



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080290025
Nama Lengkap : Resti Fauziah, A.Md. Kep.
Unit/Divisi/Komite : Intansi Anak
No. Telepon/Ext : 2205
E-mail : restigunir13@gmail.com

Tanggal : 30/5/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Pengkajian awal Keperawatan rawat inap
No/Kode Formulir : 029/F/RSIH/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : 6.7 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : 2 Revisi ke : 2

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

Neorath

Paraf
a.m

Adi Pj

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penggunaan no rekam medis

Komponen Perubahan

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

Nomor rekam medis

Tanda Tangan
Pemohon,

Resti Fauziah, A.Md. Kep
503/6456/SIPP/19/Diskes/2017

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 3 Ply Bolak Balik		a.m Adi Pj	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc Rani		Dep	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Pengantian nomor formulir dibuat Fq.	Dep - Aceng	Dikawatirkan perubahan no form	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace Faet mang	Dep 20/6/22	Acc	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 24140193632

*) 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 :

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

(Diisi oleh Perawat)

Beri tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan kondisi pasien

Tanggal dan jam pasien tiba diruang perawatan : / / 20..... Pukul : : WIB

Masuk dari : ☐ IGD ☐ RJ ☐ Kamar Bedah ☐ Kamar Bersalin

Tanggal pengkajian : / / 20..... Pukul : : WIB

Pengkajian diambil dari : ☐ Pasien ☐ Orang lain, nama : Hubungan :

Pasien masuk dengan : ☐ Brankar ☐ Kursi roda ☐ Digendong ☐ Box Bayi

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

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi :

Alamat :

No. Telp/ HP yang dapat dihubungi :

1. Informasi Identitas

a. Identitas Bayi

Nama Bayi : By

Tanggal Lahir : / / 20..... Lahir Pukul : : WIB

Jenis Kelamin : ☐ Perempuan ☐ Laki-laki

Berat Badan Lahir : Kg

Berat Badan Sekarang : Kg

Tanda Lahir : ☐ Tidak Ada ☐ Ya, Lokasi

b. Identitas Orang Tua

Nama Ibu : Ny. Umur : Tahun

Nama Ayah : Tn. Umur : Tahun

Golongan Darah Ibu : ☐ O ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ Tidak tahu

Golongan Darah Ayah : ☐ O ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ Tidak tahu

Golongan Darah Bayi : ☐ O ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ Tidak tahu

2. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Ibu

a. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

No	Umur Kehamilan	Anak			Jenis Persalinan	Umur Anak saat ini	Penolong	RB/RS
		Jenis Kelamin	Hidup/Mati	BB Lahir				
1		L / W*	H / M*	gr				
2		L / W*	H / M*	gr				
3		L / W*	H / M*	gr				
4		L / W*	H / M*	gr				
5		L / W*	H / M*	gr				
6		L / W*	H / M*	gr				

b. Riwayat kehamilan dan persalinan yang sekarang

G P A..... HPHT : / / ☐ Tidak tahu

Jenis Persalinan : ☐ Spontan ☐ VE ☐ SC

Tempat Melahirkan : ☐ RS ☐ RB ☐ Lain-lain

I. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama :

2. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Diagnosa Masuk :

PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN RAWAT INAP NEONATUS

Penilaian Bayi Baru Lahir melalui APGAR Score

SKORING APGAR	Penilaian			Menit 1	Menit 5
	0	1	2		
Warna (A)	Biru/Pucat	Tubuh merah jambu, ekstremitas biru	Seluruhnya merah jambu		
Denyut (P)	Tidak Ada	Lambat < 100 x/menit	≥ 100 x/menit		
Refleks Iritabilitas (G)	Tidak Ada Respon	Menyeringai	Menangis, bersin		
Tonus Otot (A)	Lumpuh	Sedikit, fleksi ekstremitas	Fleksi baik		
Usaha Bernapas (R)	Tidak Ada	Tidak teratur, lambat, menangis lemah	Baik, Mengis kuat		
Total Score	/	Skor 1 -3 : Asfiksia berat, Skor 4-6 : Asfiksia sedang, Skor 7-10 : Asfiksia ringan (normal)			

Penilaian Bayi dengan Down Score

PARAMETER	Penilaian			SKOR
	0	1	2	
Frekuensi Napas	< 60 x/menit	60 - 80x/menit	> 80 x/menit	
Retraksi Dada	Tidak ada	Ringan	Berat	
Sianosis	Tidak sianosis	Hilang dengan oksigen	Menetap walau diberi oksigen	
Air Entry	Udara masuk bilateral baik	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk	
Merintih	Tidak merintih	Terdengar dengan stetoskop	Terdengar tanpa alat bantu	
Total Score		Skor <4 = Tidak gawat napas, skor 4-7 = Gawat napas, skor >7 = ancaman gagal napas		

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Pernah dirawat : ☐ Tidak ☐ Ya, bulan/tahun Alasan
- b. Operasi/ tindakan : ☐ Tidak ☐ Ya, bulan/tahun Jenis
- c. Riwayat Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya,.....
- d. Transfusi Darah : ☐ Tidak ☐ Ya, Reaksi
4. Riwayat Penyakit Keluarga : ☐ DM ☐ Asma ☐ Alergi ☐ Lain-lain.....

II. ASESMEN NYERI DAN RESIKO JATUH

1. Asesmen Nyeri

NIPS (Neonatus Infant Pain Scale)

PARAMETER	KRITERIA	NILAI	SKOR
Ekspresi Wajah	Tenang	0	
	Meringis	1	
Tangisan	Tidak Menangis	0	
	Merengek	1	
	Menangis Keras	2	
Pola Pernapasan	Tenang	0	
	Perubahan Pola napas	1	
Lengan	Gerakan lengan terkoordinasi	0	
	Posisi Relax	0	
	Fleksi (tertekuk)	1	
	Extensi	1	

PARAMETER	KRITERIA	NILAI	SKOR
Kaki	Gerakan kaki terkoordinasi	0	
	Posisi Relax	0	
	Fleksi (tertekuk)	1	
	Ekstensi	1	
Keadaan Bangun	Tidur	0	
	Terbangun	0	
	Rewel	1	
Total Skor			

Keterangan : Skor 0 - 2 : Tidak Nyeri
Skor 3 - 4 : Nyeri Sedang
Skor ≥ 4 : Nyeri Berat

2. Asesmen Resiko Jatuh

Humpty dumpty : asesmen risiko jatuh usia 0 - 14 tahun

PARAMETER	KRITERIA	NILAI	SKOR
Usia	< 3 tahun	4	
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosa	Kelainan neurologi	4	
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemnia, anoreksia, sinkop, pusing dsb)	3	
	Gangguan perilaku/psikiatri	2	
	Diagnosa lainnya	1	
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasannya	3	
	Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	

Keterangan : Skor 7-11 : Resiko Rendah
Skor ≥ 12 : Resiko Tinggi

PARAMETER	KRITERIA	NILAI	SKOR
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh/bayi diletakkan ditempat tidur dewasa	4	
	Pasien menggunakan alat bantu/bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi/perabot rumah	3	
	Pasien diletakkan di tempat tidur	2	
	Area diluar rumah sakit	1	
Respon terhadap : 1. Pembedahan/ sedasi/anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	1	
2. Penggunaan medikamentosa	Penggunaan multipel : sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, anti depresan, pencahar, diuretik, narkose	3	
	Penggunaan salah satu obat diatas	2	
	Pengguna medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	
Total Skor			

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital :

Pernapasan : x/menit
Suhu : °C
Nadi : x/menit
BB : Gram

Tekanan Darah : mmHg

☐ Teratur ☐ Tidak teratur

PB : Cm

2. Tingkat Kesadaran

a. Kesadaran Kuantitatif

Respon Membuka Mata (E)		Respon Verbal (V)		Respon Motorik (M)		Total
Tidak ada respon	1	Tidak ada respon	1	Tidak ada respon	1	
Dengan rangsangan nyeri	2	Merintih (karena diberi rangsang nyeri)	2	Ekstensi abnormal	2	
Patuh pada perintah/suara	3	Menangis (karena diberi rangsang nyeri)	3	Fleksi abdomen	3	
Spontan	4	Menangis Lemah	4	Menarik (karena rangsang nyeri)	4	
		Mengoceh	5	Menarik (karena sentuhan)	5	
				Spontan	6	

b. Kesadaran Kualitatif

<input type="checkbox"/> Compos Mentis (Skor 14 -15)	Pasien sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya
<input type="checkbox"/> Apatis (Skor 12 - 13)	Pasien segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh
<input type="checkbox"/> Somnolen (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
<input type="checkbox"/> Delirium (Skor 7 - 9)	Pasien gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal.
<input type="checkbox"/> Stupor/Soporokoma (Skor 4 - 6)	Pasien seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri.
<input type="checkbox"/> 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. Kepala

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Kulit kepala	:	<input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor
Fontanela anterior berbentuk berlian	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Fontanela datar, lunak dan liat	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Kaput suksedaneum	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Sutura menyatu	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Sefalhematoma	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Hidrosephalus	:	<input type="checkbox"/> Ya, LK cm	<input type="checkbox"/> Tidak
Mikrosephalus	:	<input type="checkbox"/> Ya, LK cm	<input type="checkbox"/> Tidak
Ada luka/memar	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	<input type="checkbox"/>	

4. Mata

Bentuk	:	Simetris	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Konjungtiva	:	Anemis	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Sklera	:	Ikterik	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Sekret	:	<input type="checkbox"/> Ada		<input type="checkbox"/> Tidak
Reflek mendedip	:	<input type="checkbox"/> Ada		<input type="checkbox"/> Tidak
Kelopak mata edema	:	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak
Katarak bawaan	:	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak
Perdarahan sklera	:	<input type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak
Pergerakan bola mata	:	<input type="checkbox"/> Normal		
		<input type="checkbox"/> Strabismus (kedudukan bola mata tidak sejajar dengan objek yang dilihat)		
		<input type="checkbox"/> Nistagmus (gerakan bola mata involunter/bolak balik)		
Lain-lain	:	<input type="checkbox"/>		

5. Hidung

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Pernapasan cuping hidung	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Perdarahan	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	<input type="checkbox"/>	

6. Telinga

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Puncak pinna pada garis horizontal dengan kantus lateral mata	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Pinna fleksibel, terdapat kartilago	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Letak telinga rendah	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	<input type="checkbox"/>	

7. Mulut

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Langit-langit melengkung tajam	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Uvula digaris tengah	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Celah bibir	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

Stomatitis	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Gusi	:	<input type="checkbox"/> Perdarahan	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Lesi
Lidah	:	<input type="checkbox"/> Bersih	<input type="checkbox"/> Kotor	<input type="checkbox"/> Lesi
Celah langit-langit	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Menangis keras	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Lain-lain	:	<input type="checkbox"/>		

8. Leher

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Pendek	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Massa	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tahan saat difleksikan	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	<input type="checkbox"/>	

9. Dada/Thorax

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
		<input type="checkbox"/> Barell Chest (<i>Dada Barel</i>)	<input type="checkbox"/> Funnel chest (<i>Dada Corong</i>)
		<input type="checkbox"/> Pigeon Chest (<i>Dada Burung</i>)	
		<input type="checkbox"/> Kyphoscoliosis (<i>Skapula dan Spina berbentuk huruf S</i>)	

Retraksi dada	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
---------------	---	-----------------------------	--------------------------------

Payudara

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Sekresi cairan seperti susu dari payudara	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lain-lain	:	<input type="checkbox"/>	

Paru-paru

Bunyi pemapasan	:	<input type="checkbox"/> Vesikuler (Inspirasi lebih panjang dari ekspirasi) <input type="checkbox"/> Bronkhial (Ekspirasi lebih panjang dari inspirasi) <input type="checkbox"/> Bronkho 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 <input type="checkbox"/> Tidak teratur <input type="checkbox"/> Bradipnea (Frekuensi napas < 12x/menit) <input type="checkbox"/> Takipnea (Frekuensi napas > 20x/menit) <input type="checkbox"/> Hiperpnea (napas cepat, dalam > 20x/menit) <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes (Gangguan pola napas diselingi apnea) <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"/> Gallop <input type="checkbox"/> Ictus Cordis, Lokasi	
Sianosis menetap	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Sianosis transient saat menangis atau mengejan	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

Bentuk Tulang Belakang

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
		<input type="checkbox"/> Skoliosis (tulang belakang melengkung ke arah samping)	
		<input type="checkbox"/> Kifosis (tulang belakang melengkung ke belakang)	
		<input type="checkbox"/> Lordosis (tulang belakang melengkung ke depan)	
Spina Bipida	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

10. Abdomen

Bentuk	:	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris
Kembung	:	<input type="checkbox"/> Ya, LPcm	<input type="checkbox"/> Tidak
Bising Usus	:	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Frekuensix/menit <input type="checkbox"/> Kuat/lemah*
Tali Pusat 2 areteri 1 vena	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Warna tali pusat putih kebiruan	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Hepatomegali	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Massa	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Kulit Ikterik	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

VI. SISTEM SOSIAL EKONOMI

- Pekerjaan orang tua :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pegawai Negeri | <input type="checkbox"/> Pensiun |
| <input type="checkbox"/> Karyawan Swasta | <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja |
| <input type="checkbox"/> Wiraswasta | <input type="checkbox"/> Lain-lain |

VII. KEBUTUHAN PENDIDIKAN KESEHATAN

- Tingkat Pendidikan Orang tua : ☐ Tidak sekolah ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ Perguruan Tinggi
- Bahasa Sehari-hari Orang tua : ☐ Indonesia ☐ Daerah/Asing*) :
- Hambatan Komunikasi : ☐ Tidak ada ☐ Aphasia motorik ☐ Aphasia sensorik ☐ Tuli
- Pasien membutuhkan pendampingan keluarga : ☐ Ya ☐ Tidak
- Gangguan Fungsional : ☐ Penglihatan ☐ Pendengaran ☐ Mobilitas menurun
- Nilai-nilai Agama yang bertentangan dengan proses pengobatan & perawatan : ☐ Ya ☐ Tidak
- Nilai-nilai budaya yang bertentangan dengan proses pengobatan & perawatan : ☐ Ya ☐ Tidak
- Pasien/keluarga bersedia menerima informasi (literasi Kesehatan) : ☐ Ya ☐ Tidak
- Pendidikan Kesehatan yang dibutuhkan :
 - ☐ Penggunaan obat-obatan secara efektif dan aman termasuk potensi efek samping obat
 - ☐ Potensi interaksi obat dengan obat lain serta dengan makanan
 - ☐ Penggunaan peralatan medis efektif & aman
 - ☐ Diet dan nutrisi
 - ☐ Manajemen nyeri
 - ☐ Teknik rehabilitasi medik atau proses penyembuhan penyakit
 - ☐ Diagnosa medis dan proses penyakit
 - ☐ Pencegahan dan pengendalian infeksi (cuci tangan dan sebagainya)
 - ☐ Materi Pendidikan Kesehatan lain :

VIII. PERENCANAAN PASIEN PULANG

- Tinggal dengan : ☐ Orang tua ☐ Nenek/Kakek
☐ Saudara ☐ Lain-lain
- Pendidikan Kesehatan :
 - Perawatan dasar :
 - ☐ Memandikan bayi
 - ☐ Merawat tali pusat
 - ☐ Menjemur bayi
 - ☐ Melarutkan susu formula
 - ☐ Sterilisasi botol
 - ☐ Pola buang air besar dan kecil pada bayi
 - ☐ Jumlah dan waktu pemberian minum ASI
 - Perawatan lanjutan :
 - ☐ Memberi makan per NGT/OGT
 - ☐ Wash out
 - ☐ Perawatan luka
 - ☐ Lain-lain
- Rencana Rujukam pendidikan kesehatan berkelanjutan (komunitas promosi kesehatan dan lain-lain)
 - ☐ Tidak
 - ☐ Ya, Ke

Kebutuhan Pendidikan	
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Kebutuhan Pendidikan	
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya	

IX. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nyeri | <input type="checkbox"/> Jalan nafas/pertukaran gas | <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"/> | |

Tanggal Asesmen : / / 20..... Pukul : : WIB

Petugas Pemberi Asuhan

(.....)

Nama Lengkap dan Paraf