



Fakultas Keperawatan
Universitas
Bhakti Kencana



Nomor : 2241/03.FKP/UBK/XI/2022
Lampiran : Satu Berkas
Perihal : Permohonan Izin Studi Pendahuluan

Kepada Yth
Kepala Diklat RSU Pindad Kota Bandung
di

Tempat

Assalamu'alaikum wr.wb

Dengan Hormat,
Berkenaan dengan penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana, maka dengan ini kami memohon izin untuk melakukan studi pendahuluan kepada mahasiswa kami :

Nama : Lina Hikmawati
Nim : 191FK05035
Judul Skripsi : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asesmen Awal Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSU Pindad Bandung

Demikian, surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.
Wassalamu'alaikum wr.wb.

Bandung, 15 November 2022

Hormat Kami,
Fakultas Keperawatan
Dekan,



R. Siti Jundiah, M.Kep
NIK. 02007020132

Nomor : 0172/03.FKP/UBK/II/2023
Lampiran : Satu Berkas
Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data

Kepada Yth,
Kepala Rumah Sakit Umum Pindad Bandung
di
Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat

Berkenaan dengan penyusunan laporan tugas akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana, maka dengan ini kami memohon izin untuk melaksanakan penelitian dan pengambilan sampel data mulai tanggal Februari s/d Mei 2023 atas nama:

Nama : Lina Hikmawati
NIM : 191FK05035
Semester : VII
Judul Skripsi : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asesmen Awal Medis dan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSU Pindad Bandung

Demikian permohonan izin ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Bandung, 02 Februari 2023

Hormat Kami
Fakultas Keperawatan
Dekan,



R. Siti Jundiah, M.Kep
NIK.02007020132

Data Surat Masuk

Kategori	biasa
No Agenda	SM/57/RSU PINDAD BANDUNG/II/2023
No Surat	0172/03.FKP/UBK/II/2023
Perihal	Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data
Asal Surat	Lina Hikmawati
Tujuan Surat	RSU PINDAD BANDUNG
Tanggal Terima	09-February-2023
Tanggal Surat	02-February-2023
File Lampiran	Surat_Masuk_167592951: II 

Data Disposisi

a	Keterangan	Dis
a	Yth Kabid Keperawatan : untuk diketahui Yth. Ibu Lina Hikmawati : mohon untuk melakukan presentasi pengambilan data dan laporkan hasil penelitian melalui email : kordikrsupindad2@gmail.com	Unt Dik

SURAT - KEPUTUSAN
Nomor : Skep/22/RS/VI/2022

Tentang

**PANDUAN ASESMEN PASIEN
DI RUMAH SAKIT UMUM PINDAD**

KEPALA RUMAH SAKIT UMUM PINDAD

- Menimbang** : Bahwa dalam meningkatkan pelayanan asesmen pasien maka diperlukan Panduan Asesmen Pasien di Rumah Sakit Umum Pindad yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Kepala Rumah Sakit.
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008, tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
5. Surat Keputusan Direksi PT Pindad Medika Utama Nomor : Skep/3/PMU/II/2022 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit Umum Pindad Bandung PT Pindad Medika Utama.

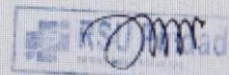
MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : **PANDUAN ASESMEN PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM PINDAD.**
- Kesatu** : Panduan Asesmen Pasien di Rumah Sakit Umum Pindad sebagaimana tercantum dalam lampiran Surat Keputusan ini.
- Kedua** : Surat Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal **ditetapkan**. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan di adakan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bandung
Pada tanggal : 25 Juni 2022

RUMAH SAKIT UMUM PINDAD
KEPALA

- Tembusan** :
1. Wakil Kepala Medis dan Pelayanan
 2. Para Ka. Instalasi
 3. Para Ka. Ruangan



ZUL KURNIAWAN

keperawatan dibubuhi nama dan tandatangan/paraf perawat pemeriksa.

25. Asesmen awal keperawatan rawat jalan dilakukan dalam kerangka waktu 10-15 menit. Apabila jumlah pasien yang berobat ke poliklinik dalam jumlah banyak, maka asesmen awal disesuaikan dengan waktu kedatangan pasien dan kondisi kegawatdaruratan pasien.
26. Asesmen awal keperawatan IGD dilakukan dalam kerangka waktu 10-15 menit. Apabila jumlah pasien yang datang ke IGD dalam jumlah banyak pada saat bersamaan, maka asesmen awal disesuaikan dengan kondisi kegawatdaruratan pasien.
27. Asesmen awal keperawatan pasien rawat inap dilakukan segera setelah pasien masuk perawatan dalam kerangka waktu 15-30 menit.
28. Asesmen ulang keperawatan rawat jalan (pengisian form asesmen keperawatan)
 - a. Untuk pasien baru : Dilakukan asesmen kembali saat pasien kontrol pertama kali. Untuk kontrol berikutnya, asesmen keperawatan menilai keluhan pasien, tanda-tanda vital, tinggi badan dan berat badan. Hasil asesmen didokumentasikan dilembar terintegrasi
 - b. Untuk pasien lama/kronis : Asesmen dilakukan setiap 30 hari saat pasien kontrol berikutnya.
 - c. Apabila pasien mendapat pelayanan lebih dari satu poliklinik, maka tiap-tiap perawat poliklinik melakukan asesmen bagiannya masing-masing
29. Asesmen ulang keperawatan rawat inap dilakukan setiap hari oleh perawat dan diulang kembali setiap shift pergantian jaga perawat. Hasil asesmen didokumentasikan dilembar integrasi, apabila ada hal-hal khusus misalnya perburukan, harus dilakukan asesmen segera dan dilaporkan kepada dokter ruangan untuk tindakan lebih lanjut.
30. Perawat memberikan pelayanan lain baik kepada pasien ataupun kepada keluarganya, diantaranya kebutuhan edukasi tentang

lengkap, sesuai form Asesmen Keperawatan dan dilakukan maksimal 24 jam sejak pasien masuk di ruang rawat inap.

- b. Asesmen ulang keperawatan pasien rawat inap dilakukan minimal 3 kali sehari di mana masing-masing shift dilakukan sekali, kecuali ada perubahan kondisi pasien. Asesmen ulang keperawatan rawat inap dilakukan sesuai Form Pelaksanaan Keperawatan.
- c. Asesmen keperawatan pasien intensif dan semi intensif dilakukan secara kontinyu, dan didokumentasikan dalam chart minimal setiap interval satu jam, sesuai Form Asesmen Perlu/Tidaknya Discharge Planning.
- d. Asesmen awal pasien meliputi kebutuhan akan adanya perencanaan untuk pemulangan pasien (*Discharge Planning*). Pada kondisi tertentu, pasien memerlukan perencanaan pemulangan sedini mungkin, demi kepentingan penanganan selanjutnya di rumah. Hal mana berhubungan dengan kelanjutan pengobatan, kepatuhan minum obat, proses rehabilitasi, dan lain sebagainya.
 - 1) Asesmen perlu/tidaknya *discharge planning* harus setidaknya meliputi : Siapa yang akan melanjutkan perawatan di rumah saat pulang nantinya.
 - 2) Bagaimana tingkat ketergantungan pasien setelah di rumah (dilihat dari jenis dan berat ringanya penyakit yang diderita).
 - 3) Pemahaman dari pasien/keluarga/ yang merawat di rumah tentang penyakit pasien dan rencana penanganan yang ada, termasuk obat-obatan yang diberikan, serta asesmen lain (pemeriksaan penunjang) yang dilakukan.
- e. Hasil akhir asesmen cukup didokumentasikan sebagai Perlu/Tidak Perlu *Discharge Planning*.
- f. Instruksi pelatihan maupun edukasi yang diperlukan, termasuk perencanaan transportasi didiskusikan oleh dokter maupun perawat dengan keluarga/pengampu/penanggung jawab pasien.

LEMBAR CHEKLIS

KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASSESMENT AWAL MEDIS DAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSU PINDAD

1. Asesmen Awal Medis

Cara Pengisian :

- a. Pengisian Menggunakan Checklist (√)
- b. Pengisian lengkap jika isi formulir diisi secara lengkap sesuai dengan pedoman tertulis

No	Materi	Lengkap	
		L	TL
1	Identitas		
2	Jam dan tanggal pengambilan data		
3	Keluhan Utama		
4	Riwayat Penyakit sekarang		
5	Riwayat Penyakit Dahulu		
6	Riwayat Penyakit Keluarga		
7	Status Generalis		
8	Diagnosa Banding		
9	Diagnosis		
10	Hasil Pemeriksaan Penunjang		

11	Rencana terapi dan tindakan		
12	Rencana asuhan Terpadu		
13	Rencana Kepulangan Pasien		
14	Nama dan TTD		

2. Asesmen awal Keperawatan

No	Materi	Lengkap	
		L	TL
1	Keadaan Umum		
2	Penilaian Fisik		
3	Penilaian Resiko Jatuh		
4	Skrining Nutrisi		
5	Data Sosial, ekonomi dan Fungsional		
6	Data Kesehatan Pasien		
7	Riwayat Psikologis dan Spiritual		
8	Skrining Tingkat Nyeri		
9	Skrining Faktor Resiko Pasien Pulang		
10	Rencana Pulang		
11	Masalah Keperawatan		
12	Rencana Keperawatan		
13	Nama dan TTD		

Keterangan :

L : Lengkap TL : Tidak Lengkap

ASESMEN AWAL KEPERAWATAN																											
Ruang Rawat:		Tanggal / Jam Masuk:		Cara Masuk: ☐ Jalan ☐ Kursi Roda ☐ Brankar ☐																							
KEADAAN UMUM		Sistem Tubuh		PENILAIAN FISIK																							
Kesadaran:		Persarafan:		☐ Normal ☐ Paralisis ☐ ☐ Normal ☐ Batuk ☐																							
GCS: E M V		Pernapasan:		☐ Normal ☐ Nyeri Dada ☐ ☐ Normal ☐ Nyeri Tekan ☐																							
Tekanan darah mmHg:		Kardiovaskular:		☐ Normal ☐ Sulit/Diare ☐ ☐ Normal ☐ Gangguan ☐																							
Frekuensi Nadi: x / mnt		Pencernaan:		☐ Normal ☐ Nyeri CVA ☐ ☐ Normal ☐ Retensio ☐																							
Suhu: ° C		Defekasi:		☐ Normal ☐ Dislokasi ☐ ☐ Normal ☐																							
Frekuensi Nafas: x / mnt		Endokrin:		☐ Normal ☐ + / - * ☐ ☐ Normal ☐																							
Berat badan: kg		Perkemihan:		☐ Normal ☐ Tuli ☐ ☐ Normal ☐																							
Tinggi Badan: cm		Miksi:		☐ Normal ☐ Baal ☐ ☐ Normal ☐																							
IMT: kg/m ²		Muskuloskeletal:		☐ Normal ☐ ☐ Normal ☐																							
RUMUS IMT: Berat Badan (kg) / (Tinggi Badan (m)) ²		Integumen:		☐ Normal ☐ ☐ Normal ☐																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>IMT</th> <th>Status Gizi</th> <th>Kategori</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 17.0</td> <td>Gizi Buruk</td> <td>Sangat Kurus</td> </tr> <tr> <td>17.0 - 18.5</td> <td>Gizi Kurang</td> <td>Kurus</td> </tr> <tr> <td>18.5 - 25.0</td> <td>Gizi Baik</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>25.0 - 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Overweight</td> </tr> <tr> <td>> 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Obesitas</td> </tr> </tbody> </table>		IMT	Status Gizi	Kategori	< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus	17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus	18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal	25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight	> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas	Panca Indera:		☐ Normal ☐ ☐ Normal ☐					
IMT	Status Gizi	Kategori																									
< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus																									
17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus																									
18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal																									
25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight																									
> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas																									
RUMUS IMT: Berat Badan (kg) / (Tinggi Badan (m)) ²		Penglihatan:		☐ Normal ☐ ☐ Normal ☐																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>IMT</th> <th>Status Gizi</th> <th>Kategori</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 17.0</td> <td>Gizi Buruk</td> <td>Sangat Kurus</td> </tr> <tr> <td>17.0 - 18.5</td> <td>Gizi Kurang</td> <td>Kurus</td> </tr> <tr> <td>18.5 - 25.0</td> <td>Gizi Baik</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>25.0 - 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Overweight</td> </tr> <tr> <td>> 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Obesitas</td> </tr> </tbody> </table>		IMT	Status Gizi	Kategori	< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus	17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus	18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal	25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight	> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas	Penciuman:		☐ Normal ☐ ☐ Normal ☐					
IMT	Status Gizi	Kategori																									
< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus																									
17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus																									
18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal																									
25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight																									
> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>IMT</th> <th>Status Gizi</th> <th>Kategori</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 17.0</td> <td>Gizi Buruk</td> <td>Sangat Kurus</td> </tr> <tr> <td>17.0 - 18.5</td> <td>Gizi Kurang</td> <td>Kurus</td> </tr> <tr> <td>18.5 - 25.0</td> <td>Gizi Baik</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>25.0 - 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Overweight</td> </tr> <tr> <td>> 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Obesitas</td> </tr> </tbody> </table>		IMT	Status Gizi	Kategori	< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus	17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus	18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal	25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight	> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas	Pendengaran:		☐ Normal ☐ ☐ Normal ☐					
IMT	Status Gizi	Kategori																									
< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus																									
17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus																									
18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal																									
25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight																									
> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>IMT</th> <th>Status Gizi</th> <th>Kategori</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 17.0</td> <td>Gizi Buruk</td> <td>Sangat Kurus</td> </tr> <tr> <td>17.0 - 18.5</td> <td>Gizi Kurang</td> <td>Kurus</td> </tr> <tr> <td>18.5 - 25.0</td> <td>Gizi Baik</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>25.0 - 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Overweight</td> </tr> <tr> <td>> 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Obesitas</td> </tr> </tbody> </table>		IMT	Status Gizi	Kategori	< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus	17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus	18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal	25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight	> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas	Pengecap:		☐ Normal ☐ ☐ Normal ☐					
IMT	Status Gizi	Kategori																									
< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus																									
17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus																									
18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal																									
25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight																									
> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>IMT</th> <th>Status Gizi</th> <th>Kategori</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 17.0</td> <td>Gizi Buruk</td> <td>Sangat Kurus</td> </tr> <tr> <td>17.0 - 18.5</td> <td>Gizi Kurang</td> <td>Kurus</td> </tr> <tr> <td>18.5 - 25.0</td> <td>Gizi Baik</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>25.0 - 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Overweight</td> </tr> <tr> <td>> 27.0</td> <td>Gizi Lebih</td> <td>Obesitas</td> </tr> </tbody> </table>		IMT	Status Gizi	Kategori	< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus	17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus	18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal	25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight	> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas	Peraba:		☐ Normal ☐ ☐ Normal ☐					
IMT	Status Gizi	Kategori																									
< 17.0	Gizi Buruk	Sangat Kurus																									
17.0 - 18.5	Gizi Kurang	Kurus																									
18.5 - 25.0	Gizi Baik	Normal																									
25.0 - 27.0	Gizi Lebih	Overweight																									
> 27.0	Gizi Lebih	Obesitas																									
PENILAIAN RISIKO JATUH PADA ORANG DEWASA				SKRINING NUTRISI																							
SKALA MORSE				DEWASA (MST)																							
Informasi Risiko Jatuh		Ket	Skor	No	Parameter	Skor																					
Rwayat jatuh dalam waktu 3 bulan sebab apapun		Ya	25	1	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak direncanakan	0																					
		Tidak	0		- Tidak (tidak terjadi penurunan dalam 6 bulan terakhir)		0																				
Mempunyai diagnosis sekunder		Ya	15		- Tidak yakin (tanyakan apakah baju/celana terasa longgar)		2																				
		Tidak	0		- Ya, berapa penurunan berat badan tersebut?		1																				
Bed Rest / dibantu suster		Ya	0		1-5 kg		2																				
Menggunakan alat bantu: Kruk / Tongkat / Kursi Roda		Ya	15	2	Apakah asupan makanan pasien buruk akibat nafsu makan yang menurun *) misal makanan hanya habis 1/3 dari biasanya	Tidak	0																				
		Tidak	0		6-10 kg	2																					
Berpegangan pada meja kursi (furniture)		Ya	30		11-15 kg	3																					
		Ya	30		>15 kg	4																					
		Ya	30		Tidak yakin	2																					
Terpasang Infus		Ya	20	3	Apakah ada penyakit atau keadaan yang mengakibatkan pasien beresiko malnutrisi	Tidak	0																				
		Tidak	0		Ya	1																					
Normal / Bed Rest / Imobilisasi		Ya	0		Total:																						
		Ya	10		Skor risiko malnutrisi: 0 - 1 = risiko rendah (7 hari skrining ulang), 2-3 = risiko sedang (asesmen lanjutan oleh dietisien), 4-5 = tinggi (rujuk ke Tim terapi Gizi untuk terapi gizi)																						
Lemah		Ya	20		Ket: lingkari skor yang sesuai hasil pemeriksaan, ☐ beri tanda ✓																						
Ada gangguan berjalan		Ya	20	Sudah dibaca oleh dietisien: ☐ Tidak ☐ Ya, jam..... WIB																							
Status mental: Orientasi baik		Ya	0	Nama:																							
Disorientasi		Ya	20	Paraf:																							
Jumlah Skor																											
Keterangan: lingkari skor yang sesuai hasil pemeriksaan Kriteria: penilaian hasil MORSE Bila jumlah skor 0-24: Risiko Jatuh Rendah Bila jumlah skor 25-44: Risiko Jatuh Sedang Bila jumlah skor >44: Risiko Jatuh Tinggi																											
Kategori Penyakit yang mempengaruhi Skoring Nutrisi																											
Penyakit berat pada dewasa																											
Diabetes Mellitus		Sirosis hepatitis		Pneumonia		Patah Tulang Pinggul																					
Penyakit Ginjal Kronik		PPOK		Luka Bakar		Penggunaan Ventilator																					
Penyakit Ginjal Kronis dengan HD		Stroke		Cedera Kepala Berat		Penyakit Kritis																					
		HIV		Bedah Digestif																							
DATA SOSIAL, EKONOMI DAN FUNGSIONAL																											
Cara Pembayaran	☐ Umum	☐ BPJS	☐ Kontraktor	☐ Asuransi																							
Tinggal dengan siapa	☐ Orangtua	☐ Suami / Istri	☐ Sendiri	☐ Anak																							
	☐	☐	☐	☐																							
Alat Bantu Diri	☐ Tidak Ada	☐ Alat Bantu Dengar	☐ Kacamata	☐ Implant																							
	☐ Gigi Palsu	☐ Kawat Gigi	☐ Tongkat	☐																							

Beri tanda checklist (✓) pada yang sesuai (...), isi sesuai hasil pemeriksaan

ASESMEN AWAL KEPERAWATAN									
Ruang Rawat:		Tanggal / Jam Masuk:		Cara Masuk: ☐ Jalan ☐ Kursi Roda ☐ Brankar ☐					
KEADAAN UMUM		Sistem Tubuh		PENILAIAN FISIK					
Kesadaran:		Persarafan:		: ☐ Normal ☐ Paralisis		: ☐ Normal ☐ Batuk			
GCS: E M V		Pemapasan:		: ☐ Normal ☐ Nyeri Dada		: ☐ Normal ☐ Nyeri Tekan			
Tekanan darah mmHg:		Kardiovaskular:		: ☐ Normal ☐ Sulit/Diare		: ☐ Normal ☐ Gangguan			
Frekuensi Nadi: x / mnt		Pencernaan:		: ☐ Normal ☐ Nyeri CVA		: ☐ Normal ☐ Retensio			
Suhu: °C		Defekasi:		: ☐ Normal ☐ Tuli		: ☐ Normal ☐ Dislokasi			
Frekuensi Nafas: x / mnt		Endokrin:		: ☐ Normal ☐ Baal		: ☐ Normal ☐ Baal			
Berat badan: kg		Perkemihan:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
Tinggi Badan: cm		Miksi:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
IMT: kg/m ²		Muskuloskeletal:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
RUMUS IMT: Berat Badan (kg) / [Tinggi Badan (m)] ²		Integumen:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
IMT		Panca Indera:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
< 17.0		Penglihatan:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
17.0 - 18.5		Penciuman:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
18.5 - 25.0		Pendengaran:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
25.0 - 27.0		Pengecap:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
> 27.0		Peraba:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
Kategori		Peraba:		: ☐ Normal ☐ + / - *		: ☐ Normal ☐ + / - *			
< 17.0		Gizi Buruk		Sangat Kurus					
17.0 - 18.5		Gizi Kurang		Kurus					
18.5 - 25.0		Gizi Baik		Normal					
25.0 - 27.0		Gizi Lebih		Overweight					
> 27.0		Gizi Lebih		Obesitas					
PENILAIAN RISIKO JATUH PADA ORANG DEWASA				SKRINING NUTRISI					
SKALA MORSE				DEWASA (MST)					
Informasi Risiko Jatuh			Ket	Skor	No	Parameter	Skor		
Riwayat jatuh dalam waktu 3 bulan sebab apapun			Ya	25	1	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak direncanakan			
			Tidak	0		- Tidak (tidak terjadi penurunan dalam 6 bulan terakhir)	0		
Mempunyai diagnosis sekunder			Ya	15		- Tidak yakin (tanyakan apakah baju/celana terasa longgar)	2		
			Tidak	0		- Ya, berapa penurunan berat badan tersebut?			
Bed Rest / dibantu suster			Ya	0		1-5 kg	1		
						6-10 kg	2		
Menggunakan alat bantu: Kruk / Tongkat / Kursi Roda			Ya	15					
Berpegangan pada meja kursi (furniture)			Ya	30					
Terpasang Infus			Ya	20	2	Apakah asupan makanan pasien buruk akibat nafsu makan yang menurun *) misal makanan hanya habis 1/3 dari biasanya)	Tidak	0	
			Tidak	0		Ya	1		
Normal / Bed Rest / Imobilisasi			Ya	0	3	Apakah ada penyakit atau keadaan yang mengakibatkan pasien beresiko malnutrisi	Tidak		
						Ya			
Lemah			Ya	10		Total:			
Ada gangguan berjalan			Ya	20	Skor risiko malnutrisi: 0 - 1 = risiko rendah (7 hari skrining ulang), 2-3 = risiko sedang (asesmen lanjutan oleh dietisien), 4-5 = tinggi (rujuk ke Tim terapi Gizi untuk terapi gizi)				
Status mental: Orientasi baik			Ya	0	Ket: lingkari skor yang sesuai hasil pemeriksaan, ☐ beri tanda ✓				
Disorientasi			Ya	20	Sudah dibaca oleh dietisien: ☐ Tidak ☐ Ya, jam..... WIB				
Jumlah Skor					Nama: Paraf:				
Keterangan: lingkari skor yang sesuai hasil pemeriksaan									
Kriteria: penilaian hasil MORSE									
Bila jumlah skor 0-24: Risiko Jatuh Rendah									
Bila jumlah skor 25-44: Risiko Jatuh Sedang									
Bila jumlah skor >44: Risiko Jatuh Tinggi									
Kategori Penyakit yang mempengaruhi Skoring Nutrisi									
Penyakit berat pada dewasa									
Diabetes Mellitus		Sirosis hepatitis		Pneumonia		Patah Tulang Pinggul			
Penyakit Ginjal Kronik		PPOK		Luka Bakar		Penggunaan Ventilator			
Penyakit Ginjal Kronis dengan HD		Stroke		Cedera Kepala Berat		Penyakit Kritis			
		HIV		Bedah Digestif					
DATA SOSIAL, EKONOMI DAN FUNGSIONAL									
Cara Pembayaran		☐ Umum ☐ BPJS		☐ Kontraktor		☐ Asuransi			
Tinggal dengan siapa		☐ Orangtua ☐ Suami / Istri		☐ Sendiri		☐ Anak			
		☐ ☐		☐ ☐		☐ ☐			
Alat Bantu Diri		☐ Tidak Ada ☐ Alat Bantu Dengar		☐ Kacamata		☐ Implant			
		☐ Gigi Palsu ☐ Kawat Gigi		☐ Tongkat		☐			

Beri tanda checklist (✓) pada yang sesuai (....) isi sesuai hasil pemeriksaan

Unit
Nama
Jenis Kelamin
Tanggal Lahir
Mohon diisi atau tempelan stiker jika ada

RM
12

ASESMEN AWAL MEDIS DAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP

DATA KESEHATAN PASIEN

Riwayat penyakit dahulu : ☐ DM ☐ Hepatitis ☐ Stroke ☐ Ginjal ☐ Hipertensi
☐ Jantung ☐ TBC ☐ Keganasan ☐

Riwayat Operasi :

Obat yang digunakan saat ini : ☐ Ada, isi rekonsiliasi obat ☐ Tidak

Apakah ada terapi komplementer : ☐ Jamu / Herbal ☐ Acupuncture ☐ Pijat / massage ☐

Riwayat Alergi : ☐ Ada, jenis Reaksi ☐ Tidak

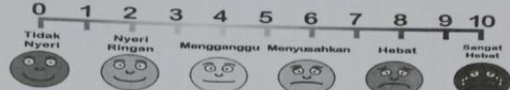
Kebiasaan sehari-hari di rumah : ☐ Merokok : ☐ Tidak ☐ Ya Batang/hari
☐ Alkohol : ☐ Tidak ☐ Ya Botol/hari
Obat tidur / narkoba : ☐ Tidak ☐ Ya
Olahraga : ☐ Tidak ☐ Ya

RIWAYAT PSIKOLOGIS & SPIRITUAL

☐ Agama ☐ Rasa tertekan ☐ Depresi ☐ Sulit tidur ☐ Menggunakan obat penenang
☐ kurang nafsu makan ☐ Sulit konsentrasi ☐ Sulit Bicara ☐ Ibadah: Mandiri / dibantu
☐ Merasa bersalah ☐ Tidak semangat ☐ Cepat lelah ☐ Keyakinan tentang penyakit: Ujian / guna-guna

SKRINING TINGKAT NYERI

Apakah terdapat keluhan nyeri: ☐ Tidak ☐ Ya

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tidak Nyeri Ringan Mengganggu Menyakitkan Hebat Sangat Hebat


SKRINING FAKTOR RISIKO PASIEN PULANG

Rencana tanggal pasien pulang: apakah pasien / keluarga tahu rencana pulangny: ☐ Ya ☐ Tidak

Faktor Risiko Pasien Pulang	Ya	Tidak	Keterangan
1. Faktor Risiko Pasien Pulang			
2. Apakah mereka khawatir ketika kembali ke rumah?			
3. Apakah pasien dirumah ada yang merawat?			
4. Bagaimana jenis tempat tinggal pasien?			☐ Rumah ☐ Kost ☐ Apartement
5. Apakah tempat tinggal ada tangga?			
6. Apakah pasien memiliki tanggungjawab memelihara anak / keluarga atau peliharaan?			
7. Apakah ketika pulang masih ada perawatan lanjutan yang harus dilakukan dirumah? (rawat luka dll)			
8. Apakah pasien pulang dengan jumlah obat lebih dari 6 jenis / macam obat?			
9. Apakah pasien mengajukan permohonan untuk pendampingan dari rumah sakit?			
10. Bagaimana transportasi pasien untuk pulang?			

Kriteria Discharge Planning:

1. Umur > 65	☐ Ya ☐ Tidak
2. Keterbatasan Mobilitas	☐ Ya ☐ Tidak
3. Perawatan atau pengobatan lanjutan	☐ Ya ☐ Tidak
4. Bantuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari	☐ Ya ☐ Tidak

RENCANA PULANG (DISCHARGE PLANNING)

Bila salah satu jawaban Ya dari kriteria perencanaan pulang di atas, maka akan diajukan dengan perencanaan pulang sbb:

☐ Perawatan diri (mandi, BAB, BAK):
☐ Perawatan pemberian obat:
☐ Pemantauan Diet:
☐ Perawatan Luka:
☐ Latihan fisik lanjutan:
☐ Pendampingan tenaga khusus di rumah:
☐ Bantuan untuk melakukan aktifitas fisik (kursi roda alat bantu)
☐
☐

Beri tanda checklist (✓) pada yang sesuai (....) isi sesuai hasil pemeriksaan

RM 12.3/Rev_Jan '20

Masalah Keperawatan:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Rencana Perawatan:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.

Yang melakukan Kajian
Tanggal & Jam selesai pengkajian:
/..... WIB

Perawat

(.....)
Nama terang dan tanda tangan

Beri tanda checklist (√) pada yang sesuai (....) Isi sesuai hasil pemeriksaan

RM 12.4/Rev_Jan '20

RIWAYAT HIDUP



BIODATA

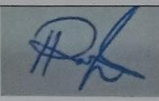
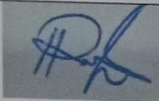
Nama : Lina Hikmawati
NIM : 191FK05035
Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 05 Oktober 1980
Alamat : KP. Permata Sindangpanon Blok E2 no. 14 desa.
Sindangpanon, Kecamatan Banjaran, Kabupaten
Bandung

Pendidikan

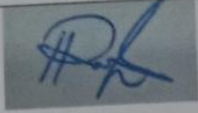
1. SDN Neglasari IV : Tahun 1987 - 1993
2. SMPN 19 Bandung : Tahun 1993 - 1996
3. SPK Depkes Bandung : Tahun 1996 -1999
4. Akper Bhakti Kencana Bandung : Tahun 2006-2008

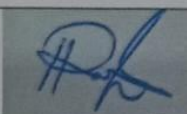
CATATAN BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Lina Hikmawati
NIM : 191FK05035
Judul Skripsi : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi
Assesmen Awal Medis dan Keperawatan Di
Ruang Rawat Inap RSUD Pindad Bandung.
Pembimbing Utama : Raihany S.M., S.Kep., Ners, M. Kep.

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Kamis/ 27 oktober 2022	- Judul penelitian Kelengkapan dokumentasi assesmen awal keperawatan di ruang rawat inap RSUD Pindad Bandung - Pengecekan judul di perpustakaan - Membuat Bab 1-4 proposal penelitian	
2	Selasa/ 8 Nopember 2022	- Sumber pustaka dalam pendahuluan di cantumkan - Tambahkan jurnal penelitian sebelumnya ttg kelengkapan dok. -Data tahun berapa? Bagaimana dgn	

	kelengkapan dokumentasi diagnosa intervensi-evaluasi nya? Bandingkan data kelengkapan dok. Di ranap ata rajal? Sumber? -Kenapa hanya di ruangan peny. Dalam saja? Data di 1 ruangan? Jelaskan dampak yang sudah terjadi di rs pindad krn pendokumentasian assesmen awal tidak lengkap? Apa yg sudah dilakukan oleh rs untuk meningkatkan ketercapaian kelengkapan dokumentasi di rs? -Tidak perlu ada tujuan khusus -Data diambil 3 bulan -Jelaskan novelty penelitian -Tambahkan teori dokumentasi assesmen awal keperawatan, dampak dan pentingnya -Tambahkan retrospektif -Tidak perlu ada hipotesis -Tambahkan Kode lengkap dan tidak lengkap -Rumus distribusi dan interpretasi data	
--	---	--

3	Jumat/11 Nopember 2022	-Definisi Operasional tambahkan dokumentasi dan gunakan Bahasa yang lebih aplikatif sesuai dengan yang diteliti -Jelaskan teknik sampling yang akan digunakan -Bulatkan sampel menjadi 334 -Respect autonomy tidak perlu -Tambahkan point uji validitas dan reliabilitas : -Jelaskan instrumen menggunakan lembar observasi yg disesuaikan dgn sop assesment.... Dari rs. -Tambahkan Bagaimana cara peneliti mengambil dokumentasi di rm 334. Di ruang ranap mana saja? -Interpretasi data tidak perlu menggunakan table -Tambahkan lampiran2 -Buat lembar persetujuan Sidang UP -Lengkapi daftar isi dan Kata Pengantar	
---	------------------------------	--	---

4	Senin/14 Nopember 2022	-Lengkapi surat stupen -Lembar persetujuan UP disimpan setelah Cover lihat panduan -Bimbingan ke pembimbing 2	
5	Selasa/15 Nopember 2022	-Lengkapi draft Proposal, Lengkapi surat izin Stupen, ACC Sidang UP	
6	27 Februari 2023	- Perbaiki proposal sesuai arahan penguji 1 dan 2 - Konfirmasi instrument untuk uji etik - lakukan penelitian - hasil penelitian dan pembahasan	
7	7 Maret 2023	- Tulisan proposal diganti skripsi - Tambahkan Uji validitas dan reliabilitas - Tambahkan teori interpretasi distribusi frekuensi - Pembahasan lebih sistematis - sesuaikan dengan tujuan pendahuluan - Lengkapi lampiran	

8	27 Maret 2023	- Tambahkan teori uji validitas dan reliabilitas, uji konten dan uji konstruk - Tambahkan teori interpretasi data - Pembahasan dimulai dari hasil penelitian dengan presentase besar, penelitian pendukung, isi penelitian, Analisa peneliti - perbaiki kesimpulan sesuai tujuan penelitian	
9,	30 Maret 2023	lengkapi lampiran ABSTRAK : IMRAD ACC daftar sidang skripsi	

CATATAN BIMBINGAN SKRIPSI

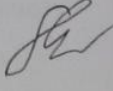
Nama Mahasiswa : Lina Hikmawati

NIM : 191FK05035

Judul Skripsi : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi
Assesmen Awal Medis Dan Keperawatan
Di Ruang Rawat Inap RSUD Pindad
Bandung.

Pembimbing Pendamping : Susan Irawan, S.Kep., Ners, MAN.

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	
1	Selasa/15 Nopember 2022	-Perbaiki margin atas 4 cm -Perbaiki huruf dalam Daftar Isi - berapa rekam medis yang bisa di evaluasi dalam 1 hari ?		
2	Selasa/15 Nopember 2022	Kerangka konsep tidak perlu - Cara menentukan sampelnya seperti apa?		

3	Selasa/15 Nopember 2022	berapa rekam medis yang bisa di evaluasi dalam 1 hari ?		
4	Selasa/15 Nopember 2022	-Lanjutkan Daftar Sidang UP - Catatan Bimbingan dipisah pembimbing 1 dan 2		
5	Kamis/22 Februari 2023	- Tabel di hasil penelitian table 5.1 - Table yang lain di lampiran - Hasil penelitian terlalu umum - Jelaskan dampak dan hasil penelitian yang lain - Penyebab tidak lengkap di bahas setiap point - Keterbatasan tidak perlu di cantumkan - Simpulan di singkat terlalu panjang		
6	7 Maret 2023	- Pebaiki penulisan sesuai pedoman - lengkapi lampiran		

Kelengkapan Dokumentasi Asesmen Medis Rawat Inap RSUD Pindad

Desember 2022

No	Materi	Jumlah Sampel	Kategori			
			Lengkap	%	Tidak Lengkap	%
1	Identitas	119	118	99,2%	1	0,8 %
2	Jam dan tanggal pengambilan data	119	116	97,5%	3	2,5%
3	Keluhan Utama	119	119	100%	0	0%
4	Riwayat Penyakit sekarang	119	119	100%	0	0%
5	Riwayat Penyakit Dahulu	119	118	99,2%	1	0,8%
6	Riwayat Penyakit Keluarga	119	118	99,2%	1	0,8%
7	Status Generalis	119	113	95%	6	5%
8	Diagnosa Banding	119	115	96,6%	4	3,4%
9	Diagnosis	119	119	100%	0	0%
10	Hasil Pemeriksaan Penunjang	119	115	96,6%	4	3,4%
11	Rencana terapi dan tindakan	119	117	98,3%	2	1,7%
12	Rencana asuhan Terpadu	119	117	98,7%	2	1,7%
13	Rencana Kepulangan Pasien	119	102	85,7%	17	14,3%
14	Nama dan TTD	119	108	90,8%	11	9,2%

Kelengkapan Dokumentasi assesmen Awal Keperawatan Rawat Inap RSUD Pindad
Desember 2022

No	Materi	Jumlah Sampel	Kategori			
			Lengkap	%	Tidak Lengkap	%
1	Identitas	119	119	100%	0	0%
2	Keadaan Umum	119	110	92,4 %	9	7,6%
3	Penilaian Fisik	119	119	100%	0	0%
4	Penilaian Resiko Jatuh	119	119	100%	0	0%
5	Skrining Nutrisi	119	113	95%	6	5%
6	Data Sosial, ekonomi dan Fungsional	119	118	99,2 %	1	0,8%
7	Data Kesehatan Pasien	119	118	99,2 %	1	0,8%
8	Riwayat Psikologis dan Spiritual	119	108	90,8 %	9	7,6%
9	Skrining Tingkat Nyeri	119	117	98,3 %	2	1,7%
10	Skrining Faktor Resiko Pasien Pulang	119	117	98,3 %	2	1,7%

				%		
11	Rencana Pulang	119	117	98,3 %	2	1,7%
12	Masalah Keperawatan	119	119	100%	0	0%
13	Rencana Keperawatan	119	119	100%	0	0%
14	Nama dan TTD	119	119	100%	0	0%

lina

ORIGINALITY REPORT

23%
SIMILARITY INDEX

23%
INTERNET SOURCES

5%
PUBLICATIONS

7%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.unhas.ac.id Internet Source	5%
2	repository.ucb.ac.id Internet Source	2%
3	scholar.unand.ac.id Internet Source	2%
4	www.scribd.com Internet Source	1%
5	pdfcoffee.com Internet Source	1%
6	aepnurulhidayat.wordpress.com Internet Source	1%
7	jha.mutupelayanankesehatan.net Internet Source	1%
8	repo.stikmuhptk.ac.id Internet Source	1%
9	ejournal.undip.ac.id Internet Source	1%

Frequencies

Notes

Output Created		15-FEB-2023 10:53:21
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	119
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=X1.1 X1.2 X1.3 X1.4 X1.5 X1.6 X1.7 X1.8 X1.9 X1.10 X1.11 X1.12 X1.13 X1.14 X2.1 X2.2 X2.3 X2.4 X2.5 X2.6 X2.7 X2.8 X2.9 X2.10 X2.11 X2.12 X2.13 X2.14 /ORDER=ANALYSIS .
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02

Statistics

		X1. 1	X1. 2	X1. 3	X1. 4	X1. 5	X1. 6	X1. 7
N	Valid	119	119	119	119	119	119	119
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		X1. 8	X1. 9	X1. 10	X1. 11	X1. 12	X1. 13	X1. 14
N	Valid	119	119	119	119	119	119	119
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		X2. 1	X2. 2	X2. 3	X2. 4	X2. 5	X2. 6	X2. 7
N	Valid	119	119	119	119	119	119	119
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics								
		X2.8	X2.9	X2.10	X2.11	X2.12	X2.13	X2.14
N	Valid	119	119	119	119	119	119	119
	Mis sing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

X1.1					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	118	99.2	99.2	99.2
	2	1	.8	.8	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.2					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	116	97.5	97.5	97.5
	2	3	2.5	2.5	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.3					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	119	100.0	100.0	100.0

X1.4					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	119	100.0	100.0	100.0

X1.5					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	118	99.2	99.2	99.2
	2	1	.8	.8	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.6					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	118	99.2	99.2	99.2
	2	1	.8	.8	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.7					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	113	95.0	95.0	95.0
	2	6	5.0	5.0	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.8					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	115	96.6	96.6	96.6
	2	4	3.4	3.4	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.9				
	Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	119	100.0	100.0	100.0

X1.10					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	115	96.6	96.6	96.6
	2	4	3.4	3.4	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.11				
	Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	117	98.3	98.3
	2	2	1.7	100.0
	Total	119	100.0	100.0

X1.12					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	117	98.3	98.3	98.3
	2	2	1.7	1.7	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.13					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	102	85.7	85.7	85.7
	2	17	14.3	14.3	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X1.14					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	108	90.8	90.8	90.8
	2	11	9.2	9.2	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.1					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	119	100.0	100.0	100.0

X2.2					
		Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	110	92.4	92.4	92.4
	2	9	7.6	7.6	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.3					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	119	100.0	100.0	100.0

X2.4					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	119	100.0	100.0	100.0

X2.5					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	113	95.0	95.0	95.0
	2	6	5.0	5.0	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.6					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	118	99.2	99.2	99.2
	2	1	.8	.8	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.7					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	118	99.2	99.2	99.2
	2	1	.8	.8	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.8					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	108	90.8	90.8	90.8
	2	9	7.6	7.6	98.3
	8	2	1.7	1.7	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.9					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	117	98.3	98.3	98.3
	2	2	1.7	1.7	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.10					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	117	98.3	98.3	98.3
	2	2	1.7	1.7	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.11					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	117	98.3	98.3	98.3
	2	2	1.7	1.7	100.0
	Total	119	100.0	100.0	

X2.12					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	119	100.0	100.0	100.0

X2.13					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	119	100.0	100.0	100.0

X2.14					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	119	100.0	100.0	100.0

