

## CATATAN MEDIS KHUSUS PASIEN PALIATIF

Pengkajian Awal Rawat Inap

(Diisi Oleh DPJP / PPDS)

Insight	Pasien	Keluarga
Mengetahui diagnosis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Mengetahui prognosis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Mengetahui tujuan perawatan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Keagamaan / dukungan spiritual	Pasien	Keluarga
Kebutuhan dan dukungan spiritual pada pasien Keagamaan / kebutuhan spiritual pada keluarga/lainnya	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Keadaan koma	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Kecemasan pasien/kerabat terhadap diri sendiri/orang lain Dukungan dari tim secara keseluruhan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Keadaan koma  <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Keadaan koma	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Identifikasi tradisi keagamaan:  Identifikasi kebutuhan khusus saat ini, waktu saat sebelum kematian, pada saat dan setelah kematian:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> N/A Sebutkan, jika ya:  <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> N/A Sebutkan, jika ya:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> N/A Sebutkan, jika ya:  <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> N/A Sebutkan, jika ya:
<b>Isu Psikologis</b> (e.g. Spiritual/grief issues, caregiver stress, discharge issues, financial/legal issues) (if appropriate)		
Nama Pemeriksa:		Tanda tangan:

Nama:	No. Rekam Medik:
Dokter:	Tanggal:
<b>Tingkat Kenyamanan ACP</b>	
Pasien <input type="checkbox"/> Sangat Nyaman <input type="checkbox"/> Tidak Nyaman <input type="checkbox"/> Nyaman <input type="checkbox"/> Sangat Tidak Nyaman	

Asesmen Sistematis (jika diperlukan)							
General	Ya	Tidak	Keterangan	Kardio/Respirasi	Ya	Tidak	Keterangan
Lelah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sesak napas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gangguan tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Batuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Postur dan pola jalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Hemoptisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saluran Cerna	Ya	Tidak	Keterangan	SSP	Ya	Tidak	Keterangan
Napsu makan hilang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gangguan oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pusing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penurunan berat badan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pingsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disfagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kelemahan tungkai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Penurunan kesadaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muntah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kebingungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konstipasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hilang memori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Halusinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hematemesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Mimpi buruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Saluran Kemih	Ya	Tidak	Keterangan	Psikologis	Ya	Tidak	Keterangan
Gangguan kemih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sedih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gangguan kandungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depresi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kateter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kulit	Ya	Tidak	Keterangan	Lainnya	Ya	Tidak	Keterangan
Gatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kemerahan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)*Gunakan Skala Identifikasi Gejala Form dan Edmonton Grafik Gejala									
Gejala	Tanggal	Tanggal	Tanggal	Tanggal	Tanggal	Tanggal	Tanggal	Tanggal	Tanggal
Napsu Makan	Skor:								
Dyspnea	Skor:								
Mual	Skor:								
Konstipasi	Skor:								
Fatigue (lelah)	Skor:								
Cemas	Skor:								
Depresi	Skor:								
Kesadaran ↓	Skor:								
Kenyamanan	Skor:								
Penanganan keseluruhan	Skor:								

Komunikasi dengan keluarga/kerabat	Keluarga
Identifikasi bagaimana memberitahu keluarga/kerabat tentang masa kritis pasien	<input type="checkbox"/> Setiap saat <input type="checkbox"/> Tidak pada malam hari <input type="checkbox"/> Pada saat menginap di rumah sakit

# Skala Identifikasi Gejala

Lingkari nomor yang menjelaskan gejala yang dirasakan SAAT INI:

Keadaan Terbaik	Tingkat Gejala	Keadaan Terburuk
Tidak Nyeri	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nyeri Tidak Tertahankan
Tidak Lelah	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat Lelah
Tidak Merasa Kantuk	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat Mengantuk
Tidak Mual	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat Mual
Napsu Makan Baik	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Napsu Makan Tidak Ada
Tidak Sesak Napas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sesak Napas Sekali
Tidak Sedih	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat Sedih Sekali
Tidak Cemas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat Cemas
Merasa Nyaman	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat Tidak Nyaman
Tidak.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat Tidak.....

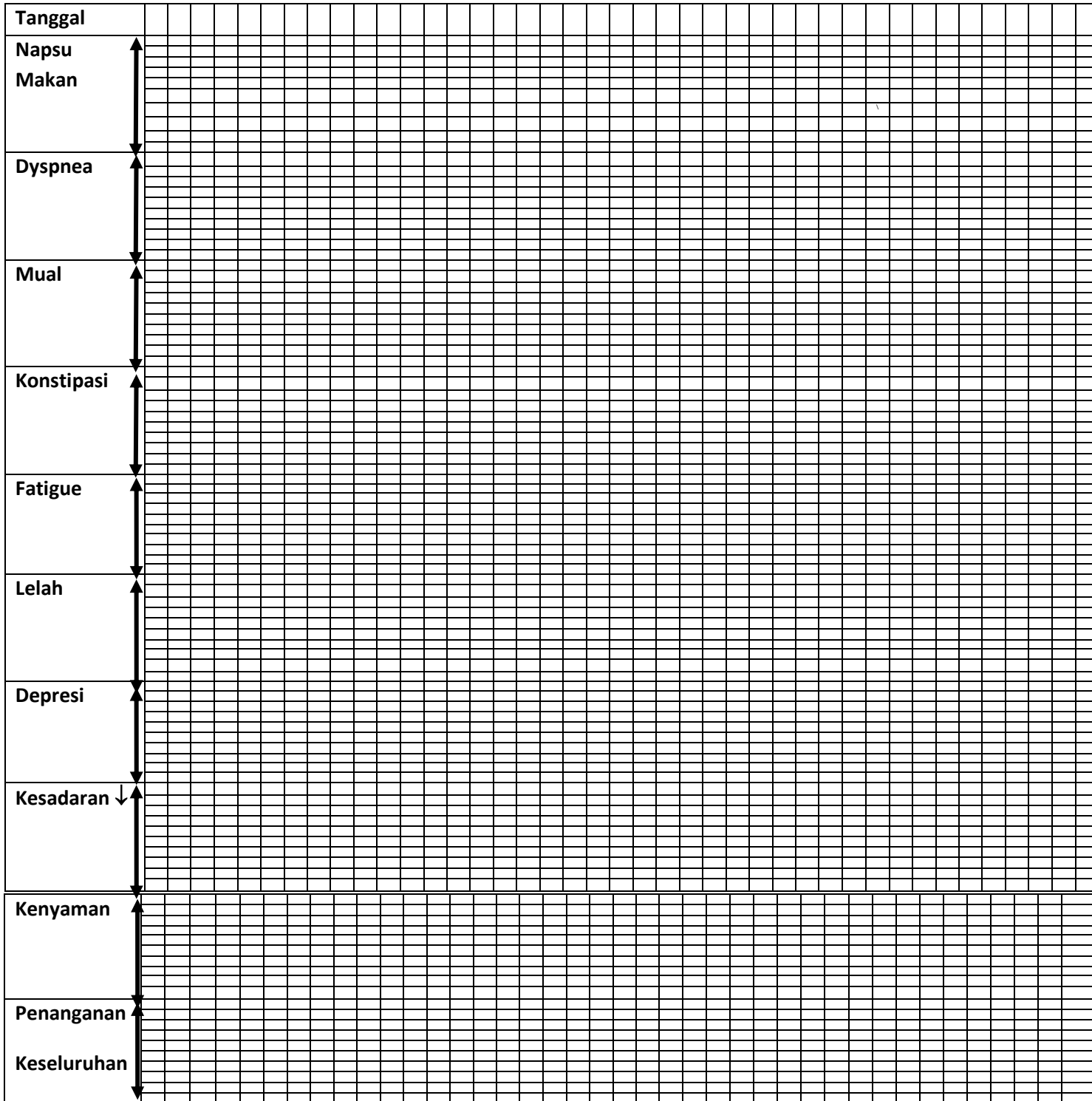
Gejala Lain  
(Contoh: Konstipasi)  
Tindakan:

Nama Pemeriksa:

Tanda Tangan Pemeriksa:

*\*Adapted from: Edmonton Symptoms Assessment Scale*

### Edmonton Symptoms Assessment Graph



Nama Pasien:  
 No. Rekam Medik:  
 Tgl:                      Waktu:  
 Diisi Oleh:  
 Pasien  Keluarga  Perawat  Pekerja Sosial  
 Tingkat Pendidikan:

Nama Pemeriksa:  
  
 Tanda Tangan Pemeriksa:  
  
*\*Adapted from: Edmonton Symptoms Assessment Scale*

## Asesmen Pasien

Diagnosis:		Tanggal ...../...../.....		Differential Diagnosis:		Tanggal ...../...../.....	
Masalah Medis:							
Keperawatan:							
Fungsional:							
Psiko=Sosial:							
Berat (kg)	Berat badan yang hilang	Tinggi (cm)	IMT (kg/m <sup>2</sup> )	Hasil Pemeriksaan Diagnosis ( <i>Lab, Radiology, dll</i> ) :			
Prinsip Hidup Pasien/Pilihan:							
Riwayat obat-obatan:							
<b>Rencana Tatalaksana Gejala</b>							
Nama Pemeriksa:				Tanda Tangan:			

**Kontak Tim Interdisiplin**

<b>Unit/Tenaga Kesehatan</b>	<b>Telephone</b>	<b>Fax</b>	<b>Jam Kerja</b>
Dokter DPJP			
Perawat Utama			
Spesialis (Onkologis/Paliatif/lainnya)			
Psikiater			
Ahli gizi			
Terapis			
Rohaniawan			
Rumah Duka			
Unit/tenaga kesehatan lain			