

III. Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, dll): Leukosit: $9500/\text{mm}^3$, neutrofil: 80%,
LED 72 mm/jam, SGOT/SGPT: 55/61, GDR: 121 mg/dl, Na/K/Cl: 133/3.7/104, CXR: infiltrat basal paru

IV. Diagnosis Kerja: 1. Pneumonia komunitas dengan Bronkoreme. 2. Hipertensi 3.

V. Diagnosis Banding: 1. ~~Asma kronis~~ 2. ~~Asma kronis~~ 3. ~~Asma kronis~~ 4. ~~Asma kronis~~ 5. ~~Asma kronis~~ 6. ~~Asma kronis~~

VI. Permasalahan Prioritas Medis: 1. Akut infeksi 2. Perawatan gangguan nafas

VII. Permasalahan Prioritas Keperawatan: _____

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

1. Terapi: 1. O_2 2-3 Lpm via nasal katul bila saturasi $< 95\%$ room air.
2. IVFD RL 100 ml/12 jam.
3. Tefacet 1x2 gr. IV.
4. OMZ 1x40 mg IV.
5. Inhalasi kombinasi 1x2 jam.
6. azithromisin 1x500 mg.
7. N-acetil-600 3x200 mg.
8. amlodipin 1x5 mg.
9. atorvastatin 1x10 mg.
10. Samudra 3x500 mg.
11. Diet 1700 kkal/hari, rendah lemak II
12. Oral hygiene: kumur dengan betadine gargle 2x/hari.
2. Tindakan:
1. HbSAg, antiHCV, TB/KATOTAL/HRADL,
2. USG abdomen.
3. Konsultasi:
4. Pemeriksaan penunjang lanjutan:

IX. Hasil yang diharapkan / Sasaran Rencana Asuhan:

Infeksi teratasi.

13. ardansehan 2x4mg IV → 10mg.

14. Bila HR > 120 bpm → Concor 1x2,5 mg.

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

☒ Pasien ☐ Keluarga: _____

XI. Rencana pulang: $\pm 5-7$ hari / tidak dapat diprediksi

Telah dijelaskan

Jakarta, 14, 11, 2023, Pukul 13.00.

Pasien/ Keluarga

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

(Maria HG)

(dr. Ummi Ulfah Madinda)
SP 162/0.15/31.75.02.1005.42.SPU-1/3/2023

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Tenaga Keperawatan)

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

Asesmen dimulai : tanggal 13/11/2021 pk1 22.³⁰

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 : ☐ Tidak mampu 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 Flores

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

- ☐ Tidak mau dilakukan transfusi ☐ Tidak mau pulang dihari tertentu
- ☐ Tidak mau imunisasi pada anaknya
- ☐ Tidak mau konsumsi obat mengandung alcohol
- ☐ Tidak mau mengkonsumsi obat yang mengandung 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 : Obes febris, Bacterial inf.
2. Keluhan Utama : Mulai 3 hari yg lalu. Batuk, badan ugiler ?
3. Riwayat Penyakit Sekarang : Badan meng. Batuk, badan ugiler ?
mual ⊕
4. Riwayat Penyakit Dahulu termasuk riwayat pembedahan :
 - a. Penyakit yang pernah diderita : HT. Dispepsia
 - 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 Amlopidin sup, Atorvastatin up.
8. Apakah pernah mendapatkan obat pengencer darah (aspirin, warfarin, plavix dll)
☒ Tidak, ☐ Ya, kapan _____
9. Riwayat Alergi : ☐ Tidak ada ☒ Ada, sebutkan Paramex
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 : _____ ☐ Menyebar : ☐ Tidak ☐ Ya _____
 - d. Severity : ☐ FLACSS, Score: _____ ☐ Wong Baker Faces, Score: _____ ☐ NRS/VAS, Score: _____ BPS, Score: _____
 - e. Time/ durasi nyeri : _____
 - 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

- Keadaan Umum: ☐ Tampak tidak sakit ☐ Sakit ringan ☒ Sakit sedang ☐ Sakit berat
- Kesadaran : ☒ Compos mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Sopor coma ☐ Coma
- GCS : E 4 M 6 V 5
- Tanda Vital : TD 120/80 mmHg, Suhu : 36.5 °C, Nadi : 100 x/mnt, Pernafasan : 18 x/ mnt
- Antropometri : BB 80 kg, TB 160 cm, LK _____ cm, LD _____ cm, LP : _____ cm
- Pengkajian Persistem dan pengkajian fungsi :

Pengkajian Persistem/ fungsi	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 _____

	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"/> Ptekieae 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 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 checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____ Parese : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____ Postur tubuh : <input checked="" 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

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 type="checkbox"/> Ya skor : 2 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / Geriatri / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan _____)	
	Total scor	0 1
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

- ☒ Nyeri ☐ Keselamatan pasien ☐ Tumbuh kembang ☐ Risiko 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. Kaji tingkat nyeri, bangun pasien / pergelangan
2. BB, suhu tubuh -
3. _____
4. _____
5. _____

SASARAN ASUHAN YANG DIHARAPKAN

Nyeri dan suhu tubuh normal

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 : 9 hari/ tidak bisa diprediksi, tanggal rencana pulang : 16-11-2023

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 ≥ 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 strok, 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 : 13 / 11 / 23, 20 Pukul : 23.00 Wtb

Yang melakukan pengkajian

(Arti W.)

Nama dan tanda tangan

Verifikasi DPJP

(dr. Ummi Ulfah Mulya, Sp.PD.)

Nama dan tanda tangan