

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

LABEL IDENTITAS PASIEN

### PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP

#### PENGKAJIAN MEDIS (diisi oleh dokter)

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

Pasien Tiba diruangan tanggal: 11/11/23, Pukul 20<sup>45</sup>, Pengkajian dimulai tanggal: 18/11/23 Pkl 09

Pengkajian dilakukan : ☒ Auto ☐ Allo anamnesis, hubungan dengan pasien \_\_\_\_\_

#### I. Anamnesis

1. Keluhan Utama ( lama, pencetus ):

Benjolan di payudara kiri ± 2 bln ini

2. Riwayat Penyakit Sekarang :

Benjolan sejak ± 2 bln membesar perlahan

3. Riwayat Penyakit Dahulu ( termasuk riwayat operasi ):

Tdk ada

4. Riwayat Penyakit Keluarga : ☒ Tidak ada ☐ Ada, sebutkan \_\_\_\_\_

5. Riwayat pekerjaan : Apakah pekerjaan pasien berhubungan dengan zat-zat berbahaya ( misalnya : Kimia, Gas, Radiasi, dll ) ☒ Tidak ☐ 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 : E 4 M 6 V 5

4. Tanda Vital : TD : 120/80 mmHg, Suhu : 36,7 °C, Nadi : 88 x/mnt, Pernafasan : 20 x/mn

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

A. Lokalis :

mar. m.

Benjolan ± 2 cm

mobile, batas tegas

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Tenaga Keperawatan)**

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

Asesmen dimulai : tanggal 17/11/2020

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

**I. Status Sosial , Ekonomi, Agama, Suku/Budaya, Nilai Kepercayaan Dan Kebutuhan Privasi**

**1. Data sosial:**

- a. Pekerjaan pasien : ☐ PNS/TNI/POLRI ☐ Swasta ☐ Wiraswasta ☐ Pensiun ☐ Pelajar/ Mahasiswa  
☐ Lain-lain : \_\_\_\_\_
- b. Pekerjaan penanggung jawab/OT pasien : ☐ PNS/ TNI/ POLRI ☐ Swasta ☐ Pensiun ☐ 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 tranfusi ☐ Tidak mau pulang dihari tertentu
- ☐ Tidak mau imunisasi pada anaknya
- ☐ Tidak mau konsumsi obat mengandung alcohol
- ☐ Tidak mau mengkonsumsi obat yang mengandung 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 : TUPD Simistro
2. Keluhan Utama : Benjolan di payudara kiri ± 6 blr yg lalu
3. Riwayat Penyakit Sekarang : TUPD Simistro
4. Riwayat Penyakit Dahulu termasuk riwayat pembedahan :
  - a. Penyakit yang pernah diderita : \_\_\_\_\_
  - b. Pernah dirawat : ☒ Tidak ☐ Pernah, kapan \_\_\_\_\_, Diagnosis medis \_\_\_\_\_
  - c. Pernah operasi/ tindakan : ☒ Tidak ☐ Ya, kapan \_\_\_\_\_  
jenis operasi \_\_\_\_\_
  - d. 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
  - a. Deskripsi : Provokes : ☐ Benturan ☐ Tindakan ☐ Proses penyakit, ☐ Lain-lain, \_\_\_\_\_
  - b. Quality : ☐ Seperti tertusuk-tusuk benda tajam/tumpul ☐ Berdenyut ☐ Terbakar  
☐ Tertindih benda berat ☐ Diremas ☐ Terpelintir ☐ Teriris
  - c. Region : ☐ Lokasi : \_\_\_\_\_ ☐ Menyebar : ☐ Tidak ☐ Ya \_\_\_\_\_
  - d. Severity : ☐ FLACSS, Score: \_\_\_\_\_ ☐ Wong Baker Faces, Score: \_\_\_\_\_ ☐ NRS/VAS, Score : \_\_\_\_\_ BPS, Score : \_\_\_\_\_
  - e. 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 :
  - a. ☒ Tidak pernah ☐ Pernah, kapan \_\_\_\_\_ Sudah berapa kali \_\_\_\_\_, terakhir \_\_\_\_\_
  - b. Cara pemberian : ☐ Melalui Suntik ☐ Melalui infus ☐ Melalui oral / minum
  - c. Riwayat radioterapi : ☐ Tidak pernah ☐ Pernah, kapan \_\_\_\_\_, berapa kali \_\_\_\_\_
  - d. Efek samping : ☐ Mual ☐ Muntah ☐ Jantung berdebar ☐ Pusing ☐ Rambut rontok  
☐ Lain-lain \_\_\_\_\_
14. Riwayat merokok : ☒ Tidak ☐ Ya, jumlah/hari \_\_\_\_\_ Lamanya \_\_\_\_\_
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: 13 Pernikahan beberapa: \_\_\_\_\_

### III. 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 130/80 mmHg, Suhu: 36 C, Nadi: 80 x/mnt, Pernafasan: (16) x/mnt
5. Antropometri : BB \_\_\_\_\_ kg, TB \_\_\_\_\_ cm, LK \_\_\_\_\_ cm, LD \_\_\_\_\_ cm, LP: \_\_\_\_\_ cm
6. Pengkajian Persistem dan pengkajian fungsi :

Pengkajian Persistem/ fungsi	Hasil Pemeriksaan
Sistem Susunan saraf pusat	<p>Kepala : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hydrocephalus <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Mikrocephalus <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Ukun – ukun : <input checked="" type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Menonjol <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Wajah: <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Bell's Palsy <input type="checkbox"/> Kelainan kongenital : _____</p> <p>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 _____</p> <p>Kejang : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Tipe _____</p> <p>Sensorik : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Sakit nyeri <input type="checkbox"/> Rasa kebas</p> <p>Motorik : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hemiparese <input type="checkbox"/> Tetraparese</p>
Sistem Penglihatan/ Mata	<p>Gangguan penglihatan : <input checked="" 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</p> <p>Posisi mata : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris</p> <p>Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Anisokor</p> <p>Kelopak Mata : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cekung <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Konjungtiva : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Konjungtivitis <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Sklera : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Ikterik <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>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</p>
Sistem Pendengaran	<p><input checked="" 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 _____</p> <p>Menggunakan alat bantu pendengaran : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p>
Sistem Penciuman	<p><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 _____</p>
Sistem Pernafasan	<p>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 _____</p> <p>Retraksi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____</p> <p>NCH : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>Jenis pernafasan : <input checked="" type="checkbox"/> Dada <input type="checkbox"/> Perut <input type="checkbox"/> Alat bantu napas, sebutkan _____</p>



	Irama napas : <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Terpasang WSD : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Produksi _____ Kesulitan bernapas : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jika ya : <input type="checkbox"/> Dispneu <input type="checkbox"/> Orthopneu <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Batuk dan sekresi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jika ya: <input type="checkbox"/> Produktif <input type="checkbox"/> Non produktif Warna sputum : <input type="checkbox"/> Putih <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> Hijau <input type="checkbox"/> Merah Suara napas : <input 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 type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan _____ Denyut nadi: <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak teratur Sirkulasi : <input type="checkbox"/> Akral hangat <input type="checkbox"/> Akral dingin <input type="checkbox"/> Rasa kebas <input type="checkbox"/> Palpitasi <input type="checkbox"/> Edema, lokasi _____ Pulsasi : <input type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ CRT : <input 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 checked="" 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 type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Atresia Ani <input type="checkbox"/> Haemoroid <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Lain - lain _____ BAB: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Inkontinensia 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"/> Ambiguous <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"/> Inkontinensia urin <input type="checkbox"/> Hematuri <input type="checkbox"/> Urostomy, Warna _____ Palpasi : <input checked="" type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Ada kelainan, _____ Perkusi : <input checked="" type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> Nyeri ketok, lokasi : _____
Sistem Reproduksi	Wanita Menarche : umur <u>12</u> th, Siklus haid ____ hari, Lama haid : <u>7</u> 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 : ____

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

#### IV. Pengkajian fungsi kognitif dan motorik

##### 1. Kognitif

☒ Orientasi penuh ☐ Pelupa ☐ Bingung ☐ Tidak bisa dikaji

##### 2. Motorik

a. Aktivitas 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: ☒ — ☐ 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 asesmen 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  $\geq 12$

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

☒ Risiko rendah 0 – 24 ☐ Risiko sedang 25 – 44 ☐ Risiko Tinggi  $\geq 45$

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 ( Malnutrision Screening Tools /MST) Pasien dewasa :

No	Aspek Yang di Nilai	Skor
1	Apakah ada penurunan 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 _____)	2
	Total scor	0 2

Bila Skor  $\geq 2$  dan atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilaporkan ke dokter dan langsung asuhan gizi oleh ahli gizi



Pasien kurang dan dapat tidur

#### VIII. PERENCANAAN PERAWATAN INTERDISIPLIN/REFERAL

1. Diet dan nutrisi : ☒ Tidak ☐ Ya : Asupan SLI
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 : 22-11-2023

Perencanaan edukasi pasien pulang :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perawatan diri/ personal hygiene     | <input type="checkbox"/> Perawatan nifas/ post SC                        |
| <input checked="" 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 .

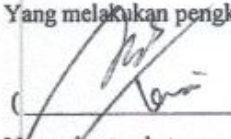
1. Geriatri ( dengan gangguan fungsi lebih dari satu ) : ☐ Ya ☐ Tidak
2. Umur  $\geq 65$  tahun : ☐ Ya ☐ Tidak
3. Keterbatasan aktivitas untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari: ☐ Ya ☐ Tidak
4. Perawatan lanjutan ( menggunakan alat, perawatan luka ) : ☐ Ya ☐ Tidak
5. Pengobatan lanjutan ( Pasca stroke, 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 : 22 / 11 / 23 / Pukul : 13<sup>30</sup>

Yang melakukan pengkajian

(  )  
Nama dan tanda tangan

Verifikasi DPJP

( dr.  )  
Nama dan tanda tangan



**Dharma  
Nugraha**

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

11.93.01 PUTRI KHOERUNNISA  
15/04/1987 36 thn 7 bln 3 hari  
dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi  
Tgl 17/11/2023 231117-000  
JAMINAN, ADMEDIKA, KELAS I  
Lan, 307, 01

## DOKUMENTASI PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN ANESTESI UMUM

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI			
Dr. pelaksana tindakan		Evi	
Pemberi Informasi		Evi	
Penerima informasi		My Fita	
NO.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1.	Diagnosis (WD dan DD)	Tu pd.	✓
2.	Dasar diagnosis	Anamnesis <input type="checkbox"/> Pemeriksaan fisis <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan laboratorium <input type="checkbox"/> EKG <input checked="" type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan radiologi ( thorax , MRI,USG,dll) <input type="checkbox"/> lain-lain _____	✓
3.	Tindakan Kedokteran	Anastesi Umum	✓
4.	Indikasi Tindakan	Operasi	✓
5.	Tata Cara	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menggunakan obat bius diberikan dengan cara suntikan ke pembuluh darah atau dihirup melalui sungkup muka</li> <li>Dilakukan pemasangan alat / pipa pernafasan khusus melalui mulut atau hidung ke tenggorokan ( pipa endotrakeal) atau LMA ( sungkup Laring) untuk menjaga jalan nafas dan memelihara kedalaman pembiusan</li> </ul>	✓
6.	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membuat pasien tidak sadar dan tidak merasakan apa-apa</li> <li>Lama pembiusan dapat disamakan dengan lama operasi</li> <li>Kedalaman anestesi : hilangnya kesadaran , hilangnya rasa nyeri dan lemasnya otot-otot diatur sesuai kebutuhan .</li> </ul>	✓
7.	Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dapat timbul reaksi alergi / hypersensitif terhadap obat , mulai derajat ringan hingga berat / fatal</li> <li>Pada pasien yang tidak berpuasa bisa terjadi aspirasi yaitu masuknya isi lambung ke dalam jalan nafas / paru</li> <li>Dapat terjadi spasme laring ( kejang pita suara),spasme bronkus ( kejang jalan nafas ,bawah) dari ringan hingga berat yang bisa menyebabkan henti jantung</li> </ul>	✓
8.	Komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dapat terjadi kesulitan saat pemasangan pipa pernafasan yang tidak diduga sebelumnya</li> <li>Pipa pernafasan dapat mencederai gigi dan gusi</li> <li>Dapat terjadi nyeri tenggorokan dan batuk-batuk akibat pemasangan pipa pernafasan yang bersifat sementara dan bisa diatasi dengan obat</li> <li>Pasca bedah dapat berupa mual/muntah, mngggil, pusing, mengantuk dan bisa diatasi dengan obat</li> </ul>	✓
9.	Prognosis	Bergantung kondisi/ status finish ASA pasien	✓
10.	Alternatif Risiko		
11.	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasca bedah pasien harus sadar penuh sebelum diberikan minum/ makan</li> <li>Pemulihan lebih lama dapat terjadi</li> <li>Jika terjadi komplikasi yang tanpa diduga sebelumnya akan diatasi sesuai prosedur</li> </ul>	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			Nama dokter & TI Evi
Dengan ini menyatakan bahwa saya/keluarga pasien telah menerima informasi dari dokter ,sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan untuk bertanya/berdiskusi, dan telah memahaminya			Nama & TI ps/kel My Fita
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali / keluarga terdekat			



## PERSETUJUAN TINDAKAN ANESTESI UMUM

Yang bertanda tangan dibawah ini :

I. Nama : Ihwan Solihin  
Hubungan dengan pasien : pasien sendiri / suami/istri/anak /ayah /ibu\*, lain-lain \_\_\_\_\_  
Tgl lahir/ umur : 10.000 1984 tahun, jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan \*  
Alamat : N. Raya Cemerang no 57 RT/RW 01/06  
Kec. Sukatani Kec. Tapis Distrik

Dengan Ini Menyatakan persetujuan untuk dilakukan Tindakan ANESTESI UMUM, terhadap saya/ keluarga saya :

Nama Pasien : Nutri Khoerunnisa, No. RM :   
Tanggal lahir/Umur : 15 MEI 1987 / \_\_\_\_\_ tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan  
Alamat : N. Raya Cemerang no. 57

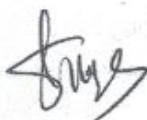
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan ANESTESI UMUM sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.


Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Hari Sabtu, tanggal 18, 11, 2020, pukul 08.30

Yang menyatakan\*

Saksi

  
( Ihwan Solihin )

  
( Dr. R.A. ) ( \_\_\_\_\_ )





**Dharma  
Nugraha**

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

**11.93.01PUTRI KHOERUNNISA**

15/04/1987

36 thn 7 bln 3 hai

dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi

Tgl 17/11/2023 231117-000

JAMINAN, ADMEDIKA, KELAS I

Lan, 307, 01

**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN KEDOKTERAN**

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter pelaksana Tindakan		Dear, Fmari	
Pemberi informasi		Wina	
Penerima Informasi			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDAI (v)
1	Diagnosis ( WD&DD)	tumor payudara kiri	
2	Dasar Diagnosis	FF + UH	
3	Tindakan Kedokteran	Breast	
4	Indikasi tindakan	DR + SI	
5	Tata Cara	DR + SI	
6	Tujuan	Keselamatan	
7	Risiko	Bedah	
8	Komplikasi	2 ml	
9	Prognosis	BR	
10	Alternatif Risiko		
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi			Nama dokter & TT 
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			Nama & TT pasien/ kel 
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali / keluarga terdekat			

## PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

I. Nama : Ihsan Solihin

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri / suami/istri/anak /ayah /ibu\*, lain-lain \_\_\_\_\_

Tgl lahir/ umur : 10 Nov 1984 / 38 tahun, jenis kelamin Laki-laki / Perempuan \*

Alamat : Jl. Raya Ciheny No. 57 bel. Sukatani kel. Tarr  
Dipole

Dengan Ini Menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan/ pengobatan \_\_\_\_\_

terhadap saya/ keluarga saya :

II. Nama Pasien : Purri Ichawansa, No. RM :

Tanggal lahir/Umur : 15 Apr 1987 / \_\_\_\_\_ tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan \*

Alamat : Jl. Raya Ciheny No. 57


Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul


saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Hari Sabtu, Tanggal 10, 11, 2020. Pukul 08.30

Yang menyatakan \*

Saksi

  
( Ihsan Solihin )

  
( Dr. Ika ) ( \_\_\_\_\_ )



[illegible]



[illegible]



Dharma  
Nugraha

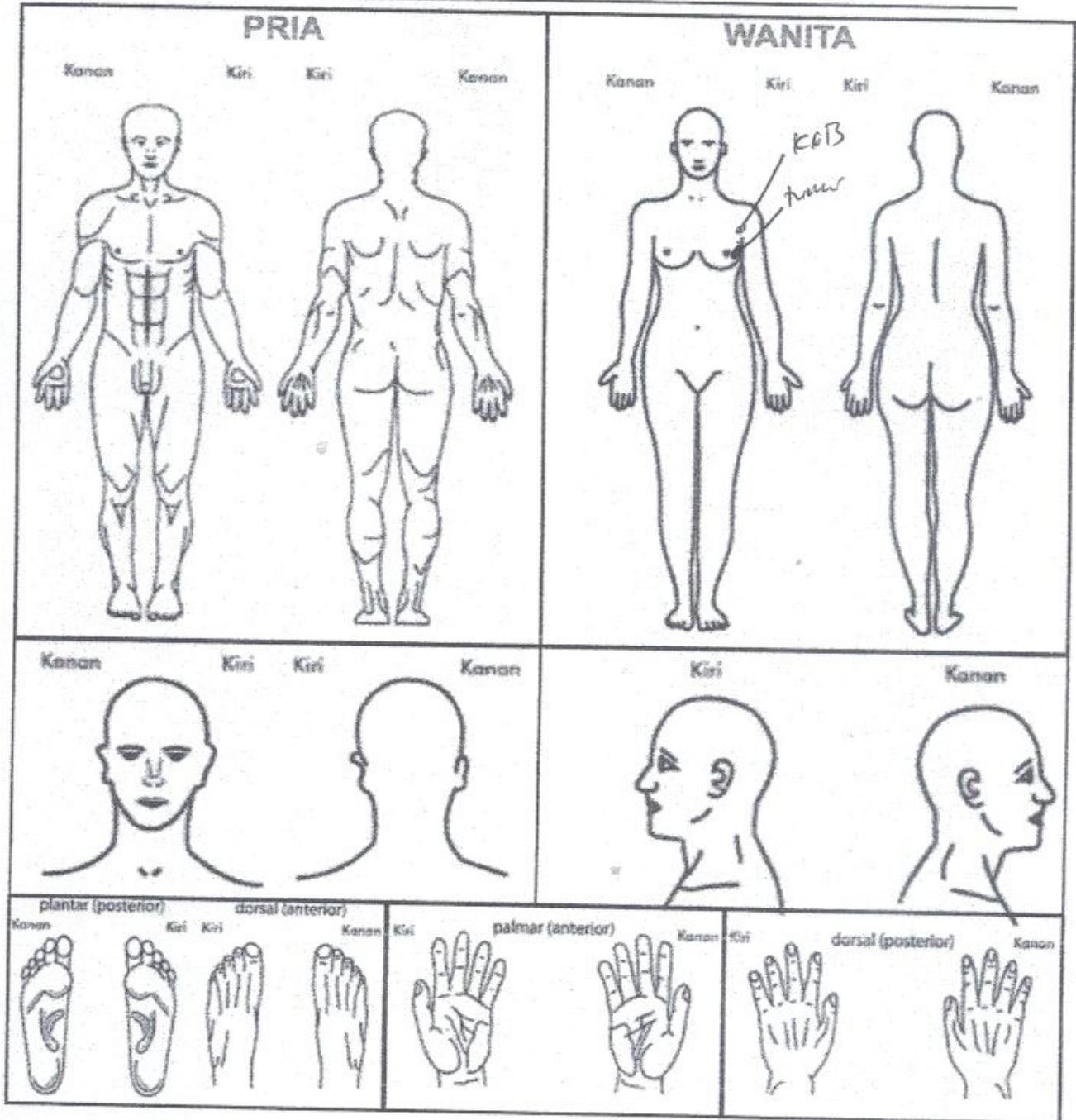
RUMAH SAKIT SDARMA NUGRAHA  
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN  
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

11.93.01PUTRI KHOERUNNISA  
15/04/1987 36 thn 7 bln 3 hari  
dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi  
Tgl 17/11/2023 231117-0001  
JAMINAN, ADMEDIKA, KELAS I

Lan, 307, 01

## PENANDAAN LOKASI OPERASI ATAU TINDAKAN INVASIF (SITE MARKING)

Prosedur Tindakan :



Saya menyatakan bahwa lokasi operasi yang telah ditetapkan pada diagram adalah benar

Jakarta, Tanggal: 10, 11, - 23

Pasien / keluarga

Tanda Tangan & Nama Jelas

DPJP

dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi

Tanda Tangan & Nama Jelas





Dharma  
Nugraha

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

11.93.01PUTRI KROE RANNISA  
15/04/1987 36 thn 7 bln 3 hari  
dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi  
Tgl 17/11/2023 231117-0001  
JAMINAN, ADMEDIKA, KELAS I

Lan, 307, 01

## ASESMEN ULANG NYERI DAN INTERVENSI

Asesmen awal nyeri : skala:

SKALA NYERI	PENILAIAN NYERI	TINDAKAN FARMAKOLOGI	NON FARMAKOLOGI	KAJI ULANG SESUAI REGULASI
0: Tidak ada nyeri 1-3: Nyeri ringan 4-6: Nyeri sedang 7-10: Nyeri berat	P ( Provokator) penyebab Q ( Quality) kualitas nyeri seperti apa R ( Regio) lokasi nyeri dimana S ( Saverity) skala nyeri Seberapa berat T ( Time) waktu, durasi	1. Kompres dingin / panas 2. Distraksi 3. Atur Posisi 4. Pijat 5. TENS/ fisioterapi 6. Relaksasi pernafasan		1. 5 menit pengobatan jantung 2. 15-30 menit setelah intervensi obat injeksi 3. 1 jam setelah intervensi obat oral/ lainnya 4. 1 x/ shift bila skor nyeri 1-3 5. Setiap 3 jam bila skor nyeri 4-6 6. Setiap jam bila skor nyeri 7-10 7. Dihentikan bila skor nyeri 0

## ASESMEN ULANG & INTERVENSI

TGL, BLN THN	JAM	NYERI +/-	SKALA	TINDAKAN FARMAKOLOGI DAN NON FARMAKOLOGI	KETERANGAN ( Tidur, Tersedasi, Tenang, merintih dll )	NAMA & TT
18-11-2023	12	+	6	farmakologi	tenang	
19/11/23	10	+	6	farmakologi	tenang	
20/11-23	16	+	6	farmakologi	tidur	
21/11-23	8	+	4	farmakologi	tenang	
22/11/23	8	0	2	farmakologi	tenang	





# Dharma Nugraha Hospital

Jl. Balai Pustaka Baru No. 19, Rawamangun  
Jakarta Timur, Telp. 4707433 s/d 37

2023

## KARTU TANDA PENGOBATAN Dharma Nugraha Hospital

Kartu No. : 11-93-01.

Nama : Ny. Putri Letho Rumnisa  
Tempat/Tgl. Lahir : 28-10 / Cirebon 1974-1987  
Pekerjaan : IRT  
Bangsa : Indonesia  
Alamat : Jln. Karya Cihayang Sukitania Tapos.  
Depok Jawa Barat  
Telpon : 081384892158

V. 001

Dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi Sp.B.K.-Onk  
AHLI BEDAH KONSULTAN ONKOLOGI

Praktek : Dharma Nugraha Hospital  
Jl. Balai Pustaka Baru No. 19  
Telp. 4707433 - 37

Tgl.	Keluhan	Pengobatan	Dil.
13-10-23	Bergula Lupa		

RM: 002/011/2023

11.93.01PUTRI KHOERUNNISA

15/04/1987

36 thn 7 bln 3 hari

dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi

Tgl 17/11/2023 231117-0001

JAMINAN, ADMEDIKA, KELAS I

Lan, 307, 01



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

### FORMULIR PENGKAJIAN PRA SEDASI / ANESTESI

Pre Sedasi

DPJP Anestesi : Dr. EUIPenata/ Perawat Anestesi : AmbarDPJB Bedah : Dr. WimpieTanggal : 19/11/23

Alkohol : ☒ Tidak ☐ Ya, selama \_\_\_\_\_  
Merokok : ☒ Tidak ☐ Ya, selama \_\_\_\_\_/hari  
Sedasi/anestesi sebelumnya ☐ Belum  
pernah sedasi/anestesi ☐ Pernah sedasi/anestesi  
tanpa komplikasi ☐ Pernah sedasi/anestesi dengan  
komplikasi  
Sebutkan, \_\_\_\_\_

Alergi

Obat yang dikonsumsi ☒ Tidak ☐ Ya :

#### Evaluasi Jalan Nafas

Bebas : ☒ Ya ☐ Tidak  
Leher pendek : ☐ Ya ☒ Tidak  
Gerak Leher : ☐ Ya ☒ Tidak  
Sulit ventilasi : ☐ Ya ☒ Tidak  
Alat bantu nafas : ☐ Ya ☒ Tidak

Obesitas : ☐ Ya ☒ Tidak  
Protusi Mandibula : ☐ Ya ☒ Tidak  
Mallampathy : ☐ I, II, III, IV  
Buka mulut : ☐ Ya ☒ Tidak  
Jarak Thyro mentohyoid : \_\_\_\_\_ cm  
Gigi : \_\_\_\_\_

#### Pemeriksaan Fungsi Sistem Organ

Pernafasan : ☒ Normal ☐ Tidak, Sebutkan \_\_\_\_\_  
Kardiovaskuler : ☒ Normal ☐ Tidak, Sebutkan \_\_\_\_\_  
Neuromuskuloskeletal : ☒ Normal ☐ Tidak, Sebutkan \_\_\_\_\_  
Renal/endokrin : ☒ Normal ☐ Tidak, Sebutkan \_\_\_\_\_  
Hepatogastrointestina : ☒ Normal ☐ Tidak, Sebutkan \_\_\_\_\_

Laboratorium dan pemeriksaan penunjang lain yang penting \_\_\_\_\_

STATUS FISIK : ASA 1 2 3 4 5 E  
Penyakit Pre Anestesi \_\_\_\_\_



Perencanaan

Teknik Sedasi / Anestesi

☐ Sedasi : ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Berat ☐ Epidural

☒ Anestesi umum ☐ Block Perifer

☐ Spinal ☐ Lain - lain

Teknik dan Alat Khusus

☐ Hipotensi ☐ TCI ☐ CPB ☐ Ventilator paru-paru ☐ Lain - lain :

☐ Bronkoskopi ☐ Glidescope ☐ USG ☐ Stimulator Saraf

Monitoring Persiapan Pre Sedasi / Anestesi

☐ EKG Lead 3 ☐ Arteri Line ☐ ETCO

☐ CVP ☐ Cath A. Pulmo ☐ SpO2

☐ Stetoscope ☐ NIBP ☐ NGT

☐ Kateter Urine ☐ Temp ☐ BIS

☐ Lain-lain

Dokter Anestesi

W. EVI

Nama dan tanda tangan

Asesmen Pre Induksi

Tanggal : 19/11/23

Kesadaran : C.M. TD :           

RR : 14 Suhu :           

EKG : 3-R

Pukul : 8.50

Nadi : 84 / M

SpO2 : 98

Lain-lain :           

Asesmen ☒ Sesuai asesmen pre sedasi/anestesi ☐ Tidak sesuai asesmen pre sedasi/anestesi

Perencanaan Insus umum

Infus Perifer : Tempat dan Ukuran lengan ka no 22

CVC           

Posisi

☒ Supine ☐ Prone ☐ Lain-lain

☐ Lithotomi ☐ Perlindungan mata

☐ Lateral ☐ Ka ☐ KI

Premedikasi

☐ Oral           

☐ IM           

☐ IV           

Induksi



Lain – lain : \_\_\_\_\_

Intubasi

- ☐ Sesudah tidur      ☐ Blind ☐ Dengan margile  
☐ Oral ☐ Nasal :      Oka   OKI   ☐ Cuff  
☐ Tracheostomi      ☐ Level ETT   ☐ Pack  
☐ Sulit ventilasi  
☐ Sulit intubasi
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ventilasi

- ☐ Spontan      ☐ Ventilasi : TV : RR : PEEP :  
☐ Kontrol      ☐ Lain-lain :

Teknik Regional/Block Perifer

Jenis : \_\_\_\_\_

Lokasi : \_\_\_\_\_

Jenis jarum / No : \_\_\_\_\_


Kateter : ☐ Ya ☐ Tidak      ☐ Fiksasi : \_\_\_\_\_ cm

Obat-obatan : \_\_\_\_\_

Komplikasi : \_\_\_\_\_

Hasil : ☐ Total block ☐ Partial      ☐ Gagal

Dokter Anestesi

  
( Dr. Evi )  
Nama dan tanda tangan



**Dharma  
Nugraha**

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

**11.93.01PUTRI KHOERUNNISA**

15/04/1987

36 thn 7 bln 3 har

dr. Wimple Florentinus Panggarbesi

Tgl 17/11/2023 231117-000

JAMINAN, ADMEDIKA, KELAS I

Lan, 307, 01

**LAPORAN OPERASI**

Nama Ahli Bedah/ operator : <i>Dr. Dem F. Nugraha</i>	Nama Asisten : <i>Dr. Kris</i>	Nama Perawat: <i>Dr. Cahya</i>
Nama Ahli Anestesi : <i>Dr. En. F. An</i>	Jenis Anestesi :	
Diagnosis Pra Operasi : <i>tumor mammae kanan T1 N1 M0</i>		
Diagnosis Pasca Operasi : <i>tumor mammae kanan T1 N1 M0</i>		
Nama / Macam Operasi : <i>ekst. + VC → gang → BCT</i>	Dikirim untuk pemeriksaan PA : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Jaringan yang Dieksisi / Insisi : <i>KGB kanan tumor mammae kanan</i>		
Tanggal Operasi : <i>18/11/2023</i>	Jam Operasi Dimulai: <i>08.45</i>	Jam Operasi Selesai: <i>12.30</i>
Lama Operasi Berlangsung : <i>4 jam</i>		
Penyulit / Komplikasi : <i>(-)</i>		Perdarahan : <i>SD</i> ml Jml Transfusi : <input type="checkbox"/> PRC ____ ml <input type="checkbox"/> WB ____ ml <input type="checkbox"/> Lain-lain ____
Barcode implant		
<p><b>Laporan Operasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Insisi supra klenoid kanan</li><li>- A &amp; antrepsi lapar &amp; selulosa, disain bayatan quon</li><li>- Biopsi ekim tumor mammae kanan → VC → gang</li><li>- Melakukan BCT</li><li>- Melakukan drain KGB kanan</li><li>- Jaga klem PA, kontrol perdarahan, cuci luka</li><li>- Pasang drain 2 buah kanan</li><li>- Jilati luka operasi selulosa</li></ul> <p>Jakarta, <i>18/11/2023</i> <i>[Signature]</i> Tanda Tangan &amp; Nama Jelas <i>Dr. Dem F. Nugraha</i></p>		





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

11.93.01 PUTRI KHOERUNNISA  
15/04/1987 36 thn 7 bln 3 hari  
dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi  
Tgl 17/11/2023 231117-0001  
JAMINAN, ADMEDIKA, KELAS I

Lan, 307, 01

## CHEKLIST KESELAMATAN OPERASI

SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
Pkl: <u>09.30</u> (Sebelum induksi anestesi)	Pkl: <u>09.40</u> (Sebelum insisi kulit)	Pkl: <u>12.00</u> (Sebelum pasien meninggalkan OK)
<b>KONFIRMASI PASIEN</b> <input checked="" type="checkbox"/> Identitas pasien <input checked="" type="checkbox"/> Informed consent <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan bedah <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan anestesi <input checked="" type="checkbox"/> Surat izin operasi <input checked="" type="checkbox"/> Ada penandaan di lokasi operasi <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <b>PEMERIKSAAN KELENGKAPAN ANESTESI</b> <input checked="" type="checkbox"/> Mesin & peralatan anestesi <input checked="" type="checkbox"/> Obat-obatan anestesi <input checked="" type="checkbox"/> Pulse oxymeter <input checked="" type="checkbox"/> IV Line <b>PEMERIKSAAN TANDA VITAL</b> <input checked="" type="checkbox"/> Tekanan darah : <u>137/97</u> mmHg <input checked="" type="checkbox"/> Nadi : <u>80</u> X/ mnt <input checked="" type="checkbox"/> Pernafasan : <u>20</u> X/ mnt <input checked="" type="checkbox"/> Saturasi O2 : <u>98</u> % <input checked="" type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan lab: <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Hasil lab abnormal : <u>E</u> <b>RIWAYAT ALERGI :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada <b>RESIKO ASPIRASI ATAU GANGGUAN PERNAPASAN</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ya, persiapan alat <input type="checkbox"/> Tidak <b>RESIKO PERDARAHAN/ KEHILANGAN DARAH &gt;500 ml (7 ml/kg BB pada anak)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, dengan akses IV line atau CVC <input type="checkbox"/> Sedia darah : _____ CC <b>RENCANA ANESTESI</b> <input checked="" type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Blok <input type="checkbox"/> Lokal	<b>KONFIRMASI SELURUH TIM OPERASI</b> <input checked="" type="checkbox"/> Dokter operator <input checked="" type="checkbox"/> Asisten operasi <input checked="" type="checkbox"/> Dokter anestesi <input checked="" type="checkbox"/> Perawat penata anestesi <input checked="" type="checkbox"/> Perawat sirkulator <input checked="" type="checkbox"/> Perawat instrumentator <input type="checkbox"/> _____ <b>KONFIRMASI IDENTITAS PASIEN, PROSEDUR &amp; LOKASI INSISI</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <b>ANTIBIOTIK PROFILAKSIS</b> Apakah sudah diberikan dalam waktu sekurang-kurangnya 60 menit <input checked="" type="checkbox"/> Ya Nama obat : _____ Dosis : _____ Jam diberikan : _____ <input type="checkbox"/> Tidak <b>ANTISIPASI KEJADIAN KRITIS Untuk Dokter Operator</b> <input type="checkbox"/> Prosedur kritis/ tidak rutin <input type="checkbox"/> Waktu penanganan <input type="checkbox"/> Konsul sub spesialis <input checked="" type="checkbox"/> Kemungkinan kehilangan darah Untuk dokter anestesi <input checked="" type="checkbox"/> Hal-hal khusus saat pembiusan Untuk tim keperawatan <input checked="" type="checkbox"/> Alat steril lengkap <input checked="" type="checkbox"/> Peralatan dan instrument lengkap <b>IMAGING DIPASANG SESUAI KEBUTUHAN</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasan : _____ <b>Pemeriksaan penunjang</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak, alasan : _____ <b>IMPLANT</b> sesuai tidak 1. Jenis Implant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Ukuran <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Sterilisasi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. No batch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ket exp : _____	<b>PERAWAT KONFIRMASI VERIFIKASI</b> <input type="checkbox"/> Nama tindakan : <u>Wadropzktami</u> <b>PERIKSA KELENGKAPAN SEBELUM LUKA OPERASI DITUTUP</b> <input checked="" type="checkbox"/> Instrumen lengkap <input checked="" type="checkbox"/> Kassa lengkap <input checked="" type="checkbox"/> Jarum lengkap <input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain : _____ <b>PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL</b> <input checked="" type="checkbox"/> Tekanan darah : <u>137/98</u> mmHg <input checked="" type="checkbox"/> Nadi : <u>80</u> X/ mnt <input checked="" type="checkbox"/> Pernafasan : <u>20</u> X/ mnt <b>PERIKSA KEMBALI LUKA OPERASI</b> <input type="checkbox"/> Ada rembesan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada rembesan <b>LABEL SPESIMEN (Baca dengan keras):</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Identitas pasien <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Kultur <input type="checkbox"/> Sitologi <input type="checkbox"/> Tidak <b>PERHATIAN UNTUK PENYEMBUHAN PASIEN.</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Nama dan tanda tangan <u>(20.2.2023)</u> Perawat	Nama dan tanda tangan <u>(20.2.2023)</u> Perawat dr. Anestesi dr. Operator	Nama dan tanda tangan <u>(20.2.2023)</u> Perawat dr. Anestesi dr. Operator





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

#### ASESMEN PRA INDUKSI

Tanggal Operasi

Diagnosa Bedah

Diagnosa Pasca Bedah

Jenis Pembedahan

Operator

Dokter Anestesi

Makan terakhir / Jam :

Patensi Jalan Nafas :

Penyakit penyerta :

Alergi tidak ada/pada :

Persiapan darah :

Komplikasi Prabedah :

Tanda Vital

TD : 98/60

BB : 70

Hb : 12

Gol Darah :

PT :

APTT :

Status ASA : 1 (2) 3 - 4 - 5 E

Teknik Aneste

Regional

Posisi

Lumbal

Jarum No

Kateter Epid

Ketinggian Blo

Obat

Umunum : IM IV Oral

Induksi : ISO / SEVO / HALO

Sungkup muka / Intubasi : ETT / Nasal / Oral / LMA

Pemeliharaan : No : 3 / Batas : IV : 3

Inhalasi : ISO / SEVO / HALO

Pernafasan : Spontan / Bantu / Kendali

Premedikasi : Jam :

#### ASESMEN PRA INDUKSI DAN PEMANTAUAN

Lan, 307, 01

Waktu / Jam

obat/jam

1. 10:00

2. 10:05

3. 10:10

4. 10:15

5. 10:20

6. 10:25

7. 10:30

8. 10:35

9. 10:40

10. 10:45

11. 10:50

12. 10:55

13. 11:00

14. 11:05

15. 11:10

16. 11:15

17. 11:20

18. 11:25

19. 11:30

20. 11:35

21. 11:40

22. 11:45

23. 11:50

24. 11:55

25. 12:00

26. 12:05

27. 12:10

28. 12:15

29. 12:20

30. 12:25

31. 12:30

32. 12:35

33. 12:40

34. 12:45

35. 12:50

36. 12:55

37. 13:00

38. 13:05

39. 13:10

40. 13:15

41. 13:20

42. 13:25

43. 13:30

44. 13:35

45. 13:40

46. 13:45

47. 13:50

48. 13:55

49. 14:00

50. 14:05

51. 14:10

52. 14:15

53. 14:20

54. 14:25

55. 14:30

56. 14:35

57. 14:40

58. 14:45

59. 14:50

60. 14:55

61. 15:00

62. 15:05

63. 15:10

64. 15:15

65. 15:20

66. 15:25

67. 15:30

68. 15:35

69. 15:40

70. 15:45

71. 15:50

72. 15:55

73. 16:00

74. 16:05

75. 16:10

76. 16:15

77. 16:20

78. 16:25

79. 16:30

80. 16:35

81. 16:40

82. 16:45

83. 16:50

84. 16:55

85. 17:00

86. 17:05

87. 17:10

88. 17:15

89. 17:20

90. 17:25

91. 17:30

92. 17:35

93. 17:40

94. 17:45

95. 17:50

96. 17:55

97. 18:00

98. 18:05

99. 18:10

100. 18:15

101. 18:20

102. 18:25

103. 18:30

104. 18:35

105. 18:40

106. 18:45

107. 18:50

108. 18:55

109. 19:00

110. 19:05

111. 19:10

112. 19:15

113. 19:20

114. 19:25

115. 19:30

116. 19:35

117. 19:40

118. 19:45

119. 19:50

120. 19:55

121. 20:00

122. 20:05

123. 20:10

124. 20:15

125. 20:20

126. 20:25

127. 20:30

128. 20:35

129. 20:40

130. 20:45

131. 20:50

132. 20:55

133. 21:00

134. 21:05

135. 21:10

136. 21:15

137. 21:20

138. 21:25

139. 21:30

140. 21:35

141. 21:40

142. 21:45

143. 21:50

144. 21:55

145. 22:00

146. 22:05

147. 22:10

148. 22:15

149. 22:20

150. 22:25

151. 22:30

152. 22:35

153. 22:40

154. 22:45

155. 22:50

156. 22:55

157. 23:00

158. 23:05

159. 23:10

160. 23:15

161. 23:20

162. 23:25

163. 23:30

164. 23:35

165. 23:40

166. 23:45

167. 23:50

168. 23:55

169. 00:00

170. 00:05

171. 00:10

172. 00:15

173. 00:20

174. 00:25

175. 00:30

176. 00:35

177. 00:40

178. 00:45

179. 00:50

180. 00:55

181. 01:00

182. 01:05

183. 01:10

184. 01:15

185. 01:20

186. 01:25

187. 01:30

188. 01:35

189. 01:40

190. 01:45

191. 01:50

192. 01:55

193. 02:00

194. 02:05

195. 02:10

196. 02:15

197. 02:20

198. 02:25

199. 02:30

200. 02:35

201. 02:40

202. 02:45

203. 02:50

204. 02:55

205. 03:00

206. 03:05

207. 03:10

208. 03:15

209. 03:20

210. 03:25

211. 03:30

212. 03:35

213. 03:40

214. 03:45

215. 03:50

216. 03:55

217. 04:00

218. 04:05

219. 04:10

220. 04:15

221. 04:20

222. 04:25

223. 04:30

224. 04:35

225. 04:40

226. 04:45

227. 04:50

228. 04:55

229. 05:00

230. 05:05

231. 05:10

232. 05:15

233. 05:20

234. 05:25

235. 05:30

236. 05:35

237. 05:40

238. 05:45

239. 05:50

240. 05:55

241. 06:00

242. 06:05

243. 06:10

244. 06:15

245. 06:20

246. 06:25

247. 06:30





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

Nomor : 2311170006  
Nama Pasien : **PUTRI KHOERUNNISA**  
Umur : 36 Tahun 7 Bulan 2 Hari  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Asal : Rawat Jalan | -

Tanggal : 17-11-2023 19:42:13  
Dokter : dr. Wimple Florentinus Panggarbesi, SpB Onk  
No. MR : 119301  
Tanggal Lahir : 15-04-1987  
Alamat : JLN. RAYA CIHERANG SUKATANI TAPOS DEPOK,  
KOTA 16454 JAWA BARAT

### HASIL LABORATORIUM

TEST/JENIS PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
• 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 :

Spesimen : - Darah  
Jam Pengambilan Spesimen : 17/11/2023 19:45:25

Spesimen : - Urine  
Jam Pengambilan Spesimen : 17/11/2023 19:45:25

Di otorisasi oleh,

LABORATORIUM KLINIK  
**Dharma Nugraha** Hospital

Delvinna

Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium harus oleh dokter yang bersangkutan



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

Nomor : 2311170006  
Nama Pasien : **PUTRI KHOERUNNISA**  
Umur : 36 Tahun 7 Bulan 2 Hari  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Asal : Rawat Jalan | -

Tanggal : 17-11-2023 19:42:13  
Dokter : dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi, SpB Onk  
No. MR : 119301  
Tanggal Lahir : 15-04-1987  
Alamat : JLN. RAYA CIHERANG SUKATANI TAPAS DEPOK,  
KOTA 16454 JAWA BARAT

### HASIL LABORATORIUM

TEST/JENIS PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
• Natrium (Na)	135	135 - 145	mEq/L	Ion Selective Electrode (ISE)
• Kalium (K)	4.2	3.5 - 5.0	mEq/L	Ion Selective Electrode (ISE)
• Klorida (Cl)	109 *	98 - 107	mEq/L	Ion Selective Electrode (ISE)
Kalsium (Ca)	9.6	8.4 - 10.4	mg/dL	Cresolphthalein Complexone
Magnesium (Mg)	2.0	1.9 - 2.5	mg/dL	Photometric
<b>IMUNOSEROLOGI</b>				
<b>HEPATITIS</b>				
HBsAg	Non Reaktif	Non Reaktif		Rapid Test
<b>URINALISA</b>				
<b>URINE LENGKAP</b>				
<b>Makroskopik :</b>				
• Warna	Kuning	kuning		Manual
• Kejernihan	Jernih	jernih		Manual
• Berat Jenis	1020	1003 - 1030		Carik Celup
<b>Kimia :</b>				
• pH (Reaksi)	6.0	4.5 - 8.0		Carik Celup
• Lekosit (Enzimatis)	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Nitrit	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Albumin	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Glukosa	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Keton	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Urobilinogen	0.2	0.2 - 1.0	μ/dL	Carik Celup
• Bilirubin	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Darah	Negatif	Negatif		Carik Celup
<b>Sedimen (Mikroskopik) :</b>				
• Eritrosit	1 - 2	0 - 1	LPB	Mikroskopis
• Leukosit	1 - 2	1 - 2	LPB	Mikroskopis
• Silinder Hialin	Negatif	Negatif	LPK	Mikroskopis
• Silinder granula	Negatif	Negatif		Mikroskopis

Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium harus oleh dokter yang bersangkutan





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

Nomor : 2311170006  
Nama Pasien : **PUTRI KHOERUNNISA**  
Umur : 36 Tahun 7 Bulan 2 Hari  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Asal : Rawat Jalan | -

Tanggal : 17-11-2023 19:42:13  
Dokter : dr.Wimpie Florentinus Panggarbesi, SpB Onk  
No. MR : 119301  
Tanggal Lahir : 15-04-1987  
Alamat : JLN. RAYA CIHERANG SUKATANI TAPOS DEPOK,  
KOTA 16454 JAWA BARAT

### HASIL LABORATORIUM

TEST/JENIS PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>RUTIN 2</b>				
• Hemoglobin	11.9 *	12 - 14	g/dL	Photometric
• Jumlah Hematokrit	36	37 - 43	%	Cell Counter Analyzer
• Jumlah Leukosit	10.4 *	5 - 10	10 <sup>3</sup> /μL	Optical
• Jumlah Trombosit	290	150 - 400	10 <sup>3</sup> /μL	Optical
• Laju Endap Darah	25 *	< = 15	mm	Westergreen
Hitung Jenis :				
• Basofil	0	0 - 1	%	
• Eosinofil	2	1 - 3	%	
• Neutrofil Batang	0 *	2 - 4	%	
• Neutrofil Segmen	72 *	40 - 70	%	
• Limfosit	22	20 - 40	%	
• Monosit	4	2 - 8	%	
• Neutrofil / Limfosit Ratio ( NLR )	3.27 *	< 3.13	Ratio	
<b>FAAL HEMOSTASIS</b>				
Masa Pendarahan	2	1 - 6	menit	Ivy
Masa Pembekuan	12	10 - 15	menit	Lee & White
<b>KIMIA DARAH</b>				
<b>HATI</b>				
AST/SGOT	14	10 - 31	U/L	IFCC
ALT/SGPT	16	9 - 36	U/L	IFCC
γ - GT	19	7 - 32	U/L	Szazs
<b>DIABETES</b>				
Glukosa Darah Sewaktu	114 *	< 110	mg/dL	Vena : GOD-PAP Kapiler : GDH
<b>GINJAL</b>				
Ureum	19	15 - 40	mg/dL	Urease - GLDH
Kreatinin	1.0	0.5 - 1.5	mg/dL	Jaffe
Asam Urat	3.6	2.4 - 5.7	mg/dL	Enzymatic
<b>ELEKTROLIT</b>				
Na - K - Cl				

Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium harus oleh dokter yang bersangkutan



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

Nomor : 2311170006  
Nama Pasien : **PUTRI KHOERUNNISA**  
Umur : 36 Tahun 7 Bulan 2 Hari  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Asal : Rawat Jalan | -

Tanggal : 17-11-2023 19:42:13  
Dokter : Dr.Cussi Lestari, SpPK  
No. MR : 119301  
Tanggal Lahir : 15-04-1987  
Alamat : JLN. RAYA CIHERANG SUKATANI TAPOS DEPOK,  
KOTA 16454 JAWA BARAT

### HASIL LABORATORIUM

TEST/JENIS PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
• 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 :**

Spesimen : - Darah  
Jam Pengambilan Spesimen 17/11/2023 19:45:25

Spesimen : - Urine  
Jam Pengambilan Spesimen 17/11/2023 19:45:25

Di otorisasi oleh,

Delvinna

Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium harus oleh dokter yang bersangkutan





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

Nomor	: 2311170006	Tanggal	: 17-11-2023 19:42:13
Nama Pasien	: <b>PUTRI KHOERUNNISA</b>	Dokter	: Dr.Cussi Lestari, SpPK
Umur	: 36 Tahun 7 Bulan 2 Hari	No. MR	: 119301
Jenis Kelamin	: Perempuan	Tanggal Lahir	: 15-04-1987
Asal	: Rawat Jalan   -	Alamat	: JLN. RAYA CIHERANG SUKATANI TAPOS DEPOK, KOTA 16454 JAWA BARAT

### HASIL LABORATORIUM

TEST/JENIS PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
• Natrium (Na)	135	135 - 145	mEq/L	Ion Selective Electrode (ISE)
• Kalium (K)	4.2	3.5 - 5.0	mEq/L	Ion Selective Electrode (ISE)
• Klorida (Cl)	109 *	98 - 107	mEq/L	Ion Selective Electrode (ISE)
Kalsium (Ca)	9.6	8.4 - 10.4	mg/dL	Cresolphthalein Complexone
Magnesium (Mg)	2.0	1.9 - 2.5	mg/dL	Photometric
<b>IMUNOSEROLOGI</b>				
<b>HEPATITIS</b>				
HBsAg	Non Reaktif	Non Reaktif		Rapid Test
<b>URINALISA</b>				
<b>URINE LENGKAP</b>				
<b>Makroskopik :</b>				
• Warna	Kuning	kuning		Manual
• Kejernihan	Jernih	jernih		Manual
• Berat Jenis	1020	1003 - 1030		Carik Celup
<b>Kimia :</b>				
• pH (Reaksi)	6.0	4.5 - 8.0		Carik Celup
• Lekosit (Enzimatik)	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Nitrit	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Albumin	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Glukosa	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Keton	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Urobilinogen	0.2	0.2 - 1.0	µ/dL	Carik Celup
• Bilirubin	Negatif	Negatif		Carik Celup
• Darah	Negatif	Negatif		Carik Celup
<b>Sedimen (Mikroskopik) :</b>				
• Eritrosit	1 - 2	0 - 1	LPB	Mikroskopis
• Leukosit	1 - 2	1 - 2	LPB	Mikroskopis
• Silinder Hialin	Negatif	Negatif	LPK	Mikroskopis
• Silinder granula	Negatif	Negatif		Mikroskopis

Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium harus oleh dokter yang bersangkutan



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

Nomor : 2311170006  
Nama Pasien : **PUTRI KHOERUNNISA**  
Umur : 36 Tahun 7 Bulan 2 Hari  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Asal : Rawat Jalan | -

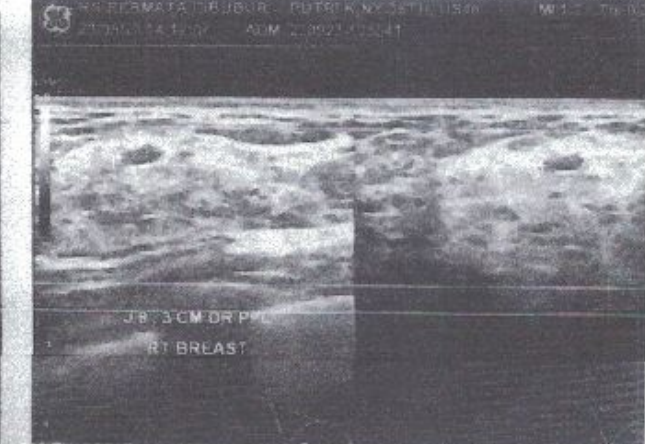
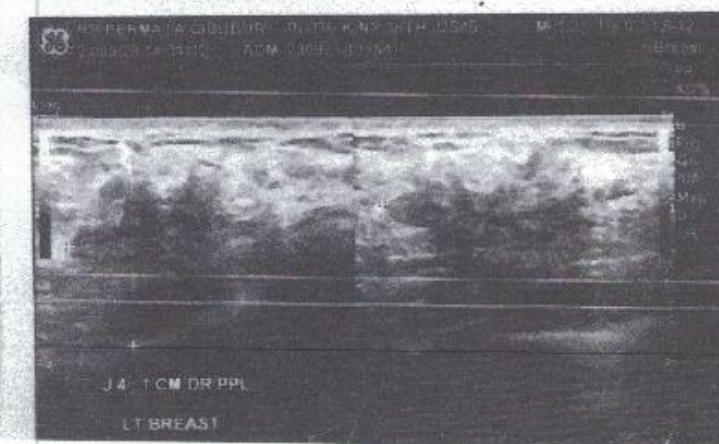
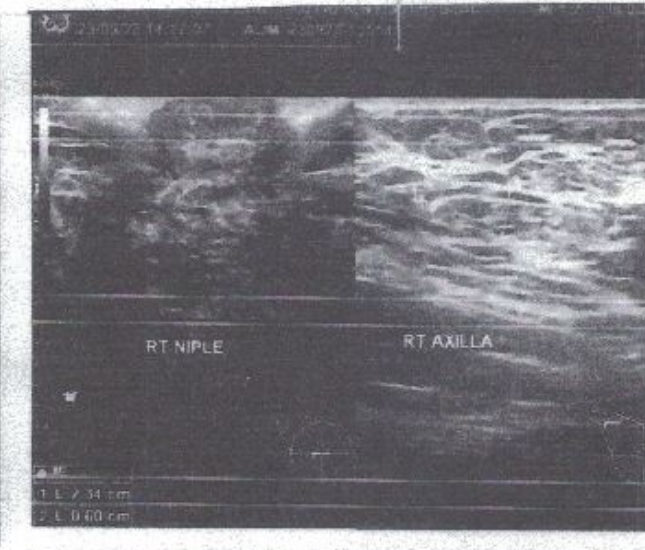
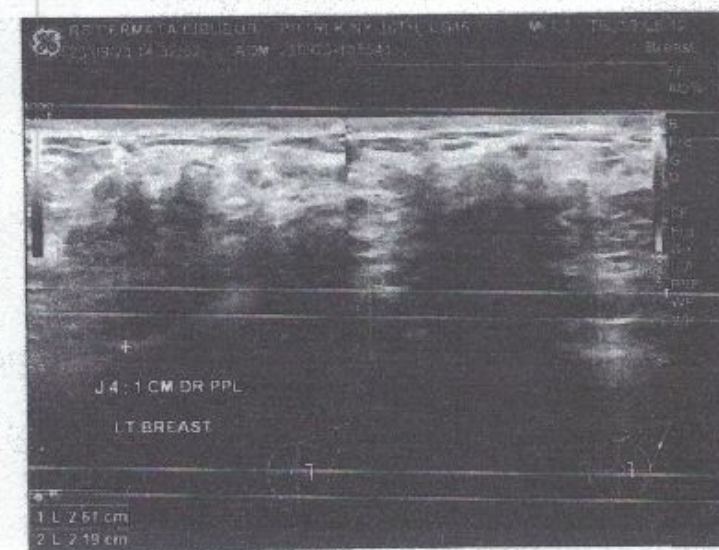
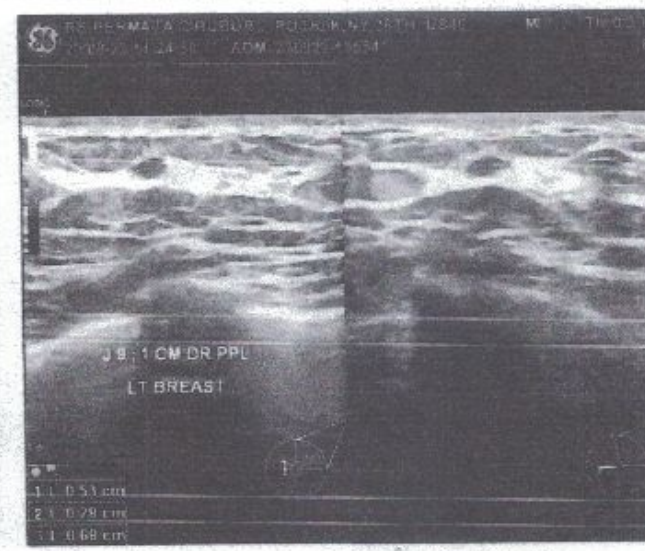
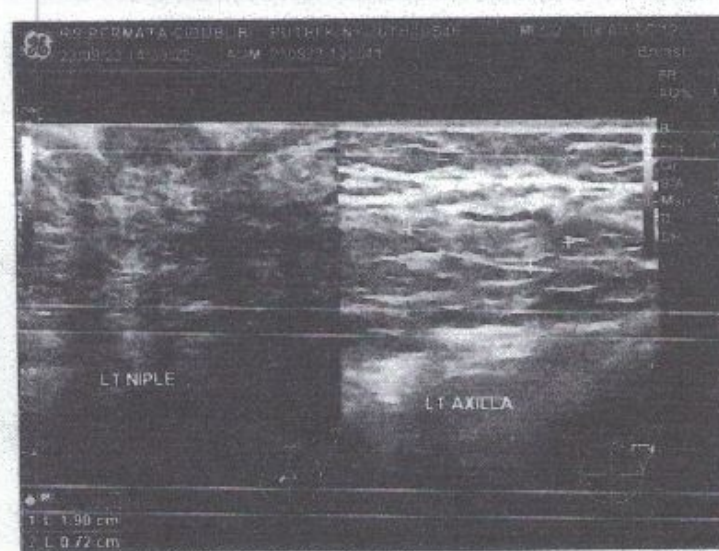
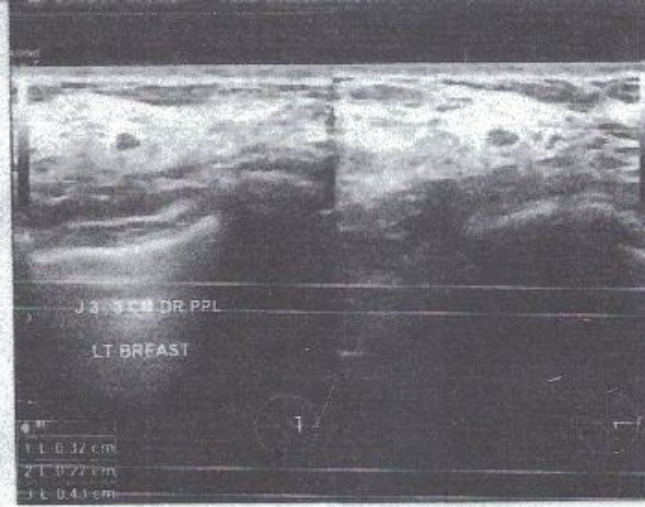
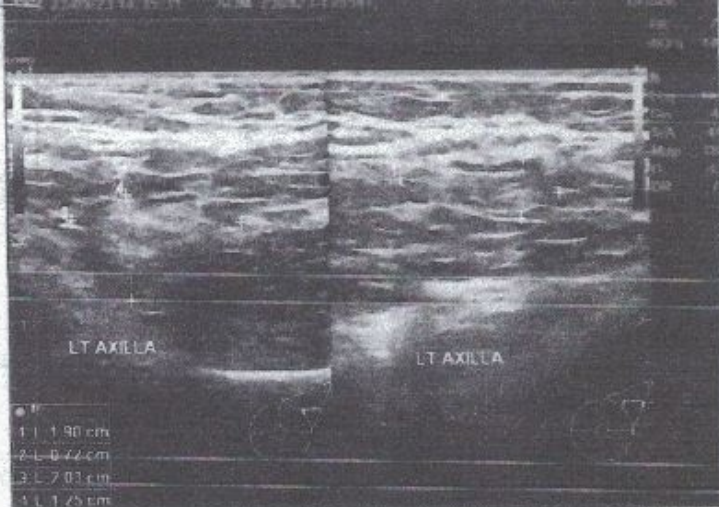
Tanggal : 17-11-2023 19:42:13  
Dokter : Dr.Cussi Lestari, SpPK  
No. MR : 119301  
Tanggal Lahir : 15-04-1987  
Alamat : JLN. RAYA CIHERANG SUKATANI TAPOS DEPOK,  
KOTA 16454 JAWA BARAT

### HASIL LABORATORIUM

TEST/JENIS PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>RUTIN 2</b>				
• Hemoglobin	11.9 *	12 - 14	g/dL	Photometric
• Jumlah Hematokrit	36	37 - 43	%	Cell Counter Analyzer
• Jumlah Leukosit	10.4 *	5 - 10	10 <sup>3</sup> /μL	Optical
• Jumlah Trombosit	290	150 - 400	10 <sup>3</sup> /μL	Optical
• Laju Endap Darah	25 *	< = 15	mm	Westergreen
Hitung Jenis :				
• Basofil	0	0 - 1	%	
• Eosinofil	2	1 - 3	%	
• Neutrofil Batang	0 *	2 - 4	%	
• Neutrofil Segmen	72 *	40 - 70	%	
• Limfosit	22	20 - 40	%	
• Monosit	4	2 - 8	%	
• Neutrofil / Limfosit Ratio ( NLR )	3.27 *	< 3.13	Ratio	
<b>FAAL HEMOSTASIS</b>				
Masa Pendarahan	2	1 - 6	menit	Ivy
Masa Pembekuan	12	10 - 15	menit	Lee & White
<b>KIMIA DARAH</b>				
<b>HATI</b>				
AST/SGOT	14	10 - 31	U/L	IFCC
ALT/SGPT	16	9 - 36	U/L	IFCC
γ - GT	19	7 - 32	U/L	Szazs
<b>DIABETES</b>				
Glukosa Darah Sewaktu	114 *	< 110	mg/dL	Vena : GOD-PAP Kapiler : GDH
<b>GINJAL</b>				
Ureum	19	15 - 40	mg/dL	Urease - GLDH
Kreatinin	1.0	0.5 - 1.5	mg/dL	Jaffe
Asam Urat	3.6	2.4 - 5.7	mg/dL	Enzymatic
<b>ELEKTROLIT</b>				
Na - K - Cl				

Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium harus oleh dokter yang bersangkutan







Nama / Jenis Kelamin	: PUTRI KHOERUNNISA / P	Tipe / No. RM	: RJ / 000-277-604
Umur	: 36 tahun / 15 Apr 1987	Tgl. Periksa	: 23 Sept 2023
Poliklinik	: RADIOLOGY	No. Registrasi	: 2309230339
Dokter Pengirim	: RATNA KOMALASARI dr. Sp.Rad	No. Order / No. Foto	: 054873
Diagnosa Klinis	: tumor mammae sinistra	Tgl Print	: Cibubur, 23/09/2023 15:07

#### USG - USG PAYUDARA H atau P

Dilakukan USG Mammae dengan hasil sbb :

##### Mamae dekstra :

Kutis & subkutis baik. Ekhostruktur fibroglanduler baik.  
Tampak lesi anechoic dengan posterior accoustic enhancement minimal, batas tegas, tepi reguler, di jam 9 ; 3 cm dari papila, ukuran +/- 0.56 x 0.27 x 0.54 cm.  
Tak tampak dilatasi duktus laktiferus.  
Pada regio retropapilla tidak tampak lesi hipo/hiperekoik.  
Tampak multipel KGB aksila dekstra, ukuran terbesar +/- 2.34 x 0.60 cm.

##### Mamae sinistra :

Kutis & subkutis baik.  
Tampak lesi hipoechoic, berbatas tidak tegas, tepi ireguler dan berspikula, di jam 4 ; 1 cm dari papila, ukuran +/- 2.61 x 2.19 x 2.99 cm.  
Tampak multipel lesi anechoic dengan posterior accoustic enhancement minimal, batas tegas, tepi reguler, di:  
- jam 3 ; 3 cm dari papila, ukuran +/- 0.32 x 0.27 x 0.43 cm.  
- jam 9 ; 1 cm dari papila, ukuran +/- 0.53 x 0.28 x 0.68 cm.  
Tak tampak dilatasi duktus laktiferus.  
Pada regio retropapilla tidak tampak lesi hipo/hiperekoik.  
Tampak multipel KGB aksila sinistra, ukuran terbesar +/- 2.03 x 1.25 cm.

##### KESAN :

- Lesi solid mamae sinistra --> Sugestif Maligna (BIRADS - 5).
- Kista mamae dekstra dan multipel kista mamae sinistra --> Sugestif Benigna (BIRADS - 2).
- Multipel limfadenopati aksila bilateral.

Terima Kasih,  
Salam Sejahtera





dr. Zulfah Faridah, Sp.Rad  
Spesialis Radiologi  
SIF 1403687/DS/DPM-PTS/PPJUC  
9/23/20



## HASIL PEMERIKSAAN

### RADIODIAGNOSTIK - IMAGING

Pemeriksaan	: RONTGEN THORAX AP / PA	Tgl. Permintaan	: 17 Nov 2023	Nama	: PUTRI KHOERUNNISA
RJ / RI	: RJ	No. Label	: 0739.23	No. RM	: 11.93.01
Tgl. Lahir / Usia	: 15 Apr 1987 / 36Th	Dept. Pemohon	: Dokter Onkologi/HNB	Dokter Pemohon	: dr. Wimpie Florentinus Panggarbesi SpB Onk

Tanggal Pembacaan: 17 November 2023 20:09

#### Hasil Pembacaan

##### Foto Thorax PA

Cor : CTR < 50 % , aorta normal..

Mediastinum bilateral tidak prominent..

Pulmo :

- Hilus tidak melebar.
- Corakan broncho vaskuler bilateral normal.
- Parenchym tidak terlihat kesuraman / infiltrat .
- Sinus, diafragma dan costa normal.

#### Kesimpulan

Cor dan pulmo dalam batas normal.