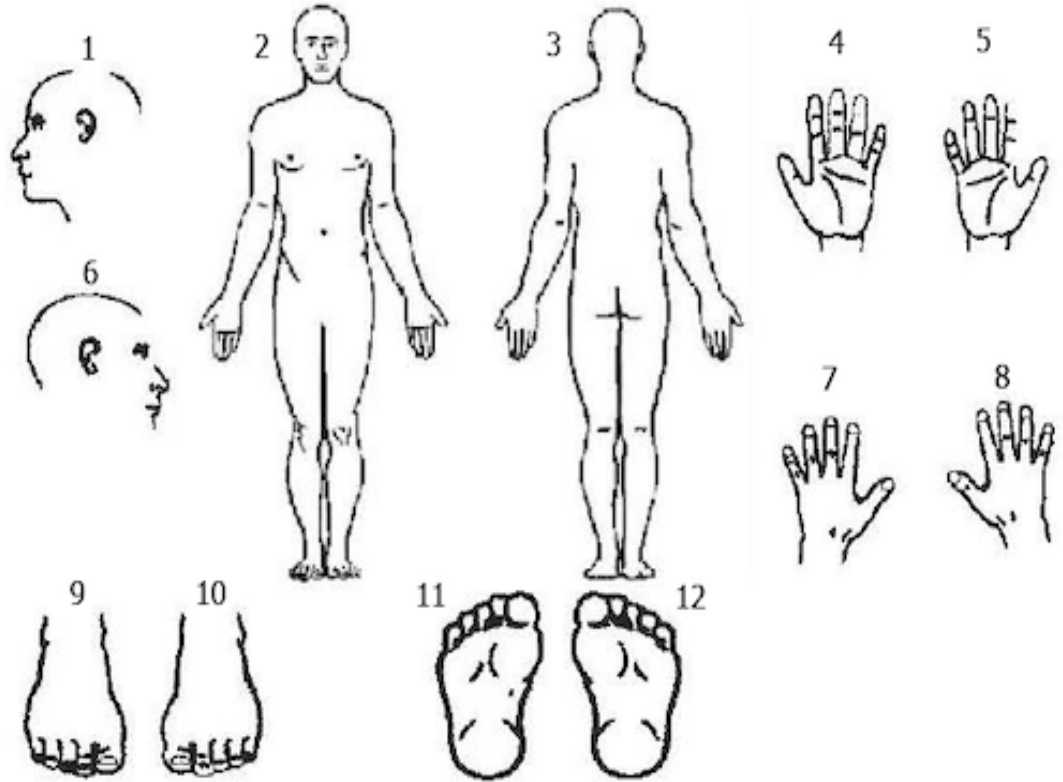


1	No.Rawat	: 2024/02/05/599956			
	No.Registrasi	: 036			
	Tanggal Registrasi	: 2024-02-05 13:53:13			
	Umur Saat Daftar	: 32 Th			
	Unit/Poliklinik	: Unit IGD			
	Dokter Poli	: dr. Muhammad Panji Bintang Gumantara			
	DPJP Ranap	: 1. dr. Betty Soedaly, Sp.S			
	Cara Bayar	: BPJS			
	Penanggung Jawab	: ANISA			
	Alamat P.J.	: JL JENSU GG DADALI 003/006 TANJUNG AMAN, TANJUNG AMAN, Kotabumi Selatan, Kab. Lampung Utara			
	Hubungan P.J.	: SAUDARA			
	Status	: Ranap			
	Nomor SEP	: 0103R0030224V001827 / Kelas Rawat : 2			
	Penilaian Awal Keperawatan IGD	: YANG MELAKUKAN PENGKAJIAN			
	Tanggal : 2024-02-05 14:07:56.0		Petugas : Kode105 Ns. Aan Ariko S.Kep	Informasi didapat dari : Autoanamnesis	
I. RIWAYAT KESEHATAN PASIEN					
Riwayat Penyakit Sekarang : OS DATANG DENGAN KELUHAN PUSING TERASA BERPUTAR SEJAK 3 HARI SMRS, MUAL DAN MUNTAH					
Riwayat Penyakit Dahulu : -					
Riwayat Penggunaan Obat : -					
Status Kehamilan : Tidak Hamil, Para : -, Abortus : -, Gravida : -, HPHT : -					
II. PEMERIKSAAN FISIK					
Tekanan Intrakranial : Sakit Kepala		Pupil : Normal	Neurosensorik / Muskuloskeletal : TAK		
Integumen : TAK		Turgor Kulit : Baik	Edema : Tidak Ada		
Mukosa Mulut : Lembab		Perdarahan : Tidak Ada, Jumlah : false cc, Warna : false	Intoksikasi : Tidak Ada		
Eliminasi :					
BAB : Frekuensi : 1 X/ HARI		, Konsistensi : LUNAK	, Warna : KUNING		
BAK : Frekuensi : 5 X/ HARI		, Warna : JERNIH	, Lain-lain : -		
III. RIWAYAT PSIKOLOGIS - SOSIAL - EKONOMI - BUDAYA - SPIRITUAL					
Kondisi Psikologis		: Tidak Ada Masalah			
Gangguan Jiwa Di Masa Lalu		: Tidak			
Adakah Perilaku		: -, Dilaporkan Ke : false, Sebutkan : false			
Hubungan Pasien Dengan Anggota Keluarga		: Harmonis			
Tinggal Dengan		: Suami / Istri, false			
Kepercayaan / Budaya / Nilai-nilai Khusus Yang Perlu Diperhatikan		: Tidak Ada, false			
Pendidikan Penanggung Jawab		: -, false			
Edukasi Diberikan Kepada		: Keluarga, false			
IV. PENGKAJIAN FUNGSI					
Kemampuan Aktifitas Sehari-hari : Bantuan Sebagian		Aktifitas : Duduk	Alat Bantu : Tidak, -		
V. SKALA NYERI					
Tingkat Nyeri : Nyeri Akut, Waktu / Durasi : 15 Menit		Penyebab : Proses Penyakit, -			
Kualitas : Berdenyut, -		Severity : Skala Nyeri 0			
Wilayah :					
Lokasi :		Menyebar : Tidak			
Nyeri hilang bila : Istirahat		Diberitahukan pada dokter ? Tidak, Jam : 13.54 WIB			
VI. PENILAIAN RESIKO JATUH (GET UP AND GO)					
a. Cara Berjalan :					
1. Tidak seimbang / sempoyongan / limbung		: Tidak			
2. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain)		: Tidak			
b. Menopang saat akan duduk, tampak memegang pinggiran kursi atau meja / benda lain sebagai penopang		: Tidak			
Hasil : Tidak beresiko (tidak ditemukan a dan b) Dilaporkan kepada dokter ? Tidak Jam dilaporkan : -					
MASALAH KEPERAWATAN :		RENCANA KEPERAWATAN :			
NYERI AKUT		KAJI TTV KAJI SKALA NYERI ANJURKAN BEDREST BERIKAN POSISI SEMIFOLWER KOLABORASI DALAM PEMBERIAN THERAPI OBAT			
Penilaian Awal Medis IGD	: YANG MELAKUKAN PENGKAJIAN				
Tanggal : 2024-02-05 13:54:59.0		Dokter : D0000046 dr. Muhammad Panji Bintang Gumantara	Anamnesis : Autoanamnesis		
I. RIWAYAT KESEHATAN					
Keluhan : os datang dengan pusing berputar					
Riwayat Penyakit Sekarang : os datang dengan pusing berputar, mual dan muntah, jika membuka mata rasanya ingin jatuh dan mutar					
Riwayat Penyakit Dahulu : riw vertigo		Riwayat Alergi : tidakada			
Riwayat Penyakit Keluarga : tidakada		Riwayat Penggunaan Obat : tidakada			
II. PEMERIKSAAN FISIK					
Keadaan Umum : Sakit Sedang	Kesadaran : Compos Mentis	GCS(E,V,M) :	TB : Cm		
BB : Kg	TD : 135/68 mmHg	Nadi : 100 x/menit	RR : 20 x/menit		
Suhu : 36.5 °C	SpO2 : 98 %	Kepala : Normal	Mata : Normal		
Gigi & Mulut : Normal	Leher : Normal	Thoraks : Normal	Abdomen : Normal		
Genital & Anus : Normal	Ekstremitas : Normal	Keterangan Fisik :			

III. STATUS LOKALIS



Keterangan :

IV. PEMERIKSAAN PENUNJANG

EKG :

Radiologi :

Laborat :

V. DIAGNOSIS/ASESMEN

Vertigo

VI. TATALAKSANA

pasien dirawat dengan tujuan kuratif
dpjp dr betty sp.s

telah dilakukan konsultasi via wa perihal keluhan pasien dengan metode sbar dan mendapat advise:

rl 20 tpm
ketoroloac 3x30 mg
ranitidin 2x50 mg
ondancetron 3x4 mg
sucralfat syr 3x2 cth
betahistin 3x1
flunarizin 2x1
analsik 3x1

cek dr gds

Pemeriksaan Rawat	No.	Tanggal	Dokter/Paramedis							Profesi/Jabatan/Departemen			
	1	2024-02-05 14:24:07	Kode105 Ns. Aan Ariko S.Kep							Kepala Ruang IGD			
			Subjek		: TELAH DILAKUKAN TERIMAS PASIEN PADA PUKUL 13.54 WIB OS MENGELUH PUSING TERASA BERPUTAR - PUTAR								
			Objek		: MUAL (YA) MUNTAH (YA) Kaku kuduk (TIDAK) Pasien terpasang alat medis berupa IV Canule Pengukuran Risiko Jatuh dengan SKALA MORSE dengan kesimpulan Risiko Rendah Tingkat ketergantungan : parsial care								
			Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran	L.P.(Cm)	
			36,5	121/74	92	20	165	50	98	4,5,6	Compos Mentis	-	
			Alergi		: -								
			Asesmen		: Nyeri akut b.d agen cedera biologis Mual b.d Proses penyakit								
			Plan		: Mengatasi nyeri dalam waktu 1x8 jam dengan target skala nyeri (1-3) Mengatasi mual dalam 1x24 jam dengan target mual membaik								
			Instruksi		: Pantau KU dan TTV setiap (8) jam Kaji nyeri secara komprehensif Berikan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan Ajarkan relaksasi otot progresif Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi								
			Evaluasi		: ADMISI (SUDAH) Telah dilakukan SERAH pasien pukul (15.00 WIB) dari perawat (AAN ARIKO) Unit (IGD) Ke perawat Unit (DAHLIA) dengan DPJP Utama (DR BETY, SP.S) dg diagnosa (VERTIGO) dg pemeriksaan penunjang lab terlampir dan pelaksanaan terapi terlampir								

Penilaian Awal Keperawatan Rawat Inap Umum	: YANG MELAKUKAN PENGKAJIAN			
	Tanggal	: 2024-02-05 15:50:56.0	Anamnesis	: Autoanamnesis
	Tiba di Ruang Rawat	: Kursi Roda	Cara Masuk	: IGD
	Macam Kasus	: Trauma	Pengkaji 1	: Kode222 Desti Permatasari Amd.Kep
	Pengkaji 2	: 1124 Salsabila Nindi NS Amd.Kep	DPJP	: D0000031 dr. Betty Soedaly, Sp.S

I. RIWAYAT KESEHATAN			
Riwayat Penyakit Saat Ini : os datang dengan pusing berputar, mual dan muntah, jika membuka mata rasanya ingin jatuh dan mutar		Riwayat Penyakit Dahulu : vertigo	
Riwayat Penyakit Keluarga : tidak ada		Riwayat Penggunaan Obat : tidak ada	
Riwayat Pembedahan : belum pernah		Riwayat Dirawat Di RS : belum pernah	
Alat Bantu Yang Dipakai : Kacamata		Apakah Dalam Keadaan Hamil / Sedang Menyusui : Tidak	
Riwayat Transfusi Darah : tidak ada		Riwayat Alergi : belum ada	
Kebiasaan :			
Merokok : Tidak Alkohol : Tidak Obat Tidur : Tidak Olah Raga : Tidak			
II. PEMERIKSAAN FISIK			
Kesadaran Mental : composmentis Keadaan Umum : Baik GCS(E,V,M) : 4,5,6 TD : mmHg Nadi : 135/9 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36m6 °C SpO2 : 98 % BB : Kg TB : cm			
Sistem Susunan Saraf Pusat :			
Kepala : TAK		Wajah : TAK	
Kejang : TAK		Leher : TAK	
Kardiovaskuler :			
Pulsasi : Kuat		Sirkulasi : Akral Hangat	
		Denyut Nadi : Teratur	
Respirasi :			
Retraksi : Tidak Ada		Pola Nafas : Normal	
		Suara Nafas : Vesikuler	
		Batuk & Sekresi : Tidak	
Volume : Normal		Jenis Pernafasaan : Pernafasan Dada	
		Irama : Teratur	
Gastrointestinal :			
Mulut : TAK		Lidah : TAK	
		Gigi : TAK	
Tenggorokan : TAK		Abdomen : Supel	
		Peistatik Usus : TAK	
Anus : TAK			
Neurologi :			
Sensorik : TAK		Penglihatan : TAK	
		Alat Bantu Penglihatan : Tidak	
Motorik : TAK		Bicara : TAK	
		Pendengaran : Jelas	
Kekuatan Otot : Kuat			
Integument :			
Kulit : Normal		Warna Kulit : Normal	
		Turgor : Baik	
		Resiko Decubitus : Tidak Ada	
Muskuloskeletal :			
Oedema : Tidak Ada		Pergerakan Sendi : Bebas	
		Kekuatan Otot : Baik	
Fraktur : Tidak Ada		Nyeri Sendi : Tidak Ada	
Eliminasi :			
BAB : Frekuensi : 1 X/ sehari		Konsistensi : lunak	
		Warna :	
BAK : Frekuensi : 4-5 X/ sehari		Warna : jernih	
		Lain-lain :	
III. POLA KEHIDUPAN SEHARI - HARI			
a. Pola Aktifitas :			
Mandi : Mandiri		Makan/Minum : Mandiri	
		Berpakaian : Mandiri	
Eliminasi : Mandiri		Berpindah : Mandiri	
b. Pola Nutrisi :			
Porsi Makan : 1 porsi		Frekuensi Makan : 3x/hari	
		Jenis Makanan : lunak	
c. Pola Tidur : Lama Tidur 4-5 jam/hari, Tidak Ada Gangguan			
IV. PENGKAJIAN FUNGSI			
a. Kemampuan Aktifitas Sehari-hari : Mandiri		b. Berjalan : TAK	
		c. Aktifitas : Tirah Baring	
d. Alat Ambulasi : Walker		e. Ekstremitas Atas : TAK	
		f. Ekstremitas Bawah : TAK	
g. Kemampuan Menggenggam : Tidak Ada Kesulitan		h. Kemampuan Koordinasi : Tidak Ada Kesulitan	
		i. Kesimpulan Gangguan Fungsi : Tidak (Tidak Perlu Co DPJP)	
V. RIWAYAT PSIKOLOGIS – SOSIAL – EKONOMI – BUDAYA – SPIRITUAL			
a. Kondisi Psikologis		: Tidak Ada Masalah	
b. Adakah Perilaku		: Tidak Ada Masalah	
c. Gangguan Jiwa di Masa Lalu		: Tidak	
d. Hubungan Pasien dengan Anggota Keluarga		: Harmonis	
e. Agama		: ISLAM	
f. Tinggal Dengan		: Sendiri	
g. Pekerjaan		: WIRAWASTA	
h. Pembayaran		: BPJS	
i. Nilai-nilai Kepercayaan/Budaya Yang Perlu Diperhatikan		: Tidak Ada	
j. Bahasa Sehari-hari		: INDONESIA	
k. Pendidikan Pasien		: SMA	
l. Pendidikan P.J.		: -	
m. Edukasi Diberikan Kepada		: Pasien	
VI. PENILAIAN TINGKAT NYERI			
Tingkat Nyeri : Tidak Ada Nyeri, Waktu / Durasi : Menit		Penyebab : Proses Penyakit	
Kualitas : Seperti Tertusuk		Severity : Skala Nyeri 3	
Wilayah :			
Lokasi : kepala		Menyebar : Tidak	
Nyeri hilang bila : Istirahat		Diberitahukan pada dokter ? Tidak	
VII. PENILAIAN RESIKO JATUH			
Skala Morse :			
Faktor Resiko		Skala	Poin
1. Riwayat Jatuh		Tidak	0

		Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi												
3	2024-02-05 18:09:16	Kode222 Desti Permatasari Amd.Kep							Perawat Pelaksana					
		Subjek		: HAND OVER Telah diTERIMA pasien dari perawat (IGD) Shift (PAGI) KELUHAN PASIEN klien mengatakan nyeri kepala berputar danterasa mual dan bdan lemas										
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran	Sekala Nyeri	Oksigenasi		
		36,6	131/90	90	20			99	4,5,6	Compos Mentis	3	Udara Bebas		
		Asesmen		: Nyeri akut b.d agen cedera biologis										
		Plan		: Mengatasi nyeri dalam waktu 1x8 jam dengan target skala nyeri(0)										
		Instruksi		: Pantau KU dan TTV setiap (8) jam (sesuai skor NSDD) Kaji nyeri secara komprehensif Berikan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan Ajarkan relaksasi otot progresif Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi										
4	2024-02-05 18:52:18	D0000031 dr. Betty Soedaly, Sp.S							Spesialis Syaraf					
		Subjek		: 1. Saya selaKu DPJP telah melakukan review harian terhadap asuhan yang dilakukan oleh PPA lainnya dan verifikasi assesment awal keperawatan. Saya telah melakukan verifikasi laporan SBAR yang telah dilakukan PPA sebelumnya dan laporan nilai kritis dari petugas penunjang. 2. KELUHAN PASIEN klien mengatakan nyeri kepala berputar danterasa mual dan bdan lemas										
		Objek		: MOTORIK 5/5										
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran	Sekala Nyeri	Oksigenasi		
		36,6	130/90	97	20			99	4,5,6	Compos Mentis	3	Udara Bebas		
		Alergi		: -										
		Asesmen		: VERTIGO DISPEPSIA										
		Plan		: -										
		Instruksi		: DRIP NB 1X PERHARI LAIN2 TERUSKAN										
		Evaluasi		: GCS										
5	2024-02-05 21:03:16	Kode128 Lisdiana Amd.Kep							Perawat Pelaksana					
		Subjek		: HAND OVER Telah diterima pasien dari perawat (desti) Shift (sore) KELUHAN PASIEN klien mengatakan nyeri kepala berputar danterasa mual dan bdan lemas berkurang										
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran	Sekala Nyeri	Oksigenasi		
		36,6	131/90	90	20			99	4,5,6	Compos Mentis	3	Udara Bebas		
		Asesmen		: Nyeri akut b.d agen cedera biologis										
		Plan		: Mengatasi nyeri dalam waktu 1x8 jam dengan target skala nyeri(0)										
		Instruksi		: Pantau KU dan TTV setiap (8) jam (sesuai skor NSDD) Kaji nyeri secara komprehensif Berikan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan Ajarkan relaksasi otot progresif Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi										
6	2024-02-06 06:52:37	Kode128 Lisdiana Amd.Kep							Perawat Pelaksana					
		Subjek		: KELUHAN PASIEN klien mengatakan nyeri kepala berputar danterasa mual dan bdan lemas berkurang										
		Objek		: Kaku kuduk tidak MASUK ORAL malam (+ makan 600 kkal) (+ minum 500 cc) PARENTERAL malam (501 cc) KELUAR URINE malam (301 cc) Pasien terpasang alat medis berupa IV Canule 20 tpm Tingkat ketergantungan : parsial care SKOR NILAI SKORING DETEKSI DINI (0)										
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran	Sekala Nyeri	Oksigenasi		
		36,3	102/66	72	20			97	4,5,6	Compos Mentis	3	Udara Bebas		
		Asesmen		: Nyeri akut b.d agen cedera biologis										
		Plan		: Mengatasi nyeri dalam waktu 1x24 jam dengan target skala nyeri(0)										
		Instruksi		: Pantau KU dan TTV setiap (8) jam (sesuai skor NSDD) Kaji nyeri secara komprehensif Berikan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan Ajarkan relaksasi otot progresif Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi										
7	2024-02-06 07:03:16	Kode128 Lisdiana Amd.Kep							Perawat Pelaksana					
		Subjek		: HAND OVER Telah diserahkan pasien ke perawat (sinta) Shift (pagi) KELUHAN PASIEN klien mengatakan nyeri kepala berputar danterasa mual dan bdan lemas berkurang										
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran	Sekala Nyeri	Oksigenasi		

		36,3	102/66	72	20		97	4,5,6	Compos Mentis	Nyeri	3	Udara Bebas	
		Asesmen			: Nyeri akut b.d agen cidera biologis								
		Plan			: Mengatasi nyeri dalam waktu 1x8 jam dengan target skala nyeri(0)								
		Instruksi			: Pantau KU dan TTV setiap (8) jam (sesuai skor NSDD) Kaji nyeri secara komprehensif Berikan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan Ajarkan relaksasi otot progresif Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi								
8	2024-02-06 07:30:16	Kode121 Ns. Sinta Hariani S.Kep						Kepala Ruang Dahlia II					
		Subjek		: telah diterima pasien dari perawat (lisdiana)shif malam) kleuhan pasien : klien mengatakan nyeri kepala berkurang , mual berkurang, muntah (-)									
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran			
		36,3	102/66	72	20			97	4,5,6	Compos Mentis	Sekala Nyeri	Oksigenasi	
		Asesmen			: Nyeri akut b.d agen cidera biologis								
		Plan			: Mengatasi nyeri dalam waktu 1x8 jam dengan target skala nyeri(0)								
		Instruksi			: Pantau KU dan TTV setiap (8) jam (sesuai skor NSDD) Kaji nyeri secara komprehensif Berikan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan Ajarkan relaksasi otot progresif Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi								
9	2024-02-06 12:00:37	Kode121 Ns. Sinta Hariani S.Kep						Kepala Ruang Dahlia II					
		Subjek		: klien mengatakan nyeri kepala berkurang , mual berkurang, muntah (-)									
		Objek		: Kaku kuduk tidak MASUK ORAL Pagi (makan 600 kkal,minum 400 cc) PARENTERAL Pagi (505 cc) KELUAR URINE Pagi (+~200 cc) Pasien terpasang alat medis berupa IV Canule 20 tpm Tingkat ketergantungan : parsial care SKOR NILAI SKORING DETEKSII DINI (0)									
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran	Sekala Nyeri	Oksigenasi	
		36,3			20				4,5,6	Compos Mentis	3	Udara Bebas	
		Asesmen			: Nyeri akut b.d agen cidera biologis								
		Plan			: Mengatasi nyeri dalam waktu 1x24 jam dengan target skala nyeri(0)								
		Instruksi			: Pantau KU dan TTV setiap (8) jam (sesuai skor NSDD) Kaji nyeri secara komprehensif Berikan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan Ajarkan relaksasi otot progresif Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi								
10	2024-02-06 14:00:37	Kode121 Ns. Sinta Hariani S.Kep						Kepala Ruang Dahlia II					
		Subjek		: telah diserahkan pasien ke perawat (erna) shif (siang) keluhan pasien : klien mengatakan nyeri kepala berkurang , mual berkurang, muntah (-)									
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran			
		36,3			20				4,5,6	Compos Mentis	Sekala Nyeri	Oksigenasi	
		Asesmen			: Nyeri akut b.d agen cidera biologis								
		Plan			: Mengatasi nyeri dalam waktu 1x24 jam dengan target skala nyeri(0)								
		Instruksi			: Pantau KU dan TTV setiap (8) jam (sesuai skor NSDD) Kaji nyeri secara komprehensif Berikan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan Ajarkan relaksasi otot progresif Anjurkan istirahat Kolaborasi pemberian terapi								
11	2024-02-06 18:55:05	D0000031 dr. Betty Soedaly, Sp.S						Spesialis Syaraf					
		Subjek		: 1. Saya selaKu DPJP telah melakukan review harian terhadap asuhan yang dilakukan oleh PPA lainnya dan verifikasi assesment awal keperawatan. Saya telah melakukan verifikasi laporan SBAR yang telah dilakukan PPA sebelumnya dan laporan nilai kritis dari petugas penunjang. 2. KELUHAN PASIEN klien mengatakan nyeri kepala berputar danterasa mual dan bdan lemas									
		Objek		: MOTORIK 5/5									
		Suhu(C)	Tensi	Nadi(/menit)	Respirasi(/menit)	Tinggi(Cm)	Berat(Kg)	SpO2(%)	GCS(E,V,M)	Kesadaran	Sekala Nyeri	Oksigenasi	
		36,6	130/90	97	20			99	4,5,6	Compos Mentis	3	Udara Bebas	
		Alergi		: -									
		Asesmen		: VERTIGO DISPEPSIA									
		Plan		: -									
		Instruksi		: MERTIGO +DOMPERIDON + UNALIUUM 5MG TAB DIRACIK 3X1 CAP ANALSIK 3X1 TAB, OMZ 2X1 TAB SUKRALFAT SYR 3X10CC									

			Evaluasi		: KONTROL POLI SYARAF SELASA 13 FEBRUARI 2024 PUKUL 12.00 WIB			
Penilaian Lanjutan Risiko Jatuh Dewasa (Skala Morse)	No.	Tanggal & Petugas	Parameter	Kriteria	Skor	Hasil Skrining	Saran	
	1	2024-02-05 16:05:52.0 Kode222 Desti Permatasari Amd.Kep	1. Riwayat Jatuh (1 Tahun Terakhir)	Tidak	0	RESIKO RENDAH (0-24)	Lakukan orientasi kamar inap pada pasien/keluarga Pastikan tempat tidur dalam posisi rendah dan terkunci Berikan edukasi pencegahan jatuh pada pasien / keluarga	
			2. Diagnosis Sekunder (≥ 2 Diagnosis Medis)	Tidak	0			
			3. Alat Bantu	Tidak Ada/Kursi Roda/Perawat/Tirah Baring	0			
			4. Terpasang Infuse	Ya	20			
			5. Gaya Berjalan	Normal/Tirah Baring/Imobilisasi	0			
			6. Status Mental	Sadar Akan Kemampuan Diri Sendiri	0			
			TOTAL		20			
	Kategori : Risiko Tinggi (≥45), Pasang gelang dan penandaan warna kuning. Risiko Sedang (25 - 44). Risiko Rendah (0 - 25).							
	2	2024-02-06 06:05:52.0 Kode128 Lisdiana Amd.Kep	1. Riwayat Jatuh (1 Tahun Terakhir)	Tidak	0	RESIKO RENDAH (0-24)	Lakukan orientasi kamar inap pada pasien/keluarga Pastikan tempat tidur dalam posisi rendah dan terkunci Berikan edukasi pencegahan jatuh pada pasien / keluarga	
			2. Diagnosis Sekunder (≥ 2 Diagnosis Medis)	Tidak	0			
			3. Alat Bantu	Tidak Ada/Kursi Roda/Perawat/Tirah Baring	0			
			4. Terpasang Infuse	Ya	20			
			5. Gaya Berjalan	Normal/Tirah Baring/Imobilisasi	0			
			6. Status Mental	Sadar Akan Kemampuan Diri Sendiri	0			
			TOTAL		20			
	Kategori : Risiko Tinggi (≥45), Pasang gelang dan penandaan warna kuning. Risiko Sedang (25 - 44). Risiko Rendah (0 - 25).							
	3	2024-02-06 12:00:46.0 Kode121 Ns. Sinta Hariani S.Kep	1. Riwayat Jatuh (1 Tahun Terakhir)	Tidak	0	RESIKO RENDAH (0-24)	Lakukan orientasi kamar inap pada pasien/keluarga Pastikan tempat tidur dalam posisi rendah dan terkunci Berikan edukasi pencegahan jatuh pada pasien / keluarga	
			2. Diagnosis Sekunder (≥ 2 Diagnosis Medis)	Tidak	0			
			3. Alat Bantu	Tidak Ada/Kursi Roda/Perawat/Tirah Baring	0			
			4. Terpasang Infuse	Ya	20			
			5. Gaya Berjalan	Normal/Tirah Baring/Imobilisasi	0			
			6. Status Mental	Sadar Akan Kemampuan Diri Sendiri	0			
			TOTAL		20			
	Kategori : Risiko Tinggi (≥45), Pasang gelang dan penandaan warna kuning. Risiko Sedang (25 - 44). Risiko Rendah (0 - 25).							
Pemantauan EWS Dewasa	No.	Tanggal & Petugas	Pemantauan	Hasil Pemantauan		Skor		
	1	2024-02-05 17:00:32.0 Kode222 Desti Permatasari Amd.Kep	1. Laju Respirasi/Menit	12 - 20		0		
			2. Saturasi Oksigen	≥ 95		0		
			3. Suplemen Oksigen	Tidak		0		
			4. Tekanan Darah Sistolik	111 - 180		0		
			5. Laju Jatung/Menit	51 - 90		0		
			6. Kesadaran	Sadar		0		
			7. Temperatur	36.1 - 38		0		
			Monitoring & Total Skor	Beresiko rendah, ulangi setiap 7 jam		0		
	2	2024-02-06 06:26:46.0 Kode128 Lisdiana Amd.Kep	1. Laju Respirasi/Menit	12 - 20		0		
			2. Saturasi Oksigen	≥ 95		0		
			3. Suplemen Oksigen	Tidak		0		
			4. Tekanan Darah Sistolik	111 - 180		0		
			5. Laju Jatung/Menit	51 - 90		0		
			6. Kesadaran	Sadar		0		
			7. Temperatur	36.1 - 38		0		
			Monitoring & Total Skor	Beresiko rendah, ulangi setiap 7 jam		0		
	3	2024-02-06 12:00:36.0 Kode121 Ns. Sinta Hariani S.Kep	1. Laju Respirasi/Menit	12 - 20		0		
			2. Saturasi Oksigen	≥ 95		0		
			3. Suplemen Oksigen	Tidak		0		
			4. Tekanan Darah Sistolik	111 - 180		0		
			5. Laju Jatung/Menit	51 - 90		0		
			6. Kesadaran	Sadar		0		
			7. Temperatur	36.1 - 38		0		
			Monitoring & Total Skor	Beresiko rendah, ulangi setiap 7 jam		0		
Diagnosa/Penyakit/ICD 10	No.	Kode	Nama Penyakit			Status		
	1	-	-			Ranap		
	2	R42	Dizziness and giddiness			Ranap		
Berkas Digital Perawatan	No.	Berkas Digital						
	1	FOTO WAJAH PASIEN						
Biaya & Perawatan	Administrasi						: 10,000	
	Tindakan Rawat Jalan Dokter & Paramedis						:	
	No.	Tanggal	Kode	Nama Tindakan/Perawatan	Dokter	Paramedis	Biaya	
	1	2024-02-05 14:10:57	RJ00990	Pasang Infus Dewasa	dr. Muhammad Panji Bintang Gumantara	Ns. Aan Ariko S.Kep	25,000	
	2	2024-02-05 14:10:57	RJ00994	Injeksi IV	dr. Muhammad Panji Bintang Gumantara	Ns. Aan Ariko S.Kep	10,000	

3	2024-02-05 14:10:57	RJ03412	Jasa Paramedis IGD	dr. Muhammad Panji Bintang Gumanlara	Ns. Aan Ariko S.Kep	35,000
4	2024-02-05 22:59:46	RJ03516	Jasa dr. M. Panji	dr. Muhammad Panji Bintang Gumanlara	Ns. Aan Ariko S.Kep	50,000
5	2024-02-05 22:59:58	RJ03534	Visit (Telepon) dokter spesialis/dr. Betty Soedaly, Sp.S	dr. Betty Soedaly, Sp.S	Ns. Aan Ariko S.Kep	75,000
Tindakan Rawat Inap Paramedis					:	
No.	Tanggal	Kode	Nama Tindakan/Perawatan	Paramedis	Biaya	
1	2024-02-05 17:00:16	RI00044	Injeksi IV	Desti Permatasari Amd.Kep	10,000	
2	2024-02-05 22:03:16	RI00044	Injeksi IV	Lisdiana Amd.Kep	10,000	
3	2024-02-06 08:00:07	RI00044	Injeksi IV	Ns. Sinta Hariani S.Kep	10,000	
Tindakan Rawat Inap Dokter & Paramedis					:	
No.	Tanggal	Kode	Nama Tindakan/Perawatan	Dokter	Paramedis	Biaya
1	2024-02-05 23:00:24	RI00054	Jasa dr. Spesialis Pat.Klinik/dr. Suluh Widyandarwan, Sp.PK	dr. Suluh Widyandarwan, Sp.PK	-	50,000
2	2024-02-05 23:04:53	RI00137	Jasa Paramedis	dr. Betty Soedaly, Sp.S	-	30,000
3	2024-02-05 23:05:49	RI03609	Visit Dokter Spesialis/dr. Betty Soedaly, Sp.S	dr. Betty Soedaly, Sp.S	-	65,000
4	2024-02-06 23:00:47	RI00137	Jasa Paramedis	dr. Betty Soedaly, Sp.S	-	30,000
5	2024-02-06 23:00:47	RI00375	Jasa Pelayanan Laboratorium	dr. Betty Soedaly, Sp.S	-	30,000
6	2024-02-06 23:00:47	RI00376	Jasa Pelayanan Gizi	dr. Betty Soedaly, Sp.S	-	35,000
7	2024-02-06 23:00:47	RI00831	Alat Habis Pakai	dr. Betty Soedaly, Sp.S	-	100,000
8	2024-02-06 23:00:47	RI01328	Administrasi Rawat Inap	dr. Betty Soedaly, Sp.S	-	75,000
9	2024-02-06 23:05:36	RI03609	Visit Dokter Spesialis/dr. Betty Soedaly, Sp.S	dr. Betty Soedaly, Sp.S	-	65,000
Penggunaan Kamar					:	
No.	Tanggal Masuk	Tanggal Keluar	Lama Inap	Kamar	Status	Biaya
1	2024-02-05 22:58:49	2024-02-06 23:07:26	2	MWR 308.1.kls 2, FREESIA 3	Membaik	400,000
Pemeriksaan Laboratorium PK & MB					:	
No.	Tanggal	Kode	Nama Pemeriksaan	Dokter PJ	Petugas	Biaya
1	2024-02-05 14:30:09	J000218	Gula Darah Sewaktu GDS	dr. Suluh Widyandarwan, Sp.PK	Suhendra Amd.AK	0
			Detail Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	
			Gula Darah Sewaktu	89 mg/dl	70 - 144	35,000
		J1-K1	Hematologi Darah Rutin DR RUTIN	dr. Suluh Widyandarwan, Sp.PK	Suhendra Amd.AK	125,000
			Detail Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	
			Hemoglobin	14.5 gr/dl	12.6-18.0	0
			Jumlah Lekosit	8.750 ul	3.800-10.600	0
			hitung Jenis :			0
			eosinophil	3 %	1-4	0
			basophil	0 %	0-1	0
			netrofil batang	2 %	2-5	0
			netrofil segmen	50 %	50-70	0
			limfosit	39 %	20-40	0
			monosit	6 %	2-8	0
			Jumlah Eritrosit	4.71 jt	4.5-5.5	0
			Hematokrit	40 %	40-50	0
			trombosit	348.000 ul	150.000-400.000	0
			MCV	86 n3	77-93	0
			MCH	31 pq	27-32	0
			MCHC	36 %	31-35	0
Pemberian Obat/BHP/Alkes					:	
No.	Tanggal	Kode	Nama Obat/BHP/Alkes	Jumlah	Aturan Pakai	Biaya
1	2024-02-05 14:06:11	B000000085	ANALSIK 500 MG	3.0 TAB		7,359
2	2024-02-05 14:06:11	B000000185	BETAHISTINE 6 MG	3.0 TAB		741
3	2024-02-05 14:06:11	B000000675	FLUNARIZINE 5 MG	2.0 TAB		5,772
4	2024-02-05 14:06:11	B000001271	ONDANCETRON 4 MG INJ (LASA)	3.0 AMP		8,658
5	2024-02-05 14:06:11	B000001477	RANITIDIN HCL INJ 50 MG/2 ML (LASA)	2.0 AMP		6,002
6	2024-02-05 14:06:11	B000001522	RL 500 ML (RINGER LACTAT)	3.0 BTL		86,580
7	2024-02-05 14:06:11	B000001656	SPUIT 1 CC TB ONE MED	2.0 PCS		2,308
8	2024-02-05 14:06:11	B000001658	SPUIT 3 CC (ONE MED)	2.0 PCS		2,252
9	2024-02-05 14:06:11	B000001659	SPUIT 5 CC (one med)	2.0 PCS		2,282
10	2024-02-05 14:06:11	B000001691	SUCRALFATE SIRUP 100 ML	1.0 BTL	3 X 1 SENDOK MAKAN (SEBELUM MAKAN)	28,860
11	2024-02-05 14:06:11	B000002439	TRO-VENOCATH, IV CATH PLUS 22 G	2.0 PCS		63,492
12	2024-02-05 14:06:11	B000002662	KETOROLAC 30 MG (LASA)	3.0 AMP	(PAGI) (SIANG) (MALAM)	10,101
13	2024-02-05 19:43:17	B000001072	MERSIBION INJ 5000	1.0 AMP	INJEKSI	4,473
14	2024-02-06 14:44:17	B000000185	BETAHISTINE 6 MG	3.0 TAB		741
15	2024-02-06 14:44:17	B000000675	FLUNARIZINE 5 MG	3.0 TAB		8,658
16	2024-02-06 14:44:17	B000001271	ONDANCETRON 4 MG INJ (LASA)	3.0 AMP	(PAGI) (SIANG) (MALAM)	8,658

	17	2024-02-06 14:44:17	B000001477	RANITIDIN HCL INJ 50 MG/2 ML (LASA)	2.0 AMP		6,002		
	18	2024-02-06 14:44:17	B000001522	RL 500 ML (RINGER LACTAT)	2.0 BTL		57,720		
	19	2024-02-06 14:44:17	B000001658	SPUIT 3 CC (ONE MED)	3.0 PCS		3,378		
	20	2024-02-06 14:44:17	B000001659	SPUIT 5 CC (one med)	3.0 PCS		3,423		
	21	2024-02-06 14:44:17	B000002662	KETOROLAC 30 MG (LASA)	3.0 AMP		10,101		
	22	2024-02-06 19:39:52	B000000185	BETAHISTINE 6 MG	21.0 TAB		5,187		
	23	2024-02-06 19:39:52	B000000540	DOMPERIDONE 10 MG	21.0 TAB		13,629		
	24	2024-02-06 19:39:52	B000000675	FLUNARIZINE 5 MG	21.0 TAB		60,606		
	25	2024-02-06 19:39:52	B000000901	KAPSUL KOSONG NO 1 + E	21.0 CAP		12,831		
	Resep Pulang						:		
	No.	Kode	Nama Obat/BHP/Alkes			Dosis	Jumlah	Biaya	
	1	B000000085	ANALSIK 500 MG			3 X 1 TABLET (SETELAH MAKAN)	21.0 TAB	51,513	
	2	B000001270	OMEPRAZOLE 20 MG			2 X 1 TABLET (SEBELUM MAKAN)	15.0 CAP	10,275	
	3	B000001691	SUCRALFATE SIRUP 100 ML			3 X 10 CC (SEBELUM MAKAN)	1.0 BTL	28,860	
	Potongan Biaya						:		
	No.	Nama Potongan						Biaya	
	1							-46,180	
	Total Biaya						:	1,739,282	
	Resume Pasien Rawat Inap	:	Status	Kode Dokter	Nama Dokter	Keadaan Pulang	Cara Keluar	Dilanjutkan	Tgl.Kontrol
			Ranap	D0000031	dr. Betty Soedaly, Sp.S	Membaik	Atas Izin Dokter	Kembali Ke RS	2024-02-13 11:35:17.0
		Diagnosa Awal Masuk : vertigo							
		Alasan Masuk Dirawat : KURATIF							
		Keluhan Riwayat Penyakit : os datang dengan pusing berputar, mual dan muntah, jika membuka mata rasanya ingin jatuh dan mutar							
		Pemeriksaan Fisik : Keadaan Umum : Sakit Sedang, Kesadaran : Compos Mentis, GCS(E,V,M) :4,5,6, TD : 135/68 mmHg, Nadi : 100 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36.5 °C, SpO2 : 98 %							
		Jalannya Penyakit Selama Perawatan : KLIEN MENJALANI RAWAT INAP TANGGAL 05/02/2024 HINGGA TANGGAL 06/02/2024							
Pemeriksaan Penunjang Rad Terpenting : TIDAK ADA									
Pemeriksaan Penunjang Lab Terpenting : Gula Darah Sewaktu : 89, Hemoglobin : 14.5, trombosit : 348.000, Jumlah Lekosit : 8.750, Jumlah Eritrosit : 4.71, Hematokrit : 40,									
Tindakan/Operasi Selama Perawatan : VISITE dr. Muhammad Panji Bintang Gumantara, JASA dr. Suluh Widyarnarwan, Sp.PK, VISTE dr. Betty Soedaly, Sp.S									
Obat-obatan Selama Perawatan : FLUNARIZINE 5 MG : 2 TAB, BETAHISTINE 6 MG : 3 TAB, ANALSIK 500 MG : 3 TAB, MERSIBION INJ 5000 : 1 AMP, KETOROLAC 30 MG (LASA) : 3 AMP, RANITIDIN HCL INJ 50 MG/2 ML (LASA) : 2 AMP, SUCRALFATE SIRUP 100 ML : 1 BTL,									
Diagnosa Akhir :									
Diagnosa		: VERTIGO				R42			
Diagnosa		: DISPEPSIA							
Diagnosa		:							
Diagnosa		:							
Diagnosa		:							
Prosedur		:							
Prosedur		: LAB (DARAH RUTIN , GDS)							
Prosedur		:							
Prosedur		:							
Alergi Obat : TIDAK ADA									
Diet : TETPRL NB,									
Hasil Lab Yang Belum Selesai (Pending) : TIDAK ADA									
Instruksi/Anjuran Dan Edukasi (Follow Up) : KONTROL POLI SYARAF SELASA 13 FEBRUARI 2024 PUKUL 12.00 WIB									
Obat-obatan Waktu Pulang : MERTIGO +DOMPERIDON + UNALIUM 5MG TAB DIRACIK 3X1 CAP ANALSIK 3X1 TAB, OMZ 2X1 TAB SUKRALFAT SYR 3X10CC									
Tanda Tangan/Verifikasi	:	Dokter DPJP 1							
		dr. Betty Soedaly, Sp.S							