

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Tanggal : Pukul: WIB

Sumber data : ☐ Pasien ☐ Keluarga ☐ Teman ☐ Lainnya.....

Rujukan : ☐ Tidak ☐ Ya ☐ RS : ☐ Dokter : ☐ Lainnya.....

Dx. Rujukan :

1. Alasan Kunjungan :
2. Keluhan Utama :
3. Riwayat Penyakit Sekarang :
4. Riwayat Penyakit Dahulu :
5. Riwayat Penyakit Keluarga :

6. Agama / kepercayaan : ☐ Islam ☐ Katholik ☐ Kristen ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lainnya.....

7. Status Sosial :

Status Pernikahan : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Duda / Janda

Keluarga : ☐ Tinggal Sendiri ☐ Tinggal Serumah

Tempat Tinggal : ☐ Rumah ☐ Panti Asuhan ☐ Lainnya.....

Keluarga Dekat : Hubungan : Telp :

Informasi didapat dari : ☐ Pasien ☐ Keluarga ☐ Lainnya.....

Curiga Penganiayaan / penelantaran : ☐ Tidak ☐ Ya

8. Status Ekonomi :

Pekerjaan : ☐ Tani ☐ PNS ☐ Swasta ☐ Wiraswasta ☐ Lainnya:.....

9. Status Fungsional :

Aktivitas : ☐ Mandiri ☐ Tongkat ☐ Kursi Roda ☐ Tirah Baring

10. Status Psikologi : ☐ Kooperatif ☐ Tegang ☐ Cemas / gelisah ☐ Depresi / sedih
☐ Melukasi diri sendiri / orang lain ☐ Lain – lain.....

11. Riwayat Pengobatan :

	Nama Obat	Berlanjut	
		Ya	Tidak
Obat yang diminum			
Obat yang dibawa			

12. Riwayat Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan.....

13. Pemeriksaan fisik, status fungsional dan skrining gizi

Pemeriksaan Fisik

Tekanan Darah :/.....mmHg Suhu :°C BB :Kg.

Nadi :x/menit Pernafasan :x/menit SpO2 :

Status Fungsional

a. Sensorik

Penglihatan : ☐Normal ☐Kabur ☐Kacamata ☐Lensa Kontak

Penciuman : ☐Normal ☐Tidak

Pendengaran : ☐Normal ☐Tuli kanan / kiri ☐Alat bantu dengar kanan / kiri

b. Kognitif : ☐Orientasi Penuh ☐Pelupa ☐Bingung ☐Tidak dapat dimengerti

c. Motorik :

Aktifitas sehari – hari : ☐Mandiri ☐Bantuan Minimal ☐Bantuan Sekaligus ☐ketergantungan total

Berjalan : ☐Tidak Ada kesulitan ☐Perlu Bantuan ☐Sering jatuh ☐Kelumpuhan

14. Hambatan Edukasi : ☐Tidak

☐Ya : ☐Bahasa ☐Motivasi Buruk ☐Emosi ☐Kesulitan Bicara

☐Kognitif ☐Faktor Budaya ☐Hilang Memori ☐Tidak Percaya Diri

☐Masalah Penglihatan ☐Masalah Pendengaran ☐Lain – lain.....

15. Pengkajian Nutrisional :

Indikator Penilaian Malnutrisi / MST	Skor	Nilai
BAYI / ANAK / DEWASA		
1. Apakah Pasien Mengalami penurunan berat badan yang direncanakan/tidak di inginkan dalam 6 bulan terakhir <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak yakin (ada tanda : bsjunya lebih longgar) <input type="checkbox"/> Ya, ada penurunan berat badan sebanyak : <ul style="list-style-type: none">• 1-5 kg• 6-10 kg• 11-15 kg• >15kg• Tidak tahu berapa penurunannya	0 2 1 2 3 4 2	
2. Apakah Asupan makan pasien berkurang karena nafsu makan/kesulitan menerima makananan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	0 1	
TOTAL SKOR Bila total skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosa dan kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjut oleh Ahli Gizi		
Pasien dengan diagnose khusus (Diabetes Melitus, Hemodialisa / Geriatri / Penurunan Imunitas dan lain-lain), sebutkan :		

16. Pengkajian Risiko Jatuh

Pengkajian Risiko Jatuh Pasien Dewasa (MFS/ MORSE FALL SCALA)

No	Faktor Risiko	Skala	SKOR	Hasil
1	Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tdk Ya	0 25	
2	Diagnosis medis sekunder > 1	Tdk Ya	0 25	
3	Alat bantu :			
	Tidak/dibantu perawat/bedrest		0	
	Tongkat/walker		15	
	Perabot, kursi roda		30	
4	Terapi heparin lock / terapi intra vena	Tdk Ya	0 20	
5	Gaya Berjalan :			
	Normal/tirah baring/imobilisasi		0	
	Lemah		10	
	Terganggu		20	
6	Status mental :			
	Orientasi sesuai kemampuan diri		0	
	Tidak sesuai dengan perintah		15	
Jumlah Skor			125	

Kriteria Penilaian MPS

Tingkat Risiko	Nilai MPS
Tidak Berisiko	0-24
Resiko Rendah	25 - 50
Resiko Tinggi	≥ 51

Bila Skor ≥ 51 lakukan intervensi

Kriteria Penilaian Humpty Dumpty

Tingkat Risiko	Nilai
Tidak Berisiko	7
Resiko Rendah	8 - 11
Resiko Tinggi	≥ 12

Bila Skor ≥ 12 lakukan intervensi

Pengkajian Risiko Jatuh Pasien Anak (Skala Humpty Dumpty)

No	Faktor	Skala	Skor	Nilai
1	Umur	< 3 tahun 3-7 tahun 8-13 tahun 14-18 tahun	4 3 2 1	
2	Jenis Kelamin	L P	2 1	
3	Diagnosa	Kelainan neorologi Gangguan oksigenasu (Pernafasan, Anemi, Dehidrasi, Anoreksia, Sinkop, Sakit Kepala)	4 3	
		Kelemahan fisik / kelainan psikis	2	
4	Gangguan koqnitif	Tidak memahami keterbatasan Lupa keterbatasan Orientasi terhadap kelemahan	3 2 1	
5	Lingkungan	Riwayat jatuh/bayi, balita di TT dewasa Pasien menggunakan alat bantu/bayi dlm ayunan Pasien berada di TT standar bayi / anak Pasien berada diluar area ruang perawatan	4 3 2 1	
6	Respon thd pembedahan, Sedasi, dan anastesi	Dalam 24 jam Dalam 48 jam Lebih dari 48 jam Obat sedative, Hipnotik, Barbiturat, Phenotiazin Salah satu obat diatas Pengobatan lain	3 2 1 3 2 1	
Jumlah SKOR			23	

17. Pengkajian Nyeri

Diarsir sesuai lokasi

nyeri

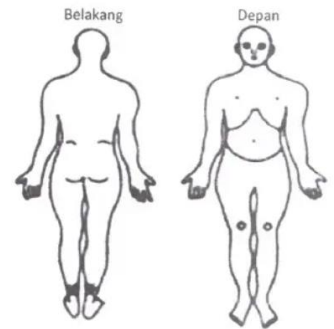
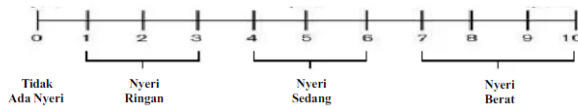
Apakah ada nyeri : ☐ Ya, skor nyeri WB : ☐ Tidak

VAS :

WB



VAS



Provoke (pencetus) : ☐ Gerakan Fisik ☐ Urinase ☐ Lainnya.....

Quality / kualitas : ☐ Menekan ☐ Menusuk ☐ Tajam ☐ Berdenyut-denyut ☐ Terbakar ☐ Menyengat ☐ Tumpul
☐ Menyebar ☐ Pedih ☐ Lainnya.....

Regio / Radiasi : Lokasi : Penjalaran : Tidak/Ya*), Sebutkan :

Severity (skala) : ☐ Visual Analog Scale(VAS) ☐ Wong-Baker Face Pain Scale (WB) ☐ Total Skor :

Kategori Nyeri : ☐ Tidak Nyeri ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Berat ☐ Hebat ☐ Sangat Hebat

Tempo/Timing(Waktu) : ☐ Jarang ☐ Hilang Timbul ☐ Terus Menerus ☐ Akut ☐ Kronis

Bila nyeri ≥ 4 lakukan intervensi

DIAGNOSE KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan (Pilih 3 Prioritas) :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resiko Tinggi Infeksi | <input type="checkbox"/> Resiko ketidakstabilan kadar gula darah | <input type="checkbox"/> kerusakan Mobilitas Fisik |
| <input type="checkbox"/> Intoleransi Aktivitas | <input type="checkbox"/> kelebihan Volume Cairan | <input type="checkbox"/> Penurunan Curah Jantung |
| <input type="checkbox"/> Defisit Volume Cairan | <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan elektrolit | <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan perfusi |
| <input type="checkbox"/> jaringan | | |
| <input type="checkbox"/> Inkontinesia stress urine | <input type="checkbox"/> Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer | <input type="checkbox"/> Hipotermi |
| <input type="checkbox"/> bersihan jalan nafas tidak efektif | <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh | <input type="checkbox"/> Hipotermi |
| <input type="checkbox"/> ketidakefektifan pola makan | <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | <input type="checkbox"/> Nyeri |
| <input type="checkbox"/> Retensi urine | <input type="checkbox"/> kerusakan integritas kulit <input type="checkbox"/> Konstipasi | <input type="checkbox"/> YaAnsietas |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Resiko cedera <input type="checkbox"/> Lainnya..... | |

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

1. Surabaya,..... Jam:.....

2.

Keluarga pasien Perawat / Bidan / Terapis

(.....)(.....)

Tanda Tangan & Nama Terang Tanda Tangan & Nama Terang

B. PENGKAJIAN MEDIS

1. Anamnesa :	
a. Keluhan Utama
b. Riwayat Penyakit Sekarang
2. Pemeriksaan Fisik :	
KU : <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Kesakitan <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Tenang <input type="checkbox"/> Lain – lain.....	
GCS : E :..... V:..... M:.....	
3. Status Lokalis :	
Kepala : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:	
Leher : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:	
Thorax : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:	
Abdomen : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:	
Urogenital : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:	
Ekstrimitas : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal:	
4. Pemeriksaan Penunjang:	
<input type="checkbox"/> Laboratorium
<input type="checkbox"/> Radiologi
<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Lain – lain
5. Diagnosa Kerja :	
6. Diagnosa Bandiing :	
7. Planning / Rencana (Edukasi, Diagnostic, Terapi, Rujukan)	
8. Rencana Tindakan (Khusus pasien prabedah)	
1) Diagnosa praoperasi
2) Rencana tindakan praoperasi
3) Urgensi operasi	Cyto Elektif
4) Persiapan operasi	Tidak ada Ada, sebutkan.....
5) Jaringan yang diangkat	Tidak ada Ada, sebutkan.....
6) Persiapan darah	Tidak ada Ada, sebutkan.....
Cara Keluar :	
<input type="checkbox"/> Pulang	Surabaya,..... Dokter yang merawat
<input type="checkbox"/> Pulang APS	
<input type="checkbox"/> MRS ke Ruangan :.....	
<input type="checkbox"/> Dirujuk ke:.....	(.....) Tanda tangan & nama Terang
<input type="checkbox"/> Meninggal	

