

PENGKAJIAN PASIEN RAWAT INAP

Nama:	Umur:	L / P	No. RM:	Tgl. Masuk:
Ruang:	Dokter:	Diagnosa:	Tgl. Pengkajian:	
Nama Pj:	Pekerjaan:	Agama:	Alamat: Telp.	

Yang Mengantar _____ Hubungan dengan Pasien _____
Tekanan Darah _____ mmHg , Suhu _____ °C, Nadi _____ x/m, RR _____ x/m, TB _____ cm , BB ____ kg
Nilai E _____ V _____ M _____ GCS _____ Kesadaran: _____
Cara Masuk: ☐ Berjalan ☐ Kursi Roda ☐ Brankar
Datang dari: ☐ Admission ☐ UGD ☐ Poli _____

RIWAYAT PASIEN

RIWAYAT KESEHATAN

1. Diagnosa Medis Saat Masuk _____
2. Alasan Masuk: _____
3. Riwayat Medis: Pernah Masuk RS
☐ Ya Dimana? _____ Kapan? _____ ☐ Tidak
a. Medical: _____
b. Bedah: _____
c. Alergi: ☐ Ashma ☐ Hay Fever/bersin-bersin ☐ Eksim ☐ Gatal-gatal
☐ Makanan _____ ☐ Obat _____ Lainnya _____
d. Riwayat Injuri/Kecelakaan/Kasus Ortopedi _____

PENGobatan

Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Lama Pemberian	Dosis Terakhir yang Diberikan

4. Kebiasaan: Makan _____ Perilaku _____ Hygiene _____
- Aktivitas _____
- Tidur _____
- Eliminasi: BAB _____ BAK _____

COPING

Riwayat Sosial:
Respon: ☐ Gangguan ☐ Kooperatif Lainnya _____
Komunikasi: ☐ Gangguan ☐ Bingung Lainnya _____
Dampak Masuk RS: (sedih, cemas, menangis, dll) _____
Status Pernikahan: _____
Tempat Tinggal: ☐ Sendiri ☐ Dengan Keluarga ☐ Menumpang ☐ Penampungan
Kebutuhan Khusus: ☐ Kursi Roda ☐ Kruk ☐ Lainnya _____
Riwayat Keluarga: ☐ DM ☐ Kanker ☐ Hipertensi ☐ Jantung ☐ TBC
☐ Anemia ☐ Lainnya _____
Konsumsi Alkohol/Narkoba: ☐ Tidak ☐ Ya, Jenis _____ Sejak _____
Merokok: ☐ Tidak ☐ Ya, Jumlah per hari _____ Sejak _____
☐ Berhenti sejak _____

