 - j. Imbalance cairan dan elektrolit
 - k. Intake sulit dan malnutrisi
 - l. Hipoksia
 - m. Hipo/Hiperglikemia
 - n. Hipoalbuminemia
 - o. Nyeri
3. Lakukan pengkajian tingkat kesadaran (GCS) dan tanda-tanda vital
4. Lakukan pemeriksaan fisik dan status mental pasien
5. Lakukan pemeriksaan penunjang, jika diperlukan
6. Dokumentasikan hasil pengkajian pasien terkait kondisi gaduh gelisah pada formulir pengkajian rawat inap (contoh pengisian formulir terlampir)
7. Laporkan hasil pengkajian dan katagori kondisi gaduh gelisah pasien ke DPJP
8. Lakukan intervensi keperawatan yang berhubungan dengan faktor pencetus kondisi gaduh gelisah
9. Monitoring tanda vital dan status (balance) cairan pasien tiap 2 jam
10. Lakukan edukasi terkait pencegahan jatuh akibat gaduh gelisah yang dialami pasien
11. Lakukan pengkajian dan monitoring restrain jika diperlukan penggunaan restrain fisik.

UNIT TERKAIT

1. Ruang IGD
2. Ruang Rawat inap
3. Ruang Intensif



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional Prof.
Dr. dr. Mahar Mardjono
Jakarta

IDENTIFIKASI PASIEN GADUH GELISAH (AGITASI PSIKOMOTOR)

No. Dokumen :

OT.02.02/XXXIX.I/
11707 /2020

No. Revisi :

00

Halaman :

3/6

LAMPIRAN: FORMULIR PENGKAJIAN AWAL RAWAT INAP
(sebagai media dokumentasi hasil pengkajian faktor penyebab pasien gaduh gelisah)



RS Pusat Otak Nasional
Jl. MT Haryono Jakarta 13630

Nomor RM :
Nama :
Tgl Lahir :
(Mohon tempelkan sticker disini)

Poin 2.a

Tanggal masuk : 20... Pukul... Ruang Rawat / Unit Kerja :

PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN RAWAT INAP

(Formulir ini digunakan untuk pasien dewasa / usia lanjut dan harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

ALERGI / REAKSI

- ☐ Tidak ada alergi
- ☐ Alergi Obat, sebutkan Reaksi
- ☐ Alergi makanan, sebutkan Reaksi
- ☐ Alergi lainnya, sebutkan Reaksi
- Dibentuhkan ke dokter/ farmasi/ dietisien (lingkari yang sesuai) ☐ Ya, pukul ☐ Tidak
- ☐ Gelang Tanda Alergi dipasang (warna merah) ☐ Ya ☐ Tidak
- ☐ Tidak diketahui

ALASAN MASUK RS (Keluhan utama saat masuk RS):

RIWAYAT KESEHATAN/ PENGOBATAN/ PERAWATAN SEBELUMNYA:

Pernah dirawat ☐ Tidak ☐ Ya, Kapan Di mana

Diagnosis ☐ Alat implant yang terpasang, sebutkan:

Riwayat penyakit pasien :

Stroke/ Hipertensi/ DM/ Jantung/ Kanker/ Asma / Lain-lain sebutkan dan sejak kapan?

Riwayat Penyakit keluarga:

Hubungan Keluarga	Jenis Penyakit	Sejak Kapan

RIWAYAT PSIKOSOSIAL:

Status Psikologis :

☐ Tenang ☐ Cemas ☐ Takut ☐ Marah ☐ Sedih ☐ Kecenderungan bunuh diri,

☐ Lain-lain, sebutkan

Poin 2.c

Status mental:

☐ Sadar dan orientasi baik

☐ Ada masalah perilaku, sebutkan:

☐ Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya:

☐ Tak dapat dinilai

Poin 2.b

Status Sosial:

a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga ☐ baik ☐ tidak baik

b. Kerabat terdekat yang dapat dihubungi: Nama Hubungan Telepon:

c. Pekerjaan pasien:



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional Prof.
Dr. dr. Mahar Mardjono
Jakarta

IDENTIFIKASI PASIEN GADUH GELISAH (AGITASI PSIKOMOTOR)

No. Dokumen :

OT.02.02/XXXIX.I/
11707 /2020

No. Revisi :

00

Halaman :

4/6



RS Pusat Otak Nasional

Jl. MT Harvono Jakarta 13630

Nomor RM :

Nama :

Tgl Lahir :

(Mohon diisi atau tempelkan sticker disini)

PEMERIKSAAN STATUS NEUROLOGIK:

TD:/..... mmHg

Nadi : x/mnt

P : x/mnt

Suhu : °C

GCS: (E: M: V:)

Sat O₂: %

Poin 2.1

Pupil: Ukuran:

Kiri:

Kanan:

Reaksi terhadap cahaya langsung:

Kiri:

Kanan:

Gangguan Fungsi Saraf Kranial N1 - N XII :

Kekuatan Otot:

Sensibilitas:

Nyeri

☐ Ya

☒ Tidak

Poin 2.0

Parastesia

☐ Ya

☐ Tidak

Hipestesia

☐ Ya

☐ Tidak

Fungsi Serebelum:

☐ Normal

☐ Tidak

Fungsi Kortikal Luhur:

Gangguan memori

☐ Ya

☐ Tidak

Gangguan pengertian & pemahaman

☐ Ya

☐ Tidak

Gangguan Bicara & Bahasa

☐ Ya

☐ Tidak

Gangguan visio spatial

☐ Ya

☐ Tidak

Lain-lain

☐ Ya

☐ Tidak

☐ Belum dapat dinilai



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional Prof.
Dr. dr. Mahar Mardjono
Jakarta

IDENTIFIKASI PASIEN GADUH GELISAH (AGITASI PSIKOMOTOR)

No. Dokumen :

OT.02.02/XXXIX.I/
11707 /2020

No. Revisi :

00

Halaman :

5/6



RS Pusat Otak Nasional
Jl. MT Harvono Jakarta 13630

SKRINING GIZI (Berdasarkan *Malnutrition Screening Tool* MST):

Parameter

1. Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?

a. Tidak ada penurunan berat badan

b. Tidak yakin / tidak tahu/ terasa baju lebih longgar

c. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut

1 - 5 kg

6 - 10 kg

11 - 15 kg

> 15 kg

2. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan?

a. Tidak

b. Ya

Skor

0

2

1

2

3

0

1

Total skor:

3. Pasien dengan diagnosis khusus ☐ Ya ☐ Tidak

(DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa/ Geriatri/ ↓ Immunitas/ lain-lain sebutkan.....)

(Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/ kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjut oleh dietisien)

Diberitahukan ke dokter/ dietisien ☐ Ya, pukul..... ☐ Tidak

STATUS FUNGSIONAL:

Aktivitas dan Mobilisasi: (lampirkan formulir pengkajian status fungsional Barthel Index)

☐ Mandiri ☐ Perlu bantuan, sebutkan ☐ Ketergantungan Total

(Bila ketergantungan total kolaborasi ke DPJP untuk konsul ke Rehabilitasi Medik)

Diberitahukan ke dokter ☐ Ya, pukul..... ☐ Tidak

RISIKO CEDERA / JATUH:

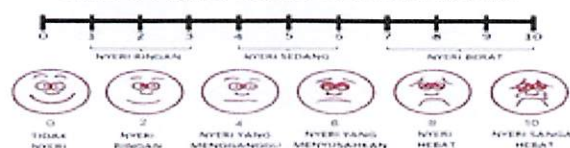
☐ Tidak ☐ Ya Bila ya, Risiko jatuh: Rendah/ Sedang/ Tinggi

Jika risiko jatuh sedang atau tinggi dipasang gelang risiko jatuh warna kuning ☐ Ya ☐ Tidak

Diberitahukan ke dokter ☐ Ya, pukul..... ☐ Tidak

PENAPISAN / SKRINING NYERI:

BERAPAKAH SKALA NYERI ANDA?



Group Bekerja Perawat Panti Rehabilitasi Anak

☐ Tidak ada nyeri ☐ Nyeri kronis ☐ Nyeri akut Skala nyeri: Lokasi:
Karakteristik: Durasi: Frekuensi:

Nyeri hilang, bila:

☐ Minum obat ☐ Mendengar musik ☐ Istirahat ☐ Berubah posisi / tidur

☐ Lain lain, sebutkan:

Diberitahukan ke dokter ☐ Ya, pukul..... ☐ Tidak



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional Prof.
Dr. dr. Mahar Mardjono
Jakarta

IDENTIFIKASI PASIEN GADUH GELISAH (AGITASI PSIKOMOTOR)

No. Dokumen :

OT.02.02/XXXIX.I/
11707 /2020

No. Revisi :

00

Halaman :

6/6



RS Pusat Otak Nasional

Jl. MT Harvono Jakarta 13630

Nomor RM :
Nama :
Tgl Lahir :
(Mohon diisi atau tempelkan sticker disini)

KEBUTUHAN EDUKASI :

a. Kebutuhan pembelajaran pasien (pilih topik pembelajaran pada kotak yang tersedia)

- ☐ Diagnosa & Manajemen ☐ Obat-obatan ☐ Perawatan Luka
☐ Rehabilitasi ☐ Manajemen nyeri ☐ Diet dan nutrisi
☐ Lain-lainnya:

b. Bahasa ☐ Indonesia ☐ Inggris ☐ Daerah: ☐ Lain-lain:

c. Kebutuhan penerjemah ☐ Ya ☐ Tidak

d. Baca dan tulis ☐ Baik ☐ Kurang

e. Pilihan tipe pembelajaran ☐ Verbal ☐ Tulisan

f. Hambatan edukasi ☐ Tidak ada ☐ Penglihatan terganggu ☐ Bahasa
☐ Kognitif terbatas ☐ Motivasi Kurang ☐ Budaya/ agama/ spiritual
☐ Emosional ☐ Pendengaran Terganggu ☐ Gangguan bicara
☐ Fisik Lemah ☐ Lain-lain:

PERENCANAAN PULANG / DISCHARGE PLANNING :

(dilengkapi dalam waktu 48 jam pertama pasien masuk ruang rawat)

- a. Pasien tinggal dengan siapa? ☐ Sendiri ☐ Anak/ Lain-lain, sebutkan:
b. Dimana letak kamar pasien dirumah? ☐ Lantai dasar ☐ Lantai dua/ tiga/
c. Bagaimana kondisi rumah pasien? ☐ Penerangan lampu cukup terang / kurang
☐ Kamar tidur jauh/ dekat dengan kamar mandi
☐ WC Jongkok/ duduk
d. Bagaimana perawatan kebutuhan dasar pasien? ☐ Mandiri ☐ Dibantu sebagian ☐ Dibantu penuh
e. Apakah pasien memerlukan alat bantu khusus? ☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak
f. Apa diet makanan pasien? ☐ Bebas ☐ Vegetarian ☐ Khusus, sebutkan:

Masalah Keperawatan

- | | |
|--|---|
| ☐ Aktual / Risiko gangguan bersihan jalan nafas | ☐ Gangguan mobilitas fisik |
| ☐ Aktual / Risiko gangguan pola nafas | ☐ Intoleransi aktivitas |
| ☐ Aktual / Risiko gangguan pertukaran gas | ☐ Defisit perawatan diri |
| ☐ Aktual / Risiko gangguan perfusi serebral | ☐ Gangguan komunikasi verbal |
| ☐ Aktual / Risiko peningkatan TIK | ☐ Gangguan persepsi sensori: auditori/ visual/ taktil/ olfaktori |
| ☐ Aktual / Risiko penurunan kardiak output | ☐ Gangguan Memori |
| ☐ Aktual / Risiko Kejang | ☐ Gangguan psikologis: sedih, depresi, cemas, marah |
| ☐ Gangguan perfusi jaringan perifer | ☐ Gangguan pola pikir: halusinasi/ waham |
| ☐ Gangguan termoregulasi | ☐ Disorientasi: waktu/tempat/orang |
| ☐ Gangguan keseimbangan cairan/ elektrolit/ asam basa | ☐ Gangguan pola tidur |
| ☐ Kelebihan/ kekurangan volume cairan | ☐ Gangguan citra tubuh |
| ☐ Perubahan pemasukan nutrisi | ☐ Kurangnya pengetahuan |
| ☐ Gangguan menelan | ☐ Risiko aspirasi |
| ☐ Gangguan nutrisi kurang / lebih dari kebutuhan sel/ tubuh | ☐ Risiko cedera: jatuh |
| ☐ Gangguan eliminasi urin : inkontinensia / retensi | ☐ Risiko Infeksi / Penyebaran Infeksi |
| ☐ Gangguan eliminasi fekal : konstipasi | ☐ Lain-lain: |
| ☐ Gangguan rasa nyaman nyeri | ☐ |
| ☐ Aktual / Risiko gangguan integritas kulit | |

Tanggal Pukul

Pemeriksa:

(.....)

Tanggal Pukul

Kepala Ruangan/ Perawat Primer/ PJ

(.....)