

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR. MURJANI SAMPIT  
NOMOR : 003/KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018  
TENTANG : PANDUAN RENCANA ASUHAN PASIEN

## **PANDUAN RENCANA ASUHAN PASIEN**

### **BAB I PENDAHULUAN**

#### **A. Pengertian**

Rencana asuhan pasien menjelaskan asuhan dan pengobatan/tindakan yang diberikan kepada seorang pasien. Rencana asuhan memuat satu paket tindakan yang dilakukan oleh PPA untuk memecahkan atau mendukung diagnosis yang ditegakkan melalui asesmen.

Tujuan utama rencana asuhan adalah memperoleh hasil klinis yang optimal.

Proses perencanaan bersifat kolaboratif menggunakan data berasal dari asesmen awal dan asesmen ulang yang dilakukan oleh dokter dan PPA lainnya (perawat, ahli gizi, apoteker, dsb.) untuk mengetahui dan menetapkan prioritas tindakan, prosedur, dan asuhan PPA lainnya untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Pasien dan keluarga dilibatkan dalam proses perencanaan. Rencana asuhan diselesaikan dalam waktu 24 jam terhitung saat diterima sebagai pasien rawat inap.

Berdasar atas hasil asesmen ulang, rencana asuhan diperbaharui atau disempurnakan untuk dapat menggambarkan kondisi pasien terkini. Rencana asuhan didokumentasikan di rekam medik pasien.

Rencana asuhan pasien harus terkait dengan kebutuhan pasien. Kebutuhan ini mungkin berubah sebagai hasil dari proses penyembuhan klinis atau ada informasi baru hasil asesmen ulang

Rencana asuhan direvisi berdasar atas perubahan-perubahan ini dan didokumentasikan di rekam medis pasien sebagai catatan dari rencana semula atau hal ini dapat menghasilkan rencana asuhan baru.

Salah satu cara untuk membuat rencana asuhan adalah mengetahui dan menetapkan sasaran-sasaran. Sasaran terukur dapat dipilih oleh DPJP dan bekerja sama dengan perawat dan PPA lainnya. Sasaran terukur dapat diamati dan dapat dicapai terkait dengan asuhan pasien dan dari hasil klinis yang diharapkan. Sasaran ini harus realistis, spesifik pada pasien, dan harus terkait waktu untuk mengukur kemajuan serta

hasil terkait dengan rencana asuhan

#### **B. Ruang Lingkup**

Pelaksanaan asuhan terintergrasi dilakukan di IGD, Rawat Inap dan ICU di RSUD dr. Murjani Sampit

## **BAB II TATALAKSANA**

### **A. Anamnesa/Pengkajian**

1. Tenaga medis mengisi assesmen pasien dimulai dari keluhan saat ini dengan kaidah PQRSST, pemeriksaan fisik, data social budaya dan spiritual serta hasil penunjang diagnostik
2. Bila tenaga medis belum lengkap dalam mengisi assesmen pasien dapat dilakukan oleh tenaga perawat dan bidan yang harus selesai 24 jam pertama atau sebaliknya bila belum lengkap oleh tenaga perawat dan bidan dapat di tambahkan oleh tenaga medis
3. Anamnesa ulang untuk tim mengisi pada masing-masing kolom rekam medis :  
untuk dokter mengisi pada kolom profesi dokter yang diawali dengan menulis A : baru mengisi assesmen, untuk tenaga perawat/bidan, nutrionis,dan farmasi diawali menulis S:sebagai data subyektif hasil dari keluhan pasien dan O:nsebagai data obyektif dengan mengisi berdasarkan pemeriksaan fisik dan data diagnostik

### **B. Penegakan Diagnosa**

1. Setelah selesai melakukan assesmen pasien maka tenaga medis menegakkan diagnose berdasarkan tanda dan gejala yang obnormal dari hasil pemeriksaan yang ditulis dalam rekam medis yang sudah disediakan
2. Tenaga perawat menentukan diagnose keperawatan berdasarkan data yang menyimpang dari normal dari data subyektif dan data obyek dengan kaidah Patologi, etiologi dan simtom yang ditulis dalam rekam medis yang sudah disediakan
3. Tenaga bidan menentukan diagnose kebidanan berdasarkan data yang menyimpang dari normal dari data subyektif dan data obyek dengan kaidah Grafida,partus ke dan anak ke serta ditambah dengan penyakit penyerta yang ditulis dalam rekam medis yang sudah disediakan
4. Diagnosa ulang ditulis dalam masing-masing kolom rekam medis sesuai dengan profesi tim: dokter diawali menulis D: kemudian tulis diagnose bisa tetap atau diagnose baru, untuk tenaga perawat/bidan,nutrionis dan farmasi ditulis A: isi diagnose baru atau tetap

### **C. Perencanaan dalam asuhan**

Perencanaan asuhanan ditulis dalam kolom perencanaaan yang terintergrasi dari beberapa tim profesi yaitu medis, perawat/bidan, gizi dan farmasi

1. Dokter mengisi perencanaan therapy dalam bentuk intruksi
2. Perawat/bidan mengisi rencana asuhan berasal dari assesmen yang direncanakan dalam asuhan perawatan mandiri ditambah dengan kolaborasi dan koordinasi
3. Nutrisi menyusun perencanaan dari hasil assesmen dan instruksi medis tentang nilai gizi yang harus diberikan kepada pasien
4. Farmasi menyusun perencanaan berdasarkan assesmen dan instruksi medis dalam pemberian obat
5. Dalam pengisian perencanaan sebaiknya menggunakan kalimat perintah
6. Perencanaan lanjutan tim mengisi pada masing-masing profesi: dokter mengisi I (intruksi) kemudian diisi apa yang direncanakan, untuk perawat/bidan, nutrisi dan farmasi diawali menulis P (plan) baru isi perencanaan lanjutannya

#### **D. Pemberian Asuhan**

Pelaksanaan pemberian asuhan dari masing-masing PPA yang telah diintegrasikan dan dikoordinasikan ditulis dalam kolom rekam medik (CPPT):

1. Dokter, perawat/bidan, nutrisi dan farmasi mengisi rencana asuhan langsung dalam rekam medis setelah selesai tindakan pada form CPPT dengan ditambah waktu tindakan dan paraf sebagai bukti telah melaksanakan.
2. Penulisan implementasi sebaiknya menggunakan kalimat aktif.
3. Hasil atau simpulan rapat dari tim PPA atau diskusi lain tentang kerjasama didokumentasikan dalam CPPT.

#### **E. Evaluasi**

Pengisian evaluasi dalam rekam medis adalah hasil dari evaluasi perencanaan dan implementasi yang sudah dilakukan oleh masing-masing profesi dan ditanyakan kembali kepada pasien dan keluarga pasien tentang keluhan yang dirasakan sebagai data subyektif dan diperiksa baik fisik maupun penunjang diagnostic sebagai data obyektif kemudian tim mendiskusikan;

1. Dokter Penanggung jawab bersama tim profesi perawat, nutrisi dan farmasi mendiskusikan hasil perkembangan atas tindakan yang sudah dilakukan
2. Hasil diskusi ditulis dalam rekam medis dapat berupa asuhan dihentikan atau dilanjutkan dengan dibuatkan perencanaan baru

### **BAB III DOKUMENTASI**

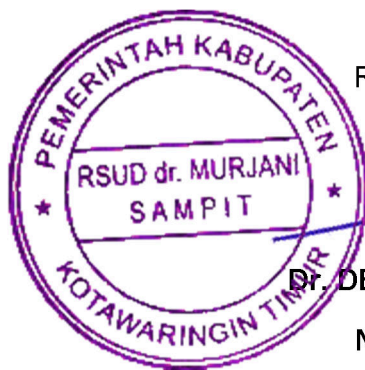
1. Formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT )
2. Formulir pemeriksaan laboratorium
3. Formulir pemeriksaan radiologi
4. Formulir permintaan darah

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

Panduan ini disusun untuk menjadi acuan pelaksanaan Rencana Asuhan Pelayanan pasien sesuai prosedur di RSUD dr. MURJANI SAMPIT. Tentunya masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam pembuatan panduan ini, karena keterbatasan pengetahuan dan kurangnya rujukan atau referensi.

Tim Penyusun berharap berbagai pihak dapat memberikan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan panduan di kesempatan berikutnya.



RSUD dr. MURJANI SAMPIT  
Direktur,

**Dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad**  
**NIP. 19621121 199610 1 001**