

LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : 001 / KPTS/ DIR/ P04/ RSUD-DM/ I/ 2018

TANGGAL : 2 Januari 2018

TENTANG : PANDUAN ASESMEN PASIEN

**PANDUAN ASESMEN PASIEN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. MURJANI SAMPIT**

**BAB I
DEFENISI**

- A. Asesmen pasien adalah konsep pelayanan berfokus kepada pasien (patient/ person centered care) yaitu asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan element :
 - 1. DPJP sebagai ketua tim asuhan (clinical leader)
 - 2. Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
 - 3. Manajer Pelayanan Pasien (MPP)
 - 4. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga
- B. Asesmen pasien adalah serangkaian proses yang berlangsung sejak dari fase pre-rumah sakit hingga manajemen pasien di rumah sakit.
- C. 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 bias lebih cepat tergantung kondisi pasien dan di catat dalam rekam medis.
- D. Asesmen awal pasien rawat jalan adalah tahap awal dari proses di mana dokter mengevaluasi data pasien baru rawat jalan.
- E. Asesmen pasien gawat darurat adalah suatu proses yang dilakukan secara sengaja, terencana, dan sistematis untuk mendapatkan informasi dari seorang individu yang datang sesegera mungkin untuk mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa, melakukan intervensi secepat mungkin dan menatalaksana cedera yang tidak mengancam nyawa serta manajemen transfer di IGD.
- F. Asesmen ulang pasien adalah tahap lanjut dari proses di mana dokter, perawat, dietisien mengevaluasi ulang data pasien setiap terjadi perubahan yang signifikan atas kondisi klinisnya.
- G. Dietisien adalah seorang professional medis yang mengkhususkan diri dalam dietika, studi tentang gizi dan penggunaan diet khusus untuk mencegah dan mengobati penyakit.

BAB II

RUANG LINGKUP

A. Katagori Asesmen Pasien

1. Asesmen Medis
2. Asesmen Keperawatan
3. 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. Untuk dapat berhasil memberikan terapi/asuhan yang berorientasi kepada pasien, dalam prakteknya, dokter, perawat dan dietisien harus memiliki pengetahuan dan keahlian dalam melakukan asesmen pasien. Asesmen pasien diperoleh dari pasien dan sumber-sumber lain (misalnya profil terapi obat, rekam medis dan lain-lain). Asesmen pasien dibutuhkan dalam mengambil keputusan-keputusan terkait : status kesehatan pasien, kebutuhan dan permasalahan keperawatan, intervensi guna memecahkan permasalahan kesehatan yang sudah teridentifikasi atau untuk mencegah permasalahan yang bias timbul dimasa mendatang, serta tindak lanjut untuk memaxstikan hasil-hasil yang diharapkan pasien terpenuhi.

Proses asuhan kepada pasien saling berhubungan/terjadi kolaborasi antara dokter, perawat dan gizi. Sulit dimengerti bahwa dokter dapat menyembuhkan pasien tanpa bantuan asuhan keperawatan dan terapi gizi.

B. Asesmen Ulang

Asesmen ulang pasien adalah tahap lanjut dari proses di mana dokter, perawat, dietisien mengevaluasi ulang data pasien setiap terjadi perubahan yang signifikan atas kondisi klinisnya.

Asesmen ulang didokumentasikan pada lembar SOAP, bagian (S) : berisi informasi tentang pasien yang meliputi informasi yang diberikan oleh pasien, anggota keluarga, orang lain atau yang merawat. Bagian (O) : berisi informasi tentang pemeriksaan fisik, laboratorium, tes-tes diagnostic, dan terapi obat. Bagian (A) : Berisi tentang kondisi pasien untuk diterapi. Bagian (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 dijadikan rencana berbagai asuhan pasien menjadi lebih efisien. Catatan SOAP adalah format yang akan digunakan pada keseluruhan tindakan medis, keperawatan dan gizi dalam rencana terapi/terapeutik serta asuhan pasien.

DPJD melakukan asesmen ulang terhadap pasien akut sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk akhir minggu atau libur dan jika ada perubahan penting kondisi pasien. Dicatat didalam CPPT berbasis IAR dengan metode SOAP, gizi dengan metode ADIME dan untuk perawat melakukan asesmen ulang tiap shift jaga yaitu sehari 3 kali.

C. Pemeriksaan penunjang

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

BAB III

TATA LAKSANA

A. Asesmen Medis

1. Asesmen awal medis dilakukan oleh DPJP, apabila dilakukan oleh dokter jaga ruangan harus diverifikasi oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) secara menyeluruh dan sistematis mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dengan melakukan :
 - a. Mengumpulkan data dan informasi (huruf I) tentang hal-hal sesuai dengan, tersebut dibawah. **Pada SOAP adalah S Subyektif dan O-Obyektif.**
 - b. Analisis data dan informasi (huruf A) , yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. **Pada SOAP adalah A-Asesmen.**
 - c. Membuat Rencana (huruf R), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir b . Pelaksanaan R adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi. **Pada SOAP adalah P Plan.**
2. Asesmen awal medis IGD dilakukan oleh dokter jaga IGD yang mempunyai STR dan sertifikasi ACLS,ATLS
3. Asesmen awal Medis IGD dan rawat jalan dilaksanakan dalam waktu 15 menit atau lebih cepat sesuai kondisi pasien
4. Asesmen awal medis diisi dan dilengkapi dalam waktu 1x24 jam atau lebih cepat sesuai kondisi pasien dari awal masuk rawat inap
5. Asesmen awal rawat jalan untuk pasien penyakit non kronis harus diganti setelah 30 hari, sedangkan pasien penyakit kronis 3 bulan
6. Asesmen awal medis yang dilakukan sebelum pasien di rawat inap, atau sebelum tindakan pada rawat jalan di rumah sakit, tidak boleh lebih dari 30 (tiga puluh) hari, atau riwayat medis telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik telah diulangi.

B. Asesmen Keperawatan

1. 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 :

 - a. Keluhan Utama : riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat alergi
 - b. Kenyamanan Nyeri : digunakan skala 1-10, kualitas terbakar, tajam,tumpul, tertekan, waktunya hilang timbul, terus menerus serta lokasi

- c. Aktivitas dan istirahat : bedrest, ambulasi di tempat tidur, ambulasi jalan, ambulasi jalan tidak ada kesulitan, penurunan kekuatan otot, sering jatuh, tidur menggunakan 1 bantal, 2 bantal atau lebih
 - d. Proteksi : status mental orientasi baik, disorientasi, gelisah, tidak respon, resiko jatuh tidak resiko, rendah, tinggi
 - e. Nutrisi : TB, BB, LL kiri, status gizi kurang/normal/over weight/obesitas, napsu makan menurun/baik/meningkat, kondisi berhubungan dengan makan mual/muntah/anoreksia/disfagi
 - f. Eliminasi: BAB normal/konstipasi/diare/colostomy/iliotomi ; BAK normal/retensi/hematuri/dsuri/inkontinesia
 - g. Respon Emosi : takut, tegang, marah, sedih, menangis, senang, gelisah
 - h. Sistem psiko-sosio- spiritual : ketaatan menjalankan ibadah rutin/kadang-kadang, kondisi rumah lantai 1/lantai 2, luas rumah
 - i. Ekonomi : Menilai bagaimana status ekonomi keluarga tersebut
2. Asesmen awal keperawatan dilakukan oleh perawat yang berkompeten dalam hal ini yaitu D3 dan S1 yang memiliki STR dan tidak dilakukan oleh mahasiswa keperawatan.
 3. Asesmen awal Keperawatan dilaksanakan dalam waktu 15 menit atau lebih cepat sesuai kondisi pasien
 4. Asesmen awal Keperawatan diisi dan dilengkapi dalam waktu 1x24 jam atau lebih cepat sesuai kondisi pasien dari awal masuk rawat inap

C. Asesmen Awal

Isi Minimal asesmen awal yang terdapat dalam Rekam Medik adalah :

- d. Status-fisik
- e. Psiko-sosial-spiritual
- f. Ekonomi
- g. Riwayat kesehatan pasein
- h. Riwayat alergi
- i. Asesmen nyeri
- j. Risiko jatuh
- k. Asesmen fungsional
- l. Risiko nutrisi
- m. Kebutuhan edukasi
- n. Perencanaan pemulangan pasien (Dischange Planning)

Seluruh pasien baik rawat inap maupun rawat jalan harus mendapat asesmen awal sesuai standar profesi medik, keperawatan dan profesi lain yang berlaku di RSUD dr. Murjani

1. Rawat Jalan
 - a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu

- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan lisik dan penunjang medik
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- i. Odontogram klinik untuk pasien kasus gigi
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

2. Rawat Inap

- a. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- b. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- c. Diagnosis
- d. Rencana penatalaksanaan
- e. Pengobatan dan/ atau tindakan
- f. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- g. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- h. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
- i. Odontogram klinik untuk pasien kasus gigi

3. Gawat Darurat

- a. Mengidentifikasi Kondisi pasien saat tiba di sarana pelayanan kesehatan
- b. Identitas pengantar pasien
- c. Tanggal dan waktu
- d. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- e. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- f. Diagnosis
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan tindak lanjut
- i. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- j. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain
- k. Pelayanan lain yang diberikan kepada pasien

1. Keadaan umum:

Identifikasi keluhan utama/mekanisme cedera

Tentukan status kesadaran (dengan Glasgow Coma Scale-GCS) dan orientasi

Temukan dan atasi kondisi yang mengancam nyawa³

b. Jalan napas:

pastikan patensi jalan napas (*head tilt* dan *chin-lift* pada pasien kasus medik, dan *jaw thrust* pada pasien trauma).⁵

fiksasi leher dan tulang belakang pada pasien dengan risiko cedera spinal

identifikasi adanya tanda sumbatan jalan napas (muntah, perdarahan, gigi patah/hilang, trauma wajah)

gunakan *oropharyngeal airway* (OPA) / *nasopharyngeal airway* (NPA) jika perlu.⁴

c. Pernapasan:⁴

lihat (*look*), dengar (*listen*), rasakan (*feel*); nilai ventilasi dan oksigenasi
buka baju dan observasi pergerakan dinding dada; nilai kecepatan dan kedalaman napas

nilai ulang status kesadaran

berikan intervensi jika ventilasi dan atau oksigenasi tidak adekuat (pernapasan < 12x/menit), berupa: oksigen tambahan, kantung pernapasan (*bag-valve mask*), intubasi setelah ventilasi inisial (jika perlu). Jangan menunda defibrilasi (jika diperlukan).

Identifikasi dan atasi masalah pernapasan lainnya yang mengancam nyawa

d. Sirkulasi:

Nilai nadi dan mulai Resusitasi Jantung-Paru (RJP) jika diperlukan

1) Jika pasien tidak sadar, nilai arteri karotis

2) Jika pasien sadar, nilai arteri radialis dan bandingkan dengan arteri karotis

3) Untuk pasien usia ≤ 1 tahun, nilai arteri brakialis³

Atasi perdarahan yang mengancam nyawa dengan memberi tekanan langsung (*direct pressure*) dengan kassa bersih.

Palpasi arteri radialis: nilai kualitas (lemah/kuat), kecepatan denyut (lambat, normal, cepat), teratur atau tidak.

Identifikasi tanda hipoperfusi / hipoksia (*capillary refill*, warna kulit, nilai ulang status kesadaran). Atasi hipoperfusi yang terjadi.⁴

D. 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 dilindungi.

Tahapan asesmen berupa:

1. Keadaan umum:

Tingkat kesadaran, kontak mata, perhatian terhadap lingkungan sekitar

Tonus otot: normal, meningkat, menurun / flaksid

Respons kepada orang tua / pengasuh: gelisah, menyenangkan

2. Kepala:

Tanda trauma

Ubun-ubun besar (jika masih terbuka): cekung atau menonjol

3. Wajah:

Pupil: ukuran, kesimetrisan, refleks cahaya

Hidrasi: air mata, kelembaban mukosa mulut

4. Leher: kaku kuduk

5. Dada:

Stridor, retraksi sela iga, peningkatan usaha napas

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:

Nadi brakialis, Tanda trauma, Tonus otot, pergerakan simetris, Suhu dan warna kulit, *capillary refill*, Nyeri, gerakan terbatas akibat nyeri

E. 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 ASI
 - 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. Keadaan anak sekarang
- g. Menyusui
- h. Riwayat KB
 - 1) Kapan
 - 2) Jenis
 - 3) Lamanya

6. Riwayat Hamil Ini

ANC yang sudah dilakukan, keluhan serta tindakan apa yang sudah didapatkan

7. Riwayat Penyakit yang Lalu

Penyakit apa yang pernah diderita oleh ibu dan mendukung dengan keadaannya sekarang

8. Riwayat Alergi

Apakah pernah mengalami alergi

9. Riwayat Penyakit Keluarga

Apa saja penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang berhubungan kasus saat ini yang derita oleh ibu

10. Riwayat Ginekologi

Apakah pernah mengalami gangguan kesehatan reproduksi

11. Kebutuhan Bio-psiko-sosial

- a. Pola makan
- b. Pola minum

- c. Pola eliminasi
- d. Pola istirahat
- e. Psikologi
- f. Dukungan social
- g. Spiritual

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 pasca operasi. Suhu harus diukur setiap 2 jam (myles, 2009). Suhu yang melebihi 38C pasca pembedahan hari ke-2 harus dicari penyebabnya.Yakinkan pasien bebas demam selama 24 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 genetalia

F. Asesmen Geriatri

- Tahapan asesmen terdiri dari :
- 1. Riwayat jatuh
 - 2. Kontraktur/nyeri gerak
 - 3. Mobilisasi
 - 4. Status depresi

SKALA DEPRESI GERIATRI (SDG)

No	Pertanyaan	Jawaban		Skor
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?	Y <input type="checkbox"/>	Ti <input checked="" type="checkbox"/> ak	
2.	Sudahkah anda meninggalkan aktivitas dan minat anda ?	Y <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	
3.	Apakah anda merasa bahwa hidup anda kosong ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
4.	Apakah anda sering bosan ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
5.	Apakah anda mempunyai semangat setiap waktu ?	<input type="checkbox"/> Ya	Ti <input checked="" type="checkbox"/> ak	
6.	Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda ?	Y <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	
7.	Apakah anda merasa bahagia disetiap waktu ?	Y <input type="checkbox"/>	Ti <input checked="" type="checkbox"/> ak	
8.	Apakah anda merasa jenuh	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
9.	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah pada malam hari,dari pada pergi melakukan sesuatu yang baru ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mengalami masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
11.	Apakah anda berfikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini ?	<input type="checkbox"/> Ya	Tidak <input type="checkbox"/>	
12.	Apakah anda merasa tidak berguna saat ini ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
13.	Apakah anda merasa penuh berenergi saat ini ?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	
14.	Apakah anda saat ini sudah tidak ada harapan lagi ?	Ya <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak	
15.	Apakah anda berfikir banyak orang yang lebih baik dari anda ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
	Total Skor			

Keterangan :

- Nilai 1 poin untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya dan tidak yang dicetak miring tebal setelah pertanyaan.
 - Total skor ≥ 5 dapat menandakan depresi, rujuk ke ahli jiwa: ☐ Ya ☐ Tidak
- a. Status Memori ,dengan menggunakan **The Shost Portable Mental Status Questionnaire (SPMQ)**

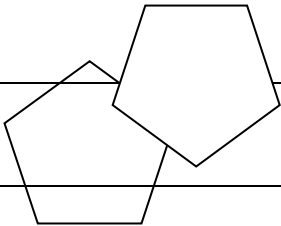
No.	Pertanyaan	Jawaban		Jumlah Salah
		Benar	Salah	
1.	Tanggal berapa hari ini ?			
2.	Hari apakah hari ini ?			
3.	Apakah nama tempat ini ?			
4.	Berapa no. telepon rumah anda ?			
5.	Berapa usia anda ?			
6.	Kapan anda lahir (tgl/bln/th) ?			
7.	Siapakah nama presiden sekarang ?			
8.	Siapakah nama presiden sebelumnya ?			
9.	Siapakah nama ibu anda ?			
10.	5 + 6 adalah ?			

Keterangan :

Jumlah kesalahan :

- ☐ 0 - 2 kesalahan : Baik
- ☐ 3 - 4 kesalahan : Gangguan ringan
- ☐ 5 -7 kesalahan : Gangguan sedang
- ☐ 8 -10 kesalahan : Gangguan berat

b. Status Minimental, menggunakan **MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)** yang merupakan modifikasi **FOLSTEIN**

ITEM	TES	NILAI MAX	NILAI
	ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	---
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar)	5	---
	REGISTRASI		
3	Sebutkan 3 buah nama benda (jeruk, uang, mawar), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	---
4	ATENSI DAN KALKULASI Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata WAHYU (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw=2 nilai)	5	---
5	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)	3	---
6	Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama benda di atas BAHASA	2	---
7	Pasien diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, arloji)	1	---
8	Pasien diminta mengulang rangkaian kata : tanpa kalau dan atau tetapi	3	---
9	Pasien diminta melakukan perintah: Ambil kertas ini dengan tangan kanan, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai .	1	---
10	Pasien diminta membaca dan melakukan perintah Angkatlah tangan kiri anda	1	---
11	Pasien diminta menulis sebuah kalimat (spontan) Pasien diminta meniru gambar di bawah ini	1	---
			
	TOTAL SKOR	30	---

KETERANGAN

Pedoman Skor kognitif global (secara umum):

Nilai: 24 -30 : normal

Nilai: 17-23 : probable gangguan kognitif

Nilai: 0-16 : definite gangguan kognitif

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 ekstremitas 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>) dari 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 -9 = berat

Glasgow Coma Scale Anak

	> usia 2 tahun	< usia 2 tahun	Skor
Mata	Terbuka spontan	Terbuka spontan	4
	Terbuka terhadap suara	Terbuka saat dipanggil	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 dimengerti (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 Risiko Nutrisional

1. Asesmen awal gizi rawat jalan dan IGD dilakukan 1 x 24 jam oleh perawat D3 dan S1 Keperawatan dan asesmen lanjutan beserta konseling dilakukan oleh ahli gizi yang mempunyai STR maksimal 45 menit
2. Asesmen awal gizi rawat inap dilakukan 1 x 24 jam oleh perawat D3 dan S1 Keperawatan dan asesmen lanjutan beserta konseling dilakukan oleh ahli
3. **Screening Tool (MUST) untuk dewasa dan Strong Kids untuk anak – anak**, yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan menatalaksana pasien dewasa yang mengalami gizi buruk, kurang gizi, atau obesitas.

Kelima langkah MUST adalah sebagai berikut:

- a. **Langkah 1:** hitung Indeks Massa Tubuh (IMT) pasien dengan menggunakan kurva di bawah ini dan berikanlah skor.

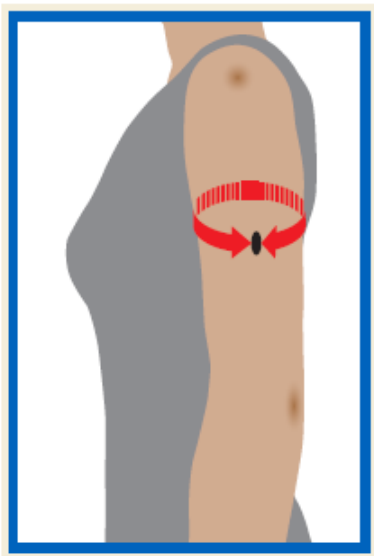
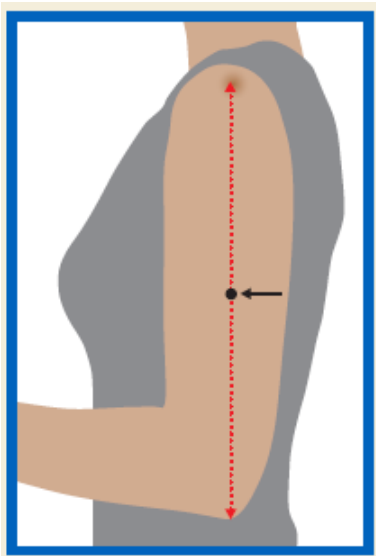
- i. Jika tinggi badan tidak dapat diukur, gunakan pengukuran panjang lengan bawah (ulna) untuk memperkirakan tinggi badan dengan menggunakan tabel di bawah ini.



Pengukuran ulna dilakukan dengan cara mengukur panjang lengan bawah (ulna) dari olekranon ke akromion. Hasil pengukuran ini digunakan untuk memperkirakan tinggi badan.

HEIGHT (m)	Men (<65 years)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
HEIGHT (m)	Men (≥65 years)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
Ulna length (cm)		32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
HEIGHT (m)	Women (<65 years)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
HEIGHT (m)	Women (≥65 years)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
HEIGHT (m)	Men (<65 years)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
HEIGHT (m)	Men (≥65 years)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
Ulna length (cm)		25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
HEIGHT (m)	Women (<65 years)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
HEIGHT (m)	Women (≥65 years)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

- ii. Untuk memperkirakan IMT, dapat menggunakan pengukuran lingkaran lengan atas (LLA).
- Lengan bawah sisi kiri pasien harus ditekuk 90° terhadap siku, dengan lengan atas paralel di sisi tubuh. Ukur jarak antara tonjolan tulang bahu (akromion) dengan siku (olekranon). Tandai titik tengahnya.
 - Perintahkan pasien untuk merelaksasikan lengan atasnya, ukur lingkaran lengan atas di titik tengah, pastikan pita pengukur tidak terlalu menempel terlalu ketat



- LLA < 23,5 cm = perkiraan IMT < 20 kg/m²
- LLA > 32 cm = perkiraan IMT > 30 kg/m²

b. **Langkah 2:** nilai persentase kehilangan berat badan yang tak direncanakan menggunakan tabel di bawah ini, dan berikanlah skor.

berat badan semula (sebelum terjadi penurunan berat badan tak terencana)

	SCORE 0 Wt Loss < 5%	SCORE 1 Wt Loss 5-10%	SCORE 2 Wt Loss > 10%
34 kg	<1.70	1.70 – 3.40	>3.40
36 kg	<1.80	1.80 – 3.60	>3.60
38 kg	<1.90	1.90 – 3.80	>3.80
40 kg	<2.00	2.00 – 4.00	>4.00
42 kg	<2.10	2.10 – 4.20	>4.20
44 kg	<2.20	2.20 – 4.40	>4.40
46 kg	<2.30	2.30 – 4.60	>4.60
48 kg	<2.40	2.40 – 4.80	>4.80
50 kg	<2.50	2.50 – 5.00	>5.00
52 kg	<2.60	2.60 – 5.20	>5.20
54 kg	<2.70	2.70 – 5.40	>5.40
56 kg	<2.80	2.80 – 5.60	>5.60
58 kg	<2.90	2.90 – 5.80	>5.80
60 kg	<3.00	3.00 – 6.00	>6.00
62 kg	<3.10	3.10 – 6.20	>6.20
64 kg	<3.20	3.20 – 6.40	>6.40
66 kg	<3.30	3.30 – 6.60	>6.60
68 kg	<3.40	3.40 – 6.80	>6.80
70 kg	<3.50	3.50 – 7.00	>7.00
72 kg	<3.60	3.60 – 7.20	>7.20
74 kg	<3.70	3.70 – 7.40	>7.40
76 kg	<3.80	3.80 – 7.60	>7.60
78 kg	<3.90	3.90 – 7.80	>7.80
80 kg	<4.00	4.00 – 8.00	>8.00
82 kg	<4.10	4.10 – 8.20	>8.20
84 kg	<4.20	4.20 – 8.40	>8.40
86 kg	<4.30	4.30 – 8.60	>8.60
88 kg	<4.40	4.40 – 8.80	>8.80
90 kg	<4.50	4.50 – 9.00	>9.00
92 kg	<4.60	4.60 – 9.20	>9.20
94 kg	<4.70	4.70 – 9.40	>9.40
96 kg	<4.80	4.80 – 9.60	>9.60
98 kg	<4.90	4.90 – 9.80	>9.80
100 kg	<5.00	5.00 – 10.00	>10.00
102 kg	<5.10	5.10 – 10.20	>10.20
104 kg	<5.20	5.20 – 10.40	>10.40
106 kg	<5.30	5.30 – 10.60	>10.60
108 kg	<5.40	5.40 – 10.80	>10.80
110 kg	<5.50	5.50 – 11.00	>11.00
112 kg	<5.60	5.60 – 11.20	>11.20
114 kg	<5.70	5.70 – 11.40	>11.40
116 kg	<5.80	5.80 – 11.60	>11.60
118 kg	<5.90	5.90 – 11.80	>11.80
120 kg	<6.00	6.00 – 12.00	>12.00
122 kg	<6.10	6.10 – 12.20	>12.20
124 kg	<6.20	6.20 – 12.40	>12.40
126 kg	<6.30	6.30 – 12.60	>12.60

c. **Langkah 3:**nilai adanya efek/pengaruh akut dari penyakit yang diderita pasien, dan berikan skor (rentang antara 0-2). Sebagai contoh, jika pasien sedang mengalami penyakit akut dan sangat sedikit / tidak terdapat asupan makanan > 5 hari, diberikan skor 2.

d. **Langkah 4:** tambahkan skor yang diperoleh dari langkah 1, 2, dan 3 untuk menilai adanya risiko malnutrisi.

- 1) Skor 0 = risiko rendah
- 2) Skor 1 = risiko sedang
- 3) Skor ≥ 2 = risiko tinggi (malnutrisi)

e. **Langkah 5:** gunakan panduan tatalaksana untuk merencanakan strategi keperawatan berikut ini.

1) **Risiko rendah**

- Perawatan rutin: ulangi skrining pada pasien di rumah sakit (tiap minggu), pada pasien rawat jalan (tiap bulan), masyarakat umum dengan usia > 75 tahun (tiap tahun).

2) **Risiko sedang**

- Observasi:
 - Catat asupan makanan selama 3 hari
 - Jika asupan adekuat, ulangi skrining: pasien di rumah sakit (tiap minggu), pada pasien rawat jalan (tiap bulan), masyarakat umum (tiap 2-3 bulan).
 - Jika tidak adekuat, rencanakan strategi untuk perbaikan dan peningkatan asupan nutrisi, pantau dan kaji ulang program pemberian nutrisi secara teratur.

3) **Risiko tinggi (Malnutrisi)**

- Tatalaksana:
 - Rujuk ke Dietition
 - Perbaiki dan tingkatkan asupan nutrisi
 - Pantau dan kaji ulang program pemberian nutrisi: pada pasien di rumah sakit (tiap minggu), pada pasien rawat jalan (tiap bulan), masyarakat umum (tiap bulan).

- Untuk semua kategori:

- a. Atasi penyakit yang mendasari dan berikan saran dalam pemilihan jenis makanan
- b. Catat kategori risiko malnutrisi
- c. Catat kebutuhan akan diet khusus dan ikuti kebijakan setempat.

- Kelima langkah **STRONG KIDS** adalah sebagai berikut:

- a. **Langkah 1:** tentukan status antropometri pasien dengan menggunakan kurva di bawah ini dan berikanlah skor.
- b. **Langkah 2 :** tentukan ada (skor 1) atau tidak ada (skor 0) kehilangan atau penurunan BB akhir akhir ini
- c. **Langkah 3 :** nilai asupan makan dalam 1 minggu terakhir, makan seperti biasa (0), ada penurunan (1) dan tidak makan sama sekali atau sangat sedikit (2)
- d. **Langkah 4 :** tentukan anak sakit berat, tidak (skor 0), bila ya (skor 2)
Sakit berat :

penyakit yang berisiko terjadinya gangguan gizi diantaranya : dirawat di ICU,PICU,NICU, penurunan kesadaran,kegawatan abdomen (perdarahan, ileus,peritonitis,asites massif,tumor intrabdomen besar,post operasi),gangguan pernafasan berat,keganasan dengan komplikasi, gagal jantung,gagal ginjal kronik,gagal hati,diabetes mellitus atau kondisi sakit berat lain.

- f. **Langkah 5** : tambahkan skor yang diperoleh dari langkah 1, 2, dan 3 untuk menilai adanya risiko malnutrisi.
- 1) Skor 0 = risiko rendah
 - 2) Skor 1 = risiko sedang
 - 3) Skor ≥ 2 = risiko tinggi (Malnutrisi)
- g. Gunakan panduan tatalaksana untuk merencanakan strategi keperawatan seperti kriteria **Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)**

I. Asesmen Risiko Jatuh/ Fungsional

1. Pasien bila ditemukan faktor berisiko jatuh , harus dilanjutkan dengan intervensi menggunakan form form terkait, jika hasil skor menunjukkan risiko sedang dan tinggi dilakukan evaluasi setiap shif, sedangkan skor ringan di evaluasi 2 hari sekali. Apabila di temukan perubahan kondisi yang signifikan (pasien post operasi, pasien dengan sedasi dan pasien dengan penurunan kesadaran) dilakukan pengkajian resiko jatuh ulang. Asesmen awal dan lanjutan risiko jatuh dilakukan oleh perawat yang mempunyai STR dan BLS
2. Asesmen fungsional dilakukan oleh perawat yang mempunyai STR dan BLS, jika membutuhkan pelayanan lebih lanjut dirujuk ke Pelayanan Rehabilitasi Medis, pelaksanaan asesmen fungsional lebih lanjut oleh dokter Rehabilitasi medis yang selanjutnya diteruskan oleh Fisioterapis yang mempunyai STR
3. Asesmen awal fungsional risiko jatuh di rawat jalan dan IGD dilakukan segera setelah kontak pertama (maksimal 15 menit).

Faktor predisposisi untuk risiko jatuh:

	Intrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien)	Ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan)
Dapat diperkirakan	<ul style="list-style-type: none">• Riwayat jatuh sebelumnya• Inkontinensia• Gangguan kognitif/psikologis• Gangguan keseimbangan/mobilitas• Usia > 65 tahun• Osteoporosis• Status kesehatan yang buruk	<ul style="list-style-type: none">• Lantai basah/silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, kabel longgar/lepas• Alas kaki tidak pas• Dudukan toilet yang rendah• Kursi atau tempat tidur beroda• Rawat inap berkepanjangan• Peralatan yang tidak aman• Peralatan rusak

		<ul style="list-style-type: none"> •Tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi
--	--	--

- Etiologi jatuh:
 - a. Ketidaksengajaan: 31%
 - b. Gangguan gaya berjalan / keseimbangan: 17%
 - c. Vertigo: 13%
 - d. Serangan jatuh (*drop attack*): 10%
 - e. Gangguan kognitif: 4%
 - f. Hipotensi postural: 3%
 - g. Gangguan visus: 3%
 - h. Tidak diketahui: 18%
- Asesmen risiko jatuh orang dewasa menggunakan **Morse Fall Scale** (Skala Jatuh Morse) sebagai berikut.

Faktor Risiko	Skala	Poin	Skor Pasien
Riwayat jatuh	Ya	25	
	Tidak	0	
Diagnosis sekunder	Ya	15	
	Tidak	0	
Menggunakan alat bantu	Bedrest/dibantu perawat	0	
	Kruk/Tongkat	15	
	Kursi	30	
Menggunakan Infus, Heparin/Pengecer darah	Ya	20	
	Tidak	0	
Gaya berjalan	Terganggu	20	
	Lemah	10	
	Normal	0	
status mental	Lupa/Pelupa	10	
	Menyadari Kemampuan	0	
Jumlah Skor		150	
Kategori			
Petugasparaf		

Keterangan :

* Tulis jumlah skor yang sesuai pada kolom skor pasien

* Kategori:

Risiko tinggi = ≥ 51

Risiko sedang = 25 – 44

Risiko rendah = 0 - 24

Asesmen risiko jatuh anak menggunakan *Humpty Dumpty* ,sebagai berikut.

Parameter	Criteria	Nilai	Skor
Usia	<input type="checkbox"/> < 3 tahun	4	
	<input type="checkbox"/> 3 – 7 tahun	3	
	<input type="checkbox"/> 7 – 13 tahun	2	
	<input type="checkbox"/> ≥ 13 tahun	1	
Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki	2	
	<input type="checkbox"/> Perempuan	1	
Diagnosis	<input type="checkbox"/> Diagnosis neurologi	4	
	<input type="checkbox"/> Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb.)	3	
	<input type="checkbox"/> Gangguan perilaku / psikiatri	2	
	<input type="checkbox"/> Diagnosis lainnya	1	
Gangguan kognitif	<input type="checkbox"/> Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	
	<input type="checkbox"/> Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	<input type="checkbox"/> Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Faktor lingkungan	<input type="checkbox"/> Riwayat jatuh / bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4	
	<input type="checkbox"/> Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabot rumah	3	
	<input type="checkbox"/> Pasien diletakkan di tempat tidur	2	
	<input type="checkbox"/> Area di luar rumah sakit	1	
Respons terhadap: 1. Pembedahan / sedasi / anestesi 2. Penggunaan medikamentosa	<input type="checkbox"/> Dalam 24 jam	3	
	<input type="checkbox"/> Dalam 48 jam	2	
	<input type="checkbox"/> > 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	1	
	<input type="checkbox"/> Penggunaan multipel: sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretik, narkose	3	
	<input type="checkbox"/> Penggunaan salah satu obat di atas	2	
	<input type="checkbox"/> Penggunaan medikasi lainnya / tidak		

	ada medikasi	1	
	Total Score		
	Nama Petugas :		

Skor asesmen risiko jatuh : (skor minimum 7, skor maksimum 23)

a. Skor 7 – 11 : risiko rendah b. Skor ≥ 12 : risiko tinggi

- Asesmen risiko jatuh Rawat Jalan dan IGD menggunakan **Get Up & Go Test** sebagai berikut.

No	Penilaian / Pengkajian	Ya	Tidak
A	Cara berjalan pasien (salah satu atau lebih) <div> 1. Tidak seimbang /sempoyongan 2. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk,tripot,kursi,orang lain) </div>		
B	Menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi atau meja /benda lain sebagai penopang saat akan duduk		
Jumlah Skor			
Kategori			
Petugasparaf		

Keterangan:

*Tulis jumlah skor yang sesuai pada kolom skor

*Kategori:

- i. Tidak Beresiko : Tidak ditemukan a & b

 ii. Resiko Rendah : Ditemukan salah satu dari a & b

 iii. Resiko Tinggi : Ditemukan a & b
- Setiap pasien rawat inap yang berisiko jatuh dipasang gelang warna kuning, pasien rawat jalan dan IGD yang berisiko rendah diberi edukasi , berisiko tinggi dipasang stiker warna kuning dan diberi edukasi
 - Setiap pasien rawat inap akan dinilai ulang dan dicatat kategori risiko jatuh dua kali sehari, saat transfer ke unit lain, dan saat terdapat perubahan kondisi pasien.
 - Untuk mengubah kategori dari risiko tinggi ke risiko rendah, diperlukan skor < 25 dalam 2 kali pemeriksaan berturut-turut.
 - Pencegahan risiko jatuh:

1) **Tindakan pencegahan umum**(untuk semua kategori):

a) Lakukan orientasi kamar inap kepada pasien

 b) Posisi tempat tidur rendah, roda terkunci, kedua sisi pegangan tempat tidur terpasang dengan baik

- c) Ruangan rapi
 - d) Benda-benda pribadi berada dalam jangkauan (telepon genggam, tombol panggilan, air minum, kacamata)
 - e) Pencahayaan yang adekuat (d disesuaikan dengan kebutuhan pasien)
 - f) Alat bantu berada dalam jangkauan (tongkat, alat penopang)
 - g) Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar (pastikan bersih dan berfungsi)
 - h) Pantau efek obat-obatan
 - i) Sediakan dukungan emosional dan psikologis
 - j) Beri edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga
- 2) Kategori risiko tinggi: lakukan **tindakan pencegahan umum** dan hal-hal berikut ini.
- a) Beri tulisan di depan kamar pasien Pencegahan Jatuh
 - b) Beri penanda berupa gelang berwarna kuning yang dipakaikan di pergelangan tangan pasien
 - c) Sandal anti-licin
 - d) Tawarkan bantuan ke kamar mandi / penggunaan pispot
 - e) Kunjungi dan amati pasien setiap 2 jam oleh petugas medis
 - f) Nilai kebutuhan akan:
 - Fisioterapi dan terapi okupasi
 - Alarm tempat tidur
 - Lokasi kamar tidur berdekatan dengan pos perawat (*nurse station*)

J. Asesmen Nyeri

1. Perawat atau dokter melakukan asesmen awal mengenai nyeri terhadap semua pasien yang datang ke bagian IGD, poliklinik, ataupun pasien rawat inap.⁸
2. Asesmen nyeri dapat menggunakan :
 - a. **Numeric Rating Scale**
 Indikasi: digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia > 7 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakannya.
 Instruksi: pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri yang dirasakan dan dilambangkan dengan angka antara 0 – 10.
 - i. 0 = tidak nyeri
 - ii. 1 - 3 = nyeri ringan (sedikit mengganggu aktivitas sehari-hari)
 - iii. 4 - 6 = nyeri sedang (gangguan nyata terhadap aktivitas sehari-hari)
 - iv. 7 - 10 = nyeri berat (tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari)⁹
 - b. Pada pasien yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka, gunakan asesmen **Wong Baker FACES Pain Scale** (gambar wajah tersenyum cemberut menangis)
 - c. **FLACC (Face Legs Activity Cry Concolability)**, digunakan anak umur 2 bulan – 7 tahun .

Dengan Skor :

- 1 - 3 : ringan
- 4 - 6 : sedang
- 7 - 10 : berat

d. *Comfort Scale* , digunakan anak,dewasa diruang intensif, kamar operasi,rawat inap yang tidak dapat dinilai dengan ***Numeric, Wong Baker***

Dengan Skor :

- 9 -18 : Nyeri terkontrol
- 19 - 26 : Nyeri ringan
- 27 - 35 : Nyeri sedang
- > 35 : Nyeri berat

3. Perawat menanyakan mengenai faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kepada pasien
4. Tanyakan juga mengenai deskripsi nyeri:
 - a. lokasi nyeri
 - b. kualitas dan atau pola penjalaran / penyebaran
 - c. onset, durasi, dan faktor pemicu
 - d. riwayat penanganan nyeri sebelumnya dan efektifitasnya
 - e. efek nyeri terhadap aktivitas sehari-hari
 - f. obat-obatan yang dikonsumsi pasien¹⁰
5. Pada pasien dalam pengaruh obat anestesi atau dalam kondisi sedasi sedang, asesmen dan penanganan nyeri dilakukan saat pasien menunjukkan respon berupa ekspresi tubuh atau verbal akan rasa nyeri.
6. Asesmen ulang nyeri: dilakukan pada pasien yang dirawat lebih dari beberapa jam dan menunjukkan adanya rasa nyeri, sebagai berikut:
 - a. Lakukan asesmen nyeri yang komprehensif setiap kali melakukan pemeriksaan fisik pada pasien
 - b. Dilakukan pada: pasien yang mengeluh nyeri, 1 jam setelah tatalaksana nyeri, setiap empat jam (pada pasien yang sadar/ bangun), pasien yang menjalani prosedur menyakitkan, sebelum transfer pasien, dan sebelum pasien pulang dari rumah sakit.
 - c. Pada pasien yang mengalami nyeri kardiak (jantung), lakukan asesmen ulang setiap 5 menit setelah pemberian nitrat atau obat-obat intravena
 - d. Pada nyeri akut / kronik, lakukan asesmen ulang tiap 30 menit 1 jam setelah pemberian obat nyeri.

K. Asesmen Tambahan Untuk Populasi Khusus / tertentu

Rumah sakit melaksanakan asesmen awal individual untuk populasi tertentu yang dilayani rumah sakit. Asesmen pasien tersebut merupakan respons terhadap

kebutuhan dan kondisi mereka dengan cara yang dapat diterima oleh budaya dan bersifat rahasia. Populasi tertentu diantaranya :

Asesmen Pasien Dengan Gangguan Kejiwaan

1. Identifikasi pasien dengan gangguan kejiwaan.
 - a. Pasien dengan gangguan kejiwaan dapat teridentifikasi baik di rawat jalan, rawat inap, maupun Instalasi Gawat Darurat.
 - b. Pasien dengan percobaan bunuh diri perlu selalu dikonsultasikan ke psikiater, disamping penanganan kegawat daruratan (baik medical maupun surgical).
 - c. Pasien dengan depresi yang dicurigai berat yang ditemukan di setting apapun harus dikonsultasikan ke psikiater.
 - d. Pasien dengan gangguan cemas dan ringan yang belum dirasa mengganggu aktivitas harian dapat diberi terapi oleh dokter penanggung jawabnya. Pasien dengan kecurigaan gangguan psikotik, dengan atau tanpa organic underlying disease perlu dikonsultasikan ke psikiater.
2. Penanganan pasien dengan gangguan kejiwaan.
 - a. Pasien dengan gangguan psikotik dirujuk ke RS Jiwa.
 - b. Pasien dengan percobaan bunuh diri atau ancaman bunuh diri dirawat dengan kewaspadaan tinggi dibawah tanggung jawab psikiater, atau dirujuk bila dinilai ancaman bunuh dirinya tinggi, karena RS Garam Kalianget tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk pencegahan bunuh diri.
 - c. Pasien lain ditangani sesuai kondisi psikiatriknya.

L. Asesmen Psikososial dan Ekonomi

Asesmen psikologis menetapkan suatu emosional (contoh : pasien depresi, ketakutan atau agresif dan potensial menyakiti diri sendiri atau orang lain). Pengumpulan informasi sosial tidak dimaksud untuk mengelompokkan pasien, tetapi keadaan sosial pasien, budaya, keluarga dan ekonomi merupakan fungsi penting yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap penyakit dan pengobatannya. Keluarga dapat sangat menolong dalam asesmen untuk perihal tersebut dan untuk memahami keinginan dan preferensi pasien dalam proses asesmen ini, sehingga setiap pasien wajib dikaji status emosionalnya.

Faktor ekonomi dinilai sebagai bagian dari asesmen sosial atau secara terpisah bila pasien dan keluarganya bertanggung jawab terhadap seluruh biaya/sebagian dari biaya selama dirawat atau waktu keluar Rumah Sakit. Asesmen ekonomi dapat dikaji melalui data sosial pasien yang mencakup pekerjaan dan status pembiayaan (pribadi atau asuransi/perusahaan).

M. Asesmen Spiritual

1. Asesmen spiritual muslim dilakukan oleh perawat dan apabila membutuhkan asesmen lanjutan akan dirujuk ke bagian Bimbingan Pelayanan Islami (BPI)
2. Asesmen spiritual non muslim jika membutuhkan bimbingan ibadah akan dikoordinasikan dengan keluarga untuk menghubungi rohaniawan dan pada saat visit ke pasien akan didampingi petugas Bimbingan Pelayanan Islami (BPI)

N. Pasien Terminal

1. Pasien terminal harus dilakukan asesmen awal dan temuan dalam asesmen dilakukan dokumentasi di Formulir Asesmen awal/ ulang dan keluarga
2. Pasien yang akan meninggal dilakukan asesmen awal dan asesmen ulang sesuai kebutuhan individu pasien oleh perawat dan dokter ,temuan dalam asesmen harus di dokumentasikan dalam Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

O. Asesmen Pemberian Edukasi

Pemberian materi-materi edukasi kepada pasien dan atau keluarga tentang hal-hal yang harus diperhatikan yang berkaitan dengan kondisi kesehatan pasien tersebut yaitu dengan cara :

1. Petugas kesehatan memperkenalkan diri dan menerangkan peran dan tugasnya
2. Lakukan verifikasi kepada pasien dan atau keluarga terhadap materi edukasi yang telah diberikan
3. Berikan formulir edukasi untuk ditanda tangani oleh pasien dan keluarga
Ucapkan terima kasih dan semoga cepat sembuh.

P. Discharge Planning

Pengkajian Perencanaan Kepulangan Pasien (*Discharge planning*) dilakukan awal pada saat pasien masuk rumah sakit, selama perawatan dan menentukan kebutuhann perencanaan pasien,

Q. Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien disebut Profesional Pemberi Asuhan (PPA) antara lain dokter DPJP, Dokter Umum (termasuk Internship), Perawat/Bidan, Ahli Gizi, Rehabilitasi Medik dan APJP (Apoteker Penanggung Jawab Pasien) wajib melakukan dokumentasi di Rekam Medik dalam CPPT.

BAB IV

DOKUMENTASI

A. Rekam Medis

Mendokumentasikan pemeriksaan pasien merupakan langkah kritikal dan penting dalam proses asuhan pasien. Hal ini umum dipahami pelaksanaan 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. Saat ini, beberapa metode berbeda digunakan untuk mendokumentasikan asuhan pasien dan PCP dan beragam format cetakan dan perangkat lunak computer tersedia untuk membantu. Dokumentasi yang baik adalah harus memfasilitasi asuhan dengan baik, meliputi informasi tersusun rapi, terorganisir dan dapat ditemukan dengan cepat

REFERENSI

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