

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Tenaga Keperawatan)

Petunjuk : Beri tanda (✓) pada kolom yang anda anggap sesuai

Asesmen dimulai : tanggal 5/12 pkl 17 ¹⁰

Anamnesis dengan cara : ☒ Auto ☐ Allo, Hubungan dengan pasien: _____

Cara masuk : ☐ Jalan tanpa bantuan ☐ Jalan dengan bantuan ☒ Dengan kursi roda ☐ Dengan stretcher

Asal pasien : ☒ IGD ☐ Poliklinik ☐ Kamar bersalin ☐ Kamar operasi ☐ Rujukan

I. Status Sosial, Ekonomi, Agama, Suku/Budaya, Nilai Kepercayaan Dan Kebutuhan Privasi

1. Data sosial:

- a. Pekerjaan pasien : ☐ PNS/TNI/POLRI ☒ Swasta ☐ Wiraswasta ☐ Pensiun ☐ Pelajar/ Mahasiswa
☐ Lain-lain : IDT
- b. Pekerjaan penanggung jawab/OT pasien : ☐ PNS/ TNI/ POLRI ☐ Swasta ☐ Pensiun ☒ Wiraswasta
☐ Lain-lain : Pengusaha
- c. Pendidikan pasien : ☐ Belum sekolah ☐ Tidak sekolah ☐ TK ☐ SD ☐ SMP ☐ SLTA ☐ Akademi/PT ☒ Pasca Sarjana ☐
S3 ☐ Profesor ☐ Lain-lain : _____
- d. Pendidikan suami /Penanggung jawab/OT: ☐ Tidak sekolah ☐ TK ☐ SD ☐ SMP ☐ SLTA
☐ Akademi/PT ☒ Pasca Sarjana ☐ S3 ☐ Profesor ☐ Lain-lain : _____
- e. Cara pembayaran : ☒ Pribadi ☐ Perusahaan ☐ Asuransi ☐ lain-lain _____
- f. Tinggal bersama : ☒ Keluarga ☐ Orang tua ☐ Anak ☐ Mertua ☐ Teman ☐ Sendiri ☐ Panti Asuhan
☐ Panti jompo ☐ Lain-lain _____

2. Spiritual (Agama) : ☒ Islam ☐ Protestan ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Konghucu

Mengungkapkan keprihatinan yang berhubungan spiritual :

- ☒ Tidak ☐ Ya : ☐ Ketidak mampuan untuk mempertahankan praktek spiritual seperti biasa
☐ Bimbingan Rohani/ pelayanan kerohanian
☐ Lain - lain : _____

3. Suku / budaya : ☐ Jawa ☐ betawi ☐ batak ☐ minang ☐ melayu ☐ bugis ☐ sunda ☐ madura ☐ lain-lain _____

4. Nilai-nilai kepercayaan pasien / keluarga: ☒ Ada ☐ Tidak ada

- ☐ Tidak mau dilakukan tranfusi ☐ Tidak mau pulang dihari tertentu
☐ Tidak mau imunisasi pada anaknya
☐ Tidak mau konsumsi obat mengandung alcohol
☐ Tidak mau mengkonsumsi obat yang mangandung bahan tidak halal.
☐ Tidak makan makanan tertentu _____ ☐ Lain - lain _____

5. Kebutuhan privasi pasien : ☒ Tidak ☐ Ya

- ☐ Membatasi kunjungan , jika ada sebutkan _____
☐ Kondisi penyakit/ Pengobatan tidak mau diketahui orang lain/ hanya tertentu
☐ Tidak menerima kunjungan.
☐ Tidak mau dirawat petugas laki-laki /perempuan
☐ Tidak mau diketahui keberadaannya di rumah sakit
☐ Lain - lain _____

II. Anamnesis :

1. Diagnosis medis saat masuk : - fraktur Proximal phalang digiti IV (5)
2. Keluhan Utama : nyeri, jari kaki kiri terbentur kaki tempat tidur
+ 3 hari
3. Riwayat Penyakit Sekarang : fraktur Proximal phalang digiti IV (5)
4. Riwayat Penyakit Dahulu termasuk riwayat pembedahan :
 - a. Penyakit yang pernah diderita : HT + Arachytachiyamitria
 - b. Pernah dirawat : ☐ Tidak ☒ Pernah, kapan _____, Diagnosis medis _____
 - c. Pernah operasi/ tindakan : ☐ Tidak ☒ Ya, kapan _____
jenis operasi _____
 - d. Masalah operasi/ pembiusan : ☐ Tidak ☒ Ya, sebutkan _____
5. Riwayat Penyakit Keluarga : ☐ Tidak ada ☒ Ada, sebutkan HT
6. Riwayat pemakaian obat/ herbal/jamu sebelum masuk RS : ☐ Tidak ada ☒ Ada, sebutkan _____
_____, lanjut rekonsiliasi oleh Apoteker.
7. Riwayat penggunaan peobat yang sedang digunakan : ☒ Tidak ada ☒ Ada, sebutkan _____
8. Apakah pernah mendapatkan obat pengencer darah (aspirin, warfarin, plavix dll) ti Xiana
☐ Tidak, ☒ Ya, kapan terakhir Konsumi tgl 20/12/23 malam
9. Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada, sebutkan _____
10. Nyeri : ☐ Tidak ada ☒ Ada, Dengan skala nyeri : ☐ NRS, ☒ VAS, ☒ FLACSS ☐ Wong Baker ☐ BPS
 - a. Deskripsi : Provokes : ☒ Benturan ☐ Tindakan ☐ Proses penyakit, ☐ Lain-lain, _____
 - b. Quality : ☒ Seperti tertusuk-tusuk benda tajam/tumpul ☐ Berdenyut ☐ Terbakar
☐ Tertindih benda berat ☐ Diremas ☐ Terpelintir ☐ Teriris
 - c. Region : ☐ Lokasi : Proximal phalang digiti IV ☐ Menyebar : ☒ Tidak ☐ Ya
 - d. Severity : ☐ FLACSS, Score : 5 ☐ Wong Baker Faces, Score : _____ ☐ NRS/VAS, Score : _____ BPS, Score : _____
 - e. Time/ durasi nyeri : 10 menit
 - f. Jika ada keluhan nyeri lakukan Pengkajian lanjutan dan intervensi
11. Riwayat Tranfusi darah : ☒ Tidak pernah ☐ Pernah, kapan _____
Timbul reaksi ☐ Tidak / Ya _____
12. Golongan darah / Rh : ☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB Rh : ☐ Positif ☐ Negatif
13. Khusus pasien dengan riwayat kemoterapi & radioterapi :
 - a. ☒ Tidak pernah ☐ Pernah, kapan _____ Sudah berapa kali _____, terakhir _____
 - b. Cara pemberian : ☐ Melalui Suntik ☐ Melalui infus ☐ Melalui oral / minum
 - c. Riwayat radioterapi : ☐ Tidak pernah ☐ Pernah, kapan _____, berapa kali _____
 - d. Efek samping : ☐ Mual ☐ Muntah ☐ Jantung berdebar ☐ Pusing ☐ Rambut rontok
☐ Lain-lain _____
14. Riwayat merokok : ☒ Tidak ☐ Ya, jumlah/hari _____ Lamanya _____
15. Riwayat minum minuman keras : ☒ Tidak ☐ Ya, jenis _____ Jumlah/hari _____
16. Riwayat penggunaan obat penenang : ☒ Tidak ☐ Ya, jenis _____ Jumlah/hari _____
17. Riwayat Pernikahan : ☐ Belum menikah ☐ Menikah, Lama menikah : _____ Pernikahan keberapa : _____

III. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum: ☐ Tampak tidak sakit ☒ Sakit ringan ☐ Sakit sedang ☐ Sakit berat
2. Kesadaran : ☒ Compos mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Sopor coma ☐ Coma
3. GCS : E 4 M 6 V 5
4. Tanda Vital : TD _____ mmHg, Suhu : _____ C, Nadi : _____ x/mnt, Pernafasan : _____ x/ mnt
5. Antropometri : BB _____ kg, TB _____ cm, LK _____ cm, LD _____ cm, LP : _____ cm
6. Pengkajian Persistem dan pengkajian fungsi :

Pengkajian	Hasil Pemeriksaan
Sistem Susunan saraf pusat	Kepala : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hydrocephalus <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Mikrocephalus <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Ubun-ubun : <input checked="" type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Menonjol <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Wajah : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Bell's Palsy <input type="checkbox"/> Kelainan kongenital : _____ Leher : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Kaku Kuduk <input type="checkbox"/> Pembesaran Tiroid <input type="checkbox"/> Pembesaran KGB <input type="checkbox"/> Keterbatasan gerak <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Kejang : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Tipe _____ Sensorik : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Sakit nyeri <input type="checkbox"/> Rasa kebas Motorik : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hemiparese <input type="checkbox"/> Tetraparese
Sistem Penglihatan/ Mata	Gangguan penglihatan : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ada : <input type="checkbox"/> Miopi <input type="checkbox"/> Hipermetropi <input type="checkbox"/> Presbiopi <input type="checkbox"/> Astigmatisme <input type="checkbox"/> Buta Posisi mata : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor Kelopak Mata : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Konjungtiva : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Konjungtivitis <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Sklera : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Alat bantu penglihatan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Mata palsu <input type="checkbox"/> Kaca mata <input type="checkbox"/> Lensa kontak
Sistem Pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Tuli <input type="checkbox"/> Keluar cairan <input type="checkbox"/> Berdengung <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Menggunakan alat bantu pendengaran : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Sistem Penciuman	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Pengeluaran cairan <input type="checkbox"/> Polip <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Epistaksis <input type="checkbox"/> Lain lain _____
Sistem Pernafasan	Pola napas : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bradipneu <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Kusmaull <input type="checkbox"/> Cheyne stokes <input type="checkbox"/> Biots <input type="checkbox"/> Apneu <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Retraksi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____ NCH : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Jenis pernafasan : <input checked="" type="checkbox"/> Dada <input type="checkbox"/> Perut <input type="checkbox"/> Alat bantu napas, sebutkan _____

	Irama napas : <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Terpasang WSD : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Produksi _____ Kesulitan bernapas : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jika ya : <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Orthopneu <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Batuk dan sekresi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jika ya: <input type="checkbox"/> Produktif <input type="checkbox"/> Non produktif Warna sputum : <input type="checkbox"/> Putih <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Merah Suara napas : <input checked="" type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ronchi <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Kreckles
Sistem Kardiovaskuler/ jantung	Warna kulit : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Clubbing Finger : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nyeri dada : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan _____ Denyut nadi: <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Sirkulasi : <input checked="" type="checkbox"/> Akral hangat <input type="checkbox"/> Akral dingin <input type="checkbox"/> Rasa kebas <input type="checkbox"/> Palpitasi <input type="checkbox"/> Edema, lokasi _____ Pulsasi : <input checked="" type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ CRT : <input checked="" type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik
Sistem Pencernaan	Mulut : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Stomatitis <input type="checkbox"/> Mukosa kering <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Gigi : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Karies <input type="checkbox"/> Tambal <input type="checkbox"/> Goyang <input type="checkbox"/> Gigi palsu <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Lidah : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Tenggorokan : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hiperemis <input type="checkbox"/> Pembesaran Tonsil <input type="checkbox"/> Sakit menelan Abdomen : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Lembek <input type="checkbox"/> Distensi <input type="checkbox"/> Kembung <input type="checkbox"/> Asites <input type="checkbox"/> hepatomegali <input type="checkbox"/> Splenomegali <input type="checkbox"/> Nyeri tekan/lepas, lokasi _____ <input type="checkbox"/> Ada benjolan/ massa, lokasi _____ Peristaltik usus: <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Tidak ada bising usus <input type="checkbox"/> Hiperperistaltik Anus : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Atresia Ani <input type="checkbox"/> Haemoroid <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Lain - lain _____ BAB: <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> Diare Frekuensi _____ /hari
Sistem Genitourinaria	Kelainan : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hipospadia <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Hidrokel <input type="checkbox"/> Ambiguous <input type="checkbox"/> Phimosis <input type="checkbox"/> Lain-lain-- _____ BAK : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Anuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Retensi urin <input type="checkbox"/> Inkontinensia urin <input type="checkbox"/> Hematuri <input type="checkbox"/> Urostomy, Warna _____ Palpasi : <input checked="" type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Ada kelainan, _____ Perkusi : <input checked="" type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Nyeri ketok, lokasi : _____
Sistem Reproduksi	Wanita Menarche : umur ____ th, Siklus haid ____ hari, Lama haid : ____ hari, HPHT ____ Gangguan haid: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Dismenorhe <input type="checkbox"/> Metrorragi <input type="checkbox"/> Spotting <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____

	Penggunaan alat kontrasepsi: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan _____ Payudara : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Benjolan <input type="checkbox"/> Tampak seperti kulit jeruk <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Puting susu: <input type="checkbox"/> menonjol/lecet/masuk kedalam, ASI sudah keluar/belum, <input type="checkbox"/> Keluar darah/cairan Tanda – tanda mastitis : <input type="checkbox"/> Bengkak <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Kemerahan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada Uterus : TFU _____ Kontraksi uterus : keras / lembek Laki-laki Sirkumsisi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Gangguan prostat: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Lain-lain : _____
Sistem Integumen	Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> Kembali cepat <input type="checkbox"/> Kembali lambat <input type="checkbox"/> Kembali sangat lambat Warna : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Pucat Integritas : <input checked="" type="checkbox"/> Utuh <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Rash/ruam <input type="checkbox"/> Ptekiea Kriteria risiko dekubitus : <input type="checkbox"/> Pasien immobilisasi <input type="checkbox"/> Penurunan kesadaran <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Inkontinensia uri/alvi <input type="checkbox"/> Kclumpuhan <input type="checkbox"/> Penurunan persepsi sensori : <input type="checkbox"/> kebas <input type="checkbox"/> Penurunan respon nyeri <i>(Bila terdapat satu atau lebih kriteria di atas, lakukan pengkajian dengan menggunakan formulir pengkajian resiko dekubitus/ score Braden Scale)</i>
Sistem Muskuloskeletal	Pergerakan sendi : <input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Terbatas Kekuatan otot : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Tremor Nyeri sendi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____ Oedema : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____ Fraktur : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada lokasi <u>Proximal Phalang Alaris IV (5)</u> Parese : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____ Postur tubuh : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Skoliosis <input type="checkbox"/> Lordosis <input type="checkbox"/> Kyphosis
Sistem Endokrin Metabolik	Mata : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Exophtalmus <input type="checkbox"/> Endophtalmus Leher : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Pembesaran kelenjar tiroid Ekstremitas : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Berkeringat

IV. Pengkajian fungsi kognitif dan motorik

1. Kognitif

☒ Orientasi penuh ☐ Pelupa ☐ Bingung ☐ Tidak bisa dikaji

2. Motorik

a. Aktivitas sehari-hari : ☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan sebagian ☐ Ketergantungan total

b. Berjalan : ☐ Tidak ada kesulitan ☐ Perlu bantuan ☐ Sering jatuh ☐ Kelumpuhan
☐ Paralisis ☐ Deformitas ☐ Hilang keseimbangan

c. Riwayat patah tulang : ada ☐ Lain-lain _____

d. Alat ambulasi : ☐ Walker ☐ Tongkat ☐ Kursi roda ☒ Tidak menggunakan

e. Ekstremitas atas : ☒ Tidak ada kesulitan ☐ Lemah

f. Ekstremitas bawah : ☒ TAK ☐ Varises ☐ Edema _____ ☐ Tidak simetris ☐ Lain-lain _____

g. Kemampuan menggenggam : ☒ Tidak ada kesulitan ☐ Ada, sejak _____ ☐ Lain-lain _____

h. Kemampuan koordinasi : ☒ Tidak ada kelainan ☐ Ada masalah: _____

i. Kesimpulan gangguan fungsi : ☐ Ya (konsul DPJP) dan asesmen fungsi oleh fisioterapi
☐ Tidak (tdk perlu konsul DPJP)

3. Pengkajian risiko pasien jatuh

a. Risiko Jatuh Humpty Dumpty

☐ Risiko rendah 0 – 6 ☐ Risiko sedang 7 – 11 ☐ Risiko Tinggi ≥ 12

b. Risiko Jatuh Morse (Pasien dewasa dan pasien yang dirawat di ruang non intensif)

☐ Risiko rendah 0 – 24 ☒ Risiko sedang 25 – 44 ☐ Risiko Tinggi ≥ 45

c. Risiko jatuh geriatri (usia > 60 tahun) Ontario Modified Stratify- Sydney Scoring)

☐ 0-5 Risiko rendah ☒ 6-16 Risiko sedang ☐ > 16 Risiko tinggi

Keterangan : pasang gelang/ penanda risiko jatuh pada pengkajian risiko tinggi dan lakukan pengkajian Ulang.

4. Proteksi

a. Status Mental : ☒ Orientasi ☐ Tidak ada respon ☐ Agitasi ☐ Menyerang ☒ Kooperatif

☐ Letargi ☐ Disorientasi : ☐ Orang ☐ Tempat ☐ Waktu

b. Penggunaan restrain : ☒ Tidak

☐ Ya, alasan : ☐ Membahayakan diri sendiri

☐ Membahayakan orang lain

☐ Merusak lingkungan / peralatan ☐ Gaduh gelisah

☐ Pembatasan gerak

☐ Kesadaran menurun ☐ Pasien geriatri dengan keterbatasan

Jenis restraint : ☐ Mekanik ☐ Farmakologi ☐ Psikologi ☐ Penghalang ☐ Pengikatan

☐ Lain-lain _____

5. Psikologis

Status psikologis : ☐ Tenang ☐ Cemas ☐ Sedih ☐ Depresi ☐ Marah ☐ Hiperaktif

☐ Mengganggu sekitar ☐ Lain-lain _____

V. SKRINING GIZI OLEH PERAWAT

Risiko Nutrisional (Malnutrition Screening Tools /MST) Pasien dewasa :

No	Aspek Yang di Nilai	Skor
1	Apakah ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir?	
	a. Tidak ada penurunan berat badan	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 penurunan nafsu makan atau kesulitan menerima makanan ?	0
	• Ya	1
	• Tidak	0 ✓
	Diagnosis khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya skor : 2 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / <u>Geriatric</u> / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan _____)	2
	Total skor	2
Bila Skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilaporkan ke dokter dan langsung asuhan gizi oleh ahli gizi		

Anak (Berdasarkan STRONG)

No	Aspek Yang Dinilai	Tidak	Ya
1	Apakah pasien tampak kurus	0	1
2	Penurunan BB selama 1 bulan terakhir ?(berdasarkan penilaian obyektif data BB bila ada/ penilaian subyektif dari orangtua pasien atau untuk bayi ≤ 1 tahun BB tidak naik selama 3 bln terakhir)	0	1
3	Apakah terdapat kondisi salah satu diare ≥ 5 kali / hari, muntah ≥ 3 kali/ hari & asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	0	1
4	Adakah penyakit / keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi?	0	2
	Total skor		

Risiko Nutrisi : ☐ Rendah (Total skor 0) ☐ Sedang (Total skor 1-3) ☐ Tinggi (Total skor 4-5) , Risiko sedang dan tinggi lanjut asuhan gizi oleh ahli gizi

VI DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN/ DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Nyeri | <input checked="" type="checkbox"/> Keselamatan pasien | <input type="checkbox"/> Tumbuh kembang | <input type="checkbox"/> Risiko Nutrisi |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pola Tidur | <input type="checkbox"/> Suhu Tubuh | <input type="checkbox"/> Perfusi jaringan | <input type="checkbox"/> Eliminasi |
| <input type="checkbox"/> Mobilitas/aktifitas | <input type="checkbox"/> Pengetahuan/komunikasi | <input type="checkbox"/> Jalan nafas/pertukaran gas | <input type="checkbox"/> Konflik peran |
| <input type="checkbox"/> Integritas kulit | <input type="checkbox"/> Perawatan diri | <input type="checkbox"/> Keseimbangan cairan dan elektrolit | |
| <input type="checkbox"/> Infeksi | <input type="checkbox"/> Pola nafas | <input type="checkbox"/> Lain - lain _____ | |

VII RENCANA KEPERAWATAN :

1. Kaji skala nyeri
2. Kolaborasi dengan dokter w/ terapi
3. Kaji risiko jatuh
4. Edukasi Pasien atau keluarga untuk memberikan posisi kbr yg aman dan baik
- 5.

SASARAN ASUHAN YANG DIHARAPKAN

- Nyeri berkurang, Pasien dapat tidur dan nyaman dan aman

VIII. PERENCANAAN PERAWATAN INTERDISIPLIN/REFERRAL

1. Diet dan nutrisi : ☐ Tidak ☒ Ya :
2. Rehabilitasi medik : ☐ Tidak ☐ Ya :
3. Farmasi : ☐ Tidak ☒ Ya :
4. Perawatan luka : ☐ Tidak ☐ Ya :
5. Manajemen nyeri : ☐ Tidak ☐ Ya :
6. Lain-lain : ☐ Tidak ☐ Ya :

IX. PERENCANAAN PEMULANGAN PASIEN (DISCHARGE PLANNING)

Pasien dan keluarga dijelaskan tentang perencanaan pulang : ☐ Tidak ☒ Ya

Lama perawatan rata-rata : 3/5 hari/ tidak bisa diprediksi, tanggal rencana pulang : 10/12/23

Perencanaan edukasi pasien pulang :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perawatan diri/ personal hygiene | <input type="checkbox"/> Perawatan nifas/ post SC |
| <input type="checkbox"/> Perawatan luka | <input type="checkbox"/> Perawatan bayi |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pemantauan pemberian obat | <input type="checkbox"/> Bantuan medis/ perawatan di rumah (Home care) |
| <input type="checkbox"/> Perawatan payudara | <input type="checkbox"/> penanganan kejang/ demam / diare saat dirumah |
| <input type="checkbox"/> Pemantauan diet | <input type="checkbox"/> Lain - lain |

Bila salah satu jawaban " Ya " dari kriteria perencanaan pemulangan pasien /discharge planning dibawah ini, maka akan dilanjutkan pengkajian dan perencanaan asuhan pada formulir discharge planning .

1. Geriatri (dengan gangguan fungsi lebih dari satu) : ☒ Ya ☒ Tidak
2. Umur \geq 65 tahun : ☒ Ya ☒ Tidak
3. Keterbatasan aktivitas untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari : ☐ Ya ☒ Tidak
4. Perawatan lanjutan (menggunakan alat, perawatan luka) : ☐ Ya ☒ Tidak
5. Pengobatan lanjutan (Pasca stroke, serangan jantung, dimensia, DM, TBC, : ☒ Ya ☐ Tidak
- Penyakit dengan potensi mengancam nyawa lainnya, Jantung, kemoterapi)
6. Pasien berasal dari panti jompo : ☐ Ya ☒ Tidak
7. Pasien tinggal sendirian tanpa dukungan sosial secara langsung : ☐ Ya ☒ Tidak
8. Lain-lain

X. Pengkajian transportasi

1. Transportasi pulang : ☒ Mandiri ☐ Berjalan ☐ Dibantu sebagian ☐ Dibantu keseluruhan
2. Transportasi yang digunakan : ☒ Kendaraan pribadi (mobil , beroda dua) ☐ Mobil ambulance

☐ Kendaraan umum sebutkan

Tanggal/ bulan/ tahun / pukul : 05 / 12 / 2023 Pukul : 17.30

Yang melakukan pengkajian

(Dr. Amer)

Nama dan tanda tangan

Verifikasi DPJP

(Dr. Sony Spet)

Nama dan tanda tangan