

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sultan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J. Kelamin :
--	---

RM.10.P

ASSESSMENT PASIEN
MENJELANG AKHIR HAYAT

Ruang / Kelas :/.....

NO	TANDA-TANDA KLINIS PASIEN AKHIR HAYAT	TANDA (J)	
		ADA	TIDAK
1.	Respon Fisik		
	a. Pernapasan : sesak napas / pernapasan cuping hidung / periode apnea / sianosis		
	b. Pencernaan : mual / muntah / asam lambung berlebihan		
	c. Sirkulasi : akral dingin / lembab / capillary refill > 2 detik		
	d. Eliminasi Urine : inkontinensia / poliuri / oliguria / anuria		
	e. Eliminasi Defikasi : konstipasi / diare		
2.	Mental Sensori		
	a. Penglihatan : tidak bisa dinilai / melihat benda yang tidak nyata / melihat orang yang tidak nyata		
	b. Pendengaran : tidak dapat dinilai / mendengar suara-suara yang tidak nyata		
	c. Penciuman : tidak dapat dinilai / mencium bau tertentu		
	d. Peraba : tidak dapat dinilai / merasakan sesuatu sentuhan		
3.	Psikososial		
	a. Kebutuhan relasi : keinginan untuk didampingi orang terdekat / keluarga / petugas kesehatan / rohaniawan		
	b. Kebutuhan perawatan lanjutan : perawatan dirumah / perawatan alternatif		
	c. Kebutuhan Pelayanan dukungan : berada di ruang khusus / kamar tersendiri		
4.	Spiritual		
	a. Respon pasien terhadap keadaan : menolak / marah / tawar menawar / sedih / menerima		
	b. Kebutuhan rohani : dari keluarga / orang terdekat / rohaniawan		
	c. Respon keluarga terhadap keadaan pasien : menolak / marah / tawar menawar / sedih / menerima		

Pangkalan Bun , Jam : WIB

Keluarga,

Dokter,

(.....)
Tanda tangan & Nama Jelas

(.....)
Tanda tangan & Nama Jelas

NB : berikan tanda (√) / keterangan pada kolom yang tersedia
Coret pada item yang tidak perlu