



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



RM.01.IRJ

ASESSMENT PASIEN RAWAT JALAN UMUM

LABEL PASIEN		Ruang / Poliklinik	:
Nama Pasien	:	Tanggal	:
No. RM	:	Jam	:
Tgl. Lahir	:		
Alamat	:		
Jenis Kelamin	:		
(Harap diisi atau menempelkan stiker bila ada)			

DIISI OLEH REKAM MEDIS

Pendidikan	:	☐ SD ☐ SLTP ☐ SLTA ☐ PT
Dirawat di RSUD yang ke	:	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ > 5
Dirawat terakhir di RSUD tanggal	:	di ruang : _____
Status perkawinan	:	☐ Belum kawin ☐ Kawin ☐ Janda ☐ Duda
Pasien tinggal bersama	:	☐ Istri ☐ Suami ☐ Anak kandung ☐ Nenek/Kakek ☐ Yang lain
Pekerjaan	:	☐ PNS ☐ Swasta
Agama/Kepercayaan	:	☐ Islam ☐ Katholik ☐ Kristen ☐ Budha ☐ Hindu ☐ Lain-lain
Kiriman dari	:	☐ RS.Pemerintah ☐ Puskesmas ☐ Dokter ☐ RS.Swasta ☐ Bidan ☐ Lain-lain
Status pembayaran	:	☐ Umum ☐ Perusahaan ☐ JKN ☐ TASPEN ☐ Jasa Raharja ☐ Lain-lain

DIISI OLEH PERAWAT

PEMERIKSAAN FISIK :

KEADAAN UMUM :

Kesan umum : _____

Gizi : _____

Berat badan : _____ Kg ; Tinggi badan : _____ cm ; IMT : _____ Kg/m²

Malnutrition Screening Tool (MST) untuk pasien dewasa

1. Apakah ada penurunan berat badan yang tidak diinginkan selama 6 bulan terakhir.

a. Tidak	= 0
b. Tidak yakin	= 2 (Tanda : ukuran baju/celana menjadi lebih longgar)
c. Ya 1 - 5 Kg	= 1
6 - 10 Kg	= 2
11 - 15 Kg	= 3
≥ 15 Kg	= 4

2. Apakah asupan makan menurun yang dikarenakan adanya penurunan nafsu makan/kesulitan menerima makanan ?

a. Tidak	= 0
b. Ya	= 1

Total skor = ()

Keterangan : Skor 0 - 1 : Tidak berisiko
Skor 2 - 3 : Berisiko (Asuhan Gizi oleh Dietisien)
Skor ≥ 4 : Malnutrisi

Modifikasi StrongKids Untuk Pasien Anak

1. Apakah ada penyakit yang berisiko malnutrisi atau apakah ada tindakan pembedahan besar ?

Ya	= 2
Tidak	= 0

2. Apakah pasien tampak kurus ?

Ya	= 1
Tidak	= 0

3. Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut : (dalam 1 minggu terakhir)

- Diare >5x/ hari dan atau muntah >3x/ hari
- Asupan makan berkurang

Ya = 1
Tidak = 0

4. Apakah terjadi penurunan berat badan atau tidak adanya peningkatan berat badan dalam 1 bulan terakhir ?

(berdasarkan penilaian obyektif dari berat badan bila ada, atau penilaian subyektif orang tua)

Ya = 1
Tidak = 0

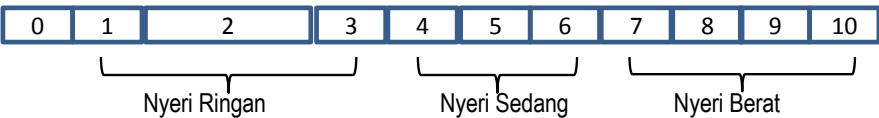
Total Skor = ()

Keterangan : Skor 0 : Tidak berisiko
Skor 1 - 3 : Risiko Malnutrisi (Asuhan Gizi oleh Dietisien)
Skor 4 - 5 : Malnutrisi

Kesadaran : _____

TANDA VITAL

Tekanan darah : _____ mmHg Nadi : _____ x/menit
Temperatur : _____ °C Pernafasan : _____ x/menit
Skor Nyeri :



Skrining Risiko Cedera / Jatuh :

a. Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (Sempoyongan / limbung) ? ☐ Ya ☐ Tidak

b. Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk ? ☐ Ya ☐ Tidak

KONSEP DIRI DAN KOGNITIF :

Pengetahuan tentang penyakitnya saat ini :
☐ Tidak tahu ☐ Sedikit tahu
☐ Mengerti dan memahami

Perawatan/tindakan yang dilakukan :
☐ Mengerti ☐ Tidak mengerti

Apakah ada perasaan :
☐ Putus asa ☐ Penderitaan
☐ Bersalah atau pengampunan ☐ Kecewa

ANALISA MASALAH KEPERAWATAN / KEBIDANAN

- ☐ Bersihan jalan napas tidak efektif ☐ Kerusakan pertukaran gas ☐ Pola nafas tidak efektif ☐ Nyeri
- ☐ Penurunan curah jantung ☐ Intoleransi aktifitas ☐ Risiko Cidera ☐ Kelebihan/Kurang volume cairan
- ☐ Perubahan perfusi jaringan jantung paru / jaringan otak / perifer ☐ Gangguan mobilitas fisik ☐ Diare
- ☐ Konstipasi ☐ Perubahan nutrisi kurang / lebih dari kebutuhan ☐ Risiko Infeksi / Sepsis
- ☐ Keseimbangan cairan & elektrolit ☐ Gangguan Integritas kulit / jaringan ☐ Hipertermia / Hipotermia
- ☐ Inkontinensia / Retensio urin ☐ Gangguan komunikasi verbal ☐ Kurang perawatan diri ☐ Konflik peran
- ☐ Cemas ☐ Gangguan pola tidur ☐ Harga diri rendah ☐ Koping individu tidak efektif ☐ Tumbuh kembang
- ☐ Menyusui kurang efektif ☐ Risiko Komplikasi Syok anafilaktik ☐ Perdarahan ☐ Risiko jatuh
- ☐ Diagnosa keperawatan / kebidanan : _____

IMPLEMENTASI :

EDUKASI :

Perawat

(_____)
Tanda tangan dan nama terang

DIISI OLEH DOKTER																																			
KELUHAN UTAMA :																																			
RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG :																																			
RIWAYAT ALERGI : ☐ Alergi obat ☐ Alergi makan ☐ Lain-lain																																			
RIWAYAT PENYAKIT DAHULU : ☐ Hipertensi ☐ Infak Miocard ☐ Stroke ☐ Jantung ☐ PPOK ☐ Asma ☐ TB ☐ DM ☐ Hepatitis ☐ Ginjal ☐ Keganasan ☐ Kejang ☐ Gangguan Jiwa ☐ Lain-lain			RIWAYAT PENGOBATAN :																																
RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA : ☐ Ada : ☐ Tidak :																																			
PEMERIKSAAN : <table><tr><td>Kepala</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td><td>Mata</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Leher</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td><td>THT</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Mulut</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td><td>Jantung</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Paru</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td><td>Abdomen</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr><tr><td>Genetalia</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td><td>Ekstrimitas</td><td>☐ Normal</td><td>☐ Abnormal</td></tr></table>						Kepala	☐ Normal	☐ Abnormal	Mata	☐ Normal	☐ Abnormal	Leher	☐ Normal	☐ Abnormal	THT	☐ Normal	☐ Abnormal	Mulut	☐ Normal	☐ Abnormal	Jantung	☐ Normal	☐ Abnormal	Paru	☐ Normal	☐ Abnormal	Abdomen	☐ Normal	☐ Abnormal	Genetalia	☐ Normal	☐ Abnormal	Ekstrimitas	☐ Normal	☐ Abnormal
Kepala	☐ Normal	☐ Abnormal	Mata	☐ Normal	☐ Abnormal																														
Leher	☐ Normal	☐ Abnormal	THT	☐ Normal	☐ Abnormal																														
Mulut	☐ Normal	☐ Abnormal	Jantung	☐ Normal	☐ Abnormal																														
Paru	☐ Normal	☐ Abnormal	Abdomen	☐ Normal	☐ Abnormal																														
Genetalia	☐ Normal	☐ Abnormal	Ekstrimitas	☐ Normal	☐ Abnormal																														
STATUS LOKALIS :																																			
DIAGNOSA :																																			
PLANNING :																																			
TINDAKAN :																																			
EDUKASI : Dirujuk : ☐ Ahli gizi klinik ☐ Rehabilitasi Medik ☐ Spesialis lain RTL : Rawat inap ke : Ruang / Kelas :																																			
Dokter, (.....) Tanda tangan dan nama terang																																			
REV.01/2016 Hal. 3/3																																			