



**RUMAH SAKIT
SARI ASIH**

Nama :
Tanggal Lahir :
No RM :
NIK :

ASESMEN AWAL RAWAT JALAN OBSTETRI

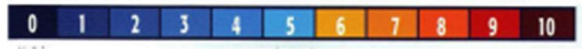
Keluhan Utama : Riwayat Penyakit Sekarang: Riwayat Penyakit Dahulu:	Riwayat Pengobatan/Operasi/Observasi: Riwayat Penyakit Keluarga: Riwayat Alergi :																		
RIWAYAT OBSTETRI Riwayat Menstruasi Usia Menarche : Thn lamanya haid:.... Hari Jumlah darah haid HPHT : Riwayat Kehamilan yang sekarang: Hamil muda : <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain : TT I Hamil Tua : <input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Sakit Kepala <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain : TT II Gerakan Bayi Pertama : Tanda Bahaya dan penyulit kehamilan :	SKRINING AIRBONE DISEASE <input type="checkbox"/> Gejala Pernafasan <input type="checkbox"/> Erupsi kulit/Eritema <input type="checkbox"/> Demam (>37,5° C) <input type="checkbox"/> Riwayat Kontak <input type="checkbox"/> Riwayat dari Daerah Endemik Riwayat Keluarga Berencana Metoda KB yang pernah dipakai : Lama : Komplikasi / keluhan dari KB : Riwayat Ginekologi <input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> Infeksi virus <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> Polip Serviks <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan																		
RIWAYAT KEHAMILAN , PERSALINAN DAN NIFAS YANG LALU P :..... A..... Hidup :																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">N O</th> <th style="width: 15%;">Bulan Partus</th> <th style="width: 15%;">Tempat Partus</th> <th style="width: 15%;">Umur Hamil</th> <th style="width: 15%;">Jenis Persalinan</th> <th style="width: 15%;">Penolong Persalinan</th> <th style="width: 10%;">Penyulit</th> <th style="width: 10%;">Anak JK/BB</th> <th style="width: 10%;">Keadaan anak sekarang</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		N O	Bulan Partus	Tempat Partus	Umur Hamil	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit	Anak JK/BB	Keadaan anak sekarang									
N O	Bulan Partus	Tempat Partus	Umur Hamil	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit	Anak JK/BB	Keadaan anak sekarang											
STATUS PSIKOLOGI <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Depresi <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Suka Berkelahi <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Membahayakan Diri Sendiri atau Orang Lain <input type="checkbox"/> Kecenderungan Bunuh Diri Tidak ada masalah STATUS KULTURAL (BUDAYA) <input type="checkbox"/> Hal-hal yang berkaitan dengan agama, budaya, keyakinan atau kepercayaan (makanan, bahasa, dll) STATUS SPIRITUAL Pasien Muslim : Kemampuan beribadah Wajib beribadah: <input type="checkbox"/> Baligh <input type="checkbox"/> Belum baligh <input type="checkbox"/> Halangan lain Taharoh : <input type="checkbox"/> Berwudlu <input type="checkbox"/> Tayamum Sholat : <input type="checkbox"/> Berdiri <input type="checkbox"/> Duduk <input type="checkbox"/> Berbaring Pasien Non Muslim :	PEMERIKSAAN FISIK																		

STATUS SOSIAL EKONOMI

Status Pernikahan : ☐ Single ☐ Menikah ____ kali ☐ Berceraai ☐ Janda/Duda ☐ Lain-lain
 Pendidikan terakhir : ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ Akademi ☐ Sarjana ☐ Lain-lain
 Pekerjaan : ☐ PNS ☐ Swasta ☐ TNI/POLRI ☐ Tidak Bekerja ☐ Lain-lain
 Tinggal Bersama : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ Sendiri ☐ Lain-lain
 Nama No Telp :
 Agama : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katholik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lain-lain

PEMERIKSAAN FISIK UMUM:

Kesadaran : Keadaan Umum: Tinggi Badan : Berat Badan :
 Tekanan darah: Pernafasan : Tinggi Fundus : Lingkar Perut :
 Nadi : Suhu : Lain – Lain :

SKALA NYERI :

Tidak Nyeri nyeri ringan nyeri yang mengganggu nyeri yang menyusahkan nyeri berat sangat nyeri

RISIKO JATUH

Risiko Jatuh Dewasa
☐ Ringan 0 - 24 ☐ Sedang 25 - 44 ☐ Berat > 45
 Risiko Jatuh geriatri
☐ Risiko Rendah 1-3 ☐ Risiko Tinggi ≥ 4
 Risiko Jatuh Anak
☐ Risiko Rendah 7 – 11 ☐ Risiko Tinggi ≥ 12

SKRINING RESIKO JATUH

☐ Ya, Kapan ☐ Tidak

STATUS KRITERIA RISIKO NUTRISIONAL (MALNUTRISION SCREENING TOOL/ MST)

Apakah pasien mengalami penurunan BB dalam 6 bulan terakhir ?

☐ Tidak (skor 0) ☐ Tidak yakin / tidak tahu / baju terasa lebih longgar (skor 2)

Jika ya, berapa penurunan BB tersebut ? ☐ 1-5 kg (skor 1) ☐ 6-10 kg (skor 2) ☐ 11-15 kg (skor 3) ☐ 15 kg (skor 4)

Apakah asupan makan kurang karena tidak nafsu makan ? ☐ Tidak (skor 0) ☐ Ya (skor 1)

Total skor =

Apakah pasien mempunyai diagnose khusus : ☐ Tidak ☐ Ya

(DM/CKD/Haemodialisa/Kanker/Hipertensi/Penurunan Imunitas)

STATUS FUNGSIONAL

☐ Mandiri ☐ Perlu Bantuan , Sebutkan ☐ Ketergantungan total

PEMERIKSAAN PENUNJANG**MASALAH KESEHATAN****MASALAH KEPERAWATAN /KEBIDANAN****RENCANA KEPERAWATAN/KEBIDANAN (TARGET TERUKUR):****DIAGNOSIS KERJA & DIAGNOSIS BANDING****RENCANA (TINDAKAN, TERAPI , DLL):****EDUKASI KELUARGA : (Termasuk Motivasi Kesembuhan)**

Pasien / Keluarga

(.....)

PERENCANAAN PASIEN PULANG /DISCHARGE PLANNING (Untuk Rawat Inap)

Dokter/ DPJP

Perawat/Bidan

(.....)

(.....)

