

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 026/PER/DIR/RSIH/VI/2022**

**TENTANG
PANDUAN PENGKAJIAN PASIEN**

LEMBAR VALIDASI
PANDUAN PENGKAJIAN PASIEN
NOMOR: 026/PER/DIR/RSIH/VI/2022

		Nama	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Elis Dida Junica, A.Md.Kep	Pokja Pengkajian Pasien		24.06.2022
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		24.06.2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		24.06.2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		24.06.2022

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 026/PER/DIR/RSIH/VI/2022
TENTANG
PANDUAN PENGKAJIAN PASIEN
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. bahwa untuk penyelenggaraan pengkajian pasien yang efisien dan efektif diseluruh jajaran struktural dan fungsional Rumah Sakit Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Pengkajian Pasien.
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a maka Direktur perlu menetapkan Panduan Pengkajian Pasien.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.
5. Undang -Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang - Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

9. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
10. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;
11. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor : 3523/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :** **PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TENTANG PANDUAN PENGKAJIAN PASIEN**
- KESATU :** Memberlakukan Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 026/PER/DIR/RSIH/VI/2022 tentang Panduan Pengkajian Pasien.
- KEDUA :** Panduan Pengkajian Pasien di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Pengkajian pasien yang efisien dan efektif di seluruh jajaran struktural dan fungsional di Rumah Sakit Intan Husada.
- KETIGA :** Adapun panduan tersebut terlampir dalam peraturan Direktur ini, dan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan.
- KEEMPAT :** Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 24 Juni 2022
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	i
BAB I	1
DEFINISI.....	1
BAB II	2
RUANG LINGKUP	2
BAB III	3
TATA LAKSANA.....	3
BAB IV	4
DOKUMENTASI	28
DAFTAR PUSTAKA.....	29

BAB I DEFINISI

- A. Pengkajian pasien adalah tahapan dari proses dimana para Profesional Pemberi Asuhan (PPA) mengevaluasi data pasien baik subjektif, maupun objektif untuk membuat keputusan terkait:
 - 1. Status kesehatan pasien.
 - 2. Kebutuhan perawatan.
 - 3. Intervensi.
 - 4. Evaluasi.
- B. Pengkajian pasien terdiri atas 3 proses utama, yaitu:
 - 1. Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual dan riwayat kesehatan pasien.
 - 2. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi diagnostik imaging untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien.
 - 3. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.
- C. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah tenaga kesehatan yang melakukan pengkajian, yaitu:
 - 1. Dokter dan Dokter Gigi.
 - 2. Perawat dan bidan.
 - 3. Dietisien.
 - 4. Apoteker.
- D. Skrining adalah proses identifikasi atau deteksi dini untuk mengetahui ada tidaknya kebutuhan pengkajian.
- E. Pengkajian awal adalah Pengkajian yang dilakukan PPA saat pertama kali bertemu dengan pasien dalam suatu episode penyakit.
- F. Pengkajian awal pasien Rawat Inap adalah tahap awal dari proses dimana PPA mengevaluasi data dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk Rawat Inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dan dicatat dalam rekam medis.
- G. Pengkajian awal pasien Rawat Jalan adalah tahap awal dari proses dimana PPA mengevaluasi data pasien di Rawat Jalan.
- H. Pengkajian awal pasien minimal mencakup status fisik, psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, Pengkajian nyeri, risiko jatuh, Pengkajian fungsional, risiko nutrisi, kebutuhan edukasi dan perencanaan pemulangan pasien.
- I. Pengkajian lanjutan adalah pengkajian yang dilakukan lebih mendalam terhadap hasil Pengkajian awal pasien yang membutuhkan penanganan lebih lanjut.
- J. Pengkajian khusus akan teridentifikasi pada pengkajian awal yang menunjukkan bahwa pasien membutuhkan tambahan pengkajian (seperti gigi, mata, dan lain-lain) sehingga perlu dikonsultasikan atau dirujuk ke dokter spesialis lain.
- K. Pengkajian ulang (re-asessment) adalah proses penilaian (pengkajian) ulang untuk menentukan respon pasien terhadap pengobatan/terapi, rencana pengobatan lanjutan atau pemulangan pasien.

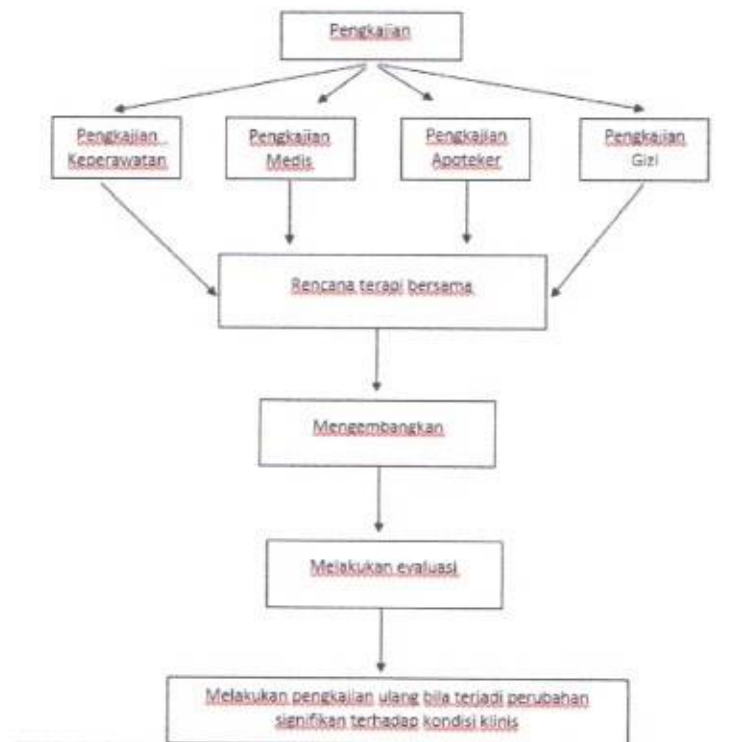
- L. Rencana Pemulangan Pasien (discharge planning) adalah suatu rencana yang disusun untuk pasien, sebelum keluar dari Rumah Sakit yang dimulai dari mengumpulkan data sampai dengan masuk area perawatan yaitu meliputi pengkajian, rencana perawatan, implementasi dan evaluasi

BAB II RUANG LINGKUP

Pengkajian pasien terbagi menjadi beberapa tahap sesuai dengan alur pelayanan pasien baik pasien Rawat Jalan maupun pasien Rawat Inap. Standar pengkajian pasien ini berfokus kepada :

- A. Pengkajian awal pasien
- B. Pengkajian ulang pasien
- C. Pelayanan laboratorium dan pelayanan darah
- D. Pelayanan radiologi klinik

Komponen utama dari proses pelayanan pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan adalah Pengkajian pasien untuk memperoleh informasi terkait status pasien. Untuk dapat berhasil memberikan terapi/asuhan yang berorientasi kepada pasien, dalam prakteknya seluruh profesional pemberi asuhan (PPA) seperti dokter, perawat, dietisien, dan apoteker harus memiliki pengetahuan dan keahlian dalam melakukan pengkajian pasien. Pengkajian pasien diperoleh dari pasien dan sumber-sumber lain (contohnya: profil terapi obat, rekam medis, dan lain-lain). Pengkajian pasien dilakukan oleh PPA yang berkompeten dan memiliki wewenang.



Dalam pengkajian, pasien dan keluarga harus diikutsertakan dalam seluruh proses, agar asuhan kepada pasien menjadi optimal. Pada saat evaluasi, bila terjadi perubahan yang signifikan terhadap kondisi klinis pasien, maka harus segera dilakukan pengkajian ulang. Bagian akhir dari pengkajian adalah melakukan evaluasi, umumnya disebut monitoring yang menjelaskan faktor-faktor yang akan menentukan pencapaian hasil-hasil nyata yang diharapkan pasien.

BAB III TATA LAKSANA

A. Pengkajian Awal

Proses Pengkajian bagi setiap pasien dimulai dengan Pengkajian awal. Pengkajian awal paling sedikit mencakup :

1. Keluhan saat ini
2. Status fisik
3. Psiko – sosio – spiritual
4. Ekonomi
5. Riwayat kesehatan pasien
6. Riwayat alergi
7. Riwayat penggunaan obat
8. Pengkajian nyeri
9. Risiko jatuh
10. Pengkajian fungsional
11. Risiko nutrisi
12. Kebutuhan edukasi
13. Perencanaan pemulangan (*discharge planning*)

Berdasarkan PPA yang melakukan pengkajian, maka pengkajian terbagi menjadi :

1. Pengkajian Awal Medis

Pengkajian awal medis di Rawat Jalan dilakukan oleh Dokter Umum atau Dokter Spesialis di Unit Rawat Jalan sedangkan di Rawat Inap dilakukan oleh DPJP yang memiliki wewenang dan kompeten.

Pengkajian awal medis Rawat Jalan dituliskan pada formulir RM 7.2, RM 7.3, RM 7.7, RM 7.10 atau RM 7.20. Pengkajian awal medis Rawat Inap dituliskan pada formulir RM 3.4, sedangkan Pengkajian awal medis Unit gawat darurat dituliskan pada formulir RM 2.1.

Dokter Umum/Dokter Spesialis/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 di keluarga.
- 6) Riwayat pekerjaan, sosial ekonomi, kejiwaan dan kebiasaan.
- 7) Riwayat tumbuh kembang.

b) Pemeriksaan Fisik:

- 1) Berasal dari kata "*Physical Examination*" berarti memeriksa tubuh. Memeriksa tubuh dengan atau tanpa alat untuk tujuan mendapatkan informasi data yang menggambarkan kondisi pasien sesungguhnya.

- 2) Teknik pemeriksaan fisik (*Physical Examination*) yang digunakan dengan:

- Inspeksi (Periksa pandang), yaitu proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.

- Palpasi (periksa raba), yaitu suatu teknik dengan menggunakan indera peraba.
- Perkusi (periksa ketuk), pemeriksaan dengan mengetuk untuk membandingkan kiri dan kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suara.
- Auskultasi (periksa dengar), pemeriksaan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh bagian tubuh (rongga dada dan rongga perut) dengan menggunakan stetoskop.

3) Komponen pemeriksaan fisik berdasarkan pendekatan *head to toe* adalah sebagai berikut :

- Tanda - tanda vital.
- Keadaan Umum.
- Tingkat kesadaran.
- Metode Pengkajian Nyeri.
- Kepala (Inspeksi, Palpasi, Neurologi).
- Leher (Kaku kuduk, JVP, KGB).
- Dada/Thorax (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi).
- Punggung (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi).
- Abdomen (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi).
- Ekstremitas (Inspeksi, Palpasi, Neurologi).
- Status lokalis.
- Anus/Genitalia (hanya bila diperlukan).
- Pemeriksaan penunjang.
- Daftar masalah/diagnosis.
- Kebutuhan *discharge planning*.
- *Care planning*.

4) DPJP mendokumentasikan dalam formulir pengkajian medis Rawat Inap, menandatangani dan memberi nama jelas.

Hasil dari seluruh pengkajian yang dikerjakan diluar rumah sakit ditinjau dan/atau di verifikasi pada saat masuk rawat inap atau sebelum tindakan di unit rawat jalan. Pengkajian awal medis dan keperawatan dilaksanakan dan didokumentasikan dalam kurun waktu 24 jam pertama sejak pasien masuk Rawat Inap atau lebih awal bila diperlukan sesuai dengan kondisi pasien oleh DPJP. Pengkajian awal medis pasien Rawat Jalan wajib lengkap dan selesai setelah waktu konsultasi dengan pasien selesai. Pengkajian medis yang dilakukan sebelum masuk rawat inap atau sebelum pasien menjalani prosedur di layanan rawat jalan rumah sakit harus dilakukan dalam waktu kurang atau sama dengan 30 (tiga puluh) hari sebelumnya. Jika lebih dari 30 (tiga puluh) hari, maka harus dilakukan pengkajian ulang.

Pada Unit gawat darurat, Pengkajian dilakukan dengan kerangka waktu sebagai berikut:

- a) Triase hijau : pengkajian dilakukan lebih dari 15 menit
- b) Triase kuning : pengkajian dilakukan kurang dari 5 menit
- c) Triase merah : pengkajian langsung dilakukan ketika pasien masuk Unit Gawat Darurat
- d) Triase hitam : di tempatkan di ruangan transit sementara

- e) Pengkajian pasien Unit Gawat Darurat di dokumentasikan pada RM 2.1 disesuaikan dengan Panduan Triase

2. Pengkajian Awal Keperawatan

Pengkajian awal keperawatan berlangsung saat pasien datang untuk dilakukan pemeriksaan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien. Pengkajian awal keperawatan dilakukan oleh perawat yang berwenang dan kompeten. Pengkajian keperawatan Rawat Inap didokumentasikan pada RM 3.1, RM 3.2 atau RM 3.3. Pengkajian awal keperawatan Rawat Jalan didokumentasikan pada RM 7.4, RM 7.5, RM 7.6 atau RM 7.7. Pengkajian Gawat Darurat tercatat pada RM 2.1. Adapun proses Pengkajian yang dilakukan perawat mencakup:

a) Riwayat Kesehatan:

- 1) Keluhan saat ini
- 2) Riwayat kesehatan
- 3) Riwayat kehamilan
- 4) Riwayat imunisasi
- 5) Obat yang dikonsumsi
- 6) Riwayat alergi

b) Pengkajian Nyeri

- 1) Pengkajian nyeri adalah prosedur untuk mengevaluasi pasien dengan rasa sakit. Pengkajian nyeri dilakukan pada seluruh pasien baru di RSIH, kecuali pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi (pasien tidak sadar, pasien dengan gangguan mental, bayi dan anak-anak).
- 2) *Skrining* nyeri pasien Rawat Jalan dilakukan pada saat pasien dilakukan Pengkajian oleh perawat, kunjungan kedua dan selanjutnya tidak perlu diulang (bila dalam sehari mengunjungi lebih dari 1 dokter/klinik), kecuali ada keluhan nyeri yang baru dirasakan di klinik berikutnya. *Skrining* nyeri pada pasien Rawat Inap dilakukan pada saat pasien masuk Rawat Inap.
- 3) Metode Pengkajian Nyeri yang dipakai di RSIH adalah sebagai berikut:
 - *Numeric Rating Scale* (NRS)
 - *Wong Baker Faces* (WBF)
 - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC)
 - *Behaviour Pain Scale* (BPS)
 - *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS)

Proses Pengkajian dan penilaian terhadap nyeri dibahas lebih mendetail pada panduan terpisah.

c) Pengkajian Risiko Jatuh (*Fall Risk*)

Penatalaksanaan Pengkajian Risiko Jatuh terdiri dari :

- 1) Pengkajian risiko jatuh pasien Rawat Jalan dan UGD menggunakan metode **GET UP AND GO TEST**

No	Penilaian/Pengkajian	Ya	Tidak
A	Cara berjalan pasien (salah satu atau lebih). 1. tidak seimbang/semboyongan/limbung 2. jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain)		

B	Menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi atau meja/benda lain sebagai penopang saat akan duduk.		
---	---	--	--

Hasil :

No	Hasil	Penilaian/pengkajian	Ket
1	Tidak berisiko	Tidak ditemukan a & b	
2	Risiko rendah	Ditemukan salah satu dari a/b	
3	Risiko tinggi	Ditemukan a & b	

Tindakan

No	Hasil	Penilaian/ Pengkajian	Ket
a	Tidak berisiko	Tidak ada tindakan	
b	Risiko rendah	Edukasi pasien dan keluarga	
c	Risiko tinggi	Pasang stiker kuning	
		Edukasi	

FALL RISK INTERVENTION UNTUK PASIEN RAWAT JALAN & UNIT GAWAT DARURAT (UGD)

RISIKO RENDAH

- Kaji adanya tumpahan/genangan di lantai
- Pasien UGD diantar ke toilet atau BAB/BAK di tempat tidur.
- Lampu/Penerangan yang cukup Edukasi keluarga dan pasien mengenai risiko jatuh, serta dokumentasikan.
- Pasien disarankan memakai alas kaki yang tidak licin
- Kursi roda selalu dalam kondisi terkunci kecuali sedang didorong.
- Untuk pasien UGD, railing *bed* selalu terpasang dan *bed* diposisikan ke posisi terendah.

RISIKO TINGGI

Intervensi untuk risiko RENDAH ditambah :

- Bila pasien akan ditinggalkan sendiri oleh keluarga (tidak ditunggu), maka keluarga diminta memberi tahu perawat. Bila ketenagaan memungkinkan, perawat wajib menunggu pasien selama ditinggalkan oleh keluarga, atau bila tidak memungkinkan, sedikitnya ditengok setiap 10 menit.
- Posisikan pasien duduk di dekat *nurse station* (untuk pasien UGD, pindahkan ke *bed* yang dekat dengan *nurse station*).
- Disarankan menggunakan kursi roda/alat bantu.

d) Beri tanda pasien berupa klip *High Fall Risk* berwarna kuning

- 2) Pengkajian risiko jatuh pasien Rawat Inap usia $>18 - \leq 60$ tahun menggunakan metode MORSE SCALE

Parameter	Skala		Skor
Riwayat Jatuh : baru-baru ini atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0	
	Ya	25	
Diagnosis Sekunder	Tidak	0	
	Ya	15	
Alat bantu pergerakan :			
1. Bed rest/dibantu perawat	0		
2. Walker/kruk	15		
3. Perabotan (kursi, meja)	30		
IV/ Heparin Lock	Tidak	0	
	Ya	15	
Gait :	0		
1. Normal/bedrest/immobile			
2. Lemah	10		
3. Impair	20		
Status mental	0		
1. Orientasi terhadap kemampuan diri baik			
2. Orientasi tidak realistik	15		
TOTAL SKOR			

Hasil :

Skor	Tingkat Risiko	Tindakan
0-24	Tidak ada risiko	Minimal care
25-50	Risiko sedang	Intervensi pencegahan jatuh standar
≥ 51	Risiko tinggi	Intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

- 3) Pengkajian risiko jatuh pasien pediatrik ($0 - \leq 18$ tahun) menggunakan metode HUMPTY DUMPTY

Parameter	Kriteria	Nilai
Usia	< 3 tahun	4
	3 tahun – 7 tahun	3
	7 tahun – 13 tahun	2
	> 13 tahun	1
Jenis kelamin	Laki-laki	2

	Perempuan	1
Diagnosis	Kelainan neurologi	4
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb.)	3
	Gangguan perilaku/psikiatri	2
	Diagnosis lainnya	1

Hasil :

Gangguan kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3
	Lupa akan adanya keterbatasan	2
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh/bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4
	Pasien menggunakan alat bantu/bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi/perabot rumah	3
	Pasien diletakkan di tempat tidur	2
	Area di luar rumah sakit	1
Respon terhadap Pembedahan /sedasi/anestesi	Dalam 24 jam	3
	Dalam 48 jam	2
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	1
Penggunaan medikamentosa	Penggunaan multipel: sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretik, narkose	3
	Penggunaan salah satu obat di atas	2
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1
TOTAL SKOR		

- Skor 7-11 : risiko rendah
- Skor \geq 12: risiko tinggi

4) Pengkajian risiko jatuh pasien Geriatri (> 60 tahun) menggunakan metode ONTARIO MODIFIED STRATIFY – SIDNEY SCORING

No	Parameter	Skrining	Jawaban	Keterangan Nilai
1	Riwayat jatuh	apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?	Ya/tidak	Salah satu jawaban ya = 6
		jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?	Ya/ tidak	
2	Status mental	apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat)	Ya/ tidak	Salah satu jawaban ya = 14
		apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang)	Ya/ tidak	
		apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)	Ya/ tidak	
3	Penglihatan	apakah pasien memakai kacamata?	Ya/ tidak	Salah satu jawaban ya = 1
		apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram?	Ya/ tidak	
		apakah pasien mempunyai glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?	Ya/ tidak	
4	Kebiasaan berkemih	apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya/ tidak	ya = 2
5	Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur)	mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	Jumlahkan nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka
		memerlukan sedikit bantuan (1 orang)/dalam pengawasan	1	
		memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)	2	
		tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	3	

6	Mobilitas	mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	skor = 0. jika nilai total 4-6, maka skor = 7
		berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik)	1	
		menggunakan kursi roda	2	
		Imobilisasi	3	
Total Skor				

Hasil

No	Skor	Risiko	Ket
1	0 – 5	Risiko rendah	
2	6 – 16	Risiko sedang	
3	17 – 30	Risiko tinggi	

5) Pengkajian Risiko Jatuh Pasien Psikiatri menggunakan metode EDMONSON

Parameter	Kriteria	Nilai
Usia	1. < 50 tahun	8
	2. 50-70 tahun	10
	3. > 80 tahun	26
Status mental	1. Kesadaran baik/Orientasi baik setiap saat	4
	2. Agitasi /Ansietas	12
	3. Kadang-kadang bingung	13
	4. bingung atau disorientasi	14
Eliminasi	1. Mandiri dan mampu mengontrol BAB/BAK	8
	2. <i>Dower catheter/Colostomy</i>	12
	3. Eliminasi dengan bantuan	10
	4. Gangguan eliminasi (Inkontinensia/Nukturia/Frekuensi)	12
	5. Inkontinensia tetapi mampu untuk mobilisasi	12
Pengobatan	1. Tanpa obat-obatan	10
	2. Mendapatkan obat-obat jantung	10
	3. Mendapatkan Obat-obat Psikotropika (termasuk Benzodiazepinedan Antidepresan)	8
	4. Mendapat tambahan obat-obatan dan/atau obat-obat PRN (psikiatri, anti nyeri) yang diberikan dalam 24 jam terakhir	12

Diagnosa	1. Bipolar/Gangguan Schizoaffective	10
	2. Penggunaan obat-obatan terlarang/ketergantungan alkohol	8
	3. Gangguan depresi mayor	10
	4. Dimensia/delirium	12
Ambulasi atau keseimbangan	1. Mandiri/keseimbangan baik/Imobilisasi	7
	2. Menggunakan alat bantu (kursi roda, walker, dll)	8
	3. Vertigo/kelemahan	
	4. Goyah/membutuhkan bantuan dan menyadari kemampuan	10
	5. Goyah tapi lupa keterbatasan	8
		15
Nutrisi	1. Mengonsumsi sedikit makanan atau minuman dalam 24 jam terakhir	12
	2. Tidak ada kelainan dengan nafsu makan	0
Gangguan Pola Tidur	1. Tidak ada gangguan pola tidur	8
	2. Ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan oleh pasien, keluarga atau petugas	12
Riwayat jatuh	1. Tidak ada riwayat jatuh	8
	2. Ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	12

Hasil kategori risiko jatuh :

- a) Skor ≤ 90 : Risiko Rendah.
 b) Skor ≥ 90 : Risiko Tinggi.

Intervensi

a) Risiko Rendah : Skor ≤ 90

- 1) Orientasikan pasien pada lingkungan kamar.
- 2) Pastikan rem tempat tidur terkunci.
- 3) Pastikan bel terjangkau.
- 4) Singkirkan barang yang berbahaya terutama pada malam hari (kursi tambahan dan lain-lain).
- 5) Minta persetujuan pasien agar lampu malam tetap menyala karena lingkungan masih asing.
- 6) Pastikan alat bantu jalan dalam jangkauan (bila menggunakan).
- 7) Pastikan alas kaki tidak licin.
- 8) Pastikan kebutuhan pribadi dalam jangkauan.
- 9) Tempatkan meja pasien dengan baik agar tidak menghalangi.
- 10) Tempatkan pasien sesuai dengan tinggi badannya.

b) Risiko Tinggi : Skor ≥ 90

Intervensi untuk RISIKO RENDAH, ditambah :

- 1) Pasang penanda risiko jatuh pada tempat tidur pasien.

- 2) Cepat menanggapi keluhan pasien.
- 3) Review kembali obat-obatan yang berisiko.
- 4) Beritahu pasien agar mobilisasi secara bertahap : duduk perlahan-lahan sebelum berdiri.
- 5) Libatkan pasien secara aktif.

Daftar Obat-obatan (tandai obat-obatan yang dikonsumsi pasien) :

Satu atau lebih penggunaan obat-obatan di bawah ini dapat meningkatkan risiko jatuh:

Antihipertensi	- Pencahar	- Opioid
Antikonvulsan	- Antiparkinson	- Diuretic
Benzodiazepin	- Psikotropika	- Hipoglikemia

FALL RISK INTERVENTION

RISIKO RENDAH (*Low Fall Risk*)

- Orientasi ruangan kepada pasien dan keluarga.
- Kaji adanya tumpahan/genangan di lantai.
- Jalan ke toilet harus bebas dari hambatan.
- Kebutuhan pribadi pasien harus berada dalam jangkauan.
- Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien minimal 1 kali setiap shiftnya yaitu pada pukul 08.00 WIB, 14.00 WIB dan 20.00 WIB

RISIKO SEDANG (*Medium Fall Risk*)

Intervensi untuk risiko RENDAH ditambah :

- Lampu/penerangan yang cukup (lampu tetap menyala di waktu malam).
- Edukasi keluarga dan pasien mengenai risiko jatuh, serta dokumentasikan.
- Tombol *nurse call* harus diletakkan terjangkau oleh pasien.
- Pasien disarankan memakai alas kaki yang tidak licin.
- *Railing bed* selalu dalam kondisi terpasang.
- Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien minimal 1 kali setiap shiftnya yaitu pada pukul 08.00 WIB, 14.00 WIB dan 20.00 WIB

RISIKO TINGGI (*High Fall Risk*)

Intervensi untuk risiko SEDANG ditambah :

- Beri tanda pasien berupa klip warna kuning yang dipasang di gelang identitas pasien dan penanda *High Fall Risk* yang digantung di bed pasien
- Bila pasien akan ditinggalkan sendiri oleh keluarga (tidak ditunggu), maka keluarga diminta memberi tahu perawat.
- Awasi kemungkinan BAB/BAK tiap 2 jam kecuali pasien tidur.
- Bantu menggunakan alat BAB/BAK (pispot/urinal) di tempat tidur agar pasien tidak perlu berjalan ke kamar mandi.
- Posisikan tempat tidur di posisi terendah.
- Evaluasi pemberian obat (diuretik, laksatif, yang membuat pasien lebih sering naik/turun *bed*).
- Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien setiap 2 jam sekali, kecuali jika pasien tidak ditunggu oleh keluarga maka observasi dan dokumentasi dilakukan setiap jam.

d) Pemeriksaan Fisik:

- 1) Tanda-tanda vital
- 2) Tingkat kesadaran
- 3) Rambut dan kepala
- 4) Mata
- 5) Hidung
- 6) Telinga
- 7) Mulut
- 8) Leher
- 9) Dada/thorax
- 10) Abdomen
- 11) Genitalia
- 12) Ekstremitas

e) Kebutuhan Dasar:

- 1) Pola istirahat dan tidur
- 2) Makan dan minum
- 3) Eliminasi

f) Skrining status fungsional:

- 1) Pola aktivitas sehari-hari
- 2) Penglihatan
- 3) Pendengaran
- 4) Lengan
- 5) Kaki
- 6) Urinari

- 7) Status Mental
- 8) Depresi
- 9) Keamanan Lingkungan Rumah
- 10) Dukungan Sosial & Spiritual

g) Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan bagian dari Pengkajian awal bagi pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap. Skrining gizi dilakukan oleh perawat dan dilanjutkan dengan Pengkajian gizi oleh dietisien jika total skor pada skrining gizi ≥ 2 . Pengkajian gizi didokumentasikan pada formulir skrining gizi awal RM.11.1 Skrining gizi awal dilakukan oleh dietisien unit nutrisi sebagai bagian dari pelayanan gizi klinik dan akan menghasilkan asuhan gizi pasien. Skrining, Pengkajian, dan asuhan gizi secara khusus dibahas secara terpisah.

- h) Kebutuhan Pendidikan Kesehatan.
- i) Perencanaan Pasien Pulang.
- j) Daftar Diagnosis Keperawatan.

Waktu dilakukannya Pengkajian harus dituliskan lengkap tanggal dan jam Pengkajian. Sumber Pengkajian diambil, kondisi pasien saat masuk dan keluarga terdekat yang dapat dihubungi dituliskan dalam Pengkajian tersebut. Pengkajian awal keperawatan wajib lengkap dan selesai setelah waktu konsultasi dengan pasien selesai

B. Pengkajian Tambahan

Pengkajian tambahan dibuat untuk populasi pasien khusus yang keperluan Pengkajiannya belum tercakup dalam formulir Pengkajian standar. Pengkajian tambahan antara lain untuk :

1. Neonatus

- a) Kebijakan Pengkajian pasien Rawat Inap neonatus digunakan untuk anak berumur 0 bulan sampai dengan 28 hari..
- b) Tahapan Pengkajian awal berupa :
 - 1) Informasi identitas, terdiri dari :
 - Identitas bayi meliputi nama, jenis kelamin, berat badan lahir, berat badan saat mulai keperawatan, ada tidaknya tanda lahir, diagnosis masuk dan scoring APGAR (warna, denyut jantung, reflex iritabilitas, tonus otot, usaha bernapas).
 - Identitas orang tua meliputi nama, umur dan golongan darah ayah dan ibu.
 - Riwayat kehamilan dan persalinan ibu (riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu dan sekarang).
 - 2) Riwayat Kesehatan:
 - Keluhan Utama.
 - Riwayat Kesehatan Sekarang.
 - Riwayat Kesehatan Masa Lalu.
 - Riwayat Penyakit Keluarga.
 - 3) Pengkajian nyeri dan risiko jatuh.
 - 4) Pemeriksaan fisik meliputi.
 - 5) Pemeriksaan Fisik:

- a) Tanda-tanda vital.
 - b) Tingkat kesadaran.
 - c) Kepala.
 - d) Mata.
 - e) Hidung.
 - f) Telinga.
 - g) Mulut.
 - h) Leher
 - i) Dada/thorax.
 - j) Abdomen.
 - k) Genitalia.
 - l) Ekstremitas.
- 6) Klasifikasi bayi baru lahir berdasarkan maturitas dan pertumbuhan intrauterine.
- 7) Lembar pemeriksaan *New Ballard Score*.

2. Anak

Pengkajian pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan anak digunakan untuk anak berumur 29 hari sampai dengan 18 tahun.

Tahapan Pengkajian awal berupa :

- a) Data hasil penunjang dan obat yang dibawa oleh pasien dari rumah
- b) Riwayat kesehatan terdiri dari keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, diagnosis masuk, riwayat kesehatan masa lalu termasuk riwayat alergi dan riwayat imunisasi, riwayat penyakit keluarga termasuk sejarah transfusi darah dan ada tidaknya reaksi yang timbul, riwayat pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan kelompok umur yang ditetapkan, dan ada tidaknya keluhan tumbuh kembang sekarang.
- c) Pengkajian nyeri menggunakan metode WBF untuk pasien yang dapat berkomunikasi efektif dan metode FLACC untuk pasien yang tidak dapat berkomunikasi efektif. Selain itu dituliskan juga daerah lokasi nyeri.
- d) Pengkajian risiko jatuh menggunakan metode *HUMPTY DUMPTY*. Pengkajian ini untuk menentukan tingkat risiko jatuh pasien. Apabila pasien memiliki risiko tinggi maka pasien diberikan tanda atau label risiko jatuh di tempat tidur, status rekam medis pasien, gelang pasien dan list daftar pasien ruangan perawat.
- e) Pemeriksaan fisik terdiri dari tanda vital, tingkat kesadaran, rambut dan kepala, mata, hidung, telinga, mulut, dada/thorax, paru-paru, ekspansi dada, pola pernafasan, bunyi nafas, jantung, punggung, abdomen, kulit, genitalia, dan ekstremitas.
- f) Status fungsional.
Pengkajian ini menilai jenis komunikasi yang dapat dilakukan oleh pasien baik verbal maupun non verbal dan pasien berkebutuhan khusus atau tidak beserta penjelasannya. Contoh berkebutuhan khusus adalah gangguan pendengaran, gangguan bicara, motorik/sensorik, gangguan penglihatan, konsentrasi dengan lingkungan sekitar, gangguan temperamental, gangguan berjalan dan gangguan eliminasi (atresia ani/ hirsprung/hipospadia).
- g) Pola aktivitas meliputi pola istirahat dan tidur, makan dan minum, eliminasi,

kebersihan diri dan olah raga.

- h) Respon emosi.
- i) Kebutuhan pendidikan kesehatan, meliputi tingkat pendidikan, bahasa utama pasien, ada tidaknya hambatan komunikasi pada pasien, kebutuhan pendamping keluarga untuk pasien, ketersediaan pasien, keluarga menerima informulirasi dan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan sejak pasien masuk sampai pelaksanaan perawatan setelah pulang dirawat.
- j) Sistem sosial ekonomi budaya spiritual. Bagian ini berisi informasi dengan siapa pasien tinggal, bagaimana pasien menjalankan ibadah, keyakinan pasien akan kesembuhan, apakah pasien dalam kondisi terminal dan kebutuhan kehadiran pemuka agama/rohaniawan.
- k) Perencanaan pasien pulang. Bagian ini berisi penjelasan pasien mengenai dengan siapa pasien tinggal setelah pulang, rencana perawatan di rumah dan kebutuhan perawatan lanjutan sehubungan dengan pemeliharaan atau kesembuhan pasien.
- l) Daftar diagnosis keperawatan.

3. Dewasa

Pengkajian pasien rawat inap dan rawat jalan dewasa digunakan untuk anak berumur lebih dari 18 tahun sampai dengan 60 tahun

Tahapan pengkajian awal berupa :

- a) Data hasil penunjang dan obat yang dibawa oleh pasien dari rumah.
- b) Riwayat kesehatan terdiri dari keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, diagnosis masuk, riwayat kesehatan masa lalu termasuk riwayat alergi dan riwayat pengobatan, riwayat penyakit keluarga, riwayat operasi.
- c) Pengkajian nyeri menggunakan metode NRS, WBF dan BPS untuk pasien dewasa.
- d) Pengkajian risiko jatuh menggunakan metode *MORSE SCALE*. Pengkajian ini untuk menentukan tingkat risiko jatuh pasien. Apabila pasien memiliki risiko tinggi maka pasien diberikan tanda atau label risiko jatuh di tempat tidur, status rekam medis pasien, gelang pasien dan list daftar pasien ruangan perawat.
- e) Pemeriksaan fisik terdiri dari tanda vital, tingkat kesadaran, rambut dan kepala, mata, hidung, telinga, mulut, dada/thorax, paru-paru, ekspansi dada, pola pernafasan, bunyi nafas, jantung, punggung, abdomen, kulit, genitalia, dan ekstremitas.
- f) Status fungsional.
Pengkajian ini menilai jenis komunikasi yang dapat dilakukan oleh pasien baik verbal maupun non verbal dan pasien berkebutuhan khusus atau tidak beserta penjelasannya. Contoh berkebutuhan khusus adalah gangguan pendengaran, gangguan bicara, motorik/sensorik, gangguan penglihatan, konsentrasi dengan lingkungan sekitar, gangguan temperamental, gangguan berjalan dan gangguan eliminasi.
- g) Pola aktivitas meliputi pola istirahat dan tidur, makan dan minum, eliminasi, kebersihan diri dan olah raga.
- h) Status psikologis.

Pengkajian ini menilai respon pasien terhadap kondisi psikologis pasien

- i) Kebutuhan pendidikan kesehatan, meliputi tingkat pendidikan, bahasa utama pasien, ada tidaknya hambatan komunikasi pada pasien, kebutuhan pendamping keluarga untuk pasien, ketersediaan pasien, keluarga menerima informasi dan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan sejak pasien masuk sampai pelaksanaan perawatan setelah pulang dirawat.
- j) Sistem sosial ekonomi budaya spiritual. Bagian ini berisi informasi dengan siapa pasien tinggal, bagaimana pasien menjalankan ibadah, keyakinan pasien akan kesembuhan, apakah pasien dalam kondisi terminal dan kebutuhan kehadiran pemuka agama/rohaniawan.
- k) Perencanaan pasien pulang. Bagian ini berisi penjelasan pasien mengenai dengan siapa pasien tinggal setelah pulang, rencana perawatan di rumah dan kebutuhan perawatan lanjutan sehubungan dengan pemeliharaan atau kesembuhan pasien.
- l) Daftar diagnosis keperawatan.

4. ObstetriMaternitas

- a) Anamnesis pada lembar Pengkajian obstetri terdiri dari :
 - a) Informasi identitas pasien dan suami.
 - b) Riwayat Obstetri ; riwayat menstruasi, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, kehamilan yang sekarang.
 - c) Pemeriksaan luar.
 - d) Pemeriksaan dalam.
- b) Riwayat Kesehatan:
 - 1) Keluhan utama.
 - 2) Anamnesis Khusus.
 - 3) Riwayat kesehatan sekarang.
 - 4) Riwayat kesehatan masa lalu.
 - 5) Ketergantungan.
 - 6) Riwayat penyakit keluarga.
- c) Pengkajian nyeri dan risiko jatuh.
- d) Pemeriksaan Fisik:
 - 1) Kepala dan leher
 - Rambut : warna hitam, bersih, pertumbuhan baik, kulit kepala tidak ada lesi.
 - Wajah : tidak ada oedem, simetris.
 - Mata : konjungtiva anemis/tidak, perdarahan ada/tidak, sklera ikteris/tidak, sekret ada/tidak
 - Hidung : Bersih/tidak, simetris/tidak, ada polip/tidak, ada sekret/tidak. Pernapasan cuping hidung : ada/tidak
 - Mulut : bersih, warna kemerahan, simetris.
 - Bibir : warna, kelembapan, simetris/tidak, ada lesi atau tidak.
 - Gigi : Caries/tidak, ada karang/tidak.
 - Gusi : warna kemerahan, ada oedem/tidak.
 - Telinga : bersih/tidak, ada serumen/tidak.
 - 2) Leher
 - Kelenjar thyroid :

- Ada pembengkakan kelenjar parotis/tidak.
- Bentuk simetris/tidak.
- Ada massa/tidak.
- Ada kekakuan/tidak.
- 3) Dada
 - Auskultasi jantung normal/tidak.
 - Auskultasi paru-paru normal/tidak.
- 4) Payudara
 - Ada pembesaran/tidak.
 - Bentuk dan ukuran simetris/tidak.
 - Warna normal/tidak.
 - Puting menonjol /tidak.
 - Kolostrum ada /tidak.
 - Benjolan
 - Nyeri tekan ada/tidak
 - Ada pembesaran kelenjar getah bening/tidak.
- 5) Abdomen
 - Pembesaran : sesuai umur/tidak.
 - Hyperpigmentasi : ada linea nigra/tidak.
 - Gravidarum
 - Bekas luka operasi
 - Bentuk simetris/tidak
 - Palpasi leopoid :
 - TFU.
 - Bagian fundus teraba.
 - Perut kanan dan perut kiri teraba.
 - Bagian terbawah teraba.
 - Bagian bawah janin sudah masuk panggul (devergen) atau belum (convergen).
 - TFU : ... RM
 - TBJ :
 - Kontraksi :
 - Palpasi supra pubic/kandung kencing : kosong/tidak
 - Auskultasi: DJJ
- 6) Genitalia Ekstrena
 - Vagina : oedem/tidak, infeksi/tidak, varices/tidak, ada tanda chadwich/tidak, cairan ada/tidak, berlendir darah/tidak.
 - Kelenjar Bartholin : oedem/tidak, ada massa/tidak.
- 7) Anus dan rectum : normal/tidak.
- 8) Ekstremitas atas dan bawah baik/tidak
- 9) Untuk bawah : oedem/tidak, varices/tidak, kuku jari, reflek patella.
- 10) Pemeriksaan Dalam:
 - Vagina.
 - Partio.
 - Pembukaan.

- Kulit ketuban.
- Presentasi kepala.
- UUK.
- Kesan panggul.
- e) Kebutuhan Dasar:
 - 1) Pola istirahat dan tidur.
 - 2) Makan dan minum.
 - 3) Eliminasi.
- f) Skrining status fungsional:
 - 1) Pola aktivitas sehari-hari.
 - 2) Penglihatan.
 - 3) Pendengaran.
 - 4) Lengan.
 - 5) Kaki.
 - 6) Urinari.
 - 7) Status Mental.
 - 8) Depresi.
 - 9) Keamanan Lingkungan Rumah.
 - 10) Dukungan Sosial & Spiritual.
- g) Skrining Gizi.
- h) Kebutuhan Pendidikan Kesehatan.
- i) Perencanaan Pasien Pulang.
- j) Daftar Diagnosis Keperawatan.
- k) Adapun Pengkajian kebidanan pada persalinan normal yang dilakukan dengan pengumpulan data/pengkaji, adalah sebagai berikut :
 - 1) Data Subjektif
Berisi identitas yang terdiri dari nama lengkap pasien dan suami, usia pasien dan suami, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat.
 - 2) Alasan data:
Pengkajian ini untuk mendapatkan informasi bahwa Ibu mengatakan ingin melahirkan bayinya dan ibu merasakan kencang-kencang disertai pengeluaran lendir darah, adanya pengeluaran air-air (air ketuban) dari jalan lahir atau tidak, ibu masih merasakan gerakan aktif bayinya atau tidak.
 - 3) Tanda Persalinan, yaitu :
 - Kontraksi :
 - Teratur atau tidak.
 - Sejak kapan.
 - Frekuensi dalam 10 menit.
 - Intensitas : sering atau tidak.
 - Durasi : berapa detik.
 - Pengeluaran pervagina :
 - Lendir darah : ada atau tidak.
 - Air ketuban : masih utuh atau sudah pecah.
 - Darah : ada atau tidak.
 - Data Kebidanan, yaitu :

- Haid
 - *Menarche* waktu usia berapa tahun.
 - Lama.
 - Warna.
 - Siklus.
 - *Banyaknya* : berapa kali ganti pembalut perhari
 - ✓ Keluhan : ada atau tidaknya nyeri.
 - ✓ Amenorea/ tidak mens.
- Riwayat kehamilan sekarang:
 - G.P.A
 - HPHT
 - HPL
 - Umur kehamilan : minggu
 - Gerakan janin : x/hari
 - Gerakan terakhir jam berapa :
 - ANC : ... kali
 - Tempat ANC :
 - Imunisasi TT : tanggal dilakukannya TT1 dan tanggal dilakukannya TT2
- Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu sesuai dengan tabel di bawah ini:

Hamil ke-	komplikasi	Tempat persalinan dan penolong	UK	Jenis persalinan	Berat lahir (usia) hidup/mati	Nifas dulu

- Riwayat KB, yaitu :
 - Jenis KB yang digunakan, lama penggunaan, kapan drop out, alasan *drop out*
 - Rencana ber-KB : jenis kontrasepsi yang akan digunakan, kapan akan ber-KB, tanggapan suami, jumlah anak yang diinginkan.
- Data Psikologi meliputi :
 - Pengetahuan ibu tentang tanda-tanda persalinan dan proses persalinan
 - Perasaan ibu menghadapi proses persalinan
 - Persiapan menghadapi proses persalinan
 - Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap proses persalinan yang dihadapi.
 - Adat menghadapi persalinan

5. Geriatri

Pengkajian pasien rawat inap dan rawat jalan dewasa digunakan untuk umur lebih dari 60 tahun

Tahapan pengkajian awal berupa :

- a. Data hasil penunjang dan obat yang dibawa oleh pasien dari rumah.
- b. Riwayat kesehatan terdiri dari keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, diagnosis masuk, riwayat kesehatan masa lalu termasuk riwayat alergi dan riwayat pengobatan, riwayat penyakit keluarga, riwayat operasi.
- c. Pengkajian nyeri menggunakan metode NRS, WBF dan BPS untuk pasien dewasa.
- d. Pengkajian risiko jatuh menggunakan metode *ONTARIO MODIFIED STRATIFY-SIDNEY SCORING*. Pengkajian ini untuk menentukan tingkat risiko jatuh pasien. Apabila pasien memiliki risiko tinggi maka pasien diberikan tanda atau label risiko jatuh di tempat tidur, status rekam medis pasien, gelang pasien dan list daftar pasien ruangan perawat.
- e. Pemeriksaan fisik terdiri dari tanda vital, tingkat kesadaran, rambut dan kepala, mata, hidung, telinga, mulut, dada/thorax, paru-paru, ekspansi dada, pola pernafasan, bunyi nafas, jantung, punggung, abdomen, kulit, genitalia, dan ekstremitas.
- f. Status fungsional.
Pengkajian ini menilai jenis komunikasi yang dapat dilakukan oleh pasien baik verbal maupun non verbal dan pasien berkebutuhan khusus atau tidak beserta penjelasannya. Contoh berkebutuhan khusus adalah gangguan pendengaran, gangguan bicara, motorik/sensorik, gangguan penglihatan, konsentrasi dengan lingkungan sekitar, gangguan temperamental, gangguan berjalan dan gangguan eliminasi. Pola aktivitas meliputi pola istirahat dan tidur, makan dan minum, eliminasi, kebersihan diri dan olah raga.
- g. Status psikologis.
Pengkajian ini menilai respon pasien terhadap kondisi psikologis pasien
- h. Kebutuhan pendidikan kesehatan, meliputi tingkat pendidikan, bahasa utama pasien, ada tidaknya hambatan komunikasi pada pasien, kebutuhan pendamping keluarga untuk pasien, ketersediaan pasien, keluarga menerima informasi dan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan sejak pasien masuk sampai pelaksanaan perawatan setelah pulang dirawat.
- i. Sistem sosial ekonomi budaya spiritual. Bagian ini berisi informasi dengan siapa pasien tinggal, bagaimana pasien menjalankan ibadah, keyakinan pasien akan kesembuhan, apakah pasien dalam kondisi terminal dan kebutuhan kehadiran pemuka agama/rohaniawan.
- j. Perencanaan pasien pulang. Bagian ini berisi penjelasan pasien mengenai dengan siapa pasien tinggal setelah pulang, rencana perawatan di rumah dan kebutuhan perawatan lanjutan sehubungan dengan pemeliharaan atau kesembuhan pasien.
- k. Daftar diagnosis keperawatan.

6. Sakit Terminal/Menghadapi Kematian

Pada pasien sakit terminal perlu dilakukan pengkajian secara khusus dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Metode penyampaian berita buruk yang paling sesuai untuk pasien. Dokter berunding dengan keluarga terlebih dahulu mengenai bagaimana dan kapan waktu yang sesuai untuk menyampaikan berita buruk.
- b. Setelah pasien mengetahui kondisinya, perlu ditawarkan suatu bentuk pendampingan psikologis/psikiatrik yang mungkin diperlukan untuk melalui fase denial, fase anger hingga sampai *fase acceptance*. Hal ini dapat dilakukan dalam *outpatient/inpatient setting*.
- c. Hal-hal seputar pilihan yang dimiliki pasien seperti ingin meninggal di mana, serta berbagai kehendak pasien terkait dengan akhir hidupnya (*advanced directives*) yang terkait dengan penanganan pasien.
- d. Kadang pasien tidak dalam kondisi sadar/mampu berkomunikasi, maka langkah di atas mungkin pula diperlukan untuk keluarga pasien.
- e. Kebutuhan akan layanan spiritual, yang dapat disediakan oleh rumah sakit dan dapat ditawarkan kepada pasien atau keluarga pasien namun pasien/keluarga dapat juga memilih untuk mengundang penasehat spiritual pilihannya sendiri dengan menginformulasikan kepada perawat ruangan (untuk *inpatient*).
- f. Kelonggaran dalam berdoa dan jumlah pengunjung diberikan melihat kondisi ruang perawatan dan diberikan oleh penanggung jawab ruang perawatan bagi pasien terminal dengan catatan tidak mengganggu pasien lain.
- g. Keadekuatan (*adequacy*) dari obat-obatan paliatif yang diberikan (terutama obat nyeri) serta Pengkajian nyeri dan gejala lain yang mungkin timbul pada pasien terminal.

7. Pasien Dengan Rasa Sakit Kronik Atau Nyeri

Pada pengkajian ulang nyeri yang perlu dilakukan pengkajian secara khusus dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Karakteristik nyeri dikaji penyebab (P), tipe nyeri (Q), lokasi (R), skala (S), waktu (T).
- b. Metode pengkajian nyeri yang digunakan yaitu :
 - 1) *Numeric Rating Scale* (NRS)
 - 2) *Wong Baker Faces* (WBF)
 - 3) *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC)
 - 4) *Behaviour Pain Scale* (BPS)
 - 5) *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS)
- c. Manajemen nyeri yaitu :
 - 1) Non farmakologis
 - 2) Farmakologis
- d. Evaluasi nyeri
 - 1) Pasien dengan penyakit menular atau infeksius
 - 2) Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi

8. Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatris

Pada pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatris perlu dilakukan pengkajian secara khusus dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Keluhan
- b. Penampilan
- c. RTA (Reality Testing Ability)
- d. Kesadaran
- e. Orientasi
- f. Pikiran
- g. Bicara
- h. Persepsi
- i. Affek/Mood
- j. Tingkah laku
- k. Konsentrasi
- l. Pengendalian diri
- m. Interaksi social
- n. Psikopatolog lainnnya
- o. Diagnosis
- p. Farmakoterapi
- q. Psikoterapi
- r. Prognosis

9. Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol

Pada pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatris perlu dilakukan pengkajian secara khusus dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Keluhan
- b. Penampilan
- c. RTA (Reality Testing Ability)
- d. Kesadaran
- e. Orientasi
- f. Pikiran
- g. Bicara
- h. Persepsi
- i. Affek/Mood
- j. Tingkah laku
- k. Konsentrasi
- l. Pengendalian diri
- m. Interaksi social
- n. Psikopatolog lainnnya
- o. Diagnosis
- p. Farmakoterapi
- q. Psikoterapi
- r. Prognosis

C. Pengkajian Ulang

Semua PPA wajib melakukan pengkajian ulang dan diperlukan untuk evaluasi terhadap keputusan tentang asuhan yang benar dan efektif. Pengkajian ulang dilakukan dengan interval waktu yang didasarkan atas kebutuhan dan rencana asuhan, dan digunakan sebagai dasar rencana pulang pasien.

Pengkajian ulang baik di Rawat Jalan maupun Rawat Inap dilakukan oleh DPJP memperhitungkan asuhan pasien selanjutnya. Pengkajian ulang untuk pasien akut di Rawat Inap sekurang – kurangnya dilakukan sekali setiap harinya, termasuk di hari libur/Minggu dan lebih sering jika terdapat perubahan penting pada kondisi pasien. Pada pasien non akut pengkajian ulang dilakukan DPJP setiap hari atau pada hari-hari tertentu dapat diwakilkan pada dokter jaga yang ditunjuk dan telah mempunyai kompetensi, kemudian dilakukan verifikasi oleh DPJP dalam kurun waktu pasien 24 jam.

Pengkajian ulang pasien di Rawat Jalan dilakukan setiap kali kunjungan pasien dengan kurun waktu kurang dari 30 hari. Apabila dalam kurun waktu 30 hari tersebut pasien mengeluhkan keluhan utama lain dengan kecurigaan adanya diagnosis baru yang tidak berhubungan dengan hasil pengkajian sebelumnya, DPJP perlu melakukan pengkajian awal kembali.

Untuk pasien rawat jalan yang membutuhkan asuhan yang kompleks atau diagnosis yang kompleks dibuat catatan tersendiri di formulir Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) dan tersedia untuk PPA. Dengan demikian, pasien Rawat Jalan yang memenuhi salah satu kriteria berikut harus dicatat hasil pengkajiannya dalam formulir ringkasan medik pasien rawat jalan RM 7.24:

1. Memiliki 2 (dua) atau lebih diagnosis dengan disertai 1 (satu) penyakit komorbid
2. Memiliki 1 (satu) atau lebih diagnosis dengan disertai 2 (dua) atau lebih diagnosis dengan disertai 2 (dua) atau lebih penyakit komorbid

Pencatatan pengkajian ulang pada lembar CPPT untuk Dokter dengan format SOAP, yaitu:

S (Subjective) merupakan keluhan pasien. Ditulis di rekam medik keluhan yang relevan dengan terapi yang diberikan, serta sebisa mungkin guna kepentingan evaluasi terapi harus menunjukkan kuantifikasi (misalkan skala nyeri, mual sampai tidak bisa makan, atau bisa makan tapi sedikit).

O (Objective) merupakan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik. Ditulis di rekam medik hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang relevan dalam diagnosis dan terapi yang diberikan saja.

A (Assessment) merupakan kesimpulan pengkajian. Dituliskan di rekam medik hanya kesimpulan pengkajian yang relevan dengan rencana perubahan terapi (penambahan maupun pengurangan) atau yang merupakan tindak lanjut dari pengkajian sebelumnya. Termasuk perubahan diagnosis harus dituliskan.

P (Plan) merupakan kelanjutan rencana perawatan. Dituliskan di rekam medik secara lengkap setiap perubahan terapi/penanganan. Termasuk penambahan obat, pengurangan obat, perubahan dosis obat, perubahan diit, konsultasi dengan spesialisasi lain, rencana pemulangan, edukasi dan pelatihan pasien dan keluarga yang akan dilakukan.

Pencatatan pengkajian ulang pada lembar CPPT untuk PPA (Perawat, Bidan, Fisioterapis, Apoteker) dengan format SOAPIE, yaitu:

S (Subjective) merupakan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan oleh PPA.

O (Objective) merupakan data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi PPA secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan oleh PPA.

A (Assessment) merupakan interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P (Plan) merupakan kelanjutan rencana perawatan. Dituliskan di rekam medik secara lengkap setiap perubahan terapi/penanganan. Termasuk penambahan obat, pengurangan obat, perubahan dosis obat, perubahan diit, konsultasi dengan spesialisasi lain, rencana pemulangan, edukasi dan pelatihan pasien dan keluarga yang akan dilakukan.

I (Implementasi) merupakan tindakan yang dilakukan oleh PPA dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (Plan) serta cantumkan tanggal dan jam melaksanakan.

E (Evaluasi) merupakan respon klien setelah dilakukan tindakan oleh PPA.

Jika keluhan masih ada hasil evaluasi belum teratasi maka dilanjutkan **R (Reassessment)** untuk melakukan tindak lanjut.

R (Reassessment) merupakan pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

Sedangkan khusus untuk asuhan Gizi dengan format ADIME, yaitu :

A (Assesmen/Pengkajian gizi) adalah serangkaian proses pengkajian terhadap pasien untuk mengumpulkan data pendukung yang bertujuan sebagai bahan analisis untuk menetapkan diagnosis gizi.

D (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 Sign/Symptoms.

I (Intervensi Gizi) Terdapat dua komponen intervensi gizi yaitu perencanaan intervensi dan implementasi.

M (Monitoring Gizi) yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh klien maupun tim. Kegiatan ini adalah mengukur perkembangan/perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi. Parameter yang harus diukur berdasarkan tanda dan gejala dari diagnosis gizi.

E (Evaluasi Gizi) berdasarkan ketiga tahapan kegiatan di atas akan didapatkan 4 jenis hasil, yaitu :

1. Dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi yaitu tingkat pemahaman, perilaku, akses dan kemampuan yang mungkin mempunyai pengaruh pada asupan makanan dan zat gizi.

2. Dampak asupan makanan dan zat gizi merupakan asupan makanan dan atau zat dari berbagai sumber, misalnya makanan, minuman, suplemen dan melalui rute enteral maupun parenteral.
3. Dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi yaitu pengukuran yang terkait dengan antropometri, biokimia dan parameter pemeriksaan fisik/klinis.
4. Dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.

Huruf SOAP atau ADIME tidak harus dituliskan dalam rekam medis, namun komponen-komponen SOAP atau ADIME di atas harus dituliskan guna menjamin kontinuitas penanganan, sekaligus justifikasi dari terapi yang diberikan sehingga pada proses audit informulirasi yang diberikan lengkap, sekaligus memenuhi aspek hukum. Penulisan pengkajian harus jelas tanggal dan jam dilakukan pengkajian dan terdokumentasikan di rekam medis. Apabila diperlukan, pasien dan keluarga diberi informasi tentang hasil pengkajian, diagnosis, rencana pelayanan dan pengobatan, serta diikutsertakan dalam keputusan tentang prioritas kebutuhan yang perlu dipenuhi.

BAB IV DOKUMENTASI

Seluruh proses yang dijelaskan pada Panduan Pengkajian Pasien ini disusun sebagai acuan bagi tenaga kesehatan dalam melakukan pengkajian untuk mendapatkan informasi mengenai pasien yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan pelayanan. Proses pengkajian pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan kebutuhan pengobatan berkelanjutan untuk *emergency*, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses pengkajian pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar Unit Rawat Inap dan Rawat Jalan.

Seluruh kegiatan Pengkajian pasien baik itu Rawat Jalan, Rawat Inap, maupun layanan Unit gawat darurat tercatat dan tersusun dengan baik di dalam rekam medik setiap pasien, pada formulir formulir berikut :

1. Pengkajian Awal Medis Rawat Jalan : RM 7.2
2. Pengkajian Awal Medis Psikiatri : RM 7.3
3. Pengkajian Awal Medis THT-KL Rawat Jalan : RM 7.22
4. Pengkajian Awal Medis Rawat Inap : RM 3.4
5. Pengkajian Awal Medis Ophthalmologi : Rm 7.7
6. Pengkajian Odontogram RM 7.10
7. Pengkajian Awal Rawat Jalan Dewasa : RM 7.4
8. Pengkajian Awal Rawat Jalan Anak : RM 7.5
9. Pengkajian Awal Rawat Jalan Obstetri Dan Gynekologi : RM 7.6
10. Pengkajian Fisioterapi : RM 7.20
11. Formulir Catatan Klinis/Resume Fisioterapi : RM 7.21
12. Pengkajian Unit Gawat Darurat : RM 2.1
13. Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Dewasa : RM 3.2
14. Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Anak : RM 3.1
15. Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Kebidanan : RM 3.3
16. Pengkajian Awal Keperawatan Neonatus : RM 6.5
17. Pengkajian Keperawatan Kritis Dewasa : RM 12.1
18. Pengkajian Awal Klinik Gigi : RM 7.8
19. Formulir Ringkasan Medis Pasien Rawat Jalan : RM 7.24
20. Catatan Keperawatan Tindakan Invasif Klinik Gigi : RM 7.9
21. Formulir *Discharge Planning* : RM 3.24
22. Formulir Skrining Gizi Anak : RM 11.1
23. Formulir Skrining Gizi Dewasa : RM 11.2
24. Formulir Skrining Gizi Lansia : RM 11.3
25. Formulir Asuhan Gizi : RM 11.4
26. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi : RM 3.19
27. Catatan Perkembangan Pasien Rawat Jalan Terintegrasi : RM 7.12
28. Pengkajian ulang nyeri : RM 12.5
29. Pengkajian Pra Bedah : RM 4.1
30. Formulir Perawatan Pasien Tahap Terminal (End of Life Care Form) : RM 12.6
31. *Flow Sheet* : RM 12.3

DAFTAR PUSTAKA

- Craig P, Dolan P, Drew K, Pejakovich P, Nursing pengkajiant, plain of care, and patient education: the foundation of patient care. USA: HCPro, Inc; 2006.
- Danver Paramedic Division. Pre-hospital protocols; 2012
- Lucas Country Emergency Medical Services. Tab 600: pre-hospital patient assessment. Oleh : Toledo; 2010.
- Malnutrition Advisory Group: a Standing Commitees of BAPEN, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), 2010.
- Montana State Hospital Policy and Procedure. Patient assessment policy; 2009.
- National Instute of Health warren Grant Magnuson Clinical Center, Pain intensity instruments: numeric rating scale; 2003.
- San Mateo Country EMS Agency. Patient pengkajiant, routine medical care, primary and secondary survey; 2009.
- Sentara Williamsburg Community Hospital. Pain pengkajiant and management policy; 2006.
- Size-wise. Understanding fall risk, prevention, and protection, USA: Kansas