RUMAH SAKIT UNHAS	PENILAIAN *RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE* (RASS)		
	Nomor Dokumen 3933/UN4.24.0/OT.01.00/2023	Nomor Revisi 1	Halaman 1/3

PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR	Tanggal Terbit 04 April 2023	Ditetapkan, Direktur Utama, dr. Andi Muhammad Ihsan, Ph.D.,Sp.M (K) NIP 197002122008011101

Pengertian	Suatu tindakan untuk menilai dan mengukur tingkat agitasi dan sedasi pada pasien yang sakit kritis, pada umumnya dilakukan pada pasien yang menggunakan ventilasi mekanis, pasien yang mendapatkan obat sedasi, dan atau pasien yang dengan tingkat kesadaran yang fluktuatif, biasanya dilakukan oleh dokter, perawat atau petugas farmasi dengan estimasi 30-60 detik ,dilakukan per 8 jam (setiap shift) atau jika terjadi perubahan kondisi pasien.
Tujuan	Sebagai acuan untuk penerapan langkah-langkah untuk : 1. Menilai tingkat sedasi dan agitasi pasien 2. Menentukan dosis obat sedasi yang sesuai dengan pasien (*titration needs*) 3. Menentukan intervensi lanjutan yang sesuai dengan pasien, seperti untuk *weaning* ventilator atau *early mobilization*
Kebijakan	Penggunaan obat sedasi sebaiknya diikuti dengan monitoring berkelanjutan karena efek samping yang ditimbulkannya juga besar. (Sesuai dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Pedoman Asuhan Pasien Risiko Tinggi dan Pelayanan Risiko Tinggi Unhas Nomor 31/UN4.24/2019 tentang Pedoman Pelayanan Pasien Risiko Tinggi dan Pelayanan Risiko Tinggi Rumah Sakit Unhas)
Prosedur	**Persiapan Alat :** a. Form RASS b. Pulpen **Prosedur Kerja :** a. Mencuci tangan 6 langkah b. Memperkenalkan diri

	c. Mengidentifikasi pasien dengan benar d. Menilai repson pasien dengan menggunakan form RASS **(Lampiran 1)**. Penilaian dilakukan berdasarkan observasi serta respon terhadap audio dan sentuhan fisik. e. Menyimpulkan skoring dan interpretasi RASS pasien. 1. Nilai RASS >-2, penilaian dilanjutkan ke CAM-ICU 2. Nilai RASS <-2,hentikan penilaian (pasien tidak sadar), periksa lagi nanti. f. Melepaskan sarung tangan g. Mencuci tangan h. Mendokumentasikan pada form yang tersedia i. Melaporkan ke DPJP ICU apabila ada perubaha yang signifikan.
Unit Terkait	1. Instalasi Perawatan Intensif
Dokumen Terkait	1. Form RASS 2. Form Catatan Teritegrasi 3. Form *flow-sheet*
Petugas Terkait	Petugas Instalasi Perawatan Intensif

RUMAH SAKIT UNHAS	PENILAIAN *RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE* (RASS)		
	Nomor Dokumen 3933/UN4.24.0/OT.01.00/2023	Nomor Revisi 1	Halaman 1/3

Lampiran 1.

FORM PENILAIAN *RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE* (RASS)

Skala	Label	Deskripsi
Observasi Pasien		
+4	Agresif	Agresif atau kasar, dapat membahayakan staf
+3	Sangat gelisah	Mencoba menarik semua selang dan kateter, agresif
+2	Gelisah	Gerakan pasien tidak terarah, pasien tidak kooperatif dengan ventilator
+1	Tidak gelisah	Cemas atau khawatir, tetapi tidak agresif
0	Tenang dan waspada	Respon terhadap petugas
Jika pasien tidak *alert,* panggil nama pasien dan minta pasien untuk memperhatikan petugas. Ulangi jika perlu		
-1	Mengantuk	Tidak sepenunhnya *alert,* masih mampu membuka mata dengan stimulus suara lebih dari 10 detik
-2	Sedasi ringan	Terbangun sebentar untuk bersuara (mata terbuka dan kontak < 10 detik)
-3	Sedasi Sedang	Ada gerakan, membuka mata terhadap rangsangan suara (tidak ada kontak mata)
Jika pasien tidak berespon terhadap suara, berikan rangsangan dengan menepuk/menggoyangkan bahu atau *rubbing strenum*		
-4	Sedasi mendalam	Tidak ada respon terhada suara, berespon dengan sentuhan
-5	*Unarousable*	Tidak ada respon terhadap suara dan sentuhan