<table>
<tr><td rowspan="2">Rumah Sakit
Angkatan Udara
dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
ASESMEN PASIEN TERMINAL</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/860/PP.Akr/X/2026</td><td>No. Revisi

00</td><td>Halaman

1 dari 1</td></tr>
<tr><td>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>Tanggal Terbit

12 Oktober 2026</td><td colspan="2">Ditetapkan oleh,
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Asesmen pasien terminal adalah proses penilaian klinis, fungsional, psikologis, sosial, dan spiritual pada pasien dengan penyakit progresif lanjut yang mengancam kehidupan, ketika tujuan perawatan perlu mencakup pengendalian gejala, kualitas hidup, dukungan keluarga, serta perencanaan perawatan sesuai nilai dan preferensi pasien. Status terminal ditetapkan oleh dokter berdasarkan diagnosis, perjalanan penyakit, prognosis, dan kondisi klinis; tidak ditentukan hanya dari usia atau satu parameter.</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">1. Mengidentifikasi kondisi klinis, kebutuhan, gejala, penderitaan, dan risiko pasien dengan penyakit terminal.
2. Menilai kebutuhan paliatif sejak dini dan menyusun rencana perawatan yang berpusat pada pasien.
3. Menjamin pengendalian nyeri dan gejala lain serta dukungan psikososial, spiritual, dan keluarga.
4. Memfasilitasi komunikasi mengenai prognosis, tujuan perawatan, preferensi pasien, dan perencanaan perawatan lanjutan.
5. Menentukan kebutuhan konsultasi, rawat inap, perawatan intensif, paliatif, rujukan, atau perawatan di rumah.
6. 6. Menjamin dokumentasi, kesinambungan pelayanan, dan penghormatan terhadap martabat serta hak pasien.</td></tr>
<tr><td>Kebijakan</td><td colspan="3">Berdasarkan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/265/IX/2026 tentang Kebijakan Isi Julmah dan Jenis Asesmen Awal Medis Serta Keperawatan di RSAU dr. Esnawan Antariksa.</td></tr>
<tr><td>Refrensi</td><td colspan="3">1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Permenkes Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit;
3. Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">A. Identifikasi dan skrining awal (semua unit)
1. Verifikasi identitas pasien dan alasan kunjungan/perawatan; telaah diagnosis utama, penyakit penyerta, perjalanan penyakit, terapi sebelumnya, dan informasi klinis yang tersedia.
2. Identifikasi apakah pasien memiliki penyakit progresif lanjut/yang mengancam kehidupan, penurunan fungsi, kebutuhan gejala kompleks, kunjungan berulang, atau kebutuhan diskusi tujuan perawatan. Minta penilaian dokter bila status terminal atau kebutuhan paliatif belum jelas.
3. Nilai kegawatan segera, termasuk gangguan jalan napas/pernapasan/sirkulasi, penurunan kesadaran akut, perdarahan, nyeri tidak terkendali, agitasi berat, atau gejala berat lain. Aktifkan penanganan kegawatdaruratan sesuai kondisi dan tujuan perawatan yang telah disepakati serta terdokumentasi.</td></tr>
</table>

	B. Asesmen klinis komprehensif 1. Dokter melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kondisi pasien serta kebutuhan pengambilan keputusan. 2. Kaji gejala utama dan tingkat keparahan: nyeri, sesak, mual/muntah, konstipasi, kelelahan, delirium/kebingungan, kecemasan, depresi, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, luka, dan gejala lain. Gunakan instrumen penilaian tervalidasi bila tersedia dan sesuai. 3. Kaji status fungsional, mobilitas, aktivitas harian, nutrisi/hidrasi, kemampuan komunikasi, integritas kulit, risiko jatuh, risiko luka tekan, dan kebutuhan alat bantu/perawatan. 4. Telaah diagnosis, prognosis, obat yang sedang digunakan, alergi, respons dan efek samping terapi; lakukan pemeriksaan penunjang hanya bila hasilnya dapat memengaruhi keputusan atau kenyamanan pasien. 5. Kaji aspek psikologis, sosial, budaya, dan spiritual; identifikasi kebutuhan keluarga/pengasuh, beban perawatan, serta dukungan yang tersedia. 6. Nilai kapasitas pasien untuk mengambil keputusan terkait keputusan spesifik. Bila kapasitas terganggu, ikuti ketentuan hukum dan kebijakan rumah sakit mengenai wakil pengambil keputusan yang sah; tetap libatkan pasien sejauh memungkinkan. C. Asesmen pasien rawat jalan (RAJAL) 1. Lakukan skrining kebutuhan paliatif dan pengkajian gejala serta fungsi pada kunjungan awal dan bila kondisi berubah. 2. Dokter menjelaskan kondisi dan pilihan perawatan dengan bahasa yang dipahami pasien; pastikan pemahaman, preferensi, tujuan pribadi, dan persetujuan pasien. 3. Susun rencana rawat jalan yang mencakup pengendalian gejala, obat dan cara penggunaannya, dukungan psikososial/spiritual, edukasi tanda bahaya, akses kontak layanan, serta jadwal evaluasi. 4. Pertimbangkan rujukan ke tim paliatif, klinik nyeri, gizi, rehabilitasi medik, psikologi/psikiatri, pekerja sosial, atau layanan lain sesuai kebutuhan. 5. Dokumentasikan rencana tindak lanjut, koordinasi antarunit, serta kriteria pasien harus kembali segera atau ke IGD. D. Asesmen pasien IGD 1. Lakukan triase dan stabilisasi sesuai kegawatan; pada saat yang sama telaah rencana perawatan terdahulu, arahan medis, preferensi pasien, dan dokumen keputusan yang tersedia. 2. Kaji gejala yang membawa pasien ke IGD, tingkat penderitaan, penyebab yang mungkin dapat ditangani, status fungsional, komorbiditas, obat, dan kemungkinan komplikasi akut. 3. Bila tujuan perawatan belum diketahui, lakukan penilaian klinis dan komunikasi segera dengan pasien/wakil yang sah serta DPJP bila dapat dihubungi. Jangan menunda intervensi mendesak yang diperlukan untuk mencegah bahaya serius saat informasi belum tersedia; keputusan tetap mengikuti kondisi klinis dan ketentuan yang berlaku. 4. Berikan penanganan gejala dan terapi yang sesuai indikasi, serta konsultasi tim paliatif/DPJP/spesialis terkait bila tersedia. 5. Tentukan disposisi berdasarkan kondisi, kebutuhan kontrol gejala, dukungan di rumah, preferensi pasien, dan keselamatan: pulang dengan rencana terkoordinasi, observasi, rawat inap, ICU, atau rujukan. 6. Pastikan serah terima mencakup gejala, intervensi dan respons, hasil pemeriksaan, status tujuan perawatan, keputusan yang telah

	dibahas, serta kebutuhan tindak lanjut. E. Asesmen pasien rawat inap (RANAP) 1. Lakukan asesmen medis dan keperawatan awal sesuai standar rumah sakit serta asesmen paliatif bila terindikasi. 2. Nilai gejala, fungsi, status nutrisi/hidrasi, risiko luka tekan/jatuh, kondisi psikososial/spiritual, kebutuhan keluarga, dan tujuan perawatan. 3. Susun rencana perawatan multidisiplin yang memuat target pengendalian gejala, terapi yang sesuai, pemantauan, rehabilitasi/dukungan, komunikasi keluarga, dan rencana pulang atau transisi layanan. 4. Tinjau manfaat, beban, dan kesesuaian intervensi diagnostik/terapeutik dengan tujuan pasien secara berkala. Perubahan rencana harus berdasarkan evaluasi klinis, komunikasi yang layak, dan dokumentasi. 5. Diskusikan dan dokumentasikan preferensi pasien terkait lokasi perawatan, dukungan yang diinginkan, serta rencana jika terjadi perburukan; keputusan resusitasi mengikuti proses formal rumah sakit. 6. Siapkan kesinambungan pelayanan sebelum pulang/rujuk, termasuk obat, alat bantu, edukasi pengasuh, nomor kontak layanan, dan jadwal tindak lanjut. F. Asesmen pasien ICU 1. Lakukan asesmen kritis sesuai standar ICU, termasuk status respirasi/hemodinamik, fungsi organ, tingkat kesadaran, nyeri, delirium, sedasi, dan respons terhadap terapi. 2. Tinjau indikasi masuk ICU, prognosis, reversibilitas kondisi akut, kemungkinan manfaat dan beban dukungan organ, serta tujuan perawatan pasien. 3. Komunikasikan kondisi dan pilihan perawatan secara berkala kepada pasien bila mampu, atau wakil yang sah sesuai kebijakan; libatkan DPJP, intensivis, tim paliatif, dan tim terkait bila diperlukan. 4. Keputusan memulai, tidak memulai, membatasi, atau menghentikan terapi penunjang hidup hanya dilakukan melalui proses keputusan klinis yang sah, multidisiplin bila diperlukan, dengan komunikasi dan dokumentasi lengkap sesuai hukum serta kebijakan rumah sakit. SOP ini tidak menjadi dasar tunggal untuk menahan atau menghentikan terapi. 5. Tetap berikan perawatan yang berfokus pada kenyamanan, pengendalian gejala, kebersihan, posisi, dukungan keluarga, dan martabat pasien, terlepas dari keputusan mengenai dukungan organ. 6. Bila pasien dipindahkan dari ICU, lakukan serah terima terstruktur mengenai kondisi, terapi, target perawatan, keputusan yang telah disepakati, gejala, dan rencana tindak lanjut. G. Komunikasi, dokumentasi, dan evaluasi 1. Lakukan komunikasi empatik, jujur, bertahap, dan sesuai kesiapan pasien; hindari janji atau kepastian prognosis yang tidak didukung kondisi klinis. 2. Dokumentasikan asesmen, gejala dan skala yang digunakan, kapasitas keputusan, orang yang terlibat, preferensi pasien, pembahasan manfaat-risiko, keputusan terapi, rencana eskalasi, dan tindak lanjut. 3. Evaluasi ulang pada perubahan kondisi, setelah intervensi utama, saat perpindahan unit, dan sesuai kebutuhan klinis. 1. 4. Jaga privasi serta kerahasiaan pasien dan berikan dukungan berduka kepada keluarga sesuai layanan yang tersedia.

Unit Terkait	1. Instalasi Rawat Jalan (RAJAL) 2. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 3. Instalasi Rawat Inap (RANAP) 4. Intensive Care Unit (ICU) 5. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan dokter spesialis terkait 6. Tim/layanan perawatan paliatif (bila tersedia) 7. Keperawatan 8. Farmasi 9. Rehabilitasi Medik, Gizi, Psikologi/Psikiatri, Pekerja Sosial/Rohaniawan sesuai kebutuhan 10. Unit Rekam Medis 11. Komite Medik dan Komite/Tim Mutu dan Keselamatan Pasien.