



**Dharma  
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN  
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

### PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN GAWAT DARURAT

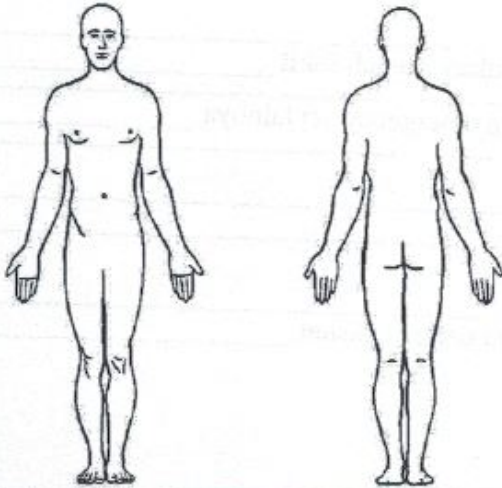
Tanggal kunjungan :	Jam kunjungan :
Dokter jaga IGD	
Asal Pasien : <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Rujukan Perusahaan <input type="checkbox"/> Rujukan Rumah sakit	
Kondisi pasien : <input type="checkbox"/> emergency <input type="checkbox"/> false emergency <input type="checkbox"/> non emergency <input type="checkbox"/> lainnya	
ATS : <input type="checkbox"/> ATS1 <input type="checkbox"/> ATS2 <input type="checkbox"/> ATS3 <input type="checkbox"/> ATS4 <input type="checkbox"/> ATS5	
Riwayat alergi obat : <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> ya, nama obat :	
Anamnesis dengan cara : auto/allo anamnesis: hubungan dengan pasien	
Keluhan Utama :	
Riwayat penyakit sekarang :	
Riwayat penyakit dahulu :	
Obat – obatan rutin yang dikonsumsi sebelum masuk rumah sakit:	
Obat yang sedang dikonsumsi:	
Tekanan darah : ka ki	Nadi : x/m Suhu : °C RR : x/m
BB : Kg	GCS : E ..... M ..... V .....
Keadaan umum :	
Riwayat Reproduksi wanita	Hamil : ya/ Tidak Jika ya : umur kehamilan ____mg, G__ P__ A__ □ Lainnya _____

Pemeriksaan penunjang Laboratorium :

Radiologi :

Pemeriksaan lain-lain :

Status Lokalis



Diagnosis kerja :

Diagnosis banding:

Permasalahan medis :

Keperawatan

Rencana Asuhan dan Terapi ( Standing order ) Sesuai dengan kolaborasi.

Tindakan :

**TINDAK LANJUT:**

- ☐ Pulang Atas Permintaan Sendiri/ menolak rawat inap, alas an menolak rawat inap : \_\_\_\_\_
- ☐ Pulang Atas persetujuan, pada jam: \_\_\_\_\_, kontrol tgl \_\_\_\_\_, Ke \_\_\_\_\_
- ☐ Dirujuk ke \_\_\_\_\_ Indikasi : ☐ Tempat penuh/ tidak ada tempat  
☐ Tidak ada fasilitas ☐ Jaminan ☐ Permintaan keluarga ☐ Lain -lain \_\_\_\_\_
- Transportasi : ☐ Ambulance transport ☐ Ambulance emergency ☐ Lain-lain \_\_\_\_\_
- ☐ Meninggal

☐ Rawat Inap: ☐ Perawatan ☐ Ind Kamar operasi ☐ Kamar bersalin ☐ ICU/ PICU/ NICU

Indikasi \_\_\_\_\_

Kriteria prioritas pelayanan ☐ Preventif ☐ Kuratif ☐ Rehabilitatif ☐ Paliatif

**Rencana asuhan yang akan diberikan:**

**Hasil yang diharapkan :**

**KONDISI SAAT KELUAR IGD:**

Keadaan umum : \_\_\_\_\_ Kesadaran: \_\_\_\_\_ GCS: E \_\_, M \_\_, V \_\_  
Tanda vital: TD \_\_\_\_\_ mmHg , Suhu: \_\_\_\_\_ ° C Nadi : \_\_\_\_\_ X mnt, Frekuensi napas : \_\_\_\_\_ x/ mnt

Catatan penting (kondisi saat ini) : \_\_\_\_\_

**Edukasi awal, tentang diagnosis, rencana, tujuan terapi kepada :**

- ☐ Pasien
- ☐ Keluarga: \_\_\_\_\_

Jam keluar dari IGD; Jam : \_\_\_\_\_

Telah dijelaskan

Pasien/ Keluarga

Jakarta , \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Dokter pemeriksa

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )





### 3. Data obyektif

Tekanan darah : ka/ ki : \_\_\_\_\_ mmHg , Nadi \_\_\_\_\_ x/ mnt , Suhu : \_\_\_\_\_ °C , RR: \_\_\_\_\_ x/ mnt

BB: \_\_\_\_\_ Gram/ Kg , GCS : E \_\_\_\_\_ , M \_\_\_\_\_ , V \_\_\_\_\_

Keadaan umum: ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Buruk

Kesadaran : ☐ Compos mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Sopor koma ☐ Koma

### 4. Asesmen risiko jatuh dengan Get 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 Sike warna kuning.

### 5. Nilai Nyeri : ☐ Ada ☐ Tidak ada, Deskripsi

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

Quality : ☐ Seperti tertusuk-tusuk benda tajam/ tumpul ☐ Berdenyut ☐ Terbakar  
☐ Tertindih benda berat ☐ Diremas ☐ Terpelintir ☐ Teriris

Regio : ☐ Lokasi : \_\_\_\_\_ ☐ Menyebar : ☐ Tidak Ya \_\_\_\_\_

Severity : ☐ NIPS, Score: \_\_\_\_\_ ☐ FLACSS, Score: \_\_\_\_\_

☐ Wong Baker Faces, Score: \_\_\_\_\_ ☐ NRS/ VAS, Score : \_\_\_\_\_ ☐ BPS, Score : \_\_\_\_\_

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



6. Screening Gizi Pasien Dewasa Dan Anak 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
2	• > 15 kg	4
	Apakah penurunan nafsu makan atau kesulitan menerima makanan ?	0
	• Ya	1
	• Tidak	0
	Pasien dengan diagnosis khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya skor : 2 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / Geriatri / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan _____)	
	Total skor	

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

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

☐ Ketergantungan total



## 8. Masalah keperawatan dan rencana keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	RENCANA KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
<input type="checkbox"/> Peningkatan suhu tubuh <input type="checkbox"/> Ketidak nyamanan sehubungan dengan rasa nyeri <input type="checkbox"/> Ketidak efektifan bersihan jalan napas b.d. <u>obstruksi trakeobronkial, adanya benda asing pada jalan napas, sekret tertahan di saluran napas</u> <input type="checkbox"/> Risiko aspirasi b.d. <u>trauma wajah, mulut atau leher, penurunan tingkat kesadaran, peningkatan tekanan intragastrik</u> <input type="checkbox"/> Ketidak efektifan pola napas b.d. <u>nyeri, cedera pada spinal, kelelahan otot pernapasan, kerusakan otot rangka</u> <input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas b.d. <u>perubahan kapasitas darah membawa oksigen, ketidakseimbangan membran pertukaran kapiler dan alveolus</u> <input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung b.d. <u>perubahan kekuatan jantung dalam melawan kontraksi otot jantung, menurunnya keluaran jantung, penurunan isi sekuncup yang disebabkan oleh masalah elektrofisiologis</u> <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan perfusi jaringan (cerebral, cardiopulmonar, renal, gastrointestinal, perifer) b.d. <u>penurunan pertukaran sel, hipovolemia, penurunan aliran darah arteri</u> <input type="checkbox"/> Kekurangan/risiko kekurangan volume cairan b.d. <u>kehilangan volume cairan aktif, kerusakan mekanisme regulasi</u> <input type="checkbox"/> Kelebihan volume cairan b.d. mekanisme regulasi yang terganggu <input type="checkbox"/> Diare b.d. <u>penyalahgunaan laxatif, proses infeksi, malabsorpsi</u> <input type="checkbox"/> Retensi urin b.d. <u>obstruksi traktus urinarius, gangguan neurovaskular, trauma, hipertofi blader prostat</u> <input type="checkbox"/> Nyeri akut, kronis b.d. <u>spasme otot dan jaringan, trauma jaringan, ketidakmampuan fisik kronik</u> <input type="checkbox"/> Hipertermia b.d. <u>dehidrasi, peningkatan kecepatan metabolisme, trauma, proses perjalanan penyakit</u> <input type="checkbox"/> Konstipasi b.d. <u>diet, asupan cairan, tingkat aktivitas, kebiasaan defekasi</u> <input type="checkbox"/> Risiko jatuh b.d. <u>penyakit, gangguan keseimbangan, penurunan status mental, penggunaan obat, penggunaan alkohol</u> <input type="checkbox"/> Risiko mencederai diri dan orang lain berhubungan dengan agresif <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ukur suhu tubuh, kolaborasi dengan dokter, pemberian terapi <input type="checkbox"/> Mengurangi nyeri/ kolaborasi dengan dokter, manajemen nyeri <input type="checkbox"/> Lakukan manuver jaw thrust, head tilt dan chin lift. <input type="checkbox"/> Keluarkan benda asing, lakukan suction, needle cricothyroidectomy <input type="checkbox"/> Berikan bantuan napas buatan, Baging/ rencana intubasi <input type="checkbox"/> Berikan O2 sesuai kebutuhan melalui nasal canula, masker. <input type="checkbox"/> Monitor Saturasi O2. <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Monitor tingkat kesadaran <input type="checkbox"/> Monitor EKG. <input type="checkbox"/> Pasang infus, sampel darah, cek AGD dll <input type="checkbox"/> Hentikan perdarahan, KIE banyak minum. <input type="checkbox"/> Berikan posisi semifowler. <input type="checkbox"/> Berikan cairan intravena, <input type="checkbox"/> Kaji turgor kulit dan membran mukosa mulut. <input type="checkbox"/> Awasi tetesan cairan, berikan cairan sesuai kebutuhan. <input type="checkbox"/> Atasi nyeri, delegatif pemberian analgetika, teknik distraksi, relaksasi. <input type="checkbox"/> Lakukan perawatan luka dengan teknik septic aseptik. <input type="checkbox"/> Berikan kompres hangat. <input type="checkbox"/> Berikan posisi semifowler bila tidak ada kontra indikasi. <input type="checkbox"/> Delegatif pemberian antipiretik. <input type="checkbox"/> Monitor intake dan output cairan. <input type="checkbox"/> Pasang pengaman, lakukan imobilisasi. <input type="checkbox"/> Pastikan pengaman terpasang dan rem tempat tidur terkunci dengan baik. <input type="checkbox"/> Pasang pita kuning pada pasien sebagai penanda pasien risiko jatuh <input type="checkbox"/> Lakukan pengikatan pasien, pasang pengaman pagar TT <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

**9. Tindakan & Evaluasi keperawatan:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tanggal/ bulan/ tahun / pukul : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Pukul : \_\_\_\_

Yang melakukan pengakjian

Verifikasi dokter IGD

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan





**Dharma  
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN  
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

### PENGKAJIAN AWAL RAWAT JALAN

#### A. PENGKAJIAN MEDIS

Tgl & waktu kunjungan : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ pkl : \_\_\_\_

Tanggal Pengkajian : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Jam Asesmen : \_\_\_\_

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

Alasan Kunjungan :

Pemeriksaan fisik (Disesuaikan bidang pelayanan / spesialisasi) :

Pemeriksaan penunjang : ☐ Laboratorium \_\_\_\_ ☐ Radiologi \_\_\_\_ ☐ Lain-lain \_\_\_\_

Diagnosa Kerja :

Diagnosa Banding :

Rencana Asuhan :

Tindakan :

Terapi :

Hasil asuhan yang diharapkan :

**Prioritas pelayanan** : ☐ Preventif ☐ Kuratif ☐ Rehabilitatif ☐ Paliatif

Perencanaan Pemulangan Pasien (Discharge Planning) : ☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Inap ☐ Rujuk ke ☐ RS

☐ Puskesmas ☐ Klinik ☐ Dr. Keluarga

Konsul ke : ☐ Gizi klinik ☐ Rehab medik ☐ Ahli gizi ☐ Tumbuh kembang ☐ Spesialis ☐ Lainnya

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
	Total skor		

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



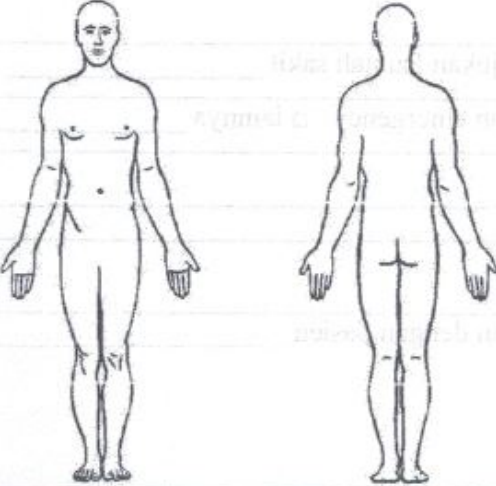
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN  
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

### PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN GAWAT DARURAT

Tanggal kunjungan :		Jam kunjungan :	
Dokter jaga IGD			
Asal Pasien : <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Rujukan Perusahaan <input type="checkbox"/> Rujukan Rumah sakit _____			
Kondisi pasien : <input type="checkbox"/> emergency <input type="checkbox"/> false emergency <input type="checkbox"/> non emergency <input type="checkbox"/> lainnya _____			
ATS : <input type="checkbox"/> ATS1 <input type="checkbox"/> ATS2 <input type="checkbox"/> ATS3 <input type="checkbox"/> ATS4 <input type="checkbox"/> ATS5			
Riwayat alergi obat : <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> ya, nama obat : _____			
Anamnesis dengan cara : auto/allo anamnesis: hubungan dengan pasien _____			
Keluhan Utama :			
Riwayat penyakit sekarang :			
Riwayat penyakit dahulu :			
Obat – obatan rutin yang dikonsumsi sebelum masuk rumah sakit:			
Obat yang sedang dikonsumsi:			
Tekanan darah : ka ki		Nadi : x/m	Suhu : ° C
		RR : x/m	
BB : Kg		GCS : E ..... M ..... V .....	
Keadaan umum :			
Riwayat Reproduksi wanita		Hamil : ya/ Tidak Jika ya : umur kehamilan ____mg, G__ P__ A__ □ Lainnya _____	



Pemeriksaan penunjang Laboratorium :	Radiologi :
Pemeriksaan lain-lain :	
<b>Status Lokal</b>	
	
Diagnosis kerja :	
Diagnosis banding:	
Permasalahan medis :	
Keperawatan	
Rencana Asuhan dan Terapi ( Standing order ) Sesuai dengan kolaborasi.	
Tindakan :	

**TINDAK LANJUT:**

- ☐ Pulang Atas Permintaan Sendiri/ menolak rawat inap, alas an menolak rawat inap : \_\_\_\_\_
- ☐ Pulang Atas persetujuan, pada jam: \_\_\_\_\_, kontrol tgl \_\_\_\_\_, Ke \_\_\_\_\_
- ☐ Dirujuk ke \_\_\_\_\_ Indikasi : ☐ Tempat penuh/ tidak ada tempat  
☐ Tidak ada fasilitas ☐ Jaminan ☐ Permintaan keluarga ☐ Lain -lain \_\_\_\_\_
- Transportasi : ☐ Ambulance transport ☐ Ambulance emergency ☐ Lain-lain \_\_\_\_\_
- ☐ Meninggal
- ☐ Rawat Inap: ☐ Perawatan ☐ Ind Kamar operasi ☐ Kamar bersalin ☐ ICU/ PICU/ NICU  
Indikasi \_\_\_\_\_

Kriteria prioritas pelayanan ☐ Preventif ☐ Kuratif ☐ Rehabilitatif ☐ Paliatif

**Rencana asuhan yang akan diberikan:****Hasil yang diharapkan :****KONDISI SAAT KELUAR IGD:**

Keadaan umum : \_\_\_\_\_ Kesadaran: \_\_\_\_\_ GCS: E \_\_, M \_\_, V \_\_  
Tanda vital: TD \_\_\_\_\_ mmHg , Suhu: \_\_\_\_\_ ° C Nadi : \_\_\_\_\_ X mnt, Frekuensi napas : \_\_\_\_\_ x/ mnt

Catatan penting (kondisi saat ini) : \_\_\_\_\_

**Edukasi awal, tentang diagnosis, rencana, tujuan terapi kepada :**

- ☐ Pasien
- ☐ Keluarga: \_\_\_\_\_

Jam keluar dari IGD, Jam : \_\_\_\_\_

Telah dijelaskan

Pasien/ Keluarga

Jakarta , \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Dokter pemeriksa

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )



RM. 002/013/2023



**Dharma  
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN  
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

### PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN PASIEN GAWAT DARURAT

Tanggal kedatangan : ____/____/____	Jam kedatangan :
Asal Pasien : <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Rujukan Perusahaan <input type="checkbox"/> Rujukan Rumah sakit _____ <input type="checkbox"/> Kecelakaan diantar petugas/ polisi	
Kondisi pasien : <input type="checkbox"/> emergency <input type="checkbox"/> false emergency <input type="checkbox"/> non emergency <input type="checkbox"/> lainnya _____	
Anamnesisi : <input type="checkbox"/> Auto anamnesa <input type="checkbox"/> Allo Anamnesis , Hubungan dengan pasien : _____	
<b>1. Biopsikososio spiritual:</b>	
a. Pendidikan pasien : <input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> Belum sekolah <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Paska sarjana <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> Lain-lain _____	
b. Pekerjaan : <input type="checkbox"/> PNS/TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lain-lain _____	
c. Sosial ekonomi : <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Kurang	
d. Status psikologis : <input type="checkbox"/> Tenang <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Depresi	
e. Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Khong hucu	
Kebutuhan pelayanan kerohanian : Ya/ Tidak	
<b>2. Data subyektif</b>	
a. Keluhan utama :	
b. Riwayat penyakit sekarang :	
c. Riwayat penyakit dahulu	
d. Riwayat penyakit keluarga : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hypertensi <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Lain-lain _____	
e. Riwayat alergi ; <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada , Sebutkan _____	
f. Riwayat penggunaan obat sebelum masuk rumah sakit: <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan : _____	

### 3. Data obyektif

Tekanan darah : ka/ ki : \_\_\_\_\_ mmHg , Nadi \_\_\_\_x/ mnt , Suhu : \_\_\_\_\_ °C , RR: \_\_\_\_\_ x/ mnt

BB: \_\_\_\_\_ Gram/ Kg , GCS : E \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_, V \_\_\_\_\_

Keadaan umum: ☐ Baik ☐ Sedang ☐ Buruk

Kesadaran : ☐ Compos mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Sopor koma ☐ Koma

### 4. Asesmen risiko jatuh dengan Get 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 Sike rwarna kuning.

### 5. Nilai Nyeri : ☐ Ada ☐ Tidak ada, Deskripsi

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

Quality : ☐ Seperti tertusuk-tusuk benda tajam/ tumpul ☐ Berdenyut ☐ Terbakar  
☐ Tertindih benda berat ☐ Diremas ☐ Terpelintir ☐ Teriris

Regio : ☐ Lokasi : \_\_\_\_\_ ☐ Menyebar : ☐ Tidak Ya \_\_\_\_\_

Severity : ☐ NIPS, Score: \_\_\_\_\_ ☐ FLACSS, Score: \_\_\_\_\_

☐ Wong Baker Faces, Score: \_\_\_\_\_ ☐ NRS/ VAS, Score : \_\_\_\_\_ ☐ BPS, Score : \_\_\_\_\_,

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



6. Screening Gizi Pasien Dewasa Dan Anak 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
	Pasien dengan diagnosis khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya skor : 2 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / Geriatri / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan _____)	
	Total skor	

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

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



## 8. Masalah keperawatan dan rencana keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	RENCANA KEPERAWATAN GAWAT DA URAT
<input type="checkbox"/> Peningkatan suhu tubuh <input type="checkbox"/> Ketidak nyamanan sehubungan dengan rasa nyeri <input type="checkbox"/> Ketidak efektifan bersihan jalan napas b.d. <u>obstruksi trakeobronkial, adanya benda asing pada jalan napas, sekret tertahan di saluran napas</u> <input type="checkbox"/> Risiko aspirasi b.d. <u>trauma wajah, mulut atau leher, penurunan tingkat kesadaran, peningkatan tekanan intragastrik</u> <input type="checkbox"/> Ketidak efektifan pola napas b.d. <u>nyeri, cedera pada spinal, kelelahan otot pernapasan, kerusakan otot rangka</u> <input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas b.d. <u>perubahan kapasitas darah membawa oksigen, ketidakseimbangan membran pertukaran kapiler dan alveolus</u> <input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung b.d. <u>perubahan kekuatan jantung dalam melawan kontraksi otot jantung, menurunnya keluaran jantung, penurunan isi sekuncup yang disebabkan oleh masalah elektrofisiologis</u> <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan perfusi jaringan (cerebral, cardiopulmonar, renal, gastrointestinal, perifer) b.d. <u>penurunan pertukaran sel, hipovolemia, penurunan aliran darah arteri</u> <input type="checkbox"/> Kekurangan/risiko kekurangan volume cairan b.d. <u>kehilangan volume cairan aktif, kerusakan mekanisme regulasi</u> <input type="checkbox"/> Kelebihan volume cairan b.d. mekanisme regulasi yang terganggu <input type="checkbox"/> Diare b.d. <u>penyalahgunaan laxatif, proses infeksi, malabsorpsi</u> <input type="checkbox"/> Retensi urin b.d. <u>obstruksi traktus urinarius, gangguan neurovaskular, trauma, hipertofi blader prostat</u> <input type="checkbox"/> Nyeri akut, kronis b.d. <u>spasme otot dan jaringan, trauma jaringan, ketidakmampuan fisik kronik</u> <input type="checkbox"/> Hipertermia b.d. <u>dehidrasi, peningkatan kecepatan metabolisme, trauma, proses perjalanan penyakit</u> <input type="checkbox"/> Konstipasi b.d. <u>diet, asupan cairan, tingkat aktivitas, kebiasaan defekasi</u> <input type="checkbox"/> Risiko jatuh b.d. <u>penyakit, gangguan keseimbangan, penurunan status mental, penggunaan obat, penggunaan alkohol</u> <input type="checkbox"/> Resiko mencederai diri dan orang lain berhubungan dengan agresif <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ukur suhu tubuh, kolaborasi dengan dokter, pemberian terapi <input type="checkbox"/> Mengurangi nyeri/ kolaborasi dengan dokter, manajemen nyeri <input type="checkbox"/> Lakukan manuver jaw trust, head thilt dan chin lift. <input type="checkbox"/> Keluarkan benda asing, lakukan suction, needle cricothyroidectomy <input type="checkbox"/> Berikan bantuan napas buatan, Baging/ rencana intubasi <input type="checkbox"/> Berikan O2 sesuai kebutuhan melalui nasal canula, masker. <input type="checkbox"/> Monitor Saturasi O2. <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Monitor tingkat kesadaran <input type="checkbox"/> Monitor EKG. <input type="checkbox"/> Pasang infus, sampel darah, cek AGD dll <input type="checkbox"/> Hentikan perdarahan, KIE banyak minum. <input type="checkbox"/> Berikan posisi semifowler. <input type="checkbox"/> Berikan cairan intravena, <input type="checkbox"/> Kaji turgor kulit dan membran mukosa mulut. <input type="checkbox"/> Awasi tetesan cairan, berikan cairan sesuai kebutuhan. <input type="checkbox"/> Atasi nyeri, delegatif pemberian analgetika, teknik distraksi, relaksasi. <input type="checkbox"/> Lakukan perawatan luka dengan teknik septic aseptik. <input type="checkbox"/> Berikan kompres hangat. <input type="checkbox"/> Berikan posisi semifowler bila tidak ada kontra indikasi. <input type="checkbox"/> Delegatif pemberian antipiretik. <input type="checkbox"/> Monitor intake dan output cairan. <input type="checkbox"/> Pasang pengaman, lakukan imobilisasi. <input type="checkbox"/> Pastikan pengaman terpasang dan rem tempat tidur terkunci dengan baik. <input type="checkbox"/> Pasang pita kuning pada pasien sebagai penanda pasien risiko jatuh <input type="checkbox"/> Lakukan pengikatan pasien , pasang pengaman pagar TT <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

**9. Tindakan & Evaluasi keperawatan:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tanggal/ bulan/ tahun / pukul : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Pukul : \_\_\_\_

Yang melakukan pengakjian

Verifikasi dokter IGD

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan





**Dharma  
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
Jl. BALAI PUSATAKA 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 \_\_\_\_\_, Pengkajian 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 ☐ Apatitis ☐ 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 : \_\_\_\_\_

V. Diagnosis Banding : ✓ \_\_\_\_\_

VI. Permasalahan Prioritas Medis : \_\_\_\_\_

VII. Permasalahan Prioritas 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 : ☐ 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 \_\_\_\_\_**

**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 : \_\_\_\_\_
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
<b>Sistem Susunan saraf pusat</b>	Kepala : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hydrocephalus <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Mikrocephalus <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Ubun – ubun : <input type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Menonjol <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Wajah: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Bell's Palsy <input type="checkbox"/> Kelainan kongenital : _____ 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 _____ Kejang : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Tipe _____ Sensorik : <input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Sakit nyeri <input type="checkbox"/> Rasa kebas Motorik : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hemiparese <input type="checkbox"/> Tetraparese
<b>Sistem Penglihatan/ Mata</b>	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 Posisi mata : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor Kelopak Mata : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Konjungtiva : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Konjungtivitis <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Sklera : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ 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
<b>Sistem Pendengaran</b>	<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
<b>Sistem Penciuman</b>	<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 _____
<b>Sistem Pernafasan</b>	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
<b>Sistem Kardiovaskuler/ jantung</b>	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
<b>Sistem Pencernaan</b>	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"/> Melenas <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> Diare Frekuensi _____/hari
<b>Sistem Genitourinaria</b>	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-- _____ 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 : _____
<b>Sistem Reproduksi</b>	<b>Wanita</b> Menarche : umur _____ th, Siklus haid _____ hari, Lama haid : _____ hari, HPHT _____ Gangguan haid: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Dismenore <input type="checkbox"/> Metrorrhagi <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 _____ 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 <b>Laki-laki</b> Sirkumsisi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Gangguan prostat: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Lain-lain : _____
<b>Sistem Integumen</b>	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>
<b>Sistem Muskuloskeletal</b>	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
<b>Sistem Endokrin Metabolik</b>	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. 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: \_\_\_\_\_ ☐ 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  $\geq 12$

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

☐ Risiko rendah 0 – 24 ☐ Risiko sedang 25 – 44 ☐ Risiko Tinggi  $\geq 45$

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**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nyeri               | <input type="checkbox"/> Keselamatan pasien     | <input type="checkbox"/> Tumbuh kembang                     | <input type="checkbox"/> Risiko Nutrisi |
| <input 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. \_\_\_\_\_
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 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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Pukul : \_\_\_\_

Yang melakukan pengkajian \_\_\_\_\_

Verifikasi DPJP \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

Nama dan tanda tangan

( \_\_\_\_\_ )

Nama dan tanda tangan