



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP

PENGKAJIAN MEDIS (diisi oleh dokter)

Petunjuk : Beri tanda (√) pada kolom yang di anggap sesuai

Pasien Tiba diruangan tanggal: _____, Pukul _____, Asesmen dimulai tanggal: _____, Pkl _____

Pengkajian dilakukan : ☐ Auto ☐ Allo anamnesis, hubungan dengan pasien _____

I. Anamnesis

1. Keluhan Utama (lama, pencetus) :

2. Riwayat Penyakit Sekarang :

3. Riwayat Penyakit Dahulu (termasuk riwayat operasi) :

4. Riwayat Penyakit Keluarga : ☐ Tidak ada ☐ Ada, sebutkan _____

5. Riwayat pekerjaan : Apakah pekerjaan pasien berhubungan dengan zat-zat berbahaya (misalnya : Kimia, Gas, Radiasi, dll) ☐ Tidak ☐ Ya , sebutkan _____

6. Riwayat Alergi : ☐ Tidak ada ☐ Ada, yaitu : ☐ Makanan : _____

☐ Obat : _____

☐ Reaksi berupa : _____

7. Riwayat minum obat/ herbal/jamu sebelum ke RS : ☐ Tidak ada ☐ Ada , sebutkan _____

8. Riwayat Obat yang sedang dikonsumsi ☐ Tidak ada ☐ Ada , sebutkan _____

(lanjut rekonsiliasi oleh apoteker)

II. 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 _____ M _____ V _____

4. Tanda Vital : TD : _____ mmHg, Suhu : _____ °C, Nadi : _____ x/mnt, Pernafasan : _____ x/mn

5. Pemeriksaan : Status generalis dan status lokalis (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi)

III. Pemeriksaan Penunjang(Laboratorium, Radiologi, dll)

IV. Diagnosis Kerja : _Pra OP _____

V. Diagnosis Banding : _____

VI. Permasalahan Medis :

VII. Permasalahan Keperawatan :

VIII. Rencana Asuhan dan Terapi (Standing order) Kolaborasi/ konsultasi

1. Terapi :

2. Tindakan:

3. Konsultasi:

4. Pemeriksaan penunjang lanjutan :

IX. Hasil yang diharapkan / Sasaran Rencana Asuhan:

X. Edukasi awal, tentang diagnosis, rencana, tujuan terapi kepada :

Pasien

Keluarga: _____

XI. Rencana pulang : _____ hari / tidak dapat diprediksi

Telah dijelaskan

Jakarta , _____, _____, 20____, Pukul _____

Pasien/ Keluarga

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

(_____)

Nama dan tanda tangan

(_____)

Nama dan tanda tangan

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Tenaga Keperawatan)

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

Asesmen dimulai : tanggal _____ pkl _____

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 : _____
- b. Pekerjaan penanggung jawab/OT pasien : ☐ PNS/ TNI/ POLRI ☐ Swasta ☐ Pensiun ☐ Wiraswasta
☐ Lain-lain : _____
- 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 : _____
2. Keluhan Utama : _____

3. Riwayat Penyakit Sekarang : _____

4. Riwayat Penyakit Dahulu termasuk riwayat pembedahan :
 - a. Penyakit yang pernah diderita : _____
 - 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 _____
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)
☐ Tidak, ☐ Ya, kapan _____
9. Riwayat Alergi: ☐ Tidak ada ☐ Ada, sebutkan _____
10. Nyeri : ☐ Tidak ada ☐ Ada, Dengan skala nyeri : ☐ NRS, ☐ 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 : _____ ☐ Menyebar: ☐ Tidak ☐ Ya _____
 - d. Severity : ☐ FLACSS, Score: ____ ☐ Wong Baker Faces, Score: ____ ☐ NRS, Score : ____ ☐ BPS, Score : ____
 - e. Time/ durasi nyeri : _____
 - f. Jika ada keluhan nyeri lakukan asesmen 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 _____ M _____ V _____
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 Persistem/ fungsi | Hasil Pemeriksaan |
|-----------------------------------|--|
| Sistem Susunan saraf pusat | <p>Kepala : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hydrocephalus <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Mikrocephalus <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Ubun – ubun : <input type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Menonjol <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Wajah: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Bell's Palsy <input type="checkbox"/> Kelainan kongenital : _____</p> <p>Leher : <input 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 _____</p> <p>Kejang : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Tipe _____</p> <p>Sensorik : <input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Sakit nyeri <input type="checkbox"/> Rasa kebas</p> <p>Motorik : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hemiparese <input type="checkbox"/> Tetraparese</p> |
| Sistem Penglihatan/ Mata | <p>Gangguan penglihatan : <input 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</p> <p>Posisi mata : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris</p> <p>Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor</p> <p>Kelopak Mata : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Konjungtiva : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Konjungtivitis <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Sklera : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | Alat bantu penglihatan: <input 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 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 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 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 type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____ NCH : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Jenis pernafasan : <input type="checkbox"/> Dada <input type="checkbox"/> Perut <input type="checkbox"/> Alat bantu napas, sebutkan _____ Irama napas : <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Terpasang WSD : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Produksi _____ Kesulitan bernapas : <input 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 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 type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ronchi <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Kreckles |
| Sistem Kardiovaskuler/ jantung | Warna kulit : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Clubbing Finger : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nyeri dada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya , sebutkan _____ Denyut nadi: <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Sirkulasi : <input 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 type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ CRT : <input type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik |
| Sistem Pencernaan | Mulut : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Stomatitis <input type="checkbox"/> Mukosa kering <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Gigi : <input 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 type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Tenggorokan : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hiperemis <input type="checkbox"/> Pembesaran Tonsil <input type="checkbox"/> Sakit menelan Abdomen : <input 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 type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Tidak ada bising usus <input type="checkbox"/> Hiperperistaltik Anus : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Atresia Ani <input type="checkbox"/> Haemoroid <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Lain – lain _____ |

| | |
|-------------------------------|---|
| | BAB: <input 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 type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hipospadia <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Hidrokel <input type="checkbox"/> Ambiguous <input type="checkbox"/> Phimosi <input type="checkbox"/> Lain-lain-- _____ BAK : <input 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 type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Ada kelainan, _____ Perkusi : <input 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 type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan _____ Payudara : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Benjolan <input type="checkbox"/> Tampak seperti kulit jeruk <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Putting 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 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 type="checkbox"/> Kembali cepat <input type="checkbox"/> Kembali lambat <input type="checkbox"/> Kembali sangat lambat Warna : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Pucat Integritas : <input type="checkbox"/> Utuh <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Rash/ruam <input type="checkbox"/> Ptekie 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"/> Kelumpuhan <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 type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Terbatas Kekuatan otot : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Tremor Nyeri sendi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____ Oedema : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____ Fraktur : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____ |

| | |
|------------------------|---|
| | 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 | Mata : TAK Exophtalmus Endophtalmus |
| Metabolik | Leher : TAK Pembesaran kelenjar tiroid |
| | Ekstremitas : TAK Tremor Berkeringat |

IV. Pengkajian fungsi kognitif dan motorik

1. Kognitif

☐ Orientasi penuh ☐ Pelupa ☐ Bingung ☐ Tidak bisa dikaji

2. Motorik

a. Aktifitas 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: _____ ☐ 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 asesmen risiko tinggi dan lakukan asesmen 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 |
| | Total skor | |

Pasien dengan diagnosis khusus : ☐ Tidak ☐ Ya skor : 2
 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / Geriatri / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan _____)
 Bila Skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilaporkan ke dokter.

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

| | | | |
|---------------------|------------------------|------------------------------------|---------------|
| Nyeri | Keselamatan pasien | Tumbuh kembang | Nutrisi |
| Pola Tidur | Suhu Tubuh | Perfusi jaringan | Eliminasi |
| Mobilitas/aktifitas | Pengetahuan/komunikasi | Jalan nafas/pertukaran gas | Konflik peran |
| Integritas kulit | Perawatan diri | Keseimbangan cairan dan elektrolit | |
| Infeksi | Pola nafas | Lain – lain _____ | |

VII RENCANA KEPERAWATAN :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

SASARAN ASUHAN YANG DIHARAPKAN

VIII. PERENCANAAN PERAWATAN INTERDISIPLIN/REFERAL

- | | | |
|-----------------------|---------|------------|
| 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 : _____ hari/ tidak bisa diprediksi, tanggal rencana pulang : _____

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 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 asesmen 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, : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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 |

X. Asesmen transportasi

- | | | | | |
|----------------------------------|---|---|------------------|---------------------|
| 1. Transportasi pulang | : | Mandiri <input type="checkbox"/> Berjalan | Dibantu sebagian | Dibantu keseluruhan |
| 2. Transportasi yang digunakan : | | Kendaraan pribadi (mobil , beroda dua) | Mobil ambulance | |
| | | Kendaraan umum sebutkan _____ | | |

Tanggal/ bulan/ tahun / pukul : ____/____/____/ Pukul : _____

Yang melakukan pengkajian

Verifikasi DPJP

(_____)

Nama dan tanda tangan

(_____)

Nama dan tanda tangan