

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

NOMOR: 0090.2/RSSK/SK/I/2016

TENTANG

**PEMBERLAKUAN PANDUAN ASSESMENT PASIEN
DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa pelayanan kepada pasien di rumah sakit seringkali tidak dapat dilaksanakan hanya dengan satu tenaga medis saja, akan tetapi seringkali memerlukan kerjasama, koordinasi, komunikasi, dan konsultasi dari tenaga medis yang lain baik dalam Kelompok Staf Medis yang sejenis maupun yang berbeda;
- b. bahwa agar kerjasama, koordinasi, komunikasi, dan konsultasi dapat berjalan dengan pasti dan terstandar maka diperlukan suatu Panduan Asesmen Pasien bagi para pemberi pelayanan medis untuk melaksanakannya;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, maka perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Panduan Asesmen 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. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
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 : PEMBERLAKUAN PANDUAN ASESMEN PASIEN DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Panduan dimaksud sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini;
- KEDUA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 21 Januari 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan:

1. Manajer Pelayanan
2. Komite Medik
3. Komite Keperawatan
4. Koordinator Instalasi / Urusan / Unit Kerja / Ruangan yang Terkait
5. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur RS Siti Khodijah Pekalongan tentang
Pemberlakuan Panduan Asesmen Pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah
Pekalongan
Nomor : 0090.2/RSSK/SK/I/2016
Tanggal : 21 Januari 2016

PANDUAN ASESMEN PASIEN

BAB I DEFINISI

1. **Asesmen Pasien** adalah tahapan dari proses dimana dokter, perawat, dietisien mengevaluasi data pasien baik subjektif, maupun objektif untuk membuat keputusan terbaik
2. **Asesmen Awal Pasien Rawat Inap** adalah tahap awal dari proses dimana dokter, perawat, dietisien mengevaluasi data pasien dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dan dicatat dalam rekam medis
3. **Asesmen Awal Pasien Rawat Jalan** adalah tahap awal dari proses dimana dokter mengevaluasi data pasien baru rawat jalan
4. **Asesmen Ulang Pasien** adalah tahap lanjut dari proses dimana dokter, perawat dietisien mengevaluasi ulang data pasien setiap terjadi perubahan yang signifikan atas kondisi klinisnya
5. **Asesmen individual** adalah isi minimal dari asesmen yang ditentukan oleh departemen atau KSM terkait
6. **Rekam medis** adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
7. **DPJP** adalah seorang dokter/dokter gigi yang bertanggung jawab atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien. DPJP juga bertanggung jawab terhadap kelengkapan, kejelasan dan kebenaran serta ketepatan waktu pengembalian dari rekam medis pasien tersebut.
8. **Case Manager** adalah perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan atas setiap pasien. Tujuannya untuk menjamin mutu asuhan keperawatan dari pasien tersebut
9. **Keperawatan** adalah seluruh rangkaian proses asuhan keperawatan & kebidanan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan yang dimulai dari pengkajian sampai

dengan evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal

10. **Ahli Gizi** adalah seorang profesional medis yang mengkhususkan diri dalam dietetika, studi tentang gizi dan penggunaan diet khusus untuk mencegah dan mengobati penyakit.

BAB II RUANG LINGKUP

1. Kategori Asesmen Pasien

- a. Asesmen Medis
- b. Asesmen Keperawatan
- c. Asesmen Gizi

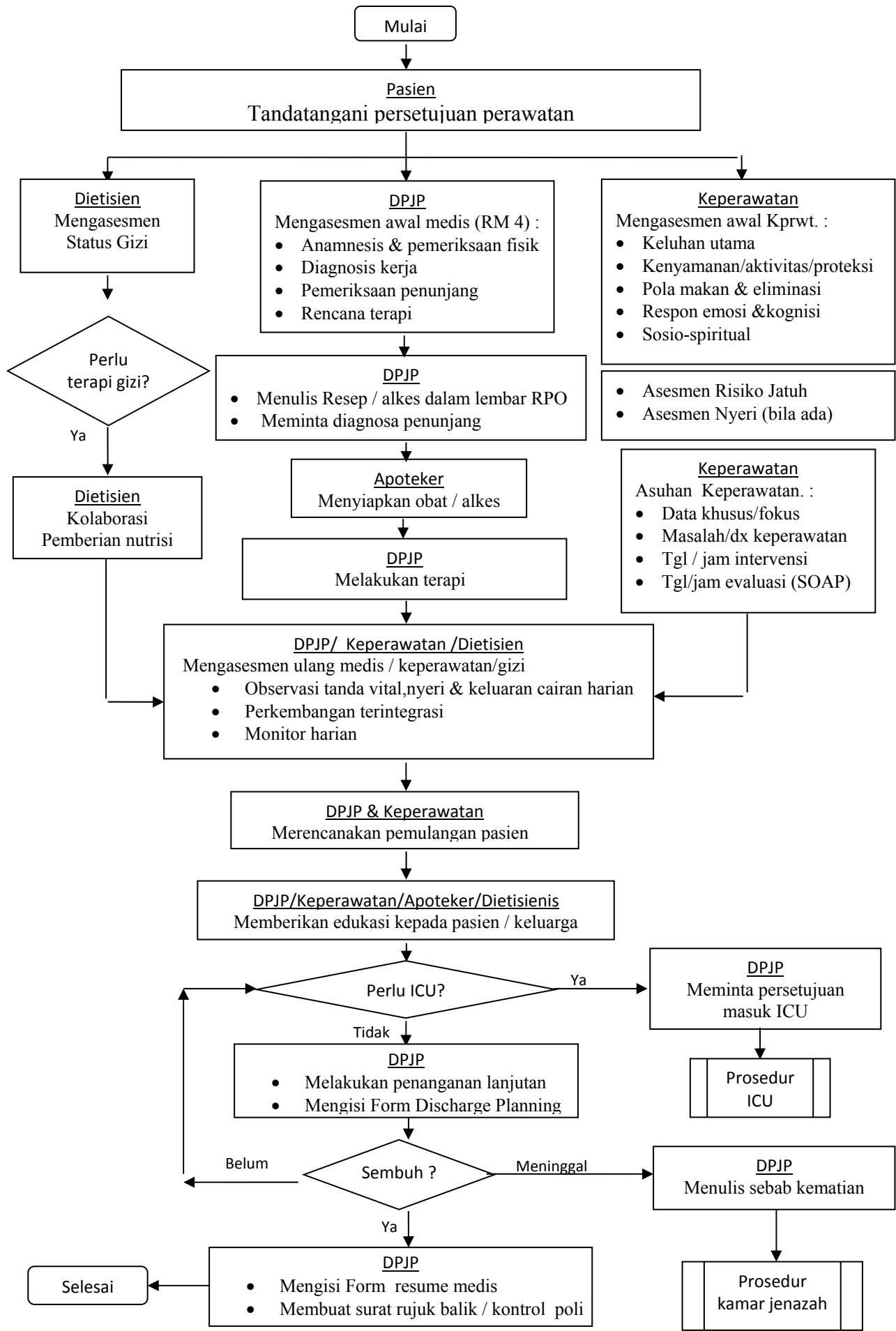
Komponen utama dari proses pelayanan pasien rawat inap dan rawat jalan adalah asesmen pasien untuk memperoleh informasi terkait status medis pasien. Khusus pasien rawat inap, asesmen pasien terkait status kesehatan, intervensi, kebutuhan keperawatan, dan gizi. Agar berhasil dalam memberikan terapi / asuhan yang berorientasi kepada pasien, dalam prakteknya, dokter, perawat dan dietisien harus memiliki pengetahuan dan keahlian dalam melakukan asesmen pasien. Asesmen pasien dibutuhkan dalam membuat keputusan-keputusan terkait: (a) status kesehatan pasien; (b) kebutuhan dan permasalahan keperawatan; (c) intervensi guna memecahkan permasalahan kesehatan yang sudah teridentifikasi atau juga mencegah permasalahan yang bisa timbul dimasa mendatang; serta (d) tindak lanjut untuk memastikan hasil-hasil yang diharapkan pasien terpenuhi.

Proses asuhan kepada pasien saling berhubungan/ terjadi kolaborasi antara dokter, perawat dan gizi.

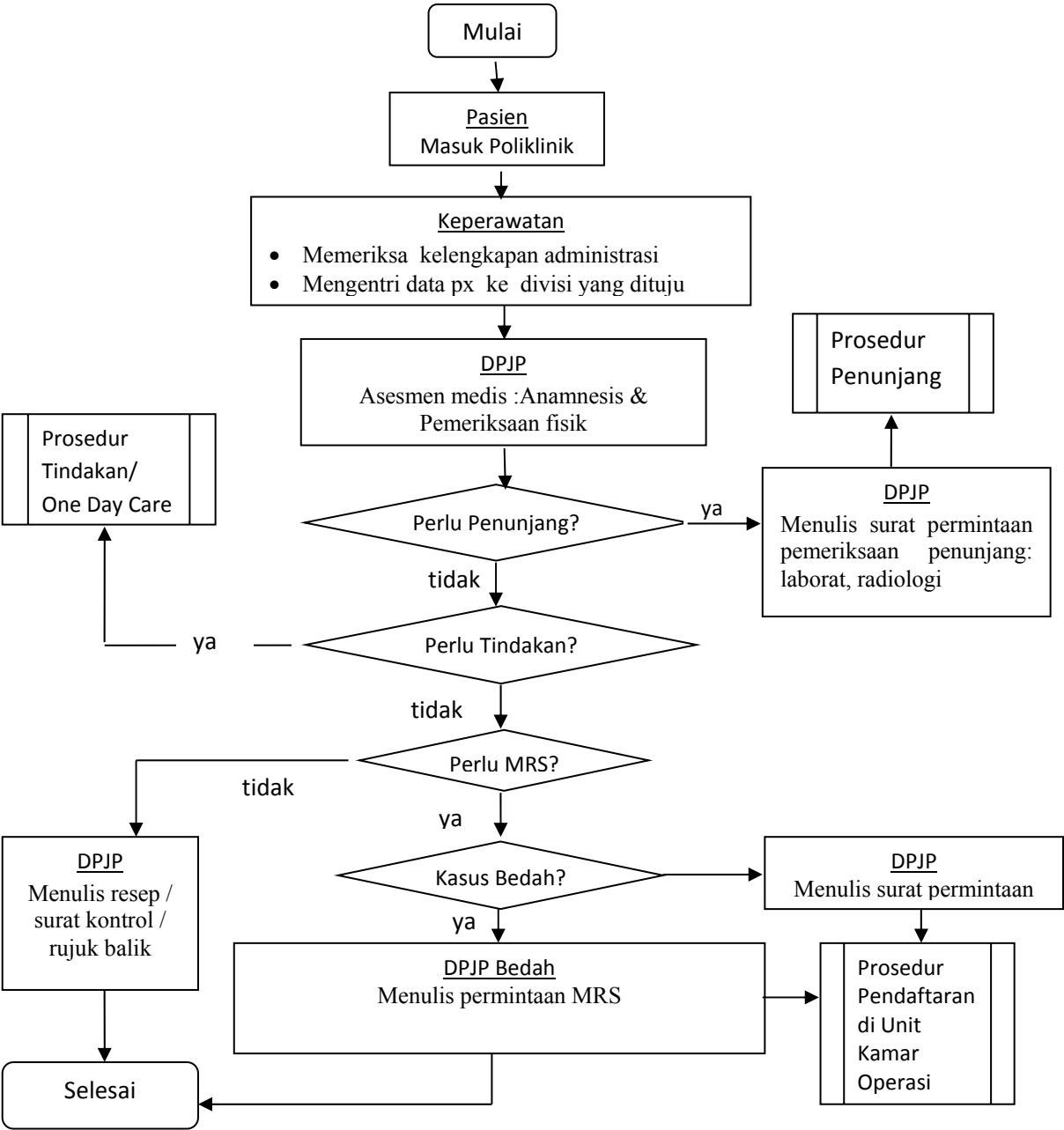


Pada saat evaluasi, bila terjadi perubahan yang signifikan terhadap kondisi klinis pasien, maka harus segera dilakukan asesmen ulang. Bagian akhir dari asesmen adalah melakukan evaluasi, umumnya disebut monitoring yang menjelaskan faktor-faktor yang akan menentukan pencapaian hasil-hasil nyata yang diharapkan pasien.

2. Alur Masuk Rawat Inap



3. Alur Masuk Rawat Jalan



4. Asesmen Ulang

Asesmen ulang didokumentasikan pada lembar SOAP (Subjektif, Objektif, Asesmen, Planning).

Bagian subyektif (S) : berisi informasi tentang pasien yang meliputi informasi yang diberikan oleh pasien, anggota keluarga, orang lain yang penting, atau yang merawat. Jenis informasi dalam bagian ini meliputi:

- a. Keluhan/gejala-gejala atau alasan utama pasien datang ke rumah sakit, menggunakan kata-katanya sendiri (keluhan utama).
- b. Riwayat penyakit saat ini yang berkenaan dengan gejala-gejala (riwayat penyakit saat ini).
- c. Riwayat penyakit dahulu (pada masa lampau).
- d. Riwayat pengobatan, termasuk kepatuhan dan efek samping (dari pasien, bukan dari profil obat yang terkomputerisasi).
- e. Alergi.
- f. Riwayat sosial dan/atau keluarga.
- g. Tinjauan/ulasan sistem organ

Bagian objektif (O) : berisi informasi tentang pemeriksaan fisik, tes – tes diagnostik dan laboratorium dan terapi obat.

Bagian asesmen (A) menilai kondisi pasien untuk diterapi.

Bagian plan (P) berisi rencana pemeriksaan tambahan yang dibutuhkan, rencana terapi yang akan diberikan dan rencana pemantauan khusus yang akan dilakukan untuk menilai perkembangan kondisi pasien.

Dengan format dokumentasi yang sistematis, konsisten dan seragam tersebut maka lembar SOAP akan menjadikan rencana berbagai asuhan pasien menjadi lebih efisien. Catatan SOAP adalah format yang akan digunakan pada keseluruhan tindakan medik, keperawatan dan gizi dalam rencana terapi / terapeutik serta asuhan pasien.

5. Pemeriksaan Penunjang

Untuk menegakkan diagnosa terkadang dibutuhkan konfirmasi pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiodiagnostik. Semua catatan hasil pemeriksaan penunjang tersebut harus disimpan dalam rekam medis pasien.

BAB III

TATA LAKSANA

1. Asesmen Medis

DPJP secara menyeluruh dan sistematis mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dengan melakukan :

a. Anamnesis

- 1) Keluhan utama
- 2) Riwayat penyakit sekarang
- 3) Riwayat penyakit dahulu dan terapinya
- 4) Riwayat Alergi
- 5) Riwayat penyakit dalam keluarga
- 6) Riwayat pekerjaan
- 7) Riwayat tumbuh kembang

b. Pemeriksaan Fisik

1) Generalis

- a) Kepala
- b) Mata
- c) THT Leher
- d) Mulut
- e) Jantung & pembuluh darah
- f) Thoraks, paru – paru, payudara
- g) Abdomen
- h) Kulit dan sistem limfatik
- i) Tulang belakang dan anggota tubuh
- j) Sistem saraf
- k) Genitalia, anus dan rektum

2) Lokalis

- a) Inspeksi
- b) Palpasi
- c) Perkusi
- d) Auskultasi

Lakukan deskripsi terhadap status lokalis

c. Skrining Nyeri

Semua pasien yang masuk ke rawat inap harus dilakukan skrining nyeri. (lihat Panduan Manajemen Nyeri)

2. Asesmen Keperawatan

a) Asesmen awal keperawatan

Serangkaian proses yang berlangsung saat pasien masuk rawat inap untuk dilakukan pemeriksaan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien, antara lain :

- 1) Keluhan utama:
 - a) Riwayat penyakit sekarang
 - b) Riwayat penyakit dahulu: DM, HT, jantung, paru, dll
 - c) Riwayat alergi ya, tidak, penyebab dan reaksi
- 2) Kenyamanan nyeri:
 - a) Digunakan Skala 1 – 10
 - b) Kualitas terbakar, tajam, tumpul, tertekan, dll
 - c) Waktu hilang timbul, terus menerus, lamanya
 - d) Lokasi
- 3) Aktifitas dan istirahat :
 - a) Bedrest, ambulasi di tempat tidur, ambulasi jalan
 - b) Ambulasi jalan tidak ada kesulitan ,penurunan kekuatan otot,sering jatuh
 - c) Tidur menggunakan 1bantal, 2 bantal, >2 bantal
- 4) Proteksi :
 - a) Status mental orientasi baik, disorientasi, gelisah, tidak respon
 - b) Resiko jatuh tidak resiko, rendah, tinggi
- 5) Nutrisi :
 - a) Tinggi badan ,berat badan, lingkar lengan kiri
 - b) Status gizi kurang, normal, over weight,obesitas
 - c) Nafsu makan menurun, baik, meningkat
 - d) Kondisi berhubungan dengan makan mual, muntah, anoreksia, disfagia dll
- 6) Eliminasi :
 - a) BAB normal,konstipasi/obstipasi,diare,colostomy,iliostomi
 - b) BAK normal, retensi, hematuri, disuri, inkontinensia dll
- 7) Respon emosi : Takut, tegang, marah, sedih, menangis, senang, gelisah
 - a) Respon kognisi pasien / keluarga: Menginginkan informasi penyakit, pengobatan, perawatan, diet, biaya, dll
- 8) Sistim sosio spiritual:
 - a) Ketaatan menjalankan ibadah rutin, kadang-kadang.
 - b) Kondisi rumah lantai 1, lantai 2 dll

c) Luas rumah

3. Assesmen/Pengkajian gizi

Assesmen gizi dikelompokkan dalam 5 kategori yaitu

- Anamnesis riwayat gizi
- Data Biokimia, tes medis dan prosedur (termasuk data laboratorium)
- Pengukuran antropometri
- Pemeriksaan fisik/klinis
- Riwayat personal.

1) Anamnesis riwayat gizi

Anamnesis riwayat gizi adalah data meliputi asupan makanan termasuk komposisi, pola makan, diet saat ini dan data lain yang terkait. Selain itu diperlukan data kepedulian pasien terhadap gizi dan kesehatan, aktivitas fisik dan olahraga dan ketersediaan makanan di lingkungan klien.

Gambaran asupan makanan dapat digali melalui anamnesis kualitatif dan kuantitatif. Anamnesis riwayat gizi secara kualitatif dilakukan untuk memperoleh gambaran kebiasaan makan/pola makan sehari berdasarkan frekuensi penggunaan bahan makanan. Anamnesis secara kuantitatif dilakukan untuk mendapatkan gambaran asupan zat gizi sehari melalui *''recall''* makanan 24 jam. Kemudian dilakukan analisis zat gizi yang merujuk kepada daftar makanan penukar, atau daftar komposisi zat gizi makanan. Riwayat gizi kuantitatif diterjemahkan ke dalam jumlah bahan makanan dan komposisi zat gizi.

2) Biokimia

Data biokimia meliputi hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Pengambilan kesimpulan dari data laboratorium terkait masalah gizi harus selaras dengan data assesmen gizi lainnya seperti riwayat gizi yang lengkap, termasuk penggunaan suplemen, pemeriksaan fisik dan sebagainya. Disamping itu proses penyakit, tindakan, pengobatan, prosedur dan status *hidrasi* (cairan) dapat mempengaruhi perubahan kimiawi darah dan urin, sehingga hal ini perlu menjadi pertimbangan.

3) Antropometri

Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan (TB); berat badan (BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan

Panjang badan, Tinggi Lutut (TL), rentang lengan atau separuh rentang lengan. Pengukuran lain seperti Lingkar Lengan Atas (LiLA), Tebal lipatan kulit (*skinfold*), Lingkar kepala, Lingkar dada, lingkar pinggang dan lingkar pinggul dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas misalnya Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB.

Parameter antropometri yang penting untuk melakukan evaluasi status gizi pada bayi, anak dan remaja adalah Pertumbuhan. Pertumbuhan ini dapat digambarkan melalui pengukuran antropometri seperti berat badan, panjang atau tinggi badan, lingkar kepala dan beberapa pengukuran lainnya. Hasil pengukuran ini kemudian dibandingkan dengan standar.

Pemeriksaan fisik yang paling sederhana untuk melihat status gizi pada pasien rawat inap adalah BB. Pasien sebaiknya ditimbang dengan menggunakan timbangan yang akurat/terkalibrasi dengan baik. Berat badan akurat sebaiknya dibandingkan dengan BB ideal pasien atau BB pasien sebelum sakit. Pengukuran BB sebaiknya mempertimbangkan hal-hal diantaranya kondisi kegemukan dan edema. Kegemukan dapat dideteksi dengan perhitungan IMT. Namun, pada pengukuran ini terkadang terjadi kesalahan yang disebabkan oleh adanya edema. BB pasien dicatat pada saat pasien masuk dirawat dan dilakukan pengukuran BB secara periodik selama pasien dirawat minimal setiap 7 hari.

4) Pemeriksaan Fisik/Klinis

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi. Pemeriksaan fisik terkait gizi merupakan kombinasi dari, tanda tanda vital dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari catatan medik pasien serta wawancara. Contoh beberapa data pemeriksaan fisik terkait gizi antara lain edema, asites, kondisi gigi geligi, massa otot yang hilang, lemak tubuh yang menumpuk, dll.

5) Riwayat Personal

Data riwayat personal meliputi 4 area yaitu riwayat obat-obatan atau suplemen yang sering dikonsumsi; sosial budaya; riwayat penyakit; data umum pasien.

a) Riwayat obat-obatan yang digunakan dan suplemen yang dikonsumsi.

b) Sosial Budaya

Status sosial ekonomi, budaya, kepercayaan/agama, situasi rumah, dukungan pelayanan kesehatan dan sosial serta hubungan sosial.

c) Riwayat Penyakit

Keluhan utama yang terkait dengan masalah gizi, riwayat penyakit dulu dan sekarang, riwayat pembedahan, penyakit kronik atau resiko komplikasi, riwayat penyakit keluarga, status kesehatan mental/emosi serta kemampuan kognitif seperti pada pasien stroke

d) Data umum pasien antara lain umur, pekerjaan, dan tingkat pendidikan

b. Diagnosis Gizi

Pada langkah ini dicari pola dan hubungan antar data yang terkumpul dan kemungkinan penyebabnya. Kemudian memilah masalah gizi yang spesifik dan menyatakan masalah gizi secara singkat dan jelas menggunakan terminologi yang ada. Penulisan diagnosa gizi terstruktur dengan konsep **PES** atau ***Problem Etiologi*** dan ***Signs/ Symptoms***.

Diagnosis gizi dikelompokkan menjadi tiga domain yaitu :

- 1) Domain Asupan** adalah masalah aktual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif dari makanan baik yang melalui oral maupun parenteral dan enteral.

Contoh :

Asupan protein yang kurang (**P**) **berkaitan dengan** perubahan indera perasa dan nafsu makan (**E**) **ditandai dengan** asupan protein rata rata sehari kurang dari 40 % kebutuhan (**S**)

- 2) Domain Klinis** adalah masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi medis atau fisik/fungsi organ.

Contoh :

Kesulitan menyusui (**P**) **berkaitan dengan E**) kurangnya dukungan keluarga **ditandai dengan** penggunaan susu formula bayi tambahan (**S**)

- 3) Domain Perilaku/lingkungan** adalah masalah gizi yang berkaitan dengan pengetahuan, perilaku/kepercayaan, lingkungan fisik dan akses dan keamanan makanan.

Contoh :

Kurangnya pengetahuan tentang makanan dan gizi (**P**) **berkaitan dengan** mendapat informasi yang salah dari lingkungannya mengenai anjuran diet yang dijalannya (**E**) **ditandai dengan** memilih bahan makanan/ makanan yang tidak dianjurkan dan aktivitas fisik yang tidak sesuai anjuran (**S**)

c. Intervensi Gizi

Terdapat dua komponen intervensi gizi yaitu perencanaan intervensi dan implementasi.

1) Perencanaan Intervensi

Intervensi gizi dibuat merujuk pada diagnosis gizi yang ditegakkan. Tetapkan tujuan dan prioritas intervensi berdasarkan masalah gizinya (Problem), rancang strategi intervensi berdasarkan penyebab masalahnya (Etiologi) atau bila penyebab tidak dapat diintervensi maka strategi intervensi ditujukan untuk mengurangi Gejala/Tanda (Sign & Symptom) .

Tentukan pula jadwal dan frekuensi asuhan. **Output** dari intervensi ini adalah tujuan yang terukur, preskripsi diet dan strategi pelaksanaan (implementasi).

Perencanaan intervensi meliputi :

a) Penetapan tujuan intervensi

Penetapan tujuan harus dapat diukur, dicapai dan ditentukan waktunya.

b) Preskripsi diet

Preskripsi diet secara singkat menggambarkan rekomendasi mengenai kebutuhan energi dan zat gizi individual, jenis diet, bentuk makanan, komposisi zat gizi, frekuensi makan.

1. Perhitungan kebutuhan gizi

Penentuan kebutuhan zat gizi yang diberikan kepada pasien/klien atas dasar diagnosis gizi, kondisi pasien dan jenis penyakitnya.

2. Jenis Diet

Pada umumnya pasien masuk ke ruang rawat sudah dibuat permintaan makanan berdasarkan *pesanan/order* diet awal dari dokter jaga/ penanggung jawab pelayanan (DPJP). Dietisien bersama tim atau secara mandiri akan menetapkan jenis diet berdasarkan diagnosis gizi. Bila jenis diet yang ditentukan sesuai dengan diet order maka diet tersebut diteruskan dengan dilengkapi dengan rancangan diet. Bila diet tidak sesuai akan dilakukan usulan perubahan jenis diet dengan mendiskusikannya terlebih dahulu bersama (DPJP).

3. Modifikasi diet

Modifikasi diet merupakan pengubahan dari makanan biasa (normal). Pengubahan dapat berupa perubahan dalam konsistensi; meningkatkan/menurunkan nilai energi; menambah/mengurangi jenis bahan makanan atau zat gizi yang dikonsumsi;

membatasi jenis atau kandungan makanan tertentu; menyesuaikan komposisi zat gizi (protein, lemak, KH, cairan dan zat gizi lain); mengubah jumlah, frekuensi makan dan rute makanan. Makanan di RS Siti Khodijah berbentuk makanan biasa, lunak, saring dan cair.

Jadwal Pemberian Diet

Jadwal pemberian diet/makanan dituliskan sesuai dengan pola makan :

Makan Pagi diberikan pukul 05.30-06.30

Selingan pagi diberikan pukul 9.30-10.30

Makan siang diberikan pukul 11.30-12.30

Selingan sore diberikan pukul 15.00-16.00

Makan malam diberikan pukul 17.00-18.00

Jalur makanan

Jalur makanan yang diberikan dapat melalui oral dan enteral atau parenteral

2) Implementasi Intervensi

Implementasi adalah bagian kegiatan intervensi gizi dimana dietisien melaksanakan dan mengkomunikasikan rencana asuhan kepada pasien dan tenaga kesehatan atau tenaga lain yang terkait. Suatu intervensi gizi harus menggambarkan dengan jelas : “ apa, dimana, kapan, dan bagaimana” intervensi itu dilakukan. Kegiatan ini juga termasuk pengumpulan data kembali, dimana data tersebut dapat menunjukkan respons pasien dan perlu atau tidaknya modifikasi intervensi gizi. Untuk kepentingan dokumentasi dan persepsi yang sama, intervensi dikelompokkan menjadi 4 domain yaitu pemberian makanan atau zat gizi; edukasi gizi, konseling gizi dan koordinasi pelayanan gizi. Setiap kelompok mempunyai terminologinya masing masing.

d. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya.

Tiga langkah kegiatan monitoring dan evaluasi gizi, yaitu :

1) Monitor perkembangan yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien/klien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh klien maupun tim. Kegiatan yang berkaitan dengan monitor perkembangan antara lain :

- a) Mengecek pemahaman dan ketaatan diet pasien/klien
- b) Mengecek asupan makan pasien/klien

- c) Menentukan apakah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana/preskripsi Diet.
- d) Menentukan apakah status gizi pasien/klien tetap atau berubah
- e) Mengidentifikasi hasil lain baik yang positif maupun negative
- f) Mengumpulkan informasi yang menunjukkan alasan tidak adanya perkembangan dari kondisi pasien/klien

2) Mengukur hasil.

Kegiatan ini adalah mengukur perkembangan/perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi. Parameter yang harus diukur berdasarkan tanda dan gejala dari diagnosis gizi.

3) Evaluasi hasil

Berdasarkan ketiga tahapan kegiatan di atas akan didapatkan 4 jenis hasil, yaitu :

- a) Dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi yaitu tingkat pemahaman, perilaku, akses, dan kemampuan yang mungkin mempunyai pengaruh pada asupan makanan dan zat gizi.
- b) Dampak asupan makanan dan zat gizi merupakan asupan makanan dan atau zat gizi dari berbagai sumber, misalnya makanan, minuman, suplemen, dan melalui rute enteral maupun parenteral.
- c) Dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi yaitu pengukuran yang terkait dengan antropometri, biokimia dan parameter pemeriksaan fisik/klinis.
- d) Dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.

4) Pencatatan Pelaporan

Pencatatan dan laporan kegiatan asuhan gizi merupakan bentuk pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan dan komunikasi. Dokumentasi dilakukan dengan metode Assessment Diagnosis Intervensi Monitoring & Evaluasi (ADIME). Format ADIME merupakan model yang sesuai dengan langkah PAGT (Lampiran 6).

4. Asesmen Individual

a. Asesmen Risiko Jatuh

- 1) Risiko jatuh pada pasien dewasa:
 - a) Pencegahan risiko jatuh pasien dewasa:
 - Kategori Pasien dengan Risiko Tinggi

- Memastikan tempat tidur/brankard dalam posisi rendah dan roda terkunci
- Menutup pagar tempat tidur/brankard
- Orientasikan pasien/penunggu tentang lingkungan/ruangan
- Pastikan pasien memakai gelang identifikasi warna kuning sebagai penanda resiko jatuh
- Lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga.

b) Asesmen risiko jatuh pada pasien dewasa menggunakan *Morse Fall Scale* (Skala jatuh morse) sebagai berikut:

Faktor risiko	Skala	Poin	Skor pasien
Riwayat jatuh	Ya	25	
	Tidak	0	
Diagnosis sekunder (≥2 diagnosis medis)	Ya	15	
	Tidak	0	
Alat bantu	Berpegangan pada perabot	30	
	Berpegangan pada perabot	15	
	Tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring	0	
Terpasang infuse	Ya	20	
	Tidak	0	
Gaya berjalan	Terganggu	20	
	Lemah	10	
	Normal/tirah baring/imobilisasi	0	
Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15	
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	
Total			

Kategori :
 Risiko Tinggi = ≥45
 Risiko Rendah = 25-44
 Tidak ada Risiko = 0-24

- 2) Asesmen risiko jatuh pada anak-anak
- a) Pencegahan risiko jatuh pasien anak-anak:
- Kategori Pasien dengan Risiko Tinggi
- Memastikan tempat tidur/brankard dalam posisi roda terkunci
 - Pagar sisi tempat tidur/brankard dalam posisi berdiri/terpasang
 - Lingkungan bebas dari peralatan yang tidak digunakan
 - Berikan penjelasan kepada orang tua tentang pencegahan jatuh

- Pastikan pasien memakai gelang identifikasi warna kuning sebagai penanda resiko jatuh
- b) Asesmen risiko jatuh pada pasien anak menggunakan *Humpty Dumpty* sebagai berikut:

Faktor Risiko	Skala	Poin	Skor Pasien
Umur	Kurang dari 3 tahun	4	
	3 tahun – 7 tahun	3	
	7 tahun – 13 tahun	2	
	Lebih 13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki – laki	2	
	Wanita	1	
Diagnosa	Neurologi	4	
	Respiratori, dehidrasi, anemia, anorexia, syncope	3	
	Perilaku	2	
	Lain – lain	1	
Gangguan Kognitif	Keterbatasan daya pikir	3	
	Pelupa, berkurangnya orientasi sekitar	2	
	Dapat menggunakan daya pikir tanpa hambatan	1	
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh atau bayi / balita yang ditempatkan di tempat tidur	4	
	Pasien yang menggunakan alat bantu/ bayi balita dalam ayunan	3	
	Pasien di tempat tidur standar	2	
	Area pasien rawat jalan	1	
Respon terhadap pembedahan, sedasi, dan anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	Lebih dari 48 jam / tidak ada respon	1	
Penggunaan obat-obatan	Penggunaan bersamaan sedative, barbiturate, anti depresan, diuretik, narkotik	3	
	Salah satu dari obat di atas	2	
	Obatan –obatan lainnya / tanpa obat	1	
TOTAL			

Kategori:

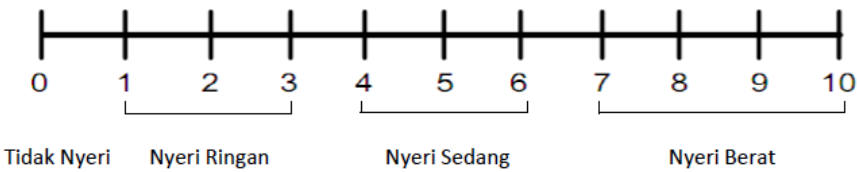
Skor: 7-11 Risiko Rendah (RR)

 ≥ 12 Risiko Tinggi (RT)

b. Asesmen Nyeri

1) Asesmen nyeri dapat menggunakan *Numeric Rating Scale*

Gambar NRS (Numerical Rating Scale)



- a) Indikasi: digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia > 9 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakannya
- b) Instruksi: pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri yang dirasakan dan dilambangkan dengan angka antara 0 – 10
 - 0 = tidak nyeri
 - 1 – 3 = nyeri ringan (sedikit mengganggu aktivitas sehari-hari).
 - 4 – 6 = nyeri sedang (gangguan nyata terhadap aktivitas sehari-hari).
 - 7 – 10 = nyeri berat (tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari).
- c) Pada pasien yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka, gunakan asesmen **Wong Baker FACES Pain Scale** sebagai berikut:



- d) Perawat menanyakan mengenai faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kepada pasien.
- e) Tanyakan juga mengenai deskripsi nyeri :
 - Lokasi nyeri
 - Kualitas dan atau pola penjaran / penyebaran
 - Onset, durasi, dan faktor pemicu
 - Riwayat penanganan nyeri sebelumnya dan efektifitasnya
 - Efek nyeri terhadap aktivitas sehari-hari
 - Obat-obatan yang dikonsumsi pasien

f) Pada pasien dalam pengaruh obat anestesi atau dalam kondisi sedang, asesmen dan penanganan nyeri dilakukan saat pasien menunjukkan respon berupa ekspresi tubuh atau verbal akan rasa nyeri.

g) Asesmen ulang nyeri: dilakukan pada pasien yang dirawat lebih dari beberapa jam dan menunjukkan adanya rasa nyeri, sebagai berikut:

Asesmen ulang nyeri adalah prosedur menilai ulang derajat nyeri pada pasien yang bertujuan untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait penatalaksanaan nyeri yang telah diberikan, dengan interval waktu sesuai kriteria sebagai berikut :

- 15 menit setelah intervensi obat injeksi
- 1 jam setelah intervensi obat oral atau lainnya
- 1 x / shift bila skor nyeri 1 – 3
- Setiap 3 jam bila skor 4 -6
- Setiap 1 jam bila skor nyeri 7 – 10
- Dihentikan bila skor nyeri 0

h) Tatalaksana nyeri:

- Berikan analgesik sesuai dengan anjuran dokter
- Perawat secara rutin (setiap 4 jam) mengevaluasi tatalaksana nyeri kepada pasien yang sadar / bangun
- Tatalaksana nyeri diberikan pada intensitas nyeri ≥ 4 .
Asesmen dilakukan 1 jam setelah tatalaksana nyeri sampai intensitas nyeri ≤ 3
- Sebisa mungkin, berikan analgesik melalui jalur yang paling tidak menimbulkan nyeri
- Nilai ulang efektifitas pengobatan
- Tatalaksana non-farmakologi
 - Berikan *heat / cold pack*
 - Lakukan reposisi, mobilisasi yang dapat ditoleransi oleh pasien
 - Latihan relaksasi, seperti tarik napas dalam, bernapas dengan irama / pola teratur, dan atau meditasi pernapasan yang menenangkan
 - Distraksi / pengalih perhatian

i) Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai:

- Faktor psikologis yang dapat menjadi penyebab nyeri
- Menenangkan ketakutan pasien
- Tatalaksana nyeri
- Anjurkan untuk segera melaporkan kepada petugas jika merasa nyeri sebelum rasa nyeri tersebut bertambah parah

c. Asesmen Tahap Terminal

Serangkaian proses yang berlangsung saat pasien mulai masuk rawat inap di ruang *intensive care*. Pemeriksaan akan dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien, antara lain :

Pemeriksaan fisik yaitu :

- 1) Pernafasan:
 - a) Irama nafas,
 - b) Suara nafas tambahan
 - c) sesak nafas,
 - d) Batuk, sputum,
 - e) Alat bantu nafas
- 2) Kardiovaskuler:
 - a) Irama jantung,
 - b) Akral,
 - c) pulsasi,
 - d) Perdarahan,
 - e) Jvp
 - f) Tekanan darah nadi, MAP, suhu,
 - g) Lain-lain
- 3) Persyarafan
 - a) GCS,
 - b) Kesadaran,
 - c) tanda tanda peningkatan TIK,
 - d) konjungtiva,
 - e) lain lain.
- 4) Perkemihan
 - a) Kebersihan area genetalia,
 - b) Jumlah cairan masuk,
 - c) Buang air kecil,
 - d) Produksi urine
- 5) Pencernaan
 - a) Nafsu makan,

- b) Ngt,
 - c) Porsi makan,
 - d) Minum,
 - e) Mulut,
 - f) Mual, muntah,
 - g) Buang air besar,
 - h) Lain lain
- 6) Muskuloskeletal/Intergumen
- a) Kemampuan pergerakan sendi,
 - b) Warna kulit,
 - c) Odema,
 - d) Dekubitus,
 - e) Luka,
 - f) Kontraktur,
 - g) Fraktur,
 - h) Jalur infuse,
 - i) lain lain.

d. Asesmen Kebutuhan Rohani

Tahapan asesmen kebutuhan rohani

1. Bimbingan doa yang diinginkan
2. Kunjungan Spiritual yang diinginkan pasien
3. Tanggapan Terhadap Kebutuhan Spiritual
4. Metode Kunjungan yang Diharapkan
5. Kebutuhan Rohani Pasien

e. Asesmen Kebutuhan Privasi

1. Privasi yang diinginkan
2. Pada saat wawancara klinis
3. Pada saat pemeriksaan fisik
4. Pada saat perawatan
5. Lain-lain

f. Asesmen Pediatrik

Penting untuk melakukan pemeriksaan sistematis karena anak sering tidak dapat mengungkapkan keluhannya secara verbal. Amati adanya pergerakan spontan pasien terhadap area tertentu yang di lindungi. Tahapan asesmen berupa:

- 1) Keadaan umum:
 - a) Tingkat kesadaran, kontak mata, perhatian terhadap lingkungan sekitar

- b) Tonus otot: normal, meningkat, menurun/fleksid
- c) Respons kepada orang tua/pengasuh: gelisah, menyenangkan
- 2) Kepala:
 - a) Tanda trauma
 - b) Ubun – ubun besar (jika masih terbuka): cekung atau menonjol
- 3) Wajah:
 - a) Pupil: Ukuran, kesimetrisan, refleks cahaya
 - b) Hidrasi: air mata, kelembaban mukosa mulut
- 4) Leher: kaku kuduk
- 5) Dada:
 - a) Stridor, retraksi sela iga, peningkatan usaha napas
 - b) Auskultasi: suara napas meningkat/menurun, simetris kiri dan kanan, ronki, mengi (*wheezing*); bunyi jantung: regular, kecepatan, murmur
- 6) Abdomen: distensi, kaku, nyeri, hematoma
- 7) Anggota gerak:
 - a) Nadi brakialis
 - b) Tanda trauma
 - c) Tonus otot, pergerakan simetris
 - d) Suhu dan warna kulit, *capillary refill*
 - e) Nyeri, gerakan terbatas akibat nyeri
- 8) Pemeriksaan neurologis

g. **Asesmen Neurologis**

Dilakukan pada pasien dengan cedera kepala atau gangguan neurologis. Pemeriksaan status neurologi awal digunakan sebagai dasar untuk memantau kondisi pasien selanjutnya. Tahapan asesmen berupa:

- 1) Tanda vital: nilai keadekuatan ventilasi (kedalaman, kecepatan, keteraturan, usaha napas)
- 2) Mata: ukuran dan refleks cahaya pupil
- 3) Pergerakan: apakah keempat ekstermitas bergerak simetris
- 4) Sensasi: Nilai adanya sensasi abnormal (curiga cedera spinal)
- 5) Status kesadaran menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS): secara akurat menggambarkan fungsi serebri:
 Pada anak kecil, GCS sulit dilakukan. Anak yang kesadarannya baik dapat memfokuskan pandangan mata dan mengikuti gerakan tangan pemeriksa, merespons terhadap stimulus yang diberikan, memiliki tonus otot normal dan tangisan normal

Glasgow Coma Scale Dewasa

Mata	Terbuka spontan	4
	Terbuka saat dipanggil /diperintahkan	3
	Terbuka terhadap rangsang nyeri	2
	Tidak merespons	1
Verbal	Orientasi baik	5
	Disorientasi / bingung	4
	Jawaban tidak sesuai	3
	Suara yang tidak dapat dimengerti (erangan,teriakan)	2
	Tidak merespons	1
Pergerakan	Mengikuti perintah	6
	Melokalisasi nyeri	5
	Menarik diri (<i>withdraw</i>) dan rangsang nyeri	4
	Fleksi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	3
	Ekstensi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	2
	Tidak merespons	1

Total skor : mata + verbal + pergerakan = 3 – 15

- Skor 13 – 15 = ringan
- Skor 9 - 12 = sedang
- Skor 3 - 8 = berat

Glasgow Coma Scale Anak

	>Usia 2 tahun	< usia 2 tahun	Skor
Mata	Terbuka spontan	Terbuka spontan	4
	Terbuka terhadap suara	Terbuka saat di panngil	3
	Terbuka terhadap rangsang nyeri	Terbuka terhadap rangsang nyeri	2
	Tidak merespons	Tidak merespons	1
Verbal	Orientasi baik	Berceloteh	5
	Disorientasi / bingung	Menangis, gelisah	4
	Jawaban tidak sesuai	Menangis terhadap rangsang nyeri	3
	Suara yang tidak dapat di mengerti (erangan , teriakan)	Merintih, mengerang	2
	Tidak merespons	Tidak merespons	1
Pergerakan	Mengikuti perintah	Pergerakan normal	6
	Melokalisasi nyeri	Menarik diri (<i>withdraw</i>) terhadap sentuhan	5
	Menarik diri (<i>withdraw</i>) dari rangsang nyeri	Menarik diri (<i>withdraw</i>) dari rangsang nyeri	4
	Fleksi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	Fleksi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	3
	Ekstensi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	Ekstensi abnormal anggota gerak terhadap rangsang nyeri	2
	Tidak merespons	Tidak merespons	1

Total skor: mata + verbal + pergerakan = 3-15

- Skor 13-15 = ringan
- Skor 9-12 = sedang
- Skor 3-9 = berat

h. Asesmen pasien kritis

Serangkaian proses yang berlangsung saat pasien awal rawat inap di ruang kritis(ROI, ICU, High care) pemeriksaan akan dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien, antara lain :

Pemeriksaan fisik yaitu :

- 1) Pernafasan:
 - a) irama nafas,
 - b) suara nafas tambahan
 - c) sesak nafas,

- d) batuk, sputum,
 - e) alat bantu nafas, mode, SaO2
- 2) kardiovaskuler
- a) irama jantung,
 - b) akral,
 - c) pulsasi,
 - d) perdarahan,
 - e) CVC,
 - f) tekanan darah nadi, MAP, suhu,
 - g) lain lain
- 3) Persyarafan: .
- a) GCS,
 - b) Kesadaran,
 - c) ICP,
 - d) tanda tandapeningkatan TIK,
 - e) konjungtiva,
 - f) lain lain.
- 4) Perkemihan :
- a) kebersihan area genetalia,
 - b) jumlah cairan masuk,
 - c) buang air kecil,
 - d) produksi urine
- 5) Pencernaan :
- a) nafsu makan,
 - b) NGT,
 - c) porsi makan,
 - d) minum,
 - e) mulut,
 - f) mual, muntah,
 - g) buang air besar,
 - h) lain lain
- 6) Musculoskeletal/intergumen:
- a) kemampuan pergerakan sendi,
 - b) warna kulit,
 - c) odema,,
 - d) dekubitus,
 - e) luka,

- f) kontraktur,
- g) fraktur,
- h) jalur infuse,
- i) lain lain.

i. **Asesmen Kebidanan**

Serangkaian proses yang berlangsung saat pasien awal rawat inap pemeriksaan akan dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah kebidanan pada pasien, antara lain :

1) **Keluhan utama**

Adalah keluhan yang dirasakan oleh ibu yang menyebabkan adanya gangguan, diantaranya adalah :

- a) *After pain* (mules-mules pada perut)
- b) Masalah pengeluaran pengeluaran lochea
- c) nyeri pada bekas jahitan
- d) Nyeri dan tegang payudara karena bendungan AS
- e) Cemas karena belum bisa bertemu bayinya

2) **Riwayat Keluhan**

Apa saja yang pernah dirasakan oleh ibu

3) **Riwayat Menstruasi**

- a) Menarche
- b) Siklus
- c) Teratur
- d) Tidak teratur
- e) Lama
- f) Volume
- g) Keluhan saat haid

4) **Riwayat Perkawinan**

- a) Status
- b) Berapa kali
- c) Umur menikah
- d) Tahun menikah
- e) cerai

5) **Riwayat Obstetri**

- a) Kehamilan beberapa
- b) Umur kehamilan
- c) Jenis persalinan

- d) Penolong
 - e) BBL
 - f) Keadaaan anak sekarag
 - g) menyusui
- 6) Riwayat KB
- a) Kapan
 - b) Jenis
 - c) Lamanya
- 7) Riwayat Hamil Ini
- ANC yang sudah dilakukan, keluhan serta tindakan apa yang sudah didapatkan
- 8) Riwayat Penyakit yang Lalu
- Penyakit apa yang pernah diderita oleh ibu dan mendukung dengan keadaannya sekarang
- 9) Riwayat Alergi
- Apakah pernah mengalami alergi
- 10) Riwayat Penyakit Keluarga
- Apa saja penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang berhubungan kasus saat ini yang derita oleh ibu
- 11) Riwayat Ginekologi
- Apakah pernah mengalami gangguan kesehata reproduksi
- 12) Kebutuhan Biopsikososial
- a) Pola makan
 - b) Pola minum
 - c) Pola eliminasi
 - d) Pola istirahat
 - e) Psikologi
 - f) Dukungan social
 - g) spiritual
- 13) Data Obyektif
- a) Pemeriksaan umum
- Meliputi pemeriksaan tekanan darah , nadi, temperature, pernafasan, keadaan umum pada setiap kasus. Tekanan darah dan nadi harus diukur setiap seperempat jam pada periode pemulihan sesaat pascaoperasi. Suhu harus diukur setiap 2 jam (myles, 2009). Suhu yang melebihi 38⁰C pasca pembedahan hari ke 2 harus dicari penyebabnya. Yakinkan pasien bebas demam selama 24 jam sebelum keluar dari rumah sakit.

Jika ada tanda infeksi atau pasien demam, berikan antibiotika sampai bebas demam selama 48 jam (sarwono,2008).

b) Pemeriksaan fisik

Dilakukan secara focus sesuai dengan kasus yang dikerjakan

c) Pemeriksaan kebidanan

Pemeriksaan yang dilakukan pada kasus kebidanan mulai dari abdomen sampai dengan genitalia

14) Prosedur Invasif

Alat yang terpasang saat itu, meliputi : infuse intravena, central line, dower Catether, selang NGT

15) Kontrol Resiko Infeksi

Apakah mengalami infeksi : MRSA, TB dll dan tindakan apa yang sudah dilakukan

j. **Asesmen Psikologis**

Penting untuk melakukan pemeriksaan pada pasien dengan masalah psikologis/kejiwaan, karena kejadian masa lalu yang sama dengan kejadian saat ini, tetapi mungkin muncul gejala yang berbeda. Banyak pasien dengan masalah psikologis/kejiwaan tidak dapat menceritakan masalahnya. Kemampuan mereka untuk berperan dalam menyelesaikan masalah juga bervariasi.

k. **Asesmen Fisioterapi**

Asesmen fisioterapi yaitu pemeriksaan pada perorangan atau kelompok untuk merumuskan keadaan nyata atau yang berpotensi untuk terjadi kelemahan keterbatasan fungsi, ketidakmampuan atau kondisi kesehatan lain dengan cara pengambilan perjalanan penyakit, atau history taking, screening, tes khusus, pengukuran dan evaluasi dari hasil pemeriksaan melalui analisis dan sintesis dalam sebuah proses pertimbangan klinik dalam standar asesmen dikembangkan teknis pengukuran yang dilakukan untuk proses pengumpulan data.

BAB IV

DOKUMENTASI

Rekam Medis

Mendokumentasikan pemeriksaan pasien merupakan langkah kritikal dan penting dalam proses asuhan pasien. Hal ini umumnya dipahami pelaksana praktek kedokteran bahwa “ jika anda tidak mendokumentasikannya, anda tidak melakukannya”. Dokumentasi adalah alat komunikasi berharga untuk pertemuan di masa mendatang dengan pasien tersebut dan dengan tenaga ahli asuhan kesehatan lainnya. Alasan lain mengapa dokumentasi sangat kritikal terhadap proses asuhan pasien didaftarkan pada Gambar 1-2. Saat ini, beberapa metode berbeda digunakan untuk mendokumentasikan asuhan pasiendan PCP, dan beragam format cetakan dan perangkat lunak komputer tersedia untuk membantu farmasis dalam proses ini. Dokumentasi yang baik adalah lebih dari sekedar mengisi formulir; akan tetapi, harus memfasilitasi asuhan pasien yang baik. Ciri-ciri yang harus dimiliki suatu dokumentasi agar bermanfaat untuk pertemuan dengan pasien meliputi: Informasi tersusun rapi, terorganisir dan dapat ditemukan dengan cepat

Ditetapkan di : PEKALONGAN

Pada Tanggal : 21 Januari 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

REFERENSI

1. Lucas Country Emergency Medical Services. Tab 600: pre-hospital patient assessment. Oleh : Toledo; 2010
2. Montana State Hospital Policy and Procedure. Patient assessment policy; 2009
3. Patient assessment definitions
4. San Mateo County EMS Agency. Patient assesment, routine medical care, primary and secondary survey; 2009
5. Danver Paramedic Division. Pre-hospital protocols; 2012
6. Malnutrition Advisory Group: a Standing Commitees of BAPEN, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), 2010
7. Sizewise. Understanding fall risk, prevention, and protection, USA: Kansas
8. Sentara Williamsburg Community Hospital. Pain assesment and management policy; 2006
9. National Instute of Health warren Grant Magnuson Clinical Center, Pain intensity instruments: numeric rating scale; 2003
10. Pain management. (diakses tanggal 23 Februari 2012), Diunduh dari: www.hospitalsoup.com
11. Craig P, Dolan P, Drew K, Pejakovich P, Nursing assesment, plain of care, and patient education: the foundation of patient care. USA: HCPro, Inc; 2006