



RUMAH SAKIT
SARI ASIH

Nama :
Tanggal Lahir :
No RM :
NIK :

ASESMEN KEPERAWATAN PASIEN ICU

- Pengkajian :
Riwayat Kesehatan Yang Lalu
- Kondisi kesehatan sebelumnya : _____
 - Pernah dirawat dengan kasus yang sama : _____
 - Riwayat Alergi : _____
 - Riwayat masalah emosi / psikiater : _____

- Sistem Pernafasan
- 1. Jalan nafas : ☐ Bersih ☐ Sumbatan atau berupa ☐ Sputum ☐ Darah
 - 2. Pernafasan : _____ x / menit
 - RR ☐ Ya ☐ Tidak
 - Penggunaan otot bantu nafas ☐ Ya ☐ Tidak
 - Terpasang ETT ☐ Teratur ☐ Tidak Teratur
 - Irama ☐ Dalam ☐ Tidak dalam
 - Kedalaman ☐ Putih ☐ Kuning ☐ Hijau
 - Sputum ☐ Kental ☐ Tidak kental ☐ Vesikuler
 - Konsistensi ☐ Ronchi ☐ Wheezing
 - Suara Nafas
 - 3. Sirkulasi Jantung :
 - Irama ☐ Teratur ☐ Tidak Teratur
 - Nyeri dada ☐ Ya ☐ Tidak
 - Bunyi Jantung ☐ Murmur ☐ Gallop
 - 4. Perdarahan
 - Area Perdarahan : _____ Jumlah Perdarahan ...Cc/jam

- Sistem Gastrointestinal
- Distensi ☐ Ya dan lingkaran perut : _____ cm ☐ Tidak
 - Nyeri ☐ Ya ☐ Tidak
 - Peristaltik ☐ Teratur ☐ Tidak Teratur
 - Defaksi ☐ Dalam ☐ Tidak dalam
- Sistem Perkemihan
- Warna ☐ Bening ☐ Kuning ☐ Merah ☐ kecoklatan
 - Peristaltik ☐ Ya ☐ Tidak
 - Defaksi ☐ Ya ☐ Tidak
 - Jumlah:..... ..c/jam
- Penggunaan Catheter Urine ☐ Ya ☐ Tidak
- Sistem Syaraf Pusat
- Tingkat Kesadaran : _____
 - Pupil ☐ Isokor ☐ Anisokor ☐ Miosis ☐ Midriasis
 - Kekuatan Otot : _____ Koordinasi Motorik : _____

- Sistem Muskuloskeletal dan Integumen
- Turgor Kulit ☐ Elastik ☐ Tidak elastis
 - Terdapat luka ☐ Ya , lokasi luka : _____ ☐ Tidak
 - Fraktur ☐ Ya , dimana ☐ Tidak
 - Kesulitan bergerak : ☐ Ya ☐ Tidak
 - Penggunaan alat bantu ☐ Ya Menggunakan : _____ ☐ Tidak
 - Lokasi luka / lesi lain ☐ Ya _____ ☐ Tidak

Risiko Cedera/jatuh

<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya , bila ya , isi form monitoring pencegahan jatuh
--------------------------------	--

Status Fungsional

Nyeri / tidak nyaman :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Nyeri di _____ score _____
Nyeri / tidak nyaman :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Nyeri di _____ score _____

BPS SIKAP DAN PERILAKU PASIEN	KETERANGAN	Resiko Jatuh Resiko Jatuh Dewasa
	Behavior Pain Scale Ekspresi Wajah 1. Tenang : 1 2. Menyerinyit : 2 3. Muka Menegang : 3 4. Wajah menyeringai : 4 Pergerakan 1. Tenang : 1 2. Menekuk sebagian daerah siku : 2 3. Menekuk Total & jari mengepal : 3 4. Menekuk total terus menerus : 4 Toleransi terhadap ventilasi mekanik Dapat mengikuti pola ventilasi : 1 Batuk tetapi dapat mengikuti pola:2 Melawan pola ventilasi :3 Pola ventilasi tidak toleransi : 4	<input type="checkbox"/> Ringan 0 -24 <input type="checkbox"/> Sedang 25 – 44 <input type="checkbox"/> Berat ≥45 Resiko Jatuh Anak (Humpty Dumpty) <input type="checkbox"/> Rendah 7 - 11 <input type="checkbox"/> Resiko Tinggi t ≥ 12 Resiko Jatuh Geriatri <input type="checkbox"/> Rendah 0 - 3 <input type="checkbox"/> Resiko Tinggi ≥ 4 Nyeri mempengaruhi : <input type="checkbox"/> Tidur <input type="checkbox"/> Aktifitas fisik <input type="checkbox"/> Emosi <input type="checkbox"/> Nafsu makan <input type="checkbox"/> Konsentrasi <input type="checkbox"/>

Alat Invasif yang digunakan

Drain/WSD	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak , warna :	Jumlah :cc/jam
Drain Kepala	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak , warna :	Jumlah :cc/jam
	<input type="checkbox"/> Merah	<input type="checkbox"/> Serosa	<input type="checkbox"/> Lain – lain
Terpasang folley Catheter	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak , warna :	Jumlah :cc/jam
NGT	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak , warna :	Jumlah :cc/jam

Pengkajian Aspek Budaya/Kultural dan Spiritual

Aspek Budaya	Aspek Spiritual
Hal-hal yang berkaitan dengan budaya, agama, keyakinan/ kepercayaan (makanan, bahasa dll):	Kemampuan beribadah:
.....	Wajib Ibadah <input type="checkbox"/> Baligh <input type="checkbox"/> Belum baligh <input type="checkbox"/> Halangan lain
.....	Thoharoh <input type="checkbox"/> Berwudlu <input type="checkbox"/> Tayamum <input type="checkbox"/>
.....	Sholat <input type="checkbox"/> Berdiri <input type="checkbox"/> Duduk <input type="checkbox"/> berbaring

Perencanaan Pasien Pulang (Discharge Planning)

Kebutuhan Pelayanan	Ya	Tidak	Kebutuhan pelayanan	Ya	Tidak	Kebutuhan pelayanan	Ya	Tidak
Perlu pelayanan home care			Penggunaan alat bantu			Dirujuk ke tim terapis		
Perlu edukasi pasien / keluarga			Perlu pemasangan inplan			Dirujuk ke ahli gizi		
Telah dilakukan pemasangan alat			Perlu pendampingan spiritual			Perlu inform concent		
Di rujuk ke komunitas tertentu				

Daftar Masalah Keperawatan

Masalah Keperawatan	Tujuan Target Terukur

☐ Disusun rencana Keperawatan

Tanggal _____ Pukul _____
Perawat Penanggung Jawab Pasien

(.....)