

PENGKAJIAN AWAL PASIEN DEWASA / LANSIA

DIISI OLEH PERAWAT

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
NIK :

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Cara masuk ☐ jalan ☐ kursi roda ☐ brankart

Asal masuk : ☐ IGD

☐ Poliklinik

A. RIWAYAT ALERGI

Alergi : ☐ tidak ☐ ya,

Bila Ya, Tindakan penanganan : ☐ hindari penyebab ☐ periksa ☐ lain-lain,

B. Tanda Vital

Tekanan Darah : _____ / _____ mmHg, Denyut Jantung : _____ /menit, pernafasan : _____ /menit

Suhu : _____ °C, Saturasi Oksigen : _____ %

C. Neurosensorik

Kesadaran : ☐ compos mentis ☐ somnolen ☐ delirium ☐ sopor ☐ koma

GCS : E _____ M _____ V _____

Pendengaran : ☐ Normal ☐ Kurang pendengaran (Ka/Ki) ☐ Gangguan pendengaran ☐ Lainnya.....

Penglihatan : ☐ Normal ☐ Kacamata ☐ Lensa kontak ☐ Lain-lain.....

Bicara : ☐ Normal ☐ Pelo ☐ Aphasia ☐ Kelainan bicara ☐ Tidak komunikatif

D. Respirasi

Pernapasan : ☐ Reguler ☐ Irreguler ☐ Dyspnea ☐ Orthopnea

Adakah : ☐ Whezing ☐ Ronkhi ☐ stridor ☐ Tak ada Kelainan

☐ Batuk : ☐ Tidak, ☐ Ya : (Jelaskan

☐ Sputum : ☐ Tidak, ☐ Ya : (Jelaskan

E. Sirkulasi

a. Nadi ☐ Reguler ☐ Irreguler

b. Adakah ☐ Nyeri dada ☐ Edema, Jelaskan

c. Ekstremitas ☐ Hangat ☐ Dingin ☐ Sianosis ☐ Capillary refill (> 3 detik / < 3 detik)

F. Integritas Kulit

Luka / lesi : ☐ ada ☐ tidak ada

Bila ada, jenis luka : ☐ steril ☐ bersih ☐ kotor

Lokasi luka : ☐ ekstremitas atas ☐ ekstremitas bawah ☐ seluruh tubuh ☐ lainnya

Luka karena : ☐ operasi ☐ WSD ☐ ulkus (diabetikum/dekubitus) ☐ lain - lain

Tanda - tanda radang : ☐ kemerahan ☐ panas ☐ bengkak ☐ nyeri ☐ fungsiolisa (berubah fungsi)

G. POLA FUNGSIONAL

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan periksa bila sakit: ☐ beli obat warung ☐ periksa ke fasilitas kesehatan ☐ tidak/ jarang diobati karena sembuh sendiri

2. Pola Nutrisi & Metabolik

Riwayat nutrisi : ☐ anoreksia ☐ mual ☐ muntah

Porsi makan : ☐ cukup ☐ kurang

Diet : ☐ Nasi ☐ bubur kasar ☐ bubur saring ☐ sonde ☐ puasa ☐ ASI, Frekuensi _____ X perhari

Terpasang NGT : ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Terpasang Hari Ke : _____

Tujuan pemasangan NGT : ☐ Pemenuhan nutrisi ☐ Cuci lambung

Jumlah minuman : _____ ml/hari

3. Pola Eliminasi

BAB : _____ Kali/hari

Konsistensi : ☐ Cair ☐ lunak ☐ keras

Warna : ☐ merah ☐ hitam ☐ normal

Keluhan : ☐ Kembung ☐ sebah ☐ Konstipasi ☐ Diare. ☐ Lainnya : _____

BAK : _____ kali/hari, ☐ incontinentia ☐ retensi urine ☐ disuria ☐ anuria

Jumlah : _____ ml/hari

Warna urine : ☐ jernih ☐ merah ☐ kekuningan

Terpasang kateter : ☐ ya ☐ tidak terpasang hari ke :

4. Pola Istirahat Tidur

Gangguan tidur ☐ Tidak ☐ Ya, jelaskan:
(termasuk akibat dari obat yang diminum pasien)

5. Pola Toleransi Koping Stres

Koping terhadap sakitnya ☐ takut / khawatir ☐ menerima

Penyelesaian bila ada masalah ☐ sendiri ☐ minta bantuan orang terdekat

6. Pola Nilai dan Kepercayaan

Kebiasaan menjalankan ibadah ☐ teratur ☐ tidak teratur

Kebutuhan pelayanan rohani ☐ Tidak ☐ Ya

7. Pola Persepsi Kognitif

Pengetahuan tentang penyakitnya saat ini : ☐ tidak tahu ☐ sedikit tahu ☐ mengerti dan memahami
Perawatan/tindakan yang di lakukan : ☐ mengerti ☐ tidak mengerti

8. Pola Konsep Diri

Gambaran diri : ☐ optimis dengan kondisi tubuhnya ☐ merasa cacat/ kurang
Ideal diri : ☐ menerima diri ☐ menolak keadaan penyakitnya
Harga diri : ☐ percaya diri positif ☐ rendah diri ☐ malu
Peran : ☐ peran minimal ☐ digantikan orang lain
Identitas diri : ☐ persepsi diri baik ☐ persepsi diri kurang baik

9. Pola Aktifitas dan Latihan

Membutuhkan Alat bantu : ☐ Ya ☐ Tidak
Sesak Nafas saat aktifitas : ☐ Ya ☐ Tidak
Kekuatan Otot :

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

10. Pola Hubungan dan Peran

Hubungan dengan orang lain selama dirawat : ☐ terganggu ☐ tidak terganggu
Peran di dalam keluarga sebagai : ☐ Ayah ☐ Ibu ☐ Anak ☐ Lain - lain
Perannya selama sakit : ☐ tidak dapat dilakukan ☐ minimal ☐ digantikan orang lain

11. Pola Seksual dan Reproduksi

Jumlah anak : _____ orang
Menikah umur : _____ tahun
Anak pertama lahir umur : _____ tahun
Pernah menderita penyakit kelamin ☐ ya ☐ tidak
Jenis/ keluhan : _____

H. ASSESMENT KHUSUS LANSIA (USIA > 60 TAHUN)

Kondisi fisik

a. Skor notron (resiko dekubitus)

BERILAH TANDA CENTANG					NILAI
ITEM/SKOR	4	3	2	1	
Kondisi Umum	<input type="radio"/> Baik	<input type="radio"/> Lumayan	<input type="radio"/> Buruk	<input type="radio"/> Sangat buruk	
Kesadaran	<input type="radio"/> Komposmentis	<input type="radio"/> Apatis	<input type="radio"/> Soporis	<input type="radio"/> Koma	
Aktivitas	<input type="radio"/> Dapat berpindah	<input type="radio"/> Dengan bantuan	<input type="radio"/> Dikursi	<input type="radio"/> Ditempat tidur	
Mobilitas	<input type="radio"/> Bergerak bebas	<input type="radio"/> Sedikit terbatas	<input type="radio"/> Sangat terbatas	<input type="radio"/> Tak bisa bergerak	
Inkontinensia urin	<input type="radio"/> Tidak ngompol	<input type="radio"/> Kadang-kadang	<input type="radio"/> Sering	<input type="radio"/> Sering (alvi + urine)	
Hasil Scoring	<input type="checkbox"/> < 12 (resiko besar) <input type="checkbox"/> < 12-15(resiko sedang) <input type="checkbox"/> < 16-20(resiko kecil)				

- b. Decubitus ☐ tidak ☐ ada derajat ☐ I ☐ II ☐ III
- c. Pernah jatuh ☐ tidak ☐ ya, pernah bulantahun yang lalu
- d. Kontraktur/nyeri gerak ☐ tidak ☐ ya, di
- e. Menggunakan alat bantu ☐ tidak ☐ ya ☐ tongkat ☐ walker ☐ kursi roda ☐ komodo ☐ lainnya
- Memori ☐ baik ☐ sering lupa ☐ tidak ingat

I. NUTRISI**UNTUK PASIEN DEWASA / LANSIA**

Bila skor > 2 dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjut oleh Ahli Gizi

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir? | Skor |
| a. Tidak ada penurunan BB | 0 |
| b. Tidak Yakin/tidak tahu/terasa baju longgar | 2 |
| c. Jika Ya, berapa penurunan BB tersebut : | |
| ▶ 1 - 5 kg | 1 |
| ▶ 6 - 10 kg | 2 |
| ▶ 11 - 15 kg | 3 |
| ▶ > 15 kg | 4 |
| 2. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan? | |
| a. Tidak | 0 |
| b. Ya | 1 |
| Pasien dengan diagnosis khusus <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | |
| (DM/KCD/Infeksi kronis/lain-lain sebutkan) | |
| Kesimpulan : Beresiko Manultrisi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | Total |

UNTUK OBSTETRI / KEHAMILAN / NIFAS

Jika Salah satu jawab "Ya" dilakukan pengkajian lanjut oleh Ahli Gizi

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan? | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 2. Ada gangguan metabolisme (DM; gangguan fungsi tiroid; infeksi kronis spt : HIV, TB, Lupus, Lain-lain sebutkan) | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 3. Ada penambahan BB yang kurang atau lebih selama kehamilan | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 4. Nilai Hb < 11 g/dl atau HCT < 30% | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Kesimpulan : Berisiko Manultrisi ☐ Ya ☐ Tidak