

RSUD TAPAN		MANAJEMEN NYERI													
		No. Dokumen 092	No. Revisi 0	Halaman 1 / 1											
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD TAPAN  dr. Elfrina Mirna NIP 198404272014122001														
PENGERTIAN	Pengkajian yang tepat , akurat tentang nyeri sebagai upaya untuk mencari solusi yang tepat untuk menanganinya yang dilakukan secara berkesinambungan sebagai upaya mencari gambaran yang terbaru dan nyeri yang dirasakan oleh pasien														
TUJUAN	1. Sebagai acuan dalam tatalaksana nyeri Menetapkan data dasar 2. Menegakkan diagnosa yang tepat 3. Menyeleksi terapi yang cocok 4. Mengevaluasi respon pasien terhadap terapi yang diberikan														
KEBIJAKAN	Dalam memberikan Asuhan Keperawatan (ASKEP) kepada pasien harus berdasarkan SPO yang tersedia														
Prosedur	1. Lakukan asesmen nyeri sesuai dengan umur pasien, faktor pencetus nyeri, kualitas atau karakter nyeri, lokasi nyeri, skala nyeri dan waktu munculnya nyeri														
	2. Minta pasien menunjukkan angka-angka yang menggambarkan rasa nyeri dan dokumentasikan di formulir monoting nyeri														
	Pada Pasien Dewasa dinilai dari skala 1-10														
	0	Tidak neyri													
	1-3	Neyri ringan (sedikit mengganggu aktivitas sehari-hari)													
	4-6	Nyeri sedang (gangguan nyata terhadap ativitas sehari-hari)													
	7-9	Nyeri berat (tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari)													
	10	Nyeri sangat berat (pasien tidak mapu lagi berkomunikasi)													
	Pada Pasien Anak yang merasakan nyeri dinilai dari skala wajah Wong Baker														
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0 tidak sakit</td><td>1 Sedikit sakit</td><td>2 Agak mengganggu</td><td>3 Mengganggu aktivitas</td><td>4 Sangat mengganggu</td><td>5 Tak tertahankan</td></tr></table>										0 tidak sakit	1 Sedikit sakit	2 Agak mengganggu	3 Mengganggu aktivitas	4 Sangat mengganggu
															
0 tidak sakit	1 Sedikit sakit	2 Agak mengganggu	3 Mengganggu aktivitas	4 Sangat mengganggu	5 Tak tertahankan										
a. Nilai 0 nyeri tidak dirasakan oleh anak b. Nilai 1 nyeri yang dirasakan sedikit saja c. Nilai 2 nyeri yang dirasakan hialng timbul d. Nilai 3 nyeri yang dirasakan anak lebih banyak e. Nilai 4 nyeri yang dirasakan anak secara keseluruhan f. Nilai 5 nyeri yang dirasakan nyeri sekali dan menjadi anak menangis															
3. Lakukan pengkajian skala, lokasi, karateristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri															
4. Observasi reaksi non verbal															

	16. Bersihkan alat-alat dan kembalikan ke tempat semula
	17. Cuci Tangan setelah melakukan tindakan
	18. Dokumentasikan pada status pasien dan observasi keadaan pasien
UNIT TERKAIT	5. Rawat Inap 6. IGD