

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

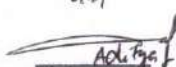
DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1508029074
 Nama Lengkap : Hinda. Setiawan
 Unit/Divisi/Komite : Intelektual Pemuda
 No. Telepon/Ext : 2201
 E-mail :

Tanggal : 30/09/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Pengkajian Keperawatan Krisis Dewasa
 No/Kode Formulir : 077/F/RM/RSIH/IX/2022
 No/Kode RM** : RM. 12.1 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 01

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)
Jumlah stok formulir lama : 18
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :
Paraf a.n 

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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


Swapping formulir dan penggantian no. RM

Komponen Perubahan


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

NO - RM

Tanda Tangan
Pemohon,

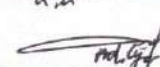
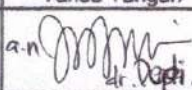
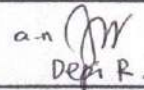

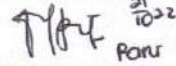




Hinda Setiawan

Tanda Tangan
Penerima,

 20/10/22
Rani

Masukan/Saran

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

Logistik	Tanda Tangan		
F4 4 ply Bolak Balik	 a.n		
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung	Tanda Tangan		
ACC Revisi	 a.n dr. Depi R. An		
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Ace	 a.n dr. Depi R.
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Raportan nomor formulir dibuat F4	 Agus	ditindaklanjuti sesuai dengan penomoran baru	 21/10/22 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace	 dr. Muhammad Hasebi	 dr. Muhammad Hasebi	 dr. Muhammad Hasebi NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama Pasien :
 Tanggal Lahir : (L/W)*
 No. RM :
 Ruangan / Kelas :
 DPJP :
 Penjamin :
 Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

PENGKAJIAN KEPERAWATAN KRITIS DEWASA

Beri tanda (v) sesuai dengan kondisi pasien

Tanggal dan Jam pasien tiba di ruang perawatan intensif : / / 20..... Pukul : : WIB
 Masuk dari : ☐ UGD ☐ Unit Rawat Inap ☐ Unit Kamar Operasi ☐ Unit Kamar Bersalin
 Tanggal dilakukan pengkajian : / / 20..... Pukul : : WIB
 Pengkajian diambil dari : ☐ Pasien ☐ Orang Lain, Nama : ☐ Hubungan :
 Pasien masuk dengan : ☐ Blankar ☐ Kursi Roda ☐ Digendong ☐ Lain-lain :
 Obat-obatan dari : ☐ 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

- Keluhan Utama :
- Riwayat Kesehatan Sekarang :
- Alasan dirawat di unit Intensif :
- Diagnosa masuk :
- Riwayat Kesehatan Dahulu :
 - Pernah dirawat : ☐ Tidak ☐ Ya, bulan/tahun Alasan Jenis
 - Operasi/tindakan : ☐ Tidak ☐ Ya, bulan/tahun Jenis
 - Riwayat Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya
 - Transfusi Darah : ☐ Tidak ☐ Ya, Reaksi
- Riwayat Kehamilan : G P A HPHT Haid : Teratur/tidak teratur
- Ketergantungan terhadap : ☐ Obat-obatan ☐ Rokok ☐ Alkohol ☐ Tidak Ketergantungan
- Riwayat Penyakit Keluarga : ☐ Hipertensi ☐ DM ☐ Asma

II. Pengkajian Segera (Quick Assesmen)

1. Airway

a) Penggunaan Peralatan

- ☐ ETT : Ukuran Kedalaman Tanggal Pasang : / / 20.....
☐ Trakeostomi : Ukuran Kedalaman Tanggal Pasang : / / 20.....
☐ OPA : Ukuran Tanggal Pasang : / / 20.....
☐ NPA : Ukuran Tanggal Pasang : / / 20.....

b) Kebersihan Jalan Nafas

- Secret : ☐ Ada ☐ Tidak
 Karakteristik :
 Jumlah :

c) Selang ETT

- Kebocoran : ☐ Ya ☐ Tidak
 Terlipat : ☐ Ya ☐ Tidak

2. Breathing

- a) Sianosis : ☐ Ya ☐ Tidak
 Perifer : ☐ Ekstremitas ☐ Telinga ☐ Hidung
 Sentral : ☐ Lidah ☐ Bibir
 SPO2 : %
 RR : x / menit
 Kedalaman : ☐ Normal ☐ Dangkal ☐ Dalam
 Suara nafas : Kanan Kiri
 Taktil Fremitus : Kanan Kiri
 Hasil Foto thoraks :

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KRITIS DEWASA

c) Terapi Oksigen : ☐ Nasal kanul : Liter/menit ; FIO2 %
☐ Simple Mask : Liter/menit ; FIO2 %
☐ Rebreathing Mask : Liter/menit ; FIO2 %
☐ Non Rebreathing Mask : Liter/menit ; FIO2 %

d) Ventilator ☐ Ya ☐ Tidak

e) Mode Ventilator : ☐ Volume Control (CMV) : VI : , PEEP : , FIO2 : , RR : , I:E :
☐ Pressure Control (PCV) : Pcontrol : , PEEP : , FIO2 : , RR : , I:E :
☐ Sincronous (SIMV) : VI : , PEEP : , FIO2 : , RR : , TI : , Psupport :
☐ Sincronous (PSIMV) : Pinsp. : , PEEP : , FIO2 : , RR : , TI :
☐ CPAP : PEEP : , FIO2 :
☐ NIV : PEEP : , FIO2 : , Psupport :
☐ NIV-ST : PEEP : , FIO2 : , Pinsp. : , TI : , RR :
☐ ASV : PEEP : , FIO2 : , Minute Volume :

e) Hasil Laboratorium/Pemeriksaan penunjang terkait status oksigenasi :

AGD : pH :
pCO2 :
pO2 :
HCO3 :
BE :

Lainnya :
.....

3. Circulation

a) Pemeriksaan

Tekanan Darah : mml
MAP : mml
Frekuensi Jantung : X / menit
Distensi vena Jugularis : ☐ Ya ☐ Tidak
Perdarahan : ☐ Ya ☐ Tidak

b) Pulsasi Nadi

Ulnaris : ☐ Tidak Teraba ☐ Lemah ☐ Kuat
Dorsal Pedis : ☐ Tidak Teraba ☐ Lemah ☐ Kuat
Pengisian Kapiler : ☐ < 2 detik ☐ > 2 detik
Akral : ☐ Hangat ☐ Dingin

c) Auskultasi

S 1 : ☐ Normal ☐ Tidak
S 2 : ☐ Normal ☐ Tidak
Gallop : ☐ Ada ☐ Tidak
Murmur : ☐ Ada ☐ Tidak

d) Edema

Ekstremitas atas : ☐ Kanan ☐ Kiri
Ekstremitas bawah : ☐ Kanan ☐ Kiri
Lainnya :

e) Terpasang CVC : ☐ Ya ☐ Tidak

Terpasang di
CVP :

Tanggal Pasang : / /20.....

..... cmH2O

f) Hasil Laboratorium/Pemeriksaan penunjang terkait fungsi Jantung :

Enzim jantung : CK :
CKMB :
Troponin-I :
Troponin-T :

Hasil EKG :
Lainnya :

4. Disability

a) Kesadaran

☐ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma
GCS : Eye , Motorik , Verbal = Total

b) Pupil

Ukuran : Kiri mm Kanan mm
Reflek Cahaya : ☐ Positif ☐ Negatif

c) Motorik / Sensorik

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

☐ Tidak dapat dikaji karena dalam pengaruh obat (DPO)

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

Pengkajian Nyeri (Pain Assessment)

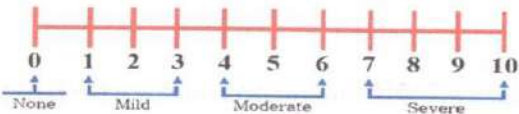
Apakah Pasien mengeluh Nyeri :

☐ *Ya ☐ Tidak

a) Verbal

Penyebab (P) :
Tipe Nyeri (Q) :
Lokasi (R) :
Skala (S) :
Waktu(T) :

☐ METODE PENGKAJIAN NYERI NUMERIC RATING SCALE



Kriteria Skor Nyeri :

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

b) Non Verbal

☐ METODE PENGKAJIAN NYERI BEHAVIOR PAIN SCALE (TIDAK TERINTUBASI)

KATEGORI	PENILAIAN	SKOR
Ekspresi Wajah	Relaks/Santai	1
	Sedikit mengerut	2
	Mengerut secara penuh	3
	Meringis	4
Pergerakan Ekstremitas atas	Tidak ada pergerakan	1
	Sedikit membungkuk	2
	Membungkuk penuh dengan dengan fleksi pada jari	3
	Retraksi permanen	4
Vocalisation (Suara)	Diam atau tampak tenang	1
	Frekuensi mengerang tidak (< 3 menit) dan tidak menerus (< 3 detik)	2
	Frekuensi mengerang (3 menit) dan terus menerus (3 detik)	3
	Berteriak atau merintih	4
Total Skor		

☐ METODE PENGKAJIAN NYERI BEHAVIOR PAIN SCALE (TERINTUBASI)

KATEGORI	PENILAIAN	SKOR
Ekspresi Wajah	Relaks/Santai	1
	Sedikit mengerut	2
	Mengerut secara penuh	3
	Meringis	4
Pergerakan Ekstremitas atas	Tidak ada pergerakan	1
	Sedikit membungkuk	2
	Membungkuk penuh dengan dengan fleksi pada jari	3
	Retraksi permanen	4
Kompensasi Terhadap Ventilator	Pergerakan yang menoleransi	4
	Batuk dengan Pergerakan	1
	Melawan Ventilator	2
	Tidak mampu mengontrol Ventilator	3
Total Skor		

Kriteria Skor Nyeri :

Skor < 3 = Tidak Nyeri
Skor 4-5 = Nyeri Ringan
Skor 6-11 = Nyeri Sedang
Skor > 12 = Nyeri Berat

Status Sedasi dan Agitasi

Apakah Pasien diberikan terapi sedasi :

☐ *Ya ☐ Tidak

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Skor	Terminologi	Keterangan
+4	Combative	Sangat melawan, Tidak terkendali, Membahayakan Petugas
+3	Very Agitated	Menarik atau melepas selang atau kateter, agresif
+2	Agitated	Gerakan berulang tanpa tujuan, melawan Ventilator
+1	Restless	Gelisah tapi gerakan tidak agresif berlebihan
0	Alert and Calm	Terjaga dan Tenang
-1	Drowsy	Tidak sepenuhnya terjaga, tetapi terbangun perlahan (>10 detik), dengan kontak mata, terhadap suara
-2	Light Sedation	Terbangun (<10detik), dengan kontak mata, terhadap suara
-3	Moderate Sedation	Ada gerakan (tetapi tidak ada kontak mata) terhadap suara
-4	Deef Sedation	Tidak ada respon terhadap suara, tetapi ada gerakan dengan stimulus fisik
-5	Unarusable	Tidak ada respon terhadap suara, atau stimulus fisik

Prosedur Penilaian RASS SKOR : (> -3) = Sedasi dalam/modifikasi sesuai kebutuhan, (0 - (-2)) = Sedasi Minimal, (+2 - +4) = Dibawah Sedasi Minimal.

a) Dengan melakukan pengamatan perilaku pasien : Untuk Combative (+4), Very Agitated (+3), Agitated (+2), Restless (+1), dan Alert and Calm (0)

b) Dengan cara memanggil pasien (respon Verbal) : Untuk Drowsy (-1), Light Sedation (-2), Moderate Sedation (-3)
note : Dilakukan Jika perlu

c) Dengan cara menggoyangkan bahu atau menekan sternum pasien (respon stimulus fisik) : Untuk Deef Sedation (-4), Unarusable (-5)
note : Dilakukan Jika tidak ada respon terhadap stimulus verbal

Pengkajian Risiko Pressure Ulcer/Luka Tekan (Dekubitus)

Apakah Pasien beresiko terjadi dekubitus :

☐ *Ya ☐ Tidak

BRADEN SCORE

FAKTOR RISIKO	Skor dan Deskripsi				SKOR
	1	2	3	4	
PERSEPSI SENSORI Kemampuan merespon terhadap ketidaknyamanan	Sama Sekali Terbatas (Tidak merespon terhadap rangsang nyeri)	Sangat Terbatas (Hanya merespon terhadap rangsang nyeri)	Sedikit Terbatas (merespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanan)	Tidak Terganggu (Merespon penuh terhadap perintah verbal)	
KELEMBABAN Derajat kulit yang terpapar kelembapan	Lembab Terus-menerus (Terdeteksi linen selalu basah setiap dibantu berubah posisi)	Sering lembab (Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali setiap shift)	Kadang-kadang lembab (membutuhkan penggantian linen 2-3 kali/hari)	Jarang Lembab (kulit biasanya kering, penggantian linen cukup sesuai jadwal)	
AKTIFITAS Derajat aktifitas Fisik	Baring Total	Duduk dikursi (Kemampuan terbatas tidak bisa menumpu BB sendiri dan mobilisasi dibantu)	Kadang-kadang Jalan (mampu berjalan untuk jarak pendek, aktifitas lebih banyak dilakukan di bed)	Sering Jalan (Dapat berjalan keluar kamar)	
MOBILITAS Kemampuan untuk merubah posisi	Immobilitas (sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas)	Sangat Terbatas (mampu menggerakkan tubuh tapi tidak secara berkala dan mandiri)	Sedikit Terbatas (mampumenggerakkan tubuh secara berkala tapi tidak optimal/bermakna)	Tidak Terbatas (mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan)	
NUTRISI Pola Intake Makanan	Sangat Buruk (Pasien puasa/ asupan cairan perhari kurang, jarang makan, makan < 1/3 dari yang disajikan)	Tidak adekuat (Hanya menghabiskan makan 1/2 porsi dari yang disajikan)	Tidak adekuat (mampu menghabiskan porsi makan 3/4 porsi makan, menggunakan TPN/NGT)	Sangat Baik (mampu menghabiskan makan 1 porsi dari yang disajikan)	
GESEKAN	Bermasalah (Setiapkali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, sering merosot, pasien spastis dan kontraktur)	Potensial bermasalah (Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal)	Tidak bermasalah (Bergerak dibed/kursi tanpa bantuan)		
Total Skor					

Kategori Braden Score :

Risiko Tinggi : Skor < 11

Risiko Sedang : Skor 12 - 14

Risiko Rendah : Skor 15 - 16 pada usia dibawah 60 tahun

Skor 15 - 18 pada usia diatas 60 tahun

Pengkajian Risiko Jatuh

*Pilihlah metode risiko jatuh yang sesuai dengan usia pasien

☐ Morse Scale : Pengkajian 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:		
1. Bed rest/dibantu perawat		0
2. Walker/kruk		15
3. Perabotan (kursi, meja, dll)		30
IV/Heparin Lock	Tidak	0
	Ya	15
Gait:		
1. Normal/Bedrest/immobile		0
2. Lemah		10
3. Impair		20
Status Mental:		
1. Orientasi terhadap kemampuan diri baik		0
2. Orientasi tidak realistis		15
Total Skor		

SKOR	Tingkat Risiko	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 : Pengkajian 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		
Penglihatan	Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)	Ya/Tidak	Salah satu jawaban Ya = 1	
	Apakah pasien memakai kacamata?	Ya/Tidak		
Kebiasaan berkemih	Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram?	Ya/Tidak	Ya = 2	
	Apakah pasien mempunyai glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?	Ya/Tidak		
Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur)	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya/Tidak	Jumlahkan nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0 - 3 = 0 4 - 6 = 7	
	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0		
Mobilitas	Memerlukan sedikit bantuan (1 orang)/dalam pengawasan	1		
	Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)	2		
	Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	3		
	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0		
	Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik)	1		
	Menggunakan kursi roda	2		
mobilisasi		3		
Total Skor				

SKOR	Tingkat Risiko	Tindakan
0 - 5	Tidak ada risiko	Minimal Care
6 - 16	Risiko rendah	Intervensi pencegahan jatuh standar
17 - 30	Risiko Tinggi	Intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

APACHE II SCORING SYSTEM (ACUTE PHYSIOLOGI AND CHRONIC HEALTH EVALUATION)

Physiologic Variable	Point Score									
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	
Temperature	≥ 41°	39°-40,9°	-	38,5°-38,9°	36°-38,4°	34°-35,9°	32°-33,9°	30°-31,9°	≤ 29,9°	
Mean Arterial Pressure (MAP) mmHg	≥ 160	130-159	110-129	-	70-109	-	50-69	-	≤ 49	
Heart Rate	≥ 180	140-179	110-139	-	70-109	-	55-69	40-54	≤ 39	
Respiratory Rate (Non-Ventilated or Ventilated)	≥ 50	35-49	-	25-34	12-24	10-11	6-9	-	≤ 5	
Oxygenation :	≥ 500	350-499	200-349	200-349	< 200	-	-	-	-	
a) FIO2 ≥ 0,5: use A-a DO2 b) FIO2 < 0,5: use PaO2	-	-	-	-	> 70	61-70	-	55-60	< 55	
Arterial pH	≥ 7,7	7,6-7,69	-	7,5-7,59	7,33-7,49	-	7,25-7,32	7,15--7,24	< 7,15	
Serum Na (mMol/L)	≥ 180	160-179	155-159	150-154	130-149	-	120-129	111-119	< 110	
Serum K (mMol/L)	≥ 7	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9	-	< 2,5	
Serum Kreatinin (mg/dl) Double point score for acute renal failure	≥ 3,5	2-3,4	1,5-1,9	-	0,6-1,4	-	<0,6	-	-	
Hematokrit (%)	≥ 60	-	50-59,9	46-49,9	30-45,9	-	20-29,9	-	< 20	
White Blood Count (in 1000s)	≥ 40	-	20-39,9	15-19,9	3-14,9	-	1-2,9	-	< 1	
Glasgow Coma Scale (GCS)	Skor = 15 minus actual GCS									
A = Total Acute Physiology Score/APS (Jumlah poin dari 12 Variabel) Skor =										
C = Chronic Health Point Jika Pasien memiliki riwayat insufisiensi sistem organ yang parah atau immunocompromised, berikan poin sebagai berikut : a) Untuk pasien Kritis yang tidak dilakukan operasi atau pasien pasca operasi darurat = 5 Poin b) Untuk pasien pasca operasi elektif = 2 Poin Skor =										
B = Age Point ≤ 44 Tahun = 0 Poin 45-54 Tahun = 2 Poin 55-64 Tahun = 3 Poin 65-74 Tahun = 5 Poin ≥ 75 Tahun = 6 Poin Skor =										
Catatan : Jika Tidak dilakukan Analisa Gas Darah maka, Serum HCO3 (Vena - mMol/L) dengan penilaian sebagai berikut : ≥ 52 = 4 poin 41-51,9 = 3 poin - 32-40,9 = 1 poin 22-40,9 = 0 poin - 18-21,9 = 2 poin 15-17,9 = 3 poin < 15 = poin										
APACHE II SCORE = A (APS Point) + B (Age Poit) + C (Chronic Health Point)										
Interpretasi APACHE II SCORE (Prediksi Angka Kematian) : Minimal Skor = 0 dan Maksimal Skor = 71										
Skor										
PAK										
0-4 5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 > 34 4% 8% 15% 25% 40% 55% 75% 85%										

Sumber : Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II : a severity of disease classification system. Critical Care Med 1985; 13 (10):818-29

APACHE II SCORE

Dapat dinilai dalam 24 jar pertama dari pasien masu rawat unit intensif

Semakin Tinggi skor APACHE II maka semakin besar kemungkinan pasien untuk keluar unit intensif dalam kondisi meninggal

Total Skor

5. Eliminasi

a) Urine

Intake

Infus

Oral/NGT

Obat/drip

Out Put

Urine

IWL

Drain

Residu/Muntah

Warna

Frekuensi

Balance Cairan

Kateter Urine

Terpasang

Jenis

Ya

Folley

Tidak

Kondom

Suprapubic

Tanggal Pasang

/

/20

Hasil Laboratorium/Pemeriksaan penunjang terkait fungsi Ginjal :

Elektrolit

Natrium

Kalium

Clorida

Kalsium

Fosfat

Magnesium

Lainnya

Creatinine

Ureum

b) Bowel

Pemeriksaan

Bising Usus

Asites

Nyeri tekan abdomen

Teraba Massa

Lingkar Abdomen

Hemoroid

Stoma

Frekuensi BAB

Karakteristik Feses

x/menit

Ya

Tidak

Ya

Tidak

Ya

Tidak

Ya

Tidak

cm

Ya

Tidak

Ya

Tidak

Nasogastric Tube (NGT)

Terpasang

Jumlah Produksi

Warna

Ya

Tidak

cc

Tanggal Pasang

/

/20

Skrining Gizi

BB

TB

IMT

k

c

k

Skrining Gizi, Skor ≥ 2 rujuk ke Dietsien untuk pengkajian gizi

N0	PARAMETER	YA (1)	Tidak (0)
1.	Penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir?		
2.	Tidak dapat makan dan minum sebelum masuk RS?		
3.	Menderita sakit berat ?		
TOTAL SKOR (1+2+3)			

*Penyakit berat yang beresiko terjadi gangguan gizi diantaranya : dirawat di HCU/ICU, penurunan kesadaran, kegawatdaruratan abdomen (Pendarahan, ileus, peritonitis, asites masif, tumor intra abdomen besar, post operasi), gangguan pematasan berat, keganasan dengan komplikasi, gagal jantung, gagal ginjal kronik, gagal hati, diabetes melitus, atau kondisi sakit berat lain

Kebutuhan Nutrisi actual

Hasil Laboratorium/Pemeriksaan penunjang terkait fungsi Abdomen/Nutrisi :

077/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)

III. Identifikasi Hambatan

- a) Tingkat Pendidikan : ☐ Tidak Sekolah ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ Perguruan Tinggi
- b) Bahasa sehari-hari : ☐ Indonesia ☐ Daerah/Asing*)
- c) Hambatan Komunikasi : ☐ Tidak Ada ☐ Aphasia motorik ☐ Tuli ☐ Aphasia sensorik
- d) Pasien membutuhkan pendamping keluarga : ☐ Ya ☐ Tidak
- e) Gangguan Emosional : ☐ Ya ☐ Tidak
- f) Gangguan Fungsional : ☐ Penglihatan ☐ Pendengaran ☐ Mobilitas menurun
- g) Penurunan Fungsi Kognitif
☐ Nyeri ☐ Kelelahan ☐ Demencia ☐ Delirium ☐ Depresi
- h) Nilai-nilai Agama yang bertentangan dengan proses pengobatan & perawatan :
☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan
- i) Nilai-nilai Budaya yang bertentangan dengan proses pengobatan & perawatan :
☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan
- j) Pasien/keluarga bersedia menerima informasi (Literasi Kesehatan)
☐ *Ya ☐ Tidak

Kesimpulan Identifikasi Hambatan		Metode Edukasi yang akan digunakan untuk mengatasi hambatan	
a.		<input type="checkbox"/> Ceramah	<input type="checkbox"/> Konseling
b.		<input type="checkbox"/> Biblioterapi	<input type="checkbox"/> Demonstrasi
c.		<input type="checkbox"/> Ceramah	<input type="checkbox"/> Konseling
		<input type="checkbox"/> Biblioterapi	<input type="checkbox"/> Demonstrasi

IV. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pola Nafas | <input type="checkbox"/> Suhu Tubuh | <input type="checkbox"/> Pengetahuan |
| <input type="checkbox"/> Perpusi Jaringan | <input type="checkbox"/> Perawatan Diri | <input type="checkbox"/> Cemas |
| <input type="checkbox"/> Bersihan Jalan Nafas | <input type="checkbox"/> Penanganan Nutrisi | <input type="checkbox"/> Pola tidur |
| <input type="checkbox"/> Nyeri | <input type="checkbox"/> Integritas Kulit | <input type="checkbox"/> Keselamatan risiko jatuh |
| <input type="checkbox"/> Mobilitas/aktifitas | <input type="checkbox"/> Risiko Infeksi | |
| <input type="checkbox"/> Volume Cairan | <input type="checkbox"/> Eliminasi | |

V. KRITERIA PASIEN KELUAR UNIT INTENSIF

- Untuk menentukan kriteria pasien keluar unit intensif dan perawatan lanjutan di ruang perawatan biasa akan ditentukan berdasarkan :
- ☐ **Prioritas 1**
 Bila terapi intensif tidak lagi dibutuhkan dan prognosis jangka pendek gagal
- ☐ **Prioritas 2**
 Bila status fisik pasien sudah stabil dan tidak memerlukan monitoring ketat lebih lanjut
- ☐ **Prioritas 3**
 Tidak memerlukan terapi intensif atau kemungkinan sembuh dan manfaat dirawat Unit Intensif kecil
- ☐ **APS**
- ☐ **Rujuk Ke**
- ☐ **Meninggal**

Tanggal Pengkajian :/...../20..... Pukul WIB
 PPJA

.....
 Tanda Tangan dan Nama Jelas



TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KRITIS DEWASA
077/F/RM/RSIH/IX/2022 -- RM (Rev.01)

1. PENGERTIAN

Formulir Pengkajian Keperawatan Kritis Dewasa adalah berkas yang berisikan pengkajian intensif meliputi pengkajian segera (*Quick Assessment*) yaitu ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Elimination*) dan pengkajian lengkap (*Comprehensive Assessment*) yaitu riwayat kesehatan dahul, riwayat sosial, psikologi, spiritual serta pengkajian sistem tubuh.

2. TUJUAN

Untuk memudahkan PPA melakukan evaluasi dari data pasien yang telah dikaji dalam membuat keputusan terkait status kesehatan pasien, kebutuhan perawatan, Intervensi dan evaluasi.

3. KEGUNAAN

Untuk pendokumentasian dan pelaporan pengkajian keperawatan kritis.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

PPJA (Perawat Penanggung Jawab Asuhan)

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh PPJA

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Ruang/Kelas	Diisi nama Ruangan/kelas yang sedang ditempati oleh pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal dan Jam pasien tiba di ruang perawatan intensif	Diisi dengan menuliskan tanggal/bulan/tahun dan jam saat pasien tiba di unit intensif	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Masuk dari	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom dari unit mana pasien berasal	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Tanggal dilakukan asesmen	Diisi dengan menuliskan tanggal/bulan/tahun dan jam saat melakukan pengkajian terhadap pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Pengkajian diambil dari	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom dari siapa data pasien didapatkan, dan menuliskan status/hubungan apa yang terkait dengan pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Pasien masuk dengan	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom dengan apa pasien diantarkan ke unit intensif	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Obat-obatan dari	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom apakah ada/tidak ada obat-obatan yang dibawa pasien sendiri/dari rumah	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Hasil pemeriksaan yang dibawa oleh keluarga :	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom apakah ada/tidak ada hasil penunjang yang dibawa pasien sendiri/dari rumah, dan menuliskan pemeriksaan apa saja yang dibawa pasien di table yang sudah disediakan (laboratorium, Radiologi, diagnostik lain)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
I. Riwayat Kesehatan	Berisi pengkajian riwayat kesehatan pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
1. Keluhan Utama	Diisi dengan menuliskan keluhan utama yang dirasakan pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
2. Riwayat Kesehatan Sekarang	Diisi dengan menuliskan kondisi pasien terkini yang dirasakan pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Alasan dirawat di unit Intensif	Diisi dengan menuliskan alasan pasien masuk unit intensif	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Diagnosa masuk	Diisi dengan menuliskan diagnosa pasien masuk unit intensif	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
3. Riwayat Kesehatan Dahulu	Diisi dengan menuliskan riwayat kesehatan pasien sebelumnya	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
a) Pernah dirawat	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom tidak/Ya terkait pasien pernah dirawat sebelumnya	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
b) Operasi/tindakan	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom tidak/Ya terkait	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian

	pasien pernah dilakukan tindakan/operasi sebelumnya		
c) Riwayat Alergi	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom tidak/Ya terkait riwayat alergi pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
d) Transfusi Darah	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom tidak/Ya terkait riwayat pemberian transfusi darah pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
4. Riwayat Kehamilan	Diisi dengan menuliskan riwayat kehamilan pasien G : diisi riwayat hamil berapa kali, P : diisi riwayat partus berapa kali, A : diisi riwayat abortus berapa kali, HPHT : diisi dengan menuliskan tanggal/bulan/tahun Hari Pertama Haid Terakhir, Haid : dengan memberi lingkaran pada pilihan teratur/tidak teratur terkait siklus haid pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
5. Ketergantungan terhadap	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan yang ada terkait riwayat ketergantungan pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
6. Riwayat Penyakit Keluarga	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan yang ada terkait riwayat penyakit keluarga (keturunan) pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
II. Pengkajian Segera (Quick Assesmen)	Pengkajian keperawatan kritis yang segera dilakukan setelah pasien tiba di Unit Intensif	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
1. Airway	Berisi pengkajian terkait jalan nafas pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
a) Penggunaan Peralatan	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan alat yang terpasang beserta ukuran alat dan kedalaman yang terpasang pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
b) Kebersihan Jalan Nafas	Secret : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Ada/tidak terkait produksi secret pasien Karakteristik : Diisi dengan menuliskan bagaimana karakteristik secret dan warna secret Jumlah : Diisi dengan menuliskan banyak/sedikit jumlah secret yang ada pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
c) Selang ETT	Kebocoran : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Ada/tidak terkait kebocoran selang ETT Terlipat : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Ada/tidak terkait terlipatnya Selang ETT	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
2. Breathing	Berisi pengkajian pernafasan pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian

a) Sianosis	<p>Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Ya/tidak terkait terjadinya sianosis pada pasien</p> <p>Perifer : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan terkait dimana terjadinya sianosis dibagian perifer</p> <p>Sentral : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan terkait dimana terjadinya sianosis dibagian sentral</p> <p>RR : diisi jumlah respirasi pasien dalam 1 menit</p> <p>Kedalaman : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan terkait bagaimana kedalaman saat pasien bernafas</p> <p>Suara nafas : Diisi dengan menuliskan bagaimana suara nafas yang terdengar dibagian kanan/kiri pasien</p> <p>Taktil Fremitus : Diisi dengan menuliskan adanya perubahan vibrasi yang muncul saat pasien berbicara yang mengindikasikan adanya proses patologis pada paru</p> <p>Hasil Foto thoraks : menuliskan hasil ekspertise foto thoraks</p>	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
b) Terapi Oksigen	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada alat oksigenasi yang dipakai oleh pasien dan menuliskan berapa Lpm kebutuhan oksigen serta menuliskan fraksi oksigen ($FiO_2 = 21\% + (4 \times \dots \text{Lpm})$)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
c) Ventilator	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Ya/tidak terkait pemasangan Ventilator pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
d) Mode Ventilator	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada mode ventilator yang dipakai oleh pasien dan menuliskan settingan control yang diberikan sesuai advis dokter	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
e) Hasil Laboratorium/Pemeriksaan penunjang terkait status oksigenasi :	Diisi dengan menuliskan hasil laboratorium pasien yang telah diperiksa terkait status oksigenasi	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
3. Circulation	Berisi pengkajian terkait peredaran darah pasien		
a) Pemeriksaan	<p>Tekanan Darah : Diisi dengan menuliskan hasil TD (mmHg)</p> <p>MAP : Diisi dengan menuliskan hasil MAP (mmHg)</p> <p>Frekuensi Jantung : Diisi dengan menuliskan hasil denyut jantung (x/menit)</p> <p>Distensi vena jugularis : Diisi dengan memberikan ceklis pada</p>		

	kolom pilihan "ya" jika ada distensi dan "Tidak" jika tidak terjadi distensi Perdarahan : Diisi dengan memberikan ceklis pada kolom pilihan "ya" jika ada perdarahan dan "Tidak" jika tidak terjadi perdarahan		
b) Pulsasi Nadi	Ulnaris : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan yang sesuai dengan kondisi pasien terkait pulsasi nadi "Tidak teraba/Lemah" Dorsal Pedis : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan yang sesuai dengan kondisi pasien terkait pulsasi nadi "Tidak teraba/Lemah" Pengisian Kapiler : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "< 2 detik/> 2 detik" Akral : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Hangat/Dingin"	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
c) Auskultasi	S 1 : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Normal/tidak terkait suara jantung yang terdengar akibat katup atrioventrikular yang tertutup secara tiba-tiba pada sistolik ventrikel S 2 : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Normal/tidak terkait suara jantung yang terdengar akibat tertutupnya katup aorta dan katup pulmonal ketika akhir dari sistolik ventrikel Gallop : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Ada/tidak Murmur : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Ada/tidak Lainnya : Diisi dengan menuliskan hasil Haemodinamik pasien yang berkaitan dengan jantung	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
d)Edema	Ekstremitas atas : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Kanan/Kiri" jika ada edema Ekstremitas bawah : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Kanan/Kiri" jika ada edema Lainnya : Diisi dengan menuliskan daerah tubuh pasien mana yang terdapat edema	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
e)Terpasang CVC	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom Ya/tidak terkait pemasangan CVC pada pasien Tanggal Pasang : Diisi tanggal dipasang CVC (dd/mm/yyyy)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian

	CVP : Diisi dengan menuliskan hasil pengukuran CVP (cmH ₂ O)		
f) Hasil Laboratorium/ pemeriksaan penunjang terkait fungsi jantung : Enzim jantung :	CK : Diisi dengan menuliskan hasilnya CKMB : Diisi dengan menuliskan hasilnya Troponin-I : Diisi dengan menuliskan hasilnya Troponin-T : Diisi dengan menuliskan hasilnya	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Hasil EKG	Menuliskan hasil gambaran EKG (Irama Jantung)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Lainnya	Menuliskan hasil penunjang lain yang berhubungan dengan fungsi jantung	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
4. Disability	Berisi pengkajian keterbatasan atau kehilangan kemampuan yang ada pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
a) Kesadaran	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan Composmentis : GCS 15 Apatis : GCS 12-14 Somnolen : GCS \geq 8 Sopor : GCS < 8 Coma : GCS 3 GCS : Diisi dengan menuliskan skor dari Eye, Motorik, Verbal dan jumlahkan semua skornya dituliskan di Total.	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
b) Pupil	Ukuran : Dituliskan ukuran pupil pada bagian kiri dan kanan (mm) Reflek Cahaya : Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan Positif/Negatif terkait respon pupil terhadap cahaya	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
c) Motorik/Sensorik	Diisi dengan memberi lingkaran pada nomor (Skala) dibagian untuk melihat respon motorik/sensorik dibagian Ekstremitas atas dan ekstremitas bawah dan pemilihan skala disesuaikan antara kondisi pasien dengan parameter ada Atau memberikan tanda ceklis pada kolom tidak dapat dilakukan asesemen karena pasien dalam pengaruh obat (DPO)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Pengkajian Nyeri (Pain Asessment)	Berisi tentang pengkajian nyeri pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Apakah pasien mengeluh nyeri	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Ya" jika pasien mengeluh nyeri atau "Tidak" jika pasien tidak mengeluh nyeri	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
a) Verbal	Penyebab (P) : Diisi dengan menuliskan penyebab terjadinya rasa nyeri yang dialami pasien Tipe Nyeri (Q) : Diisi dengan menuliskan tipe nyeri yang dirasakan oleh pasien seperti:	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian

	<p>Diiris, Tajam, Ditekan, Ditusuk-tusuk, Rasa Terbakar, Kram, Diremas.</p> <p>Lokasi (R) : Diisi dengan menuliskan bagian tubuh pasien mana yang mengalami nyeri</p> <p>Skala (S) : Diisi dengan mencantumkan jumlah angka yang didapat setelah melakukan pengkajian nyeri pasien berdasarkan parameter skala nyeri yang digunakan</p> <p>Waktu (T) : Diisi dengan menuliskan bagaimana rentang waktu yang dirasakan pasien pada saat rasa nyeri timbul seperti : Menetap, Kadang-kadang/Hilang timbul.</p>		
b) Non Verbal	<p>Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan tentang metode yang digunakan untuk melakukan asesmen nyeri pada pasien, pilih Metode asesmen nyeri BPS (Tidak terintubasi) atau Metode asesmen nyeri BPS (Terintubasi)</p> <p>Jumlahkan skor yang didapat setelah dilakukan pengkajian nyeri dan sesuaikan dengan kriteria nyeri yang sudah ada.</p>	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Status Sedasi dan Agitasi	Berisi pemantauan status sedasi dan agitasi pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Apakah Pasien diberikan terapi sedasi :	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Ya" jika pasien diberikan terapi sedasi atau "Tidak" jika pasien tidak diberikan terapi sedasi.	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	<p>Berikan tanda lingkaran pada skor yang dipilih disesuaikan dengan respon pasien terhadap terapi sedasi yang diberikan</p> <p>Catatan : Tulis di flowsheet di kolom RASS scor untuk evaluasi setiap jamnya.</p>	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Pengkajian Risiko Pressure Ulcer/Luka Tekan (Dekubitus)	Berisi pemantauan risiko terjadi decubitus pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Apakah Pasien berisiko terjadi dekubitus :	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Ya" jika pasien berisiko terjadi luka dekubitus atau "Tidak" jika pasien tidak berisiko terjadi luka decubitus	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
BRADEN SCORE	<p>Skor : Diisi dengan mengisi kolom skor dengan nomor skala yang sesuai dengan kondisi pasien berdasarkan Faktor risiko yang terdapat pada braden score</p> <p>Total Skor : diisi dengan menuliskan jumlah semua skor Faktor Risiko</p>	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian

	Kemudian sesuaikan dengan kategori braden score		
Asesmen risiko jatuh	Berisi pemantauan risiko jatuh pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Pilihlah metode risiko jatuh yang sesuai dengan usia pasien	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom metode risiko jatuh yang sesuai dengan usia pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Morse Scale : Asesmen risiko jatuh usia 14 - < 65 tahun	Skala : Diisi dengan memberikan lingkaran pada kolom "Ya/Tidak" menyesuaikan kondisi pasien Skor : Diisi dengan menuliskan jumlah skor skala yang sudah dipilih Total Skor : diisi dengan menuliskan jumlah semua skor skala dari parameter morse scale Kemudian sesuaikan dengan tingkat risiko dan tindakan yang diberikan untuk menangani risiko jatuh pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Ontario Midified Stratify - Sidney Scoring : Asesmen Risiko Jatuh usia > 65 tahun	Jawaban : Diisi dengan memberikan lingkaran pada pilihan "Ya/Tidak" menyesuaikan kondisi pasien yang terdapat pada parameter dan skrining Skor : Diisi dengan menuliskan jumlah skor skala yang sudah dipilih dari jawaban dan disesuaikan skornya dari KET.NILAI Total Skor : diisi dengan menuliskan jumlah semua skor skala dari parameter Ontario Midified Kemudian sesuaikan dengan tingkat risiko dan tindakan yang diberikan untuk menangani risiko jatuh pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Prediksi Mortalitas Pasien Intensif APACHE II SCORING SYSTEM	Sistem penilaian yang digunakan sebagai instrument obyektif untuk prediksi mortalitas pasien dan dapat dievaluasi dan dinilai dalam 24 jam pertama dari pasien masuk rawat unit intensif.	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Point Score	Diisi dengan memberikan lingkaran pada kriteria point yang sesuai dengan hasil penunjang pasien berdasarkan Physiologic Variable (Acute Physiologic Score/APS)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
A = Total Acute Physiology Score/APS	Diisi dengan menuliskan jumlah skor yang sudah di evaluasi dari hasil penunjang pasien berdasarkan 12 Variabel	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
B = Age Point	Diisi dengan menuliskan jumlah skor berdasarkan usia pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
C = Chronic Health Point	Diisi dengan menuliskan jumlah skor berdasarkan riwayat insufisiensi sistem organ yang parah atau immunocompromised pada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian

Total skor	Diisi dengan menuliskan jumlah total skor pada kolom yang sudah ada berdasarkan penjumlahan dari skor A (APS Point) + B (Age Poit) + C (Chronic Health Point) = APACHE II SCORE Interpretasi APACHE II SCORE (Prediksi Angka Kematian) : Minimal Skor = 0 dan Maksimal Skor = 7	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
5. Eliminasi	Berisi pengkajian terkait intake dan output pasien.	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
a) Urine	Intake (Diisi cairan yang masuk ke tubuh pasien) Infus : Diisi jumlah cairan infus yang sudah masuk ke tubuh pasien lewat selang infus Oral/NGT : Diisi jumlah cairan yang sudah masuk ke tubuh pasien lewat mulut Obat/drip : Diisi jumlah cairan obat yang sudah masuk ke tubuh pasien lewat selang infus atau mulut Output (Diisi cairan yang keluar dari tubuh pasien) Urine: Diisi dengan menuliskan jumlah urine yang keluar dari pasien (cc), warna : diisi dengan menuliskan warna urin pasien (Kuning jernih, Kuning pekat, kemerahan/Hematuria. IWL: Diisi dengan menuliskan jumlah IWL pasien (24jam) Drain: Diisi dengan menuliskan jumlah cairan yang keluar dari saluran drain (jika terpasang) Residu/Muntah: Diisi dengan menuliskan jumlah residu/muntah (cc)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Kateter Urine	Terpasang: Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom "Ya/Tidak" terkait pemasangan DC Jenis : Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada salah satu kolom pilihan jenis alat yang digunakan untuk mengeluarkan urin (Folley, kondom, suprapubic), tanggal pasang : Diisi dengan menuliskan tanggal pemasangan alat tersebut.	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Hasil Laboratorium/ Pemeriksaan penunjang terkait fungsi Ginjal :	Diisi dengan menuliskan hasil elektrolit dan fungsi ginjal yang telah diperiksa	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
b)Bowel Pemeriksaan	Bising Usus : Diisi dengan menuliskan jumlah bising usus dalam waktu 1 menit	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian

	<p>Asites : Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom "Ya/Tidak" terkait asites pada perut pasien</p> <p>Nyeri tekan abdomen : Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom "Ya/Tidak" terkait nyeri tekan pada perut pasien</p> <p>Teraba massa : Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom "Ya/Tidak" terkait ada masa pada perut pasien</p> <p>Lingkar Abdomen : Diisi dengan menuliskan besar lingkar abdomen pasien</p> <p>Hemoroid : Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom "Ya/Tidak" terkait hemoroid pada pasien</p> <p>Stoma : Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom "Ya/Tidak" terkait adanya stoma diarea anal pasien</p> <p>Frekuensi BAB : Diisi dengan menuliskan jumlah BAB pasien dalam 24 jam</p> <p>Karakteristik Feses : Diisi dengan menuliskan (Lembek,Cair,Ampas)</p>		
Nasogastric Tube (NGT)	<p>Terpasang: Diisi dengan memberikan tanda ceklis pada kolom "Ya/Tidak" terkait pemasangan NGT pada pasien</p> <p>Jumlah Produksi : Diisi dengan menuliskan jumlah produksi cairan lambung/residu pasien (cc)</p> <p>Warna : Diisi dengan menuliskan warna cairan lambung/residu yang keluar dari pasien</p>	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Skrining Gizi	<p>BB : Diisi dengan menuliskan berat badan pasien</p> <p>TB : Diisi dengan menuliskan Tinggi badan pasien</p> <p>IMT : Diisi dengan menuliskan Indeks masa tubuh pasien (BB(kg) : TB²(dalam satuan meter))</p> <p>Obesitas : ≥ 30</p> <p>Badan Berlebih : 25-29,9</p> <p>Normal : 18,5-24,9</p>	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Skrining Gizi, Skor ≥ 2 rujuk ke Dietsien untuk assesmen gizi	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom "Ya/Tidak" disetiap parameter skring gizi yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Dan totalkan jumlah skor dari semua parameter skrinign gizi di TOTAL SKOR.	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Kebutuhan Nutrisi actual	Diisi dengan menghitung kasarannya (Laki-laki : 30	Perawat dan ahli gizi	Diisi setelah melakukan pengkajian

	kkal/kgBB, perempuan : 25 kkal/kg/BB) khusus dewasa dan untuk anak diisi oleh ahli gizi.		
Hasil Laboratorium/Pemeriksaan penunjang terkait fungsi Abdomen/Nutrisi :	Diisi dengan menuliskan hasil lab yang berhubungan dengan abdomen (fungsi hati, fungsi ginjal, fungsi jantung, dll)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
III. Identifikasi Hambatan		Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
a) Tingkat Pendidikan	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan pendidikan terakhir pasien (Tidak Sekolah/SD/SMP/SMA/Perguruan Tinggi)	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
b) Bahasa sehari-hari	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan Bahasa apa yang digunakan pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
c) Hambatan Komunikasi	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan terkait gangguan kondisi pasien terhadap komunikasi	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
d) Pasien membutuhkan pendamping keluarga	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Ya/Tidak" terkait kebutuhan pasien dalam pendampingan keluarga	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
e) Gangguan Emosional	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Ya/Tidak" terkait gangguan emosional pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
f) Gangguan Fungsional	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan terkait adanya gangguan fungsional pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
g) Penurunan Fungsi Kognitif	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan terkait penurunan fungsi kognitif pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
h) Nilai-nilai Agama yang bertentangan dengan proses pengobatan & perawatan	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Ya/Tidak" terkait kepercayaan nilai agama pasien yang bertentangan dengan pengobatan/perawatan, jika ya maka tuliskan	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
i) Nilai-nilai Budaya yang bertentangan dengan proses pengobatan & perawatan	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Ya/Tidak" terkait kepercayaan nilai budaya pasien yang bertentangan dengan pengobatan/perawatan, jika ya maka tuliskan	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
j) Pasien/keluarga bersedia menerima informasi (Literasi Kesehatan)	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan "Ya/Tidak" terkait pasien/keluarga bersedia menerima informasi kesehatan, jika ya lanjutkan mengisi : Kesimpulan Identifikasi Hambatan : (Diisi dengan menuliskan hambatan apa yang dialami pasien/keluarga terkait hambatan dalam penerimaan informasi kesehatan).	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian

	Metode Edukasi yang akan digunakan untuk mengatasi hambatan : (Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan metode apa yang digunakan untuk memberikan informasi kesehatan yang dapat difahami oleh pasien/keluarga). Ceramah/Biblioterapi/Konseling/Demonstrasi.		
IV. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan masalah keperawatan apa yang dialami oleh pasien.	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
V. KRITERIA PASIEN KELUAR UNIT INTENSIF		Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Untuk menentukan kriteria pasien keluar unit intensif dan perawatan lanjutan di ruang perawatan biasa akan ditentukan berdasarkan :	Diisi dengan menuliskan tanda ceklis pada kolom pilihan bagaimana kondisi pasien saat keluar dari unit intensif	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
Tanggal Asesmen :/...../20..... .. Pukul WIB	Diisi dengan menuliskan tanggal dilakukan assesmen awal keperawatan kritis	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian
PPJA	Diisi dengan mengisi tanda tangan dan nama jelas PPJA yang mengisi assesmen awal keperawatan kritis	Perawat	Diisi setelah melakukan pengkajian