|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ASSESMEN IGD** | | |
| No. Dokumen  002 /SPO/ P04/ RSUD-DM/ I/ 2018 | No.Revisi | Halaman  1/2 |
| **STANDAR PROSEDUR**  **OPERASIONAL** | Tanggal terbit  2 Januari 2018 | D:\AKREDITASI OKTOW\fix upload\lain-lain\stempel rs kecil.pngDitetapkan oleh :  D:\AKREDITASI OKTOW\fix upload\lain-lain\ttd dir kecil.pngDirektur RSUD dr. Murjani Sampit  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| **Pengertian** | Tata cara pengisian formulir pengkajian IGD | | |
| **Tujuan** | 1. Mendapatkan tata cara pengisisan pengkajian IGD 2. Mendapatkan tatalaksana pelayanan kesehatan yang tepat | | |
| **Kebijakan** | Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit Nomor : /KPTS/DIR/PO4/RSUD-DM/I/2018 tentang Panduan Assesmen Pasien | | |
| **Prosedur** | 1. Penulisan menggunakan tulisan yang jelas dan bisa di baca 2. Pulpen tinta hitam untuk dokter 3. Pulpen tinta biru untuk perawat 4. Pulpen tinta hijau untuk tenaga medis lainnya 5. Triase Pasien dilakukan oleh dokter atau perawat terlatih 6. Pengkajian dilakukan saat pasien masuk IGD 7. Pengkajian harus dilengkapi saat pasien rawat inap 8. Asesmen awal Medis dan Keperawatan dilaksanakan dalam waktu 15 menit atau lebih cepat sesuai kondisi pasien 9. Form pengkajian harus diisi lengkap : 10. Hasil pengkajian yang sesuai harus di tulis ( dengan tanda V ) di kolom yang yang tersedia 11. Untuk kolom I di isi oleh bagian pendaftaran yag meliputi : Nama dokter jaga, kondisi pasien saat datang 12. Untuk kolom ke II di isi oleh perawat meliputi : 13. Keluhan 14. Pemeriksaan tanda-tanda vital 15. Status alergi | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ASSESMEN IGD** | | |
| No. Dokumen  002/SPO/ P04/ RSUD-DM/ I/ 2018 | No.Revisi | Halaman  2/2 |
| **Prosedur** | 1. Gangguan perilaku 2. Status Fisiologis 3. Pengkajian Resiko jatuh 4. Fungsional 5. Pengkajian Nutrisi 6. Skala Nyeri 7. Pengkajian Spiritual 8. Untuk kolom III di isi oleh dokter jaga IGD   meliputi :   1. Tanggal dan jam pengkajian 2. Keluhan utama 3. Riwayat penyakit sekarang 4. Riwayat penyakit dahulu 5. Riwayat obat-obatan ,alergi dan obat yang di bawa dari rumah 6. Pemeriksaan fisik 7. Diagnosis 8. Pemeriksaan penunjang 9. Therapi Edukasi meliputi ( penyakit,penanganan dan alternatif pelayanan, tindakan pencegahan, pemeriksaan penunjang, obat-obatan, pedoman nutrisi, penggunaan peralatan medis manajemen nyeri, teknik rehabilitasi, motivasi kesembuhan dan edukais pemasangan gelang identitas ) 10. Dokter menentukan pasien dirawat inapkan atau dirawat jalan kan 11. Dokter melakukan tanda tangan dan nama terang | | |
| **Instansi Terkait** | IGD dan Rawat Inap | | |