

 <b>Rumah Sakit Unhas Makassar</b>	<b>ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT INAP</b>		
	<b>No. Dokumen</b> <b>4578/UN4.24.0/OT.01.00/ 2023</b>	<b>No. Revisi</b> <b>01</b>	<b>Halaman</b> <b>1/3</b>
<b>PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR</b>  <b>ASESMEN PASIEN</b>	<b>Tanggal Terbit</b>  <b>12 April 2023</b>	 Ditetapkan oleh Direktur Utama  <b>ANDI MUHAMMAD ICHSAN</b> <b>NEP. 197002122008011013</b>	
<b>Pengertian</b>	Asesmen awal pasien rawat inap adalah tahap awal dari proses dimana dokter, perawat, ditsen, mengevaluasi data pasien dalam 24 jampertama sejak pasien masuk rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dan dicatat dalam rekam medis		
<b>Tujuan</b>	Sebagai acuan bagi petugas dalam menerapkan langkah-langkah untuk melakukan asesmen awal kcpada pasien di rawat inap dan untuk menilai secara komprehensif keadaan pasien saat masuk RS sehingga dapat ditentukan tindakan lanjut pada pasien tersebut.		
<b>Kebijakan</b>	Keputusan Direktur Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Nomor <b>4578/UN4.24.0/OT.01.00/2023</b> Tentang Asesmen pasien		
<b>Prosedur</b>	1. Staf medis melakukan asesmen awal pasien meliputi : a. Anamnesis 1) Keluhan utama 2) Riwayat penyakit sekarang 3) Riwayat penyakit dahulu dan terapinya 4) Riwayat Alergi 5) Riwayat penyakit dalam keluarga 6) Riwayat pekerjaan 7) Riwayat tumbuh kembang (Anak) b. Pemeriksaan Fisik 1) Generalis a) Kepala b) Mata c) THTLeher d) Mulut e) Jantung & pembuluh darah f) Thoraks., paru — paru, payudara g) Abdomen h) Kulit dan sistem limfatik i) Tulang belakang dan anggota tubuh j) Sistem saraf k) Genitalia, anus dan rektum 2) Lokalisi a) Inspeksi		

 <b>Rumah Sakit Unhas Makassar</b>	<b>ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT INAP</b>		
	<b>No. Dokumen</b> <b>4578/UN4.24.0/OT.01.00/ 2023</b>	<b>No. Revisi</b> <b>01</b>	<b>Halaman</b> <b>1/3</b>
<b>PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR</b>  <b>ASESMEN PASIEN</b>	<b>Tanggal Terbit</b>  <b>12 April 2023</b>	<b>Ditetapkan oleh</b>  <b>Direktur Utama</b>  <b>ANDI MUHAMMAD ICHSAN</b> <b>NIP. 197002122008011013</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Palpasi</li> <li>c) Perkusi</li> <li>d) Auskultasi, Lakukan deskripsi terhadap status lokalis</li> <li>e) Skrining Nyeri</li> <li>f) Diagnosa kerja/diagnosa banding</li> <li>g) Tera_pi/ Tindakan dan rekomendasi</li> </ul> <p>2. Staf Keperawatan melakukan asesmen meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Riwayat Sekarang : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Keluhan utama</li> <li>b) Riwayat penyakit sekarang,</li> <li>c) Riwayat medis yang pernah dialami : DM, HT, jantung, paru, dll</li> <li>d) Kebiasaan : Merokok. Alkohol, obat-obatan</li> <li>e) Riwayat alergi ya, tidak, penyebab dan reaksi</li> <li>f) Riwayat Pembedahan</li> </ul> </li> <li>2) Pemeriksaan Fisik</li> <li>3) Status Fungsional dan pola aktivitas harian</li> <li>4) Kenyamanan nyeri: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Digunakan Skala 1 — 10</li> <li>b) Kualitas terbakar, tajam, tumpul, tertekan, d(l</li> <li>c) Waktu hilang timbul, terus menerus, lamanya</li> <li>d) Lokasi</li> </ul> </li> <li>5) Risiko Integritas Kulit</li> <li>6) Risiko Jatuh</li> <li>7) Asesmen Luka</li> <li>8) Neurosensori</li> <li>9) Risiko Nutritional</li> <li>10) Status Psikologis (Respon Emosi): Takut, tegang, marah, sedih, menangis, senang, gelisah <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Respon kognisi pasien / keluarga: Menginginkan informasi penyakit, pengobatan, perawatan, diet, biaya, dll</li> </ul> </li> <li>11) Riwayat Sosial-Ekonomi, budaya, spiritual : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ketaatan menjalankan ibadah rutin, kadang-kadang.</li> <li>b) Kondisi rumah lantai 1, lantai 2 dll</li> </ul> </li> </ol>		

 <b>Rumah Sakit Unhas Makassar</b>	<b>ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT INAP</b>		
	<b>No. Dokumen</b> 4578/UN4.24.0/OT.01.00/ 2023	<b>No. Revisi</b> 01	<b>Halaman</b> 1/3
<b>PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR</b>  <b>ASESMEN PASIEN</b>	<b>Tanggal Terbit</b>  12 April 2023	<b>Ditetapkan oleh</b>  <b>Direktur Utama</b>  <b>ANDI MUHAMMAD ICHSAN</b> <b>NIP. 197002122008011013</b>	
	c) Luas rumah 12) Komunikasi 13) Reproduksi 14) Tingkat pengetahuan 15) Kebutuhan edukasi 16) Scrinig Discharge Planning 17) Masalah keperawatan 18) Rencana Asuhan 3. Pengkajian awal pasien rawat inap dilakukan dalam 24 jam pertama sejak pasien distatus opnamekan. 4. Asesmen awal dilakukan dengan melibatkan pasien (Autoanamnesis) dan atau keluarga pasien (Alloanamnesis) untuk memperoleh informasi terkait kondisi pasien. 5. Semua informasi yang diperoleh di input kedalam e-rekam medis pasien pada asesmen awal rawat inap. 6. Pengkajian pasien terdokumentasikan dalam e-rekam medis pasien sesuai dengan format yang tersedia.		
<b>Unit Terkait</b>	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Pelayanan Intensif (ICU dan NICU) 3. Instalasi Gizi		
<b>Dokumentasi</b>	E-rekam Medis		
<b>Petugas terkait</b>	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Pelayanan Intensif (ICU dan NICU) 3. Instalasi Gizi		