



LABEL PASIEN

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J. Kelamin :

Ruang / Kelas :

Tgl / Jam :

RM.03.IRI Hal. 1/2

ASESMENT AWAL RAWAT INAP ANAK

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan periksa bila sakit : ☐ beli obat warung ☐ periksa ke fasilitas kesehatan
☐ tidak / jarang diobati karena sembuh sendiri
Persepsi mengenai sakitnya : ☐ tidak tahu ☐ tahu sedikit ☐ paham

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Pemeriksaan laboratorium :

Hb : _____ gr % tgl _____
Albumin : _____ gr/dl tgl _____
Protein : _____ gr/dl tgl _____

b. Tanda-tanda klinis : ☐ pucat ☐ membrane mukosa kering
☐ conjunctiva anemis ☐ kulit : ☐ kering
☐ turgor : ☐ baik ☐ kurang ☐ jelek

c. Riwayat nutrisi : ☐ anoreksia ☐ mual ☐ muntah
Porsi makan : ☐ cukup ☐ kurang
Diet : ☐ nasi ☐ bubur kasar ☐ bubur saring ☐ sonde ☐ puasa
Jenis Diet : ☐ DM ☐ DH ☐ RGRP ☐ Lain-lain _____ Kalori : _____
☐ ASI, Frekuensi _____ x perhari
☐ ASB, Frekuensi _____ x _____ ml
Terpasang NGT : ☐ Ya ☐ tidak. Terpasang hari ke : _____
Tujuan pemasangan NGT : ☐ Pemenuhan nutrisi ☐ Cuci lambung
Jumlah minum : _____ ml/hr

3. Pola Eliminasi

BAB : _____ kali/hari
Konsistensi : ☐ cair ☐ lunak ☐ keras
Warna : ☐ merah ☐ hitam ☐ normal
Keluhan : ☐ Kembung ☐ sebah ☐ Konstipasi ☐ Diare
Peristaltik Usus : _____ kali/menit ☐ flatus
BAK : _____ kali/hari. ☐ incontinentia ☐ retensi urine ☐ disuria ☐ anuria
Jumlah : _____ ml/hari
Warna urine : ☐ jernih ☐ merah ☐ kekuningan
Terpasang Kateter : ☐ Ya ☐ tidak. Terpasang hari ke : _____

4. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

1. Waktu persalinan

BB : _____ kg PB : _____ cm LK : _____ cm LD : _____ cm
Cara Persalinan : ☐ Spontan ☐ Vacum ☐ Sectio Caesar ☐ Lain-lain _____
Penolong Persalinan : ☐ Dukun ☐ Bidan ☐ Dokter ☐ Lain-lain _____
Ketuban : ☐ pecah saat persalinan ☐ < 24 jam ☐ > 24 jam
Warna Ketuban : ☐ jernih ☐ keruh ☐ hijau
Masalah waktu persalinan : ☐ tidak ☐ ya, _____

2. Setelah Persalinan

Ibu rutin melakukan perawatan setelah persalinan : ☐ tidak ☐ ya
Masalah setelah persalinan : ☐ tidak ☐ ya, _____

3. Riwayat Persalinan

Lama Kehamilan : _____
Komplikasi : ☐ tidak ☐ ya, Jelaskan : _____
Masalah bayi : ☐ tidak ☐ ya, Jelaskan : _____
Masalah ibu : ☐ tidak ☐ ya, Jelaskan : _____

4. Riwayat tumbuh kembang

Lahir umur kehamilan : _____ bln/mg Tengkurap : _____ bl Susu formula mulai : _____ bl/th
BB anak saat lahir : _____ gr/kg Duduk : _____ bl Berjalan : _____ bl
TB anak saat lahir : _____ cm Merangkak : _____ bl Makanan : _____ bl/th
ASI sampai umur : _____ bl/th Berdiri : _____ bl

5. Reflek hisap : ☐ ya ☐ tidak, _____
6. Reflek telan : ☐ ya ☐ tidak, _____

SKRINING RISIKO JATUH

Skor Jatuh : _____ ☐ Risiko tinggi ☐ Risiko Sedang ☐ Risiko Renda

KEBUTUHAN KOMUNIKASI DAN EDUKASI

(Dikaji pada pasien dari atau keluarga)

Fungsi bicara	☐ Normal	☐ Kelainan, sebutkan.....
Bahasa sehari-hari	☐ Indonesia	☐ Daerah, sebutkan.....
	☐ Bahasa asing, sebutkan.....	
Perlu penterjemah	☐ Tidak	☐ Ya, sebutkan.....
Bahasa isyarat	☐ Tidak	☐ Ya
Hambatan belajar	☐ Fisik	☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan.....
	☐ Budaya	☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan.....
	☐ Bahasa	☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan.....
	☐ Emosi	☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan.....
Kebutuhan edukasi	☐ Pengobatan	☐ Nutrisi ☐ Tindakan Medik
	☐ Keperawatan	☐ Lain-lain

PSIKO - SOSIAL - SPIRITUAL

(Dikaji pada pasien dari atau keluarga)

Status Psikologis	☐ Tenang	☐ Takut	☐ Marah	☐ Sedih
	☐ Lain-lain :			
Status Mental	☐ Sadar dan orientasi penuh			
	☐ Ada kelainan perilaku, sebutkan.....			
	☐ Apakah ada perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya			
Status Sosial	Hubungan pasien dengan keluarga		☐ Baik	☐ Kurang baik
Pekerjaan orang tua	☐ Swasta	☐ ABRI/POLRI	☐ PNS	
	☐ Lain-lain			

Apakah memerlukan pelayanan/bimbingan rohani selama dirawat :

☐ Tidak	☐ Ya
--------------------------------	-----------------------------

Bila Ya, Rohaniwan apa yang anda butuhkan :

☐ Islam	☐ Katolik	☐ Kristen
☐ Hindu	☐ Budha	☐ Lain-lain, sebutkan.....

PERENCANAAN PULANG (DISCHARGE PLANNING)

Kriteria Discharge Planning

1. Keterbatasan mobilitas	☐ Ya	☐ Tidak
2. Perawatan atau pengobatan lanjutan	☐ Ya	☐ Tidak
3. Bantuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari	☐ Ya	☐ Tidak

Bila salah satu jawaban "Ya" dari kriteria perencanaan pulang diatas, maka akan dilanjutkan dengan perencanaan pulang sebagai berikut

☐ Perawatan diri (mandi, BAB, BAK)	☐ Pemantauan pemberian obat
☐ Bantuan medis/perawatan di rumah (home care)	☐ Pemantauan diet
☐ Bantuan untuk melakukan aktifitas fisik (kursi roda, alat bantu jalan)	☐ Perawat luka
☐ Latihan fisik lanjutan	☐ Latihan fisik lanjutan

ANALISA MASALAH KEPERAWATAN / KEBIDANAN

☐ Bersihan jalan napas tidak efektif	☐ Kerusakan pertukaran gas	☐ Pola napas tidak efektif	☐ Nyeri
☐ Penurunan curah jantung	☐ Intoleransi aktifitas	☐ Risiko Cidera	☐ Kelebihan/Kurang volume cairan
☐ Perubahan perfusi jaringan jantung paru / jaringan otak / perifer	☐ Gangguan mobilitas fisik	☐ Diare	
☐ Konstipasi	☐ Perubahan nutrisi kurang / lebih dari kebutuhan	☐ Risiko Infeksi / Sepsis	
☐ Keseimbangan cairan & elektrolit	☐ Gangguan Integritas kulit / jaringan	☐ Hipertermia / Hipotermia	
☐ Inkontinensia / Retensio urin	☐ Gangguan komunikasi verbal	☐ Kurang perawatan diri	☐ konflik peran
☐ Cemas	☐ Gangguan pola tidur	☐ Harga diri rendah	☐ Koping individu tidak efektif
☐ Menyusui kurang efektif	☐ Risiko Komplikasi Syok anafilaktik	☐ Perdarahan	☐ Risiko jatuh
☐ Diagnosa keperawatan / kebidanan : _____			

5. RENCANA KEPERAWATAN INTERDISIPLIN

Diet dan Nutrisi	:	☐ Tidak	☐ Ya, _____
Rehabilitasi Medik	:	☐ Tidak	☐ Ya, _____
Farmasi	:	☐ Tidak	☐ Ya, _____
Kerohanian	:	☐ Tidak	☐ Ya, _____
Psikologi	:	☐ Tidak	☐ Ya, _____
Lain-lain	:	☐ Tidak	☐ Ya, _____

(_____)

Tanda tangan & nama terang perawat