

RM001/001/2023



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

11.00.000 DIANTU SATYATRI SATYOSANA
27/07/1960 63 thn 9 bln 20 hari
Rusli,Dr,SpPD
Tgl 10/11/2023 231110-0002
PRIBADI/UMUM, KELAS II
Lan, 310, 01

PENGKAJIAN AWAL MEDIS PASIEN GAWAT DARURAT

Tanggal kunjungan : 10 November 2023	Jam kunjungan : 17.00
Dokter jaga IGD dr. Arum Norlatifah	
Asal Pasien : <input checked="" type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> Rujukan Perusahaan <input type="checkbox"/> Rujukan Rumah sakit	
Kondisi pasien : <input type="checkbox"/> emergency <input type="checkbox"/> false emergency <input checked="" type="checkbox"/> non emergency <input type="checkbox"/> lainnya	
ATS : <input type="checkbox"/> ATS1 <input type="checkbox"/> ATS2 <input type="checkbox"/> ATS3 <input checked="" type="checkbox"/> ATS4 <input type="checkbox"/> ATS5	
Riwayat alergi obat : <input checked="" type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> ya, nama obat :	
Anamnesis dengan cara : <input checked="" type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> allo anamnesis: hubungan dengan pasien	
Keluahan Utama : Sejak Selain mual <input checked="" type="checkbox"/> , muntah <input checked="" type="checkbox"/> > 5x, diare cair seperti air > 5x, lemas <input checked="" type="checkbox"/> , nyeri perut <input checked="" type="checkbox"/> . Sudah minum norit dan Obat lambung tidak tahu namanya Sanawan di bulut <input checked="" type="checkbox"/>	
Riwayat penyakit sekarang : Dispepsia	
Riwayat penyakit dahulu : Dispepsia —	
Obat – obatan rutin yang dikonsumsi sebelum masuk rumah sakit: <input checked="" type="checkbox"/>	
Obat yang sedang dikonsumsi: <input checked="" type="checkbox"/> Norit <input checked="" type="checkbox"/> Obat lambung	
Tekanan darah : ka 110 / 73 ki	Nadi : 88 x/m Suhu : 37 °C RR : 20 x/m Sat O ₂ = 96 - 97 %
BB : 45 Kg	GCS : E/G/M b. v.

Tindakan :

- IVPF: RL + solutif
- Inf. ondan, pantos, iceto.

TINDAK LANJUT:

- Pulang Atas Permintaan Sendiri/ menolak rawat inap, alas an menolak rawat inap : _____
- Pulang Atas persetujuan, pada jam: _____, kontrol tgl _____, Ke _____
- Dirujuk ke _____ Indikasi : Tempat penuh/ tidak ada tempat
 Tidak ada fasilitas Jaminan Permintaan keluarga Lain -lain _____
- Transportasi : Ambulance transport Ambulance emergency Lain-lain _____
- Meninggal
- Rawat Inap: Perawatan Ind Kamar operasi Kamar bersalin ICU/ PICU/ NICU
Indikasi _____

Kriteria prioritas pelayanan Preventif Kuratif Rehabilitatif Paliatif

Rencana asuhan yang akan diberikan:

Advice dr. Purdi, Sp. PD:

- RL 1000f/8 jam - new diet ab 3x2 - diet lemak reaksi serabut
- troveen 2x8 mg - codii 2x1.
- topazol 1x1 - fespacol 1x2

Hasil yang diharapkan :

Perbaikan kondisi, keluhan membaik, erosi kasi etiologi

KONDISI SAAT KELUAR IGD:

Keadaan umum : cukup Kesadaran: CM GCS: E^y, M^b, V^s Tanda vital: TD 10/70 mmHg, Suhu: 36,7°C Nadi: 85 X mnt, Frekuensi napas: 20X mnt

Catatan penting (kondisi saat ini): mencret, muntah, dehidrasi, infeksi bakteri/virus?

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

- Pasien

- Keluarga: _____

Jam keluar dari IGD; Jam : _____

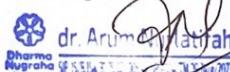
Telah dijelaskan

Pasien/ Keluarga

(_____)

Jakarta, 10, NOV 23

Dokter pemeriksa



(_____)



Dharma
Nugraha

RM. 004/003/2023

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

11.92.9

LABEL IDENTITAS PASIEN

SURAT PENGANTAR RAWAT INAP

Jakarta, 10 November 2023.

Dengan Hormat

Mohon dilakukan registrasi untuk rawat inap pasien:

Nama : ...

Tgl lahir : 21 Jan 1960 Umur : 63 Thn, Bln

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

No RM : 11.92.93

Diagnosa : ...G.E.A + Deliriasi Ruseus - Sedang + Stomatitis Aphthosa

Dokter yang merawat : dr. Rusli, Sp.PD.

Masuk melalui : IGD Rujukan Poliklinik

Kelas perawatan : Super Vip Vip Kelas I Kelas II Kelas III

Penajmin biaya : Pribadi Jaminan perusahaan Asuransi JKN Asuransi

Kebutuhan pelayanan : preventif paliatif kuratif rehabilitative pelayanan khusus/spesialistik pelayanan intensif

Kriteria pasien masuk intensif Prioritas 1 Prioritas 2 Prioritas 3

Jakarta, 10/11/2023

Pasien/ keluarga/ orang tua / wali/ keluarga

Dokter pengirim

PUNRI HANDAYANI

dr. Arum Halatifah

dr. Arum Halatifah

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

JL. BALAI PUSATAK BARU NO 19 RAWAMANGUN

JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

11.92.9

LABEL IDENTITAS PASIEN



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

LABEL IDENTITAS PASIEN

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) PASIEN RAWAT INAP

Pasien / Keluarga menyatakan persetujuan atas hal – hal sebagai berikut :

MATERI INFORMASI/ PENJELASAN**Hak, kewajiban dan tanggung jawab pasien / keluarga**

Dengan menandatangani dokumen ini saya pasien/ penanggung jawab/wali keluarga saya menyatakan bahwa telah memperoleh dan menerima semua informasi mengenai hak-hak, kewajiban dan tanggung jawab pasien/ keluarga pada saat proses pendaftaran pasien terdapat pada leaflet hak dan kewajiban pasien.

Akses informasi kesehatan

- Saya dengan ini memberikan persetujuan kepada rumah sakit Dharma Nugraha untuk memberikan informasi tentang hal-hal berkaitan dengan kesehatan saya kepada penanggung jawab, keluarga,
 - Yosnya Arya Kamajaya..... (hubungan pasien..... Anak.....)
 - (hubungan pasien
- Pihak yang menjamin biaya perawatan saya di rumah sakit,
- jika ada hal-hal yang tidak boleh diinformasikan maka akan dibuat pernyataan tersendiri.

Kerahasiaan Informasi Medis/ kedokteran dan Pelepasan Informasi

Saya setuju RS Dharma Nugraha menjamin rahasia kedokteran saya dan hanya menggunakan untuk kepentingan perawatan atau pengobatan, penagihan asuransi, Pendidikan dan penelitian, kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang lain/ pihak lain yang saya beri kuasa untuk itu.

Privasi

Apabila saya memerlukan hal-hal yang menyangkut privasi saya sebagai pasien, saya akan menyampaikan kepada staf RS Dharma Nugraha dengan membuat pernyataan tentang kebutuhan privasi.

Keamanan barang berharga milik pasien

- Bawa rumah sakit telah menginformasikan agar tidak membawa barang-barang berharga seperti perhiasan, uang berlebihan, elektronik dll untuk menghindari terjadinya kehilangan/ keamanan selama di rumah sakit.
- Bawa rumah sakit mengijinkan keluarga berkunjung diluar jam kunjung sesuai dengan kebutuhannya, termasuk tetapi tidak terbatas pada kelas perawatan tertentu harus lapor dan menukar identitas dengan kartu identitas dengan kartu tamu (nametag tamu/ pengunjung).
- Saya diinformasikan bahwa pasien yang tidak dapat menjaga barang miliknya misalnya pasien gawat darurat, tidak sadar, tindakan bedah rawat sehari, dan pasien yang menyatakan tidak mampu menjaga barang miliknya, pasien tidak ada keluarganya maka dapat menitipkan kepada rumah sakit dengan mengisi formulir penitipan barang milik pasien.
- Pasien dan keluarga diwajibkan menjaga barang miliknya dan tidak meninggalkan barang tanpa ada yang menjaganya, kehilangan barang yang tidak dititipkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.

Second opinion

Saya telah diinformasikan bahwa pasien/ keluarga pasien berhak untuk meminta second opinion/ meminta pendapat kedua dalam pelayanan medis terhadap dirinya/ keluarga saya.

Informasi pelayanan dan fasilitas rumah sakit

Saya diinformasikan tentang jenis pelayanan di rumah sakit, fasilitas dan cara untuk mendapatkan pelayanan Rawat Inap dan pemeriksaan penunjang/ tindakan/ pengobatan di rumah sakit dapat diakses melalui webs, leaflet/ layer.

Pengajuan keluhan

- Saya diinformasikan tata cara pengajuan keluhan dan tindak lanjut bila ada keluhan terkait pelayanan

- d. Apabila di kemudian hari saya tidak lagi ditanggung oleh asuransi, maka saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya dengan ini setuju untuk secara pribadi bertanggung jawab dalam membayar seluruh biaya pelayanan dan tindakan kedokteran dari RS Dharma Nugraha
- e. Saya telah diinformasikan bahwa penjaminan peserta dari awal sudah dipastikan menggunakan biaya registrasi rawat inap, selama perawatan / tindakan/ setelah pasien pulang (sesuai dengan PERMENKES NO 28 Tahun 2014 tentang pedoman JAMKESMAS).
- f. Bawa pasien/ keluarga/ penanggung jawab telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan standar yang ada diketentuan RS Dharma Nugraha dan telah menyetujui untuk melakukan pembayaran atas seluruh biaya pelayanan, sesuai dengan acuan biaya dan ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit.

Informasi biaya

Saya telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan perencanaan :

- Kelas perawatan Rp 475.000 / hari
- Biaya perkiraan tindakan pasien umum/ pribadi Rp PR baoi
- Biaya administrasi pasien umum/ pribadi _____
- Biaya pemeriksaan penunjang, obat-obatan, lain-lain sesuai dengan kebutuhan
- Biaya jaminan BPJS/ JKN/KJS sesuai dengan koding
- Biaya jaminan BPJS / JKN/KIS yang naik kelas perawatan
 - Pasien dari kelas 1 naik kelas VIP, selisih biaya adalah maksimal 75% dari tarif INACBG kelas 1
 - Pasien dari kelas 2 naik kelas 1, selisih biaya dihitung dari tarif INACBG kelas 1 dikurangi tarif INACBG kelas 2
 - Pasien kelas 3 naik kelas 2, selisih biaya dihitung dari tarif INCBG kelas 2 dikurangi tarif kelas 3

YA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap
nyataan tersebut diatas

Tarikh 10, November, 2023

Jen/ Keluarga/ Penanggungjawab Pasien

Petugas Rumah Sakit

Nama dan Tanda Tangan

bungan dengan pasien :pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penanggung jawab pasien



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

[REDACTED] GAYATRI SATO
2000, 1000 63 thn 9 bln 20 hari
Rusli, Dr, SpPD
Tgl 10/11/2023 231110-0002
PRIBADI/UMUM, KELAS II
Lan, 310, 01

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP

PENGKAJIAN MEDIS (diisi oleh dokter)

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

Pasien Tiba diruangan tanggal: 10/11/23, Pukul 10.00 Pengkajian dimulai tanggal: 10/11/23, Pkl _____

Pengkajian dilakukan : Auto Allo anamnesis, hubungan dengan pasien _____

I. Anamnesis

1. Keluhan Utama (lama, pencetus) :

1 hari SRS mual (+), muntah (+) > 3x, diare cair > 5x (+), leher, nyeri perut,
sakitnya di mulut

2. Riwayat Penyakit Sekarang :

derepere

3. Riwayat Penyakit Dahulu (termasuk riwayat operasi) :

(-)

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 Norit, Obat lambung

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 107 mmHg, Suhu 38 °C, Nadi : 28 x/mnt, Pernafasan : 20 x/mn

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

Abd = NT (+) supel

MC (-) tumpang

Mulut - Sifatnya aphrodisiac

I. Pemeriksaan Penunjang(Laboratorium, Radiologi, dll): Lab : Darah rukin I, elektrolit

- . Diagnosis Kerja : GFA + Retinopati Rupan Selang + Gonopati Asiktosa
Diagnosis Banding : _____
. Permasalahan Prioritas Medis : Retinopati, infeksi virus/bakteri

II. Permasalahan Prioritas Keperawatan : Keluaran cairan

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

1. Terapi : -Tiofenesir 2x8 ml
- Tonazol 1x1 amp.
- New statab 3x2 tab - Codia 2x1
- terapeut 1x2 gr.

2. Tindakan: IVFD : RL + Salurit 1koff / 8 jam

3. Konsultasi: DPTP Dr. Rusli, Sp.PD

4. Pemeriksaan penunjang lanjutan : _____

. Hasil yang diharapkan / Sasaran Rencana Asuhan: Perbaikan kcl .

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

Pasien Keluarga: _____

. Rencana pulang : 3 hari / tidak dapat diprediksi

Telah dijelaskan

Pasien/ Keluarga

Jakarta, 10, 11, 2023, Pukul 19.34

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

dr. Rusli (dr. Rusli)

(_____)

(dr. Rusli, Sp.PD.)

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 10/IV pkl 21.00

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 Pensiu Pelajar/ Mahasiswa
 Lain-lain : PT
- 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 praktik spiritual seperti biasa
 Bimbingan Rohani/ pelayanan kerohanian
 Lain – lain :

3. Suku / budaya : jawa betawi batak minang melayu bugis sunda madura lain-lain china**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 : Sesak Selalui mual, muntah, diare cair
2. Keluhan Utama : _____
3. Riwayat Penyakit Sekarang : _____
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: _____ Pernikahan keberapa: _____

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 _____ M _____ V _____
4. Tanda Vital : TD _____ mmHg, Suhu : _____ C, Nadi : _____ x/mnt, Pernafasan : _____ 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	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 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 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 Posisi mata : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris Pupil : <input 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 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 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 _____ 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 type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____ NCH : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Jenis pernafasan : <input 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 <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Batuks dan sekresi : <input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Tenggorokan : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hipermesis <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 checked="" 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"/> Inkontinensia alvi <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> Diare Frekuensi _____/hari
Sistem Genitourinaria	Kelainan : <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Hipospadica <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Hidrokel <input type="checkbox"/> Ambigous <input type="checkbox"/> Phimosis <input type="checkbox"/> Lain-lain-- _____ BAK : <input 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 <u> </u> hari, Lama haid : <u> </u> hari, HPHT <u> </u> Gangguan haid: <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Dismenorhe <input type="checkbox"/> Metrorragi <input type="checkbox"/> Spotting <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____

RM 000 000 000

	<p>Penggunaan alat kontrasepsi: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan _____</p> <p>Payudara : <input checked="" 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>ASI sudah keluar/belum, _____</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 checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>Gangguan prostat: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Lain-lain : _____</p>
Sistem Integumen	<p>Turgor : <input 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 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 Muskuloskeletal	<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 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 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: _____ 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 ≥ 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 restraint 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 Psikolog 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 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
	Apakah penurunan nafsu makan atau kesulitan menerima makanan ?	0
2		18
	• Ya	(2)
	• Tidak	
	Diagnosis khusus : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya skor : 2 (DM/ Kemoterapi/ Hemodialisa / <u>Geriatri</u> / Imunitas Menurun / Lain-lain sebutkan)	2
	Total scor	(3)

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 subyektif 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 _____

VII RENCANA KEPERAWATAN :

1. monitor ftu
2. monitor Cauran intelece output
3. Pemeliharaan Therapi Sosiar intrulesi dari dr
4. kolaborasi dg dr
- 5.

SASARAN ASUHAN YANG DIHARAPKAN

Blarap kan diare berkurang Suhu normal

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 : 3

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 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 _____
_____ (Discharge planning dibawah ini, |

Pemantauan diet Lain-lain _____
Bila salah satu jawaban " Ya " dari kriteria perencanaan pemulangan pasien /discharge planning dibawah ini,
maka akan dilanjutkan pengklajian dan perencanaan asuhan pada formulir discharge planning .

- akan akan dilanjutkan pengklajian dan perencanaan asuhan p

 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 _____

v. Pengkajian transportasi

- 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 : _____/ _____/ _____ Pukul : _____ Ver

Verifikasi DPJP

Yang melakukan pengkajian

Yang melakukan pe

(ZP. Leni Puspito)

()

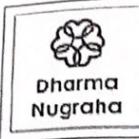
Nama dan tanda tangan



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

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP

Tanggal dan Waktu	Profesinal Pemberi Asuhan	HASIL ASESMEN-IAR PENATALAKSANAAN PASIEN (Tulis dengan format SOAP/ ADIME, disertai sasan. 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)
17.00 .	TD: 110/ 13. N: 88 S: 37.1 Satu: 97.			
10/11/23 - Dokter UGD .	S/ Syak hainim mual (+), kunyah (+) ≥ 5X, BAB cair seperti air (+) ≥ 5X (lebih/daripada/bisa (-)), cek Lab: Rutin I, elektrolyt. penit nules (+), lemas (+). Sudah minum obat Norot dan obat maag. Sarawan (+).	P/ NFO = RL + Solvit Mj. Ondansetron Mj. pantoprazol Mj. ketotolac . Rawat inap Rö/thorax EKG → Ditolak, ada perulangan. * Adveree dr. Rusli, Sp. PD. =		
PD . sep (+) .			- RL 1 kolf/8jam - Ondansetron Trofensir 2x8 mg Topazol 1x1 amp - New Difatab 3x2 tab - Lofeta 2x1 tab - Terpacet 1x2gr - Diet lemak rendah serat .	Jam. 18.32
D: (-)	✓ Kel: Tampak lemes, CM Mata: CA +/-, 817- Throat: SDV +/-, Klf. - wh/ Abd = NT (+) sup NC (-) tripari			
b: : su: 10, g ↑ il: 110 ↑	Extr aerat adepat +/-, CRTC 2'' THT = Ti/Ti, stomatitis aphitosa (+).			
45 hr	✓ GEA + Rehydrasi Rugan Sedang + Stomatitis Aphitosa.			
				dr. Arum Nurlatifah
				Parfum Dharma Nugraha SP. 15.02.2023 13.02.2023 14.02.2023



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

LABEL IDENTITAS PASIEN

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI RAWAT INAP

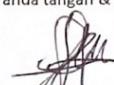


RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSTAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

RM. 004/004/2023

LEMBAR MASUK DAN KELUAR

Nama Pasien : <u>Dwi Sugiharti</u> L/P Tanggal lahir/ Umur : <u>20-05-1963</u> No. Rekam Medis : <u>11 92 93</u> Pendidikan : <input type="checkbox"/> Belum sekolah <input type="checkbox"/> TK/ SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Akademi <input checked="" type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 Pekerjaan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Pelajar/ mahasiswa <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> ABRI/ Angkatan <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ Kelas : <u>II</u> Kamar : <u>310</u> Alamat & no telepon : <u>Jl. Mosholi I no. 10 b</u>	Bahasa yang digunakan : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Daerah Hambatan Bahasa : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Perlu penerjemah Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input checked="" type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Khong hucu Nilai-nilai kepercayaan : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada _____ Suku bangsa : <input type="checkbox"/> Jawa <input type="checkbox"/> sunda <input type="checkbox"/> Padang <input type="checkbox"/> _____ Status perkawinan : <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum menikah <input checked="" type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda
Dirawat yang ke :	Pindah kelas : Kamar :
Nama Ayah :	Nama Ibu :
Tgl lahir/Umur :	Tgl lahir/ Umur :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Dikirim oleh :	Kasus Polisi : <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
Dokter yang merawat :	
Nama Penanggung Jawab : <u>Yoshua Anyo</u> Alamat : <u>jl. mosholi II no. 10</u> Telpon : <u>0877-1310178</u> Hubungan dengan pasien : <u>Anak</u>	Biaya yang dibebankan pada : <input checked="" type="checkbox"/> Pribadi <input type="checkbox"/> Kantor <input type="checkbox"/> Asuransi Nama Perusahaan : Kode perusahaan :

Tgl. Masuk RS :	Pkl.	Keadaan keluar :
Tgl. Keluar RS :	Pkl.	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 : 1. Sembuh ** Cara keluar : 2. Perbaikan a. Atas persetujuan 3. Meninggal sebelum 48 jam b. Pulang paksa 4. Meninggal sesudah 48 jam c. Melarikan diri 5. Lain-lain d. Pindah ke RS lain. Jakarta, Tanda tangan & nama jelas 		



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

11.92.93 DIAH GAYATRI SAYOGHA
21/01/1960 63 thn 9 bln 20 hari
Rusli, Dr, SpPD
Tgl 10/11/2023 231110-000;
PRIBADI/UMUM, KELAS II
Lan, 310, 01

RINGKASAN PASIEN PULANG DISCHARGE SUMMARY

No. Rekam Medis : <u>19293</u>	Tanggal Masuk RS : <u>10 November 2023.</u>
Medical Record Number	Admitted
Nama Pasien : <u>[Redacted]</u>	Tanggal Keluar RS :
Patient Name	Date of Discharge
Nama Orang Tua / Suami/ Istri :	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input checked="" type="checkbox"/> Perempuan
Family Name	Sex : Male Female
Tanggal lahir : <u>21/1/1960</u>	Kelas / Kamar : Kelas II / 310
Date of Birthday	Class / Room
Riwayat Kesehatan (Medical History): <u>Sakit 1 hari sebelum masuk RS mual +, muntah + >5x, diare cair >5x +, lemas +, nyeri perut +, sakit kepala +, sakit gigi +.</u> Saat pulang : BAB ny lembek, nyeri perut -, lemas -.	
Pemeriksaan Fisik (Physical Examination): <u>Ibu = Batik CM</u> <u>Ahd = NT +</u> <u>Nr -</u> <u>Supel.</u>	

Pemeriksaan Diagnostik (Other Examination Result):
laboratorium : <u>Leuk 10,9, Cl 110, Lain-lain dbn.</u>
Rontgen : <u>Thorax = dbn</u>
CT Scan <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> CTG <input type="checkbox"/> Echocardiography <input type="checkbox"/> Treadmill <input type="checkbox"/> Gastroscopy <input type="checkbox"/> Colonoscopy
EMG <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Lain-lain _____

Indikasi pasien dirawat inap (Indication of Patient Treated): <u>Mual, muntah, diare, dehidrasi.</u>	
Diagnosa Primer (Primary Diagnose): <u>GEA</u>	Kode ICD 10: <u>A09</u>
Diagnosa Sekunder & Diagnosis Penyerta (Secondary Diagnose & Comorbid Diagnose): <u>Dehidrasi Rujens - Sideral + Stomatitis Aphthosa</u>	Kode ICD 10: <u>R63.8 + K12.0</u>
Prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan (therapeutic procedures and actions): <u>Injeksi, infus</u>	Kode ICD 9 CM:

Comorbiditas Pasien (Comorbidity of patient):
Obat yang diberikan saat dirawat (nama obat, sediaan, dosis, rute dan satuan) In patient Therapy (medicine name, medicinal preparation, dose, route and unit):
<ul style="list-style-type: none"> - PL 1bolf/8jam - Trimepris 2x8 mg - Topazol 1x1 amp - New Piatab 3x2 tab - Loden 2x1 tab - Terpacet 2 1x2 gr