



RS Tiara Dev

Babelan, Bekasi, Jawa Barat

Hp: 08562675039, 085296559963, E-mail : khanzasoftmedia@gmail.com

RIWAYAT PERAWATAN

| No.RM | : 000010 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|----|-----------|-------|---|---|---------|---|---|---------|------------|--|---|
| Nama Pasien | : GATOT SATRIYO | | | | | | | | | | | | | | |
| Alamat | : PEKALONGAN, -, -, - | | | | | | | | | | | | | | |
| Jenis Kelamin | : Laki-Laki | | | | | | | | | | | | | | |
| Tempat & Tanggal Lahir | : - 1990-01-01 | | | | | | | | | | | | | | |
| Ibu Kandung | : - | | | | | | | | | | | | | | |
| Golongan Darah | : - | | | | | | | | | | | | | | |
| Status Nikah | : MENIKAH | | | | | | | | | | | | | | |
| Agama | : - | | | | | | | | | | | | | | |
| Pendidikan Terakhir | : - | | | | | | | | | | | | | | |
| Bahasa Dipakai | : - | | | | | | | | | | | | | | |
| Cacat Fisik | : - | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 No.Rawat | : 2025/11/26/000001 | | | | | | | | | | | | | | |
| No.Registrasi | : 001 | | | | | | | | | | | | | | |
| Tanggal Registrasi | : 2025-11-26 08:52:08 | | | | | | | | | | | | | | |
| Umur Saat Daftar | : 35 Th | | | | | | | | | | | | | | |
| Unit/Poliklinik | : IGD | | | | | | | | | | | | | | |
| Dokter Poli | : dr. Qotrunnada | | | | | | | | | | | | | | |
| Cara Bayar | : - | | | | | | | | | | | | | | |
| Penanggung Jawab | : - | | | | | | | | | | | | | | |
| Alamat P.J. | : PEKALONGAN, -, -, - | | | | | | | | | | | | | | |
| Hubungan P.J. | : SAUDARA | | | | | | | | | | | | | | |
| Status | : Ralan | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengkajian Awal Keperawatan | Rawat Jalan Umum | | | | | | | | | | | | | | |
| : YANG MELAKUKAN PENGKAJIAN Tanggal : 2025-11-26 10:28:35.0 | | Petugas : 123124 FREDIAN AHMAD | Informasi didapat dari : Autoanamnesis | | | | | | | | | | | | |
| I. KEADAAN UMUM TD : 1 mmHg Nadi : 1 x/minit RR : 1 x/minit Suhu : 1 °C GCS(E,V,M) : 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| II. STATUS NUTRISI BB : 1 Kg TB : 1 Cm BMI : 10000.0 Kg/m ² | | | | | | | | | | | | | | | |
| III. RIWAYAT KESEHATAN Keluhan Utama : 1 Riwayat Penyakit Dahulu : 1 Riwayat Alergi : 1 Riwayat Penyakit Keluarga : 1 Riwayat Pengobatan : 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV. FUNGSIONAL Alat Bantu : Tidak, 1 Prothesia : Tidak, 1 Aktivitas Sehari-hari (ADL) : Mandiri | | | | | | | | | | | | | | | |
| V. RIWAYAT PSIKO-SOSIAL, SPIRITUAL DAN BUDAYA Status Psikologis : Tenang, 1 Status Sosial dan ekonomi : a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga : Baik b. Tinggal dengan : Sendiri, 1 c. Ekonomi : Baik Kepercayaan / Budaya / Nilai-nilai khusus yang perlu diperhatikan : Tidak Ada, 1 Edukasi diberikan kepada : Pasien, 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI. PENGKAJIAN RESIKO JATUH a. Cara Berjalan : 1. Tidak seimbang / sempoyongan / limbung : Tidak 2. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain) : Tidak b. Menopang saat akan duduk, tampak memegang pinggiran kursi atau meja / benda lain sebagai penopang : Tidak Hasil : Tidak beresiko (tidak ditemukan a dan b) Dilaporkan kepada dokter ? Tidak Jam dilaporkan : 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| VII. SKRINING GIZI <table border="1"><thead><tr><th>No</th><th>Parameter</th><th>Nilai</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>Apakah ada penurunan berat badan yang tidak diinginkan selama enam bulan terakhir ?</td><td>Tidak 0</td></tr><tr><td>2</td><td>Apakah nafsu makan berkurang karena tidak nafsu makan ?</td><td>Tidak 0</td></tr><tr><td colspan="2">Total Skor</td><td>0</td></tr></tbody></table> | | | | No | Parameter | Nilai | 1 | Apakah ada penurunan berat badan yang tidak diinginkan selama enam bulan terakhir ? | Tidak 0 | 2 | Apakah nafsu makan berkurang karena tidak nafsu makan ? | Tidak 0 | Total Skor | | 0 |
| No | Parameter | Nilai | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Apakah ada penurunan berat badan yang tidak diinginkan selama enam bulan terakhir ? | Tidak 0 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Apakah nafsu makan berkurang karena tidak nafsu makan ? | Tidak 0 | | | | | | | | | | | | | |
| Total Skor | | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| VIII. PENGKAJIAN TINGKAT NYERI Tingkat Nyeri : Tidak Ada Nyeri, Waktu / Durasi : 1 Menit Penyebab : Proses Penyakit, 1 Kualitas : Seperti Tertusuk, 1 Severity : Skala Nyeri 0 Wilayah : Lokasi : 1 Menyebar : Tidak Nyeri hilang bila : Istirahat, 1 Diberitahukan pada dokter ? Tidak MASALAH KEPERAWATAN : RENCANA KEPERAWATAN : Pola Tidur TIDUR AJA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengkajian Awal Keperawatan : YANG MELAKUKAN PENGKAJIAN | | | | | | | | | | | | | | | |

I. KEADAAN UMUM

| | | | | |
|--------------|-------------------|-----------------|--------------|--------------------|
| TD : 12 mmHg | Nadi : 12 x/menit | RR : 12 x/minit | Suhu : 12 °C | GCS(E,V,M) : 12 °C |
| BB : 12 Kg | TB : 12 Cm | LP : 12 Cm | LK : 12 Cm | LD : 12 Cm |

II. RIWAYAT KESEHATAN

Keluhan Utama : 12

| | |
|--------------------------------|-------------------------|
| Riwayat Penyakit Dahulu : 12 | Riwayat Alergi : 12 |
| Riwayat Penyakit Keluarga : 12 | Riwayat Pengobatan : 12 |

III. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG DAN PERINATAL CARE

Riwayat Kelahiran : Anak ke 12 dari 12 saudara

Cara kelahiran : Spontan, 12

Umur Kelahiran : Cukup Bulan

Kelainan Bawaan : Tidak Ada, 12

IV. RIWAYAT IMUNISASI

| Imunisasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis | | | | | | |
| Cacar Air | | | | | | |

V. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG ANAK

| | | | |
|-----------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| a. Tengkurap, usia 12 | b. Duduk, usia 12 | c. Berdiri, usia 12 | d. Pertumbuhan gigi pertama, usia 12 |
| e. Berjalan, usia 12 | f. Bicara, usia 12 | g. Mulai bisa membaca, usia 12 | h. Mulai bisa menulis, usia 12 |

Gangguan perkembangan mental / emosi, bila ada, jelaskan 12

VI. FUNGSIONAL

Alat Bantu : Tidak, 12 Prothesia : Tidak, 12 | Aktivitas Sehari-hari (ADL) : Mandiri

VII. RIWAYAT PSIKO-SOSIAL, SPIRITUAL DAN BUDAYA

Status Psikologis : Tenang

Status Sosial dan Ekonomi :

| | |
|--|-----------------|
| a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga | : Baik |
| b. Pengasuh | : Orang Tua, 12 |
| c. Ekonomi (Orang tua) | : Baik |

Kepercayaan / Budaya / Nilai-nilai khusus yang perlu diperhatikan : Tidak Ada, 12

Edukasi diberikan kepada : Orang Tua, 12

VIII. PENGKAJIAN RESIKO JATUH

a. Cara Berjalan :

| | |
|---|---------|
| 1. Tidak seimbang / sempoyongan / limbung | : Tidak |
| 2. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripod, kursi roda, orang lain) | : Tidak |
| b. Duduk di kursi tanpa menggunakan tangan sebagai penopang (tampak memegang kursi atau meja/ benda lain) | : Tidak |

Hasil : Tidak beresiko (tidak ditemukan a dan b) Diberitahukan ke dokter ? Tidak Jam dilaporkan : 12

IX. SKRINING GIZI (STRONG KID)

| No. | Parameter | Nilai |
|------------|--|-------|
| 1 | Apakah pasien tampak kurus | Ya 1 |
| 2 | Apakah terdapat penurunan berat badan selama satu bulan terakhir? (berdasarkan penilaian objektif data berat badan bila ada atau untuk bayi 1 tahun ; berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir | Ya 1 |
| 3 | Apakah terdapat salah satu dari kondisi tersebut? Diare > 5 kali/hari dan/muntah > 3 kali/hari salam seminggu terakhir; Asupan makanan berkurang selama 1 minggu terakhir | Ya 1 |
| 4 | Apakah terdapat penyakit atau keadaan yang menyebabkan pasien beresiko mengalami malnutrisi? | Ya 1 |
| Total Skor | | 4 |

X. PENGKAJIAN TINGKAT NYERI (Skala FLACCS)

| Pengkajian | Parameter | Nilai |
|------------|--|-------|
| Wajah | Terkadang meringis/menarik diri | 1 |
| Kaki | Kaki dibuat menendang/menarik | 2 |
| Aktifitas | Melengkungkan punggung/kaku menghentak | 2 |
| Menangis | Mengerang/merengek | 1 |
| Bersuara | Bersuara normal/tenang | 0 |

Keterangan : 0 (Nyaman), 1-3 (Kurang nyaman), 4-6 (Nyeri sedang), 7-10 (Nyeri berat)

6

Tingkat Nyeri : Tidak Ada Nyeri Lokasi : 12

Durasi : 1 Frekuensi : 12

Nyeri hilang bila : Minum Obat, 12 Diberitahukan pada dokter ? Tidak, Jam : 12

MASALAH KEPERAWATAN : RENCANA KEPERAWATAN :

Nyeri Bayi Bayi Disapa

| | | | |
|-------------------|--------------|---|--------|
| Biaya & Perawatan | Administrasi | : | 10,000 |
| | Total Biaya | : | 10,000 |

Tanda Tangan/Verifikasi

:

Dokter Poli



dr. Qotrunnada

