



Jl. Raya Bungursari No. 36 Purwakarta  
Telp. 0264 - 8 222222 Fax. 0264 - 8 222 221

No. Rekam Medis : 581067  
Nama Pasien : NURHAYATI,NY  
Tanggal Lahir : 14-Aug-1991  
Perusahaan : Jenis Kelamin : P

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : L / P

(Bisa ditempel dengan stiker identitas)

POLI	Tanggal / Jam Kunjungan : .....  <b>Anamnesa (Autoanamnesa/Alloanamnesa), hubungan .....</b>
<input type="checkbox"/> Penyakit Dalam <input type="checkbox"/> Bedah <input type="checkbox"/> Obgyn <input type="checkbox"/> Anak	<b>Keluahan Utama :</b> <i>relax tulus</i>
<input type="checkbox"/> Paru <input type="checkbox"/> THT <input type="checkbox"/> Mata <input type="checkbox"/> Rehab Medik <input type="checkbox"/> Bedah Mulut <input type="checkbox"/> Endokrin <input type="checkbox"/> Kulit & Kelamin	<b>Perjalanan Penyakit Sekarang :</b> <i>Bayar</i>
<input type="checkbox"/> Urologi <input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Gigi	<b>Riwayat penyakit dahulu :</b> <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Diabetes Melitus <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Ginjal <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Keganasan <input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan : .....

Pernah dirawat sebelumnya:  Tidak       Ya, Kapan : .....  
Dimana : .....

Apakah dengan sakit yang sama :  Tidak       Ya  
(Readmission)

Riwayat Operasi : .....

Riwayat penyakit keluarga       Tidak ada       Diabetes Melitus       Hepatitis       Stroke  
 Ginjal       Hipertensi       TBC       Jantung  
 Keganasan       Lain-lain sebutkan : .....

#### Alergi Obat dan Reaksi Efek Samping Obat :

Nama Obat	Reaksi	Tanggal / Tahun
1. <i>(circle)</i>		
2.		
3.		
4.		

#### Riwayat Obat yang diminum / Obat Rutin

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

(yang bergaris bawah diisi oleh dokter)

PENGKAJIAN AWAL RAWAT JALAN THT



**RADJAKHOSPITAL**  
(drf : RSU.MH. Thamrin) PURWAKARTA  
Jl. Raya Bungursari No. 36 Purwakarta  
Telp. 0264 - 8 222222 Fax. 0264 - 8 222 22

Nomor RM :

Nama : .....

Tanggal Lahir: .....

Jenis Kelamin : L / P

(Bisa ditempel dengan stiker identitas)

#### **SKRINING RESIKO JATUH (METODE MORSE)**

## **SKRINING KEMAMPUAN FUNGSIONAL (INDEKS BARTHEL)**

No	Parameter	Nilai	Skor	No	Aktivitas yang dinilai	0	5	10
1	Apakah ada Riwayat Jatuh dalam waktu 3 bulan sebab apapun	Ya	25	1	Makan			
2	Apakah mempunyai penyakit penyerta (Diagnisis sukunder)	Ya	15	2	Berubah sikap dari berbaring ke duduk / dari kursi roda ke bed			
3	Alat Bantu Berjalan :			3	Mandi			
	- Dibantu Suster / Tidak menggunakan alat bantu	Ya	0	4	Berpakaian			
	- Menggunakan Alat bantu : Kruk / Tongkat, Kursin Roda	Ya	15	5	Membersihkan Diri			
	- Merambat dengan berpegangan pada meja, kursi (furniture)	Ya	30	6	Berpindah / berjalan			
4	Apakah Terpasang Infus/Pemberian antikoagulan (Heparin)/ Obat lain yang mempunyai efek samping risiko jatuh	Ya	20	7	Toileting (Masuk keluar toilet sendiri)			
5	Kondisi untuk melakukan gerakan berpindah/Mobilisasi			8	Naik turun tangga			
6	Bagaimana Status Mental			9	Mengendalikan buang air kecil			
	- Normal / Bed Rest / Immobilisasi	Ya	9	10	Mengendalikan buang air besar			
	- Lemah	Ya	10	20	Jumlah Skor			
	- Ada Keterbatasan Berjalan	Ya						
	Total Jumlah Skor							
	- Menyadari kelemahannya	Ya	0	Nilai 0 : bila pasien tidak dapat melakukan				
	- Tidak menyadari kelemahannya	Ya	15	Nilai 5 : bila pasien dibantu untuk melakukannya				
Jumlah Skor :					Nilai 10 : bila pasien mandiri			

**Jumlah Skor :**

Nilai 10 : bila pasien mandiri

#### **Interpretasi :**

#### **Interpretasi :**

0-24 : Tidak beresiko

## 0 - 20 : Ketergantungan total

25-44 : Resiko rendah

21-99 : Ketergantungan sebagian (Ringan, Sedang)

$\geq 45$  : Resiko tinggi

100 : Mandiri

SKRINING RISIKO JATUH ANAK (HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Score
Umur	Dibawah 3 tahun	4
	3 - 6 tahun	3
	7 - 12 tahun	2
	≤13 tahun	1
Jenis Kelamin	Laki-laki	2
	Perempuan	1
Diagnosis	Diagnosa penyakit syaraf	4
	Perubahan dalam oksigen (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, pingsan/ sakit kepala dll)	3
	Kelainan psikis/perilaku	2
	Diagnosis lain	1
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan	3
	Lupa keterbatasan	2
	Mengetahui kemampuan diri	1
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh dari TT saat bayi - anak	4
	Pasien menggunakan alat bantu atau tempat tidur bayi/box	3
	Pasien berada di tempat tidur	2
	Pasien diluar ruang rawat	1
Respon terhadap operasi /obat penenang// efek anestesi	Dalam 24 jam	3
	Dalam 48 jam	2
	> 48 jam / tidak ada respon	1
Penggunaan Obat	Bermacam-macam obat yang digunakan, obat sedative (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis ) Hipnotik, barbiturate, fenotiazin, antidepresen, laksan/ diuretika, narkotik	3
	Memakai salah satu dari jenis obat diatas	2
	Obat-obatan lain /tidak ada penggunaan obat diatas	1
<b>TOTAL</b>		



Nomor RM :

Nama : .....

Tanggal Lahir : .....

Jenis Kelamin : L / P

(Bisa ditempel dengan stiker identitas)

#### PENGKAJIAN KEPERAWATAN (MASALAH)

- Aktual/Risiko bersihan jalan nafas tidak efektif
- Aktual/Risiko pola nafas tidak efektif
- Aktual/Risiko gangguan pertukaran nafas
- Aktual/Risiko gangguan sirkulasi
- Aktual/Risiko gangguan perfusi jaringan cerebral
- Aktual/Risiko gangguan keseimbangan cairan
- Aktual/Risiko gangguan integritas kulit
- Aktual/Risiko Cemas/Takut
- Risiko Penyebaran Toksik
- Risiko Cidera/Jatuh
- Nyeri
- .....
- .....
- .....

#### RENCANA KEPERAWATAN

#### TERAPI :

Infus : .....

Injeksi : .....

Suppositoria : .....

Oral : .....

#### TINDAK LANJUT :

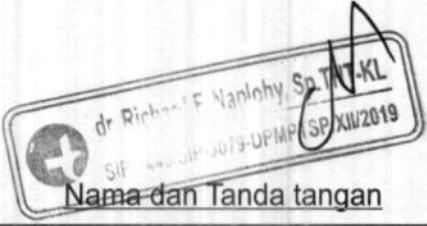
1. Pulang
2. Rawat inap
3. Dirujuk ke : .....

Atas dasar :  Tempat penuh

Perlu fasilitas yang baik

Permintaan pasien

#### YANG MELAKUKAN PENGKAJIAN

Tanggal dan Jam : <u>2x/10/2019</u>	Tanggal dan Jam :
Dokter	Perawat
 dr. Richard F. Vanlohy, Sp.THT-KL <small>SIF 2019-JULY-UPMP SP XII/2019</small> Nama dan Tanda tangan	Nama dan Tanda tangan

**PENGKAJIAN AWAL RAWAT JALAN THT**