



(bisa ditempel dengan sticker identitas)

Tanggal : ____ / ____ / ____ Jam : ____

FASE	PENGKAJIAN PERENCANAAN PULANG	YA	TIDAK	KETERANGAN
PENGKAJIAN	Usia lanjut (Umur > 65 tahun)			Jika salah satu terpenuhi, pasien termasuk perencanaan pulang kritis (perlu perhatian khusus)
	Apakah ada hambatan mobilitas saat pemulangan			
	Apakah membutuhkan pengobatan dan perawatan lanjutan yang cukup lama			
	Apakah tergantung dengan orang lain dalam aktifitas harian			
	Apakah ada anggota keluarga yang bisa merawat setelah kembali ke rumah			
	Apakah ada masalah tempat tinggal/Lingkungan yang berkaitan dengan penyakit pasien			
	Apakah ada budaya/pola hidup pasien/keluarga yang bertentangan dengan proses penatalaksanaan penyakit			
	Apaka tersedia kendaraan yang memadai untuk pulang			
	PERENCANAAN LANJUTAN UNTUK DI RUMAH			
PERENCANAAN	☐ Informasikan tentang ko kondisi pasien saatpemulangan ☐ Edukasi tentang perawatan diri (Mandi, BAB/BAK, Oral hygiene) ☐ Edukasi tentang perawatan luka ☐ Edukasi tentang perawatan bayi ☐ Edukasi tentang pemberian obat ☐ Edukasi tentang perawatan Folly Kateter ☐ Edukasi tentang pemberian makan/minum melalui NGT / sendok / dot bayi ☐ Edukasi tentang pemenuhan nutrisi ☐ Edukasi tentang latihan gerak / Exercise ☐ Perlu dirujuk ke tim therapis / Gizi ☐ Pemeriksaan Laboratorium lanjutan ☐ Edukasi cara penggunaan alat medis dirumah ☐ Perlu home care / perawatan medis di rumah ☐ Modifkasi Lingkungan rumah ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____			
	Petugas			
	()			

FORMULIR DISCHARGE PLANNING