

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
NOMOR: 0035.2/RSSK/SK/I/2016

TENTANG

**KEBIJAKAN ASSESMENT PASIEN
DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat yang bermutu tinggi;
- b. bahwa agar pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dapat terlaksana dengan baik, maka perlu adanya Kebijakan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang mengatur mengenai assesmen pasien bagi penyelenggaraan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, maka perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Kebijakan Assesmen Pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
5. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
6. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor

117-B/YAI/IV/VI/2016 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

7. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEBIJAKAN ASSESMENT PASIEN DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Kebijakan Assesmen Pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesmen informasi dari pasien, yaitu : pengumpulan informasi dan pencatatan dari anamnesis termasuk keluhan, psikologis, sosial, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, maupun pemeriksaan penunjang (radiologi maupun laboratorium), yang seluruhnya akan menghasilkan diagnosa awal baik bagi pasien di Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan maupun Instalasi Rawat Inap;
- KETIGA : Proses asesmen awal pasien menghasilkan kebutuhan medis maupun kebutuhan keperawatan / kebidanan yang harus dipenuhi dengan segera dan berkelanjutan baik untuk kasus emergensi, elektif atau pelayanan terencana, dan termasuk ketika kondisi pasien berubah. Semua proses ini harus dicatat dalam rekam medis pasien;
- KEEMPAT : Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap dengan memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya;
- KELIMA : Proses asesmen pasien dilakukan oleh staf yang kompeten sesuai undang-undang & peraturan yang berlaku atau sertifikasi, dengan kerjasama unit-unit pendukung;

KEENAM : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 8 Januari 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan:

1. Manajer Pelayanan RS
2. Komite Medik
3. Komite Keperawatan
4. Semua Unit Kerja di RS Siti Khodijah
5. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur RS Siti Khodijah Pekalongan tentang
Kebijakan Assesmen Pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
Nomor : 0035.2/RSSK/SK/I/2016
Tanggal : 8 Januari 2016

ASSESMEN PASIEN
DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

1. ASSESMEN INFORMASI

Semua pasien yang diterima di rumah sakit untuk pelayanan/pengobatan rawat inap dan rawat jalan harus dilakukan assesmen lengkap untuk menetapkan alasan mengapa pasien perlu datang ke rumah sakit. Informasi pasien didokumentasikan dalam rekam medis.

a. Assesmen informasi pasien rawat jalan

- 1) Identitas Pasien : Nama, Alamat, Tempat Tanggal Lahir, Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Agama, Pendidikan, Pekerjaan dan Bangsa/Suku.
- 2) Nama Keluarga : Nama Ayah, Nama Ibu, Nama Suami/Istri.
- 3) Penanggung jawab
- 4) Orang yang dapat dihubungi
- 5) Riwayat alergi.

b. Assesmen informasi pasien gawat darurat

- 1) Identitas Pasien : Nama, Alamat, Tempat Tanggal Lahir, Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Agama, Pendidikan, Pekerjaan dan Bangsa/Suku.
- 2) Nama Keluarga : Nama Ayah, Nama Ibu, Nama Suami/Istri.
- 3) Penanggung jawab
- 4) Orang yang dapat dihubungi
- 5) Riwayat alergi.

c. Assesmen informasi pasien rawat inap

Data umum pasien, meliputi :

- 1) Data Awal Pasien (Nama, Alamat, Nomer Telepon, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Kewarganegaraan, Agama, Pekerjaan, Pendidikan, Nama keluarga yang bisa dihubungi),
- 2) Data sosial-ekonomi-fungsional
- 3) Data kesehatan.

2. ASSESMENT AWAL RAWAT JALAN

a. Ruang Lingkup

1) Data Umum Pasien, meliputi :

- a) Identitas Pasien : Nama, Alamat, Tempat Tanggal Lahir, Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Agama, Pendidikan, Pekerjaan dan Bangsa/Suku.
- b) Nama Keluarga : Nama Ayah, Nama Ibu, Nama Suami/Istri.
- c) Penanggungjawab.
- d) Orang yang dapat dihubungi.
- e) Riwayat alergi.

2) Data Asesmen

a) Medis :

- Anamnesis
- Pemeriksaan fisik
- Asesmen / Diagnosa
- Rencana Penatalaksanaan dan terapi

b) Keperawatan :

- Pemeriksaan Tanda – Tanda Vital
- Asesmen Nutrisi
- Asesmen Nyeri
- Asesmen Resiko Jatuh
- Status Fungsional dan Psikologis

b. Pendokumentasian

- 1) Hasil asesmen rawat jalan didokumentasikan dalam lembar Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Jalan, diselesaikan 10 menit setelah pemeriksaan selesai, untuk kunjungan berikutnya bila diagnosa atau keluhan masih sama maka menggunakan formulir lanjutan yang tersedia.
- 2) Hasil dokumentasi asesmen pasien disimpan dalam rekam medis pasien.

c. Asesmen Awal Populasi Pasien Tertentu

1) Yang termasuk kriteria asesmen awal individual untuk populasi tertentu :

- Asesmen Pasien Anak
- Asesmen Pasien Dewasa Muda
- Asesmen Pasien Lanjut Usia
- Asesmen Pasien Sakit Terminal
- Asesmen Pasien dengan Rasa Nyeri yang Kronis dan Intens
- Asesmen Wanita dalam Proses Melahirkan
- Asesmen Wanita dalam Terminasi Kehamilan

- Asesmen Pasien dengan kelainan emosional atau gangguan jiwa
- Asesmen Pasien di duga ketergantungan obat atau alkohol
- Asesmen Korban Kekerasan atau terlantar
- Asesmen Pasien dengan Infeksi atau Penyakit Menular
- Asesmen pasien yang daya imunnya direndahkan.

Hasil assesmen rawat jalan didokumentasikan dalam lembar Formulir Asesmen Pasien Rawat Jalan

d. Jenis Assesmen

Assesmen awal pasien rawat jalan meliputi :

- 1) Assesmen pasien rawat jalan umum
- 2) Assesmen awal yang mempunyai kebutuhan untuk tambahan assesmen khusus seperti penyakit gigi, pendengaran, mata, menggunakan formulir assesmen awal pasien rawat jalan.

3. ASSESMEN AWAL RAWAT INAP

a. Ruang Lingkup

1) Data Umum Pasien, meliputi :

- a) Data Awal Pasien : Nama, Alamat, Nomor Telepon, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Kewarganegaraan, Agama, Pekerjaan, Pendidikan, Nama keluarga yang bisa dihubungi dalam keadaan darurat.
- b) Data Sosial-Ekonomi-Fungsional.
- c) Data Kesehatan.

2) Data Assesmen

- a) Medis :
 - Anamnesis
 - Pemeriksaan Umum
 - Pemeriksaan Fisik
 - Assesmen / Diagnosa
 - Rencana Penatalaksanaan dan Pengobatan
 - Perencanaan Pulang dan Perkiraan lama perawatan
- b) Keperawatan :
 - Anamnesis data dasar dan keadaan umum
 - Pemeriksaan fisik dan tanda – tanda vital
 - Assesmen Nyeri
 - Assesmen Gizi
 - Assesmen Resiko Jatuh

- Rumusan Masalah, meliputi : Sistem Kardiovaskuler, Sistem Pernapasan, Sistem Gastrointestinal, Sistem Integumen, Sistem Persyarafan, Sistem Muskuloskeletal, Sistem penglihatan, Sistem Endokrin, Sistem Urologi, Pendidikan Kesehatan, Keperawatan Umum.
- Rencana Asuhan Keperawatan, meliputi :
 - ✓ Diagnosa Keperawatan
 - ✓ Tujuan Keperawatan
 - ✓ Rencana Keperawatan

b. Pendokumentasian

- 1) Assesmen awal pasien rawat inap dilakukan sejak pasien masuk sebagai pasien rawat inap di Ruang Penerimaan Pasien dan dilanjutkan di Ruang Perawatan.
- 2) Assesmen awal medis rawat inap dilakukan dan dilengkapi dalam waktu 1X24 jam setelah pasien masuk rawat inap, dalam penulisan dibantu dokter ruangan dan diverifikasi oleh dokter penanggungjawab pasien.
- 3) Hasil assesmen awal keperawatan rawat inap harus segera didokumentasikan secara lengkap di formulir assesmen awal pasien rawat inap paling lambat 1X24 jam.
- 4) Untuk Assesmen penyuluhan kesehatan pasien dan keluarga, assesmen dilakukan sejak pasien pertama masuk dan kebutuhan untuk pulang serta post perawatan.
- 5) Hasil dokumentasi assesmen pasien disimpan dalam rekam medis pasien.
- 6) Assesmen awal dapat dilakukan oleh satu atau lebih petugas dengan mencantumkan waktu assesmen dan identitas petugas yang melakukan assesmen.

c. Jenis Assesmen

Assesmen Awal Pasien Rawat Inap adalah :

- 1) Assesmen Medis Umum
- 2) Assesmen Keperawatan Umum
- 3) Assesmen Gizi
- 4) Assesmen Kebidanan

d. Assesmen Awal Populasi Pasien Tertentu

- 1) Pasien anak, pasien geriatri, pasien dewasa muda, pasien dengan kondisi terminal, pasien dengan nyeri kronis dan terus menerus, pasien dengan penyakit menular, pasien immunosupresi menggunakan format assesmen medis umum dan keperawatan umum

- 2) Asesmen wanita dalam persalinan, terminasi kehamilan, menggunakan format asesmen umum kebidanan.
 - 3) Pencatatan asesmen khusus populasi pasien tertentu yang tidak ada pada kajian umum dicatat di formulir catatan terintegrasi.
- e. Asesmen Khusus Tambahan
- 1) Asesmen Gizi Lanjutan
 - 2) Asesmen Pra anastesi.
4. ASSESMEN PASIEN IGD
- a. Asesmen pasien IGD terdiri dari Asesmen Medis dan Keperawatan.
 - b. Asesmen Medis IGD menggunakan Formulir Asesmen Medis IGD.
 - c. Asesmen Keperawatan IGD menggunakan Formulir Asesmen Keperawatan IGD.
 - d. Asesmen Medis dan Keperawatan pasien gawat darurat berdasarkan kebutuhan dan kondisinya.
 - e. Bila akan dilakukan operasi harus ada catatan ringkas dan diagnosis pra operasi sebelum tindakan dilakukan.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes