



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSTAKA BARU NO 19
RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

11.43.57 _____
19/04/1980 43 thn 7 blr
dr. Baringin De S _____
Tgl 20/11/2023 231120
JAMINAN, IntiGandaPerdana, KE

Lan, 309, 01

RINGKASAN PASIEN PULANG DISCHARGE SUMMARY

No. Rekam Medis : <input type="text"/> <input type="text"/> 43 <input type="text"/> 57	Tanggal Masuk RS : 20/11/23.
Medical Record Number	Admitted
Nama Pasien :	Tanggal Keluar RS : 25/11/23.
Patient Name	Date of Discharge
Nama Orang Tua / Suami/ Istri :	Jenis kelamin : <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Family Name	Sex Male Female
Tanggal lahir : 19-4-1980	Kelas / Kamar : Class / Room
Date of Birthday	

Riwayat Kesehatan (Medical History) :

Pemeriksaan Fisik (Physical Examination) :

*(AD)
RHR (P)*

Pemeriksaan Diagnostik (Other Examination Result) :

aboratorium : *CP 21*

Rontgen : *IPR - R2*

CT Scan MRCP MRI MRA USG EKG CTG Echocardiography Treadmill Gastroscopy Colonoscopy

EMG OAE EEG Lain-lain

Indikasi pasien dirawat inap (Indication of Patient Treated) :

Feb112, intek cil

agnosis Primer (Primary Diagnose) :

Pneumia

Kode ICD 10 :

agnosis Sekunder & Diagnosis Penyerta (Secondary Diagnose & Comorbid Diagnose) :

Kode ICD 10 :

sedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan (therapeutic procedures and actions) :

Kode ICD 9 CM :

orbiditas Pasien (Comorbid of patient) :

t yang diberikan saat dirawat (nama obat, sediaan, dosis, rute dan satuan)

atient Therapy (medicine name, medicinal preparation, dose, route and unit) :

Sosni layir

Obat yang diberikan setelah pasien keluar rumah sakit (nama obat, sediaan, dosis, rute dan satuan) :

- Cepha 200 mg
- Sennaryl 10 mg
- Medizum 300 mg
- Noviket 200 mg

Kondisi Pasien (Status Present) :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Pulang atas indikasi medis</u>
<i>Accord on Medical Indication</i> | <input type="checkbox"/> <u>Pulang atas permintaan sendiri</u>
<i>Accord on Patient Request</i> | <input type="checkbox"/> <u>Pulang kondisi khusus</u>
<i>Accord on special condition</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Pindah/ Rujuk ke RS lain</u>
<i>Referred to Another Hospital</i> | <input type="checkbox"/> <u>Meninggal</u>
<i>Death</i> | <input type="checkbox"/> <u>Lain-lain</u>
<i>Other</i> |
| | | <input type="checkbox"/> <u>Pulang tanpa Ijin</u> |

Keadaan saat pulang : KU: bareng, Kesadaran: Cpr, TD: 100/80 mmHg, Nadi: 60 x/ mnt,
Suhu: 36 °C Pernafasan: 18 x/ mnt

Mobilisasi saat pulang : Mandiri Dibantu sebagian Dibantu penuh , Alat bantu : Tongkat Kursi roda Brancard
 Walker Lain-lain _____

Alat Kes. yang terpasang : Tidak ada IV catheter Dobel lumen NGT Oksigen Catheter urine lain-lain _____
Rencana Kontrol Tgl & jam : 25/11/2018 11:00

Instruksi/ Tindak Lanjut (Instruction/ Follow Up/ Medical Advice) : Rencana Kontrol Tgl & jam : 25/11/2018 11:00

Perawatan dirumah: Tidak ada Ada Home visite/Care Perawatan lanjutan Perawatan luka Pengobatan lanjutan

Fasilitas kesehatan yang terdekat dirumah _____

Rencana pemeriksaan penunjang : Laboratorium Radiologi Lain –lain _____

Kebutuhan Edukasi : Penyakit Obat dan efek samping obat Diet Aktifitas dan istirahat dirumah hygiene

Perawatan luka dirumah Perawatan ibu dan bayi Nyeri

Pertolongan mendesak _____

Lain-lain _____

Penyakit Berhubungan Dengan (Related Diseases) :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Kelainan Bawaan/ Kongenital</u>
<i>Congenital Disorders</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kesuburan/kehamilan</u>
<i>Fertility/Pregnancy</i> | <input type="checkbox"/> <u>Gangguan hormonal</u>
<i>Hormonal Disorder</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Gangguan Mental</u>
<i>Mental Disorders</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kecelakaan kerja</u>
<i>Work Accident</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kosmetik / Estetika</u>
<i>Cosmetics / Estetics</i> |

Dengan ini saya menyatakan MENGERTI tentang penjelasan tentang riwayat kesehatan dan instruksi tindak lanjut yang di jelaskan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
Jakarta,

Penanggung Jawab Pasien / Keluarga

Tanda Tangan & Nama Jelas Dokter
Attending Doctors Name And Signature

Tanda Tangan Pasien & Keluarga
Attending Patient/ Family Name And Signature

(Ket: Lembar : 1 Arsip di RM, 2 Asuransi/ penjamin, 3 Pasien, 4. Tenaga Kesehatan PJ pemberi asuhan lanjutan)

11-42-57



RUMAH SAKIT CHARMA NUGRAHA
JL. BALA PUSATA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLF 4707433 S/D 37

Mama Th. S. D. di
T. latte 43 Thn. (10/6/80)
Alamat
No. 14

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP

Tanggal dan Waktu	Profesional Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN-IAR PENATALAKSANAAN PASIEN (Tulis dengan format SOAP/ ADIME, disertai sasaran. Tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci & jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP Nama, TTD dan Tgl, waktu, DPJP membaca/mereview seluruh rencana asuhan PPA & tambahkan notasi
		TB : 148/90 N: 90 S: 38	°C → 36,5°C	
20/11/2023.	s/ Deam sejak ± 1 minggu ↑↓ (↑ pag sore hari). Mual (+) rumah (), kembung (), batuk (), pste (), napsus leegoskan (). diare (), nyeri kepala (). Sudah dapat infus vitamin solutif dan minum antibiotik cefixim.	P/ IVD : PL + Solutif inf. Sanmol drip 1000 ml mj. pantoprazol (topazol). mj. Diphen. mj. Dexar. mj. Lactopain (Lactopain). mj. ondan (OPR).		
20.38 Dokter UGD	RPP dengue () malaria () HTG () DMO () AD () Dengue: Ig G (+) Ig M () 7/1/cg	o/ KU = Baik CM Mata = CA (-) THT = T/t, fasi hiperacusis (), tonus hiperacusis () Thorax = SDD t/t, PL (-), abd (-) Abd = NTG bloated Mp () tipefikasi super. Extr-akral hangat t/t. A/ Dengue Fever H+7	cek lab : Darah Rutin I, urinal, Dengue IgG/IgM. Pj/ thorax + EEG → Rawat inap → Advice dr. Barugui, Sp PD: - Astring 1500/24 jam + Solutif x1 - mj. Topazol 1x40 mg IV - Cek : CRP, Urin lengkap - Antibiotik tidak hasil qsp. - sohal dry DMF 3x10 ml - Sanmol drip 3x1 (pm deam \$ > 38°C) - Ibu Lactopain 1x iv (pm). - Diet brasa TKTP.	
			 dr. Arum Nurulatifah Sp. KIAK, Sp. KIAK, MM by phone 22-45	

DAFTAR PEMBERIAN OBAT

Nama : _____

Register : _____

Dokter : _____

Lan, 309, 01

N
 1357SLA
 1357SLA
 1357SLA
 dr. Baringin De Samakto Sitompul
 Tgl 20/11/2023 231120-0001
 JAMINAN IntiGandaPerdana, KELAS II

Tanggal Resep	Nama Obat	TANGGAL		29/11 / 23		25 / 11 / 2023		25 / 11 / 2023		25 / 11 / 2023			
	Oral	Jml.	Satuan	Dosis Obat	Jam	Paraf	Sisa	Jam	Paraf	Sisa	Jam	Paraf	Sisa
	Glutathione	60	(105)	3x10 Ml	07	08	KTP						
					13								
					18								
	Aztreonam	500	(105)	1x1	13	08	2000						
	Nebulizer												
	Combivin & Polimicof												
	Vact	200											
	Injeksi												
	Tropidol												
	CCF-001												
	Untanacin rom												
	Lectopatin												

=>





RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSTAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

11
19/04/1980 TN
dr. Baringin S. 43 thn 7 bln 5 hari
Tgl 20/11/2023 Kompul
JAMINAN, IntiGandaPerdana, KELAS II
231120-0001

LEMBAR MASUK DAN KELUAR

Nama Pasien : <u>S. AKA</u> L/P	Bahasa yang digunakan : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Daerah
Tanggal lahir/ Umur : <u>19 APRIL 1980</u>	Hambatan Bahasa : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Perlu penerjemah
No. Rekam Medis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Agama : <input checked="" type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Khong hucu
Pendidikan : <input type="checkbox"/> Belum sekolah <input type="checkbox"/> TK/ SD <input type="checkbox"/> SMP <input checked="" type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3	Nilai-nilai kepercayaan : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada _____
Pekerjaan : <input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Pelajar/ mahasiswa <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> ABRI/ Angkatan <input checked="" type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lain-lain _____	Suku bangsa : <input checked="" type="checkbox"/> Jawa <input type="checkbox"/> sunda <input type="checkbox"/> Padang <input type="checkbox"/> _____
Kelas : <u>II</u> Kamar :	Status perkawinan : <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum menikah <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda
Alamat & no telepon : <u>JALAN DAMAI 2/008</u> <u>NO. 104, PULOGEBANG, CAKUNG</u>	
Dirawat yang ke : <u>II</u>	Pindah kelas : Kamar :
Nama Ayah : <u>SUBADI</u>	Nama Ibu :
Tgl lahir/Umur :	Tgl lahir/ Umur :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Dikirim oleh :	Kasus Polisi : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> Tidak
Dokter yang merawat :	
Nama Penanggung Jawab : <u>_____</u>	Biaya yang dibebankan pada : <input type="checkbox"/> Pribadi <input type="checkbox"/> Kantor <input type="checkbox"/> Asuransi
Alamat: <u>JALAN DAMAI 2/008</u>	Nama Perusahaan :
Telp: <u>_____</u>	Kode perusahaan :
Hubungan dengan pasien : <u>ISTR-1</u>	

Tgl. Masuk RS : <u>20 NOVEMBER 2023 Pkl. 21.00</u>	Keadaan keluar :	
Tgl. Keluar RS : <u>Pkl.</u>	Infeksi Nosokomial : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Cara keluar ** :	Dirujuk ke :	
Diagnosis sementara :	ICD :	
Diagnosis akhir :	ICD :	
Diagnosis lain / tambahan :	ICD :	
Komplikasi :	ICD :	
Nama operasi / Tindakan / Anestesi :	No kode ICD 9 CM : _____ Tanggal : _____	
Catatan Khusus (alergi dsb) :	Nama Operator : _____	
Keadaan keluar :	Jakarta, <u>20 NOVEMBER 2023</u>	
1. Sembuh 2. Perbaikan 3. Meninggal sebelum 48 jam 4. Meninggal sesudah 48 jam 5. Lain-lain	** Cara keluar :	Tanda tangan & nama jelas
	a. Atas persetujuan b. Pulang paksa c. Melarikan diri d. Pindah ke RS lain.	

Penanggung Jawab Lab : dr. Cussi Lestari Siladjaja, Sp.PK

Nomor	: 201210001	Tanggal	: 21-11-2023 06:09:19
Nama Pasien	: ██████████ N	Dokter	: ██████████ De Samakto SitompulSpPD
Umur	: 43 Tahun 7 Bulan 2 Hari	No. MR	: ██████████
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Tanggal Lahir	: ██████████-1980
Asal	: Rawat Inap 309	Alamat	: JL DAMAI ██████████ IG JAKTIM PULO GEBANG CAKUNG JAKARTA TIMUR, KOTA 13950 DKI JAKARTA

HASIL LABORATORIUM

TEST/JENIS PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
IMUNOSEROLOGI				
CRP Kuantitatif	66.00*	<= 5	mg/L	Immunometric Assay
INALISA				
URINE LENGKAP				
Makroskopik :				
• Warna	Kuning	kuning		Manual
• Kejernihan	Agak Keruh*	jernih		Manual
• Berat Jenis	1.015	1003 - 1030		Carik Celup
Kimia :				
• pH (Reaksi)	6.0	4.5 - 8.0		Carik Celup
• Lekosit (Enzimatik)	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Nitrit	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Albumin	POS ↑	Negatif		Carik Celup
• Glukosa	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Keton	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Urobilinogen	0.2	0.2 - 1.0	µdL	Carik Celup
• Bilirubin	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Darah	Negatif	Negatif		Carik Celup
Sedimen (Mikroskopik) :				
• Eritrosit	2 - 3 *	0 - 1	LPB	Mikroskopis
• Leukosit	1 - 2	1 - 2	LPB	Mikroskopis
• Silinder Hialin	Negatif	Negatif	LPK	Mikroskopis
• Silinder granula	Negatif	Negatif		Mikroskopis
• Epitel Gepeng	Positif	Positif	LPK	Mikroskopis
• Epitel tubuli	Negatif	Negatif		Mikroskopis
• Kristal	Negatif	Negatif	LPK	Mikroskopis
• Bakteri	Negatif	Negatif	LPB	Mikroskopis
• Trichomonas	Negatif	Negatif		Mikroskopis
• Jamur	Negatif	Negatif		Mikroskopis

Catatan :

Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium harus oleh dokter yang bersangkutan

R.M. 002/001/2023

1. **SLAMET RIYADILIN** bln 1 hari
 19/04/1980 dr. Samakto Sitompul
 dr. Barin 001
 Tgl 20/11/2023 JAMINAN, IntiGandaPerdana, KELAS II
 Lan, 309, 01



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
 JL. BALAI PUSATKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
 JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

PENGKAJIAN AWAL PASIEN

PENGKAJIAN MEDIS (diisi oleh dokter)

Petunjuk : Beri tanda (✓) pada kolom yang di anggap sesuai

Pasien Tiba diruangan tanggal: _____, Pukul _____, Pengkajian dimulai tanggal: _____, Pkl _____

Pengkajian dilakukan : Auto Allo anamnesis, hubungan dengan pasien _____

I. Anamnesis

1. Keluhan Utama (lama, pencetus) :

- Demam +
- Lemah
- nyeri ↓
- Batuk CB

2. Riwayat Penyakit Sekarang :

Rm 0

3. Riwayat Penyakit Dahulu (termasuk riwayat operasi) :

Rm Bcm 10

4. Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada Ada, sebutkan _____

5. Riwayat pekerjaan : Apakah pekerjaan pasien berhubungan dengan zat-zat berbahaya (misalnya : Kimia, Gas, Radiasi, dll) Ya , sebutkan _____

6. Riwayat Alergi Tidak ada Ada, yaitu : Makanan : _____
 Obat : _____
 Reaksi berupa : _____

7. Riwayat minum obat/ herbal/jamu sebelum ke RS? Tidak ada Ada , sebutkan _____

8. Riwayat Obat yang sedang dikonsumsi Tidak ada Ada , sebutkan _____
 (lanjut rekonsiliasi oleh apoteker)

II. Pemeriksaan Fisik

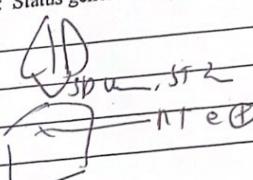
1. Keadaan Umum : Tampak tidak sakit Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat

2. Kesadaran : Compos mentis Apatis Somnolen Sopor Sopor coma Coma

3. GCS 15 : E _____ M _____ V _____

4. Tanda Vital : TD : 114 mmHg, Suhu : 36.1°C, Nadi : 74x/mnt, Pernafasan : 18 x/mn

5. Pemeriksaan : Status generalis dan status lokalnis (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi)



III. Pemeriksaan Penunjang(Laboratorium, Radiologi, dll): _____

[IV. Diagnosis Kerja : Teknis al

V. Diagnosis Banding : Wet - fly ✓

VI. Permasalahan Prioritas Medis : luka-sar,

^{VI.} *Terminus*

VII. Permasalahan Prioritas Keperawatan : _____

VIII. Rencana Asuhan dan Terapi (Standing order) Kolaborasi/ konsultasi

1. Terapi:
- ~~VFD~~ Abus 1500 cc / hr ⊕ Solvent 1 L
- Topical 1x40% " and/or w/v
- Lactopur w/v

2. Tindakan:

3. Konsultasi:

4 Pemeriksaan penunjang lanjutan : Foto teks, UL

IX. Hasil yang diharapkan / Sasaran Rencana Asuhan:

Jefferson 4.4

X. Edukasi awal tentang diagnosis, rencana, tujuan terapi kepada :

Pasien Keluarga: _____

XI. Rencana pulang : _____ hari / tidak dapat diprediksi

Telah dijelaskan _____
Pasien/ Keluarga _____ Jakarta, _____, _____, 20_____, P
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan _____

A blue ink drawing of a stylized plant or vine. It features a looped structure on the left, a wavy line in the middle, and a long horizontal line extending to the right. The drawing is signed "Gloria St. Onge" in blue ink at the top right.

Nama dan tanda tangan

Nama dan tanda tangan

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Tenaga Keperawatan)

Petunjuk : Beri tanda (✓) pada kolom yang anda anggap sesuai

Asesmen dimulai : tanggal 20/4/ pkl 23.30

Anamnesis dengan cara : Auto Allo, Hubungan dengan pasien: _____

Cara masuk : Jalan tanpa bantuan Jalan dengan bantuan Dengan kursi roda Dengan stretcher

Asal pasien : IGD Poliklinik Kamar bersalin Kamar operasi Rujukan

Asal pasien : Status Sosial , Ekonomi, Agama, Suku/Budaya, Nilai Kepercayaan Dan Kebutuhan Privasi

1. Data sosial:

a. Pekerjaan pasien : PNS/TNI/POLRI Swasta Wiraswasta Pensiu Pelajar/ Mahasiswa

Lain-lain : _____

b. Pekerjaan penanggung jawab/OT pasien : PNS/ TNI/ POLRI Swasta Pensiu Wiraswasta

Lain-lain : _____

c. Pendidikan pasien : Belum sekolah Tidak sekolah TK SD SMP SLTA Akademi/PT Pasca Sarjana

S3 Profesor Lain-lain : _____

d. Pendidikan suami /Penanggung jawab/OT: Tidak sekolah TK SD SMP SLTA

Akademi/PT Pasca Sarjana S3 Profesor Lain-lain : _____

e. Cara pembayaran : Pribadi Perusahaan Asuransi lain-lain _____

f. Tinggal bersama : Keluarga Orang tua Anak Mertua Teman Sendiri Panti Asuhan

Panti jompo Lain-lain : _____

2. Spiritual (Agama) : Islam Protestan Katolik Hindu Budha Konghucu

Mengungkapkan keprihatinan yang berhubungan spiritual :

Tidak Ya: Ketidak mampuan untuk mempertahankan praktek spiritual seperti biasa

Bimbingan Rohani/ pelayanan kerohanian

Lain – lain : _____

3. Suku / budaya : jawa betawi batak minang melayu bugis sunda madura lain-lain _____

4. Nilai-nilai kepercayaan pasien / keluarga: Ada Tidak ada

Tidak mau dilakukan transfusi Tidak mau pulang dihari tertentu

Tidak mau imunisasi pada anaknya

Tidak mau konsumsi obat mengandung alcohol

Tidak mau mengkonsumsi obat yang mangandung bahan tidak halal.

Tidak makan makanan tertentu Lain – lain _____

5. Kebutuhan privasi pasien : Tidak Ya

Membatasi kunjungan , jika ada sebutkan _____

Kondisi penyakit/ Pengobatan tidak mau diketahui orang lain/ hanya tertentu

Tidak menerima kunjungan.

Tidak mau dirawat petugas laki-laki /perempuan

Tidak mau diketahui keberadaannya di rumah sakit

Lain – lain _____

II. Anamnesis :

1. Diagnosis medis saat masuk : Dengue fever Hari ke 7
2. Keluhan Utama : Demam Suhu 1 minggu. JV (terutama siang sore) nyalat perut kembung (+) Batuk (+)
3. Riwayat Penyakit Sekarang : Obat Febnis Hari ke 7
4. Riwayat Penyakit Dahulu termasuk riwayat pembelahan :
- Penyakit yang pernah diderita : _____
 - Pernah dirawat : Tidak Pernah, kapan ? , Diagnosis medis _____
 - Pernah operasi/ tindakan: Tidak Ya, kapan _____ jenis operasi _____
 - Masalah operasi/ pembiusan : Tidak Ya , sebutkan _____
5. Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada Ada, sebutkan _____
6. Riwayat pemakaian obat/ herbal/jamu sebelum masuk RS : Tidak ada Ada, sebutkan _____ lanjut rekonsiliasi oleh Apoteker.
7. Riwayat penggunaan peobat yang sedang digunakan : Tidak ada Ada, sebutkan _____
8. Apakah pernah mendapatkan obat pengencer darah (aspirin, warfarin,plavix dll)
 Tidak, Ya, kapan _____
9. Riwayat Alergi: Tidak ada Ada, sebutkan _____
10. Nyeri : Tidak ada Ada, Dengan skala nyeri : NRS, VAS FLACSS Wong Baker BPS
- Deskripsi : Provokes : Benturan Tindakan Proses penyakit , Lain-lain, _____
 - Quality : Seperti tertusuk-tusuk benda tajam/tumpul Berdenyut Terbakar
 Tertindih benda berat Diremas Terpelintir Teriris
 - Region : Lokasi : _____ Menyebar: Tidak Ya _____
 - Severity : FLACSS, Score: _____ Wong Baker Faces, Score: _____ NRS/VAS, Score : _____ BPS, Score : _____
 - Time/ durasi nyeri : _____
- f. Jika ada keluhan nyeri lakukan Pengkajian lanjutan dan intervensi
11. Riwayat Tranfusi darah : Tidak pernah Pernah, kapan _____
Timbul reaksi Tidak / Ya _____
12. Golongan darah / Rh : A B O AB Rh : Positif Negatif
13. Khusus pasien dengan riwayat kemoterapi & radioterapi :
- Tidak pernah Pernah, kapan _____ Sudah berapa kali _____, terakhir _____
 - Cara pemberian : Melalui Suntik Melalui infus Melalui oral / minum
 - Riwayat radioterapi: Tidak pernah Pernah, kapan _____, berapa kali _____
 - Efek samping : Mual Muntah Jantung berdebar Pusing Rambut rontok
 Lain-lain _____
14. Riwayat merokok : Tidak Ya, jumlah/hari 1 BUNEKUL Lamanya 13 THN.
15. Riwayat minum minuman keras : Tidak Ya, jenis _____ Jumlah/hari _____
16. Riwayat penggunaan obat penenang : Tidak Ya, jenis _____ Jumlah/hari _____
17. Riwayat Pernikahan : Belum menikah Menikah, Lama menikah: _____ Pernikahan keberapa: _____

Jl. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum: Tampak tidak sakit Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat
2. Kesadaran : Compos mentis Apatis Somnolen Sopor Sopor coma Coma
3. GCS : E 4 M 6 V 5
4. Tanda Vital : TD 140/90 mmHg, Suhu : 38 C, Nadi : 88 x/mnt, Pernafasan : 18 x/ mnt
5. Antropometri : BB 71 kg, TB _____ cm, LK _____ cm, LD _____ cm, LP : _____ cm
6. Pengkajian Persistem dan pengkajian fungsi :

Pengkajian Persistem/ fungsi	Hasil Pemeriksaan
Sistem Susunan saraf pusat	Kepala : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hydrocephalus <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Mikrocepalus <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Ubun – ubun : <input checked="" type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Menonjol <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Wajah: <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Bell's Palsy <input type="checkbox"/> Kelainan kongenital : _____ Leher : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Kaku Kuduk <input type="checkbox"/> Pembesaran Tiroid <input type="checkbox"/> Pembesaran KGB <input type="checkbox"/> Keterbatasan gerak <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Kejang : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Tipe _____ Sensorik : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Sakit nyeri <input type="checkbox"/> Rasa kebas Motorik : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hemiparese <input type="checkbox"/> Tetraparese
Sistem Penglihatan/ Mata	Gangguan penglihatan : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ada : <input type="checkbox"/> Miopi <input type="checkbox"/> Hipermetropi <input type="checkbox"/> Presbiopi <input type="checkbox"/> Astigmatisme <input type="checkbox"/> Buta Posisi mata : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor Kelopak Mata : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Konjungtiva : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Konjungtivitis <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Sklera : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Alat bantu penglihatan: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Mata palsu <input type="checkbox"/> Kaca mata <input type="checkbox"/> Lensa kontak
Sistem Pendengaran	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Tuli <input type="checkbox"/> Keluar cairan <input type="checkbox"/> Berdengung <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Menggunakan alat bantu pendengaran : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Sistem Penciuman	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Pengeluaran cairan <input type="checkbox"/> Polip <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Epistaksis <input type="checkbox"/> Lain lain _____
Sistem Pernafasan	Pola napas : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bradipneu <input type="checkbox"/> Tachipneu <input type="checkbox"/> Kusmaull <input type="checkbox"/> Cheyne stokes <input type="checkbox"/> Biots <input type="checkbox"/> Apneu <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Retraksi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____ NCH : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Jenis pernafasan : <input checked="" type="checkbox"/> Dada <input type="checkbox"/> Perut <input type="checkbox"/> Alat bantu napas, sebutkan _____

	Irama napas : <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Terpasang WSD : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Produksi _____ Kesulitan bernapas : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jika ya : <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Orthopneu Batuks dan sekresi : <input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain _____ Warna sputum : <input type="checkbox"/> Putih <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Merah Suara napas : <input checked="" type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ronchi <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Kreckles
Sistem Kardiovaskuler/jantung	Warna kulit : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Clubbing Finger : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nyeri dada : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan _____ Denyut nadi: <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Sirkulasi : <input checked="" type="checkbox"/> Akral hangat <input type="checkbox"/> Akral dingin <input type="checkbox"/> Rasa kebas <input type="checkbox"/> Palpitasi Edema, lokasi _____ Pulsasi : <input checked="" type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ CRT : <input checked="" type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik
Sistem Pencernaan	Mulut : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Stomatitis <input type="checkbox"/> Mukosa kering <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Gigi : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Karies <input type="checkbox"/> Tambal <input type="checkbox"/> Goyang <input type="checkbox"/> Gigi palsu <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Lidah : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Tenggorokan : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hiperemis <input type="checkbox"/> Pembesaran Tonsil <input type="checkbox"/> Sakit menelan Abdomen : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Lembek <input type="checkbox"/> Distensi <input type="checkbox"/> Kembung <input type="checkbox"/> Asites <input type="checkbox"/> hepatomegali <input type="checkbox"/> Splenomegali <input type="checkbox"/> Nyeri tekan/lepas, lokasi _____ <input type="checkbox"/> Ada benjolan/ massa, lokasi _____ Peristaltik usus: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Tidak ada bising usus <input type="checkbox"/> Hiperperistaltik Anus : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Atresia Ani <input type="checkbox"/> Haemoroid <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Lain – lain _____ BAB: <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Inkontinenzia alvi <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> Diare Frekuensi _____/hari
Sistem Genitourinaria	Kelainan : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hipospadia <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Hidrokel <input type="checkbox"/> Ambigous <input type="checkbox"/> Phimosis <input type="checkbox"/> Lain-lain-- BAK : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Anuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Retensi urin <input type="checkbox"/> Inkontinenzia urin <input type="checkbox"/> Hematuri <input type="checkbox"/> Urostomy, Warna _____ Palpasi : <input checked="" type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Ada kelainan, _____ Perkusii : <input checked="" type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Nyeri ketok, lokasi : _____
Sistem Reproduksi	Wanita Menarche : umur ___ th, Siklus haid ___ hari, Lama haid : ___ hari, HPHT ___ Gangguan haid: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Dismenorhe <input type="checkbox"/> Metrorragi <input type="checkbox"/> Spotting <input type="checkbox"/> Lain-lain : ___

	<p>Penggunaan alat kontrasepsi: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan _____</p> <p>Payudara : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Benjolan <input type="checkbox"/> Tampak seperti kulit jeruk <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Puting susu: <input type="checkbox"/> menonjol/lecet/masuk kedalam, <input type="checkbox"/> Keluar darah/cairan</p> <p>Tanda – tanda mastitis : <input type="checkbox"/> Bengkak <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Uterus : TFU _____ Kontraksi uterus : keras / lembek</p> <p>Laki-laki</p> <p>Sirkumsisi : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</p> <p>Gangguan prostat: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____</p>
Sistem Integumen	<p>Turgor : <input checked="" type="checkbox"/> Kembali cepat <input type="checkbox"/> Kembali lambat <input type="checkbox"/> Kembali sangat lambat</p> <p>Warna : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Pucat</p> <p>Integritas : <input checked="" type="checkbox"/> Utuh <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Rash/ruam <input type="checkbox"/> Ptekiae</p> <p>Kriteria risiko dekubitus : <input type="checkbox"/> Pasien immobilisasi <input type="checkbox"/> Penurunan kesadaran <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Inkontinensia uri/alvi <input type="checkbox"/> Kelumpuhan <input type="checkbox"/> Penurunan persepsi sensori : <input type="checkbox"/> kebas <input type="checkbox"/> Penurunan respon nyeri</p> <p><i>(Bila terdapat satu atau lebih kriteria di atas,lakukan pengkajian dengan menggunakan formulir pengkajian resiko dekubitus/score Braden Scale)</i></p>
Sistem Muskuloskletal	<p>Pergerakan sendi : <input checked="" type="checkbox"/> Bebas <input type="checkbox"/> Terbatas</p> <p>Kekuatan otot : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Tremor</p> <p>Nyeri sendi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____</p> <p>Oedema : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____</p> <p>Fraktur : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____</p> <p>Parese : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada lokasi _____</p> <p>Postur tubuh : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Skoliosis <input type="checkbox"/> Lordosis <input type="checkbox"/> Kyphosis</p>
Sistem Endokrin Metabolik	<p>Mata : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Exophthalmus <input type="checkbox"/> Endophtalmus</p> <p>Leher : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Pembesaran kelenjar tiroid</p> <p>Ekstremitas : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Berkeringat</p>

IV. Pengkajian fungsi kognitif dan motorik

1. Kognitif

- Orientasi penuh Pelupa Bingung Tidak bisa dikaji

2. Motorik

- a. Aktifitas sehari-hari : Mandiri Bantuan minimal Bantuan sebagian Ketergantungan total

- b. Berjalan : Tidak ada kesulitan Perlu bantuan Sering jatuh Kelumpuhan
 Paralisis Deformitas Hilang keseimbangan

- c. Riwayat patah tulang: Tidak Lain – lain _____

- d. Alat ambulasi : Walker Tongkat Kursi roda Tidak menggunakan

- e. Ekstremitas atas : Tidak ada kesulitan Lemah

- f. Ekstremitas bawah : TAK Varises Edema _____ Tidak simetris Lain – lain _____

- g. Kemampuan menggenggam : Tidak ada kesulitan Ada, sejak _____ Lain-lain _____

- h. Kemampuan koordinasi : Tidak ada kelainan Ada masalah: _____

- i. Kesimpulan gangguan fungsi : Ya (konsul DPJP) dan assesmen fungsi oleh fisioterapi
 Tidak (tdk perlu konsul DPJP)

3. Pengkajian risiko pasien jatuh

a. Risiko Jatuh Humpty Dumpty

- Risiko rendah 0 – 6 Risiko sedang 7 – 11 Risiko Tinggi ≥ 12

b. Risiko Jatuh Morse (Pasien dewasa dan pasien yang dirawat di ruang non intensif)

- Risiko rendah 0 – 24 Risiko sedang 25 – 44 Risiko Tinggi ≥ 45

c. Risiko jatuh geriatri (usia > 60 tahun) Ontario Modified Stratify- Sydney Scoring

- 0-5 Risiko rendah 6-16 Risiko sedang > 16 Risiko tinggi

Keterangan :pasang gelang/ penanda risiko jatuh pada pengkajian risiko tinggi dan lakukan pengkajian Ulang.

4. Proteksi

- a. Status Mental : Orientasi Tidak ada respon Agitasi Menyerang Kooperatif
 Letargi Disorientasi : Orang Tempat Waktu
- b. Penggunaan restrain : Tidak
- Ya, alasan : Membahayakan diri sendiri
 - Membahayakan orang lain
 - Merusak lingkungan /peralatan Gaduh gelisah
 - Pembatasan gerak
 - Kesadaran menurun Pasien geriatri dengan keterbatasan
- Jenis restraint : Mekanik Farmakologi Psikologi Penghalang Pengikatan
 Lain-lain _____

5. Psikologis

- Status psikologis : Tenang Cemas Sedih Depresi Marah Hiperaktif
 Mengganggu sekitar Lain-lain _____

V. SKRINING GIZI OLEH PERAWAT

Risiko Nutrisional (Malnutrition Screening Tools /MST) Pasien dewasa :

No	Aspek Yang di Nilai	Skor
1	Apakah ada penururan berat badan dalam 6 bulan terakhir?	
	a. Tidak ada penurunan berat badan	0 ✓
	b. Tidak yakin/tidak tahu/terasa baju longgar	2
	c. Jika Ya, berapa penurunan BB tersebut	
	• 1- 5 kg	1
	• 6 - 10 kg	2
	• 11- 15 kg	3
	• > 15 kg	4
2	Apakah penurunan nafsu makan atau kesulitan menerima makanan ?	0
	• Ya	1
	• Tidak	0 ✓
	Diagnosis khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya skor : 2 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / Geriatri / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan)	
	Total scor	0
Bila Skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilaporkan ke dokter dan langsung asuhan gizi oleh ahli gizi		

Anak (Berdasarkan STRONG)

No	Aspek Yang Dinilai	Tidak	Ya
1	Apakah pasien tampak kurus	0	1
2	Penurunan BB selama 1 bulan terakhir ?(berdasarkan penilaian obyektif data BB bila ada/ penilaian subjektif dari orangtua pasien atau untuk bayi \leq 1 tahun BB tidak naik selama 3 bln terakhir)	0	1
3	Apakah terdapat kondisi salah satu diare \geq 5 kali / hari, muntah \geq 3 kali/ hari & asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	0	1
4	Adakah penyakit / keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi?	0	2
	Total skor		

Risiko Nutrisi : Rendah (Total skor 0) Sedang (Total skor 1-3) Tinggi (Total skor 4-5), Risiko sedang dan tinggi lanjut asuhan gizi oleh ahli gizi

VI DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN/ DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- Nyeri Keselamatan pasien Tumbuh kembang Risiko Nutrisi
- Pola Tidur Suhu Tubuh Perfusi jaringan Eliminasi
- Mobilitas/aktifitas Pengetahuan/komunikasi Jalan nafas/pertukaran gas Konflik peran
- Integritas kulit Perawatan diri Keseimbangan cairan dan elektrolit
- Infeksi Pola nafas Lain – lain Mual.

VII RENCANA KEPERAWATAN :

1. Obr trv. (TD : N : S :)
2. Potensial peningkatan cultur tubuh - bd viral inf.
3. Nutri Kurap dari tubuh tbuh bd mual.
4. _____
5. _____

SASARAN ASUHAN YANG DIHARAPKAN

TTV dbn suhu tubuh (N), Nutri Terpenuhi.

VIII. PERENCANAAN PERAWATAN INTERDISIPLIN/REFERAL

1. Diet dan nutrisi : Tidak Ya : _____
2. Rehabilitasi medik : Tidak Ya : _____
3. Farmasi : Tidak Ya : _____
4. Perawatan luka : Tidak Ya : _____
5. Manajemen nyeri : Tidak Ya : _____
6. Lain-lain : Tidak Ya : _____

IX. PERENCANAAN PEMULANGAN PASIEN (DISCHARGE PLANNING)

Pasien dan keluarga dijelaskan tentang perencanaan pulang : Tidak Ya

Lama perawatan rata-rata : 5 hari/ tidak bisa diprediksi, tanggal rencana pulang : 25/11/23

Perencanaan edukasi pasien pulang :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perawatan diri/ personal hygiene | <input type="checkbox"/> Perawatan nifas/ post SC |
| <input type="checkbox"/> Perawatan luka | <input type="checkbox"/> Perawatan bayi |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pemantauan pemberian obat | <input type="checkbox"/> Bantuan medis/ perawatan di rumah (Home care) |
| <input type="checkbox"/> Perawatan payudara | <input type="checkbox"/> penanganan kejang/ demam / diare saat dirumah |
| <input type="checkbox"/> Pemantauan diet | <input type="checkbox"/> Lain – lain _____ |

Bila salah satu jawaban " Ya " dari kriteria perencanaan pemulangan pasien /discharge planning dibawah ini, maka akan dilanjutkan pengkajian dan perencanaan asuhan pada formulir discharge planning .

1. Geriatri (dengan gangguan fungsi lebih dari satu) : Ya Tidak
2. Umur \geq 65 tahun : Ya Tidak
3. Keterbatasan aktivitas untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari: Ya Tidak
4. Perawatan lanjutan (menggunakan alat, perawatan luka) : Ya Tidak
5. Pengobatan lanjutan (Pasca strok, serangan jantung, dimensia, DM, TBC,) : Ya Tidak
Penyakit dengan potensi mengancam nyawa lainnya, Jantung, kemoterapi)
6. Pasien berasal dari panti jompo : Ya Tidak
7. Pasien tinggal sendirian tanpa dukungan sosial secara langsung : Ya Tidak
8. Lain-lain _____

X. Pengkajian transportasi

1. Transportasi pulang : Mandiri Berjalan Dibantu sebagian Dibantu keseluruhan
2. Transportasi yang digunakan : Kendaraan pribadi (mobil , beroda dua) Mobil ambulance

Kendaraan umum sebutkan _____

Tanggal/ bulan/ tahun / pukul : 25 / 11 / 23 / Pukul : _____

Yang melakukan pengkajian

(Dr. Suci R.)

Verifikasi DPJP

(R)

Nama dan tanda tangan