



PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Nomor: 94/UN4.24.0/2023

TENTANG

PEDOMAN ASESMEN PASIEN

DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

- Menimbang : 1. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, maka diperlukan penyelenggaraan pasien yang efektif;
2. Bahwa agar pelaksanaan asesmen pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan Asesmen Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam (a) dan (b), perlu ditetapkan keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin tentang kebijakan Asesmen Pasien.
- Mengingat : 1. Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
2. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
5. Undang-undang No. 25 Tahun 2019 tentang Kebidanan;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 161/Menkes/Per/I/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/MENKES/148/1//2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.374/MENKES/III/2007 tentang Standar Profesi Gizi;
12. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor : 24/UN4.1/2022 Tanggal 17 Oktober 2022 tentang Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
13. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7071/UN4.1/KEP/2022 Tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

Memutuskan:

Menetapkan Keputusan Direktur RS Universitas Hasanuddin Tentang Pedoman Asesmen Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

BAB I
Ketentuan Umum
Pasal 1

- (1) Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang disingkat Rumah Sakit Unhas, merupakan institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna dalam bentuk pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat.

- (2) Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan Kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.
- (3) Staf klinis adalah tenaga Kesehatan yang memberikan asuhan langsung kepada pasien.
- (4) Professional Pemberi Asuhan (PPA) adalah pemberi asuhan professional yaitu orang yang bekerja sebagai tim intra dan interdisiplin dengan kolaborasi interprofessional. Yang termasuk PPA adalah Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), Bidan, Apoteker, Dietisien dan Fisioterapi.
- (5) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya.
- (6) Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) adalah perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya.
- (7) Dietisien adalah seorang professional medis yang mengkhususkan diri tentang gizi dan penggunaan diet khusus untuk mencegah dan mengobati penyakit.
- (8) Fisioterapis adalah professional yang memiliki keahlian dalam memberikan pelayanan seperti mengembalikan gerak dan fungsi dari suatu organ.
- (9) Bidan adalah professional pemberi asuhan yang melakukan asesmen pada pasien dalam memberikan dukungan, asuhan, dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memfasilitasi dan memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir.
- (10) Manajer Pelayanan Pasien (MPP) adalah dokter/perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan atas setiap pasien. Tujuannya untuk menjamin mutu asuhan keperawatan dari pasien tersebut.
- (11) Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, Tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- (12) Asesmen pasien adalah serangkaian proses yang berlangsung sejak dari fase pre-rumah sakit hingga manajemen pasien di Rumah Sakit, yaitu proses dimana dokter, perawat, bidan, dietisien mengevaluasi data baik subyektif maupun obyektif untuk membuat keputusan terkait status Kesehatan pasien, kebutuhan perawatanm intervensi dan evaluasi.
- (13) Asesmen awal adalah suatu Tindakan awal mengumpulkan dan mengidentifikasi informasi data pribadi pasien yang mencakup fisik, psikososial, spiritual, status ekonomi Riwayat Kesehatan pasien, Riwayat alergi, asesmen nyeri, resiko jatuh, asesmen fungsional, risiko

nutrisional, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangan pasien, dan Riwayat penggunaan obat.

- (14) Asesmen awal pasien rawat inap adalah tahap awal dari proses dimana dokter, perawat, dietisien mengevaluasi data pasien dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dan dicatat dalam rekam medis.
- (15) Asesmen awal pasien rawat jalan adalah tahap awal dari proses dimana dokter mengevaluasi pasien baru rawat jalan.
- (16) Asesmen awal pasien gawat darurat adalah suatu Tindakan mengumpulkan dan mengidentifikasi informasi data pasien baru di Instalasi Gawat Darurat yang didokumentasikan pada format asesmen untuk dilakukan pencatatan pada rekam medis pasien.
- (17) Asesmen ulang pasien adalah tahap lanjut dari proses dimana DPJP, PPJA, dan PPA lainnya mengevaluasi ulang data pasien setiap terjadi perubahan yang signifikan atas kondisi klinisnya.
- (18) Asesmen ulang nyeri adalah prosedur menilai ulang derajat nyeri pada pasien yang bertujuan untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait penatalaksanaan nyeri yang telah diberikan.
- (19) Asesmen medis yaitu asesmen yang dilakukan oleh dokter dan atau dokter gigi yang kompeten.
- (20) Asesmen keperawatan yaitu asesmen yang dilakukan oleh perawat yang kompeten.
- (21) Asesmen kebidanan yaitu asesmen yang dilakukan oleh bidan yang kompeten.
- (22) Asesmen gizi/nutrisional merupakan asesmen atau pengkajian untuk mengidentifikasi status nutrisi pasien yang dilakukan oleh dietisien.
- (23) Asesmen kebutuhan fungsional merupakan kegiatan atau prosedur menilai dan mengevaluasi kemampuan memenuhi kebutuhan dasar pasien selama menjalani perawatan di Rumah Sakit.
- (24) Asesmen nyeri merupakan asesmen atau pengkajian untuk mengidentifikasi rasa nyeri/sakit pasien.
- (25) Asesmen risiko jatuh merupakan asesmen awal risiko jatuh dan asesmen ulang terhadap pasien yang diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- (26) Asesmen populasi tertentu yaitu asesmen yang dilakukan pada kelompok khusus secara individual di masing-masing bagian/unit anatar lain neonates, anak, obstetric, geriatric, perencanaan pemulangan pasien, pasien dengan sakit terminal, pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatri, pasien kecanduan obat terlarang atau alcohol, korban kekerasan seksual, pasien yang menerima kemoterapi dan terapi radiasi, pasien dengan system imunologi terganggu, pasien dengan penyakit menular atau infeksius.
- (27) Asesmen kebutuhan khusus adalah asesmen lain yang dibutuhkan untuk identifikasi pasien yang membutuhkan intervensi atau Tindakan lebih lanjut jika dibutuhkan antara lain asesmen penyakit gigi dan mulut.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Tujuan Umum
Dipakai sebagai acuan bagi seluruh staff medik, keperawatan dan professional pemberi asuhan lainnya dalam melakukan asesmen terhadap pasien di Rumah Sakit Unhas.
- (2) Tujuan Khusus
 - a. Mengumpulkan data yang komprehensif untuk menilai kondisi dan masalah pasien;
 - b. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa;
 - c. Menetapkan diagnosis awal;
 - d. Menentukan kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan;
 - e. Menilai jenis pelayanan yang terbaik bagi pasien; dan
 - f. Memberikan pelayanan lebih lanjut.

BAB III PENYELENGGARAAN

Pasal 3

- (1) Asesmen pasien terdiri dari 3 (tiga) proses utama dengan metode IAR, yaitu:
 - a. Informasi dikumpulkan: mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual, dan Riwayat Kesehatan pasien.
 - b. Analisis data dan informasi: analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan Kesehatan pasien.
 - c. Rencana asuhan disusun: membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.
- (2) Asesmen awal medis dan keperawatan pasien rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat menghasilkan diagnosis awal dan masalah Kesehatan dengan menggunakan pola IAR.
- (3) Asesmen awal medis dan keperawatan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat menghasilkan rencana asuhan, dengan menggunakan pola IAR terintegrasi.
- (4) MPP Menyusun rencana manajemen pelayanan pasien.

Pasal 4

- (1) Asesmen pasien meliputi asesmen awal dan asesmen ulang.
- (2) Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada Sebagian besar unit rawat inap, unit gawat darurat dan rawat jalan.

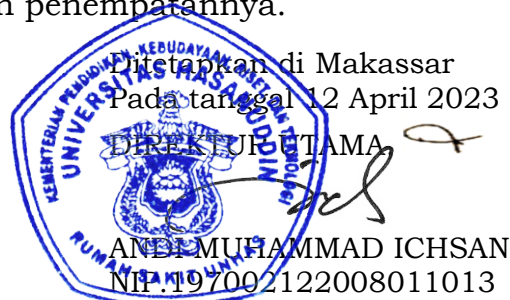
- (3) Keluarga akan membantu dalam proses asesmen dan untuk memahami keinginan pasien dan pilihannya dari proses asesmen.
- (4) Asesmen dilakukan oleh PPA yang kompeten dan berwenang.
- (5) PPA harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.

BAB IV
RUANG LINGKUP
Pasa; 5

- (1) Asesmen pasien berdasarkan waktu dilakukan asesmen dibagi menjadi :
 - a. Asesmen awal
 - b. Asesmen ulang
- (2) Berdasarkan jenis asesmen di rumah sakit, maka asesmen terdiri dari :
 - a. Asesmen medis
 - b. Asesmen keperawatan
 - c. Asesmen gawat darurat
 - d. Asesmen yang lain, antara lain :
 - 1) Asesmen gizi
 - 2) Asesmen kebutuhan fungsional
 - 3) Asesmen nyeri
 - 4) Asesmen risiko jatuh
 - 5) Asesmen populasi tertentu
- (3) Pelaksana Asesmen adalah tenaga kesehatan (Dokter, Perawat, Bidan, Dietisien, Fisioterapis) yang memenuhi Regulasi Rumah Sakit dan Pemerintah yang kompeten dan berwenang memiliki Surat Penugasan Klinis dan Rincian kewenangan Klinis.

BAB V
PENUTUP
Pasal 6

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.
Agar Setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Rektor dengan penempatannya.



LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR : 94/UN4.24.0/2023
TANGGAL : 12 APRIL 2023
TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN
PELAYANAN GERIATRI
DI RUMAH SAKIT UNHAS

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketika pasien diterima di rumah sakit untuk pelayanan/pengobatan baik di Instalasi gawat darurat, Rawat jalan ataupun Rawat inap, perlu dilakukan asesmen lengkap untuk menetapkan alasan kenapa pasien perlu datang berobat ke rumah sakit. Pada tahap ini, rumah sakit membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung kepada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan.

Proses asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan mengenai kebutuhan penanganan pasien segera mungkin dan berkesinambungan. Kebutuhan ini mencakup keadaan gawat darurat, elektif atau untuk perawatan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Asesmen pasien merupakan suatu proses dinamis dan berlangsung terus-menerus di berbagai keadaan rawat inap dan rawat jalan serta departemen dan klinik.

Asesmen pasien perlu mempertimbangkan kondisi, usia, kebutuhan kesehatan dan permintaan atau preferensi pasien. Proses ini paling efektif dilakukan jika berbagai ahli kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pasien bekerja bersama-sama.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dipakai sebagai acuan bagi seluruh staf medik, keperawatan dan profesional pemberi asuhan lainnya dalam melakukan asesmen terhadap pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

2. Tujuan Khusus

- a. Mengumpulkan data yang komprehensif untuk menilai kondisi dan masalah pasien
- b. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa
- c. Menetapkan diagnosis awal
- d. Menentukan kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan
- e. Menilai jenis pelayanan yang terbaik bagi pasien

- f. Memberikan pelayanan lebih lanjut

C. Ruang Lingkup

1. Asesmen pasien berdasarkan waktu dilakukan asesmen dibagi menjadi :
 - a. Asesmen awal
 - b. Asesmen ulang
2. Berdasarkan jenis asesmen di rumah sakit, maka asesmen terdiri dari :
 - a. Asesmen medis
 - b. Asesmen keperawatan
 - c. Asesmen gawat darurat
 - d. Asesmen yang lain, antara lain :
 - 1) Asesmen gizi
 - 2) Asesmen kebutuhan fungsional
 - 3) Asesmen nyeri
 - 4) Asesmen risiko jatuh
 - 5) Asesmen populasi tertentu
3. Pelaksana Asesmen adalah tenaga kesehatan (Dokter, Perawat, Bidan, Dietisien, Fisioterapis) yang memenuhi Regulasi Rumah Sakit dan Pemerintah yang kompeten dan berwenang memiliki Surat Penugasan Klinis dan Rincian kewenangan Klinis.

D. Definisi

1. Asesmen pasien adalah serangkaian proses yang berlangsung sejak dari fase pre-rumah sakit hingga manajemen pasien di rumah sakit, yaitu proses dimana dokter, perawat, dietisien mengevaluasi data pasien baik subyektif maupun obyektif untuk membuat keputusan terkait:
 - a. Status kesehatan pasien
 - b. Kebutuhan perawatan
 - c. Intervensi
 - d. Evaluasi
2. Berdasarkan kapan dilakukannya suatu asesmen, maka asesmen terdiri dari asesmen awal dan asesmen ulang.
3. Asesmen awal pasien adalah tindakan awal mengumpulkan dan mengidentifikasi informasi data pribadi pasien yang mencakup status fisik, psikososial spiritual, status ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, assesmen nyeri, risiko jatuh, assesemen fungsional, risiiko nutritional, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangann pasien, dan Riwayat penggunaan obat. Jenis Asesesmen awal antara lain:
 - a. Asesmen Awal Pasien Rawat Inap adalah tahap awal dari proses dimana dokter, perawat, dietisien mengevaluasi data

pasien dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dan dicatat dalam rekam medis.

- b. Asesmen Awal Pasien Rawat Jalan adalah tahap awal dari proses dimana dokter mengevaluasi data pasien baru rawat jalan.
 - c. Asesmen awal pasien gawat darurat adalah suatu tindakan mengumpulkan dan mengidentifikasi informasi data pasien yang pertama kali di Instalasi Gawat Darurat yang didokumentasikan pada format asesmen untuk dilakukan pencatatan pada rekam medis pasien.
 - d. Asesmen Ulang Pasien adalah tahap lanjut dari proses dimana dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP), perawat dan profesional pemberi asuhan (PPA) seperti dietisien mengevaluasi ulang data pasien setiap terjadi perubahan yang signifikan atas kondisi klinisnya.
4. Berdasarkan jenis asesmen di rumah sakit, maka asesmen terdiri dari :
- a. Asesmen medis yaitu asesmen yang dilakukan oleh dokter dan/atau dokter gigi yang kompeten.
 - b. Asesmen keperawatan yaitu asesmen yang dilakukan oleh perawat (termasuk bidan) yang kompeten.
 - c. Asesmen yang lain, antara lain :
 - 1) Asesmen gizi/asesmen nutrisi merupakan asesmen atau pengkajian untuk mengidentifikasi status nutrisi pasien.
 - 2) Asesmen kebutuhan fungsional merupakan kegiatan atau prosedur untuk menilai dan mengevaluasi kemampuan memenuhi kebutuhan harian pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit.
 - 3) Asesmen nyeri merupakan asesmen atau pengkajian untuk mengidentifikasi rasa nyeri/sakit pasien.
 - 4) Asesmen risiko jatuh merupakan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan asesmen ulang terhadap pasien yang diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
 - 5) Asesmen populasi tertentu yaitu kelompok yang mendapatkan asesmen khusus secara individual di masing-masing bagian/unit antara lain neonatus, anak, obstetrik dan ginekologi, geriatri, perencanaan pemulangan pasien, pasien dengan sakit terminal, pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatri, pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol, korban kekerasan seksual, pasien yang menerima kemoterapi dan terapi radiasi, pasien dengan sistem imunologi terganggu, pasien dengan penyakit menular atau infeksius.
 - 6) Asesmen kebutuhan khusus adalah asesmen lain yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan

intervensi atau tindakan lebih lanjut jika dibutuhkan antara lain gigi.

BAB II

TATA LAKSANA

A. ASESMEN PASIEN

Asesmen pasien adalah suatu proses yang dilakukan secara sengaja, sistematis dan terencana untuk mendapatkan informasi, menganalisis, mengidentifikasi dan menatalaksana keadaan yang membawa seorang pasien datang untuk berobat ke rumah sakit. Proses ini berlangsung sejak dari fase pre-rumah sakit hingga manajemen pasien di rumah sakit.

Asesmen pasien dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang berkompeten memberikan pelayanan secara profesional dan melibatkan ahli lain bila diperlukan. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) terdiri dari dokter, perawat, bidan, ahli gizi, apoteker, dan fisioterapis. Lingkup asesmen pasien meliputi pasien di rawat jalan, IGD dan Rawat inap serta melibatkan unit penunjang lain sesuai dengan kebutuhan pasien.

Asesmen pasien terdiri dari 3 proses utama :

1. Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, social dan riwayat kesehatan pasien
2. Analisa informasi dan data termasuk hasil laboratorium dan imagon diagnostic (radiologi) untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien
3. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi

Dalam asesmen, 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 asesmen ulang. Bagian akhir dari asesmen adalah melakukan evaluasi, umumnya disebut monitoring yang menjelaskan faktor-faktor yang akan menentukan pencapaian hasil-hasil nyata yang diharapkan pasien.



B. ASESMEN AWAL

Asesmen awal harus dilakukan pada saat kontak pertama dengan pasien. Asesmen awal hendaknya dilakukan dengan cepat dan hanya memerlukan waktu beberapa detik hingga satu menit. Asesmen awal yang cepat dan tepat akan menghasilkan diagnosa awal yang dapat digunakan untuk menentukan penanganan yang diperlukan oleh pasien.

Asesmen awal dan diagnosa awal menentukan apakah pasien membutuhkan pelayanan segera-gawat darurat. Selain itu, asesmen awal dapat membantu menentukan apakah kondisi pasien kritis, tidak stabil, berpotensi tidak stabil atau stabil.

Asesmen awal dapat membantu menentukan apakah pasien membutuhkan pelayanan kesehatan gawat darurat, rawat jalan ataupun rawat inap. Sehingga dengan adanya asesmen awal ini, pelayanan kesehatan terhadap pasien dapat dilakukan secara optimal.

Seluruh pasien baik rawat inap maupun rawat jalan harus mendapat asesmen awal sesuai standar profesi medik, keperawatan dan profesi lain yang berlaku di Rumah Sakit Universitas

Hasanuddin. Isi minimal asesmen awal antara lain :status fisik, psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, asesmen nyeri, risiko jatuh, asesmen fungsional, risiko nutrisi, kebutuhan edukasi, Perencanaan Pemulangan Pasien (*Discharge Planning*), dan riwayat penggunaan obat.

1. Asesmen awal Rawat Jalan

- a. Asesmen Awal Pasien Rawat Jalan adalah tahap awal dari proses dimana dokter mengumpulkan data pasien baru atau pasien lama dengan keluhan yang baru yang datang di unit rawat jalan.
- b. Asesmen awal rawat jalan harus diselesaikan selambat-lambatnya dalam waktu 1 jam setelah dilakukan asesmen.
- c. Asesmen awal rawat jalan dilakukan setiap 1 bulan untuk pasien dengan penyakit akut, dan setiap 3 bulan untuk penyakit kronik.
- d. Asesmen awal rawat jalan berisi:
 - 1) Keluhan utama/alasan untuk kedatangan
 - 2) Riwayat kesehatan
 - 3) Riwayat alergi obat dan makanan.
 - 4) Riwayat pengobatan.
 - 5) Pemeriksaan fisik meliputi tanda vital, antropometri, Keadaan umum, dan kesadaran
 - 6) Status fungsional, ekonomi, bio-psiko-sosio-kultural-ekonomi-spiritual, permasalahan gizi dan kebutuhan edukasi.
 - 7) Asesmen risiko jatuh
 - 8) Asesmen nyeri
- e. Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien rawat jalan didokumentasikan dalam e-Medical Record di Sistem Informasi Rumah sakit sesuai ketentuan/kebijakan Rumah Sakit.
- f. Melakukan analisa data berdasarkan informasi yang telah diperoleh.
- g. Menentukan diagnosa oleh DPJP
- h. Merencanakan penatalaksanaan :
 - 1) Pengobatan
 - 2) Tindakan
 - 3) Tindak lanjut : pulang atau opname
- i. DPJP Memverifikasi/review hasil asesmen yang telah dibuat oleh PPA lainnya.

2. Asesmen Awal Rawat Inap

Rawat inap merupakan kelanjutan dari pelayanan kesehatan rawat jalan atau pelayanan gawat darurat. Pelayanan rawat inap bertujuan untuk melakukan pemantauan lebih lanjut terhadap kondisi pasien terutama pasien yang memerlukan

perawatan intensif atau pasien yang kondisinya masih belum stabil sehingga masih memerlukan tindakan-tindakan yang paling baik dilakukan di dalam rumah sakit.

Rawat inap bertujuan agar segala pelayanan medis yang diperlukan dapat diberikan secara komprehensif dan optimal agar pasien memperoleh kesembuhan dalam waktu yang lebih cepat. Untuk itu, diperlukan pengkajian dan pengamatan yang lebih menyeluruh dan terperinci serta berulang-ulang terhadap setiap perubahan kondisi pasien yang mungkin saja terjadi selama perawatan.

Pedoman asesmen awal pasien rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah sebagai berikut:

- a. Asesmen Awal Rawat Inap adalah tahap awal dari proses penerimaan pasien di rawat inap dimana dokter, perawat dan dietisien melakukan pengumpulan data setelah pasien masuk ke rawat inap.
- b. Asesmen awal pasien rawat inap dilakukan maksimal 24 jam sejak pasien masuk diruang rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien.
- c. Asesmen awal ruang intensif (ICU & NICU) dan ruang khusus (HD) harus dilakukan maksimal 24 jam sejak pasien masuk atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien.
- d. Asesmen awal khusus (kemoterapi, radioterapi) harus dilakukan maksimal 2 jam sejak pasien masuk atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien.
- e. Asesmen awal rawat inap berisi:
 - 1) Identitas Pasien
 - 2) Tanggal dan waktu anamnesa
 - 3) Riwayat kesehatan pasien.
 - 4) Riwayat alergi,
 - 5) Riwayat penggunaan obat
 - 6) Status fisik,
 - 7) Psiko-sosio-ekonomi- spiritual,
 - 8) Asesmen nyeri,
 - 9) Asesmen Risiko jatuh,
 - 10) Asesmen fungsional,
 - 11) Risiko nutrisi,
 - 12) Kebutuhan edukasi,
 - 13) Perencanaan Pemulangan Pasien (*Discharge Planning*)
- f. Asesmen awal rawat inap terdiri dari asesmen awal medis dan asesmen awal keperawatan.
- g. Asesmen awal medis diisi sesuai dengan jenis penyakit pasien pada fitur asesmen awal medis umum.
- h. Asesmen awal keperawatan diisi sesuai dengan klasifikasi umur pasien pada fitur asesmen awal keperawatan umum.

- i. Asesmen awal untuk ruang khusus (NICU, ICU, Unit Dialisis, dan Kemoterapi) dilakukan dengan mendokumentasikannya pada formular pengkajian khusus yang tersedia.
- j. Asesmen awal dilakukan dengan melibatkan pasien (Autoanamnesis) dan atau keluarga pasien (Alloanamnesis) untuk memperoleh informasi terkait kondisi pasien.
- k. Hasil asesmen awal pasien rawat inap didokumentasikan dalam form asesmen awal medis dan keperawatan secara lengkap sesuai ketentuan/kebijakan rekam medis. Dengan memperhatikan pengisian identitas pasien, tanggal dan waktu pengisian
- l. Dokter, perawat dan dietisien melakukan analisa data berdasarkan informasi yang telah diperoleh.
- m. Menentukan masalah/diagnosa yang ditemukan dari hasil asesmen oleh DPJP, Perawat dan dietisien.
- n. Membuat rencana pelayanan untuk kebutuhan pasien terkait pengobatan dan rencana tindak lanjut pelayanan baik dari dokter, perawat maupun dietisien.
- o. DPJP memberikan edukasi/penjelasan mengenai semua hal yang berkaitan dengan kondisi pasien meliputi keadaan penyakit, pengobatan yang diberikan, pemeriksaan-pemeriksaan penunjang yang dilakukan, rencana pelayanan dan tindakan selanjutnya, perkiraan lama rawatan dan rencana pemulangan (*discharge plan*) kepada pasien dan keluarganya. DPJP juga memberikan penjelasan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh pasien dan/atau keluarga.
- p. DPJP dapat melakukan konsultasi ataupun perawatan bersama dengan dokter bidang spesialisasi lainnya bila diperlukan dengan mengisi lembaran konsultasi yang telah ada.
- q. DPJP, perawat dan dietisien menandatangani hasil asesmen yang telah dibuat pada form asesmen yang telah disediakan dan menuliskan tanggal dan waktu asesmen serta menuliskan nama terang.

3. Asesmen Awal Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang dapat memberikan tindakan yang cepat dan tepat pada seorang atau kelompok orang agar dapat meminimalkan angka kematian dan mencegah terjadinya kecacatan yang tidak perlu. Upaya peningkatan gawat darurat ditujukan untuk menunjang pelayanan dasar, sehingga dapat menanggulangi pasien gawat darurat baik dalam keadaan sehari-hari maupun dalam keadaan bencana.

Dengan semakin meningkatnya jumlah penderita gawat darurat, maka diperlukan peningkatan pelayanan gawat darurat baik yang diselenggarakan ditempat kejadian, selama perjalanan ke rumah sakit, maupaun di rumah sakit.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka di Instalasi Gawat Darurat perlu dibuat standar pengkajian pasien atau asesmen yang merupakan pedoman bagi semua pihak dalam tata cara pelaksanaan pelayanan yang diberikan ke pasien.

Pedoman asesmen awal pasien gawat darurat Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah sebagai berikut:

- a. Asemen awal Gawat Darurat dilakukan di unit gawat darurat
- b. Asesmen awal Gawat Darurat dilakukan oleh dokter dan perawat yang terlatih dalam melakukan asesmen gawat darurat.
- c. Asesmen awal Gawat Darurat mulai dilakukan segera setelah pasien datang di Rumah Sakit Unhas atau mengalami kejadian gawat darurat di Rumah Sakit Unhas.
- d. Asesmen awal Gawat Darurat dilaksanakan dalam waktu 1 jam setelah dilakukan asuhan sesuai kebutuhan pasien.
- e. Asesmen awal Gawat Darurat terdiri dari asesmen awal medis dan asesmen awal keperawatan.
- f. Asesmen awal dilakukan dengan melibatkan pasien (Autoanamnesis) dan atau keluarga pasien (Alloanamnesis) untuk memperoleh informasi terkait kondisi pasien.
- g. Asesmen awal gawat darurat meliputi identitas pasien, tanggal dan waktu anamnesa, survei primer (jalan napas, pernapasan, sirkulasi, kesadaran). kategori triase, anemnesa tentang keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, keadaan umum, pemeriksaan fisik dan tanda vital serta mengidentifikasi hasil pemeriksaan penunjang yang dibawa saat datang
- h. Hasil asesmen awal pasien gawat darurat didokumentasikan dalam fitur asesmen awal medis dan keperawatan secara lengkap sesuai ketentuan/kebijakan rekam medis. Dengan memperhatikan pengisian identitas pasien, tanggal dan waktu pengisian
- i. Dokter dan perawat melakukan analisa data berdasarkan informasi yang telah diperoleh.
- j. Menentukan masalah/diagnosa yang ditemukan dari hasil asesmen oleh Dokter dan perawat.
- k. Membuat rencana pelayanan untuk kebutuhan pasien terkait pengobatan dan rencana tindak lanjut pelayanan baik dari dokter maupun perawat. Rencana tindak lanjut pasien gawat darurat :
 - 1) Rawat inap
 - 2) Konsul kepada Dokter Spesialis
 - 3) Memulangkan pasien

- 4) Merujuk ke Rumah Sakit lain, perlu diperhatikan sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain.
- l. Melakukan edukasi awal kepada pasien dan keluarga pasien terkait hasil asuhan, rencana asuhan dan hasil yang tidak diharapkan.
- m. Dokter dan perawat memverifikasi dan menandatangani hasil asesmen yang telah dibuat pada form asesmen yang telah disediakan dan menuliskan tanggal dan waktu asesmen serta menuliskan nama terang.

4. Asesmen Medis

DPJP secara menyeluruh dan sistematis mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dengan melakukan :

- 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) Lokalis
 - a) Inspeksi
 - b) Palpasi
 - c) Perkusi
 - d) Auskultasi. Lakukan deskripsi terhadap status lokalis
- c. Skrining Nyeri

Semua pasien yang masuk ke rawat inap harus dilakukan skrining nyeri.
- d. Diagnosa kerja/diagnosa banding
- e. Terapi/ Tindakan dan rekomendasi

5. Asesmen keperawatan

Serangkaian proses yang berlangsung saat pasien masuk rawat inap untuk dilakukan pemeriksaan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien, antara lain :

- a. Riwayat sekarang:
 - 1) Keluhan utama
 - 2) Riwayat penyakit sekarang
 - 3) Riwayat medis yang pernah dialami : DM, HT, jantung, paru, dll
 - 4) Kebiasaan: Merokok. Alcohol, obat-obatan
 - 5) Riwayat alergi ya, tidak, penyebab dan reaksi
 - 6) Riwayat Pembedahan
- b. Pemeriksaan Fisik
- c. Status Fungsional dan pola aktivitas harian
- d. Kenyamanan nyeri:
 - 1) Digunakan Skala.
 - 2) Kualitas terbakar, tajam, tumpul, tertekan, dll
 - 3) Waktu hilang timbul, terus menerus, lamanya
 - 4) Lokasi
- e. Risiko Integritas Kulit
- f. Risiko Jatuh
- g. Asesmen Luka
- h. Neurosensori
- i. Risiko Nutritional
- j. Status Psikologis (Respon Emosi):
 - 1) Takut, tegang, marah, sedih, menangis, senang, gelisah
 - 2) Respon kognisi pasien/keluarga: Menginginkan informasi penyakit, pengobatan, perawatan, diet, biaya, dll
- k. Riwayat Sosial-Ekonomi, budaya, spiritual :
 - 1) Ketaatan menjalankan ibadah rutin, kadang-kadang.
 - 2) Kondisi rumah lantai 1, lantai 2 dll
 - 3) Luas rumah
- l. Komunikasi
- m. Reproduksi
- n. Tingkat pengetahuan
- o. Kebutuhan edukasi
- p. Scrining Discharge Planning
- q. Masalah keperawatan
- r. Rencana Asuhan

C. ASESMEN ULANG

Asesmen ulang pasien adalah suatu proses pengkajian ulang dalam interval tertentu terhadap pasien untuk mengkaji respons

terhadap pengobatan berdasarkan asesmen awal pasien tersebut yang dilakukan oleh staf yang kompeten di rumah sakit.

Tujuan Asesmen Ulang adalah untuk memahami apakah pelayanan sudah tepat dan efektif, menetapkan respons terhadap pengobatan, untuk merencanakan pengobatan lanjutan atau untuk rencana pemulangan pasien dari rumah sakit.

Proses Asesmen ulang ini dilakukan berdasarkan hasil pengkajian awal yang dilakukan pada seluruh pasien di ruang rawat jalan, ruang rawat inap dan ruang gawat darurat. Asesmen ulang oleh pemberi pelayanan kesehatan adalah kunci untuk memahami apakah keputusan pelayanan sudah tepat dan efektif. Semua pasien dilakukan asesmen ulang selama proses pelayanan pada interval tertentu sesuai kebutuhan dan rencana pelayanan atau sesuai kebijakan dan prosedur.

Format asesmen ulang di Rumah Sakit Unhas yang di dokumentasikan di catatan perkembangan pasien terintegrasi terdiri dari :

- a. SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Planning, Intervensi, dan Evaluasi) :
 - 1) S (*Subjective*), berisi informasi tentang keluhan pasien yang diberikan oleh pasien, anggota keluarga, orang lain yang penting, atau yang merawat.. Ditulis di rekam medis keluhan yang relevan dengan terapi yang diberikan, serta sebisa mungkin guna kepentingan evaluasi terapi harus menunjukkan kuantifikasi (misalkan skala nyeri, mual sampai tidak bisa makan, atau bisa makan tapi sedikit)
 - 2) O (*Objective*), merupakan hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik. Ditulis dalam rekam medic hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang relevan dalam diagnosis dengan terapi yang diberikan ,
 - 3) A (*Assessment*), merupakan kesimpulan pengkajian. Dituliskan di rekam medik hanya kesimpulan pengkajian yang relevan dengan rencana perubahan terapi (penambahan atau pengurangan) atau yang merupakan tindak lanjut dari pengkajian sebelumnya. Termasuk perubahan diagnosis harus dituliskan.
 - 4) P (*Plan*), merupakan kelanjutan rencana perawatan. Apabila dilakukan konsultasi dengan spesialis lain, perubahan terapi, perubahan dosis obat, perubahan diet yang diberikan, serta rencana edukasi dan pelatihan kepada pasien dan keluarga yang akan dilakukan harus ditulis di rekam medik
 - 5) I (*Intervention*), merupakan intervensi atau Tindakan yang telah diberikan untuk mengatasi masalah pasien.
 - 6) E (*Evaluation*), merupakan evaluasi efektifitas Tindakan yang telah diberikan dan atau pencapaian perawatan mengacu pada rencana (*plan*) yang telah ditetapkan.

- b. ADIME (Assessment, Diagnosis, Intervention, Monitoring/Evaluation) :
- 1) A (*Assessment*) :
 - a) Antropometri pasien, terdiri dari Berat Badan, Tinggi Badan, IMT dan status gizi pasien.
 - b) Data biokimia/hasil lab pasien
 - c) Data klinis pasien seperti diagnosa medis, tekanan darah, keluhan dengan saluran cerna.
 - d) Riwayat makan pasien, hasil perhitungan food recall, kebiasaan makan, pantangan, dll
 - 2) D (*Diagnosis*) : Diagnosa gizi pasien dengan format P-E-S (Problem – Etiolog - Symptom)
 - 3) I (*Intervention*) : Intervensi gizi yang direncanakan kepada pasien.
 - 4) M (*Monitoring*) : rencana pengawasan asuhan gizi terhadap pasien.
 - 5) E (*Evaluation*) : evaluasi hasil asuhan gizi yang diberikan pada pasien

Pedoman asesmen ulang pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah sebagai berikut:

- a. Asesmen ulang dilakukan pada seluruh pasien di rawat jalan, rawat inap, ruang perawatan khusus (Hemodialisa, Kemoterapi) dan ruang perawatan intensif (ICU, NICU) dan unit gawat darurat,
- b. Asesmen ulang dilakukan oleh seluruh profesional pemberi asuhan, meliputi dokter, perawat dan dietisien.
- c. Asesmen ulang oleh dokter/DPJP dilakukan setiap hari, termasuk di akhir pekan/libur atau jika terjadi perubahan penting kondisi pasien, apabila terdapat perubahan signifikan dalam kondisi pasien atau perubahan diagnosis pasien, harus ada revisi perencanaan kebutuhan perawatan pasien, sebagai contoh: pasien pasca operasi.
- d. Asesmen ulang oleh perawat dilakukan minimal 1kali dalam setiap shift dinas, kecuali ada perubahan kondisi pasien dan/atau diagnosis pasien dan untuk menentukan respon pasien terhadap intervensi
- e. Asesmen ulang oleh dietisien dilakukan satu kali sehari, termasuk di akhir pekan/libur atau jika terjadi perubahan kondisi/diet pasien.
- f. Asesmen ulang pasien di ruang perawatan intensif (ICU & NICU) dilakukan minimal 1 kali dalam setiap shift dinas, secara kontinyu, dan didokumentasikan dalam chart minimal setiap interval satu jam.
- g. Asesmen ulang pasien di ruang perawatan khusus (Hemodialisa & Kemoterapi) minimal 1 kali dalam setiap shift dinas, kecuali ada perubahan kondisi pasien dan/atau diagnosis pasien

- h. Asesmen ulang dilakukan untuk menentukan apakah obat-obatan dan penatalaksanaan lainnya berhasil dan apakah pasien dapat dipindahkan atau dipulangkan.
- i. Format asesmen ulang yang digunakan oleh dokter dan perawat yaitu SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Planning) dan format yang digunakan oleh dietisien yaitu ADIME (Assessment, Diagnosis, Intervention, Monitoring/Evaluation).
- j. Hasil dari asesmen ulang yang dilakukan didokumentasikan dalam catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). untuk informasi dan digunakan oleh semua staf yang memberi pelayanan.
- k. Dokter/DPJP Membaca dan mereview seluruh rencana asuhan yang telah dibuat oleh PPA lainnya, kemudian menandatangani hasil review/verifikasi tersebut dengan mencantumkan nama jelas Dokter/DPJP serta menuliskan tanggal dan waktu dilakukannya verifikasi tersebut.

D. SKRINING DAN ASESMEN GIZI

Asesmen gizi pasien merupakan suatu rangkaian kegiatan bertujuan yang untuk mendapatkan data-data mengenai gizi pasien. Data tersebut selanjutnya akan digunakan dalam penyelenggaraan diet yang tepat sesuai dengan kondisi pasien.

Tujuan dari asesmen gizi adalah:

1. Mengetahui resiko malnutrisi pada pasien.
2. Mengetahui status gizi pasien.
3. Memberikan diet yang tepat kepada pasien.

Adapun pelaksanaan asesmen gizi di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin antara lain:

1. Melakukan skrining awal gizi berdasarkan umur dan kondisi pasien, pada pasien baru 1 x 24 jam setelah pasien masuk rumah sakit.
2. Skrining status nutrisi dilakukan oleh perawat untuk pasien poliklinik, IGD dan rawat inap dengan menggunakan MST (Malnutrition Screening Tool) bagi pasien dewasa dan *Kids Strong* bagi pasien anak.
3. Hasil skrining gizi awal perawat akan diverifikasi oleh dietisien dan bila hasil skrining gizi menunjukkan skor MST > 2, maka pengkajian status nutrisi lanjutan akan dilakukan oleh dietisien.
4. Pengkajian/asesmen gizi lanjutan akan dilanjutkan oleh Dietisien dengan langkah – langkah proses asuhan terstandar gizi.
5. Pasien dengan status gizi baik atau tidak beresiko malnutrisi, dianjurkan dilakukan skrining ulang setelah 1 minggu.
6. Bila hasil skrining diperoleh resiko malnutrisi rendah atau tidak beresiko malnutrisi maka pemberian diet akan dilakukan

bersama dengan DPJP sesuai dengan hasil skrining dan pengkajian gizi yang dilakukan.

7. Jika pada hasil skrining ditemukan pasien berisiko tinggi mengalami Protein Energy Malnutrition (PEM), maka perawat yang melakukan skrining melaporkan kepada dokter penanggung jawab pasien, selanjutnya Dokter Penanggungjawab pelayanan pasien menentukan untuk konsultasi/rawat sama ke dokter spesialis gizi klinik atau tetap ditangani oleh Dokter Penanggungjawab Pasien dan nutrisisionis
8. Hasil pengkajian skrining gizi/status nutrisi dan aspek-aspek lain terkait pola makan pasien didokumentasikan dalam rekam medis.
9. Pendokumentasian juga meliputi diagnosis gizi serta rencana tindakan terapeutik berkaitan dengan status gizi pasien.
10. Terkait dengan kepercayaan atau budaya yang dimiliki pasien, untuk pasien rawat inap perlu ditanyakan apakah ada pantangan atau pola makan khusus yang dimiliki pasien sebagai bagian dari asesmen.
11. Dokter/DPJP Membaca dan mereview seluruh rencana asuhan yang telah dibuat oleh PPA lainnya, kemudian menandatangani hasil review/verifikasi tersebut dengan mencantumkan nama jelas Dokter/DPJP serta menuliskan tanggal dan waktu dilakukannya verifikasi tersebut.

E. ASESMEN KEBUTUHAN FUNGSIONAL

Assesmen fungsional pasien merupakan kegiatan atau prosedur untuk menilai dan mengevaluasi kemampuan memenuhi kebutuhan harian pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit. Asesmen fungsional bertujuan untuk menentukan tingkat ketergantungan pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas hariannya. Kebutuhan fungsional merupakan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pribadi. Hal ini dapat diukur dengan menilai ADL (*Activity Daily Life*).

Penilaian asesmen fungsional dapat dilakukan dengan menggunakan instrument indeks barthel modifikasi / modifikasi Indeks Barthel dan Instrumen *Activity of Daily Living*. Skala Barthel Indeks ADL adalah skala ordinal digunakan untuk mengukur kinerja dalam aktivitas sehari-hari (ADL). Skala ini menggunakan sepuluh variabel yang menggambarkan ADL dan mobilitas. Untuk pasien usia ≥ 12 tahun dapat dilakukan penilaian dengan **Barthel Index** (gunakan form khusus MR.5.22 Barthel Index). Untuk anak < 12 tahun penilaian fungsional menurut FIM (**Functional Independence Measure**).

Barthel indeks / Instrumen *Activity of Daily Living* dengan 10 item penilaian yaitu mengendalikan rangsang defekasi; mengendalikan rangsang berkemih; membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi); penggunaan jamban, masuk dan keluar;

makan; berubah sikap dari berbaring keduduk; berpindah / berjalan; memakai baju; naik turun tangga; dan mandi. Barthel indeks / Instrumen *Activity of Daily Living* menghasilkan skor 0-20. Dengan interpretasi skor 20 pasien mandiri, skor 12 – 19 ketergantungan ringan, skor 9 – 11 ketergantungan sedang 5 – 8 ketergantungan berat, 0 – 4 ketergantungan total.

Functional independence measure (FIM) merupakan alat ukur yang bisa dipakai secara umum oleh semua pihak, yaitu: dokter, perawat, fisioterapis, pasien atau keluarga. Penilaiannya meliputi kemampuan fisik atau motorik termasuk fungsi vegetatif, dan kemampuan kognisi berupa komunikasi serta interaksi dengan orang disekitarnya. Penilaian fungsional menurut FIM (*Functional independence measure*) dengan rentang nilai dimulai dari nilai 1 sampai nilai 7, dengan interpretasi nilai 1 dianggap buruk dengan tingkatan angka sampai nilai 7 yang dianggap paling baik, kemudian dijumlahkan secara keseluruhan dan dirata-ratakan. Nilai rata-rata tersebut diinterpretasikan kembali. Skala ordinal dengan 18 item, 7 level dengan skor antara 18 – 126 area yang dievaluasi perawatan diri, kontrol spinter, mobilitas, gerakan, komunikasi, dan kognisi sosial.

Mendokumentasikan asesmen kebutuhan fungsional pasien merupakan langkah penting dalam proses asuhan pasien. 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. Informasi yang di dapat pada asesmen awal melalui penerapan kriteria skrining / penyaringan dapat memberi indikasi bahwa pasien membutuhkan asesmen lebih lanjut atau lebih mendalam tentang status fungsional. Asesmen lebih mendalam ini mungkin penting untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan pelayanan rehabilitasi medis atau pelayanan lain terkait dengan kemampuan fungsional / kemampuan untuk berfungsi mandiri. Secara umum seleksi dilakukan melalui evaluasi sangat sederhana, mendalam terhadap pasien untuk menentukan apakah kemudian dibutuhkan asesmen lebih lanjut secara mendalam. Pada setiap kasus, kriteria pemeriksaan digunakan oleh staf yang kompeten dan diberi kewenangan yang mampu melakukan asesmen lebih lanjut, jika perlu, memberikan pelayanan yang diperlukan. Pasien diskriminasi untuk status fungsional dan memperoleh asuhan sesuai ketentuan rumah sakit.

Panduan dalam melakukan asesmen untuk skrining status fungsional adalah sebagai berikut :

1. Asesmen fungsional dilakukan pada asesmen awal pasien saat datang ke rumah sakit.
2. Beberapa kriteria yang dipakai untuk skrining awal status fungsional pasien adalah
 - a. Sensorik

- b. Kognitif
 - c. Motorik
 - d. Pola aktivitas harian (istirahat dan tidur, makan dan minum, eliminasi BAB dan BAK, kebersihan diri, olahraga, serta respon terhadap aktivitas
3. Asesmen status fungsional selanjutnya dilakukan dengan menggunakan beberapa modalitas asesmen terhadap aktifitas kehidupan sehari-hari antara lain barthel indeks untuk umur \geq 12 tahun. dan penilaian menurut *Functional independence measure* pada anak umur $<$ 12 tahun.
 4. Perawat menanyakan pertanyaan-pertanyaan kepada pasien (atau orang yang dapat mewakili pasien).
 5. Perawat memberitahu bahwa akan menanyakan beberapa hal berkaitan dengan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari. Perawat ingin mengetahui apakah pasien mampu untuk melakukan kegiatan-kegiatan itu secara mandiri tanpa bantuan, dengan bantuan atau bahkan sama sekali tidak bisa melakukan kegiatan-kegiatan tersebut sama sekali sesuai dengan kondisi pasien saat ini.
 6. Perawat akan memberikan pertanyaan-pertanyaan dan melakukan penilaian sesuai dengan yang ditetapkan di bawah ini.
 7. Penilaian dilakukan dengan menanyakan kondisi sebelum sakit, saat masuk rumah sakit, setiap 1 minggu selama pasien dirawat di rumah sakit, dan saat pasien pulang.
 8. Bila terdapat gangguan fungsional, pasien dirujuk ke rehabilitasi medis melalui DPJP.

BARTHEL INDEX
KEBUTUHAN AKTIVITAS SEHARI - HARI

No	Fungsi	Skor	Keterangan	Nilai Skor						
				Sebelum sakit	Saat masuk RS	Minggu.... di RS	Minggu ... di RS	Minggu di RS	Minggu di RS	Saat pulang
					Tgl :.....	Tgl :.....	Tgl :.....	Tgl :.....	Tgl :.....	Tgl :.....
1	Mengendalikan rangsang defekasi	0	Tak terkendali / tak teratur (perlu bantuan)							
		1	Kadang-kadang tak terkendali							
		2	Mandiri							
2	Mengendalikan ikan	0	Tak terkendali / pakai keteter							

	rangsang berkemih	1	Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)							
		2	Mandiri							
3	Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain							
		1	Mandiri							
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar	0	Tergantung pertolongan orang lain							
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan lain							
		2	Mandiri							
5	Makan	0	Tidak mampu							
		1	Perlu ditolong memotong makanan							
		2	Mandiri							
6	Berubah sikap dari berbaring keduduk	0	Tidak mampu							
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)							
		2	Bantuan minimal 2 orang							
		3	Mandiri							
7	Berpindah / berjalan	0	Tidak mampu							
		1	Bisa (pindah) dengan kursi							
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang							
		3	Mandiri							
8	Memakai baju	0	Tergantung orang lain							
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)							
		2	Mandiri							
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu							
		1	Butuh pertolongan							
		2	Mandiri							
10	Mandi	0	Tergantung							

		1	Mandiri						
TOTAL SKOR									
Perawat yang memeriksa									

Keterangan Skor Barthel Index

20 : Mandiri

12-19: Ketergantungan ringan

9-11 : Ketergantungan sedang

5-8 : Ketergantungan berat

0-4 : Ketergantungan total

Apabila hasil asesmen ≤ 11 , perawat melaporkan ke DPJP untuk penanganan lebih lanjut

Instrument Fuctional Independence Measure (FIM)

Fungsi	Keterangan	Nilai Skor						
		Komplit tanpa ketergantungan	Relatif tanpa ketergantungan	Supervisi	Bantuan minimal (>75% tanpa ketergantungan)	Bantuan sedang (>50% tanpa ketergantungan)	Bantuan maksimal (>25% tanpa ketergantungan)	Bantuan total (<25% tanpa ketergantungan)
		7	6	5	4	3	2	1
MOTORIK								
Mengurus diri sendiri	Makan							
	Berdandan							
	Mandi							
	Memakai baju							
	Memakai celana							
	Ke kamar mandi (toilet)							
Kontrol Spinter	Manajemen control BAK							
	Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)							
Mobilitas	Tidur, pakai kursi, pakai kursi roda							
	Buang air sendiri							
	Mandi di bak mandi, dengan shower							
Gerakan	Berjalan atau dengan kursi roda							

	Naik tangga							
KOGNITIF								
Komunikasi	Pemahaman							
	Ekspresi							
Kognisi sosial	Interaksi sosial							
	Memecahkan masalah							
	Daya ingat							
TOTAL NILAI								

Keterangan : Skor *Functional Independence Measure* (FIM)

Tingkat Ketergantungan = Total Nilai dibagi 18

Dengan interpretasi

6 – 7 : Tanpa bantuan

3 – 5 : Relatif tergantung pada bantuan

1 – 2 : Komplit tergantung pada bantuan

F. ASESMEN RISIKO JATUH

Asesmen risiko jatuh mengacu pada peraturan direktur rumah sakit unhas tentang pedoman keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan hal utama dalam pelayanan di Rumah Sakit. Salah satu sasaran keselamatan pasien adalah pengurangan resiko pasien jatuh. Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh (saat pasien masuk rumah sakit) dan melakukan asesmen ulang secara berkala terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan (setiap terjadi perubahan selama perawatan). Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh dengan mengenali faktor resiko jatuh dan melakukan penilaian risiko melalui pengkajian awal dan pengkajian ulang, melakukan intervensi pencegahan resiko jatuh dan melakukan monitoring resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko. Pencegahan risiko jatuh membutuhkan intervensi dan modifikasi sesuai kebutuhan individual pasien berdasarkan hasil pengkajian terhadap faktor resiko jatuh pasien.

Cedera bisa terjadi di rumah sakit akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya risiko pasien jatuh antara lain:

1. Kondisi pasien;
2. Gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif);
3. Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit;
4. Riwayat jatuh pasien;
5. Konsumsi obat tertentu;
6. Konsumsi alkohol.

Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini dapat disebabkan oleh perubahan kondisi / pengobatan, antara lain:

1. Pasien pasca operasi
2. Pasien pasca sedasi
3. Penurunan kesadaran
4. Pasien pasca jatuh
5. Pasien pasca tindakan invasive risiko tinggi
6. Obat – obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, obat hipoglikemik, anti depresan, neuroleptik, NSAID)

Informasi yang diperoleh pada asesmen awal, dapat menunjukkan kebutuhan asesmen lebih lanjut atau lebih mendalam tentang status risiko pasien jatuh. Secara umum seleksi dilakukan melalui evaluasi sangat sederhana, mendalam terhadap pasien untuk menentukan apakah pasien menunjukkan gejala sebagai sebuah risiko yang kemudian dibutuhkan asesmen lebih lanjut secara mendalam. Kriteria risiko jatuh ditentukan berdasarkan hasil asesmen awal dengan menggunakan instrumen penilaian. Pada setiap kasus, kriteria pemeriksaan digunakan oleh staf yang kompeten dan diberi kewenangan yang mampu melakukan asesmen lebih lanjut, jika perlu, memberikan pelayanan yang diperlukan. Pasien diskriminasi risiko jatuh dan memperoleh asuhan sesuai ketentuan rumah sakit.

1. Identifikasi umum pasien jatuh

- a. Semua pasien rawat jalan, IGD dan pasien rawat inap harus diidentifikasi risiko jatuh dengan benar sebelum dilakukan segala tindakan atau pengobatan.
- b. Risiko jatuh diukur dengan menggunakan skala sesuai golongan usia. Pasien anak
- c. Pasien yang telah teridentifikasi risiko jatuh diberikan tanda resiko “Fall Risk” di gelang, tempat tidur, dan pintu kamar untuk pasien rawat inap sesuai dengan kategori risikonya.
- d. Ketika menanyakan skala risiko jatuh sesuai pertanyaan yang ada di skala penilaian dan dari hasil pengamatan, kemudian dihitung skor total sehingga didapatkan kriteria risiko jatuh
- e. Jika pasien tidak memungkinkan untuk menjawab pertanyaan maka tanyakan kepada penjaga/wali/keluarga terdekatnya.
- f. Sebelum dilakukan pemasangan tanda kuning, keterangan tentang nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien harus diperiksa dengan cara bertanya dan dikonfirmasi antara data rekam medis dan gelang pasien.
- g. PPA memberikan intervensi pencegahan resiko jatuh sesuai standar asuhan.
- h. Pasien berisiko jatuh dilakukan skrining awal masuk IGD/Poli dan dilakukan pengkajian ulang oleh rawat inap. Penilaian kembali dilakukan jika pasien ditransfer di unit lain dan setiap terjadi perubahan kondisi pasien seperti terdapat penurunan

kesadaran, mendapatkan obat – obat efek sedasi, post operasi, mengalami jatuh saat dirawat atau jika pasien rawat inap >30 hari, dan dilakukan monitoring pencegahan risiko jatuh sesuai hasil asesmen.

- i. Apabila di ruang rawat inap ditemukan pasien jatuh (sebelum re assesment), maka perawat melakukan penanganan pasien pasca jatuh sesuai prosedur dan dipasang gelang kuning, didokumentasikan pada catatan perkembangan terintegrasi kemudian membuat laporan insiden keselamatan pasien pada aplikasi pelaporan dan melaporkan ke komite keselamatan pasien dalam waktu 2x24 jam.
- j. Pasien jatuh di luar area lain RS dilakukan penanganan terlebih dahulu di tempat kejadian, jika memerlukan penanganan lebih lanjut pasien dibawa ke Unit Gawat Darurat RS
- k. Pasien berisiko jatuh di ruang radiologi dilakukan pemasangan sabuk pengaman sebelum dilakukan pemotretan dan sesudah dilakukan pemotretan, sabuk pengaman dilepas kemudian pasien dipindahkan ke tempat tidur pasien.
- l. Pasien berisiko jatuh di ruang fisioterapi diberikan alat bantu kursi roda dan di bantu oleh petugas fisioterapi.

2. Pengkajian Risiko Jatuh

Pengkajian risiko jatuh dilakukan untuk mengidentifikasi / mengenali apakah pasien memiliki kemungkinan besar untuk jatuh (berisiko tinggi jatuh) atau tidak (berisiko rendah jatuh) dan perlu dilakukan upaya pencegahan berdasarkan penilaian risiko jatuh dengan menggunakan instrument. Pasien untuk risiko jatuh dilakukan intervensi dan monitoring setiap shift. Untuk mengubah kategori berisiko jatuh menjadi tidak berisiko, dinilai ulang setiap shift.

- a. Untuk pasien rawat jalan risiko jatuh dilakukan skrining menggunakan *get up and go test* dengan melihat kondisi pasien sehingga dapat dilakukan intervensi terhadap kondisi pasien tersebut.
- b. Untuk pasien anak – anak (< 14 tahun), penilaian risiko jatuh menggunakan Skala Humpty Dumpty
- c. Untuk pasien dewasa (14 tahun – 60 tahun) menggunakan skala Morse.
- d. Untuk pasien geriatri (> 60 tahun) menggunakan penilaian risiko jatuh pasien lanjut usia.
- e. Semua pasien anak <5 tahun, pasien ICU, pasien berisiko tinggi adalah pasien berisiko jatuh tidak dilakukan penilaian, tidak dipasang gelang kuning tetapi langsung dilakukan intervensi.

Skiring risiko jatuh pada pasien rawat jalan

Asesmen risiko jatuh pada pasien rawat jalan menggunakan **get up ang go test** sebagai berikut:

Penilaian		Ya	Tidak
a	Cara berjalan (salah satu atau lebih) :		
	1. Tidak seimbang/sempoyongan		
	2. Jalan dengan menggunakan alat bantu (Kruk, Tripot, Kursi roda, orang lain)		
b	Menopang saat akan duduk : Tampak memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk		

Hasil			
No	Hasil	Penilaian	Keterangan
1	Tidak Berisiko	Tidak Ditemukan salah satu (a) / (b)	
2	Risiko rendah	Ditemukan salah satu (a) / (b)	
3	Risiko tinggi	Ditemukan (a) dan (b)	

Tindakan				
No	Hasil	Tindakan	Ya	Tidak
1	Tidak Berisiko	Tidak ada tindakan		
2	Risiko rendah	Edukasi Risiko jatuh		
3	Risiko tinggi	Pasang penanda risiko jatuh		
		Edukasi Risiko Jatuh		

Risiko jatuh pada anak

Asesmen risiko jatuh pada pasien anak menggunakan **Humpty Dumpty** sebagai berikut:

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	
	Perempuan	1	
Diagnosa	Kelainan Neurologi	4	
	Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran napas, dehidrasi,	3	

	anemia, anoreksia, syncope / sakit kepala, dll)		
	Kelainan Psikis / Perilaku	2	
	Diagnosa lain	1	
Gangguan Kognitif	Keterbatasan daya pikir	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 / box / mebel	3	
	Pasien di tempat tidur standar	2	
	Area pasien rawat jalan / diluar ruang rawat	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	Bermacam – macam obat yang digunakan (> satu obat): Penggunaan bersamaan sedative (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturate, fenotiazin, anti depresan, diuretik, narkotik	3	
	Salah satu dari obat di atas	2	
	Obatan –obatan lainnya / tanpa obat	1	
TOTAL			

Keterangan :

Skor minimal: 7

Skor maksimal : 23

Skor: 7-11 Risiko Rendah

Skor : ≥ 12 Risiko Tinggi

Risiko jatuh pada pasien dewasa:

Asesmen risiko jatuh pada pasien dewasa menggunakan **Morse Fall Scale** (Skala jatuh morse) sebagai berikut:

Faktor risiko	Skala	Poin	Skor pasien
Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	
	Tidak	0	
Diagnosis sekunder	Ya	15	
	Tidak	0	
Alat bantu	Berpegangan pada benda – benda sekitar	30	
	Alat penopang, tongkat / walker	15	
	Bedrest / dibantu perawat	0	
Mendapat terapi heparin / Terpasang infus	Ya	20	
	Tidak	0	
Gaya berjalan / cara berpindah	Gangguan pergerakan	20	
	Lemah	10	
	Normal / tirah baring / imobilisasi	0	
Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki / disorientasi	15	
	Sadar akan kemampuan diri sendiri / orientasi baik	0	
Total			

Keterangan:

Skor 0 : Tidak berisiko

Skor 1 – 24 : Risiko jatuh rendah

Skor 24 - 50 : Risiko jatuh sedang

Skor \geq 50 : Risiko jatuh tinggi

Risiko jatuh pada lansia / geriatri:

Asesmen risiko jatuh pada pasien geriatri menggunakan penilaian risiko jatuh pasien lanjut usia sebagai berikut:

Risiko	Skor	Skoring
Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	

Pusing/ pingsan pada posisi tegak	3	
Kebingungan setiap saat	3	
Nokturia/ Inkontinen	3	
Kebingungan intermiten	2	
Kelemahan umum	2	
Minum Obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptik, NSAID)	2	
Riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya.	2	
Osteoporosis.	1	
Gangguan pendengaran dan atau penglihatan.	1	
Usia 70 tahun ke atas	1	
Total Skor		

INTERPRETASI SKOR : •

Total Skor 1 - 3 : Risiko Rendah

Total Skor > 3 : Risiko Tinggi

3. Monitoring, Pencegahan dan Evaluasi Risiko Jatuh

Pasien dengan resiko jatuh perlu dimonitor, diintervensi dan dilakukan Tindakan pencegahan setiap shift. Monitoring pelaksanaan pencegahan cedera pada pasien beresiko jatuh dilakukan berdasarkan hasil pengkajian yang telah didapatkan. Monitoring pelaksanaan risiko jatuh dilakukan berdasarkan grade risiko jatuh yaitu Risiko jatuh tinggi, sedang dan rendah serta dilakukan intervensi setiap shift.

- a. Pada pasien risiko jatuh rendah dilakukan setiap terjadi perubahan kondisi pasien. Misalnya penurunan kesadaran, penggunaan obat berefek sedasi, post operasi, transfer ke unit lain, mengalami jatuh saat dirawat.
- b. Pada pasien risiko jatuh sedang dilakukan re-asessment pada pasien/24 jam/shift dan apabila pasien dipindahkan dari ruangan atau ruangan lainnya.
- c. Pada pasien risiko jatuh tinggi dilakukan re-asessment/8 jam/shift.
- d. Semua pasien anak <5 tahun, pasien ICU, pasien berisiko tinggi adalah pasien berisiko jatuh tidak dilakukan penilaian, tidak dipasang gelang kuning tetapi langsung dilakukan intervensi.

MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN PROTOKOL PEMANTAUAN RISIKO JATUH NEONATUS										
NO	TINDAKAN PENCEGAHAN	DILAKUKAN								
		Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :
		Jam :	Jam :	Jam :	Jam :	Jam :	Jam :	Jam :	Jam :	Jam :
1	Memasang gelang risiko jatuh									
2	Memasang tanda resiko jatuh pada box/inkubator									
3	Mendekatkan box bayi dengan ibu									
4	Memastikan lantai dan alas kaki tidak licin									
5	Melakukan orientasi ruangan pada orangtua/keluarga									
6	Memastikan selalu ada pendamping									
7	Melakukan kontrol rutin oleh perawat/bidan									
8	Bila dirawat dalam inkubator/box atau infant warmer, pastikan semua jendela terkunci dan pengaman bed terpasang									
9	Memberikan edukasi kepada orangtua/keluarga									
Catatan :		Untuk pernyataan item 1-9 diisi dengan tulisan Ya atau Tidak								
EVALUASI : Apakah terjadi insiden jatuh ?		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Nama Petugas										
Paraf Petugas										

G. ASESMEN NYERI

Asesmen nyeri mengacu pada peraturan direktur rumah sakit unhas tentang pedoman pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri di rumah sakit.

Nyeri adalah pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau dilukiskan dalam istilah seperti kerusakan jaringan. Rumah sakit harus melakukan upaya intensif untuk mengelola rasa nyeri pasien, sehingga rasa nyeri yang menyertai tindakan medis, tindakan keperawatan, ataupun prosedur diagnostik pada pasien dapat diminimalkan atau dilakukan tindak lanjut yang teratur sesuai dengan prosedur yang ditetapkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien.

Berdasarkan onsetnya, nyeri dikelompokkan menjadi dua, yaitu; nyeri akut (nyeri dengan onset segera dan durasi terbatas) dan nyeri kronis (nyeri yang bertahan untuk periode waktu yang lama, lebih dari 6 minggu). Berdasarkan derajatnya, nyeri diklasifikasikan atas tidak nyeri (skala 0), nyeri ringan (sedikit mengganggu aktifitas sehari-hari, sistem skala 1-3), nyeri sedang (gangguan nyata pada aktifitas sehari-hari, sistem skala 4-6) dan nyeri berat (tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari, sistem skala 7-10).

Manajemen nyeri yang efektif dimulai dengan skrining awal nyeri. Semua pasien yang datang di Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, dan Instalasi Rawat Inap dilakukan skrining nyeri. Ruang lingkup pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri meliputi; skrining nyeri, pengkajian nyeri, asesmen ulang nyeri, monitoring nyeri dan edukasi manajemen nyeri pada pasien dan

keluarga dan didokumentasikan pada rekam medis pasien. Skrining nyeri dilakukan kapan saja jika terdapat kecurigaan adanya rasa nyeri pada pasien selama masa perawatan. Jika terdapat nyeri, maka dilakukan asesmen nyeri dengan menggunakan teknik pengukuran yang sesuai dengan indikasi. Penilaian nyeri dilakukan sejak pertama kali pasien diperiksa, setelah pemberian penatalaksanaan nyeri, setelah kurun waktu tertentu. Pada situasi keluhan nyeri dilakukan skrining / asesmen cepat (rapid assessment) digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang merasakan nyeri, dilanjutkan dengan asesmen lanjutan yang mendalam.

Skrining nyeri dilakukan dengan cara:

1. Bertanya dengan jawaban: “ya” atau “tidak”
Pada umumnya, pada pasien yang sadar baik, skrining nyeri dilakukan dengan menanyakan, apakah terdapat nyeri/rasa sakit. Hal ini dikarenakan nyeri adalah perasaan yang sangat subyektif.
2. Bertanya dengan jawaban anggukan atau gelengan
Pasien yang dapat diajak berkomunikasi namun tidak dapat berbicara diarahkan untuk menjawab pertanyaan skrining dengan mengangguk (untuk ya, ada nyeri) atau menggeleng (untuk ‘tidak ada nyeri).
3. Untuk skrining pada pasien dengan kecurigaan nyeri kronis, skrining dapat dilakukan dengan empat pertanyaan berikut:
 - a. Apakah ada nyeri/rasa sakit saat ini?
 - b. Apakah nyeri tersebut menghalangi Anda untuk beraktivitas?
 - c. Apakah nyeri tersebut membuat Anda tidak bisa tidur di malam hari?
 - d. Apakah Anda merasakan nyeri setiap hari?
4. *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale* (pasien stroke dan Alzheimer’s)
5. *CRIES (Cry, Respiration, Increasing HR/BP, Expression, and Sleep)*. Pada neonatus yang baru dilakukan operasi, skrining dan asesmen nyeri dilakukan dengan teknik CRIES
6. Teknik skrining dan asesmen dengan *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*
7. Teknik NIPS digunakan untuk melakukan skrining pada bayi dan anak <1 tahun.
8. Teknik skrining dan asesmen dengan *Behavioral Pain Scale (BPS)*
9. Teknik skrining BPS digunakan pada pasien yang sedang terventilasi di ICU.
10. Perawat menanyakan mengenai faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kepada pasien, 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.

11. Pada pasien dalam pengaruh obat anestesi atau dalam kondisi sedang, asesmen dan penanganan nyeri dilakukan saat pasien menunjukkan respon berupa ekspresi tubuh atau verbal akan rasa nyeri.
12. Jika diketahui ada rasa nyeri segera dilakukan asesmen lebih dalam / asesmen lanjutan. Asesmen ini disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakteristik rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan lamanya. Informasi tambahan dapat diberikan seperti riwayat rasa nyeri, apa yang menyebabkan rasa nyeri berkurang atau bertambah, apa keinginan pasien untuk menghilangkan rasa nyeri, dan lain sebagainya (misalnya PQRST):
 - Provokatif (Penyebab nyeri dan hal yang meringankan/memperberat nyeri),
 - Quality/Quantity (Kualitas nyeri),
 - Region/Radiasi (Lokasi dan penyebaran nyeri)
 - Skala/Severity (Tingkat nyeri)
 - Time (Waktu, onset, durasi)

Asesmen dicatat demikian rupa untuk memudahkan asesmen ulang rutin dan tindak lanjut sesuai kriteria yang ditetapkan rumah sakit dan kebutuhan pasien. Hasil asesmen dan monitoring nyeri didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Nyeri yang dirasakan pasien dikelola dengan melakukan pemantauan secara berkelanjutan dan terencana. Pada implementasinya pelayanan bermutu diberikan dengan mempedulikan rasa nyeri yang dialami pasien, didukung dengan tools pengkajian nyeri yang sesuai dan terdokumentasi dengan baik serta pemberian manajemen nyeri sesuai pedoman yang ditetapkan. Penilaian intensitas nyeri / asesmen nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa tools, diantaranya:

1. **Numeric Rating Scale**

Numeric Rating Scale: Caranya dengan menarik garis horizontal sepanjang 10 cm, pasien menunjuk di sepanjang titik/angka, lalu dilihat nilai atau angka nyeri yang dirasakan pasien.

Numeric Rating Scale



Tidak Nyeri Nyeri Ringan Nyeri Sedang Nyeri Berat

Instruksi: pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri yang dirasakan dan dilambangkan dengan angka antara 0 – 10.

Penilaian skor:

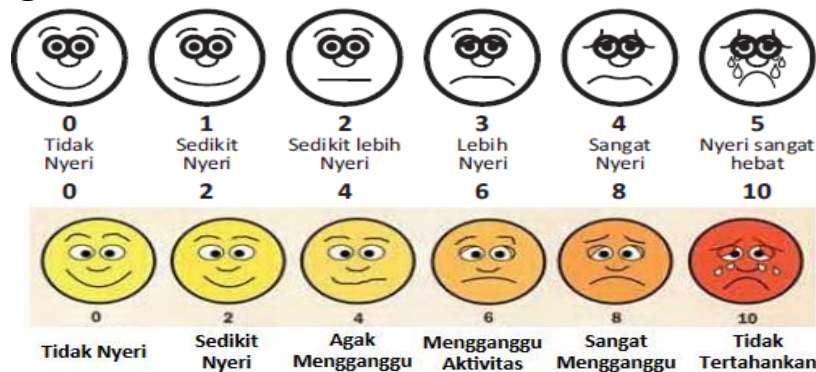
0 = tidak nyeri

1 – 3 = nyeri ringan (secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik)

- 4 – 6 = nyeri sedang (secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikan, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7 – 10 = nyeri berat (secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi atau pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi sampai memukul)

Numeric Pain Rating Scale digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia >3 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakannya. *Numeric Pain Rating Scale* ini dapat juga digunakan pada pasien geriatri yang dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.

2. Wong Baker **FACES** Pain Scale



Wong Baker Face Pain Rating Scale digunakan pada pasien dewasa dan anak usia >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. *Wong Baker Face Pain Rating Scale* ini dapat juga digunakan pada pasien geriatrik yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.

3. **FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability scale)**

FLACC (*face legs activity cry consolability scale*) digunakan pada pasien bayi > 1 tahun – 3 tahun atau anak dengan gangguan kognitif atau pada anak yang tidak dapat dinilai dengan menggunakan skala lain.

- 0 = Tidak Nyeri
 1-3 = Nyeri Ringan
 4-6 = Nyeri Sedang
 7-10 = Nyeri Berat

Wajah (<i>Face</i>)	0 Tidak ada ekspresi tertentu atau senyum	1 Meringis sekali-kali/ mengerutkan dahi, muram ogah-ogahan	2 Dagu gemetar dan rahang dikatup berulang
Ekstremitas (<i>Legs</i>)	0 Posisi normal atau santai	1 Gelisah, resah, tegang	2 Menendang/menarik kaki
Gerakan (<i>Activity</i>)	0 Rebahan dengan tenang, posisi normal, bergerak dengan mudah	1 Menggeliat, maju mundur, tegang	2 Menekuk/posisi tubuh meringkuk, kaku atau menyentak
Tangisan (<i>Cry</i>)	0 Tidak ada tangisan (terjaga/tertidur)	1 Mengerang, merengek, menggerutu sekali-kali	2 Menangis tersedu-sedu, menjerit, terisak-isak, menggerutu berulang-ulang
Kemampuan ditenangkan (<i>Consolability</i>)	0 Senang, santai	1 Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan atau berbicara, perhatian dapat dialihkan	2 Sulit/tidak dapat ditenangkan dengan pelukan, sentuhan atau distraksi

FLACC (*face legs activity cry consolability scale*)

4. **Visual analog scale (VAS):**

VAS adalah suatu cara untuk mengukur intensitas nyeri. Dikatakan sangat sensitif, dari segi biaya lebih murah dan mudah untuk dibuat, juga lebih sensitif serta lebih akurat dalam menilai nyeri dibandingkan pengukuran secara deskriptif. VAS sudah memiliki korelasi yang kuat dengan pengukuran lainnya sehingga dapat diaplikasikan pada semua pasien. Tetapi pengukuran dengan memakai VAS juga sangat bergantung pada pemahaman pasien terhadap alat ukur tersebut. Sehingga diperlukannya edukasi/informasi dari dokter tentang VAS terhadap pasien sebelum dilakukan penilaian nyeri. Caranya dengan menarik garis horizontal sepanjang 10 cm, pasien menunjuk di sepanjang garis dengan ujung kiri tidak nyeri, ujung paling kanan nyeri hebat, lalu di ukur dari sisi kiri ke titik yang ditunjuk oleh pasien.

Tidak Nyeri

Nyeri Hebat

Visual Analogue Scale (VAS)

5. Teknik skrining dan asesmen dengan *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*

Indikasi : untuk melakukan asesmen nyeri pada digunakan pada infant (usia 0-1 tahun) dan neonatus (usia 0-28 hari).

Penilaian skor:

0 = Tidak Nyeri

1-2 = Nyeri ringan

3-4 = Nyeri sedang

>4 = Nyeri berat

Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

NO	KATEGORI	SKOR	INDIKATOR
1	Ekspresi Wajah	0	Santai (wajah tenang, ekspresi netral)
		1	Meringis (otot-otot wajah tegang, alis berkerut, dagu dan rahang tegang/mengunci)
2	Menangis	0	Tidak menangis (tenang, tidak menangis)
		1	Merengek (merengek ringan, kadang-kadang)
		2	Menangis kuat (berteriak kencang, menarik, melengking, terus-menerus, menangis lirih mungkin dinilai jika bayi diintubasi yang dibuktikan melalui gerakan mulut dan wajah yang jelas)
3	Pola Pernapasan	0	Santai (pola pernapasan bayi yang normal)
		1	Perubahan pola napas (tidak teratur, lebih cepat dari biasanya, tersedak, napas tertahan)
4	Lengan	0	Santai (tidak ada kekuatan otot, gerakan tangan acak sesekali)
		1	Fleksi/Ekstensi (tegang, lengan lurus, kaku dan atau ekstensi cepat, fleksi)
5	Kaki	0	Santai (tidak ada kekakuan otot, gerakan otot sesekali)
		1	Fleksi/Ekstensi (tegang, kaki lurus, kaku dan atau ekstensi cepat, fleksi)
6	Kesadaran	0	Tidur/bangun (tenang, tidur tenang atau gerakan kaki acak yang terjaga)
		1	Rewel (terjaga, gelisah, meronta-ronta)

6. Teknik skrining dan asesmen dengan *Behavioral Pain Scale* (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS) adalah cara penilaian skala nyeri dengan menggunakan skala sikap dan perilaku pasien yaitu dengan melihat ekspresi wajah, pergerakan atau posisi ekstremitas atas dan toleransi terhadap ventilasi mekanik. Cara penilaian ini digunakan pada pasien dengan penurunan kesadaran yang terpasang alat bantu napas mekanik. Teknik *Behavioral Pain Scale* (BPS) digunakan pada pasien yang sedang terventilasi di ICU. Nilai skor 3 menandakan pasien tidak merasakan nyeri, hingga 12 (nyeri maksimal). Skor BPS sama dengan 6 atau lebih, dipertimbangkan sebagai nyeri yang tidak dapat diterima (*unacceptable pain*)

***Behavioral Pain Scale* (BPS)**

Penilaian	Deskripsi	Skor
Ekspresi wajah	Santai	1
	Tertekan sebagian (misalnya alis turun)	2
	Tertekan seluruhnya (misalnya kelopak mata tertutup)	3
	Grimas (meringis)	4
Pergerakan anggota gerak atas	Tidak ada pergerakan	1
	Bengkok sebagian	2
	Bengkok seluruhnya dengan jari fleksi	3
	Tertarik secara permanen	4
Kepatuhan terhadap ventilasi mekanis	Pergerakan yang masih dapat ditoleransi	1
	Batuk namun dapat ditoleransi	2
	Melawan ventilator	3
	Tidak dapat mngontrol ventilasi	4

7. *Critical Care Pain-Observation Tool* (CPOT)

Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) merupakan alat ukur nyeri yang direkomendasikan untuk mengukur nyeri pada pasien dengan penurunan kesadaran. CPOT adalah sebuah skala sikap yang disarankan oleh para ahli untuk menilai nyeri pada pasien-pasien kritis yang tidak dapat berkomunikasi secara verbal. CPOT dikembangkan oleh Gelines (dkk) pada tahun 2006. Petunjuk Penilaian Nyeri dengan CPOT :

- Amati pasien selama satu menit
- Kemudian pasien harus diamati selama mendapatkan tindakan pengobatan untuk mendeteksi perubahan yang terjadi
- Pasien harus diamati sebelum dan pada puncak tindakan pengobatan untuk menilai apakah pengobatan efektif atau tidak dalam menghilangkan nyeri
- Amati nilai CPOT setelah dilakukan tindakan pengobatan.
- Penilaian Skor:

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

Critical Care Pain-Observation Tool (CPOT)

Indikator	Kriteria	Skor	Deskripsi
Ekspresi wajah	Santai, netral	0	Tidak ada ketegangan otot
	Tegang	1	Merengut, alis menurun, orbit menegang dan terdapat kerutan lewator atau perubahan lainnya (misalnya membuka mata atau menangis selama prosedur invasive)
	Meringis	2	Semua gerakan mata pada skor 1 ditambah kelopak tertutup rapat (pasien dapat mengalami mulut terbuka atau menggigit endotrakeal tube)
Gerakan tubuh	Tidak adanya gerakan atau posisi normal	0	tidak bergerak sama sekali (tidak berarti adanya rasa saki) atau poisis normal (gerakan tidak dilakukan terhadap bagian yang terasa nyeri atau tidak dilakukan untuk tujuan perlindungan)
	Ada gerakan perlindungan	1	Gerakan lambat, gerakan hati-hati, menyentuh atau menggosok bagian yang nyeri (mencari perhatian melalui gerakan)
	Kegelisahan/ agitasi	2	menarik-narik tube, mencoba untuk duduk, menggerakkan tungkai/ meronta-ronta, tidak mengikuti perintah, menyerang staf, mencoba turun dari tempat tidur.

Kepatuhan terhadap pemasangan ventilator (pasien terpasang intubasi)	Toleransi terhadap ventilator atau gerakan	0	Alarm tidak aktif/tidak bunyi, ventilasi mudah
	Batuk tapi masih toleransi	1	Batuk, alarm aktif/bunyi tapi berhenti secara spontan
	Melawan ventilator	2	Tidak sinkron, ventilasi tertahan, alarm sering berbunyi.
Vokalisasi (Pasien yang tidak terpasang ventilator)	Berbicara dalam nada normal atau tidak ada suara	0	Berbicara dalam suara normal atau tidak sama sekali
	Menghela napas, merinti,	1	Menghela napas, merintih
	Menangis, terisak-isak	2	Menangis terisak-isak
Ketegangan otot	Santai	0	Tidak ada perlawanan pada gerakan pasif
	Tegang kaku	1	Ada perlawanan pada gerakan pasif
	Sangat tegang atau sangat kaku	2	Perlawanan kuat pada gerakan pasif atau tidak biasa dilakukan gerakan pasif

8. CRIES (*Cry, Respiration, Increasing HR/BP, Expression, and Sleep Scale*)

Indikasi pada neonatus yang baru dilakukan operasi, skrining dan asesmen nyeri dilakukan dengan teknik CRIES (*Cry, Respiration, Increasing HR/BP, Expression, and Sleep Scale*).

Penilaian Skor: Nilai skor 0 artinya tidak ada rasa nyeri. Jika nilai skor lebih dari 5 maka bayi post operasi tersebut merasakan nyeri sehingga perlu dilakukan manajemen nyeri dengan pemberian analgesik. Asesmen ulang dilakukan setiap 2 jam selama 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan dan setiap 4 jam pada 48 jam berikutnya.

CRIES (Cry, Respiration, Increasing HR/BP, Expression, and Sleep Scale)

Indikator	0	1	2
Menangis	Tidak	Melengking tinggi	Tidak dapat ditenangkan
Kebutuhan O ₂ untuk mencapai saturasi oksigen >95%	Tidak	<30%	>30%
Peningkatan tanda vital	Nadi dan Tensi = atau < dari nilai sebelum operasi	Nadi dan Tensi meningkat < 20% nilai preoperatif	Nadi dan Tensi meningkat >20% nilai preoperatif
Ekspresi	Tidak ada	Grimas (meringis)	Meringis atau mendengkur
Tidak dapat tidur	Tidak	Bayi bangun pada interval tertentu	Bayi bangun selalu

9. PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)

Indikasi pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik atau memang tidak dapat berkomunikasi sama sekali. Misalnya pada pasien stroke atau pada pasien yang berada di tahap akhir penyakit Alzheimer's. Asesmen nyeri dengan menggunakan *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale*. Jika nilai skor adalah 0 maka berarti tidak ada nyeri.

Penilaian skor :

- Skor 0 = Tidak Nyeri
- Skor 1-3 = Nyeri Ringan
- Skor 4-6 = Nyeri Sedang
- Skor 7-10 = Nyeri Berat

PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia Scale*)

Indikator	0	1	2	Skor
Pernafasan spontan atau bunyi nafas	Normal	Pernafasan sesak sesekali Periode hiperventilasi singkat	Nafas sesak dan bersuara. Periode hiperventilasi lama. Respirasi Cheyne-Stokes	
Vokalisasi negatif	Tidak ada	Kadang mengerang. Berbicara dengan nada suara rendah dan kualitas buruk	Kesulitan memanggil yang berulang. Erangan keras. Menangis	
Ekspresi wajah	Tersenyum atau tanpa ekspresi	Sedih. Ketakutan. Cemberut.	Meringis (<i>facial grimace</i>)	
Bahasa tubuh	Santai	Tegang. Mondar-mandir tertekan. Gelisah	Kaku. Tangan terkepal. Lutut ditarik ke atas. Menarik atau mendorong menjauh. Mencorat-coret.	
Kebutuhan untuk dihibur	Tidak membutuhkan untuk dihibur	Terganggu dengan suara atau sentuhan	Tidak dapat menghibur, menenangkan, atau meyakinkan	
Total SKOR				

H. Asesmen ulang nyeri

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

- Setiap 30 menit–1 jam setelah pemberian obat nyeri / tatalaksana nyeri non farmakologis
- Setiap 5 menit setelah pemberian nitrat atau obat IV pasien kardiak
- Pada pasien yang menjalani prosedur yang menyebabkan nyeri
- Setiap shift jaga
- Sebelum transfer
- Sebelum pasien pulang

Hasil asesmen nyeri didokumentasikan dalam fitur yang tersedia pada rekam medis elektronik dan catatan terintegrasi. Setelah dilakukan asesmen dan pasien mengalami nyeri maka dilakukan tindak lanjut dengan penatalaksanaan nyeri. Tatalaksana nyeri adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri pasien dengan melakukan monitoring nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien. Tatalaksana nyeri dilakukan berdasarkan derajat nyeri pasien setelah asesmen pasien dilakukan.

Asuhan nyeri dapat dilakukan dengan non-farmakologi dan farmakologi sesuai dengan yang diatur dalam pedoman manajemen nyeri.

I. Asesmen Populasi Tertentu

Asesmen tambahan atau asesmen populasi tertentu yaitu asesmen individual untuk tipe-tipe pasien atau populasi pasien tertentu. Asesmen tambahan untuk pasien tertentu atau untuk populasi pasien khusus mengharuskan proses asesmen perlu diubah. Tambahan ini disesuaikan dengan keunikan dan kebutuhan setiap populasi pasien tertentu antara lain,

a. Neonatus

- 1) Profesional Pemberi Asuhan melakukan asesmen individual pada pasien neonatus
- 2) Asesmen pasien neonatus meliputi:
 - Identitas Pasien (Nama, tanggal lahir pasien, nomor rekam medis, jenis kelamin, usia gestasi)
 - Identitas orang tua (Nama orang tua (ayah / wali, ibu), pekerjaan orang tua (ayah, ibu), alamat orang tua, psikososial dan spiritual, status ekonomi)
 - Alasan masuk rumah sakit / keluhan utama
 - Riwayat kesehatan, riwayat alergi, riwayat pengobatan, status imunisasi, nyeri/rasa nyaman, risiko jatuh, skrining gizi
 - Asesmen awal fisik (TTV, pengkajian head to toe, berat badan, panjang badan, pernapasan, sirkulasi, makanan, cairan, elektrolit, neurosensori, kebersihan kulit, alat genital, eliminasi, keamanan/mobilisasi, tidur / istirahat, pertumbuhan bayi, ballard score, dll)
 - Kebutuhan edukasi keluarga
 - Perencanaan pulang
- 3) Profesional Pemberi Asuhan mendokumentasikan asesmen pasien neonatus dalam rekam medis pasien

b. Anak Dan Remaja

Asesmen anak-anak dan dewasa muda pada tahap awal mengikuti ketentuan pada asesmen awal. Untuk anak-anak, akan ditangani dokter spesialis anak. Untuk dewasa muda, akan dirujuk sesuai temuan pada asesmen awal.

c. Obstetri/maternitas

Pasien dalam proses melahirkan dan penyakit kandungan lain akan langsung dirujuk ke dokter spesialis kebidanan dan kandungan untuk mendapat asesmen dan penanganan selanjutnya.

d. Geriatri

Assesmen pada pasien lanjut usia > 60 tahun yang lemah dan memerlukan perhatian khusus, baik rawat jalan maupun rawat inap asesmen dilakukan menggunakan asesmen pasien dewasa dengan memperhatikan kebutuhan pasien pada saat pulang.

e. Pasien dengan kebutuhan untuk P3 (Perencanaan Pemulangan Pasien)

Kesinambungan asuhan pasien setelah di rawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian pasien termasuk kebutuhan biopsikososial, seperti perencanaan pemulangan pasien (P3) / *discharge planning*. Penyusunan P3 diawali saat proses asesmen awal rawat inap, membutuhkan waktu agak panjang, termasuk pemutakhiran / *updating*. Pelaksanaan discharge planning pasien di suatu rumah sakit akan menjadi salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat kepuasan dari pengguna pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Kesinambungan asuhan pasca rawat inap akan berhasil bila penyusunan P3 dilakukan secara terintegrasi antar PPA terkait / relevan dan difasilitasi MPP (Manajer Pelayanan Pasien). Kurun waktu penyusunan discharge planning pasien harus dilengkapi dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk ruang rawat sampai sehari sebelum pasien pulang dengan melibatkan keluarga sesuai kebutuhan. Perencanaan pemulangan pasien dan pelaksanaannya dicatat direkam medis. Manfaat dari pelaksanaan discharge planning adalah sebagai berikut:

- 1) Mengurangi pelayanan yang tidak terencana (unplanned admission)
- 2) Mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan setelah kembali kerumah
- 3) Mengurangi LOS (Length of Stay) pasien di rumah sakit
- 4) Meningkatkan kepuasan individu dan pemberi pelayanan
- 5) Menghemat biaya selama proses perawatan
- 6) Menghemat biaya ketika pelaksanaan perawatan di luar rumah sakit atau di masyarakat karena dengan perencanaan yang matang, hasil kesehatan yang dicapai menjadi optimal

Kriteria pasien yang membutuhkan P3 dan proses penyusunan perencanaan pemulangan pasien (P3) atau *discharge pianning* dilakukan pada pasien :

- Neonatus dan anak (< 21 tahun)

- Lanjut usia > 75 tahun atau > 65 tahun dengan ketergantungan
- Pasien dengan fungsi kognitif rendah
- Pasien dengan risiko tinggi (pembiayaan pribadi / perusahaan, system pembiayaan yang kompleks, adanya masalah finansial, terjadi konflik interest / masalah etik penelantaran, kekerasan, pelecehan)
- Potensi komplain tinggi
- Kasus kompleks dengan penyakit kronis > 1 ddiagnosa disertai kondisi akut, terminal
- Status fungsional rendah, kebutuhan bantuan ADL (*Activit Daily Living*) yang tinggi.
- Pasien dengan riwayat penggunaan peralatan medis dimasa lalu
- Riwayat gangguan mental, upaya bunuh diri, krisis keluarga, isu sosial seperti terlantar, tinggal sendiri, narkoba.
- Pasien dengan readmisi rumah sakit dalam satu bulan dengan diagnose yang sama
- Perkiraan asuhan dengan biaya tinggi dan pembiayaan kompleks, adanya finansial.
- Kasus yang melebihi rata-rata lama dirawat
- Kasus yang diidentifikasi rencana pemulangannya penting / berisiko atau yang membutuhkan kontinuitas pelayanan.
- Lokasi (akses ke fasilitas kesehatan yang jauh)

Bila terpenuhi salah satu kriteria di atas maka akan dilanjutkan dengan perencanaan pemulangan termasuk edukasi dan latihan keterampilan khusus yang mungkin dibutuhkan pasien dan keluarga untuk kontinuitas (kesinambungan) asuhan diluar rumah sakit antara lain:

- 1) Aktifitas (jenis aktifitas yang tidak boleh dilakukan, perawatan yang diajarkan ke pasien / keluarga yang merawat pasien, bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan fisik lanjutan, alat bantu yang dapat digunakan untuk melakukan aktifitas fisik saat pulang misalnya kursi roda, alat bantu jalan)
- 2) Pemantauan pemberian obat (pengobatan di rumah / obat yang sudah diresepkan untuk dilanjutkan di rumah mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan, dan pengobatan yang harus dihentikan, daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, waktu / frekuensi, cara pemberian, dan efek samping obat yang umum terjadi, dan informasi penting lainnya)
- 3) Edukasi jadwal kontrol, pemeriksaan penunjang lanjutan, pencegahan kekambuhan, tanda dan gejala yang perlu dilaporkan, pengobatan yang dapat dilakukan di rumah sebelum ke rumah sakit terdekat

- 4) Diet (anjuan pola makan, batasan makanan, makanan yang dianjurkan)
- 5) Kebutuhan kendaraan/persiapan transportasi yang akan digunakan (bagaimana transportasi pasien untuk pulang)
- 6) Kelengkapan administrasi pemulangan (pemberian resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, surat keterangan operasi/istirahat jika dibutuhkan, surat pengantar kontrol/surat rujukan)
- 7) Petunjuk perawatan diri/kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan (perawatan diri/mandi, BAB, BAK, perawatan luka, perawatan kolostomi, ketentuan insulin, dan lain-lain)
- 8) Pendampingan tenaga khusus dirumah/bantuan medis/perawatan di rumah (Home care)
- 9) Layanan kesehatan terdekat (Apa yang harus dilakukan pada keadaan darurat dan nomor telepon yang bisa dihubungi)

f. Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intense)

Asesmen nyeri mengacu pada peraturan direktur rumah sakit unhas tentang pedoman pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri di rumah sakit. Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intense) dapat dikonsul ke dokter spesialis anastesi untuk mendapat asesmen dan penanganan selanjutnya.

g. Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatris

- 1) Identifikasi pasien dengan gangguan kejiwaan.
 - a) Pasien dengan gangguan kejiwaan dapat teridentifikasi baik di rawat jalan, rawat inap, maupun Instalasi Gawat Darurat.
 - b) Pasien dengan percobaan bunuh diri perlu selalu dikonsulkan ke psikiater, disamping penanganan kegawat daruratannya (baik medical maupun surgical).
 - c) Pasien dengan depresi yang dicurigai berat yang ditemukan di setting apapun harus dikonsulkan ke psikiater.
 - d) Pasien dengan gangguan cemas dan ringan yang belum dirasa mengganggu aktivitas harian dapat diberi terapi oleh dokter penanggung jawabnya. Pasien dengan kecurigaan gangguan psikotik, dengan atau tanpa *organic underlying disease* perlu dikonsulkan ke psikiater.
- 2) Penanganan pasien dengan gangguan kejiwaan.
 - a) Pasien dengan gangguan psikotik dirujuk ke RS Jiwa.
 - b) Pasien dengan percobaan bunuh diri atau ancaman bunuh diri dirawat dengan kewaspadaan tinggi dibawah tanggung jawab psikiater, atau dirujuk bila dinilai ancaman bunuh dirinya tinggi, karena RSUD Fitri Candra

tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk pencegahan bunuh diri.

c) Pasien lain ditangani sesuai kondisi psikiatriknya.

h. Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol

- 1) Jenis zat yang perlu diwaspadai menimbulkan ketergantungan:
 - a) Alkohol
 - b) Nikotin
 - c) Golongan barbiturat (flunitrazepam, triazolam, temazepam, dan nimetazepam)
 - d) Golongan opiat (kodein, morfin, fentanil, oxycodon)
 - e) Amfetamin & Metamfetamin
- 2) Identifikasi populasi berisiko:
 - a) Pasien yang “meminta” obat secara spesifik (terutama obat tranquilizer atau opiat) dengan frekuensi yang sering dari rekam medik (dokter/ perawat melihat rekam medik untuk melihat riwayat obat-obatan pasien).
 - b) Dokter/perawat baik IGD/rawat inap perlu juga waspada bagi pasien yang mengeluh nyeri kronik dan “meminta” pain killer yang kuat atau meminta peningkatan dosis.
 - c) Keluhan keluarga yang mengantar (anak, istri, orang tua) tentang masalah obat, alkohol maupun merokok.
 - d) Farmasi dapat mendeteksi riwayat pengobatan pasien. Bila hal ini terjadi, maka petugas farmasi perlu melaporkan ke dokter penanggung jawab pasien yang bersangkutan.
 - e) Memasukkan riwayat minum alkohol dan merokok sebagai bagian dari pertanyaan rutin untuk Medical Check Up.
- 3) Tergantung dari kondisi pasien, dokter yang mengidentifikasi (mencurigai adanya masalah ketergantungan) dapat melakukan asesmen awal berupa pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:
 - a) Berapa banyak merokok? Minum alkohol? (Jika drug abuse : ditanya, obat apa yang digunakan? Darimana didapatkan?)
 - b) Sejak usia berapa?
 - c) Pernah mencoba berhenti atau mengurangi?
 - d) Apakah pasien sadar bahaya dan risiko dari merokok?
- 4) Bila ditemukan populasi berisiko, pasien dibuatkan rujukan ke psikiater untuk pengkajian dan penanganan lebih lanjut.
- 5) Penanganan meliputi : psikoterapi, medikamentosa, termasuk diantaranya konseling untuk HIV oleh tim HIV bagi pengguna obat via injeksi (Injecting drug users / IDUs)
- 6) Seluruh proses penanganan ini didokumentasikan dalam rekam medik.

i. Korban kekerasan atau kesewenangan

- 1) Korban penganiayaan adalah pasien yang mengalami tindak kekerasan fisik diluar kemauannya.
- 2) Kelompok yang rentan menjadi korban penganiayaan dapat anak-anak, pasangan hidup, orang lanjut usia, dan lain lain orang yang secara sosio-ekonomi budaya dan fisik tergantung kepada orang lain. Jika menjumpai kelompok ini, petugas harus mewaspadai kemungkinan terjadinya penganiayaan.
- 3) Saat menerima kasus medik yang dicurigai merupakan korban penganiayaan, maka disamping penanganan terhadap cederanya, maka korban harus mendapat pengkajian lebih dalam dan penanganan khusus yang meliputi:
 - a) Privasi pasien dari orang yang mengantar agar mereka dapat bicara bebas.
 - b) Bila korban anak-anak, asesmen mungkin perlu dilakukan terhadap orang tuanyasecara terpisah, atau keluarga lain di luar orang tuanya untuk mendapat gambaran lebih lengkap mengenai kejadiannya.
 - c) Untuk orang lanjut usia atau yang tidak mampu mengutarakan keinginannya sendiri, asesmen perlu dilakukan terhadap seluruh keluarga yang ada, termasuk orang yang sehari-hari merawat korban.
 - d) Asesmen terhadap kemungkinan fraktur multipel dilakukan, terutama pada korban yang tidak dapat mengeluhkan nyeri untuk dirinya sendiri (anak kecil, bayi maupun orang tua atau dengan kecacatan / keterbatasan).
 - e) Konsultasi psikologi dilakukan pada pasien dengan curiga korban kekerasan / penganiayaan.

j. Pasien dengan penyakit menular atau infeksius

Penyakit menular atau penyakit infeksi adalah sebuah penyakit yang disebabkan oleh sebuah agen biologi (seperti virus, bakteri atau parasit), bukan disebabkan faktor fisik (seperti luka bakar) atau kimia (seperti keracunan). Pasien dengan penyakit infeksi atau penyakit menular adalah pasien memiliki penyakit infeksi yang bisa menularkan pada orang lain. Penyakit jenis ini merupakan masalah kesehatan yang besar di hampir semua negara berkembang karena angka kesakitan dan kematiannya yang relatif tinggi dalam kurun waktu yang relatif singkat. Penyakit menular umumnya bersifat akut (mendadak) dan menyerang semua lapisan masyarakat. Penyakit jenis ini diprioritaskan mengingat sifat menularnya yang bisa menyebabkan wabah dan menimbulkan kerugian yang besar.

- 1) Profesional Pemberi Asuhan melakukan asesmen individual pada pasien dengan penyakit menular
- 2) Asesmen pasien penyakit menular meliputi:

- 3) Tanggal dan jam dilakukan pengkajian
- 4) Anamnesis
- 5) Riwayat Kontak
- 6) Menderita penyakit menular
- 7) Tindakan yang dilakukan
- 8) Media Penularan
- 9) Kebutuhan ruang perawatan
- 10) Diagnosis

k. Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi

Pasien yang menerima kemoterapi adalah pasien yang mendapat therapy obat anti kanker (sitostika) yang bertujuan untuk membunuh sel kanker.

Pasien yang menerima terapi radiasi (radioterapi) adalah pasien yang mendapatkan pengobatan yang terutama ditujukan untuk keganasan dengan menggunakan sinar pegan. Radiasi yang dipancarkan dari alat radiasi ke bagian tertentu dari tubuh pasien hanya berefek dalam hitungan kurang dari satu detik, selanjutnya kerusakan akibat efek radiasi terhadap sel atau jaringan target nya yang berlanjut, dalam hal ini sampai berakhir pada kematian sel kanker.

Asesmen pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi mengikuti ketentuan pada asesmen awal khusus kemoterapi dan radioterapi. Untuk pasien radioterapi, akan ditangani dokter spesialis radioterapi onkologi

l. Pasien dengan sistem imunologi terganggu

Profesional Pemberi Asuhan melakukan asesmen individual pada pasien dengan penyakit immunocompromised. Asesmen pasien penyakit immunocompromised meliputi:

- 1) Tanggal dan jam dilakukan pengkajian
- 2) Pengkajian umum
- 3) Pemeriksaan lengkap dan tanda-tanda vital
- 4) Faktor penyebab immunocompromized
- 5) Riwayat psikososial
- 6) Pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga
- 7) Pemeriksaan penunjang
- 8) Kebutuhan ruang perawatan
- 9) Daftar masalah

m. Sakit terminal / menghadapi kematian

Identifikasi pasien dengan kondisi terminal. Identifikasi dilakukan diseluruh unit, baik oleh dokter maupun oleh perawat. Pada pasien terminal perlu dilakukan secara khusus asesmen mengenai kebutuhan unik dari pasien maupun keluarga dengan melakukan :

- 1) Metode penyampaian berita buruk yang paling sesuai untuk pasien. Dokter berunding dengan keluarga terlebih dahulu mengenai bagaimana dan kapan waktu yang sesuai untuk menyampaikan berita buruk.

- 2) Setelah pasien mengetahui kondisinya, perlu ditawarkan suatu bentuk pendampingan psikologis / psikiatrik yang mungkin diperlukan untuk melaluifase *denial*, fase *anger* hingga sampai fase *acceptance*. Hal ini dapat dilakukan dalam *outpatient / inpatient setting*.
- 3) Hal-hal seputar pilihan yang dimiliki pasien seperti ingin meninggal di mana, serta berbagai kehendak pasien terkait dengan akhir hidupnya (*advanced directives*) yang terkait dengan penanganan pasien.
- 4) Kadang pasien tidak dalam kondisi sadar / mampu berkomunikasi, makalangkah di atas mungkin pula diperlukan untuk keluarga pasien.
- 5) Kebutuhan akan layanan spiritual, yang dapat disediakan oleh rumah sakit dandapat ditawarkan kepada pasien atau keluarga pasien, namun pasien / keluargadapat juga memilih untuk mengundang penasehat spiritual pilihannya sendiri dengan menginformasikan kepada perawat ruangan (untuk *inpatient*)
- 6) Kelonggaran dalam berdoa dan jumlah pengunjung diberikan melihat kondisiruang perawatan dan diberikan oleh penanggung jawab ruang perawatan bagi pasien terminal dengan catatan tidak mengganggu pasien lain.
- 7) Keadekuatan (*adequacy*) dari obat-obatan paliatif yang diberikan (terutama obat nyeri), serta pengkajian nyeri dan gejala lain yang mungkin timbul pada pasienterminal.

J. PELAKSANA ASESMEN

Pelaksana Asesmen adalah tenaga kesehatan (Dokter, Perawat, Bidan, Ahli Gizi, Fisioterapis) yang memenuhi Regulasi Rumah Sakit dan Pemerintah. Pelaksana asesmen harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dan surat Penugasan Klinis yang disertai Rincian Kewenangan Klinik.

Surat Penugasan Klinik dan Rincian kewenangan klinik perawat diberikan berdasarkan level jenjang karir perawat yang terdiri dari perawat Klinik (PK) I s/d PK V.

Pelaku Asesmen medis gawat darurat dilaksanakan oleh dokter jaga IGD dengan kualifikasi pendidikan dokter umum yang memiliki sertifikasi ATLS atau ACLS. Asesmen keperawatan gawat darurat dilaksanakan oleh perawat dengan kualifikasi memiliki sertifikat BTCLS.

Asesmen medis pasien rawat jalan dilaksanakan oleh dokter dengan kualifikasi pendidikan dokter spesialis sesuai disiplin ilmu atau dokter umum di poliklinik rawat jalan. Asesmen keperawatan pasien rawat jalan dilakukan oleh perawat sesuai dengan kewenangan klinisnya.

Asesmen awal dan ulang medis pasien inap dilaksanakan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP) dengan kualifikasi dokter

spesialis dan dokter umum dibawah pengawasan dokter spesialis. Asesmen keperawatan pasien rawat inap dilakukan oleh perawat sesuai dengan kewenangan klinisnya.

Asesmen gizi dilakukan oleh petugas gizi dengan sesuai dengan kewenangan klinisnya.

BAB III

DOKUMENTASI

Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting.

Dokumen rekam medis adalah catatan dokter dan tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (*Imaging*), dan rekaman elektro diagnostik. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan perawat yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat dan Tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis.

Seluruh hasil asesmen dan pengobatan serta tindakan yang dilakukan dan diberikan kepada pasien selama proses pelayanan medis di Instalasi mana pun dalam Rumah Sakit Unhas Makassar harus dicatat secara jelas, benar dan teratur serta didokumentasikan di rekam medis elektronik sesuai kebijakan rumah sakit.

BAB IV

PENUTUP

Panduan asesmen pasien Rumah Sakit Unhas tersusun berdasarkan kolaborasi antara regulasi nasional, referensi dan implementasi lapangan. Panduan ini dibuat untuk menstandarisasi proses pemberian pelayanan asesmen pasien dengan harapan terciptanya pelayanan yang bermutu dan berkualitas.

Pemberian pelayanan yang berkualitas selain adanya standarisasi tata cara penyelenggaraannya juga harus dilakukannya evaluasi secara berkala apakah standar yang telah ditetapkan ini dapat diterapkan secara maksimal atau ketidakpatuhan staf terhadap standar yang dilakukan. Demi pelayanan yang berkualitas dan secara terus menerus , maka panduan ini harus selalu dilakukan review secara berkala.

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 12 April 2023

DIREKTUR UTAMA,, 



ANDI MUHAMMAD ICHSAN
NIP. 197002122008011013