

	PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP OLEH PERAWAT		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/1961/2024	No. Revisi : 2	Halaman : 1/2
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 22 Februari 2024	Ditetapkan: Direktur Utama  dr. ADIN NULKHASANAH, Sp.S., M.A.R.S.	
PENGERTIAN	Pengkajian awal pada pasien rawat inap adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan untuk memperoleh informasi kesehatan pada pasien baru di Ruang Rawat Inap		
TUJUAN	1. Untuk mengetahui kebutuhan perawatan pasien 2. Untuk menetapkan diagnosa keperawatan pasien 3. Untuk menetapkan rencana asuhan keperawatan yang akan diterapkan kepada pasien.sakit		
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 Pasien 1. Cek identitas pasien sesuai dengan SPO identifikasi pasien dengan benar. 2. Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan. B. Pelaksanaan 1. Perawat melakukan pengkajian awal pada passen segera setelah pasien masuk di ruang perawatan. 2. Perawat mengawali pengkajian dengan memperkenalkan diri. 3. Elemen dalam pengkajian pasien rawat inap meliputi : a. Riwayat Alergi. b. Alasan Masuk Rumah Sakit. c. Riwayat Kesehatan/ Perawatan Sebelumnya. d. Riwayat Psikososial. e. Pemeriksaan Fisik dan Status Neurologis. f. Status Nutrisi. g. Status Fungsional. h. Risiko Jatuh/ Cedera. i. Nyeri. j. Kebutuhan Edukasi. k. Kebutuhan Perencanaan Pulang (Discharge Planning). l. Analisa masalah dan rencana pelayanan 4. Pengkajian pasien rawat inap oleh perawat dilakukan dengan metode pemeriksaan fisik head to toe dan wawancara kepada pasien dan keluarga. 5. Pengkajian didokumentasikan pada : a. Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap b. Formulir Pengkajian Risiko Jatuh pada Pasien Dewasa dan Lanjut Usia. c. Formulir Penilaian Status Fungsional. d. Formulir Pengkajian Risiko Luka Dekubitus dan Lembar Pengkajian Luka (bila terdapat luka atau pasien immobile). e. Formulir Pengkajian Tingkat Keparahan Stroke (NIHSS) pada pasien stroke. f. Formulir Penilaian Disabilitas (Skor Rainkin Modifikasi)		

	PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP OLEH PERAWAT		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/1961/2024	No. Revisi : 2	Halaman : 2/2
PROSEDUR	6. Bila pasien termasuk kategori pasien populasi khusus, maka tambahkan formulir pengkajian pasien populasi khusus (geriatri, HIV, nyeri kronis) sesuai kebutuhan. Pada pasien anak, pengkajian didokumentasikan pada Formulir Pengkajian Awal Keperawatan pada Pasien Anak dan tidak perlu mengisi Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Raw at Inap. 7. Hasil pengkajian disimpan dalam rekam medik pasien dan didokumentasikan sesuai dengan kebijakan rekam medik dengan keterangan jelas mengenai waktu pemeriksaan (tanggal dan jam) tanda tangan dan initial pemeriksa. 8. Pengkajian diselesaikan oleh perawat dalam waktu kurang dari 24 jam. Untuk pengkajian kebutuhan edukasi dan perencanaan pulang (discharge planning) pasien didokumentasikan secara lengkap dalam waktu kurang dari 48 jam setelah pasien dirawat. 9. Perawat merumuskan tiga diagnosa keperawatan utama pada pasien sesuai dengan kedaruratan dan kebutuhan pasien dengan mencantumkan nomor. 10. Perawat merumuskan rencana perawat an pasien pada Formulir Rencana Asuhan Keperawatan sesuai dengan diagnosa yang ditentukan. Bila ditemukan masalah yang berbeda pada pasien dikemudian hari perawat mendokumentasikan diagnosa baru pada Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi dengan melampirkan Formulir Rencana Asuhan Keperawatan sesuai dengan diagnosa baru yang ditemukan. 11. Perawat berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dengan melaporkan perubahan kondisi kesehatan pasien yang membutuhkan terapi dan tindakan medis segera. 12. Perawat yang kompeten dalam melakukan pengkajian pasien rawat inap a. Latar belakang pendidikan minimal Diploma (D3) b. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) c. Memiliki R ancangan Kewenangan Klinis (RKK) dari Direktorat 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 Rekam Medik 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Gawat Darurat 4. Instalasi Rawat Intensif		