

**LOGO  
RUMAH  
SAKIT**

**RS** \_\_\_\_\_  
Alamat \_\_\_\_\_  
Telp. \_\_\_\_\_, Fax. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

No.RM : \_\_\_\_\_  
Nama : \_\_\_\_\_  
Tgl lahir: \_\_\_\_\_

## ASESMEN KEPERAWATAN

### DATA UMUM

Masuk Ruang : \_\_\_\_\_ (essay nama ruang) Tanggal : \_\_\_\_\_ dd/mm/yy Pukul : \_\_\_\_\_ 00:00  
Tiba di ruangan dengan cara : \_\_\_\_\_ Masuk melalui : \_\_\_\_\_  
**Keluhan Utama :** \_\_\_\_\_

### KEADAAN UMUM

Tekanan darah _____ mmHg	Berat badan sebelum sakit _____ kg
Frekuensi nadi _____ kali/menit	Berat badan setelah sakit _____ kg
Frekuensi nafas _____ kali/menit	IMT _____ kg/m <sup>2</sup>
Temperatur tubuh _____ °C	Pemeriksaan GCS : E _____, V _____, M _____
Tinggi badan _____ cm	Tingkat kesadaran : _____

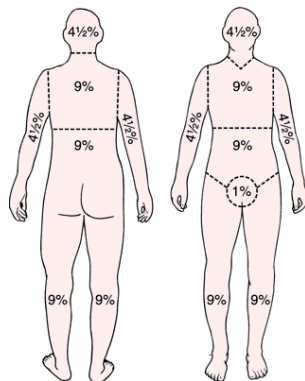
## ASESMEN AWAL KEPERAWATAN

### STATUS FISIK PASIEN

- a. Tingkat kesadaran pasien
- Terjadi penurunan tingkat kesadaran
  - Terjadi perubahan status mental
  - Kondisi dalam keadaan koma
  - Skala GCS < 7
  - Tampak kebingungan ketika berinteraksi
- b. Vital Sign: Tekanan Darah
- Tekanan darah berubah ubah (turun naik)
  - Mengalami hipertensi
  - Tekanan darah meningkat dari kebiasaan
  - Mengalami hipotensi
- c. Vital Sign: Frekuensi Nadi
- Denyut nadi berubah ubah (turun naik)
  - Mengalami takikardia
  - Mengalami bradikardia
- d. Vital Sign: Frekuensi Nafas
- Perubahan frekuensi pernafasan (turun naik)
  - Mengalami takipnea
  - Pasien tampak memposisikan Orthopnea
  - Mengalami bradipnea
- e. Vital Sign: Temperatur Tubuh
- Fluktuasi suhu tubuh pasien (turun naik)
  - Mengalami hipertermia
  - Mengalami hipotermia
- f. Pasien mengalami luka
- Keterangan terkait luka : area luka \_\_\_\_\_ diameter luka \_\_\_\_\_ kedalaman luka \_\_\_\_\_  
warna dasar luka \_\_\_\_\_ jenis luka: steril/ kotor/ bersih/ kronik) \*)coret yang tidak bersesuaian  
Keterangan tambahan lainnya: \_\_\_\_\_
- g. Pasien mengalami cedera
- Terdapat cedera otak
  - Terdapat cedera tulang punggung
  - Terdapat cedera bagian ekstremitas: ekstremitas atas ( ), ekstremitas bawah ( ) \*)beri tanda ( ✓ )
  - Terdapat cedera bagian bibir, jaringan lunak, rongga mulut, oropharing
  - Terdapat cedera bagian wajah
- h. Pasien mengalami fraktur
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fraktur gigi  | <input type="checkbox"/> Fraktur tulang kepala | <input type="checkbox"/> Fraktur tulang belakang |
| <input type="checkbox"/> Fraktur panggul   | <input type="checkbox"/> Fraktur di wajah      | <input type="checkbox"/> Fraktur di dada         |
| <input type="checkbox"/> Fraktur ekstremitas: ekstremitas atas ( ), ekstremitas bawah ( ) *)beri tanda ( ✓ ) |  |  |
- Keterangan tambahan lainnya terkait fraktur: \_\_\_\_\_

- i. Pasien mengalami trauma
- Terjadi trauma pada pasien
  - Trauma spesifik: terjadi kerusakan neurologi pada pasien
  - Trauma spesifik: terjadi trauma pada wajah ( ), leher ( ) \*)beri tanda ( ✓ )
  - Trauma spesifik: terjadi trauma pada mulut
  - Trauma spesifik: terjadi trauma pada ekstremitas atas ( ), ekstremitas bawah ( ) \*)beri tanda ( ✓ )
  - Trauma spesifik: terjadi trauma pada thorax ( ), abdomen ( ) \*)beri tanda ( ✓ )
  - Trauma spesifik: terjadi trauma pada genitalia ( ), punggung ( ) \*)beri tanda ( ✓ )
- j. Terdapat luka terbakar pada pasien

**RULE OF NINE**



Keterangan dari *RULE OF NINE*:

- k. Pasien mengalami permasalahan pada kemampuan sensori
- Adanya permasalahan penglihatan
  - Adanya gangguan respon sensori motoric
  - Adanya penurunan sensori penciuman
  - Adanya penurunan sensasi
  - Adanya sensasi tersumbat (tercekik)
- l. Penampilan pasien ketika diamati
- Pasien batuk, namun tidak bisa membatukkan
  - Pasien batuk, namun tidak efektif
  - Pasien batuk sebelum menelan (tersedak)
  - Pasien tampak tercekik
  - Pasien sadar namun tampak menurun dalam kebersihan diri
  - Pasien tampak berkeringat
  - Pasien mengeskpresikan / mengeluhkan gatal
  - Pasien tampak menggigil
  - Pasien tampak kejang
  - Pasien tampak gemetar
  - Pasien tampak lemah
- m. Kondisi wajah pasien
- Pasien tampak meringis
  - Adanya beaten look (facial mask)
  - Tampak tegang dan kemerahan
  - Adanya trauma pada wajah pasien
  - Adanya kemerahan pada wajah pasien
  - Adanya sembab atau edema pada wajah
  - Pasien tampak kesakitan
  - Pasien tampak menangis
  - Pasien tampak sedih
  - Pasien tampak bahagian
  - Lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_
- n. Kondisi mata pasien
- Menunjukkan ekspresi tatapan kosong (mata tidak bersinar)
  - Mata pasien terbelalak
  - Sklera tampak kuning
  - Pasien berkedip kurang dari 5x/menit
  - Mata tampak kemerahan dan berair
  - Mata tampak sembab/edema
  - Mata tampak adanya lingkaran hitam/gelap di sekitar mata
  - Pupil: isokor ( ), unisokor ( ), miosis ( ), midriasis ( ) \*)beri tanda ( ✓ )
- o. Kondisi leher pasien
- Adanya trauma leher
  - Tampak adanya distensi vena jugularis
  - Adanya kontraksi otot sternokleidomastoideus

- p. Kondisi mulut dan hidung pasien
- Adanya trauma pada mulut pasien
  - Tampak gigi lengkap ( ), adanya gigi palsu ( )\*)beri tanda ( ✓ )
  - Gigi tampak bersih ( ), gigi tampak kotor ( )\*)beri tanda ( ✓ )
  - Adanya asesoris gigi (kawat gigi, batu/sejenis berlian dll)
  - Hidung tampak kemerahan
  - Bagian hidung: adanya cairan yang keluar pada lubang hidung
  - Adanya sumbatan pada hidung

- q. Kondisi kulit pasien
- Capillary refill time* (CRT) \_\_\_\_\_ detik
  - Warna kulit tampak sianosis
  - Warna kulit tampak pucat ( ), dusky ( )\*)beri tanda ( ✓ )
  - Terjadi acrocyanosis dan sianosis pada kuku jari
  - Kulit tampak kemerahan
  - Terjadi perubahan integritas kulit
  - Jaringan kulit tampak rusak
  - Kulit tampak kuning keorangean
  - Kulit tampak edema, skala edema \_\_\_\_\_
  - Adanya edema anasarka
  - Kulit teraba kering
  - Kulit teraba lembab

r. Keterangan tambahan

- 1) Jumlah minum pasien dalam sehari \_\_\_\_\_ cc/hari
- 2) *Braden Scale* (Screening Risiko Dekubitus)

Persepsi sensori		
4	Baik	
3	Terbatas sebagian	
2	Sangat terbatas	
1	Total terbatas	
Kelembaban		
4	Jarang lembab	
3	Terkadang lembab	
2	Sangat lembab	
1	Selalu lembab	
Aktivitas pasien		
4	Berjalan bebas	
3	Sesekali jalan	
2	Di kursi roda	
1	Di tempat tidur	
Mobilitas		
4	Tidak terbatas	
3	Terbatas sebagian	
2	Sangat terbatas	
1	Imobilitas	
Nutrisi pasien		
4	Sangat baik	
3	Adekuat	
2	Inadekuat	
1	Sangat buruk	
Gesekan		
3	Mandiri	
2	Dibantu alat sebagian	
1	Dibantu penuh	

Interpretasi hasil

dipilih salah satu	≤ 10	Risiko sangat berat
	10 sd 12	Risiko berat
	13 sd 14	Risiko sedang
	15 sd 23	Risiko ringan

## EKONOMI

- a. Kondisi ekonomi pasien
  - Ketidakcukupan / keterbatasan sumber keuangan
  - Krisis finansial akibat kondisi sakit pasien
- b. Kondisi caregiver
  - Produktivitas kerja caregiver rendah akibat kondisi pasien sakit
  - Tanggung jawab menjadi caregiver selama 24 jam penuh
  - Krisis finansial akibat menjadi caregiver pada kondisi sakit pasien
- c. Keterangan tambahan  
Hambatan ekonomi pasien (misal: pembiayaan pengobatan dari bantuan yang terbatas, dll)  
Jelaskan, \_\_\_\_\_
- d. Keterangan lainnya, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PSIKO-SOSIO-SPIRITUAL

- a. Pasien tampak malu dengan hilangnya bagian tubuh
- b. Keluarga tampak kesulitan dalam merawat pasien
- c. Perilaku caregiver
  - Tidak cukup pengetahuan pencegahan decubitus
  - Tidak mampu melaksanakan promosi kesehatan rencana terapeutik yang disetujui
- d. Kondisi caregiver
  - Status perkawinan: caregiver adalah pasangan
  - Caregiver mengalami gangguan kesehatan
  - Caregiver secara perkembangan tidak siap untuk berperan sebagai caregiver
  - Pola koping caregiver tidak efektif
- e. Jumlah kebutuhan pemberi perawatan
  - Perpanjangan durasi perawatan yang diperlukan
  - Tidak cukup rekreasi untuk caregiver
  - Tidak cukup waktu istirahat untuk caregiver
  - Tugas merawat yang kompleks
  - Kelebihan aktivitas sebagai caregiver
- f. Kondisi psikis pasien
  - Pasien tampak depresi
  - Pasien mengatakan merasa asing dengan kondisi
- g. Kondisi spiritualitas pasien
  - Pasien mengatakan kondisinya membuat dirinya tidak bisa ikut berpartisipasi dalam kebiasaan ibadah
  - Pasien merasa bersalah atas sakitnya karena tidak bisa beribadah
- h. Keterangan tambahan
  - e. Pasien dalam kondisi  
( ) Depresi; ( ) Khawatir; ( ) Sulit/suka melawan perintah; ( ) Berpotensi menyakiti diri sendiri/orang lain;  
( ) Baik \*)beri tanda ( ✓ )
  - f. Status pernikahan  
( ) Belum menikah; ( ) Menikah; ( ) Janda; ( ) Duda \*)beri tanda ( ✓ )
  - g. Keluarga terdekat  
( ) Istri; ( ) Suami; ( ) Anak; ( ) Orang tua; ( ) Saudara, \*)beri tanda ( ✓ ) ( ) Lainnya, \_\_\_\_\_  
Telepon \_\_\_\_\_
  - h. Hubungan dengan anggota keluarga  
( ) Baik; ( ) Buruk
  - i. Kegiatan ibadah sehari-hari yang dilakukan  
( ) Sholat; ( ) Berzikir; ( ) Yasinan, \*)beri tanda ( ✓ ) ( ) Lainnya, \_\_\_\_\_
  - j. Membutuhkan bantuan dalam menjalankan ibadah  
( ) Ya; ( ) Tidak \*)beri tanda ( ✓ )
  - k. Keinginan khusus pasien (misal: tidak ingin dijenguk, ingin dirawat oleh perawat yang berjenis kelamin sama, dll)  
Jelaskan, \_\_\_\_\_
  - l. Hambatan sosial dan budaya pasien (misal: larangan dari keyakinan yang dianut, mitos budaya setempat, dll)  
Jelaskan, \_\_\_\_\_
  - m. Keterangan lainnya, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RIWAYAT KESEHATAN PASIEN

### a. Deskripsi riwayat penyakit sekarang

---

---

---

---

---

---

---

### b. Deskripsi riwayat penyakit terdahulu

---

---

---

---

---

---

---

### c. Deskripsi riwayat penyakit keluarga

---

---

---

---

---

---

---

### d. Riwayat kesehatan sekarang

- Pasien sedang dalam kondisi yang tidak memungkinkan melakukan aktivitas
- Kegagalan melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko
- Kekambuhan gejala penyakit

### e. Riwayat kesehatan dahulu

- Pasien sebelumnya pernah menjalani perawatan di rumah sakit jangka panjang
- Kegagalan memasukkan regimen pengobatan dalam kehidupan sehari-hari
- Kesulitan dengan regimen yang diprogramkan
- Pilihan yang tidak efektif dalam hisap sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan
- Pasien pernah terpapar paparan kontaminan sebelumnya
- Pasien terpapar pestisida/zat kimia/biologis/polusi/limbah/radiasi yang mempengaruhi kesehatan

### f. Persepsi tentang kesehatan / Perubahan perilaku terhadap status kesehatan pasien

- Pasien tidak mampu melaksanakan peningkatan kesehatan terkait rencana terapeutik yang disetujui
- Pasien gagal melakukan tindakan mencegah masalah kesehatan (misal: merokok, alkoholik)
- Tidak menerima perubahan status kesehatan
- Tidak dapat meminimalkan perubahan status kesehatan
- Tidak menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan

### g. Dukungan terhadap perilaku kesehatan

- Kurangnya dukungan sosial terhadap kesehatan pasien
- Konflik di dalam lingkungan keluarga
- Konflik pengambilan keputusan

### h. Upaya pemanfaatan fasilitas kesehatan

- Sikap negatif terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia
- Pola perilaku kurang mencari bantuan kesehatan

### i. Aktivitas fisik / olahraga

- Ketersediaan waktu yang kurang untuk olahraga
- Kurang minat dan motivasi terhadap olahraga
- Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut usia dan jenis kelamin

## RIWAYAT ALERGI

### a. Pasien mempunyai riwayat alergi

- Pasien mengatakan mempunyai riwayat alergi
- Pasien terpapar allergen

### b. Keterangan tambahan, Jika terdapat Alergi:

- Alergi obat  
Nama obat \_\_\_\_\_
- Alergi Makanan  
Jenis makanan \_\_\_\_\_
- Alergi lainnya  
Sebutkan \_\_\_\_\_

### c. Terpasang gelang tanda alergi (warna merah)

( ) Terpasang; ( ) Belum terpasang \*)beri tanda ( √ )

### d. Jika terpasang, siapa yang memasang

( ) Perawat; ( ) Dokter; ( ) Apoteker; ( ) Nutrisionis \*)beri tanda ( √ )

### e. Keterangan lainnya, \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

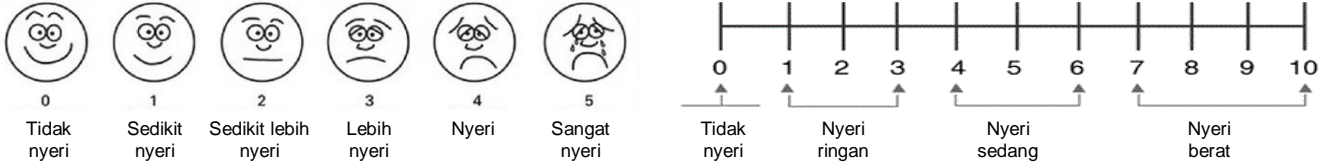
---

---

## ASESMEN NYERI

- Nyeri yang dialami akibat
  - Akibat agen cedera Fisik
  - Akibat agen cedera Biologi
  - Akibat agen cedera Kimia
- Nyeri dengan durasi kurang dari 3 bulan
- Nyeri dengan durasi lebih dari 3 bulan
- Pasien mengalami nyeri yang ekstrim
- Nyeri berulang dan terus menerus serta mengganggu fungsi keseharian dan kesejahteraan
- Keterangan tambahan tentang Nyeri pasien
  - Skala nyeri pasien menggunakan VAS / VDS

### PENGUKURAN SKALA NYERI



Onset : Saat nyeri muncul : \_\_\_\_\_  
 Provocative : Faktor yang memperburuk nyeri : \_\_\_\_\_  
 Quality : Ungkapan rasa nyeri : \_\_\_\_\_  
 Region : Lokasi nyeri : \_\_\_\_\_  
 Severity : Tingkat keparahan nyeri : \_\_\_\_\_  
 Time : Episode nyeri berlangsung : \_\_\_\_\_

- Onset (nyeri atau ketidaknyamanan saat muncul berapa lama) \_\_\_\_\_ menit
- Provocation (faktor yang memperburuk rasa nyeri)  
 Cahaya;  Gelap;  Gerakan;  Berbaring;  Beraktivitas; \*)beri tanda ( ✓ )  Lainnya, \_\_\_\_\_
- Quality (rasa nyeri seperti)  
 Ditusuk;  Dipukul;  Berdenyut;  Ditarik;  Dibakar; \*)beri tanda ( ✓ )  Lainnya, \_\_\_\_\_
- Regio (lokasi dan penyebaran nyeri) \_\_\_\_\_
- Severity (tingkat keparahan nyeri)  
 Tidak nyeri;  Nyeri ringan;  Nyeri sedang;  Nyeri berat;  Nyeri berat tidak terkontrol \*)beri tanda ( ✓ )
- Time (waktu berlangsung nyeri)  
 < 30 menit;  > 30 menit \*)beri tanda ( ✓ )

### RISIKO JATUH

- Pasien memakai alat bantu gerak dalam aktivitas
  - Menggunakan kursi roda
  - Menggunakan alat bantu berjalan (walker, cane)
- Pasien mengalami kesulitan berjalan
- Pasien mengalami perubahan gaya berjalan
- Pasien mengalami keterbatasan pergerakan mandiri tubuh / ekstremitas
- Postur pasien tidak stabil dan kesulitan dalam berbalik
- Pasien mengalami pergerakan yang lambat, memicu tremor dan tidak terkoordinasi
- Pasien mengalami gangguan keseimbangan
- Pasien mengalami permasalahan pendengaran
- Keterangan tambahan tentang risiko jatuh pada pasien
- Keterangan lainnya, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

1) Morse Fall Scale (MFS)

Riwayat jatuh	
25	Kurang dari 3 bulan
0	Tidak ada atau lebih dari 3 bulan
Kondisi kesehatan	
15	> 1 diagnosa penyakit
0	≤ 1 diagnosa penyakit
Bantuan ambulasi	
30	Berpegangan pada perabotan
15	Menggunakan tongkat/penopang
0	Tidak ada / kondisi tirah baring
Terapi IV / Anti koagulan	
20	Terasang infus terus menerus
0	Tidak
Gaya berjalan	
20	Kerusakan / Terganggu
10	Lemah
0	Normal / kondisi tirah baring
Status mental	
15	Lupa keterbatasan
0	Sadar kemampuan diri

Interpretasi hasil

0 - 24                      Tidak berisiko  
 25 - 50                  Risiko rendah  
 ≥ 51                      Risiko tinggi

2) Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS)

Usia pasien	
4	< 3 tahun
3	3 sampai dengan ≤ 7 tahun
2	7 sampai dengan ≤ 13 tahun
1	≥ 13 tahun
Jenis kelamin	
2	Laki-laki
1	Perempuan
Diagnosis	
4	Diagnosis neurologi
3	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dll)
2	Gangguan perilaku/psikiatri
1	Diagnosis lainnya
Gangguan kognitif	
3	Tidak menyadari keterbatasan lainnya
2	Lupa akan adanya keterbatasan
1	Orientasi baik terhadap diri sendiri
Faktor lingkungan	
4	Riwayat jatuh/bayi diletakan di tempat tidur dewasa
3	Pasien menggunakan alat bantu/bayi diletakan dalam tempat tidur bayi/perabot rumah
2	Pasien diletakan pada tempat tidur
1	Area diluar rumah sakit
Pembedahan/sedasi/anestesi	
3	Dalam 24 jam
2	Dalam 48 jam
1	>48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi
Penggunaan medika mentosa	
3	Penggunaan multiple: sedative, obat hipnosis, barbiturate, fenotiazia, antidepresan, pencahar, diuretik, narkose
2	Penggunaan salah satu obat diatas
1	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi

Interpretasi hasil

7 sd 11                      Risiko rendah  
 ≥ 12                        Risiko tinggi

## ASESMEN FUNGSIONAL

### a. Pola Eliminasi

#### 1) Status perkemihan

- Terjadi inkontinensia, retensi, urgency, nocturia, hesitancy, frequency, dysuria
- Tidak selesainya pengosokan kandung kemih (retensi)

#### 2) Pasien mengalami inkontinensia yang berkaitan dengan waktu terjadinya

- Pasien melaporkan adanya pengeluaran urin pada saat kandung kemih spasme (tegang)
- Segera setelah ada sensasi kuat untuk berkemih
- Kebocoran urin secara tiba-tiba terkait dengan aktivitas yang meningkatkan tekanan intraabdominal
- Pada saat terdapat distensi berlebihan pada kandung kemih
- Pada suatu interval yang dapat diprediksi pada saat volume kandung kemih tertentu telah tercapai
- Ketidakmampuan pasien yang biasanya mampu untuk mencapai toilet pada waktu ingin berkemih

#### 3) Kondisi sistem perkemihan

- Relaksasi spinkter yang tidak disengaja
- Terjadi pembesaran prostat pada pasien

#### 4) Masalah dalam BAB

- Mengeluhkan sulit atau kurang sering BAB dari biasanya
- Fases kering, keras, sulit untuk keluar
- Pengeluaran fases yang tidak disengaja
- Adanya diare (frekuensi BAB lebih 3x sehari dengan konsistensi cair)
- Fases berbentuk cair, tidak berbentuk

#### 5) Keterangan tambahan

- Frekuensi BAK  
\_\_\_\_\_ kali/hari

- Jumlah BAK  
\_\_\_\_\_ cc

- Frekuensi BAB  
\_\_\_\_\_ kali/hari

- Warna, Bau dan Konsistensi  
\_\_\_\_\_

- Tanggal terakhir BAB  
\_\_\_\_\_  
\_\_dd/mm/yy

#### 6)

### b. Pola Aktivitas-Latihan

#### 1) Masalah pasien dalam melakukan aktivitas keseharian

- Terjadi penurunan mobilitas selama periode perawatan
- Pasien selama dirawat tidak mempunyai aktivitas fisik yang aktif
- Tidak cukupnya energi fisiologi atau psikologis untuk mempertahankan aktivitas harian

#### 2) Masalah pasien dalam melakukan pergerakan

- Kondisi pergerakan pasien yang menurun
- Keterbatasan pergerakan fisik pada satu ekstremitas atau lebih
- Keterbatasan pergerakan mandiri diantara dua permukaan yang berdekatan
- Keterbatasan pergerakan mandiri dalam lingkungan dengan menggunakan kaki
- Keterbatasan pergerakan mandiri dari satu posisi ke posisi yang lain di atas tempat tidur
- Pasien mengalami sensasi kelelahan dan penurunan kapasitas baik untuk bekerja fisik atau mental
- Mengabaikan satu sisi tubuh dan memperhatikan secara berlebihan sisi tubuh lainnya yang terganggu

#### 3) Pasien mengalami masalah pada perawatan diri

- Ketidakmampuan pasien untuk membasuh tubuh dan mengakses kamar mandi
- Hambatan mengenakan pakaian oleh pasien secara mandiri
- Ketidakmampuan menyiapkan, mengambil alat makan dan memakan makanan dengan baik
- Ketidakmampuan melakukan kebersihan eliminasi secara komplit

#### 4) Pernafasan yang diperlihatkan pasien

- Kedalaman pernafasan tidak normal
- Irama nafas tidak normal
- Perubahan pola nafas
- Rongga hidung melebar saat bernafas
- Adanya *pursed lip breathing*
- Menggunakan otot bantu pernafasan, tuliskan, \_\_\_\_\_

#### 5) Pasien mengalami dyspnea (sesak nafas)

#### 6) Masalah otot pada pasien

- Penurunan kekuatan otot
- Tidak cukupnya kekuatan ototnya untuk melakukan pergerakan
- Penurunan koordinasi otot



- a. Pola Tidur
- 1) Masalah pasien dalam istirahat
    - Tidak mampu rileks, tidak dapat beristirahat
    - Waktu tidur yang terputus secara jumlah dan kualitas yang disebabkan faktor eksternal
    - Mengalami periode waktu yang lama tanpa tidur
    - Pasien terbangun diri hari
    - Pasien kesulitan memulai untuk tidur
    - Pasien mengatakan tidur terasa tidak memuaskan
    - Gangguan pola tidur
  - 2) Keterangan tambahan
    - Jumlah waktu tidur sebelum sakit  
\_\_\_\_\_ jam/hari
    - Jumlah waktu tidur setelah sakit  
\_\_\_\_\_ jam/hari
    - Penggunaan obat tidur  
Tidak  
Ya, Jelaskan jenis obat tidurnya \_\_\_\_\_
    - Dosis obat tidur  
\_\_\_\_\_

### **RISIKO NUTRISIONAL**

- a. Berat badan pasien di bawah normal (lihat IMT)
- b. Berat badan yang ekstrim (di bawah atau di atas sekali)
- c. Berat badan pasien bertambah berlebihan
- d. Berat badan pasien di atas normal (lihat IMT)
- e. Masalah mengunyah dan menelan pada pasien
  - Terjadi masalah dalam proses menelan
  - Terdapat masalah dalam rongga mulut
  - Terdapat masalah dengan gigi
  - Pasien merasa mual
  - Terjadi muntah pada pasien
- f. Masalah pada perut pasien
  - Mengeluhkan nyeri perut
  - Mengeluhkan kram perut
  - Terjadi peningkatan residual gastrik
  - Terjadi peningkatan tekanan intragastrik
- g. Hasil pengkajian terhadap aktivitas peristaltik
  - Bising usus hiperaktif, frekuensi bising usus... kali/menit
  - Kurangnya aktivitas peristaltic
  - Tidak ada suara bising usus
  - Penurunan motilitas Gastro Intestinal, frekuensi bising usus... kali/menit
- h. Perubahan pola makan
- i. Penurunan selera makan
- j. Kebiasaan BAB pasien
  - Menganggap sendiri adanya konstipasi
  - Penyalahgunaan laksatif, enema dan suppositoria untuk menjamin BAB sehari-hari
- k. Pasien mengalami kekurangan cairan – dehidrasi
- l. Kurangnya asupan serat pada makanan
- m. Tidak cukupnya asupan cairan
- n. Pasien terpasang infus
  - Diameter jarum infus terlalu besar
  - Kecepatan infus terlalu tinggi
  - Pemasangan lebih dari 72 jam (terlalu lama)
  - Larutan infus yang terpasang mengiritasi (misal: konsentrasi, suhu, pH)
  - Penusukan kateter yang tidak adekuat
  - Tempat penusukan dekat dengan sendi
- o. Kondisi yang berhubungan dengan kulit pasien
  - Terjadi perubahan integritas kulit
  - Terjadi perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, rambut, kelembaban, temperatur)
  - Terjadi perubahan turgor kulit dari kondisi normal
  - Terjadi perubahan pigmentasi
- p. Kondisi yang berhubungan dengan jaringan
  - Terjadi kerusakan membran mukosa, kornea, integumen, subkutan
  - Terjadi kerusakan jaringan

- q. Kondisi infeksi
- Pasien menderita infeksi virus
  - Menderita ko-infeksi human immunodeficiency virus (HIV)
- r. Keterangan tambahan
- Pasien mengalami penurunan BB yang tidak direncanakan/tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?
- 0 Tidak
- 2 Tidak yakin (ada tanda: baju menjadi longgar)
- Jika, Ya. Penurunan sebanyak
- |   |            |
|---|------------|
| 1 | 1 - 5 kg   |
| 2 | 6 - 10 kg  |
| 3 | 11 - 15 kg |
| 4 | > 15 kg    |
- 2 Tidak tahu berapa kilogram penurunannya
- Asupan makan pasien berkurang karena penurunan nafsu makan/kesulitan menerima makan?
- 0 Tidak
- 1 Ya
- 2 Pasien dengan diagnosis khusus. Ya, sebutkan \_\_ (essay) \_\_\_\_\_

Interpretasi

Jika skor  $\geq 2$ , pasien berisiko malnutrisi, konsul ke Nutrisi

### KEBUTUHAN EDUKASI

- a. Pasien mengalami gangguan fungsi kognitif
- b. Pasien mengalami gangguan memori (kemampuan mengingat)
- c. Kurang informasi yang didapat pasien terkait penyakitnya
- d. Pasien terlihat kurang minat untuk belajar
- e. Kurang sumber pengetahuan terkait penyakit dan pengobatan
- f. Pasien mengungkapkan minat untuk meningkatkan pembelajaran
- g. Pasien kurang pemahaman/pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar
- h. Pemahaman tentang penyakit
  - Tidak, Jelaskan \_\_\_\_\_
  - Ya
- i. Pemahaman tentang pengobatan
  - Tidak, Jelaskan \_\_\_\_\_
  - Ya
- j. Pemahaman tentang Nutrisi/ Diet
  - Tidak, Jelaskan \_\_\_\_\_
  - Ya
- k. Pemahaman tentang perawatan
  - Aktivitas sehari-hari
  - Makanan
  - Olahraga
  - Perawatan luka dengan proses penyembuhan yang lama
  - Tumbuh kembang
  - Seksual
  - Modifikasi lingkungan
  - Manajemen stress
  - Pencegahan penyakit
  - Pencegahan komplikasi
- l. Hambatan dalam menerima edukasi
  - Hambatan dalam penglihatan, pendengaran
  - Hambatan dalam emosi dan kognitif
  - Hambatan dalam tingkat pendidikan, buta huruf dan kemampuan berbahasa
  - Hambatan dalam budaya, spiritual dan agama

### DISCHARGE PLANNING

- a. Pengaruh rawat inap terhadap
  - 1) Pasien dan keluarga
    - Tidak
    - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
  - 2) Pekerjaan / sekolah
    - Tidak
    - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
  - 3) Keuangan
    - Tidak
    - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_

- b. Antisipasi terhadap masalah setelah pulang dari Rumah Sakit
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
- c. Apakah pasien tinggal sendiri setelah pulang dari Rumah Sakit
- Tidak, Jelaskan orang yang bertanggung jawab merawat pasien \_\_\_\_\_
  - Ya
- d. Dimana letak kamar pasien
- Lantai 1
  - Lantai 2
  - Lainnya, \_\_\_\_\_
- e. Bagaimana kondisi rumah tinggal pasien
- 1) Penerangan
    - Baik
    - Cukup
    - Kurang
  - 2) Jarak lokasi kamar dengan kamar mandi
    - < 5 meter
    - ≥ 5 meter
    - Lainnya, \_\_\_\_\_
  - 3) Penggunaan WC
    - WC Jongkok
    - WC Duduk
- f. Bantuan diperlukan dalam hal
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menyiapkan Makanan | <input type="checkbox"/> Mandi             |
| <input type="checkbox"/> Makan              | <input type="checkbox"/> BAB / BAK         |
| <input type="checkbox"/> Minum              | <input type="checkbox"/> Berpakaian        |
| <input type="checkbox"/> Diet               | <input type="checkbox"/> Transportasi      |
| <input type="checkbox"/> Menyiapkan obat    | <input type="checkbox"/> Edukasi kesehatan |
| <input type="checkbox"/> Minum obat         | <input type="checkbox"/> Lainnya, _____    |
- g. Adakah yang membantu keperluan di atas
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
- h. Apakah pasien menggunakan peralatan medis di rumah setelah keluar dari Rumah Sakit (Kateter, NGT, Double lumen, Oksigen, dll)
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
- i. Apakah menggunakan alat bantu setelah keluar dari Rumah Sakit (Tongkat, Kursi Roda, Walker, dll)
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
- j. Apakah memerlukan bantuan / perawatan khusus dirumah setelah keluar dari Rumah Sakit (Home Care, Home Visit)
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
- k. Apakah pasien bermasalah dalam memenuhi kebutuhan pribadinya setelah keluar dari Rumah Sakit (Makan, Minum, BAB, BAK, dll)
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
- l. Apakah pasien memiliki Nyeri Kronis dan Kelelahan setelah keluar dari Rumah Sakit
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
- m. Apakah pasien dan keluarga memerlukan edukasi kesehatan setelah keluar dari Rumah Sakit (Obat-obatan, Efek samping obat, Diet, Mencari pertolongan, Follow up, dll)
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_
- n. Apakah pasien dan keluarga memerlukan keterampilan khusus setelah keluar dari Rumah Sakit (Perawatan Luka, Injeksi, Perawatan Bayi, dll)
- Tidak
  - Ya, Jelaskan \_\_\_\_\_

## ASESMEN SPESIFIK

### PASIE DEWASA PENYAKIT DALAM

- a. Breaden Scale Dewasa (<18)
- b. Kondisi pasien menjalani rawat inap
  - Pasien rawat inap
  - Pasien rawat inap dalam waktu lama
- c. Pasien yang menggunakan ventilator mekanik

### PASIE DEWASA BEDAH

- a. Breaden Scale Dewasa (<18)
- b. Pasien yang menjalani operasi/pembedahan, jenis pembedahan: \_\_\_\_\_ ; jenis anestesi: \_\_\_\_\_
  - Pelaksanaan operasi lebih dari 2 jam
  - Prosedur operasi yang memanjang
  - Pasien menjalani prosedur pembedahan
- c. Situasi pasien intraoperatif
  - Pelaksanaan prosedur pembedahan yang lama
  - Terjadi kontaminasi area pembedahan
  - Trauma area pembedahan
- d. Situasi pasien postoperatif
  - Pasien dalam periode recovery
  - Pasien dalam proses waktu penyembuhan
- e. Infeksi pembedahan perioperatif

### PASIE BAYI DAN ANAK

- a. Breaden Scale Anak (<16)
- b. Kondisi bayi baru lahir
  - Bayi yang dilahirkan premature
  - BBLR (berat bayi < 1500 gram)
  - Memandikan lebih awal pada bayi baru lahir
- c. Masalah klinis pada bayi: cerebral palsy
- d. Kulit bayi tidak normal (kuning keorangean), sklera kuning, membran mukosa kuning
- e. Berhubungan dengan aktivitas menyusui bayi
  - Waktu menyusui tampak tidak memuaskan
  - Terputusnya proses menyusui dikarenakan ketidakmampuan meletakkan bayi di dada untuk menyusui
  - Ketidakpuasan atau kesulitan bagi ibu, bayi, anak terkait pengalam proses menyusui
- f. Kondisi kebiasaan makan
  - Pasien melaporkan merasa lapar
  - Makan yang maladaptif atau perilaku makan yang maladaptif
- g. Keterlambatan pengeluaran meconium
- h. Pemberian makan yang maladaptif oleh caregiver

### PASIE HAMIL - MENYUSUI DAN GINEKOLOGI

- a. Breaden Scale Dewasa (<18)
- b. Informasi umum terkait kehamilan pasien
  - Usia ibu < 15 - 17 tahun atau > 35 tahun
  - Jarak kehamilan yang terlalu dekat dengan anak sebelumnya
- c. Masalah yang biasanya terjadi pada kehamilan
  - Kehamilan yang tidak direncanakan
  - Kehamilan sebagai penyebab dari kondisi sakit pasien saat ini
- d. Kondisi klinis terkait ibu hamil
  - Anemia saat hamil
  - Komplikasi pada kehamilan
  - Menderita diabetes mellitus
- e. Kondisi maternal terkait ibu hamil, seperti infeksi yang terjadi pada ibu hamil
- f. Kondisi konginetal terkait janin yang dikandung
- g. Kondisi organ reproduksi pada ibu hamil
  - Placenta previa
  - Abruptio placenta
  - Atonia uteri
- h. Masalah yang biasanya terjadi pada proses melahirkan
  - Sakit / nyeri yang dialami ibu
  - Terjadinya kelahiran premature
- i. Masalah yang biasanya terjadi pada masa postpartum
  - Produksi ASI sedikit
  - Short nipples persisting beyond first week

## MASALAH KEPERAWATAN

### DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Diagnosis Keperawatan A
2. Diagnosis Keperawatan B
3. Diagnosis Keperawatan C
4. Diagnosis Keperawatan D
5. Diagnosis Keperawatan E
6. Diagnosis Keperawatan F
7. Diagnosis Keperawatan G
8. Diagnosis Keperawatan H
9. Diagnosis Keperawatan I
10. Diagnosis Keperawatan J

Perawat yang  
Melakukan Asesmen  
ID/name

\_jika asesmen bukan PPJA\_  
waktu pembuatan \_tanggal/jam\_\_\_\_\_

Perawat Penanggung Jawab Asuhan  
ID/name

\_\_\_\_\_ waktu pembuatan \_tanggal/jam\_\_\_\_\_

**LOGO  
RUMAH  
SAKIT**

**RS** \_\_\_\_\_  
 Alamat \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Telp. \_\_\_\_\_, Fax. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

No.RM : \_\_\_\_\_  
 Nama : \_\_\_\_\_  
 Tgl lahir: \_\_\_\_\_

**PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Perawat Penanggung Jawab Asuhan : \_\_\_\_\_  
 Supervisor Keperawatan : \_\_\_\_\_  
 Validasi Perencanaan : (tervalidasi/belum tervalidasi)

Paraf PPJA : \_\_\_\_ (manual) \_\_\_\_  
 Paraf Supervisor : \_\_\_\_ (manual) \_\_\_\_

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
Diagnosis Keperawatan terpilih (sesuai prioritas pertama)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama _____ pasien menunjukkan: <input type="radio"/> Label NOC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator a Label NOC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator b Label NOC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator c Label NOC 1 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> Label NOC 2 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator a Label NOC 2 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator b Label NOC 2 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator c Label NOC 2 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> Label NOC 3 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator a Label NOC 3 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator b Label NOC 3 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator c Label NOC 3 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> Label NOC 4 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator a Label NOC 4 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator b Label NOC 4 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator c Label NOC 4 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> dst	<input type="radio"/> Label NIC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas a Label NIC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas b Label NIC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas c Label NIC 1 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> Label NIC 2 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas a Label NIC 2 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas b Label NIC 2 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas c Label NIC 2 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> Label NIC 3 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas a Label NIC 3 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas b Label NIC 3 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas c Label NIC 3 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> Label NIC 4 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas a Label NIC 4 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas b Label NIC 4 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas c Label NIC 4 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> Label NIC 5 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas a Label NIC 5 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas b Label NIC 5 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas c Label NIC 5 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> dst

\*JIKA LEBIH DARI SATU DIAGNOSIS KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
NDx terpilih kedua (sesuai prioritas kedua)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama _____ pasien menunjukkan: <input type="radio"/> Label NOC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator a Label NOC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator b Label NOC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Indikator c Label NOC 1 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> dst	<input type="radio"/> Label NIC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas a Label NIC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas b Label NIC 1 <input checked="" type="checkbox"/> Aktivitas c Label NIC 1 <input checked="" type="checkbox"/> dst <input type="radio"/> dst

Perawat yang Membuat Perencanaan ID/name

Perawat Penanggung Jawab Asuhan ID/name

\_(jika bukan PPJA yang merencanakan waktu pembuatan)\_ tanggal/jam \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ waktu pembuatan tanggal/jam \_\_\_\_\_

**LOGO  
RUMAH  
SAKIT**

**RS** \_\_\_\_\_  
 Alamat \_\_\_\_\_  
 Telp. \_\_\_\_\_, Fax. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

No.RM : \_\_\_\_\_  
 Nama : \_\_\_\_\_  
 Tgl lahir: \_\_\_\_\_

**CATATAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Shift Pagi, tanggal __dd/mm/yy__			Shift Sore, tanggal __dd/mm/yy__			Shift Malam, tanggal __dd/mm/yy__		
Jam	Tindakan	Paraf	Jam	Tindakan	Paraf	Jam	Tindakan	Paraf
	<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst			<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst			<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst	
<b>Evaluasi Nyeri</b>			<b>Pagi</b>			<b>Sore</b>		
Skala			__(essay)_____			__(essay)_____		
Lokasi			__(essay)_____			__(essay)_____		
Sifat			__(essay)_____			__(essay)_____		
Tindakan			__(essay)_____			__(essay)_____		
Manajemen Nyeri yang Dilakukan			__(essay)_____					

Shift Pagi, tanggal __dd/mm/yy__			Shift Sore, tanggal __dd/mm/yy__			Shift Malam, tanggal __dd/mm/yy__		
Jam	Tindakan	Paraf	Jam	Tindakan	Paraf	Jam	Tindakan	Paraf
	<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst			<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst			<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst	
<b>Evaluasi Nyeri</b>			<b>Pagi</b>			<b>Sore</b>		
Skala			__(essay)_____			__(essay)_____		
Lokasi			__(essay)_____			__(essay)_____		
Sifat			__(essay)_____			__(essay)_____		
Tindakan			__(essay)_____			__(essay)_____		
Manajemen Nyeri yang Dilakukan			__(essay)_____					

Shift Pagi, tanggal __dd/mm/yy__			Shift Sore, tanggal __dd/mm/yy__			Shift Malam, tanggal __dd/mm/yy__		
Jam	Tindakan	Paraf	Jam	Tindakan	Paraf	Jam	Tindakan	Paraf
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Label NIC 1 terpilih di</li> <li>Diagnosis terpilih</li> <li>○ Label NIC 2 terpilih di</li> <li>Diagnosis terpilih</li> <li>○ Tindakan lainnya</li> <li>_____</li> <li>○ _____</li> <li>○ _____</li> <li>○ _____</li> <li>○ dst</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Label NIC 1 terpilih di</li> <li>Diagnosis terpilih</li> <li>○ Label NIC 2 terpilih di</li> <li>Diagnosis terpilih</li> <li>○ Tindakan lainnya</li> <li>_____</li> <li>○ _____</li> <li>○ _____</li> <li>○ _____</li> <li>○ dst</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Label NIC 1 terpilih di</li> <li>Diagnosis terpilih</li> <li>○ Label NIC 2 terpilih di</li> <li>Diagnosis terpilih</li> <li>○ Tindakan lainnya</li> <li>_____</li> <li>○ _____</li> <li>○ _____</li> <li>○ _____</li> <li>○ dst</li> </ul>	
<b>Evaluasi Nyeri</b>			<b>Pagi</b>		<b>Sore</b>		<b>Malam</b>	
Skala			__(essay)_____		__(essay)_____		__(essay)_____	
Lokasi			__(essay)_____		__(essay)_____		__(essay)_____	
Sifat			__(essay)_____		__(essay)_____		__(essay)_____	
Tindakan			__(essay)_____		__(essay)_____		__(essay)_____	
Manajemen Nyeri yang Dilakukan			__(essay)_____					

### Asesmen Ulang Risiko Jatuh

		Tanggal		
		__dd/mm/yy__	__dd/mm/yy__	__dd/mm/yy__
Riwayat jatuh	Kurang dari 3 bulan	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 25
	Tidak ada atau lebih dari 3 bulan	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Kondisi kesehatan	> 1 diagnosa penyakit	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
	< 1 diagnosa penyakit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Bantuan ambulasi	Berpegangan pada perabotan	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 30
	Menggunakan tongkat/penopang	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
	Tidak ada / kondisi tirah baring	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Terapi IV / Anti koagulan	Terasang infus terus menerus	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 20
	Tidak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Gaya berjalan	Kerusakan / Terganggu	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 20
	Lemah	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
	Normal / kondisi tirah baring	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Status mental	Lupa keterbatasan	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
	Sadar kemampuan diri	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Skor	0 - 24	25 - 50	≥ 51	Jumlah
Risiko	Rendah	Sedang	Tinggi	Risiko

### Tindakan Pencegahan Risiko Jatuh

Tanggal	__dd/mm/yy__	__dd/mm/yy__	__dd/mm/yy__
Tindakan Pencegahan Risiko Jatuh	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
<b>Pencegahan Umum (A)</b>	<b>Pencegahan Risiko Sedang (B)</b>		<b>Pencegahan Risiko Tinggi (C)</b>
Orientasi lingkungan Posisi <i>bed</i> rendah & terkunci <i>Side rail</i> dinaikkan (dipasang) Bel & barang pribadi dalam jangkauan Pencahayaan adekuat Edukasi pasien pencegahan jatuh	Lakukan semua tindakan (A) Memberi penanda segi tiga warna kuning pada bed/pintu/RM pasien Menawarkan bantuan ambulasi Memberi tanda identifikasi gelang warna kuning		Lakukan semua tindakan (A&B) Monitor pasien setiap 1 jam Pastikan pasien menggunakan alat bantu jalan Melibatkan keluarga untuk mengawasi pasien





**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)**

Shift / Waktu	PPA	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Instruksi	TTD
<p>Sore, 22/2/19 19.00 Wita</p>	<p>Ns. N (PPJA)</p>	<p><b>S:</b> _____ _____ _____ _____ _____</p> <p><b>O:</b> _____ _____ _____ _____ _____</p> <p><b>A:</b> _____ _____ _____ _____</p> <p><b>P:</b> _____ _____ _____ _____</p>	<p><b>Malam: Untuk PP Malam</b></p> <p>_____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>PP Siang</p> <p>Timbang terima ke PP Malam TTD</p> <p>Verifikasi</p> <p>Ns N 23/2/19 TTD</p>
<p>Malam, 23/2/19 07.00 Wita</p>		<p><b>S:</b> _____ _____ _____ _____ _____</p> <p><b>O:</b> _____ _____ _____ _____ _____</p> <p><b>A:</b> _____ _____ _____ _____</p> <p><b>P:</b> _____ _____ _____ _____</p>	<p><b>Informasi: Untuk PPJA</b></p> <p>_____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>PP Malam</p> <p>Timbang terima ke PPJA (Ns.N) TTD</p> <p>Verifikasi</p> <p>DPJP 23/2/19 TTD</p>



REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

# SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00201953853, 5 September 2019

## Pencipta

Nama : **Agianto, S.Kep., Ns., M.N.S., Ph.D., Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep., , dkk**  
Alamat : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Jl. A. Yani Km 36 Kota Banjarbaru, Banjarbaru, Kalimantan Selatan, 70714  
Kewarganegaraan : Indonesia

## Pemegang Hak Cipta

Nama : **Agianto, S.Kep., Ns., M.N.S., Ph.D., Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep., , dkk**  
Alamat : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Jl. A. Yani Km 36 Kota Banjarbaru, Banjarbaru, 12, 70714  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Jenis Ciptaan : **Karya Tulis**  
Judul Ciptaan : **Formulir Pengkajian Keperawatan Kompilasi Pola Gordon Dan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi I Tahun 2017**  
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 3 September 2019, di Banjarbaru  
Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.  
Nomor pencatatan : 000153363

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.  
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.  
NIP. 196611181994031001



**LAMPIRAN PENCIPTA**

No	Nama	Alamat
1	Agianto, S.Kep., Ns., M.N.S., Ph.D.	Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Jl. A. Yani Km 36 Kota Banjarbaru
2	Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep.	Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Jl. A. Yani Km 36 Kota Banjarbaru
3	Novi Mustahdiati Nasri, S.Kep., Ns., M.Kep.	Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Jl. A. Yani Km 36 Kota Banjarbaru

**LAMPIRAN PEMEGANG**

No	Nama	Alamat
1	Agianto, S.Kep., Ns., M.N.S., Ph.D.	Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Jl. A. Yani Km 36 Kota Banjarbaru
2	Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep.	Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Jl. A. Yani Km 36 Kota Banjarbaru
3	Novi Mustahdiati Nasri, S.Kep., Ns., M.Kep.	Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Jl. A. Yani Km 36 Kota Banjarbaru

