

	PENGKAJIAN ULANG PASIEN OLEH PERAWAT		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/1945/2024	No. Revisi : 2	Halaman : 1/2
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 23 Februari 2024	 Ditetapkan: Direktur Utama dr. ADIN NULKHASANAH, Sp.S., MARS	
PENGERTIAN	Pengkajian ulang adalah pengkajian yang bertujuan memonitor/ mengevaluasi hasil dari pelaksanaan rencana pelayanan dan membuat rencana pelayanan selanjutnya		
TUJUAN	1. Membebaskan jalan napas dari akumulasi secret. 2. Mencegah terjadinya sesak nafas akibat akumulasi secret. 3. Mengurangi nyeri luka operasi pada saat batuk		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta No. HK.02.03/D.XXIII/9297/2023 tentang Pedoman Pelayanan Keperawatan		
PROSEDUR	A. Persiapan Formulir dan Alat: 1. Laptop 2. Formulir pengkajian ulang di EHR 3. Alat pemeriksaan penunjang B. Persiapan Petugas dan Pasien: 1. Cek rencana tindakan keperawatan dan identifikasi pasien 2. Identifikasi kemampuan pasien 3. Cuci tangan 4. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan pada pasien 5. Jaga <i>privacy</i> pasien C. Prosedur 1. Pengkajian ulang pasien oleh perawat meliputi pengkajian tanda vital dan status neurologis, nyeri, status fungsional, dan resiko jatuh. 2. Pengkajian pasien rawat inap oleh perawat dilakukan dengan metode pemeriksaan <i>head to toe</i> dan wawancara kepada pasien dan keluarga. 3. Waktu pelaksanaan pengkajian ulang oleh perawat : a. Setiap shift oleh tenaga keperawatan b. Pasien sedang dalam penatalaksanaan pengobatan atau tindakan medis tertentu yang membutuhkan pemantauan ketat. c. Pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan/ prosedur medis tertentu, dikaji kembali 1 jam sebelum diantar ke ruang prosedur/ kamar bedah d. Setiap ada perubahan kondisi pasien yang signifikan. 4. Hasil pengkajian ulang keperawatan di dokumentasikan pada formulir : a. Observasi tanda vital dan status neurologis b. Penilaian status fungsional c. Monitoring nyeri d. Monitoring dan Tindakan pencegahan resiko jatuh pada pasien dewasa dan lanjut usia/anak e. Catat perkembangan pasien terintegrasi dengan metode SOAP		

	PENGKAJIAN ULANG PASIEN OLEH PERAWAT		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/1945/2024	No. Revisi : 2	Halaman : 2/2
PROSEDUR	5. Hasi pengkajian disimpan dalam rekam medik pasien dan dalam <i>Electronic Health Record (EHR)</i> 6. Perawat mendokumentasikan diagnosa baru pada Formulir Perkembangan Pasien Terintegrasi dalam <i>Electronic Health Record (EHR)</i> melampirkan Formulir Rencana Asuhan Keperawatan sesuai dengan diagnosa baru yang ditemukan 7. Perawat berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dengan melaporkan perubahan kondisi kesehatan pasien yang membutuhkan terapi dan tindakan medis segera. 8. Perawat yang kompeten dalam melakukan pengkajian ulang : a. Latar belakang pendidikan minimal Diploma (D3 b. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) c. Memiliki Rancangan Kewenangan Klinis (RKK) dari Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Dokumentasi: Dokumentasikan dalam catatan integrasi dalam <i>Electronic Health Record (EHR)</i>, formulir rencana dan tindakan keperawatan, dan <i>nursing note</i>.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan dan Neurodiagnostik 3. Instalasi Rawat Intensif 4. Instalasi Gawat Darurat 5. Instalasi Bedah Sentral 6. Unit Neurorestorasi		