

**PERATURAN DIREKTUR PENGKAJIAN
PASIEN (PP)
RS DHARMA NUGRAHA**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR 006/PER-DIR/RSDN/IV/2023**

TENTANG

**PENGKAJIAN PASIEN (PP)
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka pelayanan perumahan sakitan yang profesional dan bermutu, perlu didukung pengkajian pasien secara terintegrasi yang baik dan benar dalam pencatatan dan dokumentasi dari proses pelayanan kepada pasien;
- b. bahwa untuk pelayanan pengkajian pasien sebagai penunjang pelayanan di rumah sakit, penyelenggaraan rekam medis harus dikelola dengan tertib administrasi dan sesuai ketentuan perundang-undangan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pengkajian Pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang RI No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.290/MENKES/PER/III tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi RS.
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.82 tahun 2013 tentang Sistem

Informasi Manajemen Rumah Sakit.

8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 12 tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit.
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam medis.
10. Keputusan dirjen pelayanan keehatan No HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
11. Peratuaran Kepala Arsip Nasional No. 37 tahun 2016 tentang Pedoman Penyusutan Arsip.
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Menetapkan

: PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA
NUGRAHA TENTANG PENGKAJIAN PASIEN DI RUMAH SAKIT
DHARMA NUGRAHA

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Definisi

Dalam peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan :

1. **Pengkajian pasien** adalah serangkaian proses penilaian kondisi pasien sejak awal sebelum masuk rumah sakit (fase pre-rumah sakit), saat di rumah sakit (fase rumah sakit) dan sesudah keluar rumah sakit (fase pasca-rumah sakit), yang dilakukan secara terus menerus dan dinamis pada rawat inap dan rawat jalan.
2. **pengkajian rawat jalan** adalah pengkajian yang dilakukan oleh dokter, perawat maupun tenaga kesehatan lainnya pada pasien yang datang untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan

3. **pengkajian rawat inap** adalah pengkajian yang dilakukan oleh dokter, perawat maupun tenaga kesehatan lainnya pada pasien yang datang dan dilakukan proses rawat inap
4. **Pengkajian pasien** merupakan proses yang berkelanjutan dan dinamis yang berlangsung di layanan rawat jalan serta rawat inap.
5. Tujuan dari pengkajian adalah untuk menentukan perawatan, pengobatan dan pelayanan yang akan memenuhi kebutuhan awal dan kebutuhan berkelanjutan pasien.
6. **Berkas Rekam Medis** adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
7. **Berkas rekam medis pasien** tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting.
8. **Catatan** adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.
9. **Dokumen** adalah catatan dokter, dokter gigi dan /atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman baik berupa foto Rekam Medis, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik.
10. **Dokumentasi rekam medis**, temuan pada pengkajian dicatat dalam rekam medis, pengkajian medis dan keperawatan dicatat dalam rekam medis pasien dalam waktu 24 jam setelah pasien dirawat, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) harus tercantum di rekam medis.
11. **Pasien** adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.

Pasal 2

Tujuan

Pengkajian pasien bertujuan untuk menentukan perawatan, pengobatan dan pelayanan yang akan memenuhi kebutuhan awal dan kebutuhan berkelanjutan pasien.

BAB II

Ruang lingkup

Pasal 3

- (1) Pengkajian pasien merupakan proses yang berkelanjutan dan dinamis yang berlangsung di layanan rawat jalan serta rawat inap.
- (2) Pengkajian pasien terdiri atas tiga proses utama:
 - a. Mengumpulkan informasi dan data terkait keadaan fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat kesehatan pasien.
 - b. Menganalisis data dan informasi, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, pencitraan diagnostik, dan pemantauan fisiologis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan layanan kesehatan.
 - c. Membuat rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.
- (3) Pengkajian pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, tata laksana pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi atau elektif/terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care*) Pola ini dipayungi oleh konsep WHO dalam *Conceptual framework integrated people-centred health services*.
- (4) Penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien adalah dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan elemen:

- a. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan/*Clinical Leader*;
 - b. Profesional Pemberi Asuhan bekerja sebagai tim intra dan interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain dengan Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis/*Clinical Pathway* terintegrasi, Algoritma, Protokol, Prosedur, Standing Order dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi);
 - c. Manajer Pelayanan Pasien/Case Manager; dan
 - d. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.
- (5) Pengkajian ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pengkajian ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menentukan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama.
- (6) Standar Pengkajian Pasien ini berfokus kepada:
- a. Pengkajian awal pasien;
 - b. Pengkajian ulang pasien;
 - c. Pelayanan laboratorium dan pelayanan darah; dan
 - d. Pelayanan radiologi klinik.

BAB III

PENGKAJIAN PASIEN

Pasal 4

- (1). Proses pengkajian pasien yang efektif menghasilkan keputusan tentang kebutuhan pasien untuk mendapatkan tata laksana segera dan berkesinambungan untuk pelayanan gawat darurat, elektif atau terencana, bahkan ketika kondisi pasien mengalami perubahan. Pengkajian pasien adalah proses berkesinambungan

dan dinamis yang dilakukan di unit gawat darurat, rawat inap dan rawat jalan serta unit lainnya.

- (2). Pengkajian pasien terdiri dari tiga proses primer:
 - a) Pengumpulan informasi dan data mengenai kondisi fisik, psikologis, dan status sosial serta riwayat kesehatan pasien.
 - b) Analisis data dan informasi, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium dan uji diagnostik pencitraan, untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan pasien.
 - c) Pengembangan rencana perawatan pasien untuk memenuhi kebutuhan yang telah diidentifikasi.
- (3). Pada saat seorang pasien telah terdaftar secara langsung atau online untuk perawatan/tata laksana rawat inap ataupun rawat jalan, pengkajian lengkap perlu dilaksanakan berkaitan dengan alasan pasien berobat ke rumah sakit.
- (4). Pengkajian disesuaikan dengan kebutuhan pasien, sebagai contoh, rawat inap atau rawat jalan, pengkajian ini dilakukan dan informasi apa yang perlu dikumpulkan serta didokumentasikan ditetapkan dalam kebijakan dan prosedur rumah sakit.
- (5). Pengkajian yang efektif menghasilkan keputusan tentang tindakan segera dan berkelanjutan yang dibutuhkan pasien untuk tindakan darurat, asuhan terencana, rencana tindakan operasi dan jika terdapat perubahan kondisi pasien.
- (6). Pengkajian pasien merupakan proses berkelanjutan, dinamis dan dikerjakan di unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, dan unit pelayanan lainnya.
- (7) Isi minimal pengkajian awal antara lain:
 - a) Keluhan saat ini
 - b) status fisik;
 - c) Bio psiko-sosio-spiritual;
 - d) ekonomi;
 - e) riwayat kesehatan pasien;

- f) riwayat alergi;
 - g) riwayat penggunaan obat;
 - h) pengkajian nyeri;
 - i) risiko jatuh;
 - j) pengkajian fungsional;
 - k) risiko nutrisi;
 - l) kebutuhan edukasi;
 - m) Perencanaan Pemulangan Pasien (*Discharge Planning*).
- (8) Pada kelompok pasien tertentu misalnya dengan risiko jatuh, nyeri dan status nutrisi maka dilakukan skrining cepat sebagai bagian dari pengkajian awal, dan kemudian dilanjutkan dengan pengkajian lanjutan.
- (9) Pengkajian kebutuhan pasien dilakukan secara konsisten, rumah sakit harus mendefinisikan dalam kebijakan, isi minimum dari pengkajian yang dilakukan oleh para dokter, perawat, dan disiplin klinis lainnya.
- (10) Pengkajian dilakukan oleh setiap disiplin dalam ruang lingkup praktiknya, perizinan, perundangundangan. Hanya PPA yang kompeten dan diizinkan oleh rumah sakit yang akan melakukan pengkajian.
- (11) Rumah sakit mendefinisikan elemen-elemen yang akan digunakan pada seluruh pengkajian dan mendefinisikan perbedaan-perbedaan yang ada terutama dalam ruang lingkup kedokteran umum dan layanan spesialis.
- (12) Pengkajian yang didefinisikan dalam kebijakan dapat dilengkapi oleh lebih dari satu individu yang kompeten dan dilakukan pada beberapa waktu yang berbeda.
- (13) Semua pengkajian tersebut harus sudah terisi lengkap dan memiliki informasi terkini (kurang dari atau sama dengan 30 (tiga puluh) hari) pada saat tata laksana dimulai

Pengkajian tambahan/ Populasi pasien

Pasal 5

- (1) Pengkajian tambahan sesuai dengan populasi pasien dilakukan antara lain namun tidak terbatas untuk:
 - a) Neonatus.
 - b) Anak.
 - c) Remaja.
 - d) Obstetri / maternitas.
 - e) Geriatri.
 - f) Sakit terminal / menghadapi kematian.
 - g) Pasien dengan nyeri kronik atau nyeri (intense).
 - h) Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatri.
 - i) Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol.
 - j) Pasien dengan penyakit menular atau infeksius.
 - k) Pasien yang menerima kemoterapi.
 - l) Pasien dengan sistem imunologi terganggu.
- (2) Tambahan pengkajian terhadap pasien ini memperhatikan kebutuhan dan kondisi mereka berdasarkan budaya dan nilai yang dianut pasien.
- (3) Proses pengkajian disesuaikan dengan peraturan perundangan dan standar profesional.

Pasal 6

Jenis Rekam Medis

Jenis rekam medis yang digunakan di Rumah Sakit Dharma Nugraha adalah rekam medis tertulis (*hardcopy*) yang dibuat lengkap dan jelas, rencana tahun 2024 akan menggunakan E Medical Record.

Pasal 4

Pengkajian awal Raat Inap

- (1) Isi minimal pengkajian awal antara lain:
 - a. Status fisik

- b. Psiko-sosio-spiritual
 - c. Ekonomi
 - d. Riwayat kesehatan pasien
 - e. Riwayat alergi
 - f. Asesmen nyeri
 - g. Risiko jatuh
 - h. pengkajian fungsional
 - i. Risiko nutrisi
 - j. Kebutuhan edukasi
 - k. Perencanaan pemulangan pasien (discharge Planning)
 - l. Riwayat penggunaan obat
- (2) Pengkajian awal medis rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi
- a. Riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit
 - b. Riwayat alergi
 - c. Pemeriksaan fisik
 - d. Diagnosis
 - e. Masalah
 - f. Rencana Asuhan
 - g. Sasaran yang diharapkan
 - h. Instruksi
- (3) Pengkajian awal keperawatan rawat jalan sekurang-kurangnya meliputi:
- a. Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual
 - b. Ekonomi
 - c. Skrining dan asesmen nyeri
 - d. Status fungsional
 - e. Risiko jatuh
 - f. Risiko nutrisi
 - g. Masalah keperawatan
 - h. Rencana asuhan

-
- (4) pengkajian tambahan dirawat jalan disesuaikan dengan kebutuhan pasien seperti:
- a. pengkajian rawat jalan gigi
- (5) Pengkajian awal medis rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:
- a. Riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit
 - b. Riwayat alergi
 - c. Pemeriksaan fisik
 - d. Pemeriksaan penunjang
 - e. Diagnosis
 - f. Masalah medis dan keperawatan
 - g. Rencana asuhan
 - h. Sasaran
 - i. Instruksi
- (6) Pengkajian awal keperawatan rawat inap sekurang-kurangnya meliputi:
- a. Bio-psiko-sosio-spiritual-kultural
 - b. Ekonomi
 - c. Skrining dan asesmen nyeri
 - d. Status fungsional
 - e. Risiko jatuh
 - f. Risiko nutrisi
 - g. Masalah keperawatan
 - h. Rencana asuhan
 - i. Identifikasi pemulangan pasien yang kompleks
- (7) Pengkajian awal medis gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:
- a. Riwayat kesehatan pasien, sekurang-kurangnya meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit
 - b. Riwayat alergi
 - c. Pemeriksaan fisik

- d. Diagnosis
 - e. Masalah
 - f. Rencana asuhan
 - g. Sasaran
 - h. Instruksi
 - i. Kondisi pasien sebelum meninggalkan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
- (8) Pengkajian awal keperawatan gawat darurat sekurang-kurangnya meliputi:
- a. Bio-psiko-sosio- spiritual-kultural
 - b. Skrining dan asesmen nyeri
 - c. Status fungsional
 - d. Risiko jatuh
 - e. Risiko nutrisi
 - f. Masalah keperawatan
 - g. Rencana asuhan
- (9) Pengkajian awal medis dan keperawatan dilaksanakan oleh professional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang sesuai irincian kewenang klinis yang ditetapkan.

Pasal 5

Waktu penyelesaian asesmen awal

- (1) Pengkajian awal rawat inap harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap, dan untuk pasien rawat intensif harus selesai kurang dari 12 jam
- (2) Pengkajian awal rawat jalan harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 1 jam setelah dilakukan pengkajian
- (3) Pengkajian gawat darurat harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 2 jam setelah dilakukan asuhan sesuai kebutuhan pasien.
- (4) Pengkajian gawat darurat harus memuat waktu kedatangan dan keluar pasien.

Pasal 6

Pengkajian ulang

- (1) Pengkajian ulang medis dan keperawatan dilaksanakan oleh professional pemberi asuhan yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenang klinis yang ditetapkan;
- (2) Pengkajian ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut;
- (3) Pengkajian ulang perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien;
- (4) Pengkajian ulang oleh professional pemberi asuhan lainnya dilaksanakan tiga hari sekali atau sesuai kondisi pasien
- (5) Pengkajian ulang dicatat dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)
- (6) Pengkajian pasien rawat jalan dengan penyakit kronis, pengkajian awal diperbaharui setelah 3 (tiga) bulan di formulir pengkajian awal rawat jalan

Pasal 7

Pasien akhir kehidupan

- (1) Perawat dan dokter melakukan pengkajian terhadap kebutuhan pasien yang sedang menghadapi kematian dengan menggunakan formulir tahap terminal awal dan ulang.
- (2) Pasien dalam tahap terminal (akhir hidup) diberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan dan keinginan keluarga untuk mendapatkan pelayanan dengan menggunakan formulir CPPT

Pasal 8

Pengkajian kebutuhan edukasi

- (1) Sebelum merencanakan edukasi dilakukan asesmen yang ditulis dalam formulir pengkajian awal rawat inap yang mencakup asesmen:
 - a. Kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan

- b. Hambatan emisional dan motivasi
 - c. Keyakinan nilai – nilai pasien dan keluarga
 - d. Keterbatasan fisik dan kognitif
 - e. Kesiediaan pasien untuk menerima informasi
- (1) Catatan yang harus dilakukan untuk sedasi dan anestesi meliputi tapi tidak terbatas pada:
- a. Pengkajian prasedasi/anestesi
 - b. Pengkajian pra induksi
 - c. monitoring status fisiologis
 - d. monitoring pemulihansedasi/anestesi
 - e. evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general
- (5) pengkajian prasedasi/ anestesi meliputi:
- a) Mengidentifikasi setiap permasalahan saluran pernapasan yang dapat memengaruhi jenis sedasi/anestesi;
 - b) Evaluasi pasien terhadap resiko tindakan sedasi/anestesi;
 - c) Merencanakan jenis sedasi/anestesi dan tingkat kedalaman sedasi/anestesi yang diperlukan pasien berdasar atas sedasi/anestesi yang diterapkan;
 - d) Pemberian sedasi/anestesi secara aman; dan
 - e) Mengevaluasi serta menyimpulkan temuan monitor selama dan sesudah sedasi/anestesi.
- (6) Catatan yang harus dilakukan untuk tindakan bedah meliputi tapi tidak terbatas pada:
- a. Pengkajian pra operasi untuk melengkapi pengkajian awal bedah dengan menggunakan pengkajian awal rawat inap/ CPPT jika kondisi mendesak.
 - b. Monitoring status fisiologis bila tindakan bedah menggunakan anestesi lokal
 - c. Penandaan lokasi operasi bila tindakan bedah dilakukan pada organ dua sisi, serta melibatkan pasien

- (4) Untuk mendukung kesinambungan asuhan pasien pasca operasi, laporan operasi dicatat segera setelah operasi selesai, sebelum pasien dipindah dari daerah operasi atau dari area pemulihan pasca anestesi, yang memuat paling sedikit:
- a. Diagnosis pascaoperasi
 - b. Nama dokter bedah dan asistennya
 - c. Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan
 - d. Ada dan tidakadanyakomplikasi
 - e. Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa
 - f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi
 - g. Nomor pendaftaran dari alat yang dipasang (implan)
 - h. Tanggal, waktu, tanda tangan dokter yang bertanggung-jawab

BAB III

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 26

Penetapan

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal di tetapkan, dan apabila ikemudian hari terdapat kekeliruan pada peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 12 April 2023

DIREKTUR,



Dharma Nugraha
Hospital

dr. Agung Darmanto SpA