

KELUHAN UTAMA :		RIWAYAT PENGOBATAN/OPERASI:	
RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG:		RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA:	
RIWAYAT PENYAKIT DAHULU:		RIWAYAT ALERGI :	
		SKRINING AIRBORNE DISEASE <input type="checkbox"/> Gejala Pernafasan <input type="checkbox"/> Erupsi kulit/Eritema <input type="checkbox"/> Demam (>37,5° C) <input type="checkbox"/> Riwayat Kontak <input type="checkbox"/> Riwayat dari Daerah Endemik	
STATUS PSIKOLOGI <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Depresi <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Kecenderungan Bunuh Diri <input type="checkbox"/> Suka Berkelahi <input type="checkbox"/> Membahayakan Diri Sendiri atau Orang Lain <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah <input type="checkbox"/> Lain-lain			
STATUS SOSIAL EKONOMI Status Pernikahan : <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Menikah ____ kali <input type="checkbox"/> Bercerai <input type="checkbox"/> Janda/Duda <input type="checkbox"/> Lain-lain Pendidikan terakhir : <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Lain-lain Pekerjaan : <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja <input type="checkbox"/> Lain-lain Tinggal Bersama : <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Lain-lain Nama No Telp : Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lain-lain			
STATUS KULTURAL (BUDAYA) <input type="checkbox"/> Hal-hal yang berkaitan dengan agama, budaya, keyakinan atau kepercayaan (makanan, bahasa, dll).....		PEMERIKSAAN FISIK KHUSUS (GIGI, UMUM, SPESIALIS):	
STATUS SPIRITUAL Pasien Muslim : Kemampuan beribadah Wajib beribadah <input type="checkbox"/> Baligh <input type="checkbox"/> Belum baligh <input type="checkbox"/> Halangan lain Thaharoh <input type="checkbox"/> Berwudh <input type="checkbox"/> Tayamum Sholat <input type="checkbox"/> Berdiri <input type="checkbox"/> Duduk <input type="checkbox"/> Berbaring Pasien Non Muslim :			
PEMERIKSAAN FISIK UMUM: Kesadaran : Keadaan Umum Suhu : Tekanan Darah : Nadi : Pernafasan : Tinggi Badan : Berat Badan : Lingkar Kepala: Lingkar Perut : Lingkar Lengan : Lingkar Kepala:			

RIWAYAT IMUNISASI <input type="checkbox"/> BCG <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Hep B I <input type="checkbox"/> Polio Nol <input type="checkbox"/> DPT I <input type="checkbox"/> Campak </div> <div> <input type="checkbox"/> Hep B II <input type="checkbox"/> Polio I <input type="checkbox"/> DPT II <input type="checkbox"/> MMR </div> <div> <input type="checkbox"/> Hep B III <input type="checkbox"/> Polio II <input type="checkbox"/> DPT III <input type="checkbox"/> HiB </div> <div> <input type="checkbox"/> Polio III <input type="checkbox"/> DPT IV <input type="checkbox"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> Polio IV <input type="checkbox"/> DPT V </div> <div> <input type="checkbox"/> Polio V </div> </div>		
RIWAYAT TUMBUH KEMBANG ANAK <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Senyum _____ bulan <input type="checkbox"/> Berdiri _____ bulan </div> <div> <input type="checkbox"/> Tengkurap _____ bulan <input type="checkbox"/> Berjalan _____ bulan </div> <div> <input type="checkbox"/> Duduk _____ bulan <input type="checkbox"/> Bicara _____ bulan </div> <div> <input type="checkbox"/> Merangkak _____ bulan <input type="checkbox"/> Sekolah _____ tahun </div> </div>		
SKALA NYERI : <div style="text-align: center;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> Tidak Nyeri</div> <div style="text-align: center;"> nyeri ringan</div> <div style="text-align: center;"> nyeri yang mengganggu</div> <div style="text-align: center;"> nyeri yang menyusahkan</div> <div style="text-align: center;"> nyeri berat</div> <div style="text-align: center;"> sangat nyeri</div> </div>	RESIKO JATUH Resiko Jatuh Anak <input type="checkbox"/> Resiko Rendah 7 – 11 <input type="checkbox"/> Resiko Tinggi ≥ 12	
STATUS KRITERIA RISIKO NUTRISIONAL (MALNUTRISION SCREENING TOOL /MST) Apakah pasien mengalami penurunan BB dalam 6 bulan terakhir ? <input type="checkbox"/> Tidak (skor 0) <input type="checkbox"/> Tidak yakin / tidak tahu / baju terasa lebih longgar (skor 2) Jika ya, berapa penurunan BB tersebut ? <input type="checkbox"/> 1-5 kg (skor 1) <input type="checkbox"/> 6-10 kg (skor 2) <input type="checkbox"/> 11-15 kg (skor 3) <input type="checkbox"/> 15 kg (skor 4) Apakah asupan makan kurang karena tidak nafsu makan ? <input type="checkbox"/> Tidak (skor 0) <input type="checkbox"/> Ya (skor 1) Total skor = Apakah pasien mempunyai diagnose khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya (DM/CKD/Haemodialisa/Kanker/Hipertensi/Penurunan Imunitas)		
STATUS FUNGSIONAL <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Perlu Bantuan , Sebutkan <input type="checkbox"/> Ketergantungan total		
PEMERIKSAAN PENUNJANG		
MASALAH KESEHATAN	MASALAH KEPERAWATAN	RENCANA KEPERAWATAN/ TARGET TERUKUR:
DIAGNOSIS KERJA & DIAGNOSIS BANDING		
RENCANA (TINDAKAN, TERAPI , DLL):		
EDUKASI KELUARGA : (Termasuk Motivasi Kesembuhan) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Pasien / Keluarga (.....) </div>		
PERENCANAAN PASIEN PULANG /DISCHARGE PLANNING (Untuk Rawat Inap)		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> Dokter/ DPJP (.....) </div> <div style="text-align: center;">,/...../..... Jam Perawat (.....) </div> </div>		