

|                                                                                   |                                                           |                |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------|
|  | <b>ASESMEN AWAL<br/>KEPERAWATAN PASIEN<br/>RAWAT INAP</b> | Nama Pasien    | : SRI HANDAYANI                       |
|                                                                                   |                                                           | Nomor RM       | : 054545                              |
|                                                                                   |                                                           | Tgl Lahir      | : 1997-06-08 27 tahun 10 bulan 9 hari |
|                                                                                   |                                                           | Jenis Kelamin  | : Perempuan                           |
|                                                                                   |                                                           | Tanggal Masuk  | : 17-04-2025 04:34:24                 |
|                                                                                   |                                                           | Tanggal Pulang | : 17-04-2025                          |
|                                                                                   |                                                           | Jaminan        | : BPJS Kesehatan                      |
|                                                                                   |                                                           | Dokter         | : dr. SUWANDY EKA SYAHPUTRA, Sp.B     |

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| <b>ANAMNESIS</b> | : |  |
|------------------|---|--|

|                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| Keluhan Utama             | : |  |
| Riwayat Penyakit Sekarang | : |  |
| Riwayat Penyakit Dahulu   | : |  |
| Riwayat Pengobatan        | : |  |
| Riwayat Alergi            | : |  |

| <b>PEMERIKSAAN FISIK</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Tanda Vital</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Masalah Keperawatan</b> |
| Pernafasan : x/menit<br>Nadi : x/menit<br>Tekanan Darah : mmHg<br>Suhu : °C<br>BB : Kg, TB : cm<br>Kesadaran :<br>Riwayat Kejang : , Kapan : , Lama Kejang :                                                                                                          |                            |
| <b>Sistem Penglihatan</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata :</li> <li>• Pupil :</li> <li>• Refleksi Cahaya :</li> <li>• Konjungtiva :</li> <li>• Palpebra :</li> <li>• Menggunakan Alat Bantu :</li> </ul>                                                                         |                            |
| <b>Sistem Penghidu dan Pendengaran</b>                                                                                                                                                                                                                                |                            |
| 1. Penghidu <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Tulang hidung dan septum nasi :</li> <li>◦ Mukosa :</li> <li>◦ Sekret :</li> </ul> 2. Pendengaran <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Bentuk Telinga :</li> <li>◦ Sekret</li> <li>◦ Alat Bantu :</li> </ul> |                            |
| <b>Sistem Pernapasan</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bentuk Dada :</li> <li>• Sesak Napas :</li> <li>• Alat Bantu Nafas : , Jumlah Oksigen : Liter/Menit</li> <li>• Batuk :</li> <li>• Pernafasan Cuping Hidung :</li> <li>• Suara Nafas :</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <b>Sistem Kardiovaskular</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akral dingin :</li> <li>• Kulit pucat :</li> <li>• Irama jantung :</li> <li>• Ortopnoe :</li> <li>• Edema :</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Sistem Pencernaan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut :</li> <li>• Tenggorokan :</li> <li>• Abdomen : , Jumlah Drain : Warna :</li> <li>• Mual :</li> <li>• Muntah :</li> <li>• Terpasang NGT :</li> <li>• BAB : x/hari, Konsistensi BAB :</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>Sistem Perkemihan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebersihan Genitalia :</li> <li>• Nyeri BAK :</li> <li>• Anuria :</li> <li>• Oliguria :</li> <li>• Poliuria :</li> <li>• Kemampuan berkemih : , Intake Cairan : cc/hari, Parental : : cc/hari</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Sistem Inegumen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengkajian Luka Operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Jenis : , Status :</li> <li>◦ Tanggal Operasi :</li> <li>◦ Jenis Operasi :</li> <li>◦ Lokasi :</li> <li>◦ Drain : , Jumlah : , Warna :</li> </ul> </li> <li>• Pengkajian Luka Non Operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Luka :</li> <li>◦ Lokasi :</li> <li>◦ Eksudat :</li> <li>◦ Urtikaria :</li> </ul> </li> <li>• Luka Bakar : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Derajat :</li> <li>◦ Luas : %</li> </ul> </li> <li>• Dekubitus :</li> </ul> |  |
| <b>Sistem Endokrin</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembesaran kelenjar tyorid :</li> <li>• Pembesaran kelenjar getah bening :</li> <li>• Hiperglikemia :</li> <li>• Hipoglikemia :</li> <li>• Kondisi DM <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Luka Ganggrene :</li> <li>◦ Jenis Luka :</li> <li>◦ Lama Luka :</li> <li>◦ Warna :</li> <li>◦ Kedalaman :</li> </ul> </li> </ul> |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual dan Ekonomi          |   |
|-----------------------------------------------------|---|
| Status Psikologis                                   | : |
| Status Ekonomi                                      | : |
| Status Sosial                                       | : |
| Tinggal Bersama Keluarga                            | : |
| Kegiatan Beribadah                                  | : |
| Kebutuhan Spiritual Khusus/Kepercayaan/Nilai Budaya | : |
| Status Mental                                       | : |

| Assemen Resiko Jatuh-Fungsional dan Awal Nyeri |   |
|------------------------------------------------|---|
| Tidak Seimbang/Sempoyong                       | : |
| Jalan dengan Alat Bantu                        | : |
| Menopang Saat Duduk                            | : |
| Hasil                                          | : |
| Dilaporkan                                     | : |

| Skrining Gizi Berdasarkan Malnutrition 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 :                                                                                                               |      |
| <b>Total Skor</b>                                                                                                                             |      |
| Catatan : bila skor 2, pasien beresiko malnutrisi, lapor ke Dietisien tanggal pukul Sudah dibaca dan diketahui oleh <b>Dietsien</b> Pukul WIB |      |

| Prioritas Masalah |
|-------------------|
| 1.                |

Kwala Gunung, 17 April 2025  
Perawat yang mengkaji

Kwala Gunung, 17 April 2025  
Verifikasi DPJP

Perawat

**dr. SUWANDY EKA SYAHPUTRA, Sp.B**  
Dokter