

RM 2.c

Nama :

Tanggal Lahir :

No RM :

NIK :

**ASESMEN AWAL RAWAT JALAN ANAK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KELUHAN UTAMA :**  **RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG:**  **RIWAYAT PENYAKIT DAHULU:** | | **RIWAYAT PENGOBATAN/OPERASI:**  **RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA:**  **RIWAYAT ALERGI :** | |
| **SKRINING *AIRBORNE DISEASE***  Gejala Pernafasan 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 ………..... | | Suhu :…………. | Tekanan Darah : ………… | | Nadi : ………… | Pernafasan : …………… | | Tinggi Badan : …... | Berat Badan : ……..….... | | Lingkar Kepala:…… | Lingkar Perut : ………… | | Lingkar Lengan : | Lingkar Kepala: | | |
| **RIWAYAT IMUNISASI**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | BCG |  |  |  |  |  | | Hep B I | Hep B II | Hep B III |  |  |  | | Polio Nol | Polio I | Polio II | Polio III | Polio IV | Polio V | | DPT I | DPT II | DPT III | DPT IV | DPT V |  | | Campak | MMR | HiB | ……. |  |  | | | | |
| **RIWAYAT TUMBUH KEMBANG ANAK** | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | □Senyum \_\_\_\_\_ bulan | □Tengkurap \_\_\_\_\_\_ bulan | □Duduk \_\_\_\_\_\_\_ bulan | □Merangkak \_\_\_\_\_\_\_ bulan | | □Berdiri \_\_\_\_\_\_ bulan | □Berjalan \_\_\_\_\_\_\_ bulan | □Bicara \_\_\_\_\_\_ bulan | □Sekolah \_\_\_\_\_\_\_\_ tahun | | | | |
| **SKALA NYERI : …………**    Tidak nyeri nyeri yang nyeri yang nyeri sangat  Nyeri ringan mengganggu menyusahkan berat nyeri | | **RESIKO JATUH**   |  | | --- | | Resiko Jatuh Anak  Resiko Rendah 7 – 11  Resiko Tinggi > 12 | | |
| **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  (.…………………………………….) | | | | |