

<b>Keluhan Utama :</b>  <b>Riwayat Penyakit Sekarang:</b>  <b>Riwayat Penyakit Dahulu:</b>	<b>Riwayat Pengobatan/Operasi/Kelahiran:</b>  <b>Riwayat Penyakit Keluarga:</b>  <b>Riwayat Alergi :</b>  <b>Skrining Airbone Disease</b> <input type="checkbox"/> Gejala Pernafasan <input type="checkbox"/> Erupsi kulit/Eritema <input type="checkbox"/> Demam (>37,5 <sup>o</sup> C) <input type="checkbox"/> Riwayat Kontak <input type="checkbox"/> Riwayat dari Daerah Endemik
<b>STATUS PSIKOLOGI</b> <input type="checkbox"/> Tenang <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Lain-lain	
<b>STATUS SOSIAL EKONOMI ORANG TUA/ KELUARGA</b> 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	
<b>STATUS KULTURAL (BUDAYA)</b> <input type="checkbox"/> Hal-hal yang berkaitan dengan agama,budaya , keyakinan atau kepercayaan (makanan, bahasa,dll) .....	<b>PEMERIKSAAN FISIK</b>
<b>STATUS SPIRITUAL</b> Pasien Muslim : Kemampuan beribadah Wajib beribadah: <input type="checkbox"/> Baligh <input type="checkbox"/> Belum baligh <input type="checkbox"/> Halangan lain Taharah : <input type="checkbox"/> Berwudlu <input type="checkbox"/> Tayamum ..... Sholat : <input type="checkbox"/> Berdiri <input type="checkbox"/> Duduk <input type="checkbox"/> Berbaring  Pasien Non Muslim : ..... .....	
<b>RIWAYAT IMMUNISASI</b> <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> HEPATITIS B I	
<b>PEMERIKSAAN KONDISI UMUM &amp;TANDA-TANDA VITAL</b> Kondisi saat lahir : APGAR Score ..... <input type="checkbox"/> Segera menangis <input type="checkbox"/> Tidak segera Menangis <input type="checkbox"/> CRT ..... Nadi : ..... x/menit        Pernafasan : ..... x / menit	<b>SKRINING JATUH NEONATUS</b> <input type="checkbox"/> Semua Neonatus dikategorikan beresiko Jatuh <b>RIWAYAT JATUH NEONATUS</b> <input type="checkbox"/> Ya, Kapan ..... <input type="checkbox"/> Tidak

**STATUS RISIKO NUTRISIONAL/ GIZI**

BB waktu lahir : ..... gram BB sekarang : ..... gram PB Waktu lahir ..... cm PB sekarang:....cm

Lingkar Kepala ..... cm Lingkar Dada ..... cm

Nutrisi : ☐ ASI ☐ Lain-lain ..... , Frekuensi ..... Cc/ .....**PENILAIAN NYERI NEONATUS**

	0	1	2	NILAI
<b>FACE (Wajah)</b>	Tidak ekspresi atau dalam keadaan tersenyum	Menyeringai , mengerutkan dah, tanpa tidak tertarik	Dagu gemetar , gigi gemeretak, rahang terkancing	
<b>LEGS (Kaki)</b>	Normal, rileks	Gelisah, tegang , resah	Menendang, kaki tertekuk atau membengkokkan kaki	
<b>ACTIVITY (Aktifitas)</b>	Berbaring telentang, posisi normal, gerakan mudah	Menggeliat, tidak bias diam, tegang	Kaku , kejang	
<b>CRY (Menangis)</b>	Tidak menangis	Merintih merengek	Terus menangis , berteriak , sering mengeluh	
<b>CONSOLABILITY</b>	Rileks	Kadang-kadang mengeluh, dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bujukan ; dapat dialihkan	Sulit dibujuk	
<b>TOTAL NILAI</b>				

0 = Tidak ada rasa nyeri 4 – 6 = Nyeri sedang 10 = Nyeri Sangat Berat

1-3 = Nyeri Ringan 7 – 9 = Nyeri Berat

**SKRINING NYERI**

Skala Nyeri : ..... Lokasi : ..... Durasi ..... Frekuensi .....

☐ Tidak ada Nyeri ☐ Nyeri Kronis ☐ Nyeri Akut

Nyeri Hilang bila :

☐ Minum Obat ☐ Mendengar Musik ☐ Istirahat ☐ Berubah posisi/tidur ☐ Lain-lain , sebutkan .....Diberitahukan ke dokter : ☐ Ya, Pukul ..... ☐ Tidak**STATUS FUNGSIONAL**☐ Mandiri ☐ Perlu Bantuan , Sebutkan .....☐ Ketergantungan total**DATA PENUNJANG****MASALAH KESEHATAN****MASALAH KEPERAWATAN****RENCANA KEPERAWATAN/TARGET TERUKUR:****DIAGNOSA MEDIS DAN DIAGNOSA BANDING****RENCANA (TINDAKAN, TERAPI , DLL):****EDUKASI KELUARGA : (Termasuk Motivasi Kesembuhan)**

Pasien / Keluarga

( ..... )

**PERENCANAAN PASIEN PULANG /DISCHARGE PLANNING ( Untuk Rawat Inap)**

Dokter/ DPJP

....., ...../...../..... Jam

Perawat

(.....)

(.....)