

	ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama Pasien	: BY NY SRI DEVI
		Nomor RM	: 050565
		Tgl Lahir	: 2024-09-21 0 tahun 2 bulan 26 hari
		Jenis Kelamin	: Laki Laki
		Tanggal Masuk	: 16-12-2024 20:02:02
		Tanggal Pulang	: 01-01-1970
		Jaminan	: Umum
		Dokter	: dr. SERASIAMY RITONGA, Sp.A

ANAMNESIS	: Auto Anamnesa
------------------	-----------------

Keluhan Utama	: kejang dan lemas dan penurunan kesadaran
Riwayat Penyakit Sekarang	: kejang
Riwayat Penyakit Dahulu	: tidak ada
Riwayat Pengobatan	:
Riwayat Alergi	: tidak ada

PEMERIKSAAN FISIK	
Tanda Vital	Masalah Keperawatan
Pernafasan : 24 x/menit Nadi : 100 x/menit Tekanan Darah : - mmHg Suhu : 36.5 °C BB : 4.5 Kg, TB : 50 cm Kesadaran : Apatis Riwayat Kejang : Ya, Kapan : dari semalam, Lama Kejang : 20 detik	
Sistem Penglihatan	
• Mata : Simetris • Pupil : Isokor • Refeleks Cahaya : Positif • Konjungtiva : Merah Muda • Palpebra : Merah Muda • Menggunakan Alat Bantu : Tidak	
Sistem Penghidu dan Pendengaran	
1. Penghidu ◦ Tulang hidung dan poisis septum nasi : Simetris ◦ Mukoa : Lembab ◦ Sekret : Tidak Ada 2. Pendengaran ◦ Bentuk Telinga : Simetris ◦ Sekret Tidak Ada ◦ Alat Bantu : Tidak	
Sistem Pernapasan	

• Bentuk Dada : Simetris • Sesak Napas : Tidak • Alat Bantu Nafas : Tidak Ada • Batuk : Tidak Ada • Pernafasan Cuping Hidung : Tidak • Suara Nafas : Vesiculer	
Sistem Kardiovaskular	
• Akral dingin : Tidak • Kulit pucat : Tidak • Irama jantung : Reguler • Ortopnoe : Tidak • Edema : Tidak	
Sistem Pencernaan	
• Perut : Bersih • Tenggorokan : Nyeri Menelan • Abdomen : : Soepel, Jumlah Drain : Warna : • Mual : • Muntah : • Terpasang NGT : Tidak • BAB : Tidak x/hari, Konsistensi BAB : Tidak	
Sistem Perkemihan	
• Kebersihan Genitalia : Bersih • Nyeri BAK : Tidak • Anuria : Tidak • Oliguria : Tidak • Poliuria : Tidak • Kemampuan berkemih : Spontan, Intake Cairan : 100 cc/hari, Parental : : cc/hari	
Sistem Inegumen	
• Pengkajian Luka Operasi ◦ Jenis : rtidak ada, Status : Normal ◦ Tanggal Operasi : ◦ Jenis Operasi : tidak ada ◦ Lokasi : tidak ada ◦ Drain : Tidak Ada, Jumlah : tidak ada, Warna : tidak ada • Pengkajian Luka Non Operasi ◦ Luka : Tidak ◦ Lokasi : ◦ Eksudat : Tidak ◦ Urtikaria : Tidak • Luka Bakar : Tidak ◦ Derajat : tidak ada ◦ Luas : tidak ada % • Dekubitus : Tidak	
Sistem Endorkrin	

• Pembesaran kelenjar tyorid : Tidak • Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak • Hiperglikemia : Tidak • Hipoglikemia : Tidak • Kondisi DM ◦ Luka Ganggrene : tidak ada ◦ Jenis Luka : tidak ada ◦ Lama Luka : tidak ada ◦ Warna : tidak ada ◦ Kedalaman : tidak ada	
--	--

Psiko-Sosio-Kultural-Spritual dan Ekonomi	
Status Psikologis	: Cemas
Status Ekonomi	: Cukup
Status Sosial	: Baik
Tinggal Bersama Keluarga	: Ya
Kegiatan Beribadah	: Tidak Pernah
Kebutuhan Spiritual Khusus/Kepercayaan/Nilai Budaya	: kristen
Status Mental	: Sadar dan orientasi baik

Assemen Resiko Jatuh-Fungsional dan Awal Nyeri	
Tidak Seimbang/Sempoyong	: Tidak
Jalan dengan Alat Bantu	: Tidak
Menopang Saat Duduk	: Tidak
Hasil	: Resiko Tinggi (ditemukan a dan b)
Dilaporkan	: Tidak 10:46

Skrining Gizi Berdasarkan Malnutrion Screening Tools (MST)	Skor
1. Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ? Tidak Ada Penurunan Berat Badan	
2. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan : Tidak	
Pasien dengan diagnosa khusus : tidak ada	
Total Skor	
Catatan : bila skor 2, pasien beresiko malnutrisi, lapor ke Dietisien tanggal pukul Sudah dibaca dan diketahui oleh Dietisien Pukul WIB	

Prioritas Masalah
1.

Kwala Gunung, 16 December 2024
Perawat yang mengkaji

Kwala Gunung, 16 December 2024
Verifikasi DPJP

Perawat

dr. SERASIAMY RITONGA, Sp.A
Dokter