**RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu RM. 01 RAWAT JALAN**

**Badan Layanan Umum Daerah**

**Nomor MR**

**Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 - 52006 Fax. (0736) 52007**

**PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN DAN MEDIS**

**RAWAT JALAN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nama : | Kelamin | Umur | Tempat Tanggal Lahir | | |
| Alamat : | Status Perkawinan | | Pekerjaan | Agama | Suku Bangsa |
| Nama Keluarga / Teman Terdekat | Alamat | | Hub. Keluarga | | |
| Nama Ayah : | Nama Ibu : | | Mulai Tgl. Berobat | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tanggal :  Jam Pasien Datang : | | | Sumber Data :  **□** Pasien  **□** Keluarga, **□** Lainnya : ............... | | | | | | | | | Rujukan :  **□** Tidak  **□** Ya, **□** RS : ....... **□** Puskesmas **□** Dokter  Diagnosa Rujukan : ........ | | |
| **POLIKLINIK**  **□** Obgyn  **□** Obgyn Onkologi  **□** Peny Dalam  **□** Anak  **□** Bedah  **□** Bedah Onkologi  **□** Bedah Syaraf  **□** Syaraf  **□** Jantung  **□** THT  **□** Mata  **□** Urologi  **□** Paru  **□** Gigi  **□** Prostodonsia  **□** Orthodonsia  **□** Endodonsia  **□** Jiwa  **□** Geriatri  **□** Anestesi  **□** Kemoterapi  **□** Tumbang  **□** Gastroenterohehepatologi  **□** Ortopedi  **□** Kulit  **□** Balita  **□** TBMDR  **□** Gizi  **□** Fisioterapi  **□** Hemodialisa | 1. **PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN** 2. **KELUHAN UTAMA :** | | | | | | | | | | |  | | |
| 1. **PEMERIKSAAN FISIK**   BB : ............. kg  TD : ............. mmHg | | | | | | TB  Nadi | | : ....................... cm  : ........................ x/menit P : x/menit Suhu : ............OC | | | | | |
| 1. **RIWAYAT PSIKOSOSIAL, KULTURAL DAN SPIRITUAL** 2. Status Psikologi   **□** Cemas **□** Takut **□** Sedih   1. Status Sosial   Hubungan pasien dengan anggota keluarga : ( ) Tidak Baik ( ) Baik  Kerabat terdekat yang dapat dihubungi :  Nama : ......................................... Hubungan : ............................ Telepon : ..............................   1. Kultur / Budaya   **□** Serawai **□** Rejang **□** Palembang **□** Jawa **□** Sunda **□** Batak **□** Lainnya .................   1. Spiritual   Agama : **□** Islam **□** Katolik **□** Protestan **□** Hindu **□** Budha **□** Konghucu **□** Lainnya ........   1. **STATUS EKONOMI**   **□** Asuransi **□** Jaminan **□** Biaya Sendiri **□** Lainnya Sebutkan : ............................................   1. **RIWAYAT KESEHATAN** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Riwayat Penyakit Lalu  * Pernah Dirawat * Pernah Dioperasi * Masih Dalam Pengobatan | | | | | | | : **□** Tidak **□** Ya, Penyakit .....................................................  : **□** Tidak **□** Ya, Diagnosa ............... Kapan .......... Di ........  : **□** Tidak **□** Ya, Jenis Operasi ............... Kapan ....... ........  : **□** Tidak **□** Ya, Obat ........................................................... | | | | | | |
| 1. Riwayat Penyakit Keluarga :   **□** Tidak **□** Ya **□** Hipertensi, **□** Jantung, **□** Paru, **□** DM, **□** Ginjal, **□** Lainnya ..................) | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **RIWAYAT ALERGI**   **□** Tidak **□** Ya : **□** Obat ....................... **□** Makanan ........................ **□** Lainnya .......................... | | | | | | | | | | | | | |
| Reaksi : ........................ | | | | | | | | | | |  | | |
| 1. **SKALA NYERI**   **Nyeri jADI.jpg**  1-3 : Nyeri Ringan, Analgetik  4-7 : Nyeri Sedang, Perlu Analgetik Injeksi  8-10 : Nyeri Berat, Konsul Tim Nyeri | | | | | | | | | | | | | |
|  | **□** Nyeri Kronis,  **□** Nyeri Akut, | | | | Lokasi : ........................  Lokasi : ........................ | | | | | | Frekuensi : ....................  Frekuensi : .................... | | Durasi : ...................  Durasi : ................... | |
| **□** Score Nyeri (0-10)  Nyeri Hilang  **□** Minum Obat **□** Istirahat **□** Mendengarkan Musik **□** Berubah Posisi  **□** Lainnya Sebutkan ......................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **RISIKO CIDERA / JATUH (TIME UP AND GO)** 2. Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi ?   Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan) | | | | | | | | | | | | | |
| **□** Tidak | | | **□** Ya | | | | | | | | | | |
| 1. Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang ? | | | | | | | | | | | | | |
| **□** Tidak  Hasil : | | | **□** Ya  **□** Tidak Beresiko (tidak ditemukan a dan b)  **□** Resiko Tinggi (a dan b ditemukan)  **□** Resiko Rendah (ditemukan a atau b) | | | | | | | | | | |
| Diberitahukan ke Dokter **□** Tidak **□** Ya, Jam : ............................................ | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **STATUS FUNGSIONAL**   Aktivitas dan Mobilitas **□** Mandiri **□** Perlu Bantuan, Sebutkan .............................................  Alat Bantu Jalan, Sebutkan ...............................................................................................................   1. **NUTRISI**   **SKRINING Gizi (berdasarkan Malnutrisi Screening Tools / MST)**  (Lingkari Skor sesuai dengan jawaban, Total Skor adalah jumlah skor yang dilingkari) | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **No** | **Parameter** | **Skor** | | 1 | Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir |  | |  | 1. Tidak penurunan berat badan | 0 | |  | 1. Tidak yakin / tidak tahu / terasa baju longgar | 2 | |  | 1. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut |  | |  | 1 - 5 KG | 1 | |  | 8 - 10 KG | 2 | |  | 11 - 15 KG | 3 | |  | * 15 KG | 4 | |  | Tidak yakin penurunannya | 2 | | 2 | Apakah asupan makan berkurang karena berkurangnya nafsu makan ? |  | |  | 1. Tidak | 0 | |  | 1. Ya | 1 | |  |  | + | |  | **Total Skor** |  | | 3 | Pasien dengan Diagnosis Khusus : **□** Tidak **□** Ya **□** DM **□** Ginjal **□** Hati **□** Paru  **□** Stroke **□** Kanker **□** Penurunan Imunitas **□** Geriatri **□** Jantung  **□** Lain-lain | |   Bila skor >2 dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjut oleh tim terapi gizi  Sudah Dilaporkan ke Tim Gizi : ( ) Tidak ( ) Ya, Tanggal dan Jam : ........................................   1. **KEBUTUHAN KOMUNIKASI DAN EDUKASI**   Terdapat hambatan dalam pembelajaran : | | | | | | | | | | | | | |
|  | **□** Tidak **□** Ya, jika Ya : | | | | **□** Pendengaran **□** Penglihatan **□** Kognitif **□** Fisik  **□** Budaya **□** Emosi **□** Bahasa **□** Lainnya ................... | | | | | | | | |
|  | Dibutuhkan penerjemah : **□** Tidak **□** Ya, Sebutkan ............ bahasa isyarat : **□** Tidak **□** Ya  Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia) | | | | | | | | | | | | |
|  | **□** Diagnosa dan manajemen penyakit  **□** Tindakan keperawatan .................... | | | | | | | | **□** Obat-obatan / terapi  **□** Rehabilitasi | | | | **□** Diet dan nutrisi  **□** Manajemen nyeri |
| **□** Lain-lain, sebutkan .............................................................................. | | | | | | | | | | | | | |

**RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu RM. 01 Lanjutan RAWAT JALAN**

**Badan Layanan Umum Daerah**

**No. MR :**

**Nama Lengkap :**

**Tanggal Lahir :**

**NIK :**

**Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007**

**PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN DAN MEDIS**

**RAWAT JALAN**

**(Harus dilengkapi 2 jam setelah pasien berobat dipoli rawat jalan)**

**( ) Non Kronis : 1 bulan ( ) Kronis : 3 bulan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN** | | | | | | |  |  | | |  | |
| **□** Nyeri Akut / Kronis  **□** Hipertermi  **□** Nausia  **□** Gangguan Eliminasi | | | | **□** Bersihan Jalan Napas tidak Efektif  **□** Pola Napas tidak Efektif  **□** Resiko Ketidakseimbangan Cairan dan Elektrolit  **□** Gangguan Mobilitas Fisik | | | | | | | **□** Gangguan Integritas Kulit  **□** Risiko / Defisit Nutrsi  **□** Ansietas  **□** Lainnya ...................................... | |
| **□** Gangguan pertumbuhan / perkembangan | | | | | | |  | | | |  | |
| 1. **RENCANA KEPERAWATAN** | | | | | | |  |  | | |  | |
| **□** Monitor Tanda Vital  **□** Perawatan Luka  **□** Lainnya .................... | | | | **□** Ajarkan Manajemen Nyeri  **□** Ajarkan Nafas Dalam dan Batuk Efektf  **□** Lainnya .................... | | | | | | | **□** Timbang BB / Ukur TB  **□** Lainnya .................... | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
| 1. **DATA MEDIS** | | | | | | |  | | | |  | |
| Berikan Tanda (√) pada Kolom yang Anda Anggap Masuk | | | | | | | | | | | | |
| Tanggal berobat di ruang poliklinik : .................................................... Jam : ...................... WIB | | | | | | | | | | | | |
| **Anamnesa : □ Auto anamnesa □ Alo anamnesa** | | | | | | | | | | | | |
| Keluhan Utama  Riwayat Penyakit Sekarang  Riwayat Penyakit Dahulu  Riwayat Penyakit Keluarga | | | : .....................................................................................................................................  .....................................................................................................................................  : .....................................................................................................................................  .....................................................................................................................................  : .....................................................................................................................................  .....................................................................................................................................  : .....................................................................................................................................  ..................................................................................................................................... | | | | | | | | | |
| Riwayat Pengobatan (termasuk obat yang sedang dikonsumsi)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | No | Nama Obat | Dosis | Lama Penggunaan | | 1  2  3  4 |  |  |  |   [ | | | | | | | | | | | | |
| Riwayat Alergi : | **□** Tidak ada  **□** Ada, sebutkan : | | | | 1. .................................................................................................................... 2. .................................................................................................................... 3. .................................................................................................................... | | | | | | | |
| **PEMERIKSAAN FISIK** | | | | | | | | | | | | |
| Status Generalis  Keadaan Umum  Keadaan Gizi | | **□** Baik  **□** Baik | | | | **□** Sedang  **□** Sedang | | | **□** Kurang  **□** Kurang | | | **□** Buruk  **□** Buruk |
| OCS  Tekanan Darah  Suhu  Berat Badan | | : E ............... M ............... V ...............  : ............... mmHg  : ............... OC  : ............... Kg | | | | | | | | Nadi .............................. x / menit  Pernafasan .................... x / menit  Tinggi badan ................. cm | | |
| |  |  | | --- | --- | | Kepala |  | | Leher |  | | Thoraks |  | | Abdomen |  | | Urogenitalia |  | | Extremitas |  | | Status Lokalis |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS LOKALIS**   |  | | --- | |  |   **PEMERIKSAAN PENUNJANG**   |  | | --- | |  |   **DAFTAR MASALAH MEDIS PRIORITAS**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **NO** | **MASALAH / DIAGNOSA MEDIS** | **TATA LAKSANA MEDIS** | |  |  |  |   **RENCANA TINDAK LANJUT**  **□** Masuk Rumah Sakit **□** Rujuk .......................................... **□** Kontrol Ulang   |  |  | | --- | --- | | Dokter Pemeriksa  (.................................................)  Nama Jelas dan Tanda Tangan | Perawat yang Melakukan Pengkajian  (.................................................)  Nama Jelas dan Tanda Tangan | | Tanggal & Jam Pengkajian Selesai Dilengkapi **:** |  | | | | | | | | | | | | | |

**RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu RM.04 RAWAT JALAN**

**Badan Layanan Umum Daerah**

**No. MR :**

**Nama Lengkap :**

**Tanggal Lahir :**

**NIK :**

**Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007**

**POLIKLINIK :**

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TANGGAL/**  **JAM** | **PROFESI** | **HASIL PEMERIKSAAN, ANALISIS, RENCANA PENATALAKSANAAN PASIEN**  **(Dituliskan dengan format SOAP/ADIME, Disertai dengan Targer yang terukur, Evaluasi Hasil Tatalaksana dituliskan dalam Asessment. Harap Bubuhkan Stampel Nama, dan Paraf Setiap Akhir Catatan)** | **Instruksi Tenaga Kesehatan Termasuk Pasca Bedah/Prosudur**  **(Instruksi Ditulis dengan Rinci dan Jelas)** | **VERIFIKASI DPJP**  **(Bubuhkan Stempel Nama, Paraf, Tgl, Jam)**  **(DPJP Harus membaca seluruh rencana perawatan)** |
|  |  |  |  |  |

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI RAWAT JALAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TANGGAL/**  **JAM** | **PROFESI** | **HASIL PEMERIKSAAN, ANALISIS, RENCANA PENATALAKSANAAN PASIEN**  **(Dituliskan dengan format SOAP/ADIME, Disertai dengan Targer yang terukur, Evaluasi Hasil Tatalaksana dituliskan dalam Asessment. Harap Bubuhkan Stampel Nama, dan Paraf Setiap Akhir Catatan)** | **Instruksi Tenaga Kesehatan Termasuk Pasca Bedah/Prosudur**  **(Instruksi Ditulis dengan Rinci dan Jelas)** | **VERIFIKASI DPJP**  **(Bubuhkan Stempel Nama, Paraf, Tgl, Jam)**  **(DPJP Harus membaca seluruh rencana perawatan)** |
|  |  |  |  |  |