

# **FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR**

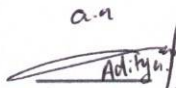
## **DATA IDENTITAS PEMOHON**

NIP : 14080290027  
 Nama Lengkap : Tresna Suci Novalanti  
 Unit/Divisi/Komite : Rawat Inap Akasia  
 No. Telepon/Ext : 2300  
 E-mail : tresnasucinovalani@gmail.com

Tanggal : 30/09/2022

## **DATA FORMULIR TERKAIT**

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap  
 No/Kode Formulir : 053/F/PM/RSIH/IX/2022 (Rev.02) Dewasa  
 No/Kode RM\*\* : 3,2 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Agustus 2022 Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	0
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

## **Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir**

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

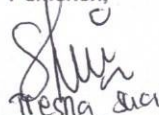
Revisi NO RM Baru wrapping formulir

## **Komponen Perubahan**

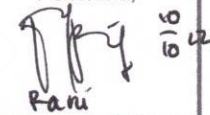
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

no rm

Tanda Tangan  
Pemohon,

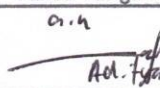
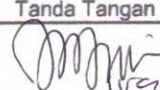
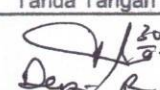
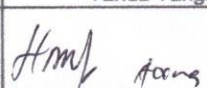
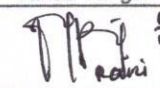
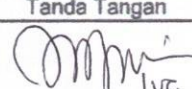
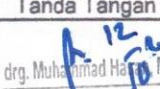
  
Tresna Suci

Tanda Tangan  
Penerima,

  
Rani

## **Masukan/Saran**


(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
FY 3 Ply Bolak Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Pengantian nomor RM		Pemeriksaan arsip rekam medis	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace		bu	

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)  
Nama : .....  
Tanggal Lahir : ..... (L / W)\*  
No. RM : .....  
Ruangan/Kelas : .....  
Dokter yang merawat : .....  
Penjamin : .....  
*Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini*

Di isi oleh perawat

Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan kondisi pasien  
Tanggal dan Jam pasien tiba di ruang perawatan : ..... / ..... / 20 ..... Pukul: ..... : ..... WIB  
Masuk dari : ☐ UGD ☐ Unit Rawat Jalan ☐ Unit Kamar Operasi ☐ Unit Intensif  
Tanggal dilakukan asesmen : ...../ ...../ 20..... Pukul: ..... : ..... WIB  
Asesmen diambil dari : ☐ Pasien ☐ Orang Lain, nama: ..... Hubungan: .....  
Pasien masuk dengan : ☐ Blankar ☐ Kursi Roda ☐ Digendong ☐ Lain-lain.....  
Obat- obatan dari rumah : ☐ Tidak Ada ☐ Ada (*Lihat Formulir Rekonsiliasi Obat Farmasi*)  
Hasil pemeriksaan yang dibawa oleh keluarga:  
☐ Tidak ada ☐ Ada

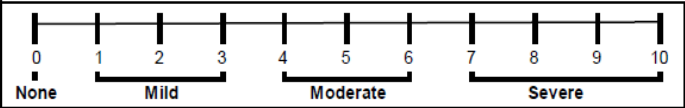
No	Laboratorium	Radiologi	Diagnostik Lain

I. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama : .....  
2. Riwayat Kesehatan Sekarang : .....  
Diagnosa masuk : .....  
3. Riwayat Penyakit Dahulu : .....  
a. Pernah dirawat : ☐ Tidak ☐ Ya, bulan/tahun ..... Alasan.....  
b. Operasi/tindakan : ☐ Tidak ☐ Ya, bulan/tahun ..... Jenis .....  
c. Riwayat Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya, .....  
d. Tranfusi Darah : ☐ Tidak ☐ Ya, Reaksi.....  
4. Riwayat Kehamilan : G..... P..... A..... HPHT..... Haid: Teratur/tidak teratur  
5. Ketergantungan terhadap : ☐ Obat-obatan ☐ Rokok ☐ Alkohol ☐ Tidak ketergantungan  
6. Riwayat Penyakit Keluarga : ☐ Hipertensi ☐ DM ☐ Asma ☐ .....

II. ASESMEN NYERI DAN RESIKO JATUH

1. Asesmen Nyeri  
Apakah pasien mengeluh nyeri:  
☐ Tidak ☐ Ya, Skor: .....\*) NRS / BPS (lingkari), Lokasi nyeri:  
☐ NRS (*Numeric Rating Scale*) : Skala nyeri yang digunakan pada pasien yang dapat berhitung dan kooperatif



SKOR			
0	1 - 3	4 - 6	7 - 10
Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat

☐ BPS (*Behavioral Pain Scale*) : Skala nyeri yang digunakan pada pasien dengan gangguan komunikasi verbal  
☐ BPS pada pasien terintubasi

PARAMETER	SKOR			
	+ 1	+2	+3	+4
Ekpresi Wajah	Relaks/Santai	Sedikit Mengerut	Mengerut Secara Penuh	Meringis
Pergerakan ekstremitas atas	Tidak Ada Pergerakan	Sedikit Membungkuk	Membungkuk Penuh Dengan Fleksi Pada Jari	Retraksi Permanen
Kompensasi terhadap ventilator	Pergerakan Yang Menoleransi	Batuk Dengan Pergerakan	Melawan Ventilator	Tidak mampu Mengontrol Ventilator
TOTAL SKOR	< 3 = Tidak Nyeri, 4-5 = Nyeri Ringan, 6-11 = Nyeri Sedang, > 12 = Nyeri Berat			

☐ BPS pada pasien tidak terintubasi

PARAMETER	SKOR			
	+ 1	+2	+3	+4
Ekpresi Wajah	Relaks/Santai	Sedikit Mengerut	Mengerut Secara Penuh	Meringis
Pergerakan ekstremitas atas	Tidak Ada Pergerakan	Sedikit Membungkuk	Membungkuk Penuh Dengan Fleksi Pada Jari	Retraksi Permanen
Vocalisation (Suara)	Diam Atau Tampak Tenang	Frekuensi Mengerang Tidak < 3 menit dan Tidak Menerus	Frekuensi Mengerang Tidak > 3 menit dan Terus Menerus	Berteriak atau Menunduk
TOTAL SKOR	< 3 = Tidak Nyeri, 4-5 = Nyeri Ringan, 6-11 = Nyeri Sedang, > 12 = Nyeri Berat			

\*Coret yang tidak perlu

2. Asesmen Risiko Jatuh

□ Morse Scale : Asesmen Risiko Jatuh Usia 14 - < 65 tahun

PARAMETER	SKALA		SKOR
Riwayat Jatuh:	Tidak	0	
Baru-baru ini atau dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	
Diagnosis skunder	Tidak	0	
	Ya	15	
Alat bantu Pergerakan:	0		
1. Bed rest/dibantu perawat			
2. Walker/kruk			
3. Perabotan (kursi, meja, dll)			
IV/Heparin Lock	Tidak	0	
	Ya	15	
Galt:	0		
1. Normal/Bedrest/immobile			
2. Lemah			
3. Impair			
Status Mental:	0		
1. Orientasi terhadap kemampuan diri baik			
2. Orientasi tidak realistik			
Total Skor			

SKOR	Tingkat Resiko	Tindakan
0 - 24	Tidak ada risiko	Minimal Care
25 - 50	Risiko rendah	Intervensi pencegahan jatuh standar
≥ 51	Risiko Tinggi	Intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

□ Ontario Midified Stratify - Sidney Scoring : Asesmen Risiko Jatuh Usia > 65 tahun

PARAMETER	SKRINING	JAWABAN	KET.NILAI	SKOR		
Riwayat jatuh	Apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?	Ya/Tidak	Salah satu jawaban Ya = 6			
	Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?	Ya/Tidak				
Status Mental	Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat)	Ya/Tidak	Salah satu jawaban Ya = 14			
	Apakah pasien mengalami disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat atau orang)	Ya/Tidak				
	Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)	Ya/Tidak				
Penglihatan	Apakah pasien memakai kacamata?	Ya/Tidak	Salah satu jawaban Ya = 1			
	Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram?	Ya/Tidak				
	Apakah pasien mempunyai glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?	Ya/Tidak				
Kebiasaan berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya/Tidak	Ya = 2			
Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur)	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	Jumlahkan nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0 - 3 = 0, 4 - 6 = 7			
	Memerlukan sedikit bantuan (1 orang)/dalam pengawasan	1				
	Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)	2				
	Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	3				
Mobilitas	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0				
	Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik)	1				
	Menggunakan kursi roda	2				
	Mobilisasi	3				
TOTAL SKOR	0-5 = risiko rendah, 6-16 = risiko sedang, 17-30 = risiko tinggi					

III. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital :  
Tekanan Darah : ..... mmHg  
Nadi : ..... x/menit  
BB : ..... kg

Pernapasan : ..... x/menit  
□ Teratur   □ Tidak Teratur  
TB : ..... cm

SpO<sub>2</sub> : .....% Suhu : ..... °C  
□ Kuat   □ Lemah

2. Tingkat Kesadaran

a. Kesadaran Kuantitatif :

Respon Membuka Mata (E)		Respon Verbal (V)		Respon Motorik (M)		Total
Tidak ada respon	1	Tidak ada suara	1	Tidak ada respon	1	
Membuka Mata dengan rangsang nyeri seperti menekan jari tangan maupun kaki)	2	Mengerang	2	Ekstensi abnormal (kedua maupun satu tangan ekstensi di sisi tubuh dengan jari mengepal serta kaki ekstensi jika di beri rangsang nyeri)	2	
Membuka mata dengan rangsang suara menyuruh pasien untuk membuka mata)	3	Bicara Kacau	3	Fleksi abnormal (kedua maupun satu tangan posisi kaku di atas dada serta kaki jika di beri rangsang nyeri).	3	
Membuka mata dengan spontan	4	Disorientasi tempat & waktu	4	Menarik dari nyeri (menghindari/ menarik tubuh menjauhi stimulus saat di beri rangsang nyeri).	4	
		Orientasi baik dan sesuai	5	Melokalisir bagian nyeri (menjauhkan maupun menjangkau stimulus saat di beri rangsang nyeri)	5	
				Mengikuti apa yang diperintah.	6	

b. Kesadaran Kualitatif

□ Compos Mentis ( Skor 14 - 15 )	Pasien sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya
□ Apatis (Skor 12 - 13 )	Pasien segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh
□ Samnolen (Skor 10 - 11)	Pasien memiliki respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal.
□ Delirium (Skor 7 - 9)	Pasien gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal
□ Stupor/Soporokoma (Skor 4 - 6)	Pasien seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri.
□ Koma (comatose) (Skor 3)	Pasien tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya)

3. Rambut dan Kepala

Bentuk :  
Kulit kepala :  
Benjolan :  
Rambut mudah tercaburt :  
Distribusi rambut merata :  
Ada luka memar :  
Nyeri :  
Lain-lain :

□ Simetris  
□ Bersih  
□ Ada  
□ Ya  
□ Ya  
□ Ya  
□ Ya  
.....

□ Asimetris  
□ Kotor  
□ Tidak Ada  
□ Tidak  
□ Tidak  
□ Tidak  
□ Tidak

4. Mata

Bentuk :  
Konjungtiva :

□ Simetris  
□ Anemis

□ Asimetris  
□ Tidak Anemis

Sklera	: <input type="checkbox"/> Ikterik	<input type="checkbox"/> Tidak Ikterik		
Sekret	: <input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak Ada		
Menggunakan kacamata/lensa kontak	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Reaksi pupil terhadap cahaya	: <input type="checkbox"/> Isokor (pupil sama besar) <input type="checkbox"/> Midriasis (pupil melebar)	<input type="checkbox"/> Miosis (pupil lebih kecil dari normal) <input type="checkbox"/> Pinpoint (pupil sangat kecil)		
Pergerakan bola mata	: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Strabismus (kedudukan kedua bola mata tidak sejajar dengan objek yang dilihat) <input type="checkbox"/> Nistagmus (gerakan bola mata involunter/bolak balik)			
Ketajaman penglihatan	: <input type="checkbox"/> Photophobia (tidak nyaman terhadap cahaya) <input type="checkbox"/> Diplopia (pandangan ganda)			
Lain-lain	: .....			
5. Hidung				
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris		
Kebersihan	: <input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor		
Nyeri	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Pernapasan cuping hidung	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Perdarahan	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Lain-lain	: .....			
6. Telinga				
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris		
Kebersihan	: <input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor		
Tinitus	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
sekret	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Lain-lain	: .....			
7. Mulut				
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris	<input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor
Stomatitis	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Gusi	: <input type="checkbox"/> Perdarahan	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Lesi	
Gigi	: <input type="checkbox"/> Caries	<input type="checkbox"/> Karang Gigi	<input type="checkbox"/> Gigi palsu	
Lidah	: <input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor	<input type="checkbox"/> Lesi	
Tonsil	: <input type="checkbox"/> Bengkak	<input type="checkbox"/> Tidak Bengkak		
Sakit menelan	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Lain-lain	: .....			
8. Leher				
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris		
Massa	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Pembesaran kelenjar getah bening	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Pembesaran kelenjar tiroid	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Distensi vena jugularis	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Nyeri	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Kaku kuduk	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Lain-lain	: .....			
9. Dada/Thorax				
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Barell Chest (Dada Barel) <input type="checkbox"/> Pigeon Chest (Dada Burung) <input type="checkbox"/> Kyphoscoliosis (skapula dan spina berbentuk huruf S)	<input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Funnel chest (Dada Corong)		
Retraksi dada	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Payudara				
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris		
Massa	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Nyeri	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak		
Lain-lain	: .....			
Paru-paru				
Bunyi Pernapasan	: <input type="checkbox"/> Vesikuler (Inspirasi lebih panjang dari ekspirasi) <input type="checkbox"/> Bronkial (Ekspirasi lebih panjang dari inspirasi) <input type="checkbox"/> Bronko Vesikuler (inspirasi sama dengan ekspirasi) <input type="checkbox"/> Wheezing (Mengi, suara seperti bersiul) <input type="checkbox"/> Crackles (suara seperti rambut yang digesekan) <input type="checkbox"/> Ronchi (suara terdengar kasar pada saat inspirasi dan ekspirasi) <input type="checkbox"/> Pleura Friction Rub (suara seperti gosokan amplas)			
Pola Pernapasan	: <input type="checkbox"/> Teratur/Tidak teratur* <input type="checkbox"/> Bradipnea (frekuensi napas < 12 x/menit) <input type="checkbox"/> Takipnea (frekuensi napas > 20 x/menit) <input type="checkbox"/> Hiperpnea (napas cepat, dalam > 20x/menit) <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes (ggn pola napas diselingi apneu) <input type="checkbox"/> Kusmaul (napas cepat, dalam dan sukar bernapas) <input type="checkbox"/> Apnea (tidak bernapas > 20 detik) <input type="checkbox"/> Biot (pola napas yang sangat tidak teratur)			
Jantung				
Irama Jantung	: <input type="checkbox"/> Teratur	<input type="checkbox"/> Tidak teratur		
Bunyi Jantung	: <input type="checkbox"/> S1 S2 murni reguler <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Ictus Cordis, lokasi ..... <input type="checkbox"/> Ya, TPM/PPM*	<input type="checkbox"/> Gallop <input type="checkbox"/> Tidak		
Bentuk Tulang Belakang				
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Skoliosis (tulang belakang melengkung ke arah samping) <input type="checkbox"/> Kifosis (tulang belakang melengkung ke belakang)	<input type="checkbox"/> Asimetris		

		<input type="checkbox"/> Lordosis (tulang belakang melengkung ke depan)																																																			
<b>10. Abdomen</b>																																																					
Bentuk	: <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Distensi abdomen <input type="checkbox"/> Mual	<input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Muntah ..... X <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Tidak Kuat/lemah*																																																			
Kembung	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																																																			
Bising usus	: <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Ya Frekuensi ..... X/menit	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Kuat/lemah*																																																			
Hepatomegali	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																																																			
Massa	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																																																			
Nyeri	: <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak																																																			
Turgor kulit	: <input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Buruk																																																			
Stoma	: <input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak Ada																																																			
Vesika UrinarA	: <input type="checkbox"/> Teraba	<input type="checkbox"/> Tidak Teraba																																																			
Lain-lain	:																																																				
<b>11. Genitalia</b>																																																					
Kebersihan	: <input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor																																																			
Pengeluaran Cairan	: <input type="checkbox"/> Tidak Ada	<input type="checkbox"/> Ada, Jumlah:..... ml																																																			
Uretra	: <input type="checkbox"/> Tidak Ada Kelainan <input type="checkbox"/> Hipospadia	<input type="checkbox"/> Sekret <input type="checkbox"/> Warna <input type="checkbox"/> Tidak Terpasang																																																			
Alat Bantu Berkemih	: <input type="checkbox"/> Terpasang <input type="checkbox"/> Dower/kondom Kateter *Hari ke .....	<input type="checkbox"/> Hemoroid																																																			
Anus	: <input type="checkbox"/> Tidak Ada Kelainan <input type="checkbox"/> Perdarahan																																																				
Lain-lain	:																																																				
<b>12. Ekstremitas</b>																																																					
Bentuk	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris																																																			
Persendian	<input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Kontraktur	<input type="checkbox"/> Pembengkakan																																																			
Kulit	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cyanosis	<input type="checkbox"/> Lesi <input type="checkbox"/> Ikterik																																																			
Sirkulasi	<input type="checkbox"/> Akral, hangat/dingin <input type="checkbox"/> Berkeringan	<input type="checkbox"/> CRT : .....detik <input type="checkbox"/> Edema, Grade: <input type="checkbox"/> Tidak																																																			
Menggunakan Alat Bantu	<input type="checkbox"/> Ya .....																																																				
Kekuatan motorik																																																					
<table><tr><td colspan="6">Kanan</td><td colspan="6">Kiri</td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>		Kanan						Kiri						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<table><tr><th>Skala</th><th>Parameter</th></tr><tr><td>0</td><td>Tidak ada kontraksi</td></tr><tr><td>1</td><td>Hanya terdapat kontraksi otot</td></tr><tr><td>2</td><td>Ada pergerakan tidak mampu melawan gaya gravitasi</td></tr><tr><td>3</td><td>Ada pergerakan, hanya mampu melawan gaya gravitasi</td></tr><tr><td>4</td><td>Mampu melawan gaya gravitasi dan sedikit tahanan</td></tr><tr><td>5</td><td>Mampu melawan gaya gravitasi dan tahanan yang maksimal</td></tr></table>		Skala	Parameter	0	Tidak ada kontraksi	1	Hanya terdapat kontraksi otot	2	Ada pergerakan tidak mampu melawan gaya gravitasi	3	Ada pergerakan, hanya mampu melawan gaya gravitasi	4	Mampu melawan gaya gravitasi dan sedikit tahanan	5	Mampu melawan gaya gravitasi dan tahanan yang maksimal
Kanan						Kiri																																															
0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5																																										
0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5																																										
Skala	Parameter																																																				
0	Tidak ada kontraksi																																																				
1	Hanya terdapat kontraksi otot																																																				
2	Ada pergerakan tidak mampu melawan gaya gravitasi																																																				
3	Ada pergerakan, hanya mampu melawan gaya gravitasi																																																				
4	Mampu melawan gaya gravitasi dan sedikit tahanan																																																				
5	Mampu melawan gaya gravitasi dan tahanan yang maksimal																																																				
<input type="checkbox"/> Tidak dapat diasesmen karena dalam pengaruh obat (DPO)																																																					
<b>IV. KEBUTUHAN DASAR</b>																																																					
<b>1. Pola Istirahat dan tidur :</b>																																																					
<input type="checkbox"/> Tenang		<input type="checkbox"/> Sukar tidur																																																			
<input type="checkbox"/> Tidur sering terbangun		<input type="checkbox"/> Tidak merasa segar saat bangun																																																			
Hal-hal yang membantu cepat tidur :		Lama tidur malam : ..... Jam																																																			
<input type="checkbox"/> Minum susu/teh*		<input type="checkbox"/> Membaca	<input type="checkbox"/> Lampu dimatikan																																																		
		<input type="checkbox"/> Mendengarkan musik	<input type="checkbox"/> Lain-lain																																																		
<b>2. Makan dan minum</b>																																																					
a. Makan : ..... x/hari		<input type="checkbox"/> Ada pantangan	Diet khusus: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak																																																		
b. Minum : ..... ml/hari, Jenis																																																					
<b>3. Eliminasi :</b>																																																					
Frekuensi BAK Warna : .....		Warna : .....																																																			
Frekuensi BAB Konsistensi : .....																																																					
<b>V. SKRINING STATUS FUNGSIONAL</b>																																																					
<b>1. Pola aktifitas sehari-hari</b>																																																					
No	Item yang dinilai	Skor	Nilai																																																		
1.	Makan	0 = Tidak mampu																																																			
		1 = Butuh bantuan memotong, mengoles																																																			
		2 = Mandiri																																																			
2.	Mandi	0 = Tergantung orang lain																																																			
		1 = Mandiri																																																			
		0 = Membutuhkan bantuan orang lain																																																			
3.	Perawatan diri	1 = Mandiri dalam perawatan muka, gigi dan bercukur																																																			
		0 = Tergantung orang lain																																																			
		1 = Sebagian dibantu (mis. Mengancing baju)																																																			
4.	Berpakaian	2 = Mandiri																																																			
		0 = Inkontinensia atau pakai kateter & tidak terkontrol																																																			
		1 = Kadang ikontinensia (maksimal 1 x 24 jam)																																																			
5.	Buang Air Kecil	2 = Kontinensia ( teratur untuk lebih dari 7 hari)																																																			
		0 = Ikontinensia (tidak teratur atau perlu enema)																																																			
		1 = Kadang ikontinensia (sekali seminggu)																																																			
6.	Buang Air Besar	2 = Kontinensia (teratur)																																																			
No	Item yang dinilai	Skor	Nilai																																																		
7.	Pengunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain																																																			
		1 = Butuh bantuan tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri																																																			
		2 = Mandiri																																																			
8.	Transfer	0 = Tidak mampu																																																			
		1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk ( 2 orang)																																																			
		2 = Bantuan kecil (1 orang)																																																			
9.	Mobilitas	3 = Mandiri																																																			
		0 = Immobile (tidak mampu)																																																			
		1 = Menggunakan kursi roda																																																			
10.	Naik turun tangga	2 = Berjalan dengan bantuan 1 orang																																																			
		3 = Mandiri (meskioun menggunakan alat bantu seperti tongkat)																																																			
		0 = Tidak mampu																																																			
Interpretasi hasil																																																					
20 : Mandiri																																																					
12 - 19 : Ketergantungan ringan		5 - 8 : Ketergantungan berat																																																			
9 - 11 : Ketergantungan sedang		0 - 4 : Ketergantungan total																																																			



VIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN			
<input type="checkbox"/> Nyeri	<input type="checkbox"/> Penanganan nutrisi	<input type="checkbox"/> Tumbuh kembang	
<input type="checkbox"/> Keselamatan pasien/resiko jatuh	<input type="checkbox"/> Perfusi jaringan	<input type="checkbox"/> Cemas	
<input type="checkbox"/> Penanganan nutrisi	<input type="checkbox"/> Eliminasi	<input type="checkbox"/> Mobilitas/aktivitas	
<input type="checkbox"/> Suhu tubuh	<input type="checkbox"/> Integritas kulit	<input type="checkbox"/> Komunikasi	
<input type="checkbox"/> Konflik peran	<input type="checkbox"/> Pengetahuan	<input type="checkbox"/> Pola tidur	
<input type="checkbox"/> Perawatan diri	<input type="checkbox"/> .....		
IX. PERENCANAAN PASIEN PULANG			
1. Rencana perawatan di rumah	<input type="checkbox"/> Orang tua	<input type="checkbox"/> Saudara	<input type="checkbox"/> Pengasuh
<input type="checkbox"/> .....			
2. Pendidikan kesehatan untuk perawatan lanjutan di rumah : *) <i>ceklis kebutuhan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan</i>			
<input type="checkbox"/> Penggunaan obat-obat secara efektif dan aman termasuk potensi efek samping obat			
<input type="checkbox"/> Potensi Interaksi obat dengan obat lain serta dengan makanan			
<input type="checkbox"/> Penggunaan peralatan medis secara efektif & aman			
<input type="checkbox"/> Diet dan nutrisi			
<input type="checkbox"/> Manajemen nyeri			
<input type="checkbox"/> Teknik rehabilitasi medik atau proses penyembuhan penyakit			
<input type="checkbox"/> Pencegahan dan pengendalian infeksi (cuci tangan, dan sebagainya)			
<input type="checkbox"/> Materi Pendidikan Kesehatan lain: .....			
3. Rencana rujukan pendidikan kesehatan berkelanjutan (komunitas promosi kesehatan, dan lain-lain)			
<input type="checkbox"/> Tidak			
<input type="checkbox"/> Ya, Ke.....			
Tanggal Asesmen : ..... Pukul ..... WIB			
PPJA			
.....			
Tanda Tangan & Nama Jelas			