

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

RM.05.IRI

ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP

DATA PASIEN MASUK RAWAT INAP

Cara Masuk :	☐ Jalan ☐ Kursi Roda ☐ Branchard ☐ Lain – lain :
Pengantar Pasien :	
Asal Masuk Dari :	☐ IGD ☐ Poli Umum ☐ Poli Spesialis ☐ Lain – Lain :
Kasus Kepolisian :	☐ Ya ☐ Tidak
Masuk Diruangan :	Tanggal / Jam WIB Pengkajian : Tanggal..... / Jam
Sumber Data :	☐ Pasien ☐ Orang Terdekat,.....
Keluhan Utama :	
Diagnosis Masuk :	 Rawat Inap Sebelumnya : ☐ Ya ☐ Tidak

I. RIWAYAT KESEHATAN

A. Riwayat Alergi

☐ Tidak ada	☐ Tidak diketahui	☐ Ada, Alergi Obat :
☐ Alergi makanan,.....		☐ Lain– lain

Riwayat Tranfusi darah : ☐ Tidak ☐ Ya, Reaksi transfusi yang timbul : ☐ Tidak ☐ Ya
Jika Ya, jelaskan

B. Riwayat Sakit Saat ini dan Pengobatannya :

C. Riwayat Penyakit yang pernah diderita dan pengobatannya :

☐ Tidak ada	☐ Ada, Jelaskan
------------------------------------	--

Pernah dirawat sebelumnya : ☐ Tidak ☐ Ya,.....X Di Rumah Sakit :

Di Rumah Sakit Terakhir dirawat

Riwayat pengobatan saat di rumah : ☐ Tidak ☐ Ya

Membawa Obat sendiri : ☐ Tidak ☐ Ya Jika Ya, catat pada lembar rekonsiliasi obat

Obat diberikan kepada petugas : ☐ Tidak ☐ Ya

D. Riwayat Penyakit Keluarga :

☐ Tidak diketahui	☐ DM	☐ Jantung	☐ TBC	☐ Asthma	☐ Hipertensi	☐ Stroke
☐ Ginjal	☐ Kejang	☐ Anemia	☐ Kanker	☐ Hemofila	☐	

E. Riwayat Merokok : ☐ Tidak ☐ Ya, Jumlah / hari Lama :

Riwayat Minum Alkohol Dan Obat – obatan : ☐ Tidak ☐ Ya Keluhan saat ini ☐ Tidak ☐ Ya

Apakah Alkohol / obat – obatan menyebabkan masalah : ☐ Tidak ☐ Ya (Referral Konseling)

II. DATA PSIKOLOGIS DAN SOSIAL EKONOMI

A. Psikologis dan Nilai Kepercayaan

Perasaan pasien tentang perawatannya di rumah Sakit saat ini

Ekspresi wajah saat ini

☐ Tenang	☐ Sedih	☐ Gelisah	☐ Khawatir	☐ Cemas	☐ Tegang	☐ Mudah tersinggung
☐ Marah	☐ Menangis	☐ Takut terhadap pengobatan / pembedahan / lingkungan rumah sakit				

Kebiasaan beribadah : ☐ Kadang - kadang ☐ Tidak pernah ☐ Selalu

Kebutuhan spiritual pasien dalam perawatan di rumah sakit : ☐ Tidak ☐ Ya, (Jelaskan) :

☐ Pasien menginginkan adanya konseling spiritual	☐ Pasien membutuhkan bantuan dalam menjalankan ibadah
☐ Lainnya	

B. Mengambil Keputusan

☐ Sendiri	☐ Suami / Istri	☐ Orang tua	☐
----------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------

C. Sosial Ekonomi

 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.05.IRI			
Tempat Tinggal : ☐ Kos / Kontrak ☐ Rumah Sendiri ☐ Panti / Rumah singgah ☐ Lainnya..... Tinggal Bersama : ☐ Suami/ Istri/ Anak ☐ Orang Tua ☐ Teman ☐ Sendiri ☐ Lainnya.....			
REV.02/2017		Hal. 1/4	
Rujukan ke komunitas tertentu : ☐ Tidak ☐ Ya, sebutkan Curiga penganiayaan / penelantaran : ☐ Tidak ☐ Ya ☐			
III. ASESMEN KONDISI FISIK A. Tanda vital : Tekanan Darah : mm / menit Suhu Tubuh : oC Nadi : X / menit Pernafasan : X / menit SPO2 : % BB : kg TB :cm B. Berat Badan : kg Tinggi Badan : cm C. Alat – alat medik yang terpasang : ☐ Infus : ☐ Oksigen : ☐ Nasal ☐ Masker ☐ NRM ☐ ETT ☐ NGT / OGT Tanggal terakhir ganti : ☐ Catheter Tanggal terakhir ganti..... ☐ Lain-lain D. Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan kepala, rambut, wajah Kepala : ☐ Normal ☐ Ada masalah Rambut : ☐ Kotor ☐ Rontok ☐ Berminyak Wajah : ☐ Normal ☐ Asimetris ☐ Lainnya Pemeriksaan, Mata , Telinga, Hidung, Tenggorokan Mata : ☐ Normal ☐ Gangguan Visus ☐ Sclera Icteric ☐ Kemerahan ☐ Anemis ☐ Telinga : ☐ Tidak ada masalah ☐ Kurang pendengaran (Ka /Ki) Hidung : ☐ Normal ☐ Epitaksis ☐ Septum Deviasi ☐ Lainnya..... Tenggorokan : ☐ Nyeri saat menelan ☐ Pembesaran Tonsil ☐ Mulut Stomatitis ☐ Pemeriksaan Paru (Pernafasan : Kecepatan, Kedalaman, Pola, Suara Nafas) ☐ Takipnea ☐ Bradipnea ☐ Regular ☐ Iregular ☐ Ronkhi ☐ Wheezing ☐ Dangkal ☐ Retraksi intercostals / Supraclavícula ☐ Asimetris ☐ Sesak nafas ☐ Batuk Pemeriksaan Kardiovaskuler ☐ Takikardi ☐ Bradikardi ☐ Regular ☐ Iregular ☐ Denyut Nadi Lemah ☐ Edema ☐ Pemeriksaan Gastrointestinal ☐ Mual ☐ Muntah ☐ Bibir kering / pecah-pecah ☐ Perut buncit / cekung ☐ Distensi ☐ Ada jejas di ☐ Bising usus menurun ☐ Bising usus meningkat ☐ Diare ☐ Konstipasi ☐ BAB Terakhir ☐ Lesi pada anus ☐ Hemoroid ☐ Colostomi ☐ Lain-lain Pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi ☐ Urin jernih ☐ Keruh ☐ Poliuri ☐ Disuria ☐ Hematuria ☐ Nokturia ☐ Inkontinensia ☐ Urin menetes ☐ BAK tidak ☐ Masalah prostat ☐ Tidak ☐ Ya Alat Bantu : ☐ Kateter, hari Ukuran ☐ Urostomi ☐ Lainnya Riwayat KB : ☐ Tidak KB ☐ KB Riwayat Haid : ☐ Teratur ☐ Tidak teratur ☐ Dismenorae ☐ Haid Terakhir..... ☐ Menopause ☐ Sekret Abnormal ☐ Pemeriksaan Cervix (Pap Smear) terakhir Pemeriksaan Neurologi Kesadaran : ☐ Compos metis ☐ Apatis ☐ Somnolent ☐ Soporoma ☐ Coma GCS Dalam Sedasi : ☐ Tidak ☐ Ya Status Emosional : ☐ Kooperatif ☐ Tidak kooperatif ☐ Tidak ada respon ☐ Agitasi ☐ Kejang ☐ Disorientasi ☐ Pupil : ☐ Isokor ☐ Anisokor ☐ Medriasis ☐ Pin Point Bicara : ☐ Pelo ☐ Afasia ☐ Bicara tidak jelas Ekstremitas : ☐ Tremor ☐ Baal ☐ Kelemahan Ka /Ki ☐ ☐ Sakit kepala ☐ Vertigo ☐ Paralisis ☐ Kesulitan menelan ☐ Lainnya..... Pemeriksaan Muskuloskeletal Dan Kulit Fungsi sendi : ☐ Bebas ☐ Terbatas ☐ Kaku sendi ☐ Nyeri sendi Ekstremitas : ☐ Normal ☐ Edema ☐ Fraktur di Alat bantu jalan : ☐ Tidak ☐ Ya Warna kulit : ☐ Normal ☐ Pucat ☐ Kemerahan ☐ Icteric ☐ Sianosis ☐ Lembab ☐ Kering Turgor : ☐ Normal ☐ Kurang ☐ Buruk Terdapat luka : ☐ Memar ☐ Luka Operasi ☐ Laserasi ☐ Ekskoriasi ☐ Luka Bakar, di Derajat Luas Konsisi luka : ☐ Bersih ☐ Kotor ☐ Berdarah ☐ Ada Pus ☐ Lainnya Skor Norton : / 20 Risiko Dekubitus ☐ Tidak ada ☐ Ya, di			

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

RM.05.IRI

REV.02/2017

Hal. 2/4

IV. SKRINING NUTRISI

MST – Malnutrition Screening Tols

Parameter	Skor	
1. Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan selama 6 bulan terakhir ? a. Tidak ada penurunan berat badan b. Tidak yakin / tidak tahu / baju terasa lebih longgor c. Jika Ya, berapa penurunan berat badan tersebut : 1 - 5 kg 6 – 10 kg 11 – 15 kg > 15 kg	0 2 1 2 3 4	
2. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan a. Tidak b. Ya	0 1	
Total Skor		
3. Pasien dengan diagnosis khusus ☐ Tidak ☐ Ya (DM) / CKD / Gangguan fungsi tiroid / infeksi kronik / kanker / Lain – lain Sebutkan) Bila Skor ≥ 2 atau pasien dengan diagnosis/ kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjut oleh dietisien sudah dibaca dan diketahui oleh dietisien ☐ Tidak ☐ Ya pukul		

V. SKRINING NYERI

Nyeri : ☐ Tidak ☐ Ya, Penyebab: Skala : dari (Berdasarkan pengukur nyeri)
Bila ya, lanjutkan dengan penilaian berikut :
Lokasi nyeri : Onset ☐ Akut ☐ Kronik
Pola nyeri : ☐ Intermiten ☐ Terus menerus
Tipe Nyeri : ☐ Tekanan ☐ Terbakar ☐ Tajam Iris ☐ Tajam Tusukan
Bila Skala Nyeri > 5 lakukan tata laksana nyeri lebih lanjut
Kebiasaan pasien mengatasi nyeri : ☐ Diam ☐ Menangis ☐ Berteriak ☐ Lain- lain

VI. PENGKAJIAN STATUS FUNGSIONAL

Aktivitas Dan Mobilisasi : (Lampiran Formulir pengkajian status Fungsional BARTHEL INDEX)
☐ Mandiri ☐ Perlu bantuan, sebutkan
☐ Ketergantungan total, diberitahukan ke dokter (☐ Tidak ☐ Ya, pukul)
Keluhan saat berhubungan dengan aktivitas :
☐ Tidak ada ☐ Nyeri saat aktivitas ☐ Sesak nafas saat aktivitas ☐ Badan terasa lemas

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

RM.05.IRI

VII. ASESMEN RISIKO JATUH

Risiko Jatuh / Cedera

☐ Tidak ☐ Ya Bila Ya, Lampirkan dan isi formulir penilaian risiko jatuh (Dewasa)

Jika nilainya risiko jatuh tinggi, lakukan intervensi :

☐ Pasang gelang risiko jatuh warna kuning

☐ Pasang penanda pada tempat tidur pasien, Brankard dan kursi roda pasien segitiga warna : Kuning

☐ Diberitahukan ke dokter : ☐ Tidak ☐ Ya

Pengkajian Restrain :

☐ Tidak ada masalah yang teridentifikasi

Menggunakan restrain sebelumnya : ☐ Tidak ☐ Ya, Macamnya Dimana

Kondisi saat ini yang merupakan risiko tinggi: ☐ Tidak ☐ Ya, Jika ya, informasikan kepada keluarga dan pasien tentang pelunya menggunakan restrain.

Efek restrain terdahulu : ☐ Tidak ☐ Ada

Pengkajian tidur dan istirahat :

Keluhan saat ini : ☐ Tidak ada ☐ Mengantuk ☐ Insomnia ☐ Sering terbangun

REV.02/2017

Hal. 3/4

VIII. ASESMEN KHUSUS LANSIA (Usia > 65 tahun)

Kondisi fisik dan mental (khusus Lansia)

1. Skor Norton	: ☐ < 12	☐ 12 – 15	☐ 15 – 20
2. Dekubitus	: ☐ Tidak ada	☐ Ada di	Derajat : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
3. Pernah Jatuh	: ☐ Tidak	☐ Ya, pernah	☐ Bulan ☐ Tahun yang lalu
4. Kontaktur / Nyeri gerak	: ☐ Tidak	☐ Ya, di	
5. Menggunakan alat bantu	: ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tongkat	☐ Walker ☐ Kursi Roda

IX. DATA PENUNJANG YANG PENTING

A. Hasil Laboratorium yang abnormal :

B. Hasil Pemeriksaan penunjang lain (Rontgent, USG, dll) :

C. Program Pengelolaan / Terapi dokter :

X. MASALAH KEPERAWATAN YANG DITEMUKAN

☐ Ketidak efektifan bersihan jalan nafas / pertukaran gas / pola nafas	☐ Perfusi jaringan
☐ Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit	☐ Penurunan curah jantung ☐ Hipertermi ☐ Cemas

 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.05.IRI

☐ Ketidak efektifan termoregulasi ☐ Risiko tinggi defisit..... ☐ Nutrisi ☐ Keselamatan / Injuri	☐ Intoleransi aktivitas ☐ Integritas kulit ☐ Perawatan diri ☐ Komunikasi	☐ Nyeri ☐ Risiko Infeksi ☐ Pola Tidur ☐ Pengetahuan.....	☐ Eliminasi ☐ Mobilitas / Aktivitas
---	--	--	---

Tanggal selesai pengkajian Jam :WIB

Perawat yang mengkaji,

(.....)

Tanda Tangan & Nama Jelas