

**LABEL IDENTITAS PASIEN**

Rencana kontrol :

Pasien/ keluarga diberikan edukasi/ informasi tentang hasil pemeriksaan tentang diagnosis, rencana pelayanan/ tindakan / pengobatan

☐ Pasien

☐ Keluarga: Hubungan dengan pasien \_\_\_\_\_

Telah dijelaskan kepada

**Pasien/ keluarga**

Tanggal \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_ Pkl \_\_\_\_\_

**Dokter yang Melakukan Pengkajian**

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan dan Nama Jelas

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan dan nama jelas

## **B. Pengkajian Keperawatan**

### **1. Pemeriksaan Fisik**

Anamnesis dilakukan : ☐ Auto ☐ Allo anamnesis, hubungan dengan pasien \_\_\_\_\_

KU : \_\_\_\_\_ Kesadaran : \_\_\_\_\_

TTV: Tekanan Darah : \_\_\_\_\_ mmHg , Nadi : \_\_\_\_\_ x/ mnt , RR: \_\_\_\_\_ X/ mnt, Suhu : \_\_\_\_\_ ° C,

BB: \_\_\_\_\_ kg , TB : \_\_\_\_\_ cm , LK : \_\_\_\_\_ cm

### **2. Bio - Psiko - Sosio Kultural - Spiritual**

a. Status Emosional Pasien : ☐ Tenang ☐ Cemas ☐ Sedih ☐ Tegang ☐ Marah

☐ Depresi ☐ Lain-lain \_\_\_\_\_

b. Hubungan Pasien dengan Anggota Keluarga : ☐ Baik ☐ Tidak Baik

c. Pendidikan : ☐ Blm sekolah ☐ TK ☐ SD ☐ SLTP ☐ SLTA ☐ Akademi ☐ Sarjana

☐ Pasca sarjana ☐ Tidak Sekolah \_\_\_\_\_

d. Agama : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Konghucu

e. Status Ekonomi : ☐ Baik ☐ Cukup ☐ Kurang

f. Pekerjaan orangtua / pasien : ☐ PNS / TNI / POLRI ☐ Swasta ☐ Wiraswasta ☐ Pensiunan

☐ Lain-lain \_\_\_\_\_

### **3. Riwayat Kesehatan Pasien**

Keluhan utama : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Riwayat penyakit : ☐ DM ☐ Hipertensi ☐ Jantung ☐ TB Paru ☐ Lain-lain \_\_\_\_\_

Riwayat Penyakit Keluarga : ☐ DM ☐ Hipertensi ☐ Jantung ☐ TB Paru ☐ Lain-lain \_\_\_\_\_

**4. Riwayat Alergi** : ☐ Tidak Ada ☐ Ada : ☐ Makanan \_\_\_\_\_

☐ Obat \_\_\_\_\_

☐ Lain –lain \_\_\_\_\_

**Reaksi Alergi berupa** : ☐ Kemerahan ☐ Gatal ☐ Sesak Nafas ☐ Lain-lain : \_\_\_\_\_

**5. Asesmen Nyeri** : ☐ Tidak ada ☐ ada , Deskripsi Nyeri (PQRST) :

**Provokes** : ☐ Benturan ☐ Tindakan ☐ Proses penyakit ☐ Lain lain, \_\_\_\_\_

**Quality** : ☐ Seperti tertusuk benda tajam / tumpul ☐ Berdenyut ☐ Terbakar ☐ Teriris  
☐ Tertindih benda berat ☐ Diremas ☐ Terplintir ☐ Lain-lain \_\_\_\_\_

**Region** : ☐ Lokasi : \_\_\_\_\_ ☐ Menyebar : ☐ Tidak ☐ Ya \_\_\_\_\_

**Severity** : ☐ FLACSS, Score: \_\_\_\_\_ ☐ Wong Baker Faces, Score: \_\_\_\_\_  
☐ NRS( Numeric Rating Scale) , Score : \_\_\_\_\_ ☐ NIPS, Score : \_\_\_\_\_

**Time/ durasi nyeri** : \_\_\_\_\_

Nyeri hilang jika : ☐ Minum obat ☐ Istirahat ☐ Mendengarkan musik ☐ Mengubah posisi ☐ Tidur  
☐ lain-lain \_\_\_\_\_

**6. Skrining Risiko Jatuh Scoring Up And Go :**

No	Komponen penilaian	ya	Tidak
a	Cara berjalan pasien ( salah satu atau lebih ) 1. Pasien tampak tidak seimbang/ sempoyongan/ limbung) 2. Jalan dengan menggunakan alat bantu ( kruk, tripot, kursi roda, orang lain )		
b	Pasien menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi atau meja / benda lain sebagai penopang		

Skor Risiko : ☐ Tidak berisiko ☐ Rendah salah satu poin a/b ☐ Tinggi ditemukan keduanya

Tata laksana : ☐ Tidak ada ☐ Edukasi ☐ Edukasi dan gunakan pita kuning.

**7. Asesmen Fungsional** : ☐ Mandiri ☐ Perlu bantuan, Sebutkan \_\_\_\_\_  
☐ Ketergantungan total

**8. Risiko Nutrisional ( Malnutrition Screening Tools /MST) :**

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
	Total skor	

Pasien dengan diagnosis khusus : ☐ Ya ☐ Tidak

(DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / Geriatri / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan \_\_\_\_\_)

Bila Skor  $\geq 2$  dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilaporkan ke dokter pemeriksa.

**Anak ( Berdasarkan STRONG )**

No	Aspek Yang di Nilai	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 $\leq 1$ tahun BB tidak naik selama 3 bln terakhir)	0	1
3	Apakah terdapat kondisi salah satu diare $\geq 5$ kali / hari, muntah $\geq 3$ kali/ hari & asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	0	1
4	Adakah penyakit / keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi?	0	2
	<b>Total skor</b>		

**Risiko Nutrisi :** ☐ Rendah ( Total skor 0 ) ☐ Sedang ( Total skor 1-3 ) ☐ Tinggi ( Total skor 4-5 )

**9. Kebutuhan Edukasi :** Pasien atau keluarga menginginkan informasi : ☐ Bersedia ☐ Tidak

☐ Proses penyakit ☐ Tindakan medis ☐ Tindakan keperawatan ☐ Asuhan keperawatan

☐ lain –lain \_\_\_\_\_

**10. Daftar Masalah Keperawatan :** \_\_\_\_\_

**11. Rencana dan Tindakan :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Sasaran rencana asuhan :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tanggal \_\_\_\_\_ Pkl \_\_\_\_\_

**Perawat/ Bidan Yang Melakukan Pengkajian**

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan dan Nama Jelas