
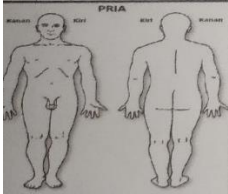
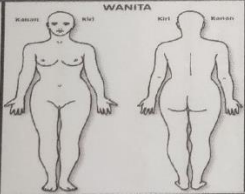



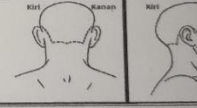
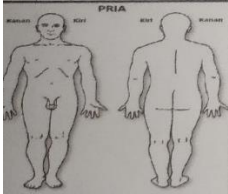
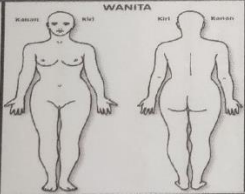



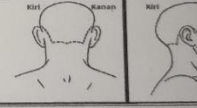
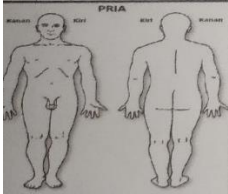
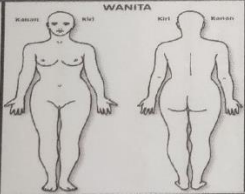



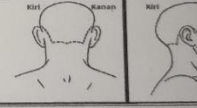


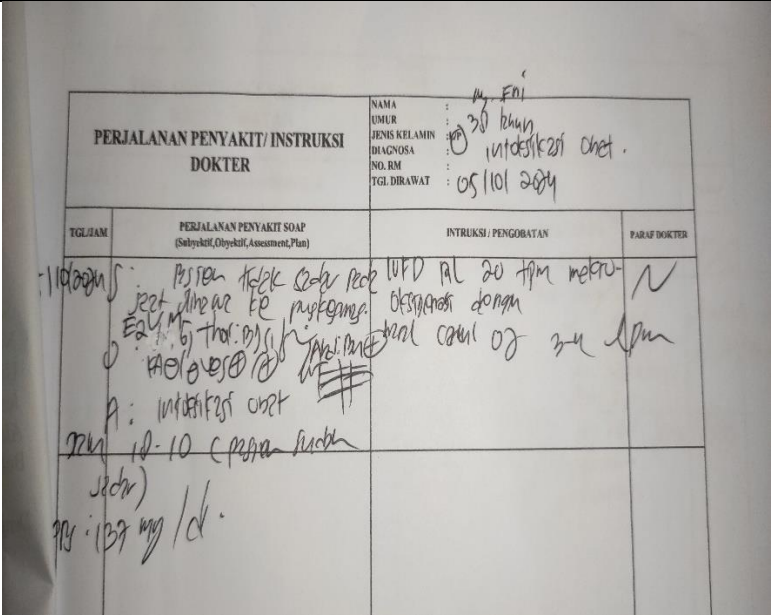
DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024				
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI
1	13.50 – 14.15	Kordinasi	Kegiatan apusan dengan dari Dinas Pagi ke dinas Sore	

DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024																																																						
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI																																																		
2	14.30 – 15.04	Melakukan pengkajian keperawatan dasar pada individu	Menerima Pasien Baru, Atas nama Tn.CI/51Thn. Dengan keluhan nyeri pinggang bagian kiri tembus belakang sejak sore ini. Pasien ada riwayat nyeri yang sama sebelumnya dan ada riwayat kecelakaan Tahun 2000	<div><p>Rs: 620702040 6730001. RPPS: 0002285786952 (Aluh).</p><table><tr><td colspan="2">DINAS KESEHATAN KABUPATEN SERUYAN</td><td colspan="2">Nama : <u>Tn. Caam Iratir.</u></td><td>No. RM/ID Pasien :</td></tr><tr><td colspan="2">LUPTO PUSKESMAS RANTAU PULUT I</td><td>Umur :</td><td>Tanggal :</td><td>Jam :</td></tr><tr><td colspan="2">KECAMATAN SERUYAN TENGAH</td><td>51 Thn.</td><td>5/10/2024</td><td>14.50</td></tr><tr><td rowspan="3">PENGKAJIAN PRIMER</td><td colspan="3">Keluhan saat ini/mekanisme kejadian : <u>Nyeri pinggang sebelah kiri tembus belakang, sudah sejak sore ini.</u></td><td>Sumber Informasi : <input checked="" type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Dirujuk <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Orang lain</td></tr><tr><td colspan="4">Prioritas Triage <input type="checkbox"/> Merah <input checked="" type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hitam</td></tr><tr><td colspan="4"><table><tr><td colspan="2">AIRWAY</td><td>BREATHING</td><td>CIRCULATION</td><td>DISABILITY/NEUROLOGICAL</td></tr><tr><td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu</td><td>Nadi : <input checked="" type="checkbox"/> Keras <input type="checkbox"/> Lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Jelek</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis</td></tr></table></td></tr><tr><td colspan="5">Tensi : <u>130/90</u> mmHg Nadi : <u>85</u> X/menit Respirasi : <u>24</u> X/menit Suhu : <u>36</u> °C BB : Kg TB : cm</td></tr><tr><td rowspan="2">PENGKAJIAN SEKUNDER</td><td colspan="2" rowspan="2"><div><div>1. Nyeri</div><div>2. Keterbatasan gerak</div><div>3. Deformitas</div><div>4. Abrasi</div><div>5. Laserasi</div><div>6. kontusio</div></div></td><td colspan="2" rowspan="2"><div><div>7. Luka bakar</div><div>8. Gigitan</div><div>9. Tusuk</div><div>10. V. apertum</div><div>11. Pthelae</div><div>12. Lainnya</div></div></td></tr><tr><td colspan="2">Skala Nyeri : Tidak Nyeri 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nyeri sekali Tingkat Resiko <input type="checkbox"/> Tinggi <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Ringan Diagnosa medic : Alergi obat/zat : Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Teman Kontak personal : <div><div>PRIA</div><div>WANITA</div></div><div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div></div></td></tr></table></div>	DINAS KESEHATAN KABUPATEN SERUYAN		Nama : <u>Tn. Caam Iratir.</u>		No. RM/ID Pasien :	LUPTO PUSKESMAS RANTAU PULUT I		Umur :	Tanggal :	Jam :	KECAMATAN SERUYAN TENGAH		51 Thn.	5/10/2024	14.50	PENGKAJIAN PRIMER	Keluhan saat ini/mekanisme kejadian : <u>Nyeri pinggang sebelah kiri tembus belakang, sudah sejak sore ini.</u>			Sumber Informasi : <input checked="" type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Dirujuk <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Orang lain	Prioritas Triage <input type="checkbox"/> Merah <input checked="" type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hitam				<table><tr><td colspan="2">AIRWAY</td><td>BREATHING</td><td>CIRCULATION</td><td>DISABILITY/NEUROLOGICAL</td></tr><tr><td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu</td><td>Nadi : <input checked="" type="checkbox"/> Keras <input type="checkbox"/> Lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Jelek</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis</td></tr></table>				AIRWAY		BREATHING	CIRCULATION	DISABILITY/NEUROLOGICAL	<input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi		<input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu	Nadi : <input checked="" type="checkbox"/> Keras <input type="checkbox"/> Lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Jelek	<input checked="" type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis	Tensi : <u>130/90</u> mmHg Nadi : <u>85</u> X/menit Respirasi : <u>24</u> X/menit Suhu : <u>36</u> °C BB : Kg TB : cm					PENGKAJIAN SEKUNDER	<div><div>1. Nyeri</div><div>2. Keterbatasan gerak</div><div>3. Deformitas</div><div>4. Abrasi</div><div>5. Laserasi</div><div>6. kontusio</div></div>		<div><div>7. Luka bakar</div><div>8. Gigitan</div><div>9. Tusuk</div><div>10. V. apertum</div><div>11. Pthelae</div><div>12. Lainnya</div></div>		Skala Nyeri : Tidak Nyeri 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nyeri sekali Tingkat Resiko <input type="checkbox"/> Tinggi <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Ringan Diagnosa medic : Alergi obat/zat : Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Teman Kontak personal : <div><div>PRIA</div><div>WANITA</div></div> <div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div></div>	
DINAS KESEHATAN KABUPATEN SERUYAN		Nama : <u>Tn. Caam Iratir.</u>		No. RM/ID Pasien :																																																		
LUPTO PUSKESMAS RANTAU PULUT I		Umur :	Tanggal :	Jam :																																																		
KECAMATAN SERUYAN TENGAH		51 Thn.	5/10/2024	14.50																																																		
PENGKAJIAN PRIMER	Keluhan saat ini/mekanisme kejadian : <u>Nyeri pinggang sebelah kiri tembus belakang, sudah sejak sore ini.</u>			Sumber Informasi : <input checked="" type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Dirujuk <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Orang lain																																																		
	Prioritas Triage <input type="checkbox"/> Merah <input checked="" type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hitam																																																					
	<table><tr><td colspan="2">AIRWAY</td><td>BREATHING</td><td>CIRCULATION</td><td>DISABILITY/NEUROLOGICAL</td></tr><tr><td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu</td><td>Nadi : <input checked="" type="checkbox"/> Keras <input type="checkbox"/> Lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Jelek</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis</td></tr></table>				AIRWAY		BREATHING	CIRCULATION	DISABILITY/NEUROLOGICAL	<input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi		<input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu	Nadi : <input checked="" type="checkbox"/> Keras <input type="checkbox"/> Lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Jelek	<input checked="" type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis																																								
AIRWAY		BREATHING	CIRCULATION	DISABILITY/NEUROLOGICAL																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi		<input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu	Nadi : <input checked="" type="checkbox"/> Keras <input type="checkbox"/> Lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Jelek	<input checked="" type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis																																																		
Tensi : <u>130/90</u> mmHg Nadi : <u>85</u> X/menit Respirasi : <u>24</u> X/menit Suhu : <u>36</u> °C BB : Kg TB : cm																																																						
PENGKAJIAN SEKUNDER	<div><div>1. Nyeri</div><div>2. Keterbatasan gerak</div><div>3. Deformitas</div><div>4. Abrasi</div><div>5. Laserasi</div><div>6. kontusio</div></div>		<div><div>7. Luka bakar</div><div>8. Gigitan</div><div>9. Tusuk</div><div>10. V. apertum</div><div>11. Pthelae</div><div>12. Lainnya</div></div>																																																			
					Skala Nyeri : Tidak Nyeri 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nyeri sekali Tingkat Resiko <input type="checkbox"/> Tinggi <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Ringan Diagnosa medic : Alergi obat/zat : Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Teman Kontak personal : <div><div>PRIA</div><div>WANITA</div></div> <div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div><div><div>Anterior (Dorsal)</div><div>Posterior (Anterior)</div></div></div>																																																	




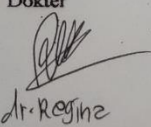
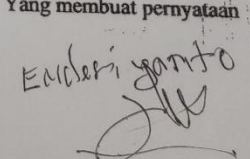
DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024				
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI
3	15.05 – 15.35	Kordinasi	Konsultasi pasien baru dengan DPJP melalui telpon, advis : <ul style="list-style-type: none">- Saran ranap- Pasang infus- Cek GDS- Pemberian terapi (Lapor hasil)- Rencana visite	<div><div><div>PERJALANAN PENYAKIT/ INSTRUKSI DOKTER</div><div><div>TGL/JAM</div><div>PERJALANAN PENYAKIT SOAP (Subyektif, Objektif, Assessment, Plan)</div><div>INTRUKSI / PENGOBATAN</div><div>PARAF DOKTER</div></div></div><div><div><div>5/10/24</div><div>15.05</div><div>Dr. Lufur dan Regna Ariska</div><div>Ura telpon</div><div>advis = rencana Visite</div><div>S (tak dem, tak pnt)</div><div>O (tak dem, tak pnt)</div><div>A : Mirlogir</div><div>P : lupd pl 20 fpm makro</div><div>inj Rinfatrin 3x1 amp</div><div>inj Ketorolac 3x1 amp</div><div>GDS : 98 mg/dl</div></div><div><div>NAMA : Tn. Refe Ineh</div><div>UMUR : 51 tahun</div><div>JENIS KELAMIN : MIEYIE</div><div>NO. RM : 0811012024</div><div>TGL DIRAWAT : 08/10/2024</div></div><div><div>TBKB Telah dilakukan dengan Benar</div><div><div>Pemberi Instruksi</div><div>Penerima Instruksi</div></div><div><div>Tanggal : 05/10/2024</div><div>Tanggal : 5/10/24</div></div><div><div>Jam : 15.05</div><div>Jam : 15.05</div></div><div><div>Nama : dr. Refe Ineh</div><div>Nama : Refe Ineh</div></div><div><div>Paraf : [Signature]</div><div>Paraf : [Signature]</div></div></div></div></div>

DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024																																																	
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI																																													
4	16.00 – 16.15	Melakukan komunikasi terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan	Menyampaikan dan meminta izin untuk pemberian terapi Analgetik kepada pasien Tn.Cl/51 Thn. Dan menganjurkan untuk mengatur posisi yang nyaman mengurangi nyeri dan memberikan kompres hangat di daerah yang nyeri.	<div><div><div>NAMA</div><div>UMUR</div></div><div><div>: Ph. Calore 1 kata.</div><div>: 51 Thn</div></div></div> <div>DISI OLEH PETUGAS JAGA</div> <table><tr><th>NO</th><th>NAMA OBAT</th><th>DOSIS</th><th colspan="2">TGL: 05/10/2024</th></tr><tr><td>A</td><td>INJEKSI</td><td></td><td>P</td><td>S</td></tr><tr><td></td><td>W/DRL 20/ma</td><td></td><td></td><td>14/552</td></tr><tr><td></td><td>INJ. 2.2 Nitroben</td><td>3x1 2mg</td><td></td><td>16⁰⁰ ✓</td></tr><tr><td></td><td>INJ. FOTOTOLIC</td><td>3x1 2mg</td><td></td><td>16⁰⁰ ✓</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>B</td><td>TABLET/SIRUP</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	NO	NAMA OBAT	DOSIS	TGL: 05/10/2024		A	INJEKSI		P	S		W/DRL 20/ma			14/552		INJ. 2.2 Nitroben	3x1 2mg		16 ⁰⁰ ✓		INJ. FOTOTOLIC	3x1 2mg		16 ⁰⁰ ✓																B	TABLET/SIRUP			
NO	NAMA OBAT	DOSIS	TGL: 05/10/2024																																														
A	INJEKSI		P	S																																													
	W/DRL 20/ma			14/552																																													
	INJ. 2.2 Nitroben	3x1 2mg		16 ⁰⁰ ✓																																													
	INJ. FOTOTOLIC	3x1 2mg		16 ⁰⁰ ✓																																													
B	TABLET/SIRUP																																																

DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024																																								
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI																																				
5	16.16 – 16.45	Melakukan pengkajian keperawatan dasar pada individu	Menerima Pasien Baru, Atas nama Ny. ES/38Thn. Dengan keluhan dtng ke IGD dengan penurunan kesadaran mulai dari jam 09 pagi, menurut suami pasien habis mengkonsumsi obat. Melakukan monitor TTV.	<table><tr><td colspan="2">DINAS KESEHATAN KABUPATEN SERUYAN UPTD PUSKESMAS RANTAU PULUT I KECAMATAN SERUYAN TENGAH</td><td colspan="2">Nama : <u>Ny. ES/38Thn.</u> No. RM/ID Pasien : <u>110</u></td></tr><tr><td>Umur : <u>38 thn</u></td><td>Tanggal : <u>05/10/24</u></td><td>Jam : <u>16.00</u></td><td>KODE PENYAKIT PUSKESMAS :</td></tr><tr><td colspan="2">Keluhan saat ini/mekanisme kejadian : <u>Kesadaran dtg ke IGD dengan penurunan kesadaran mulai dari jam 09 pagi, menurut suami pasien habis mengkonsumsi obat.</u></td><td colspan="2">Sumber Informasi : <input type="checkbox"/> Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Merah <input type="checkbox"/> Dirujuk <input type="checkbox"/> Orang lain <input type="checkbox"/> Kuning</td></tr><tr><td>AIRWAY <input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gargling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi</td><td>BREATHING <input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu</td><td>CIRCULATION Nadi : <input type="checkbox"/> Kusat <input type="checkbox"/> lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> jelek</td><td>DISABILITY/NEUROLOGI <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis Refleks :</td></tr><tr><td colspan="4">Tensi : <u>135/85</u> mmHg Nadi : <u>72</u> X/menit Respirasi : <u>20</u> X/menit Suhu : <u>36</u>°C BB : Kg TB : cm</td></tr><tr><td colspan="2">SEKUNDER 1. Nyeri 2. Keterbatasan gerak 3. Deformitas 4. Abrasi 5. Laserasi 6. kontusio</td><td colspan="2">7. Luka bakar 8. Gigitan 9. Tusuk 10. V.appertum 11. Pichiae 12. Lainnya : Skala Nyeri : Tidak Nyeri 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nyeri sekali Tingkat Resiko <input type="checkbox"/> Tinggi <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Ringan Diagnosa medic Alergi obat/zat Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Teman Kontak personal :</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr></table>	DINAS KESEHATAN KABUPATEN SERUYAN UPTD PUSKESMAS RANTAU PULUT I KECAMATAN SERUYAN TENGAH		Nama : <u>Ny. ES/38Thn.</u> No. RM/ID Pasien : <u>110</u>		Umur : <u>38 thn</u>	Tanggal : <u>05/10/24</u>	Jam : <u>16.00</u>	KODE PENYAKIT PUSKESMAS :	Keluhan saat ini/mekanisme kejadian : <u>Kesadaran dtg ke IGD dengan penurunan kesadaran mulai dari jam 09 pagi, menurut suami pasien habis mengkonsumsi obat.</u>		Sumber Informasi : <input type="checkbox"/> Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Merah <input type="checkbox"/> Dirujuk <input type="checkbox"/> Orang lain <input type="checkbox"/> Kuning		AIRWAY <input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gargling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi	BREATHING <input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu	CIRCULATION Nadi : <input type="checkbox"/> Kusat <input type="checkbox"/> lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> jelek	DISABILITY/NEUROLOGI <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis Refleks :	Tensi : <u>135/85</u> mmHg Nadi : <u>72</u> X/menit Respirasi : <u>20</u> X/menit Suhu : <u>36</u> °C BB : Kg TB : cm				SEKUNDER 1. Nyeri 2. Keterbatasan gerak 3. Deformitas 4. Abrasi 5. Laserasi 6. kontusio		7. Luka bakar 8. Gigitan 9. Tusuk 10. V.appertum 11. Pichiae 12. Lainnya : Skala Nyeri : Tidak Nyeri 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nyeri sekali Tingkat Resiko <input type="checkbox"/> Tinggi <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Ringan Diagnosa medic Alergi obat/zat Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Teman Kontak personal :													
DINAS KESEHATAN KABUPATEN SERUYAN UPTD PUSKESMAS RANTAU PULUT I KECAMATAN SERUYAN TENGAH		Nama : <u>Ny. ES/38Thn.</u> No. RM/ID Pasien : <u>110</u>																																						
Umur : <u>38 thn</u>	Tanggal : <u>05/10/24</u>	Jam : <u>16.00</u>	KODE PENYAKIT PUSKESMAS :																																					
Keluhan saat ini/mekanisme kejadian : <u>Kesadaran dtg ke IGD dengan penurunan kesadaran mulai dari jam 09 pagi, menurut suami pasien habis mengkonsumsi obat.</u>		Sumber Informasi : <input type="checkbox"/> Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Merah <input type="checkbox"/> Dirujuk <input type="checkbox"/> Orang lain <input type="checkbox"/> Kuning																																						
AIRWAY <input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Gargling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi	BREATHING <input checked="" type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Apneu	CIRCULATION Nadi : <input type="checkbox"/> Kusat <input type="checkbox"/> lemah Warna kulit : Pendarahan : <input type="checkbox"/> Terkontrol Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> jelek	DISABILITY/NEUROLOGI <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Unresponsive Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Pin Point <input type="checkbox"/> Midriasis Refleks :																																					
Tensi : <u>135/85</u> mmHg Nadi : <u>72</u> X/menit Respirasi : <u>20</u> X/menit Suhu : <u>36</u> °C BB : Kg TB : cm																																								
SEKUNDER 1. Nyeri 2. Keterbatasan gerak 3. Deformitas 4. Abrasi 5. Laserasi 6. kontusio		7. Luka bakar 8. Gigitan 9. Tusuk 10. V.appertum 11. Pichiae 12. Lainnya : Skala Nyeri : Tidak Nyeri 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nyeri sekali Tingkat Resiko <input type="checkbox"/> Tinggi <input checked="" type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Ringan Diagnosa medic Alergi obat/zat Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Teman Kontak personal :																																						
																																								
																																								
																																								

DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024				
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI
6	16.46–17.16	Kordinasi	<p>Konsultasi pasien baru Ny.E/38 Thn dengan DPJP melalui telpon, advis :</p> <ul style="list-style-type: none">- Saran ranap- Pasang infus- Cek TTV Ulang- Cek GDS (lapor hasil)- Cek saturasi, Terapi oksigenisasi- Pemberian terapi- Rencana visite	 <p>The image shows a handwritten medical chart on a grid. The top section contains patient information: NAMA: Ny. E, UMUR: 38 tahun, JENIS KELAMIN: Perempuan, DIAGNOSA: Intoksikasi obat, NO. RM: 051101284, and TGL. DIRAWAT: 05/10/2024. Below this, the chart is divided into four columns: TGL/JAM, PERJALANAN PENYAKIT SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan), INTRUKSI / PENGOBATAN, and PARAF DOKTER. The SOAP section contains handwritten notes in Indonesian, including 'Pasien ke ICU', 'GDS 20', 'Saturasi 92%', 'Intoksikasi obat', and 'Rencana visite'. The INTRUKSI / PENGOBATAN section has 'O2 2L', 'Infus', and 'Pemeriksaan vital'. The PARAF DOKTER section has a checkmark.</p>

DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024																																																																																																																																																														
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI																																																																																																																																																										
7	17.17 –17.37	Kordinasi	Konsultasi hasil TTV ulang Ny.E/38 Thn ke DPJP melalui telpon, advis : <ul style="list-style-type: none">- Pemberian Terapi Oksigenisasi- Untuk terapi nanti saja sambil di observasi dulu k/u pasien. Jika ada tanda-tanda perburukan, saran rujuk.	<table><tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">JAM</th><th></th><th></th><th></th></tr><tr><td rowspan="4">VITAL SIGN</td><td rowspan="4"></td><td></td><td>Tekanan darah</td><td>116.8</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Nadi</td><td>137/75</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Respirasi</td><td>12.0</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Suhu</td><td>36.0</td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="18">GLASGOW COMA SCALE</td><td rowspan="5">BUKA MATA</td><td>4</td><td>Spontan</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Dgn perintah</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Dgn rangsangan</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>Nol</td><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>Tak bisa ditest</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="5">VERBAL</td><td>5</td><td>Terorientasi</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Bingung</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Kata-kata tak jelas</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Hanya suara</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>Nol</td><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="8">MOTOR RESPON</td><td>0</td><td>Tak bisa ditest</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>Mengikuti komando</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Nyeri lokal</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Menolak nyeri</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Fleksi abnormal</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Ekstensi abnormal</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>Nol</td><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>Tak bisa ditest</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">SKALA NYERI : 0 = tidak nyeri 10= sakit berat</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td colspan="4">REAKSI PUPIL : + = bereaksi terhadap sinar - = tidak bereaksi C = mata tertutup</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">CM : RL,NaCL 0,9%,D5%,D10%,D40%, D5 + NaCL, darah</td><td>RL</td><td></td></tr><tr><td colspan="4">CK : Urine</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">Faeces</td><td></td><td></td></tr></table>				JAM					VITAL SIGN			Tekanan darah	116.8				Nadi	137/75				Respirasi	12.0				Suhu	36.0			GLASGOW COMA SCALE	BUKA MATA	4	Spontan				3	Dgn perintah				2	Dgn rangsangan				1	Nol	1			0	Tak bisa ditest				VERBAL	5	Terorientasi				4	Bingung				3	Kata-kata tak jelas				2	Hanya suara				1	Nol	1			MOTOR RESPON	0	Tak bisa ditest				6	Mengikuti komando				5	Nyeri lokal				4	Menolak nyeri				3	Fleksi abnormal				2	Ekstensi abnormal				1	Nol	1			0	Tak bisa ditest				SKALA NYERI : 0 = tidak nyeri 10= sakit berat				0		REAKSI PUPIL : + = bereaksi terhadap sinar - = tidak bereaksi C = mata tertutup						CM : RL,NaCL 0,9%,D5%,D10%,D40%, D5 + NaCL, darah				RL		CK : Urine						Faeces					
		JAM																																																																																																																																																												
VITAL SIGN			Tekanan darah	116.8																																																																																																																																																										
			Nadi	137/75																																																																																																																																																										
			Respirasi	12.0																																																																																																																																																										
			Suhu	36.0																																																																																																																																																										
GLASGOW COMA SCALE	BUKA MATA	4	Spontan																																																																																																																																																											
		3	Dgn perintah																																																																																																																																																											
		2	Dgn rangsangan																																																																																																																																																											
		1	Nol	1																																																																																																																																																										
		0	Tak bisa ditest																																																																																																																																																											
	VERBAL	5	Terorientasi																																																																																																																																																											
		4	Bingung																																																																																																																																																											
		3	Kata-kata tak jelas																																																																																																																																																											
		2	Hanya suara																																																																																																																																																											
		1	Nol	1																																																																																																																																																										
	MOTOR RESPON	0	Tak bisa ditest																																																																																																																																																											
		6	Mengikuti komando																																																																																																																																																											
		5	Nyeri lokal																																																																																																																																																											
		4	Menolak nyeri																																																																																																																																																											
		3	Fleksi abnormal																																																																																																																																																											
		2	Ekstensi abnormal																																																																																																																																																											
		1	Nol	1																																																																																																																																																										
		0	Tak bisa ditest																																																																																																																																																											
SKALA NYERI : 0 = tidak nyeri 10= sakit berat				0																																																																																																																																																										
REAKSI PUPIL : + = bereaksi terhadap sinar - = tidak bereaksi C = mata tertutup																																																																																																																																																														
CM : RL,NaCL 0,9%,D5%,D10%,D40%, D5 + NaCL, darah				RL																																																																																																																																																										
CK : Urine																																																																																																																																																														
Faeces																																																																																																																																																														
8	17.38 – 17. 55	Memberikan oksigenisasi sederhana	Memberikan terapi Oksigenisasi kepada Ny.E/38 Thn dan mengobservasi hasilnya.																																																																																																																																																											

DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024				
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI
9	18.00 – 18.10	Melakukan pengkajian keperawatan dasar pada individu	Menerima pasien rawat jalan Tn.E/47Thn d/k ditelinga ada kemasukan sisa-sisa sabun batangan saat mandi. O : k/u baik, kes.cm, TTV dbn, ADL mandiri, nyeri(-), demam (-),tampak sisa-sisa sabun di dalam telinga,	<div><div><div><div><div></div><div><div><div>PEMERINTAH KABUPATEN SERUYAN</div><div>DINAS KESEHATAN</div><div>UPTD PUSKESMAS RANTAU PULUT I</div><div><div>Jalan Batu Pangolin - Rantau Pulut Kecamatan Seruyan Tengah Kode Pos 74281</div><div>Email : puskesmasrantaupulut1@gmail.com</div></div></div></div><div></div><div>10/05/2024</div></div><div><div>PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS</div><div>Saya yang bertanda tangan di bawah ini :</div><div><div>Nama : Tn. Endriyanto</div><div>Umur : 47 tahun</div><div>Kelamin : laki - laki</div><div>Alamat : Perumahan RT 003/ RW 001 Kel. Perumahan Jec. Purbalingga</div><div>Bukti diri / KTP : 3303051906770001</div></div><div>Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan :</div><div>PERSETUJUAN</div><div>Untuk dilakukan tindakan medis berupa irigasi telinga dan pemberian obat-obatan</div><div>Terhadap diri saya sendiri / suami / anak / ayah / keluarga , dengan</div><div><div><div>Nama : Tn. Endriyanto</div><div>Umur : 47 tahun</div><div>Kelamin : laki - laki</div><div>Alamat : Perumahan RT 003/ RW 001 Kel. Perumahan Jec. Purbalingga</div><div>Bukti / KTP : 3303051906770001</div><div>NO. CM : 000154556178</div></div><div>Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut di atas serta resiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.</div><div>Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.</div><div>Rantau Pulut , 05/10/2024</div><div><div>Saksi – saksi:</div><div><div>I. Perawat/Bidan</div><div></div></div><div><div>Dokter</div><div></div></div><div><div>Yang membuat pernyataan</div><div></div></div></div></div></div></div></div></div>
10	18.11 –18.21	Kordinasi	Konsultasi pasien rawat jalan Tn.E/47 Thn melalui telpon, advis : S : pasien mengeluh di telinga kemasukan sisa sabun batangan sudah 3 hari, O : k/u baik, kes.cm, nyeri (-), demam (-), tampak sisa-sisa sabun di dalam telinga, TTV dbn A : Gangguan Integritas Kulit. P : Tatalaksana <ul style="list-style-type: none">Edukasi pasien untuk irigasi, jika bersedia Siapkan Alat untuk irigasi telinga.Buat surat persetujuan.	
11	18.30 – 19.00	Melakukan tindakan keperawatan pada kondisi gawat darurat	Melakukan tindakan Keperawatan terhadap Tn.E/47 Thn berupa Irigasi Telinga	

DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024																																																																																								
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI																																																																																				
13	20.00 – 20.30	Melakukan Pemantauan Perkembangan pasien sesuai dengan Kondisinya	Melakukan Pemantauan kepada 2 Orang Pasien Rawat Inap yaitu, Tn.Cl/51 Thn dan Ny.E/38 Thn dan menuliskan hasilnya di cppt	<div><table><tr><th colspan="2">PERJALANAN PENYAKIT/ INTRUKSI DOKTER</th><th>NAMA : <u>M. ENI</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>UMUR : <u>38 tahun</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>JENIS KELAMIN : <u>W</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>DIAGNOSA : <u>intoksikasi obat</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>NO. RM : <u>0511012024</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>TGL DIRAWAT : <u>05/10/2024</u></th></tr><tr><th>TGL/AM</th><th>PERJALANAN PENYAKIT SOAP (Subject, Objective, Assessment, Plan)</th><th>INTRUKSI / PENGORBATAN</th><th>PARAF DOKTER</th></tr><tr><td>11/02/2024</td><td>Pasien terdapat keluhan pusing, mual, muntah, dan penurunan kesadaran. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.</td><td>1. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.</td><td></td></tr><tr><td>12/02/2024</td><td>Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.</td><td>2. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.</td><td></td></tr><tr><td>13/02/2024</td><td>Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.</td><td>3. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.</td><td></td></tr><tr><td>14/02/2024</td><td>Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.</td><td>4. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.</td><td></td></tr><tr><td>15/02/2024</td><td>Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.</td><td>5. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.</td><td></td></tr></table></div> <div><table><tr><th colspan="2">TINDAKAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN</th><th>NAMA : <u>Tn. Cahya Indira</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>UMUR : <u>51 tahun</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>JENIS KELAMIN : <u>P</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>DIAGNOSA : <u>intoksikasi obat</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>NO. RM : <u>0511012024</u></th></tr><tr><td colspan="2"></td><th>TGL DIRAWAT : <u>05/10/2024</u></th></tr><tr><th>TGL/AM</th><th>TINDAKAN KEPERAWATAN</th><th>EVALUASI</th><th>PARAF</th></tr><tr><td>05/10/2024</td><td>1. Observasi vital.</td><td>1. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u></td><td></td></tr><tr><td>06/10/2024</td><td>2. Monitorasi vital.</td><td>2. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u></td><td></td></tr><tr><td>07/10/2024</td><td>3. Monitorasi vital.</td><td>3. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u></td><td></td></tr><tr><td>08/10/2024</td><td>4. Monitorasi vital.</td><td>4. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u></td><td></td></tr><tr><td>09/10/2024</td><td>5. Monitorasi vital.</td><td>5. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u></td><td></td></tr></table></div> <div><p>5-10-2024 Laporan Dinas Siang</p><p>1) Tn. Anggast / L / 42 th / dr. Regina / umum</p><p>⇒ Pk pulang Aps jam 18.00 WIB</p><p>2) Tn. Cahya Indira / L / 51 th / dr. Regina / BPJS</p><p>Kel: Pk mengatakan nyeri perut sebelah kiri terus kebelakang,</p><p>TTV: 132/80 mmHg S: 36.5°C RR: 20 x/m</p><p>N: 55 x/m SPO2: 98%</p><p>N/B: ⇒ Obs ku dan TTV</p><p>⇒ Lanjutkan Intervensi</p><p>3) Ny. Eni Ruslita / P / 38 th / dr. Regina / umum.</p><p>Kel: Pk datang dengan keadaan tidak sadar.</p><p>TTV: TD: 132/85 mmHg. N: 120 x/m, S: 36. SPO2: 98%</p><p>N/B: ⇒ Obs ku dan TTV</p><p>⇒ Lanjutkan Intervensi</p><p>Petugas PPKet</p><p>1. Alharat Irfansyah TPK</p><p>2. Febriul Ariza.</p></div>	PERJALANAN PENYAKIT/ INTRUKSI DOKTER		NAMA : <u>M. ENI</u>			UMUR : <u>38 tahun</u>			JENIS KELAMIN : <u>W</u>			DIAGNOSA : <u>intoksikasi obat</u>			NO. RM : <u>0511012024</u>			TGL DIRAWAT : <u>05/10/2024</u>	TGL/AM	PERJALANAN PENYAKIT SOAP (Subject, Objective, Assessment, Plan)	INTRUKSI / PENGORBATAN	PARAF DOKTER	11/02/2024	Pasien terdapat keluhan pusing, mual, muntah, dan penurunan kesadaran. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	1. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.		12/02/2024	Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	2. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.		13/02/2024	Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	3. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.		14/02/2024	Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	4. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.		15/02/2024	Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	5. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.		TINDAKAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN		NAMA : <u>Tn. Cahya Indira</u>			UMUR : <u>51 tahun</u>			JENIS KELAMIN : <u>P</u>			DIAGNOSA : <u>intoksikasi obat</u>			NO. RM : <u>0511012024</u>			TGL DIRAWAT : <u>05/10/2024</u>	TGL/AM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI	PARAF	05/10/2024	1. Observasi vital.	1. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>		06/10/2024	2. Monitorasi vital.	2. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>		07/10/2024	3. Monitorasi vital.	3. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>		08/10/2024	4. Monitorasi vital.	4. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>		09/10/2024	5. Monitorasi vital.	5. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>	
PERJALANAN PENYAKIT/ INTRUKSI DOKTER		NAMA : <u>M. ENI</u>																																																																																						
		UMUR : <u>38 tahun</u>																																																																																						
		JENIS KELAMIN : <u>W</u>																																																																																						
		DIAGNOSA : <u>intoksikasi obat</u>																																																																																						
		NO. RM : <u>0511012024</u>																																																																																						
		TGL DIRAWAT : <u>05/10/2024</u>																																																																																						
TGL/AM	PERJALANAN PENYAKIT SOAP (Subject, Objective, Assessment, Plan)	INTRUKSI / PENGORBATAN	PARAF DOKTER																																																																																					
11/02/2024	Pasien terdapat keluhan pusing, mual, muntah, dan penurunan kesadaran. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	1. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.																																																																																						
12/02/2024	Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	2. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.																																																																																						
13/02/2024	Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	3. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.																																																																																						
14/02/2024	Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	4. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.																																																																																						
15/02/2024	Pasien mengalami peningkatan keluhan pusing dan mual. Riwayat penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol.	5. UTK RL 20 tpm metformin dengan pengawasan ketat.																																																																																						
TINDAKAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN		NAMA : <u>Tn. Cahya Indira</u>																																																																																						
		UMUR : <u>51 tahun</u>																																																																																						
		JENIS KELAMIN : <u>P</u>																																																																																						
		DIAGNOSA : <u>intoksikasi obat</u>																																																																																						
		NO. RM : <u>0511012024</u>																																																																																						
		TGL DIRAWAT : <u>05/10/2024</u>																																																																																						
TGL/AM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI	PARAF																																																																																					
05/10/2024	1. Observasi vital.	1. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>																																																																																						
06/10/2024	2. Monitorasi vital.	2. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>																																																																																						
07/10/2024	3. Monitorasi vital.	3. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>																																																																																						
08/10/2024	4. Monitorasi vital.	4. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>																																																																																						
09/10/2024	5. Monitorasi vital.	5. S: <u>gugup, pusing, mual, muntah</u>																																																																																						
14	20.31 – 20. 49	Mendokumentasikan tindakan keperawatan	Kegiatan menulis CPPT untuk Askep keperawatan																																																																																					

DOKUMENTASI KEGIATAN TANGGAL 05 OKTOBER 2024				
NO	Waktu	KEGIATAN	KETERANGAN	DOKUMENTASI
15	20.50 – 21.15	Kordinasi	Kegiatan aplusan dengan dari Dinas Sore ke dinas Malam	