

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

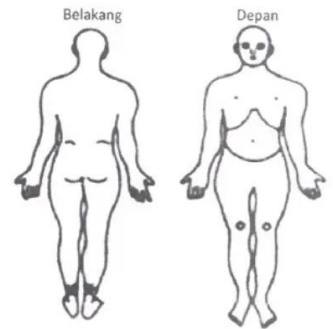
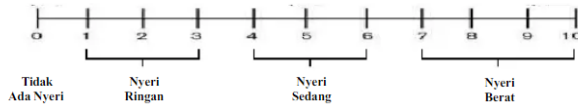
Apakah ada nyeri : ☐ Ya, skor nyeri WB : ☐ Tidak

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 jaringan | <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan elektrolit | <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan perfusi |
| <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"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Resiko cedera | <input type="checkbox"/> YaAnsietas |
| | <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 : ☐Gelisah ☐Kesakitan ☐Lemah ☐Tenang ☐Lain – lain.....

GCS : E :..... V:..... M:.....

3. Status Lokalis :

Kepala : ☐Normal ☐Tidak Normal:

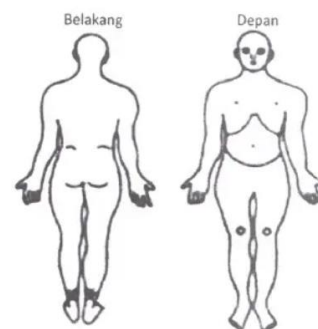
Leher : ☐Normal ☐Tidak Normal:

Thorax : ☐Normal ☐Tidak Normal:

Abdomen : ☐Normal ☐Tidak Normal:

Urogenital : ☐Normal ☐Tidak Normal:

Ekstremitas : ☐Normal ☐Tidak Normal:



4. Pemeriksaan Penunjang:

☐Laboratorium :

☐Radiologi :

☐ECG :

☐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 :

☐Pulang

☐Pulang APS

☐MRS ke Ruangan :.....

☐Dirujuk ke:.....

☐Meninggal

Surabaya,.....

Dokter yang merawat

(.....)

Tanda tangan & nama Terang

