



**RUMAH SAKIT  
SARI ASIH**

Nama :  
Tanggal Lahir :  
No RM :  
NIK :

### ASESMEN SPIRITUAL ULANG PASIEN RAWAT INAP

A. IDENTITAS PASIEN			
Ruang :		Tanggal :	
Sumber data : <input type="checkbox"/> Pasien		Keluarga Pasien	
B. ANAMNESIS KONDISI PASIEN			
Penerimaan Kondisi Sakit Pernyataan Pasien		Ibadah Sholat Pernyataan Pasien	
<input type="checkbox"/>	Menerima	<input type="checkbox"/>	Tidak menerima
<input type="checkbox"/>	Tabah	<input type="checkbox"/>	Sedih
<input type="checkbox"/>	Sabar	<input type="checkbox"/>	mengeluh
Pernyataan Keluarga		Pernyataan Keluarga	
<input type="checkbox"/>	Menerima	<input type="checkbox"/>	Tidak menerima
<input type="checkbox"/>	Tabah	<input type="checkbox"/>	Sedih
<input type="checkbox"/>	Sabar	<input type="checkbox"/>	mengeluh
Ekspresi		Pernyataan Keluarga	
<input type="checkbox"/>	Senyum	<input type="checkbox"/>	Sedih
<input type="checkbox"/>	Mengikuti nasihat	<input type="checkbox"/>	Menolak nasihat
<input type="checkbox"/>	Semangat	<input type="checkbox"/>	Marah
<input type="checkbox"/>	Pasrah	<input type="checkbox"/>	cemas
Penilaian		Penilaian	
<input type="checkbox"/>	Positif	<input type="checkbox"/>	Negatif
Kesimpulan :			