



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG**  
**RUMAH SAKIT DAERAH**  
**K.R.M.T. WONGSONEGORO**

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. 6711500, Fax. 6717755 Semarang - 50272

**KEPUTUSAN DIREKTUR**  
**RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO**  
**KOTA SEMARANG**

**NOMOR 118 TAHUN 2024**

**TENTANG**  
**PANDUAN PENGKAJIAN PASIEN**  
**RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO**  
**KOTA SEMARANG**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro, maka diperlukan Penilaian Kriteria (Pengkajian) Pasien yang dapat dilaksanakan dengan baik dan bermutu;
- b. bahwa agar Penilaian Kriteria (Pengkajian) Pasien di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Panduan Pengkajian Pasien Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro;
- c. bahwa untuk melaksanakan sebagaimana yang dimaksud di atas, perlu menetapkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro tentang Panduan Pengkajian Pasien Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Himpunan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011

- Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5678);
  5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
  6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
  7. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1976 tentang Perluasan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1976 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3079);
  8. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 1992 tentang Pembentukan Kecamatan di Wilayah Kabupaten-Kabupaten Daerah Tingkat II Purbalingga, Cilacap, Wonogiri, Jepara dan Kendal serta Penataan Kecamatan di wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang dalam wilayah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 89);

9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5717);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/ Per/ III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/ PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 915);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat di Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
18. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 13 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Badan Pelayanan Perijinan Terpadu Kota Semarang (Lembaran Daerah Kota Semarang Tahun 2008 Nomor 16, Tambahan Lembaran Daerah Kota Semarang Nomor 23);

19. Peraturan Walikota Semarang Nomor 123 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Sistem Kerja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang (Berita Daerah Kota Semarang Tahun 2021 Nomor 123);
20. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/0174 Tahun 2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang sebagai Badan Layanan Umum (BLU);
21. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/1156/2016 tentang Penetapan “K.R.M.T. Wongsonegoro” sebagai Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU : Panduan Pengkajian Pasien Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro sebagaimana terlampir dalam keputusan ini.
- KEDUA : Panduan Pengkajian Pasien Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU, digunakan sebagai acuan bagi pelaksanaan Pengkajian Pasien di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro.
- KETIGA : Dengan ditetapkan Keputusan ini, maka Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah Kota Semarang Nomor 102 Tahun 2022 tentang Panduan Pengkajian Pasien Rumah Sakit Daerah Kota Semarang tanggal 12 Januari 2022 dinyatakan tidak berlaku lagi.

KEEMPAT : Segala biaya yang timbul sebagai akibat diterbitkannya keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro.

KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang  
Pada tanggal 29 April 2024

**Direktur Rumah Sakit Daerah  
K.R.M.T. Wongsonegoro  
Kota Semarang,**

\$(ttd)

**EKO KRISNARTO**

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR  
RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO  
KOTA SEMARANG  
Nomor : 118 TAHUN 2024  
Tanggal: 29 April 2024

**PERUBAHAN PANDUAN PENGKAJIAN PASIEN  
RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO**

**BAB I  
DEFINISI**

**A. DEFINISI**

1. Pengkajian merupakan suatu proses pengumpulan data dan analisa informasi pasien yang meliputi faktor fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, pemeriksaan fisik, serta riwayat kesehatan yang digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan memulai proses pelayanan pasien.
2. Pengkajian pasien terdiri dari 3 proses utama, yaitu:
  - a. Mengumpulkan informasi dan data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultural dan riwayat kesehatan pasien.
  - b. Analisa informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi diagnostik imajing untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien.
  - c. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.
3. Pengkajian pasien adalah tahapan dari proses dimana dokter, perawat /bidan melakukan pengkajian data pasien baik subyektif maupun obyektif untuk membuat keputusan terkait status kesehatan pasien, kebutuhan perawatan, intervensi, dan evaluasi.
4. Pengkajian awal pasien rawat inap adalah tahap awal dari proses pengkajian dimana dokter, perawat/bidan menggali data pasien dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dan dicatat dalam di rekam medis elektronik.

5. Pengkajian awal pasien rawat jalan adalah tahap awal dari proses pengkajian dimana dokter, perawat/bidan memperoleh data pasien baru di rawat jalan
6. Pengkajian awal gawat darurat/*Initial assessment* adalah proses pengkajian pada keadaan yang mengancam jiwa yang disebabkan oleh gangguan ABC (*Airway*/jalan nafas, *Breathing*/pernafasan, *Circulation*/sirkulasi), jika tidak ditolong segera maka dapat meninggal dunia/cacat.
7. Pengkajian ulang pasien adalah suatu proses pengkajian yang dilakukan untuk menilai asuhan yang diberikan telah berjalan dengan efektif.
8. Pengkajian tambahan/khusus adalah pengkajian pasien tentang keadaan kekhususan sesuai kebutuhan menurut spesifikasi kasus, usia, dan kondisi keadaan pasien.
9. Pengkajian pra bedah adalah mempersiapkan pasien secara fisik, psikis, dan menilai keadaan umum pasien untuk menentukan jenis tindakan operasi yang akan dilakukan.
10. Pengkajian pra anestesi adalah sebuah penilaian terhadap kondisi pasien yang dilakukan sebelum tindakan anestesi, dimana hasil pengkajian tersebut akan menjadi dasar untuk menentukan proses perencanaan anestesi yang aman dan sesuai.
11. Pengkajian pra sedasi adalah proses pengkajian yang dilakukan oleh dokter anestesi sebelum pemberian sedasi pada pasien.
12. Pengkajian neonatus adalah pengkajian yang dilakukan pada bayi yang baru lahir atau usianya 0 – 28 hari.
13. Pengkajian bayi adalah pengkajian yang dilakukan pada anak yang berumur di bawah 1 (satu) tahun.
14. Pengkajian anak adalah pengkajian yang dilakukan pada kelompok umur yang lebih dari 1 (satu) tahun dan kurang dari 18 tahun.
15. Pengkajian Remaja adalah pengkajian yang dilakukan pada kelompok umur seseorang yang berusia 10 tahun sampai 24 tahun dan belum menikah.

16. Pengkajian pasien dewasa adalah pengkajian yang dilakukan pada kelompok umur seseorang yang berusia 18 tahun atau lebih dari dan kurang dari 60 tahun.
17. Pengkajian geriatri adalah pengkajian yang dilakukan pada kelompok umur seseorang yang lebih dari 60 keatas.
18. Pengkajian sakit terminal dilakukan pada kondisi yang disebabkan oleh cedera/penyakit yang makin lama makin buruk.
19. Pengkajian pasien dengan nyeri dilakukan pada kondisi dimana pasien merasakan sakit yang hebat secara terus menerus.
20. Pengkajian obstetri/maternitas dilakukan pada perempuan selama masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, pasca persalinan, masa nifas, bayi baru lahir termasuk kesehatan reproduksi wanita dan keluarga berencana.
21. Pengkajian pasien dengan kelainan emosional/psikologi dilakukan pada kondisi pasien yang mengalami gejala yang mempengaruhi pikiran perasaan dan perilaku seseorang sehingga menyebabkan disfungsi dalam menjalankan aktifitas sehari-hari.
22. Pengkajian pasien dengan infeksi atau penyakit menular dilakukan pada pasien yang dimungkinkan dapat menularkan penyakit ke orang yang sehat yang disebabkan oleh agen biologi, antara lain virus, bakteri, jamur dan parasite bukan disebabkan factor fisik atau kimia.
23. Pasien dengan system imunologi terganggu adalah kondisi kemampuan alami tubuh untuk melawan infeksi sehingga rentan terhadap penyakit.
24. Pasien kecanduan obat terlarang atau alcohol adalah kondisi seseorang mengalami ketergantungan atau sudah tidak bisa melepaskan diri secara fisik dan psikologis terhadap suatu NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif) atau minuman keras.
25. Pasien korban kekerasan atau kesewenangan adalah kondisi akibat penggunaan kekuatan fisik dan kekuasaan, ancaman atau tindakan terhadap diri sendiri, perorangan atau sekelompok orang (masyarakat) yang mengakibatkan memar atau trauma, dampak fisik, psikologis, social, serta spiritual, kelainan perkembangan, penelantaran.



26. Pasien dengan kebutuhan perencanaan pemulangan (P3) adalah kondisi pasien yang memerlukan perawatan tindak lanjut setelah pasien meninggalkan rumah sakit, baik yang diberikan oleh anggota keluarga, perawatan dari tim profesional kesehatan atau kombinasi dari keduanya untuk meningkatkan dan mempercepat kesembuhan pasien.
27. Rekam Medis Elektronik (RME) kumpulan sistematis informasi kesehatan pasien berbasis elektronik yang terhubung dan terintegrasi dengan system informasi dalam jejaring rumah sakit.
28. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah seorang dokter , sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap kepada satu pasien dengan satu patologi/penyakit awal sampai dengan akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
29. *Case Manager/Manager* pelayanan pasien adalah profesional di Rumah Sakit yang melaksanakan manajemen pelayanan pasien, berkoordinasi dan berkolaborasi dengan DPJP serta PPA lainnya, manajemen Rumah Sakit, pasien dan keluarganya, pembayarannya, mengenai pengkajian, perencanaan, fasilitasi, koordinasi asuhan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarganya yang komprehensif melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberikan hasil (*outcome*) yang bermutu dengan biaya efektif selama dan pasca rawat inap.
30. Asuhan Keperawatan adalah seluruh rangkaian proses asuhan keperawatan dan kebidanan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan yang di mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.
31. Dietisien adalah seorang profesional yang diberi tugas dan wewenang secara penuh di bidang pelayanan gizi, makanan dan dietetika baik di masyarakat, rumah sakit, dan unit pelaksana kesehatan lain.

## **B. TUJUAN**

Memberikan acuan bagi seluruh staf medis, keperawatan/kebidanan, dan profesi kesehatan lain dalam melakukan pengkajian Pasien di Rumah Sakit Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang.

## BAB II

### RUANG LINGKUP

Setiap pasien yang datang melakukan pemeriksaan kesehatan ke rumah sakit, harus dilakukan identifikasi melalui proses pengkajian yang meliputi data pasien, penanggung jawab, alasan datang ke rumah sakit, termasuk data biopsikososial dan spiritual.

Disiplin profesi yang melakukan pengkajian harus seorang yang kompeten dibidangnya, dengan dibuktikan adanya rincian kewenangan klinis dan surat penugasan klinis.

Ruang lingkup dalam pengkajian Pasien adalah:

#### 1. Pengkajian Awal

Pengkajian awal dilakukan saat di rawat jalan, IGD dan saat pasien masuk di rawat inap.

##### a. Pengkajian Awal Rawat Jalan

Pengkajian awal dilakukan di rawat jalan oleh disiplin profesi yang terlibat, yaitu dokter, perawat/bidan, dan profesi lain seperti dietisien dan fisiotherapis.

Pengkajian awal rawat jalan harus dilengkapi maksimal 2 jam untuk pasien yang membutuhkan pemeriksaan diagnostik, sedangkan untuk pasien yang tidak membutuhkan pemeriksaan penunjang diagnostik maksimal dilengkapi dalam waktu 5 – 10 menit.

Pengkajian awal rawat jalan, dilakukan untuk kasus baru dan dilakukan kembali pada pasien dengan kasus yang sama/ kronis dengan jarak waktu 30 hari.

Untuk hasil pengkajian yang dilakukan diluar rumah sakit sebelum dilakukan tindakan di rawat jalan akan ditinjau dan diverifikasi terlebih dahulu.

Isi minimal pengkajian awal rawat jalan adalah :

1) Pengkajian awal medis

Pengkajian awal medis rawat jalan terdiri dari identitas, anamnesis, riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan diagnostik penunjang.

2) Pengkajian awal keperawatan

Pengkajian awal keperawatan rawat jalan terdiri dari keluhan, status fisik, psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, pengkajian nyeri, pengkajian gizi, resiko jatuh, kebutuhan edukasi dan perencanaan pemulangan pasien serta riwayat penggunaan obat.

b. Pengkajian awal Gawat Darurat/ *Initial Assesment*

Pengkajian gawat darurat dimulai sejak proses *triase* yaitu prioritisasi pasien berdasarkan penyakit, keparahan, prognosis dan ketersediaan sumber daya. Dengan kata lain triase sebagai metode untuk secara cepat menilai keparahan kondisi, menetapkan prioritas, dan memindahkan pasien ke tempat yang lebih tepat untuk perawatannya.

Sistem triase yang digunakan dengan metode ESI (*Emergency Saverity Index*), yaitu mengelompokkan pasien ke 5 (lima) level berjenjang dari prioritas 1 (P1) resusitasi sampai prioritas 5 (P 5) tidak emergency.

Isi pengkajian minimal gawat darurat adalah :

1) Pengkajian medis, terdiri dari identitas pasien, keadaan umum yang berpedoman pada *primary (ABC) and secondary survey*, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang diagnostic serta kebutuhan informasi dan edukasi serta diagnosis tindakan CITO jika diperlukan.

2) Pengkajian keperawatan terdiri dari identitas pasien, keadaan umum yang berpedoman pada *primary and secondary survey*, skrining nyeri, skrining risiko jatuh dan kebutuhan edukasi.

### c. Pengkajian Awal Rawat Inap

Pengkajian awal medis dan keperawatan rawat inap dilaksanakan dan didokumentasikan dalam kurun waktu 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap atau lebih awal bila diperlukan sesuai dengan kondisi pasien. Pengkajian awal medis akan menghasilkan diagnosa medis yang mencakup kondisi utama dan kondisi lainnya yang membutuhkan tata laksana dan pemantauan, sedang pengkajian awal keperawatan menghasilkan diagnosa keperawatan untuk menentukan kebutuhan asuhan keperawatan, intervensi atau pemantauan pasien yang spesifik.

Isi minimal pengkajian awal medis dan keperawatan rawat inap adalah:

#### 1) Pengkajian medis

Isi pengkajian medis awal rawat inap bersifat umum terdiri dari identitas pasien, anamnesa, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang diagnosis serta perencanaan pengobatan/perawatan yang akan dilakukan.

#### 2) Pengkajian keperawatan

Isi pengkajian awal keperawatan terdiri dari keluhan saat ini, status fisik, psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, riwayat penggunaan obat, pengkajian nyeri, resiko jatuh, pengkajian fungsional, resiko nutrisi, kebutuhan edukasi dan perencanaan pulang atau *discharge planing*.

## 2. Pengkajian Lanjut

Pengkajian lanjutan adalah pengkajian yang dilakukan setelah ditemukan adanya permasalahan yang membutuhkan pendalaman kasus, seperti adanya nyeri, status gizi, resiko jatuh dan kebutuhan khusus lainnya.

Pengkajian lanjut gizi dilakukan oleh ahli gizi/dietisien setelah mendapatkan hasil skrining dari perawat/bidan.

Pengkajian lanjut nyeri dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan tanda-tanda vital.

Pengkajian lanjut resiko jatuh dilakukan pada pasien dewasa dan anak yang mempunyai kategori sedang dan tinggi.

### 3. Pengkajian Ulang

- a. Pengkajian ulang adalah pengkajian yang dilakukan setelah pasien mendapatkan asuhan oleh masing-masing disiplin profesi, untuk menilai adanya perubahan/perkembangan kondisi pasien;
- b. Pengkajian ulang dilakukan secara berkala selama perawatan ( misal perawat secara berkala mencatat tanda-tanda vital, nyeri, penilaian dan suara paru-paru dan jantung sesuai kebutuhan berdasarkan kondisi pasien;
- c. Pengkajian ulang dilakukan untuk menentukan apakah obat-obatan dan penatalaksanaan lainnya berhasil serta digunakan sebagai dasar rencana apakah pasien dapat dipindahkan atau dipulangkan.
- d. Pengkajian ulang dilakukan setiap hari oleh dokter untuk pasien perawatan akut
- e. Pengkajian ulang perawat dilakukan setiap shift, atau jika terdapat perubahan kondisi pasien.
- f. Pengkajian ulang dilakukan jika diagnosis pasien telah berubah dan kebutuhan perawatan memerlukan perencanaan yang direvisi.
- g. Pengkajian ulang berdasarkan kriteria waktunya tergantung kepada kondisi akut maupun kronik. Jika terdapat perubahan kondisi klinis, pengkajian ulang dapat dilakukan minimal sekali dalam sehari/setiap shif atau sesuai kondisi pasien.
- h. Pengkajian ulang keperawatan pasien intensif dilakukan secara kontinyu dan didokumentasikan dalam chart minimal setiap interval satu jam/sesuai kondisi pasien.
- i. Pengkajian ulang gizi dilakukan oleh dietisien/ahli gizi bila pasien masuk dalam kategori malnutrisi ringan-sedang atau berisiko malnutrisi.
- j. Pengkajian ulang nyeri dilakukan pada pasien yang dirawat lebih dari beberapa jam dan menunjukkan adanya rasa nyeri

- k. Pengkajian ulang risiko jatuh dilakukan setiap hari pada saat transfer ke unit lain, adanya perubahan kondisi pasien (perubahan pemberian obat-obatan, pasien post operasi) dan adanya kejadian jatuh pada pasien.
- l. Semua temuan pada pengkajian digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan pengkajian ulang;
- m. Pengkajian medis, keperawatan dan Profesional Pemberi Asuhan ( PPA) lain didokumentasikan dalam rekam medis elektronik untuk digunakan oleh semua PPA yang memberikan asuhan ke pasien

#### **4. Pengkajian awal untuk populasi khusus**

Pengkajian populasi khusus dilakukan untuk pasien dengan kondisi khusus dengan kebutuhan khusus termasuk pengkajian kondisi terminal. Pengkajian ini menggunakan form yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.

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.

Pengkajian khusus/tambahan ini dilakukan pada pasien neonatus, anak, remaja, obstetri/maternitas, geriatri, pasien dengan gangguan sakit terminal/menghadapi kematian, pasien dengan rasa sakit kronis/nyeri , pasien dengan gangguan emosional/psikiatri, pasien kecanduan obat terlarang/alkohol, pasien dengan korban kekerasan/kesewenangan, pasien dengan penyakit menular atau infeksius, pasien yang menerima kemoterapi atau radiasi dan pasien dengan sistem imunologi terganggu.

#### **5. Perencanaan pulang / *Discharge Planning***

Perencanaan pulang pasien mencakup identifikasi kebutuhan khusus yang disusun sejak pengkajian awal, apabila diperkirakan pasien membutuhkan

perawatan selanjutnya di rumah, membutuhkan bantuan orang lain ( *care giver* ), antara lain :

- a) Pasien stroke, yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak, sehingga seluruh kebutuhannya dibantu.
- b) Pasien yang terpasang peralatan, seperti NGT, katheter urine, stoma colostomy, dan stoma trakheostomy.
- c) Pasien yang akhirnya menggunakan alat bantu untuk berjalan (walker, kruk).
- d) Pasien terpasang gips, post operasi besar
- e) Pasien tanpa keluarga

## 6. Pemeriksaan Penunjang

Untuk menegakkan diagnosa salah satunya dibutuhkan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiodiagnostik. Semua catatan hasil pemeriksaan penunjang tersebut harus tertuang dalam rekam medis pasien berkaitan dengan hasil kritis yang dilaporkan oleh petugas laboratorium/radiodiagnostik.

Hasil kritis tersebut dilaporkan oleh petugas laboratorium/radiodiagnostik melalui sms (*ke DPJP*), kemudian dilaporkan ke ruangan melalui pesawat telpon dimana pasien tersebut dilakukan perawatan. Setelah menerima laporan kritis tersebut perawat/bidan akan melakukan pencatatan di lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) melalui paperless dan dilaporkan ke DPJP melalui SBAR



## BAB III

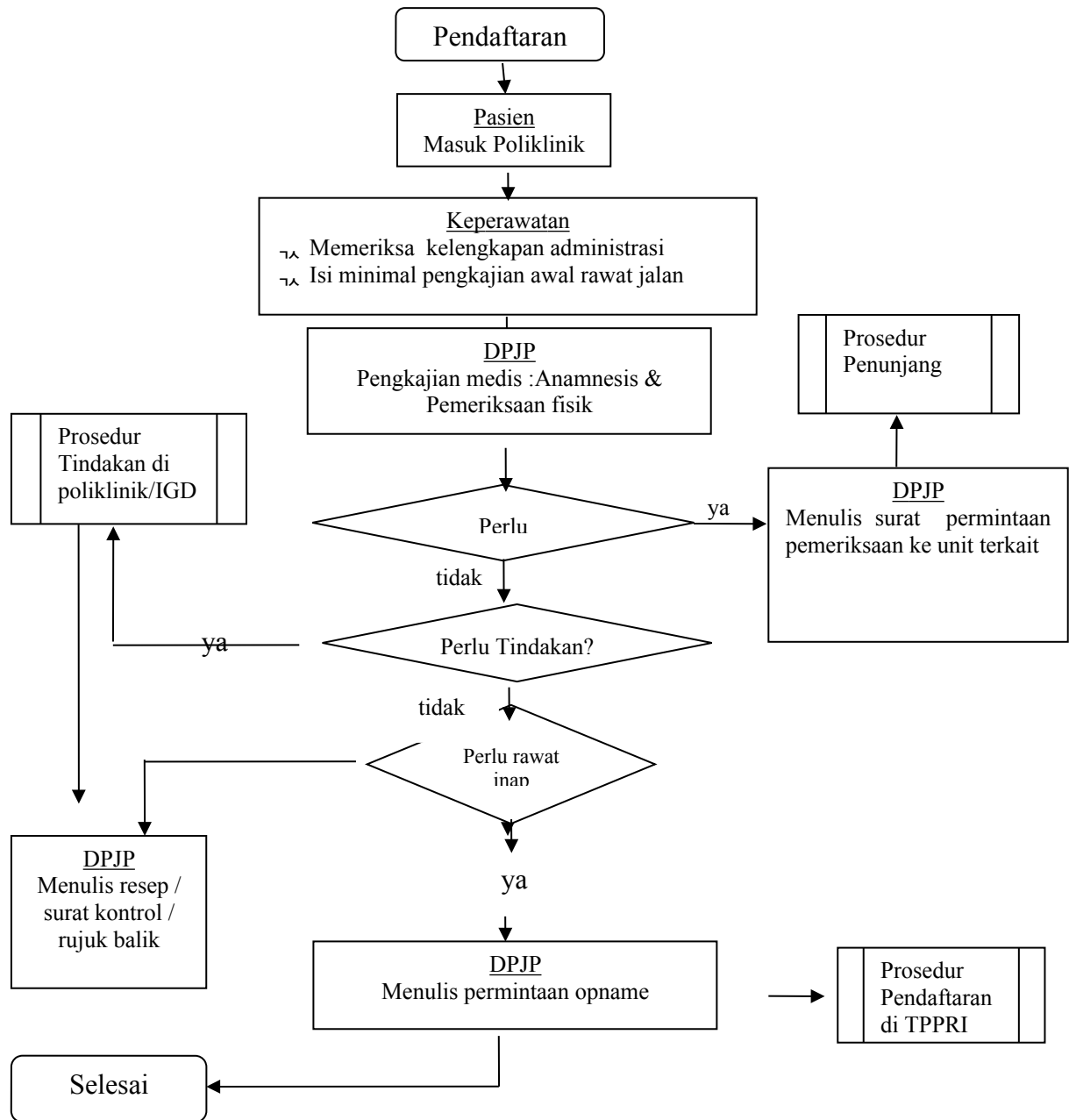
### TATA LAKSANA

#### A. Pengkajian Awal Rawat Jalan

1. Semua pasien/pengunjung yang memasuki area poliklinik dilakukan skrining suhu tubuh dan keluhan batuk, sesak nafas serta riwayat pekerjaan pasien, dan keluarga yang tinggal satu rumah;
2. Setelah pasien melalui proses pendaftaran via online selanjutnya pasien ke anjungan untuk mengambil nomor antrian di loket pendaftaran untuk verifikasi berkas, kemudian pasien menuju poliklinik sesuai dengan permasalahan kesehatan pasien.
3. Proses pengkajian awal dilakukan di masing-masing poliklinik dan dilakukan oleh profesional pemberi asuhan;
4. Perawat/bidan/tenaga kesehatan lain melakukan pengkajian awal rawat jalan meliputi: keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat alergi, pengkajian nyeri, skrining resiko jatuh, skrining nutrisi psiko-sosio-spiritual ekonomi, pengkajian fungsional, kebutuhan edukasi, *discharge planning*, dan riwayat penggunaan obat yang didokumentasikan di rekam medis elektronik rawat jalan;
5. Dokter akan melakukan pengkajian, pemeriksaan fisik, kemudian jika dibutuhkan akan melakukan order untuk pemeriksaan penunjang diagnostik, seperti pemeriksaan EKG, foto rontgen, USG, pemeriksaan laboratorium dll.
6. Dokter akan menegakkan diagnosa, kemudian akan memberikan informasi kepada pasien tentang penyakitnya dan tindak lanjutnya.
7. Jika pada pengkajian awal ditemukan masalah kesehatan lainnya, maka akan dilakukan rujukan ke bagian lain, melalui proses konsultasi;
8. Waktu penyelesaian pengkajian awal rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang diagnostik, harus selesai maksimal 5–10 menit, sedangkan pada pasien yang dilakukan pemeriksaan penunjang diagnostik,

- maksimal harus selesai dalam 2 jam, kemudian pasien dapat pulang rawat jalan, dirawat inap atau dilakukan rujukan ke rumah sakit lain;
9. Pengkajian awal rawat jalan, dilakukan untuk kasus baru dan dilakukan kembali pada pasien dengan kasus yang sama/ kronis dengan jarak waktu 30 hari;
  10. Jika pasien dapat rawat jalan, maka akan diberikan resep obat untuk diminum dirumah, dan dianjurkan untuk kontrol setelah 7 hari minum obat;
  11. Jika pasien dirawat inapkan maka pasien akan diberi *admission note* rawat inap dengan pelaksanaan skrening kebutuhan rawat inapnya (Intensif, rehabilitatif, kuratif, paliatif dll) untuk mencari ruang perawatan ke TPPRI, kemudian dokter dan PPA lain akan menuliskan SOAP pada CPPT elektronik sesuai dengan prosedur;
  12. Jika dirujuk, berdasarkan kebutuhan pelayanan pasien, dimana RS tidak memiliki sumberdaya maka dokter akan membuat surat rujukan ke rumah sakit vertikal.

### 13. Alur Masuk Rawat Jalan



## B. Pengkajian Awal Gawat Darurat

1. Pengkajian gawat darurat dimulai sejak pasien dilakukan proses triase. Proses triase yang digunakan di IGD RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro menggunakan triase metode ESI (*Emergency Saverity Index*) dimana pasien dikategorikan dalam 5 (lima) level tingkat kegawatdaruratan. Kategori ESI sebagai berikut:

a) ESI 1 Resusitasi (Prioritas 1)

Pasien perlu diperhatikan segera dengan penggunaan sumber daya semaksimal mungkin untuk mencegah kematian, kehilangan anggota badan dan penglihatan, digolongkan dalam label merah.

b) ESI 2 Gawat Darurat (Prioritas 2)

Pasien dengan kondisi resiko tinggi terjadinya kondisi perburukan dengan segera, hilang kesadaran, penglihatan, anggota badan apabila intervensi/terapi terlambat, digolongkan dalam label merah.

c) ESI 3 Mendesak (Prioritas 3)

Apabila mendapatkan pasien dengan gejala dan factor risiko penyakit serius, dimana kemungkinan dapat menyebabkan kematian pada masa yang akan datang, masuk label kuning.

d) ESI 4 Mendesak Sedikit (Prioritas 4 )

Adalah jika pasien merupakan keluhan kronologisnya, kontrol kesehatan, perlu pemeriksaan penunjang, perlu disikapi dengan tindakan pengobatan atau tidak, tidak mengancam kehidupan maupun hilangnya anggota tubuh atau hilangnya penglihatan, masuk label kuning.

e) ESI 5 Tidak Mendesak (Prioritas 5)

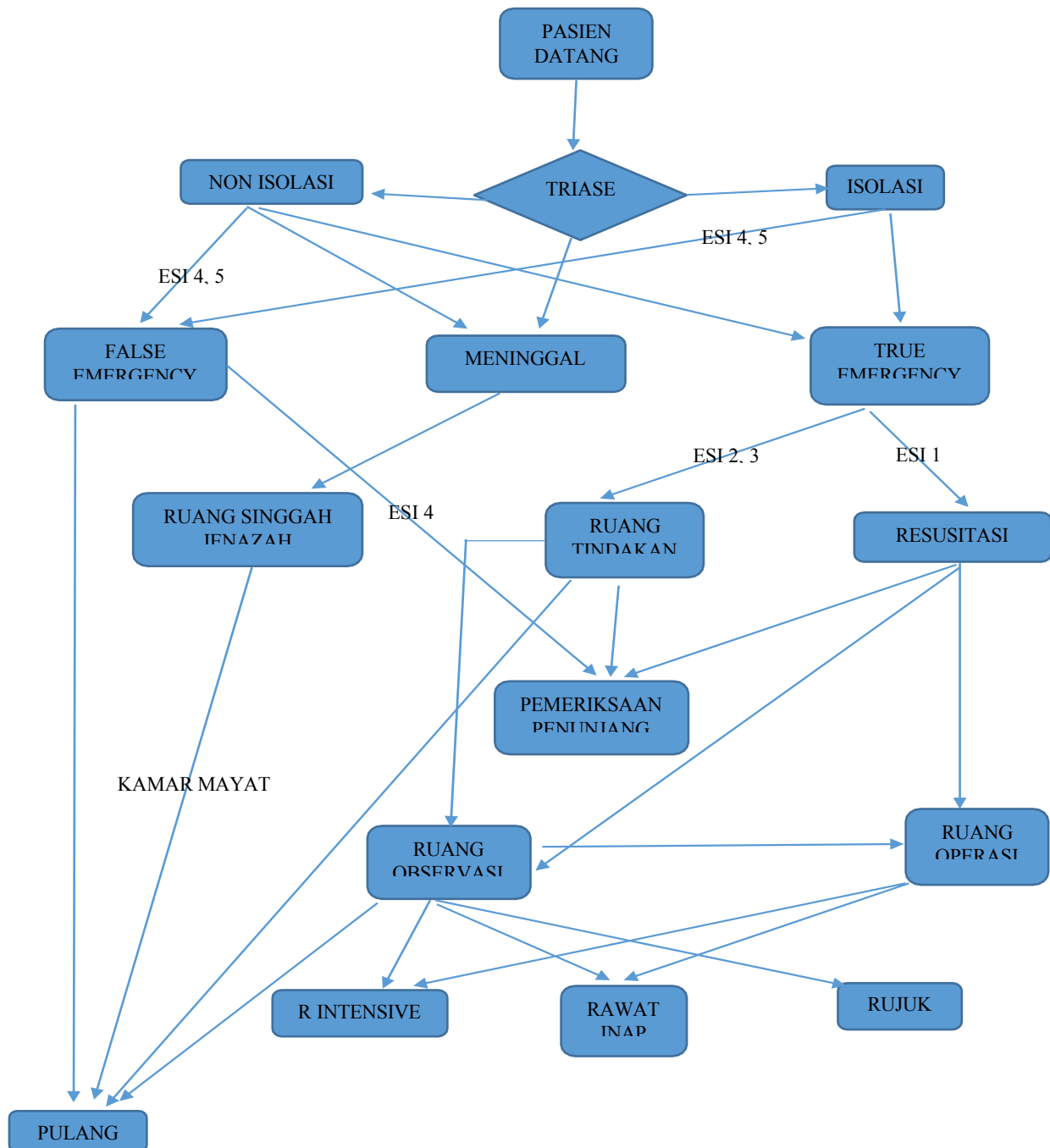
Pasien kondisi stabil, tidak memerlukan pemeriksaan penunjang, masuk label hijau.

2. Berdasarkan tingkat kegawatdaruratan tersebut, kemudian pasien ditempatkan sesuai dengan kasus dan tingkatannya, kemudian pasien dilakukan pengkajian.
3. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan *initial assesment*, yaitu evaluasi cepat ABCDE dengan melakukan tindakan resusitasi sesuai tingkat kegawatdaruratan yang di alami pasien.
4. Perawat/bidan melakukan pengkajian dengan berpedoman kepada pengkajian ABCDE, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, menegakkan masalah yang muncul dan melakukan tindakan yang dibutuhkan (*resusitasi*). Dan melakukan kolaborasi dengan dokter jaga terkait tindakan maupun pemeriksaan yang akan dilakukan.
5. Dokter jaga melakukan pengkajian berpedoman kepada pengkajian ABCDE dan jika dibutuhkan akan melakukan permintaan pemeriksaan penunjang diagnostik, kemudian akan menegakkan diagnosa sementara.
6. Dokumentasi E rekam medis dilakukan setelah kondisi kegawatdaruratan telah diatasi.
7. Setelah menegakkan diagnosa dokter jaga akan memberikan informasi kepada pasien/keluarga terkait proses pengkajian, diagnosa, prognosa, rencana tindakan dll.
8. Pengkajian di gawat darurat menggunakan rekam medis elektronik yang telah terintegrasi antara pengkajian keperawatan dan pengkajian medis, dengan penekanan bagian pengisian oleh masing-masing disiplin profesi, dan terintegrasi pada catatan perkembangan pasien (CPPT). Isi minimal pengkajian gawat darurat meliputi:
  - a. Jenis triase menggunakan metode ESI (*Emergency Severity Indeks*)
  - b. Jenis kasus, kasus kecelakaan lalu lintas, penyakit gawat, kasus bedah/non bedah.
9. Anamnesa meliputi keluhan subyektif dan obyektif (ABCD), termasuk pengkajian nyeri menggunakan FLACC (*Face, Leg, Activity, Cry and Consolability*) dan FPS (*Face Pain Scale*)

- a. Tanda-tanda vital
  - b. Pemeriksaan fisik dan status lokalis
  - c. Pemeriksaan penunjang
10. Pemeriksaan penunjang diagnostik, dilakukan sebelum pasien dipastikan rawat inap, dirujuk ataupun rawat jalan. Jenis pemeriksaan penunjang diagnostik minimal antara lain:
- a. Pasien dengan curiga mengalami trauma, pemeriksaan diagnostik minimal adalah pemeriksaan radiologi foto tulang dan pemeriksaan darah rutin jika trauma daerah pelvis dan femur.
  - b. Pasien dengan nyeri dada bukan akibat trauma, pemeriksaan diagnostik minimal adalah EKG dan darah rutin.
  - c. Pasien wanita usia subur dengan keluhan nyeri perut minimal pemeriksaan diagnostik adalah darah rutin dan urine gravindeks.
  - d. Pasien trauma kepala dan cenderung mengalami penurunan kesadaran, minimal pemeriksaan CT Scan Kepala dan darah rutin.
  - e. Pasien dengan keluhan demam  $\geq 3$  hari, minimal pemeriksaan diagnostik adalah darah rutin.
  - f. Pada pasien kondisi mendesak yang membutuhkan pembedahan CITO minimal terdapat catatan singkat dan diagnosis pra operasi yang didokumentasikan dalam rekam medis elektronik.
  - g. Pasien persiapan operasi CITO minimal pemeriksaan diagnostik adalah darah rutin, PPT / APTT, golongan darah dan HbsAg.
  - h. Pasien dengan usia  $\geq 45$  th, dilakukan pemeriksaan EKG.
  - i. Pasien dengan trauma abdomen, minimal pemeriksaan adalah USG abdomen dan pemeriksaan darah rutin termasuk HB sereal
11. Apabila hasil pengkajian ditemukan permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan disiplin klinis lainnya, maka dokter jaga akan melakukan rujukan atau konsultasi ke disiplin profesi lain, atau dirujuk ke rumah sakit lain.

12. Kriteria penyelesaian waktu pengkajian masing-masing kategori :
- a. Pengkajian pada pasien kategori triase level ESI 1 dan ESI 2, pengkajian harus selesai maksimal 4 jam dengan respon time medis  $\leq 5$  menit.
  - b. Pengkajian pada pasien kategori triase level ESI 3, harus selesai maksimal 3 jam dengan respon time medis 30 – 60 menit.
  - c. Pengkajian pada pasien kategori triase level 4, harus selesai maksimal 2 jam dengan respon time medis 60 – 120 menit.
  - d. Pengkajian pada pasien kategori triase level 5, harus selesai maksimal 15 menit dan diarahkan untuk ke klinik rawat jalan.
13. Pengkajian ulang dilakukan selama proses observasi dan di evaluasi setiap 30 – 60 menit terhadap perkembangan kondisi pasien, evaluasi gejala, dan tanda-tanda vital.
14. Jika dibutuhkan pasien untuk dilakukan observasi, maka dilakukan observasi maksimal 6 jam di IGD, kemudian sesuai kondisi pasien dapat rawat jalan, rawat inap, atau dirujuk ke rumah sakit lain.
15. Untuk pasien yang rawat inap, maka dokter jaga membuat *admission note* rawat inap untuk pendaftaran rawat inap.

## 16. Alur pelayanan pasien gawat darurat





### C. Pengkajian Awal Rawat Inap

Setiap pasien baru rawat inap, akan dilakukan pengkajian awal rawat inap yang merupakan pengkajian lanjut dari rawat jalan/gawat darurat medis dan keperawatan.

#### 1. Pengkajian awal medis

Dilakukan oleh DPJP secara menyeluruh dan sistematis mengidentifikasi masalah kesehatan meliputi:

- a. Anamnesa terhadap keluhan, termasuk riwayat penyakit sekarang, riwayat penggunaan obat
- b. Pemeriksaan fisik spesifik sesuai kondisi klinis
- c. Pemeriksaan penunjang

Adalah hasil dari pemeriksaan laboratorium, radiologi, EKG dll.

#### a. Diagnosis kerja

Diagnosa ditegakkan setelah proses pengkajian dilakukan untuk menyimpulkan penyakit yang diderita pasien dengan menegakkan diagnosa.

Setelah tegak diagnosa, kemudian DPJP memberikan informasi kepada pasien atau keluarga terkait proses pengkajian, hasil pemeriksaan, diagnosa, prognosa serta rencana tindakan/pengobatan yang akan dilakukan, juga menetapkan prioritas penanganan bersama pasien/keluarga. Sebagai bukti pemberian informasi, maka pemberi informasi dan yang diberikan informasi menandatangani form tersebut.

#### b. Penatalaksanaan/perencanaan layanan

Penatalaksanaan/perencanaan pelayanan selanjutnya didokumentasikan pada rekam medis pada lembar CPPT Elektronik.

#### 2. Pengkajian awal keperawatan

Pengkajian dilakukan oleh perawat atau bidan, sesuai dengan unit masing-masing sesuai form pengkajian yang berisi tentang: keluhan saat ini, status fisik, psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, riwayat penggunaan obat, pengkajian nyeri,

resiko jatuh, pengkajian fungsional, resiko nutrisi, kebutuhan edukasi dan perencanaan pulang atau *discharge planing*.

Setelah proses pengkajian dilakukan, perawat akan menetapkan daftar masalah berdasarkan analisa data yang dilakukannya. Kemudian akan memprioritaskan penanganan berdasarkan daftar masalah yang muncul, dengan mengambil form perencanaan keperawatan sesuai masalah yang ada.

Implementasi terhadap perencanaan keperawatan mandiri maupun kolaboratif dan delegatif, perawat/bidan akan melihat rencana pengobatan/tindakan yang dilakukan DPJP. Bukti implementasi akan didokumentasikan pada lembar catatan perkembangan yang sudah ada.

### 3. Pengkajian Ulang

Pengkajian ulang oleh DPJP dibuat berdasarkan asuhan pasien sebelumnya. DPJP melakukan pengkajian terhadap pasien sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk di akhir minggu/hari libur, dan jika ada perubahan kondisi pasien. Perawat melakukan pengkajian ulang minimal satu kali per shift atau sesuai perkembangan pasien, dan setiap hari DPJP akan mengkoordinasi dan melakukan verifikasi ulang perawat untuk asuhan keperawatan sebelumnya.

Penilaian ulang dilakukan dan hasilnya dicatat direkam medis elektronik secara terintegrasi sebagai informasi untuk digunakan oleh semua PPA. Pengkajian ulang ditulis dengan format SO dan ADIME ( untuk ahli Gizi) yaitu :

S : (Subyektif) keluhan yang bersumber dari pasien/keluarga setelah mendapatkan asuhan/tindakan. Dilengkapi juga dengan riwayat kesehatan pasien

O : (Obyektif) data yang bersumber dari hasil observasi atau pemeriksaan, mulai dari tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, pemeriksaan fisik, hasil dari pemeriksaan laboratorium atau penunjang diagnosis yang lain.

Dan untuk ADIME adalah sebagai berikut :

A : (Pengkajian) berisi pengukuran antropometri, biokimia, keadaan klinis/fisik dan riwayat gizi serta pola makan pasien.

D : (Diagnosa gizi) yaitu membuat diagnosa gizi berdasarkan Problem, Etiologi dan Sign (PES) yang berasal dari sign dan syptom.

I : (Intervensi gizi) yaitu ahli gizi menentukan diet dan menghitung kebutuhan zat gizi pasien dan melakukan perencanaan intervensi lainnya seperti konsultasi gizi

ME : (Monitoring dan Evaluasi) yaitu ahli gizi melakukan monitoring evaluasi dan didokumentasikan di RME.

Bila dari hasil asesmen gizi, pasien masuk dalam kategori malnutrisi berat, maka ahli gizi melaporkan pada dokter Spesialis Gizi Klinik untuk penatalaksanaan terapi gizi atau bila perlu mengusulkan pada DPJP Utama untuk mengkonsulkan pasien pada dokter Spesialis Gizi Klinik. Pada kasus-kasus tertentu, pasien secara otomatis mendapatkan penatalaksanaan terapi gizi oleh dokter Spesialis Gizi Klinik dan pengkajian awal dilakukan oleh dokter Spesialis Gizi Klinik

#### 4. Pengkajian Status Fungsional

a. Pengkajian kemampuan melakukan aktifitas harian (status fungsional) dilakukan sebagai bagian dari pengkajian awal pasien rawat inap;

b. Penilaian status fungsional berdasarkan Penilaian skala *Barthel* :

| No. | Item yang dinilai         | Skor   | Nilai |
|-----|---------------------------|--|-------|
| 1.  | Makan (Feeding)           | 0 = tidak mampu<br>1 = butuh bantuan, memotong, mengoles mentega, dll<br>2 = mandiri               |       |
| 2.  | Mandi (Bathing)           | 0 = tergantung orang lain<br>1 = mandiri   |       |
| 3.  | Perawatan Diri (Grooming) | 0 = membutuhkan bantuan orang lain<br>1 = mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur |       |
| 4.  | Berpakaian (Dressing)     | 0 = tergantung orang lain<br>1 = sebagian dibantu<br>2 = mandiri                                   |       |
| 5.  | Buang Air Kecil           | 0 = inkontensia atau pakai kateter   |       |

|     |                   |  |  |
|-----|-------------------|--|--|
|     |                   | dan tidak terkontrol<br>1 = kadang inkontinensia (maks 1x24 jam)<br>2 = kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)  |  |
| 6.  | Buang Air Besar   | 0 = inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema)<br>1 = kadang inkontenensia (sekali Seminggu)<br>2 = kontinensia (teratur)  |  |
| 7.  | Penggunaan toilet | 0 = tergantung bantuan orang lain<br>1 = membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri<br>2 = mandiri   |  |
| 8.  | Transfer          | 0 = tidak mampu<br>1 = butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang)<br>2 = bantuan kecil (1 orang)<br>3 = mandiri  |  |
| 9.  | Mobilitas         | 0 = immobile (tidak mampu)<br>1 = menggunakan kursi roda<br>2 = berjalan dengan bantuan satu orang<br>3 = mandiri (meskipun menggunakan alat bantu, seperti tongkat) |  |
| 10. | Naik turun tangga | 0 = tidak mampu<br>1 = membutuhkan bantuan (alat bantu)<br>2 = mandiri   |  |

Interpretasi hasil :

- a) 20 : Mandiri
- b) 12 – 19 : Ketergantungan Ringan
- c) 9 – 11 : Ketergantungan Sedang
- d) 5 – 8 : Ketergantungan Berat
- e) 0 – 4 : Ketergantungan Total

## 1. Pengkajian Lanjut

Pengkajian lanjut dilakukan jika pada pengkajian awal ditemukan masalah yang harus dilakukan pengkajian lanjut seperti jika ada nyeri, masalah gizi dan masalah lain yang berkaitan dengan spesialisasi spesifik seperti Geriatri, mata, THT, Neurologi dll.

Yang termasuk dalam pengkajian lanjut adalah :

a. Pengkajian Gizi

Skrining status nutrisi dilakukan oleh perawat/bidan untuk pasien yang ada di poliklinik, IGD dan Rawat inap dengan menggunakan NSR 2002 dan *Strong-Kids* (Modifikasi) untuk anak.

Skrining Risiko Gizi (*Nutrition Screening Risk* – NRS 2002)

| PRA - SKRINING  |    |
|---|----|
| Apakah IMT pasien < 20,5 kg/m <sup>2</sup>                      | Ya |
| Apakah berat badan pasien turun dalam 3 bulan terakhir?         | Ya |
| Apakah asupan makanan pasien berkurang dalam seminggu terakhir? | Ya |
| Apakah pasien sakit kritis?                                     | Ya |

Jika **ya** untuk salah satu pertanyaan tersebut, lanjutkan ke skrining.

Jika **tidak** untuk semua pertanyaan, lakukan skrining ulang setiap minggu.

| SKRINING   |      |   |      |
|--|------|---|------|
| A  |      | B   |      |
| STATUS GIZI  | SKOR | STRES METABOLIK (tingkat keparahan penyakit)  | SKOR |
| Tidak ada  | 0    | Tidak ada   | 0    |
| Ringan<br>Penurunan berat badan >5% dalam 3 bulan<br><br>ATAU<br>Asupan 50–75% dari asupan makanan biasanya, dalam seminggu terakhir | 1    | Stres metabolik ringan<br>Pasien mobile<br><br>Peningkatan kebutuhan protein dapat dipenuhi dengan nutrisi oral<br><br>Patah tulang pinggul, penyakit kronis terutama dengan komplikasi, misalnya sirosis hati, PPOK, diabetes, kanker, hemodialisis kronis | 1    |
| Sedang   | 2    | Stres metabolik sedang  | 2    |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p>Penurunan berat badan &gt;5% dalam 2 bulan</p> <p>ATAU</p> <p>BMI 18,5–20,5 kg/m<sup>2</sup> DAN penurunan kondisi umum</p> <p>ATAU</p> <p>25–50% dari asupan makanan normal dalam seminggu terakhir</p>   |   | <p>Pasien terbaring di tempat tidur karena sakit</p> <p>Kebutuhan protein yang sangat meningkat, dapat ditanggung oleh ONS</p> <p>Stroke, kanker hematologi, pneumonia berat, operasi perut yang berkepanjangan</p>   |   |
| <p>Berat</p> <p>Penurunan berat badan yang parah &gt;5% dalam 1 bulan</p> <p>ATAU</p> <p>BMI &lt;18,5 kg/m<sup>2</sup> DAN penurunan kondisi umum</p> <p>ATAU</p> <p>0–25% dari asupan makanan normal dalam seminggu terakhir</p>                     | 3 | <p>Stres metabolik berat</p> <p>Pasien sakit kritis (unit perawatan intensif)</p> <p>Peningkatan kebutuhan protein yang sangat tinggi dan hanya dapat dicapai dengan nutrisi (par)enteral</p> <p>APACHE-II &gt;10, transplantasi sumsum tulang, trauma kepala</p> | 3 |
| Jumlah (A)  |   | Jumlah (B)  |   |
| <p style="text-align: center;">Usia</p> <p style="text-align: center;">&lt;70 tahun: skor 0</p> <p style="text-align: center;">≥70 tahun: skor 1</p>  |   |   |   |
| <p style="text-align: center;">TOTAL = (A) + (B) + Umur</p> <p style="text-align: center;">≥3 poin: pasien berisiko gizi. Rencana perawatan gizi harus ditetapkan</p> <p style="text-align: center;">&lt;3 poin: ulangi pemeriksaan setiap minggu</p> |   |   |   |

Metode skrining nutrisi *Strong Kids* Modifikasi

| NO.        | PERTANYAAN  | JAWABAN (SKOR) |           |
|------------|---|----------------|-----------|
|            |   | YA (1)         | Tidak (0) |
| 1          | Apakah pasien tampak kurus?   |                |           |
| 2          | Apakah terdapat penurunan BB selama satu bulan terakhir atau tidak ada kenaikan BB (bayi < 1 tahun) dalam beberapa minggu terakhir? |                |           |
| 3          | Apakah terdapat salah satu kondisi berikut?   |                |           |
|            | a. Diare > 5 kali/ hari atau muntah > 3 kali/ hari dalam satu minggu terakhir   |                |           |
|            | b. Asupan makan berkurang selama satu minggu terakhir   |                |           |
| 4          | Apakah terdapat penyakit atau keadaan bawaan yang mengakhibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi?                              |                |           |
| Total Skor |   |                |           |

Interpretasi:

- 0 Resiko Rendah
- 1-3 Resiko sedang
- 4-5 Resiko berat

b. Pengkajian Resiko Jatuh

1. Rawat jalan

Pengkajian risiko jatuh di rawat jalan menggunakan **Up and Go Score**. Instrument yang digunakan adalah : penggunaan alat bantu jalan dan gaya berjalan. Jika jawabannya lebih >1 jawaban maka **risiko jatuh**.

## 2. Rawat inap

Risiko jatuh pada pasien dewasa menggunakan skala morse, sebagai berikut:

| Faktor risiko   | Skala   | Poin | Skor pasien |
|---|---|------|-------------|
| Riwayat jatuh dalam perawatan ini atau dalam 3 bulan terakhir | Ya  | 25   |             |
|   | Tidak   | 0    |             |
| Diagnosis sekunder ( $\geq 2$ diagnosis medis)                | Ya  | 15   |             |
|   | Tidak   | 0    |             |
| Alat bantu mobilisasi   | Bedrest/ mobilisasi selalu dibantu                    | 30   |             |
|   | Mobilisasi sendiri dengan kruk/tongkat/walker/tri pod | 15   |             |
|   | Tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring             | 0    |             |
| Terpasang infuse  | Ya  | 20   |             |
|   | Tidak   | 0    |             |
| Gaya berjalan   | Terganggu   | 20   |             |
|   | Lemah   | 10   |             |
|   | Normal/tirah baring/imobilisasi                       | 0    |             |
| Status mental   | Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki           | 15   |             |
|   | Sadar akan kemampuan diri sendiri                     | 0    |             |
| <b>Total</b>  |   |      |             |

Kategori Risiko Tinggi =  $\geq 51$

Risiko Sedang = 25-50

Risiko Rendah = 0-24



3. Pengkajian risiko jatuh pada anak-anak, menggunakan

*Humpty Dumpty* :

| Faktor Risiko                                    | Skala   | Poin | Skor Pasien |
|--|---|------|-------------|
| Umur   | Kurang dari 3 tahun   | 4    |             |
|  | 3 tahun – 7 tahun   | 3    |             |
|  | 7 tahun – 13 tahun  | 2    |             |
|  | Lebih 13 tahun  | 1    |             |
| Jenis Kelamin                                    | Laki – laki   | 2    |             |
|  | Wanita  | 1    |             |
| Diagnosa   | Neurologi   | 4    |             |
|  | Respiratori, dehidrasi, anemia, anorexia, syncope                             | 3    |             |
|  | Perilaku  | 2    |             |
|  | Lain – lain   | 1    |             |
| Gangguan Kognitif                                | Keterbatasan daya piker   | 3    |             |
|  | Pelupa, berkurangnya orientasi sekitar  | 2    |             |
|  | Dapat menggunakan daya pikir tanpa hambatan                                   | 1    |             |
| Faktor Lingkungan                                | Riwayat jatuh atau bayi/balita yang ditempatkan di tempat tidur               | 4    |             |
|  | Pasien yang menggunakan alat bantu/ bayi balita dalam ayunan                  | 3    |             |
|  | Pasien di tempat tidur standar  | 2    |             |
|  | Area pasien rawat jalan   | 1    |             |
| Respon terhadap pembedahan, sedasi, dan anestesi | Dalam 24 jam  | 3    |             |
|  | Dalam 48 jam  | 2    |             |
|  | Lebih dari 48 jam / tidak ada respon  | 1    |             |
| Penggunaan obat-obatan                           | Penggunaan bersamaan sedative, barbiturate, anti depresan, diuretik, narkotik | 3    |             |
|  | Salah satu dari obat di atas  | 2    |             |
|  | Obatan –obatan lainnya / tanpa obat   | 1    |             |
| <b>TOTAL</b>                                     |   |      |             |

Kategori:

Skor: 7-11 Risiko Rendah (RR)

≥ 12 Risiko Tinggi (RT)

**Pencegahan risiko jatuh pasien dewasa:**

Kategori Pasien dengan Risiko Tinggi

- 1) Memastikan tempat tidur/brankard dalam posisi rendah dan roda terkunci
- 2) Menutup pagar tempat tidur/brankard
- 3) Orientasikan pasien/penunggu tentang lingkungan/ ruangan
- 4) Letakkan tanda “Kewaspadaan Jatuh“ pada panel informasi pasien
- 5) Pastikan pasien memiliki stiker warna kuning penanda risiko tinggi jatuh pada gelang identifikasi
- 6) Lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga.

**Pencegahan risiko jatuh pasien anak-anak:**

Kategori Pasien dengan Risiko Tinggi

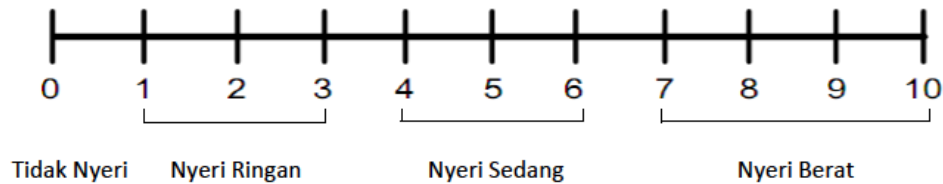
- 1) Memastikan tempat tidur/brankard dalam posisi roda terkunci
- 2) Pagar sisi tempat tidur/brankard dalam posisi berdiri/terpasang
- 3) Lingkungan bebas dari peralatan yang tidak digunakan
- 4) Berikan penjelasan kepada orang tua tentang pencegahan jatuh

Pastikan pasien memiliki stiker penanda risiko tinggi jatuh pada gelang identifikasi dan tanda kewaspadaan dan panel informasi pasien

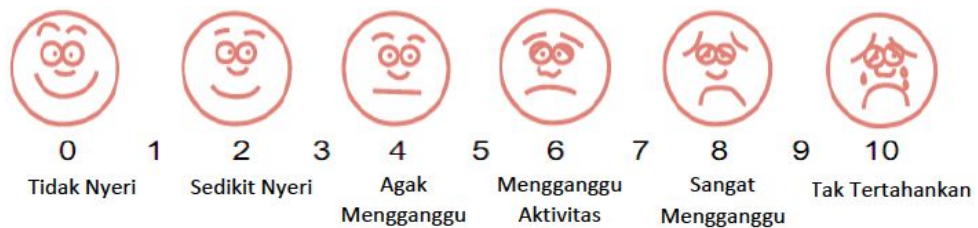
c. Pengkajian Nyeri

1) Pengkajian nyeri dapat menggunakan *Numeric Rating Scale*

Gambar NRS (Numerical Rating Scale)



- a) indikasi: digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia > 9 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakannya.
- b) Instruksi: pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri yang dirasakan dan dilambangkan dengan angka antara 0 – 10
  - 0 = tidak nyeri
  - 1– 3 = nyeri ringan (sedikit mengganggu aktivitas sehari-hari).
  - 4 – 6 = nyeri sedang (gangguan nyata terhadap aktivitas sehari-hari).
  - 7– 10 = nyeri berat (tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari).
- c) Pada pasien yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka, gunakan pengkajian **Wong Baker** *FACES Pain Scale* sebagai berikut:



## 2) FLACC (*Face, Leg, Activity, Cry and Consolability*)

untuk anak < 3 tahun

| Pengkajian | 0  | 1   | 2   | Nilai |
|------------|--|---|---|-------|
| Wajah      | Tersenyum/<br>tak ada<br>ekspresi<br>khusus  | Terkadang<br>meringis/<br>menarik diri                        | Sering<br>menggetarkan<br>dagu dan<br>mengatupkan<br>rahang |       |
| Kaki       | Gerakan<br>normal/<br>relaksasi              | Tidak tenang/<br>tegang                                       | Kaki dibuat<br>menendang/<br>menarik diri                   |       |
| Aktivitas  | Tidur, posisi<br>normal<br>mudah<br>bergerak | Gerakan<br>menggeliat<br>berguling,<br>kaku                   | Melengkungkan<br>punggung/<br>kaku/<br>menghentak           |       |
| Menangis   | Tidak<br>menangis<br>(bangun/tidur)          | Mengerang,<br>merengek-<br>regek                              | Menangis<br>terus<br>menerus,<br>terisak,<br>menjerit       |       |
| Bersuara   | Bersuara<br>normal,<br>tenang                | Tenang bila<br>dipeluk,<br>digendong<br>atau diajak<br>bicara | Sulit untuk<br>ditenangkan                                  |       |

a) Perawat menanyakan mengenai faktor yang memperberat dan memperringan nyeri kepada pasien.

b) Tanyakan juga mengenai deskripsi nyeri :

- ⌘ Lokasi nyeri
- ⌘ Kualitas dan atau pola penjalaran/penyebaran
- ⌘ Onset, durasi, dan faktor pemicu
- ⌘ Riwayat penanganan nyeri sebelumnya dan efektifitasnya
- ⌘ Efek nyeri terhadap aktivitas sehari-hari
- ⌘ Obat-obatan yang dikonsumsi pasien

- c) Pada pasien dalam pengaruh obat anestesi atau dalam kondisi sedang, pengkajian dan penanganan nyeri dilakukan saat pasien menunjukkan respon berupa ekspresi tubuh atau verbal akan rasa nyeri.
- d) Pengkajian ulang nyeri: dilakukan pada pasien yang dirawat lebih dari beberapa jam dan menunjukkan adanya rasa nyeri, sebagai berikut:

Pengkajian ulang nyeri adalah prosedur menilai ulang derajat nyeri pada pasien yang bertujuan untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait penatalaksanaan nyeri yang telah diberikan, dengan interval waktu sesuai kriteria sebagai berikut :

- ⌘ 15 menit setelah intervensi obat injeksi
- ⌘ 1 jam setelah intervensi obat oral atau lainnya
- ⌘ 1 x/shift bila skor nyeri 1 – 3
- ⌘ Setiap 3 jam bila skor 4 -6
- ⌘ Setiap 1 jam bila skor nyeri 7 – 10
- ⌘ Dihentikan bila skor nyeri 0

- e) Tatalaksana nyeri:

- ⌘ Berikan analgesik sesuai dengan anjuran dokter
- ⌘ Perawat secara rutin (setiap 4 jam) mengevaluasi tatalaksana nyeri kepada pasien yang sadar/ bangun
- ⌘ Tatalaksana nyeri diberikan pada intensitas nyeri  $\geq 4$ . Pengkajian dilakukan 1 jam setelah tatalaksana nyeri sampai intensitas nyeri  $\leq 3$
- ⌘ Sebisa mungkin, berikan analgesik melalui jalur yang paling tidak menimbulkan nyeri
- ⌘ Nilai ulang efektifitas pengobatan
- ⌘ Tatalaksana non-farmakologi
  - o Berikan *heat/cold pack*
  - o Lakukan reposisi, mobilisasi yang dapat ditoleransi oleh pasien

- o Latihan relaksasi, seperti tarik napas dalam, bernapas dengan irama/pola teratur, dan atau meditasi pernapasan yang menenangkan
  - o Distraksi/pengalih perhatian
- f) Berikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai:
- ⌘ Faktor psikologis yang dapat menjadi penyebab nyeri
  - ⌘ Menenangkan ketakutan pasien
  - ⌘ Tatalaksana nyeri
  - ⌘ Anjurkan untuk segera melaporkan kepada petugas jika merasa nyeri sebelum rasa nyeri tersebut bertambah parah

### 3) CPOT (*Critical Pain Observation Tool*)

Pengkajian nyeri pada bayi yang terpasang alat ventilator dengan menggunakan CPOT (*Critical Pain Observation Tool*)

Berikut tabel skala CPOT menurut Gelinas (2006);

| NO | Indikator      | Kondisi                    | Skor | Keterangan  |
|----|----------------|----------------------------|------|---|
| 1  | Ekspresi wajah | Rilek                      | 0    | Tidak ada ketegangan otot   |
|    |                | Kaku                       | 1    | Mengerutkan kening, mengangkat alis, orbit menegang (misalnya membuka mata atau menangis selama prosedur nosiseptif)            |
|    |                | Meringis                   | 2    | Semua gerakan wajah sebelumnya ditambah kelopak mata tertutup rapat (Pasien dapat mengalami mulut terbuka, mengigit selang ETT) |
| 2  | Gerakan tubuh  | Tidak ada gerakan abnormal | 0    | Tidak bergerak (tidak kesakitan) atau posisi normal (tidak ada gerakan lokalisasi nyeri)  |
|    |                | Lokalisasi nyeri           | 1    | Gerakan hati-hati, menyentuh lokasi nyeri, mencari perhatian melalui gerakan  |
|    |                | Gelisah                    | 2    | Mencabut ETT, mencoba untuk duduk, tidak mengikuti perintah, mencoba keluar dari tempat tidur                                   |
| 3  | Aktivasi       | Pasien                     | 0    | Alarm tidak berbunyi  |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
|   | alarm ventilator mekanik (Pasien diintubasi) | kooperatif terhadap kerja ventilator mekanik     |   |  |
|   |  | Alarm aktif tapi mati sendiri                    | 1 | Batuk, alarm berbunyi tetapi berhenti secara spontan |
|   |  | Alarm selalu aktif                               | 2 | Alarm sering berbunyi                                |
| 4 | Berbicara jika pasien diekstubasi            | Berbicara dalam nada normal atau tidak ada suara | 0 | Bicara dengan nada pelan                             |
|   |  | Mendesah, mengeran                               | 1 | Mendesah, mengerang                                  |
|   |  | Menangis   | 2 | Menangis, berteriak                                  |
| 5 | Ketegangan otot                              | Tidak ada ketegangan otot                        | 0 | Tidak ada ketegangan otot                            |
|   |  | Tegang, kaku                                     | 1 | Gerakan otot pasif                                   |
|   |  | Sangat tegang atau kaku                          | 2 | Gerakan sangat kuat                                  |
|   | Total  |  |   |  |

Catatan:

1. Skor 0 : tidak nyeri
2. Skor 1-2 : nyeri ringan
3. Skor 3-4 : nyeri sedang
4. Skor 5-6 : nyeri berat
5. Skor 7-8 : nyeri sangat berat

#### 4) NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)

NIPS digunakan untuk menilai skala nyeri pada bayi prematur dan neonatus cukup bulan. NIPS menilai indikator nyeri melalui ekspresi wajah, tangisan pola nafas, pergerakan lengan dan kaki serta status istirahat/tidur. Perhitungan skala nyeri NIPS dikategorikan menjadi nyeri dan tidak nyeri dengan total skor 7. Hasil penilaian dikatakan tidak nyeri jika total skor  $\leq 3$  dan dikategorikan nyeri bila total skor  $> 3$  (Malarvizhi et al, 2012).

Tabel. Parameter Instrumental *Neonatal Infant Pain Scale*

| Parameter       | Respon neonates      | Skor |
|-----------------|----------------------|------|
| Ekspresi wajah  | Relaksasi            | 0    |
|                 | Meringis             | 1    |
| Tangisan        | Tidak menangis       | 0    |
|                 | Meringis             | 1    |
|                 | Menangis kuat        | 2    |
| Gerakan lengan  | Relaksasi            | 0    |
|                 | Fleksi/ekstensi      | 1    |
| Gerakan tungkai | Relaksasi            | 0    |
|                 | Fleksi/ekstensi      | 1    |
| Status terjaga  | Tidur/bangun         | 0    |
|                 | Rewel                | 1    |
| Pola nafas      | Relaksasi            | 0    |
|                 | Perubahan pola nafas | 1    |

Keterangan: Nyeri : > 3  
Tidak Nyeri : < 3

## 5) Pengkajian Tambahan

### a) Pengkajian Neonatus

Penting untuk melakukan pemeriksaan karena anak atau bayi sering tidak dapat mengungkapkan keluhannya secara verbal dan amati adanya pergerakan spontan anak atau bayi terhadap area tertentu yang dilindungi.

Tahapan pengkajian keperawatan neonatus :

- ↳ Identitas meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal dirawat, tanggal pengkajian dan diagnose
- ↳ Riwayat pre-natal, post-natal, tumbuh kembang
- ↳ Pemeriksaan fisik

### b) Pengkajian Anak/ pediatric

Penting untuk melakukan pemeriksaan sistematis karena anak sering tidak dapat mengungkapkan keluhannya secara verbal. Amati adanya pergerakan spontan pasien terhadap area tertentu yang di lindungi.

Tahapan pengkajian keperawatan anak:

- ↳ Identitas meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal dirawat, tanggal pengkajian dan diagnose
- ↳ Riwayat pre-natal, post-natal, tumbuh kembang



- ↳ Pemeriksaan fisik
- ↳ Riwayat Imunisasi

#### c) Pengkajian Remaja

Serangkaian proses yang berlangsung saat pasien awal rawat inap. Pemeriksaan akan dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pada remaja yang secara umum sama dengan pasien anak akan tetapi ditambahkan dengan riwayat menstruasi bagi Perempuan dan adanya mimpi basah pada laki laki, serta pengetahuan terkait penyakit menular seksual (PMS).

#### d) Pengkajian Obstetri/Maternitas

Serangkaian proses yang berlangsung saat pasien awal rawat inap pemeriksaan akan dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah kebidanan pada pasien, yaitu :

- 1) Riwayat Gynekologi
- 2) Riwayat Menstruasi
- 3) Riwayat Perkawinan
- 4) Riwayat Obstetri
- 5) Riwayat Hamil Ini
- 6) Riwayat kesehatan
- 7) Riwayat KB
- 8) Pemeriksaan fisik

#### e) Pengkajian Geriatri

Merupakan suatu proses pendekatan multidisiplin untuk menilai aspek medik, fungsional, psikososial, dan ekonomi penderita usia lanjut dalam rangka menyusun program pengobatan dan pemeliharaan kesehatan yang rasional.

Tahapan yang dipakai untuk melakukan pengkajian pada usia lanjut adalah :

- 1) Pengkajian identitas: pengkajian ditambah sumber pendapatan, riwayat pekerjaan, jumlah anak dan kondisi lingkungan rumah

- 2) Riwayat Kesehatan, status gizi, status fisiologi, postur tulang belakang
- 3) Pemeriksaan fisik meliputi: postur tulang belakang, kekuatan otot dan adanya luka atau resiko decubitus.
- 4) Pengkajian masalah emosional, identifikasi aspek kognitif dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

f) Pengkajian Tahap Terminal/menghadapi kematian

Pengkajian terminal dilakukan setelah dokter/DPJP menentukan bahwa pasien dalam kondisi terminal. Setelah itu dilakukan pengkajian oleh dokter/perawat/bidan meliputi:

- 1) Gejala
- 2) Faktor yang memperberat gejala fisik
- 3) Terapi saat ini
- 4) Agama/kepercayaan pasien
- 5) Kondisi spiritual pasien/keluarga
- 6) Hubungan pasien dengan keluarga
- 7) Keinginan perawatan dilakukan
- 8) Potensi terjadinya reaksi berlebihan saat akhir hayat pada keluarga
- 9) Perlunya layanan rohani/tidak

g)Pengkajian pasien dengan nyeri kronik atau nyeri (intense)

Merupakan pengkajian pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan. kondisi terkait hal tersebut berupa kondisi kronis (missal *arthritis rheumatoid*), infeksi, cedera medulla spinalis, kondisi pasca trauma dan tumor. Terkait metode pengkajian nyeri adalah sama dengan pengkajian nyeri akut, yang membedakan hanya waktu berlangsungnya nyeri.

- h) Pengkajian pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatris

Pengkajian pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatris meliputi Riwayat penyakit sekarang terkait keluhan utama, onset dan faktor pencetus, riwayat penyakit dahulu meliputi riwayat medis umum, gangguan psikiatri sebelumnya, narkoba/alcohol/adiksi gadget, riwayat keluarga dan pemeriksaan status mental pasien.

- i) Pengkajian pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol

Penanganan penggunaan obat terlarang melibatkan penanganan multidisipliner dalam lingkup bio-psiko-sosio-kultural

- j) Pengkajian korban kekerasan/kesewenangan

Pengkajian pada pasien dengan diduga terjadi tindak kekerasan pada perempuan dan anak mengikuti ketentuan dari kementerian kesehatan form tersedia di RS.

Sebelum dilakukan Pengkajian lebih lanjut oleh dokter jaga/perawat/bidan, maka pasien diminta untuk menulis persetujuan pemeriksaan. Kemudian dilakukan pengkajian meliputi anamnesa dan pemeriksaan fisik sesuai form yang tersedia.

Jika pasien diantar oleh pendamping LSM (seruni dll) anamnesa dilakukan pada pendampingnya. Bila dibutuhkan pemeriksaan penunjang maka akan dilakukan pemeriksaan penunjang serta jika dibutuhkan pengambilan barang bukti pada fisik korban (sperma, rambut dll) maka akan dilakukan oleh dokter pemeriksa.

Semua hasil temuan, akan didokumentasikan pada form yang telah tersedia, termasuk untuk kebutuhan visum et repertum

- k) Pengkajian pasien dengan penyakit menular atau infeksius

Dilakukan anamnesa di loket pendaftaran bila ada keluhan batuk, petugas pendaftaran secara langsung memberikan

masker dan memberikan edukasi etika batuk (dalam bentuk leaflet). Petugas akan mengajarkan cara menggunakan masker dan tidak boleh dilepas selama berada dilingkungan rumah sakit serta menjelaskan untuk kedatangan selanjutnya menggunakan masker sebelum masuk dilingkungan rumahsakit. Apabila pasien dari Instalasi Gawat Darurat apabila ada keluhan batuk yang mengarah ke airborne disease pasien langsung ditempatkan diruang isolasi untuk dilakukan pengkajian lebih lanjut.

l) Pengkajian pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi

Dilakukan pada pasien yang akan menjalani kemoterapi sebagai dasar untuk menentukan tindakan selanjutnya.

Tahapan pengkajian berupa :

- 1) Identitas pasien, asal pasien , status pembayaran
- 2) Pengkajian keperawatan meliputi keluhan dan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan tanda – tanda vital, riwayat alergi, skrining nutrisi, skrining nyeri, skrining resiko jatuh, pemeriksaan penunjang misal EKG, Foto thorax dan riwayat psiko-sosial-spiritual
- 3) Khusus pada pasien kemoterapi tanyakan riwayat radioterapi, riwayat ekstrasvasasi, lokasi gangguan integritas kulit, riwayat efek samping obat kemoterapi
- 4) Selama pasien menjalani kemoterapi dilakukan pencatatan perkembangan yang ditulis di form catatan perkembangan terintegrasi.

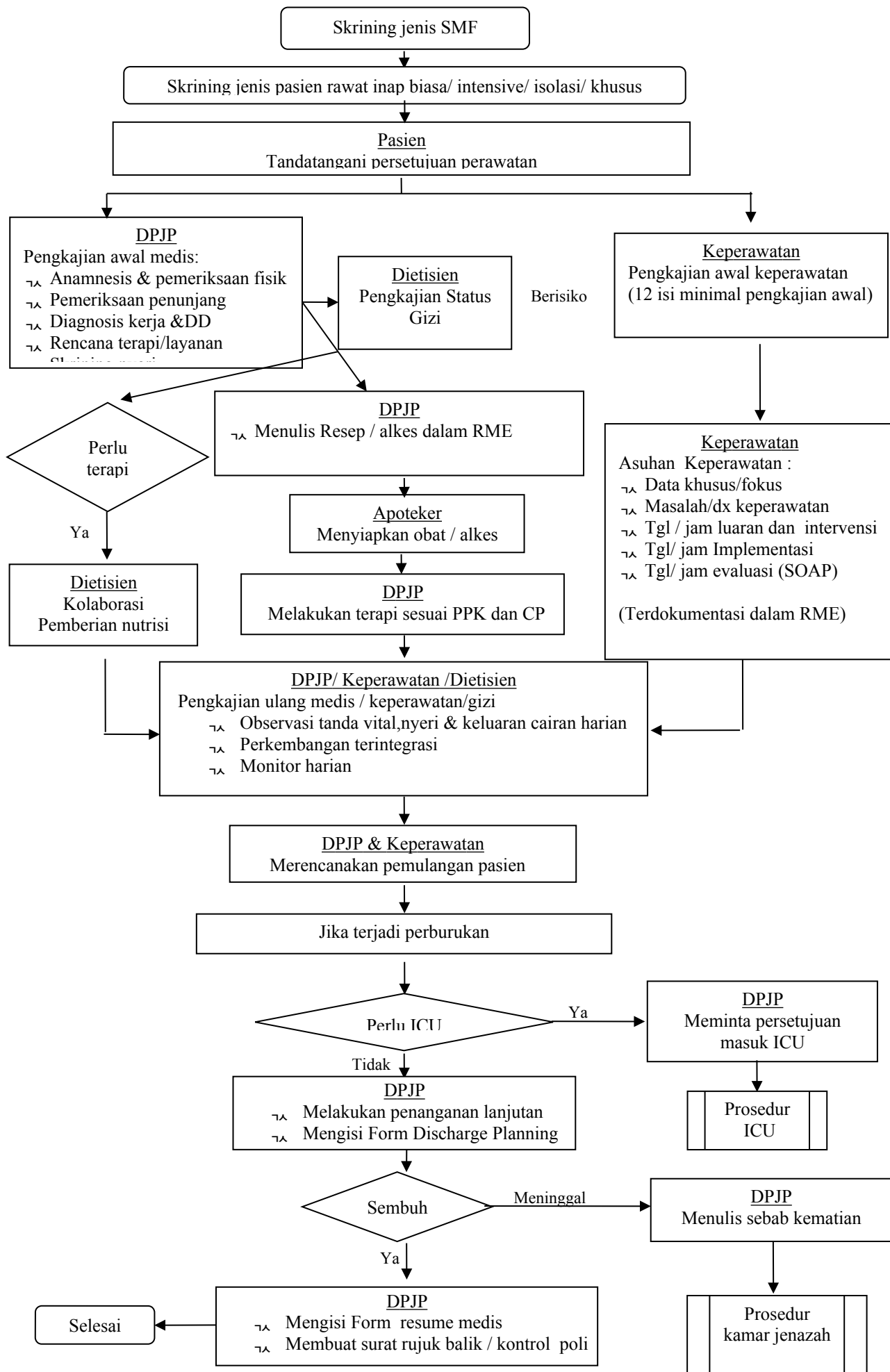
m) Pengkajian pasien dengan sistem imuno terganggu

Pemeriksaan fisik pada dewasa dapat dilakukan dengan / metode yaitudengan metode per sistem dan *head to toe*.

Pada gangguan sistem imunologi pengkajian per sistem meliputi keadaan umum, sistem integumen, sistem saraf pusat, sistem penglihatan, sistem pernafasan, kardiovaskuler, sistem genitourinarius, sistem muskuloskeletal, hematologi, dan sistem sistem limfatik.

Pemeriksaan sistem integumen, hematologi dan sistem limfatik merupakan pemeriksaan yang paling khas menunjukkan gangguan imunologi. Adapun pada gangguan sistem imun dan hematologi, pengkajian head to toe meliputi pengkajian kepala, wajah, mulut, leher, jantung dan paru abdomen, genital, ekstremitas, muskuloskeletal, integumen.

n. Bagan Pengkajian Rawat Inap



## BAB IV DOKUMENTASI

Dokumentasi pengkajian pasien, menggunakan form rekam medis yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Form rekam medis tersebut secara garis besar terdiri dari :

1. Form pengkajian rawat jalan
2. Form pengkajian rawat jalan pediatrik
3. Form pengkajian rawat jalan kebidanan dan kandungan
4. Form pengkajian rawat jalan poli gigi
5. Form pengkajian triase
6. Form pengkajian gawat darurat trauma
7. Form pengkajian gawat darurat non trauma
8. Form pengkajian gawat darurat neonatus
9. Form pengkajian gawat darurat kebidanan dan kandungan
10. Form pengkajian rawat inap
11. Form pengkajian rawat inap pediatrik
12. Form pengkajian rawat inap Gynecologi
13. Form pengkajian rawat inap Obstetri
14. Form pengkajian rawat inap neonatus
15. Form implementasi
16. Form pengkajian pasien terminal
17. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
18. Form Penilaian Resiko jatuh Dewasa
19. Form Penilaian Resiko jatuh Anak
20. Form Asuhan Gizi
21. Form Discharge Planning / Peencanaan Pulang
22. Form transfer internal

23. Form edukasi
24. Form Profil Ringkas Medis Rawat Jalan
25. Form asuhan nyeri
26. Form pengkajian tahap terminal
27. Form pengkajian pra operasi dan penandaan lokasi operasi
28. Form pengkajian anestesi
29. Form pengkajian bedah
30. Form pengkajian geriatri
31. Form pengkajian Hemodialisa
32. Form pengkajian kemoterapi
33. Form pengkajian pasien dengan imunologi terganggu
34. Form pengkajian KTPA/KDRT

Mendokumentasikan pemeriksaan pasien merupakan langkah kritikal dan penting dalam proses asuhan pasien. Hal ini umumnya dipahami pelaksana praktek kedokteran bahwa “jika anda tidak mendokumentasikannya, anda tidak melakukannya” (*No Documentation, You do Nothing*).

Dokumentasi adalah alat komunikasi berharga untuk pertemuan di masa mendatang dengan pasien tersebut dan dengan tenaga ahli asuhan kesehatan lainnya. Alasan lain mengapa dokumentasi sangat kritikal terhadap proses asuhan pasien didaftarkan pada Gambar 1-2. Saat ini, beberapa metode berbeda digunakan untuk mendokumentasikan asuhan pasien dan PCP, dan beragam format cetakan dan perangkat lunak komputer tersedia untuk membantu farmasi dalam proses ini.



Dokumentasi yang baik adalah lebih dari sekedar mengisi formulir; akan tetapi, harus memfasilitasi asuhan pasien yang baik. Ciri-ciri yang harus dimiliki suatu dokumentasi agar bermanfaat untuk pertemuan dengan pasien meliputi: Informasi tersusun rapi, terorganisir dan dapat ditemukan dengan cepat.

**Direktur Rumah Sakit Daerah  
K.R.M.T. Wongsonegoro  
Kota Semarang,**



**EKO KRISNARTO**

## REFERENSI

1. Lucas Country Emergency Medical Services. Tab 600: pre-hospital patient assessment. Oleh : Toledo; 2010
2. Montana State Hospital Policy and Procedure. Patient assessment policy; 2009
3. Patient assessment definitions
4. San Mateo County EMS Agency. Patient pengkajiant, routine medical care, primary and secondary survey; 2009
5. Danver Paramedic Division. Pre-hospital protocols; 2012
6. Malnutrition Advisory Group: a Standing Commitees of BAPEN, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), 2010
7. Sizewise. Understanding fall risk, prevention, and protection, USA: Kansas
8. Sentara Williamsburg Community Hospital. Pain pengkajiant and management policy; 2006
9. National Instute of Health warren Grant Magnuson Clinical Center, Pain intensity instruments: numeric rating scale; 2003
10. Pain management. (diakses tanggal 23 Februari 2012), Diunduh dari: [www.hospitalsoup.com](http://www.hospitalsoup.com)
11. 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

**Direktur Rumah Sakit Daerah  
K.R.M.T. Wongsonegoro  
Kota Semarang,**



**EKO KRISNARTO**