

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 :

☐ Perawatan diri/ personal hygiene

☐ Perawatan nifas/ post SC

☐ Perawatan luka

☐ Perawatan bayi

☐ Pemantauan pemberian obat
rumah (Home care)

☐ Bantuan medis/ perawatan di

☐ Perawatan payudara
saat dirumah

☐ 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
tangan

Nama dan tanda