

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Tenaga Keperawatan)

Petunjuk : Beri tanda (√) 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, 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

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>Ukun – ukun : <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</p> <p style="padding-left: 100px;"><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</p> <p style="padding-left: 100px;"><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> <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</p>
Sistem Pendengaran	<p><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_____</p> <p>Menggunakan alat bantu pendengaran : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p>
Sistem	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Pengeluaran cairan <input type="checkbox"/> Polip <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/></p>

Penciuman	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 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Biots <input type="checkbox"/> Apneu <input type="checkbox"/> Lain-lain</div> _____ 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 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Lain-lain</div> _____ 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 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Edema, lokasi</div> _____ Pulsasi : <input type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Lain-lain

	<p>_____</p> <p>CRT : <input type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik</p>
Sistem Pencernaan	<p>Mulut : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Stomatitis <input type="checkbox"/> Mukosa kering <input type="checkbox"/> Lain-lain_____</p> <p>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_____</p> <p>Lidah : <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Lain-lain_____</p> <p>Tenggorokan : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hiperemis <input type="checkbox"/> Pembesaran Tonsil <input type="checkbox"/> Sakit menelan</p> <p>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 _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ada benjolan/ massa, lokasi _____</p> <p>Peristaltik usus: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Tidak ada bising usus <input type="checkbox"/> Hiperperistaltik</p> <p>Anus : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Atresia Ani <input type="checkbox"/> Haemoroid <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Lain – lain _____</p> <p>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</p>
Sistem Genitourinaria	<p>Kelainan : <input 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-- _____</p> <p>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 _____</p> <p>Palpasi : <input type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Ada kelainan,_____</p> <p>Perkusi : <input type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Nyeri ketok, lokasi : _____</p>
Sistem Reproduksi	<p>Wanita</p> <p>Menarche : umur___ th, Siklus haid ___ hari, Lama haid : __hari, HPHT _____</p> <p>Gangguan haid: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Dismenorre <input type="checkbox"/> Metrorrhagi <input type="checkbox"/> Spotting <input type="checkbox"/> Lain-lain :_____</p>

	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 _____ 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 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"/> 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 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 Metabolik	Mata : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Exophtalmus <input type="checkbox"/> Endophtalmus Leher : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Pembesaran kelenjar tiroid Ekstremitas : <input 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. 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 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 type="checkbox"/> Ya skor : 2 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / Geriatri / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan _____)	
	Total scor	
Bila Skor \geq 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 \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

	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. _____

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
rumah (Home care) | <input type="checkbox"/> Bantuan medis/ perawatan di |
| <input type="checkbox"/> Perawatan payudara
saat dirumah | <input type="checkbox"/> penanganan kejang/ demam / diare |

☐ Pemantauan diet

☐ 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, diabetes, 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 : ____/____/____/ Pukul : _____

Yang melakukan pengkajian

Verifikasi DPJP

(_____)
_____)

Nama dan tanda tangan

(

Nama dan tanda