



Rumah Sakit
BHAKTI MULIA
Jl. Aipda KS Tubun No. 79, Jakarta 11410
Tlp. (021) 548 1625, Fax. (021) 533 1544

No. RM :
Nama : L / P
Tgl. Lahir :

PENGAJIAN AWAL KEPERAWATAN RAWAT INAP

(Formulir ini digunakan untuk pasien dewasa / usia lanjut dan Harus dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

ALERGI / REAKSI

- Tidak ada alergi
- Alergi Obat, sebutkan..... Reaksi
- Alergi makanan, sebutkan..... Reaksi
- Alergi lainnya, sebutkan..... Reaksi
- Gelang tanda alergi dipasang (warna merah) & ditulis jenis alergi
- Tidak diketahui
- Diberitahu dokter / farmasi (apoteker) / dietisien (pilih salah satu) Ya, pukul Tidak

ALASAN MASUK RS (Keluhan utama saat masuk RS)

RIWAYAT KESEHATAN / PENGOBATAN / PERAWATAN SEBELUMNYA

1. Pernah dirawat : Tidak Ya, Kapan Dimana
- Diagnosis
- Alat implant yang terpasang, sebutkan.....
2. Apakah ada riwayat dalam keluarga (ayah, ibu, kakek / nenek) memiliki penyakit mayor: Asma / DM / Cardiovascular / Kanker / Talasemia / Lain-lain sebutkan (lingkari penyakit yang sesuai)

RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- Status Psikologis : Tenang Cemas Takut Marah Sedih
 Kecendrungan bunuh diri, dilaporkan ke- Lain-lain, sebutkan

Status Mental : Sadar dan orientasi baik
 Ada masalah perilaku, sebutkan- Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya

Status Sosial : a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga : Baik Tidak baik
b. Pekerjaan pasien

Nilai dan Kepercayaan

PEMERIKSAAN FISIK

TD :/..... mmHg Nadi :x/mnt Resp :x/mnt Suhu :°C
BB : Kg TB : cm

Gastrointestinal

- Keluhan : Tidak Ya, sebutkan.....
- Pembatasan makanan, sebutkan
- Gigi palsu : Tidak Ya, gigi atas / gigi bawah (lingkari salah satu / keduanya)
- Mual Tidak Ya Muntah : Tidak Ya

Neurosensori

1. Pendengaran : Normal Tidak Normal, sebutkan.....
2. Penglihatan : Normal Tidak Normal, sebutkan.....

Eliminasi

- 1. Defekasi : Normal Tidak Normal, sebutkan
- 2. Miksi : Normal Tidak Normal, sebutkan

Obstetridan Ginekologi (khusus untuk pasien wanita)

- Hamil : Ya Tidak HPHT :
- Keluhan menstruasi :

Kulit dan Kelamin (lampirkan formulir pengkajian risiko decubitus menggunakan skala Norton)

- 1. Keadaan kulit : Normal Tidak Normal, sebutkan
- 2. Urogenitalia : Normal Tidak Normal, sebutkan
- 3. Skor Norton :/20 Resiko dekubitus : Ya Tidak
- 4. Terdapat luka : Ya
Lokasi luka / lesi lain : (berikan tanda X/ arsiran lokasi luka / lesi / edema di tubuh pasien pada gambar)
- 5. Diberitahu ke dokter : Ya, pukul Tidak



SKRINING GIZI (Berdasarkan Malnutrition Screening Tool/MST)

(Skor > 2 dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjutan oleh dietisien)

Parameter

- 1. Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?

<input type="checkbox"/> Tidak ada penurunan berat badan [0]	<input type="checkbox"/> Tidak yakin / tidak tahu / terasa baju lebih longgar [0]	Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut ? <input type="checkbox"/> 1 - 5 kg [1] <input type="checkbox"/> 6 - 10 kg [2] <input type="checkbox"/> 11 - 15 kg [3] <input type="checkbox"/> > 15 kg [4]
---	--	--

- 2. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan ?

- Tidak [0] Ya [1]

Total Skor

- 3. Pasien dengan diagnosis khusus ? Ya Tidak

(DM/Kemoterapi/Hemodialisis/Geriatri/Immunitas/lain-lain sebutkan

Sudah dibaca dan diketahui oleh Dietisien (diisi oleh Dietisien) ? Ya, pukul..... Tidak

SKRINING STATUS FUNGSIONAL

- Aktivitas dan mobilitas : Mandiri Perlu bantuan, sebutkan
- Ketergantungan total, dilaporkan ke dokter Ya, pukul Tidak

SKRINING RISIKO CEDERA / JATUH

- Tidak Ya, Lampirkan dan isi formulir penilaian jatuh pasien Dewasa / Geriatri
- Risiko sedang/tinggi : Pasang gelang risiko jatuh (kuning)
- Pasang segitiga kuning (di tempat tidur/bankar/kursi roda)
- Dilaporkan ke dokter : Ya, pukul..... Tidak

SKRINING NYERI

SKALA NYERI

Tidak ada nyeri Nyeri Akut
 Nyeri Kronis

Skalanyeri : Lokasi : Durasi : Frekuensi :

Karakteristik :

nyeri hilang bila : Minum Obat Istirahat Berubah posisi Lain-lain, sebutkan.....

Dilaporkan ke dokter Ya, pukul Tidak

KEBUTUHAN EDUKASI (dikaji pada pasien dan atau keluarga)

Kebutuhan pembelajaran pasien (pilih topik pembelajaran pada kotak yang tersedia)

- Diagnosis & Manajemen Obat-obatan Perawatan luka
 Rehabilitasi Manajemen Nyeri Diet dan Nutrisi
 Lain-lain

PERENCANAAN PULANG

1. Pasien tinggal dengan siapa ? Sendiri Anak / lain-lain, sebutkan
2. Di mana letak kamar pasien di rumah ? Lantai dasar Lantai dua / tiga /
3. Bagaimana kondisi rumah pasien ?
 Penerangan lampu terang / cukup terang / kurang (pilih salah satu)
 Kamar tidur jauh / dekat dengan kamar mandi (pilih salah satu)
 WC jongkok / duduk (pilih salah satu)
4. Bagaimana perawatan kebutuhan dasar pasien ? Mandiri Dibantu sebagian Dibantu penuh
5. Apakah pasien memerlukan alat bantu khusus ? Tidak Ya, sebutkan
6. Apa makanan pasien ? Tidak berdiet Vegetarian Diet, sebutkan
7. Apakah perlu dirujuk ke komunitas tertentu ? Tidak Ya, sebutkan

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

MASALAH KEPERAWATAN	TUJUAN TARGET TERUKUR
Tanggal,20, Pkl. Perawat yang melakukan pengkajian	Tanggal,20, Pkl. Perawat yang melakukan pengkajian
(.....)	(.....)