

RM 2.b

Nama :

Tanggal Lahir :

No RM :

NIK :

**ASESMEN AWAL RAWAT JALAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KELUHAN UTAMA :**  **RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG:**  **RIWAYAT PENYAKIT DAHULU:** | | **RIWAYAT PENGOBATAN/OPERASI/OBSERVASI:**  **RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA:**  **RIWAYAT ALERGI :** | | |
| **SKRINING *AIRBONE DISEASE***  Gejala Pernapasan Erupsi kulit/Eritema  Demam (>37,50 C) Riwayat Kontak  Riwayat dari Daerah Endemik | | |
| **STATUS PSIKOLOGI**  Marah Cemas Depresi Gelisah Takut Kecenderungan Bunuh Diri  Suka Berkelahi Membahayakan Diri Sendiri atau Orang Lain Tidak ada masalah Lain-lain | | | | |
| **STATUS SOSIAL EKONOMI**  Status Pernikahan : Single Menikah \_\_\_\_ kali Bercerai 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  v | | | | |
| **STATUS KULTURAL (BUDAYA)**  Hal-hal yang berkaitan dengan agama, budaya, keyakinan atau kepercayaan (makanan, bahasa,dll) ……………………….……………..……………….. | | | **PEMERIKSAAN FISIK KHUSUS (GIGI, UMUM, SPESIALIS):** | |
| **STATUS SPIRITUAL**  Pasien Muslim : Kemampuan beribadah  Wajib beribadah: Baligh Belum baligh Halangan lain    Thaharoh : Berwudlu Tayamum …………  Sholat : Berdiri Duduk Berbaring  Pasien Non Muslim : …………………………………..  …………………………………… | | |
| **PEMERIKSAAN FISIK UMUM:**   |  |  | | --- | --- | | Kesadaran : …….. | Keadaan Umum ….......... | | Tekanan darah:……… | Pernafasan : ………. | | Nadi : ……… | Suhu :………… | | Tinggi Badan : ………. | Berat Badan : ……….. | | Lingkar Kepala:……… | Lingkar Perut : ……….. | | | |
| **Skala Nyeri : …………**    Tidak nyeri nyeri yang nyeri yang nyeri sangat  Nyeri ringan mengganggu menyusahkan berat nyeri | | **SKRINING RISIKO JATUH**  Ya Tidak  **RISIKO JATUH**   |  | | --- | | Risiko Jatuh Dewasa  Ringan 0 - 24 Sedang 25 - 44 Berat > 45  Risiko Jatuh geriatri  Risiko Rendah 1-3 Risiko Tinggi > 4 | | | |
| **STATUS KRITERIA RISIKO NUTRISIONAL (MALNUTRISION SCREENING TOOL / MST)**  Apakah pasien mengalami penurunan BB dalam 6 bulan terakhir ?  Tidak (skor O) Tidak yakin *I* tidak tahu *I* 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 lmunitas ) | | | | |
| **STATUS FUNGSIONAL**  Mandiri Perlu Bantuan , Sebutkan ………………….  Ketergantungan total | | | | |
| **PEMERIKSAAN PENUNJANG** | | | | |
| **MASALAH KESEHATAN** | **MASALAH KEPERAWATAN** | | | **RENCANA KEPERAWATAN/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)** | | | | |
| **……….., ……/……/……. Jam**   |  |  | | --- | --- | | Dokter/ DPJP  (.………………………………….) | Perawat  (.…………………………………….) | | | | | |